

K-55 4845

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защите въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1907—1908 учебномъ году.

№ 55.

617.8
K-55

КЪ ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМЪ ЛЕЧЕНІИ ПОЛИПА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

(такъ наз. «носоглоточнаго полипа»)

7 - НОЯ 2012

ПРОВЕРЕНО

Изъ госпитальной хирургической клиники

Проф. С. П. Федорова.

31365
1484
6480

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины
Ѳ. Л. Кобылинскаго.

1533
18524
55

Цензорами диссертации по порученію Конференціи были профессора:

С. П. Федоровъ, С. Н. Делицинъ и В. А. Опель.

Ивл.	НАУЧНО-МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА	БИБЛИОТЕКА
№	1-го Харк. Мед. Института	Харківського Медич. Інституту
С. ПЕТЕРБУРГЪ.		
„Т-во Художественной Печати“, Ивановская, 14.		
1908.		

Переведено
1966 г.

ПЕРЕВЕДЕНО
1936

1950

Перечет-60

7- НОЯ 2012

Докторскую диссертацию доктора **Кобылинского** под заглавием «Къ вопросу о хирургическомъ леченіи полипа основанія черепа (такъ наз. «сосудоточнаго полипа») печатать разрешается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію 500 экземпляровъ ея (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме ея „выводовъ“ представляются въ канцелярію Конференціи Академіи, а 375 экземпляровъ диссертации — въ академическую бібліотеку, отъ которой представляется въ канцелярію Конференціи квитанція въ принятіи).

С.-Петербургъ, Апрѣля, 26 дня 1908 года.
За Ученаго Секретаря
Профессоръ **В. Варлихъ.**

64605

Введение.

Предисловіе. Хирургическое лечение полипа основанія черепа относится къ труднѣйшимъ отдѣламъ оперативной хирургіи.

Мѣсто исхода и преимущественнаго роста этой опухоли на большой глубинѣ отъ поверхности лица является главнымъ затрудненіемъ при ея удаленіи.

Приходится использовать несоразмѣрно малыя вѣдущія къ ней отверстія или создать новый искусственный туда доступъ.

Безиррадикальный ростъ опухоли по отверстіямъ полостей и впадинамъ черепа можетъ часто потребовать обширныхъ свѣженій покрововъ и резекцій лежащихъ на пути костей для надеждшаго обнаженія опухоли.

Самое же мѣсто этихъ операцій на лицѣ и во рту понуждаетъ къ возможному консерватизму, чтобы не нанести больному непоправимаго обезображиванія и растройства функций.

А микроскопическая доброкачественность большей части опухолей этого рода не позволяетъ отказываться отъ хирургическаго вмешательства и при самой тяжелой клинической картинѣ далеко зашедшаго полипа.

И, наконецъ, крайнее богатство интересующихъ насъ опухолей кровеносными сосудами является источникомъ потоковъ крови при операціи и создаетъ рядъ новыхъ затрудненій для оператора.

Эти обильныя кровотеченія во время удаленія опухоли, затемняя поле операціи и обезкровливая больного, заставляютъ сибнѣть съ ея окончаніемъ и понуждаютъ уменьшить кровопотерю тѣмъ или другимъ способомъ.

Надо также предупредить затекание крови въ воздухоносные пути.

И въ довершение всего сказаннаго этотъ полипъ обладаетъ особенной склонностью рецидивировать послѣ операціи, требуя борьбы съ его возвратами.

Таковы причины давняго интереса хирургическаго міра къ этому камню преткновенія оперативной техники, таковы мотивы постоянного стремленія хирурговъ все къ новому и новому разрѣшенію трудныхъ задачъ хирургическаго леченія «носоглочнаго полипа».

И не одно великое имя связано съ этой областью хирургіи!

«Приходится выбирать», говоритъ еще Dieffenbach (1), «между тремя возможностями: задушенія больного, если сдѣлать перевязку полипа *), смертельнаго кровоточенія при вырваніи или вырываніи его, или невыполненія совѣсьмъ операціи».

Вторая изъ этихъ возможностей и создаетъ главнымъ образомъ громадный процентъ смертности, иногда даже на операціонномъ столѣ, и въ настоящее время.

За 5 лѣтъ завѣдыванія проф. С. П. Федоровымъ въ Госпитальной хирургической клиникѣ прошелъ предъ нами рядъ очень тяжелыхъ случаевъ этого забодѣванія, при чемъ намъ тоже пришлось испытать потерю больныхъ во время самой операціи.

Послѣ всего сказаннаго становится понятнымъ, что и съ охотою впадалъ за предложеніе глубоководнаго учителя моего, проф. Сергія Петровича Федорова, войти въ разсмотрѣніе этого вопроса и составить свое сужденіе по нему.

Настоящую работу можно раздѣлить на двѣ части: первую—служебную, такъ сказать, и вторую—главную, отвѣчающую заглавію нашей диссертациіи.

Поэтому первую часть мы сочли возможнымъ изложить коротко, преимущественно только къ интересующему насъ вопросу, останавливаясь болѣе подробно лишь на тѣхъ отдѣлахъ ея, которые имѣютъ непосредственное отношеніе къ главной темѣ работы.

Во второй части мы разбираемъ только «сложное» хирургическое ле-

*) Старый способъ леченія наложеніемъ на основаніе полипа и постепеннымъ затягиваніемъ нитяной петли, при которомъ отдѣлившійся полипъ могъ неожиданно упасть въ дыхательные пути.

ченіе въ далеко зашедшихъ случаяхъ, гдѣ требуется предварительное раскрытіе доступа къ опухоли.

Оставляемъ широкую область примѣненія «простыхъ» методовъ леченія чрезъ естественные пути для спеціально ринологическихъ работъ, для которыхъ нѣтъ подходящаго матеріала въ хирургической клиникѣ.

Мы стараемся подтверждать свои выводы статистическими данными. Для этого мы воспользовались, какъ собранными нами отдѣльными случаями изъ иностранной литературы, такъ сводкой этихъ случаевъ, критически перепроверенныхъ, въ работахъ недавняго времени—въ диссертациіи М. В. Федорова (2) изъ этой же клиники въ послѣдніе годы завѣдыванія ею проф. В. А. Ратямова и въ статьѣ Custodis (3) изъ клиники prof. Kraske.

Кромѣ того намъ хотѣлось, по возможности, собрать и использовать случаи интересующихъ насъ опухолей, оперированныхъ въ Россіи, увѣличивъ такъ или иначе ограниченное число литературныхъ случаевъ.

Съ этой цѣлью нами были разосланы по всемъ клиникамъ и въ большинство крупныхъ лечебныхъ заведеній съ хирургическими отдѣленіями Россіи (городскія, губернская земскія больницы, военные госпитали и т. д.), особо изготовленные опросные листки. Эти листки раздавались также членамъ послѣдняго Съѣзда Россійскихъ Хирурговъ.

На 300 разосланныхъ таблицъ мы получили 15 положительныхъ или отрицательныхъ отвѣтовъ.

Но если относительное число (5%) полученныхъ отвѣтовъ оказалось и незначительнымъ, зато наша работа украсилась цѣлымъ рядомъ интереснѣйшихъ случаевъ, еще не бывшихъ въ печати, проф. Н. М. Волкова, С. И. Спасокукоцкого и А. Т. Богаевского.

Мы получили также подробныя указанія отъ проф. П. И. Дьяконова и отъ С. Ѳ. Дерюжинскаго относительно ихъ богатаго матеріала по интересующему насъ вопросу.

Всѣмъ товарищамъ, осправившимъ насъ своимъ отвѣтомъ, мы приносимъ свою искреннюю признательность за вниманіе къ нашей работѣ.

Въ приложеніе къ нашей диссертациіи, мы помѣстили всѣ собранные случаи хирургическаго леченія полипа основанія черепа русскихъ хирурговъ.

Номенклатура. Слово «поллиъ» происходит съ греческаго — «πολλίπος» (многогопій).

Такъ называть въ то время народе морскихъ поллиновъ.

Врачи древней исторіи со временъ Гиппократа (IV в. д. Р. Хр.) употребляли это слово безъ ближайшаго обозначенія — «носовой», «носоглоточный» или «глочочный».

Celsus (I в. п. Р. Хр.) и Galenus (II в. п. Р. Хр.) пользовались этимъ словомъ по сходству съ консистенціей морскихъ поллиновъ.

Тогда какъ Paulus Aegina (VII в. п. Р. Хр.) сравниваетъ его съ каракатицей (seria officinalis), которая у римлянъ отождествлялась съ понятиемъ полина.

Онъ вводитъ въ это сравненіе помимо консистенціи и сходство по формѣ: щупальца каракатицы онъ уподобляетъ ножкамъ полина.

При своемъ образномъ описаніи Paulus Aegina передаетъ и нѣкоторые симптомы этой болѣзни.

«Поллиъ это — болѣзнь, по своей природѣ развивающаяся въ носу, называемая такъ по сходству съ морскимъ поллиномъ; она подобна по-сѣднему и по шесту, и по своеобразнымъ ножкамъ полина, когда онъ схватится за добычу. Она захватываетъ носъ, закладываетъ ноздри и препятствуетъ, какъ дыханію, такъ и разговору» *).

Только въ первой половинѣ прошлаго столѣтія Cruveilhier во Франціи и С. I. M. Langenbeck въ Германіи впервые окрестили интересующія насъ опухоли именемъ «носоглоточнаго полина».

До нихъ D z o n i (1824 г.) указывалъ на клиническую однородность этихъ опухолей въ слѣдующемъ выраженіи: ...«хрипеловъ образованіи, которая разрушаетъ кость, даетъ ужасающія обезображиванія и приводитъ къ смерти».

Virchow, уже во второй половинѣ прошлаго столѣтія, говоря о «столь ужасныхъ формахъ носоглоточныхъ полиновъ», предлагаетъ называть ихъ полинами «κατ'ἔστυγόν».

*) «Ὁ πολλίπος ἔχεις ὅτι παρὰ φωνῆν ἐν τῷ ῥίτι συνιστάντος, ἀνευρέσθαι ἀπὸ τῆς τοῦ θαλάσσιου πολλίποδος ἑμφερῆς αἰ, ὅτι τε τῆ ἑκείνου προσίτου σχῆτι καὶ ὅτι τὰς ἰσῆς πλεκτάνης, ὅσπερ ἑκείνου ἀμύνεται τὸς θυρεόντας, ἀποκαλύψαν τὰς ἰσῆς τῶν νοσούντων ἰατρῶντες τοῖς μικτοῖς, διαίρησιν παρούσων κατὰ τε τῆ ἀποσπῆν καὶ τῆ διαλάκτον».

Bensch (4), который и приводитъ всѣ эти историческія данныя, указываетъ на полное несоответствіе патолого-анатомическаго и клиническаго значенія выраженія — «носоглоточный поллиъ».

Въ первомъ смыслѣ въ это названіе входятъ самыя разнообразныя опухоли носоглотки, часто висяція на ножкѣ, а иногда только спускающіяся туда изъ носовой полости, и потому проявляющія себя совершенно различными по тяжести симптомами.

Во второмъ значеніи разумѣются опухоли совершенно опредѣленнаго клиническаго теченія.

Исходя изъ этого, Bensch и предлагаетъ выдѣлить интересующія насъ опухоли подъ общимъ именемъ «носоглоточнаго полина въ клиническомъ смыслѣ».

Другіе авторы съ той же цѣлью добавляютъ къ названію, «носоглоточный поллиъ» эпитетъ «истинный» или «типичный», въ отличіе отъ «ложнаго», подъ которымъ разумѣются остальные опухоли носоглотки.

Всѣ эти названія пригодны въ частныхъ случаяхъ заболѣванія, когда носоглоточная опухоль являетъ себя по преимуществу, какъ таковая.

Но они далеко не соответствуютъ всему объему понятія интересующей насъ болѣзни: ни съ точки зрѣнія мѣста исхода опухоли, ни съ точки зрѣнія направленія роста и области ея главнаго развитія.

Какъ мы узнаемъ дальше, опухоли эти бывають, какъ внутри-, такъ и внѣ-носоглоточнаго происхожденія.

Исходя извнѣ носоглотки, эти опухоли могутъ и совсѣмъ даже не дать отростка въ ея полость.

Съ другой стороны, въ случаѣ опухоли завѣдомо носоглоточнаго происхожденія, доминируетъ часто въ клинической картинѣ, какъ разъ въ носоглоточная ея часть, а другіе ея отростки.

Поэтому существуетъ другое названіе этихъ опухолей — «фиброма основанія черепа» («fibroma basaeos cranii»).

Это названіе, подчеркивая мѣсто исхода опухоли, говоритъ о немъ въ общемъ выраженіи. И съ этой точки зрѣнія оно является болѣе охватывающимъ всѣ разновидности этихъ опухолей. Но въ немъ зато опредѣленно говорится о патолого-анатомической натурѣ опухоли.

Если можно признати, что дѣйствительно большинство этихъ опухо-

лей оказываются фибромами по своему строению, то нельзя отрицать, что могут дать ту же клиническую картину опухоли и другого строения.

Исходя из сказанного, мы и предлагаем взять от обеих наименованных их выражения, которая в комбинации и дали бы общее название для всех опухолей этого рода, не ограничивая сферу своего приложения точным обозначением места исхода, области преимущественного роста или микроскопического строения опухоли.

Таким образом получается общее имя—«полость основания черепа», которое мы поставили в заглавии нашей диссертации.

Другия выражения—«тихий» и «истинный носоглоточный» полость и «защелюстная опухоль» имеют значение для отдельных подходящих случаев.

Мы тоже считаем очень желательным внести в название болтани ее патолого-анатомическую основу, как то предлагает В. М. Федоровъ (2).

Но точная диагностика микроскопического строения опухоли удается обыкновенно только послѣ ее удаления, *post factum*, так сказать.

Заканчивая на этом наше введение, мы переходим къ I части диссертации, и на первом мѣстѣ считаем не лишнимъ воспользоваться анатомической очеркѣ той области, гдѣ растетъ и развивается «полость основания черепа».

ЧАСТЬ I.

Анатомія носоглоточного пространства.

Носоглоткой (*naso-pharynx*), носовой частью глотки (*pars nasalis pharyngis*) называется самый верхний отдѣлъ глотки [*epipharynx* по терминологии Mikulicza (5)], лежащейзади носовой полости выше уровня ее дна.

Полость ее имѣетъ приблизительно форму куба, верхняя стѣнка котораго свообразно переходитъ въ заднюю. При расслабленномъ мягкомъ небѣ носоглотка открыта впередъ—въ носовую полость и внизъ—въ глотку и становится похожей на верхнюю часть дымовой трубы парохода [Zarniko (7)].

Размѣры носоглотки зависятъ отъ возраста—у новорожденныхъ и у дѣтей преобладаетъ сагиттальный размѣръ надъ вертикальнымъ и все ея размѣры значительно, конечно, меньше, чѣмъ у взрослого; отъ формы черепа—съ преобладаніемъ у брахцефалковъ поперечнаго размѣра, а у долихоцефалковъ продольнаго. Наконецъ, мышцы, входящія въ образованіе стѣнокъ носоглотки, мѣняютъ ея размѣры при своемъ сокращеніи во время разговора, глотанія, кашля и т. д.

Неудивительно поэтому, что цифры, приводимыя различными авторами, подвержены большимъ колебаніямъ.

По Траутманну (8) носоглотка имѣетъ 20 мм. въ вышину и ширину и 25 мм. въ глубину.

По Ф. А. Рейну (9) она равняется 24 мм. въ отвѣсномъ направленіи и 27 мм. въ фронтальномъ.

Выѣстность ее равняется у взрослого приблизительно 14 к. см. по размѣрѣямъ Luschka (6), такъ что «въ ней безъ поврежденія

стѣнокъ можетъ помѣститься—самое большое—опухоль величиной съ грецкій орѣхъ».

Слизистая оболочка носоглотки, являясь продолженіемъ таковой же носовой полости, имѣетъ также многослойный цилиндрическій эпителий, который постепенно безъ рѣзкой границы, при переходѣ въ ротовую отдѣлъ глотки, становится многослойнымъ, плоскимъ.

Главной особенностью слизистой оболочки носовой части глотки является обиліе въ ней лимфатической ткани.

По своду носоглотки отъ верхняго края хоаны и до передней дуги атланта слизистая оболочка значительно утолщена, разрыхлена, имѣетъ желтоватый оттѣнокъ и покрыта вѣерообразно—шпунцами бородками на рядъ выступовъ и углубленій, представляя хорошо извѣстный ринологамъ III миндаликъ или миндалину *Luschka*.

Лимфатическая ткань скопляется также въ области глоточныхъ отверстій Евстафиевыхъ трубъ и *fossa Rosenmülleri* (глубинный миндаликъ *Gerlach's*), на боковыхъ стѣнкахъ въ видѣ валиковъ и разбросана тамъ и сямъ въ видѣ отдѣльныхъ фолликуловъ.

Всѣ эти лимфатическіе элементы объединяются другъ съ другомъ и съ зѣвными и язычными миндаликомъ, образуявая вмѣстѣ большое лимфатическое кольцо *Waldeyer's*.

Лимфа изъ верхняго отдѣла глотки уносится въ заглоточныя, глубокія лимфены и глубокія шейныя железы.

Подслизистая ткань уже бѣдна лимфатическими элементами. Въ ней заложены слизистыя железы и проходятъ кровеносныя и лимфатическіе сосуды; она переходитъ на носоглоточномъ сводѣ непосредственно въ утолщенную надкостницу.

Вся артеріальная система носоглотки беретъ свое начало изъ *art. carotis externa* или непосредственно (*art. pharyngea ascendens*) или чрезъ посредство ея вѣтвей—*art. maxillaris externa* (*art. palatina ascendens*) и *art. maxillaris interna* (*art. pterygopalatina s. palatina descendens* съ ея вѣткою *art. Vidiana*).

Такое происхожденіе всѣхъ артеріальныхъ вѣтвей изъ одного ствола паружной сонной артерій и побуждаетъ въ некоторыхъ хирургахъ дѣлать перевязку этой послѣдней передъ удаленіемъ носоглоточнаго полипа.

Венозная кровь собирается въ два парныхъ сплетенія: *plexus pharyngei*, прилегающихъ снаружи къ боковымъ стѣнкамъ глотки и опирающихся свою кровь въ *ven. jugularis int.*; и *plexus palati mollis*, заложенныхъ въ видѣ двухъ венозныхъ сітей съ вентральной и дорзальной сторонъ мягкаго неба.

Эти послѣднія благодаря своимъ обильнымъ анастомозамъ могутъ самими различными путями изливать свою кровь въ *vena jugularis int.*

Изъ такой зависимости всей венозной системы этой области отъ *v. jugularis int.* становится понятнымъ значеніе повншенія давления въ этой послѣдней на кровенаполненіе носоглоточной полости и должно быть принимаемо въ расчетъ при выборѣ положенія больного во время операціи въ носоглоткѣ. Наконецъ, обильное снабженіе сосудами мягкаго неба объясняетъ, почему разсѣченіе его даетъ всегда такое сильное кровотеченіе.

Что касается иннерваціи, то какъ двигательныя, такъ и чувствительныя нервы происходятъ изъ *plexus pharyngeus*, въ образованіи котораго участвуютъ *nn. vagi, glossopharyngei* и *sympathici*.

Объ иннерваціи мышцы мягкаго неба будетъ сказано ниже.

Заканчивая на этомъ описаніе носоглотки, какъ цѣлаго, мы переходимъ къ разсмотрѣнію ея отдѣльныхъ частей съ точки зрѣнія интересующаго насъ вопроса.

Для удобства болѣе подробнаго описанія въ ней искусственно различаютъ 6 стѣнокъ: 2 боковыхъ, нижнюю, переднюю, верхнюю и заднюю.

Въ образованіе нижней и боковыхъ стѣнокъ входятъ только мягкія части—мышцы и слизистая оболочка—безъ участія костяка, кромѣ внутренней пластинки *proc. pterygoidei*, составляющей самую переднюю часть боковыхъ стѣнокъ.

Нижняя стѣнка носоглотки существуетъ только въ моменты напряженія мягкаго неба, когда его свободный край прикасается къ задней стѣнкѣ глотки (*glotanie*). Въ эти моменты нижней стѣнкой носоглотки оказывается верхне-задняя поверхность мягкаго неба.

Боковыя стѣнки образованы слизистой оболочкой, глоточно-основной фасціей—соединительно-тканной пластинкой, замѣняющей собою сзади и съ боковъ верхняго отдѣла глотки недостающія здѣсь мышеч-

ныя волокна *m. constrict. pharyng. sup.*,— и прилегающими къ ней снаружи мышцами.

Между слизистой оболочкой и глоточно-основной фасцией заложена хрящевая часть Евстахиевой трубы. Она идетъ отъ отверстия костного своего канала въ пирамидѣ височной кости впередъ и внутрь вдоль *fissura sphenooecipitalis*, будучи плотно сращена съ волокнистой клетчаткой, выполняющей эту щель. Евстахиева труба открывается своимъ своеобразнымъ глоточнымъ отверстиемъ въ боковой стѣнкѣ глотки на уровнѣ задняго конца нижней раковины на 0,75—0,8 ст. позади его, что соответствуетъ основанію внутренней пластинки *proc. pterygoidei*.

Какъ внутренняя поверхность этой пластинки, такъ и область глоточнаго отверстия Евстахиевой трубы могутъ быть мѣстомъ исхода носоглоточныхъ полиповъ.

Каждо отъ глоточнаго отверстия Евстахиевой трубы боковая стѣнка глотки углубляется вбокъ и назадъ, образуемая непостоянной величины и формы *recessus pharyngis s. recessus infundibuliformis, s. fossa Rosenmülleri*, сходящая на нѣтъ при переходѣ въ ротовой отдѣлъ глотки.

Этому *recessus* у сверху соответствуетъ нижняя поверхность пирамиды височной кости, а сзади погранично съ ними находится довольно твердая соединительная ткань, которая обволакиваетъ идущіе внизъ къ шее сосуды и нервы, т. е. *art. carotis int., v. jugularis. int., nn. vagus, glossopharyngeus, hypoglossus* и *sympathicus*, кромѣ лимфатическихъ сосудовъ и железъ [Merkel (7)].

Хотя эти важныя для жизни органы и довольно глубоко спрятаны отъ возможнаго раненія ихъ во время операций въ носоглоткѣ, но напоминаніе объ ихъ соседствѣ, мнѣ кажется, неизлишнимъ въ виду упомянувшихся въ литературѣ случаевъ такого раненія даже при простой аденомѣ.

Въ образованіи мышечнаго слоя боковыхъ стѣнокъ глотки принимаютъ участіе главнымъ образомъ 2 мышцы мягкаго неба—*m.m. levator et tensor palati mollis*.—прилегающіе непосредственно къ *fascia pharyngo-basilaris*. Первый изъ нихъ обрисовывается со стороны носоглотки въ видѣ валика, приподнимающаго на себя слизистую оболочку ея и суживающаго снизу глоточное отверстие Евстахиевой трубы.

Передняя стѣнка носоглотки образована хоанами и раздѣляющимъ ее, обыкновенно и въ нормѣ, несимметрично-стоящимъ заднимъ краемъ носника.

Такимъ образомъ, передней стѣнки въ сущности нѣтъ, тѣмъ болѣе, что хоаны (*Loznyi* -воронка) не представляютъ собой просто отверстія, но—каналъ, хотя и небольшого протяженія [Escat (10)].

Здѣсь мы имѣемъ переходъ носоглоточной полости въ носовую, чрезъ который проникаютъ съ одной стороны болѣзненные процессы, съ другой стороны—инструменты хирурга.

P a p a s (11) отмѣчаетъ на границѣ между обоими полостями значительное утолщеніе надкостницы въ видѣ кольца въ I ст. шириной, спаянной со слизистой оболочкой. Это утолщеніе слизистой-надкостничнаго покрова является самостоятельнымъ мѣстомъ исхода такъ наз. хоанальныхъ полиповъ.

Въ глубинѣ хоаны, уже въ носовой полости, въ верхней части боковой ея стѣнки находится *foramen sphenopalatinum*, сообщающее носовую полость съ *fossa pterygo-palatina*, а чрезъ нее съ скуловой (*fossa pterygo- s. sphenomaxillaris*) и височной ямкой.

Эти ямки имѣютъ, какъ мы увидимъ впоследствии, большое значеніе въ интересующемъ насъ вопросѣ, такъ какъ сюда изъ носа чрезъ только что упомянутое отверстие опухоль даетъ свой отростокъ и вызываетъ рядъ разстройствъ со стороны многочисленныхъ здѣсь нервовъ и сосудовъ. Кромѣ того область этого отверстия является мѣстомъ исхода и нервныхъ опухолей этой области [«зеленоватая опухоль» *L a n g e n b e c k a* (18)].

Не останавливаясь на границахъ этихъ ямокъ, мы напомнимъ только, что онѣ сообщаются чрезъ *fiss. infraorbitalis* съ полостью глазницы, что въ самомъ верхнемъ отдѣлѣ *fossa pterygo-palatina* проходитъ II вѣтвь *n. trigemini*—*ramus supramaxillaris*—отъ выхода своего изъ *foramen rotundum* до вхожденія въ *canalis infraorbitalis*; что какъ разъ у *for. sphenopalatinum* находится *ganglion* того же наименованія, заимствующій чувствительные нервы отъ только что упомянутой вѣтви тройничнаго нерва и снабжающій чувствительными волокнами мягкое и твердое небо, а двигательныя берущій у лицевого нерва и иннервирующій ими *m. levator veli palatini*.

В fossa sphenomaxillaris проходит III ветвь n. trigemini—ramus inframaxillaris—со всеми ее двигательными и чувствительными разветвлениями, и как раз по выходе ее из for. ovale на внутренней ее поверхности лежит ganglion oticum, который дает между прочим двигательную ветвь к m. tensor veli palatini.

Наконец, в этой ямке, слегка извиваясь, идет в поперечном направлении art maxillaris int., которая дает на этом протяжении ряд ветвей к окружающим органам и проходит коленной своей ветвью—art. pterygo-palatina—в сомкнутый канал. Art. maxillaris int. соответствуют две вены, которые, переплетаясь на крыловидных мышцах, образуют plexus pterygoideus.

Верхняя и задняя стѣнки, в отличие от других стѣнок, имѣют на всем своем протяжении костную подстилку.

Границей между этими стѣнками, свободно переходящими одна в другую, считается поперечная линия, проведенная чрез tuberculum pharyngem затылочной кости, соответствующая задней линии прикрѣпления глоточно-основной фасции.

Нижней границей задней стѣнки носоглотки является передняя дуга атланта, находящаяся на уровнѣ горизонтальной части небной кости [Nélaton (14)].

В образовании задней стѣнки принимают также участие m. m. longi capitis et colli.

В образовании верхней стѣнки носоглотки входит та часть основания черепа, которая очерчена линией прикрѣпления глоточно-основной фасции. Эта линия идет съ каждой стороны от глоточного бугорка дугообразно наружу, пересекая поперек основную часть затылочной кости, затылочно-каменную щель, пирамиду височной кости на несколько миллиметров, впереди наружного отверстия canalis caroticus до spina angularis клиновидной кости и спускается вниз по краю внутренней пластинки proc. pterygoideus.

В образовании верхней стѣнки таким образом входят нижняя поверхность тѣла клиновидной кости и основная часть затылочной кости до линии, проведенной поперек чрез tuberculum pharyngem. Эти кости у взрослых представляют одну os. sphenobasilare. Кроме того

съ каждой стороны линией прикрѣпления глоточно-основной фасции захвачены вершины пирамид височных костей съ ихъ щелями—fiss. petro-occipitalis и fissura sphenoccipitalis, а равно и foramen lacerum ant.

(Часть основания черепа, входящая в образование верхней стѣнки носоглотки имѣет таким образом вид трапеции, меньшее переднее основание которой соответствует ширинѣ хоаны, большее—задней линией прикрѣпления глоточно-основной фасции, гдѣ размеры носоглотки достигают наибольшей своей величины, образуя такъ назыв. завороты глотки).

Весь этотъ отдѣлъ основанія черепа в 9 кв. см. величиной, состоящій изъ различныхъ костей съ верхней поверхностью, отдѣленныхъ другъ отъ друга щелями и стѣнками, объединяется въ одно цѣлое тѣлостнымъ фибрознымъ слоемъ соединительной ткани бѣдной клѣточными элементами и эластическими волокнами, прочно сросенной, какъ съ костью, такъ и съ слизистой оболочкой носоглотки, получившей название по сходству своему съ хрящевой тканью fibro-cartilago basilaris.

Этотъ послѣдній входитъ въ соединеніе съ плотной клѣтчаткой, выполняющей глубокую впадину между передней дугой атланта и затылочной костью. Клѣтчатка эта имѣетъ въ разрезѣ трехугольную форму и переходитъ въ свою очередь въ lig. longitudinale ant. позвоночника.

Сводъ носоглотки знаменателенъ тѣмъ, что онъ является главнымъ источникомъ образования типичныхъ носоглоточныхъ полиповъ, матриксовъ которыхъ считается гл. обр. только что упомянутая хрящевидная выстилка его.

**Мѣсто прикрѣ-
пленія полипа.**

Вопросъ о мѣстѣ исхода интересующей насъ опухоли разрабатывался французскими хирургами въ срединѣ прошлаго столѣтія, и новое время не много дало въ выясненіи этого вопроса.

Школа Nélaton'a, особенно въ лицѣ его ученика d'Ornelas (12), локализируетъ мѣсто исхода опухоли на основаніи черепа и въ частности въ пространствѣ, находящемся въ передне-заднемъ раздѣлѣ между мѣстами прикрѣпления mm. recti ant. maj. и мѣстомъ сращенія

vomer'a съ os. sphenoidale, а въ фронтальномъ—между fossa pterygoidea той и другой стороны, т. е. какъ разъ въ предѣлахъ линіи прикрѣпленія глоточно-основой фасціи.

Другой ученикъ Nélaton'a, Robin Massé (13), въ своей классической по этому вопросу диссертации и самъ Nélaton (14), основываясь на этой работѣ, ограничиваютъ мѣсто исхода опухоли только основнымъ отросткомъ затылочной кости.

Logain (15) считаетъ опухоли этого рода гипертрофіей описываемого имъ утолщенія (renflement) надкостницы, прочно сращеннаго со слизистой оболочкой на протяжении одного кв. см., какъ разъ позади шпоры vomer'a.

Въ противобѣсъ такой строгой локализациі мѣста прикрѣпленія опухоли на основаніи черепа Michaut, Robert, Dolbeau (14, 15), Gosselin (51) и др. считаютъ за возможные точки исхода опухоли и носовую полость особенно задніе отдѣлы рѣшетчатой кости, и края хоанъ, и задній отдѣлъ сошника, и, наконецъ, межпозвоночные диски нѣсколькихъ первыхъ шейныхъ позвонковъ.

Nélaton (14) подчеркиваетъ на это, что при изсѣдovanіи большого съ открытымъ ртомъ и запрокинутой головой палецъ изсѣдующаго, продвинутый прямо назадъ, ощущаетъ атлантъ, который находится на уровнѣ горизонтальной части небной кости, и основаніе зубвиднаго отростка, которому соответствуетъ свободный край мягкаго неба. Стоитъ немного продвинуть палецъ вверхъ позади мягкаго неба, чтобы оутиться на основномъ отросткѣ. Исходя отъ этого факта, Nélaton (14) думаетъ, что большинство носоглоточныхъ опухолей, имѣющихъ мѣсто прикрѣпленія какъ будто бы на шейныхъ позвонкахъ, на самомъ дѣлѣ исходятъ отъ основного отростка.

Nélaton (14) и его школа, не отрицая множественности прикрѣпленія опухоли, считаетъ только эти прикрѣпленія за вторичныя сращения, которая развиваются, какъ послѣдствіе изъязвленія противоземныхъ слизистыхъ оболочекъ и образованія на этихъ мѣстахъ рубцовой спайки. Они различаютъ такимъ образомъ истинное мѣсто прикрѣпленія («insertion vraie») отъ вторичныхъ ложныхъ сращеній («adhérences secondaires ou fausses»).

Tillaux (15) въ своемъ руководствѣ по оперативной хирургіи пишетъ: «нижня поверхность основного отростка покрыта волокнистою тканью, представляющей значительной толщины и имѣющей форму трехугольника, вершина котораго находится между основнымъ и зубовиднымъ отросткомъ, а основаніе смотритъ въ полость глотки. Толщина ея равняется—18 мил., а высота—27 мил. Значеніе этой фиброзной ткани проходить отъ того, что она является мѣстомъ исхода носоглоточныхъ полиповъ»...

Изъ всего сказаннаго можно, намъ кажется, вывести заключеніе, что истинные носоглоточные полипы имѣютъ мѣстомъ исхода основаніе черепа въ тѣхъ границахъ, которыя опредѣляетъ d'Ornellas. Что касается другихъ областей исхода этихъ опухолей, то, если это не вторичныя сращения, мы будемъ имѣть дѣло съ носовой опухолью въ случаѣ исхода ея изъ рѣшетчатой кости, и хоанальнымъ фиброзно-слизистымъ полипомъ въ случаѣ прикрѣпленія опухоли къ краю хоанъ или сошника, т. е. съ опухольми совсѣмъ другой категоріи.

Что же касается опухолей, исходящихъ отъ шейныхъ позвонковъ, то къ носоглоточной полости принадлежатъ опухоли, имѣющія мѣсто исхода только въ предѣлахъ первого шейнаго позвонка; върѣе всего, исходящій изъ трехугольнаго слоя плотной клетчатки между передней дугой атланта и затылочной костью, о которой было сказано выше и о которой говоритъ Tillaux, какъ главнымъ перепончатымъ носоглоточнымъ полипомъ.

Опухоль, которая имѣетъ мѣстомъ исхода область нижележащихъ шейныхъ позвонковъ, будутъ относиться къ ротовой части глотки, къ mesopharynx по терминологіи Mikulicz'a (5).

Такова область исхода и прикрѣпленія носоглоточныхъ полиповъ въ предѣлахъ носовой части глотки.

Но еще въ 1852 году Robert (17) сообщилъ случай опухоли, обросшей съади верхнюю челюсть и вышитышей соответственную щеку, пропунывавшейся и со стороны носоглотки. Авторъ тогда же высказалъ предположеніе, что «эти глоточные полипы не всегда прикрѣпляются въ самой глоткѣ, но часто и—въ этого органа; исходя отъ фиброзно-хрящевой ткани, встречающейся около for. lacernum ant., верхней части первого отдѣла пищеварительной трубы, они проникаютъ

въ глотку», отсюда «прокладываютъ путь въ носовую полость» или идутъ «вокругъ задней части верхней челюсти».

Далѣе авторъ называетъ ихъ «внѣглоточными» полипами, дающими такіе же отростки, какъ и истинные носоглоточные.

Въ этомъ краткомъ докладѣ Robert не останавливается подробно на пути происхожденія такихъ полиповъ въ глотку, да и указываетъ не совсѣмъ точно, съ нашей точки зрѣнія, мѣсто исхода такихъ опухолей. For. lacerum ant. лежитъ въ предѣлахъ линіи прикрѣпленія глоточно-основной фасціи, а потому и опухоли этой области будутъ внутри носоглотки.

Но это сообщеніе Robert'a должно считаться во всякомъ случаѣ первымъ указаніемъ на существованіе полиповъ, идущихъ изънутри носоглотки и дающихъ часто полную картину носоглоточнаго полипа.

Въ своемъ знаменитомъ описаніи «зачелюстныхъ опухолей» Langenbeck (18) въ засѣданіи Берлинскаго хирургическаго общества въ 1860 г. точно опредѣляетъ мѣсто исхода этихъ опухолей изъ надкостницы въ области глубокой части foss. pterygo-palatina, точнѣе отъ основанія proc. pterygoideus, въ окружности for. sphenopalatinum, чрезъ которое онѣ и проникаютъ въ носоглотку.

На этихъ «зачелюстныхъ опухоляхъ» мы подробно остановимся въ дальнѣйшемъ. Во всякомъ случаѣ съ этого времени различаютъ два источника происхожденія интересующихъ насъ опухолей и соответственно этому классифицируютъ ихъ на интратрахеальныя («intra-pharyngeales») и внѣглоточныя («extra-pharyngeales»).

Такая классификація встрѣчается въ диссертациі Bensch'a (4) въ клиникѣ Voltolini и съ тѣхъ поръ повторяется во многихъ работахъ и учебникахъ.

Патогенезъ.

Полипъ основанія черепа обладаетъ рядомъ характеристикъ для него свойствъ, которыя выдѣляютъ его среди другихъ опухолей.

Прежде всего полипы эти встрѣчаются преимущественно у мужчинъ, что въ прежнее время почиталось даже за правило (Nélaton). Чаше всего они бывають въ возрастѣ отъ 11 до 25 лѣтъ, а въ особенности

между 15 и 25 годами [см. статистическую таблицу М. В. Ѳеодорова (2)].

Женщинъ это заболѣваніе поражаетъ только приблизительно въ 13% всѣхъ случаевъ [В. М. Ѳеодоровъ (2), A. Glönbach (19)], отдавая предпочтеніе здѣсь болѣе пожилому возрасту [Yvette (20), Bensch (4), М. В. Ѳеодоровъ (2) и др.].

Опухолямъ этого рода, какъ мы увидимъ дальнѣе, свойственна громадная энергія роста, равная только злокачественнымъ новообразованіямъ, при полномъ сохраненіи въ то же время рѣзкихъ границъ съ окружающими тканями, что и отличаетъ ихъ отъ злокачественныхъ опухолей.

Полипъ основанія черепа имѣетъ особую склонность къ возвратамъ послѣ его удаленія, и это опять приближаетъ его къ злокачественнымъ новообразованіямъ. Но зато онъ обладаетъ оригинальной способностью терять эту рецидивирующую силу послѣ 25 лѣтняго возраста носителя опухоли и даже въ это время подвергается иногда самопроизвольному обратному развитію.

Обратному развитію подвергаются также отростки опухоли по разрушеніи ея мѣста прикрѣпленія. Такъ можно привести рядъ примѣровъ, гдѣ послѣ удаленія опухоли изъ носоглотки исчезъ самопроизвольно ея зачелюстной отростокъ [P. Bruns (74), Verneuil (157), П. Михайликъ (79) и др.].

Въ согласіи съ такими своеобразными свойствами этихъ новообразованій находится и микроскопическое ихъ строеніе, какъ это мы увидимъ изъ описанія нашихъ препаратовъ.

«Это есть фиброма, но фиброма въ стадіи развитія, т. е. приближающаяся къ саркомамъ» [J'amaïn et Terrier (46)]. На раны съ участками рѣзкой соединительной ткани въ этихъ опухоляхъ попадаютъ мѣста, изобилующія клетками эмбриональнаго типа, на что указывается многими авторами [Lonnelongue, Bensch (4), Gerard-Marchand (46), Gauthier (28) и др.] и что могутъ иллюстрировать и наши случаи.

Прежде чѣмъ перейти къ подробному описанію патолого-анатомической картинѣ этихъ опухолей, намъ хотѣлось бы остановиться на

64605

источникъ ихъ происхожденія.

Ивл.	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА 1-го Харьк. Мед. Института	БИБЛИОТЕКА Харьковского Медич. Института
ПЕРЕВІРНО		№ 4845
1936		

Многие говорятъ въ пользу зародышевого происхожденія этихъ новообразованій.

Принадлежностью полипа тому возрасту, когда идетъ наибольший ростъ и формирование скелета, а слѣдовательно и наибильйшій притокъ сюда питательнаго матеріала, объясняется проявленіе скрытой до этого времени идиопластической способности эмбриональныхъ зачатковъ этой области.

Въроятно эти опухоли происходятъ изъ остатковъ *chorda dorsalis* и перихорданальной эмбриональной соединительной ткани, изъ которой въ дальнѣйшей зародышевой жизни образуется базиллярная пластинка (23).

Недаромъ *Gugenbauer* считаетъ *fibro-cartilago basilaris* остаткомъ волокнистаго хряща примордиальнаго черепа (24).

Что касается предпочтенія интересующими насъ новообразованиями мужского пола передъ женскимъ, то здѣсь мы не имѣемъ сколько-нибудь удовлетворительныхъ данныхъ для объясненія. Существуютъ въ литературѣ малоубѣдительная лишь гипотезы [*Bensch* (4), *Plyette* (20), *Glas* (21)].

Патологическая анатомія.

При описаніи патолого-анатомическихъ свойствъ этихъ опухолей мы воспользуемся нашими 7-ю случаями типичныхъ полиповъ основанія черепа, которые были подробно изслѣдованы (№№ I, III, V, VI, VII, VIII и X).

Форма и величина опухоли зависятъ отъ степени ея распространенія. Пока новообразование находится въ предѣлахъ носоглоточной и носовой полости (№№ I, VI, VII и VIII), оно представляется неправильно полу-шарообразной формы съ гладкой, иногда дольчатой поверхностью.

Когда же опухоль даетъ свои отростки въ различныхъ направленіяхъ, то она приобретаетъ видъ, вполне оправдывающій ея названіе — *столб-попсъ*.

Величина опухоли въ такихъ случаяхъ можетъ достигать колоссальныхъ размѣровъ. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (№ V) опухоль вѣсила 210 gr.

Когда въ опухоли особенно сильно развиты кровеносные сосуды, то по

удаленіи ея она можетъ спастись до незнакомо-малыхъ размѣровъ (№ VII).

Цвѣтъ опухоли обыкновенно бываетъ на поверхности блѣднымъ. Онъ зависитъ также отъ степени кровоизліянія опухоли.

Консистенція этихъ полиповъ — мало-эластичная.

При разрывѣ они хрустятъ подъ ножомъ. На поверхности разрыва представляются блестящими, бѣлыми, иногда красноватаго оттѣнка, или съ мраморнымъ рисункомъ отъ кровоизліянія въ толщу опухоли. Поверхность разрыва въ большей или меньшей степени испещрена небольшими отверстиями кровеносныхъ сосудовъ (№ VII и др.). Тамъ и самъ попадаются кистозныя полости. Иногда эти кисты достигаютъ значительныхъ размѣровъ; такъ, въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (№ X) въ отросткѣ опухоли, проросшемъ въ клиновидную пазуху, оказалась киста съ вѣшною величиной.

Что касается микроскопическаго строенія этихъ новообразованій¹⁾, то наши случаи дали для всѣхъ изслѣдованныхъ опухолей совершенно однозначную картину. Препараты, взятые отъ разныхъ опухолей, нельзя часто отличить другъ отъ друга. И наоборотъ имѣется нѣкоторое разнообразіе въ строеніи одной и той же опухоли.

Поэтому мы и считаемъ возможнымъ дать суммарное описаніе, представить синтетическую картину, полученную изъ многихъ препаратовъ.

Опухоль покрыта многослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

Ткань новообразованія состоитъ изъ соединительно-тканыхъ волоконъ, клѣточныхъ элементовъ и въ изобиліи развитыхъ кровеносныхъ сосудовъ.

Волокна, то складываются въ отдѣльные пучки, идущіе параллельно, волнообразно извиваясь, то переплетаются въ правильную сѣтъ. Кое-гдѣ можно наблюдать ихъ концентрическое расположеніе. Волокна эти хорошо красятся фуксиномъ и эозиномъ.

1) Большая часть препаратовъ была взята изъ музея нашей клиники, гдѣ они сохранялись по *Kaiserlingu*. Свѣжые препараты фиксировались *Zenker-formolomъ* и уплотнялись въ спиртахъ восходящей крѣпости. Заливались въ целлоидинъ. Красились ерѣзы гематоксилиномъ *DeLafield'a* съ добавочной окраской эозиномъ или, большею частью, по *van-Giesonu*.

Клетки опухоли распределяются неравномерно. Мѣстами попадаются бѣдные клетками участки (рис. 2 А), мѣстами клетки изобилуютъ, являясь даже преобладающими въ микроскопической картинѣ (рис. 2 В).

Да и свойства самихъ клетокъ очень разнообразны. Въ мѣстахъ, гдѣ преобладаютъ волокна соединительной ткани, клетки разбросаны въ видѣ ярко красящихся гематоксилиномъ ядеръ длинной веретенообразной или неправильной формы безъ ясно замѣтнаго пояса протоплазмы. И наоборотъ, попадаются участки, гдѣ въ изобиліи скопляются большія круглыя или овальныя клетки съ ясно контурированнымъ неярко окрашеннымъ продолговатымъ ядромъ и съ обильнымъ количествомъ протоплазмы.

Часто все поле зрѣнія пронизано просвѣтами различной величины и формы: то круглой, то звѣздчатой, то въ видѣ каналовъ съ отбѣльнями.

Полости эти выстланы эндотелемъ, который непосредственно прилежитъ къ соединительной ткани опухоли.

Предъ нами пустыя кровеносныя сосуды, изъ которыхъ вытекла кровь по удаленіи опухоли, съ одной только интимой.

На ряду съ такими кровеносными полостями съ характернымъ черепичеобразнымъ расположеніемъ эндотелиальныхъ клетокъ въ одинъ слой попадаются сосуды, гдѣ рѣзко выражено разрастаніе эндотелиа (рис. 1).

Мѣстами это разрастаніе принимаетъ характеръ волокнистой ткани съ вытянутыми ядрами въ ней. Эта вновь образованная соединительная ткань очень плохо красится дополнительными красками, что и выдѣляетъ ее среди интенсивно окрашенной, окружающей волокнистой ткани самой опухоли. Произшедшая изъ эндотелиа ткань концентрически наслаивается или вдается въ просвѣтъ сосуда преимущественно съ какой-нибудь стороны его, чѣмъ и суживаетъ его до полной иногда потери просвѣта.

Мы имѣемъ дѣло, такимъ образомъ, съ облитерирующимъ воспаленіемъ интимы сосудистыхъ полостей.

Вокругъ сосудовъ, мѣстами, въ изобиліи налегаютъ вышеописанныя круглыя и овальныя клетки съ хорошо дифференцированнымъ ядромъ и протоплазмой.

Стѣнки кистъ, попадающихся въ опухоли, образованы окружающей тканью и не имѣютъ собственной выстилки.

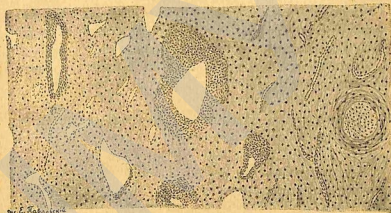


Рис. 1.

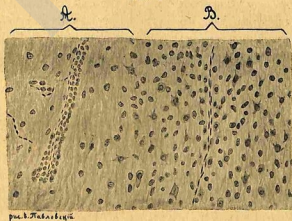


Рис. 2.

Подводя итогъ микроскопической картинѣ, мы должны согласиться съ вышеупомянутымъ взглядомъ многихъ авторовъ, которые считаютъ эти опухоли фибромами въ стадіи развитія и близкими по виду съ саркоматозной тканью.

И дѣйствительно, на ряду съ участками зрѣлой волокнистой ткани, мы встрѣчаемъ мѣста, гдѣ она почти сплошь состоитъ изъ скопленій крупныхъ молодыхъ соединительно-тканыхъ элементовъ.

Если прибавить к этому скопления подобных клеток по ходу сосудов и местами воспалительную инфильтрацию, то мы получим картину, часто трудно отличимую от настоящей саркомы.

Отсюда и проистекает то, что эти опухоли часто идут под диагнозом фибросаркомы и что они и на самом деле могут переходить в саркому.

Обилие сосудов в этих полипах давало повод к причислению их еще в давнее время к кавернозным опухолям [С. I. M. Langenbeck (4), Lücke (26) и др.].

А запусканіем сосудов объясняется, может быть, наблюдаемая некоторыми авторами, различная перерождения в этих опухолях и характерное для них обратное развитие или остановка их роста с возрастом их носителя.

Что касается других опухолей, то здесь мы имеем или злокачественный новообразования, или «ложные носоглоточные» полипы.

Первичный рак носоглотки встречается очень редко: на 1429 карцином приходится только одна на носоглоточную полость [Bergman (30)].

По большей части рак этой области представляет железистое строение.

В редких относительно находках принадлежат и первично здесь растущая саркома, обыкновенно кругло- и веретенообразно-клеточковая. О переходе фибромы этой области в саркому нами уже упоминалось.

Еще большей редкостью является эндотелиома носоглоточного пространства.

У Monbouyana (31) говорится о двух подобных опухолях, которая он называет эпителиомами, выделяя их от рака.

Mikulicz (5) насчитывает из литературы только с вероятностью 4 случая [Plast, Hirschberg, Norton и Pautopidan] и присоединить один собственный.

Эндотелиому носоглотки оперировал Hertle (203).

В учебниках и литературѣ встречается описаніе эндотелиома носовой или Гаймаровой полости, но нам не попадались такіа сообщенія для носоглоточного пространства.

Поэтому мы и считаем особенно интересным один из наших слу-

чаев, где микроскопическое исследование опухоли заставило остановиться именно на такой диагностикѣ.

Данныя о величинѣ и других микроскопических свойствах этой опухоли нами приведены въ соответственной исторіи болѣзни (№ IX), а потому мы здесь ограничимся микроскопической картиной этого редкаго новообразованія.

Подъ микроскопомъ видно и при малыхъ увеличеніяхъ, что опухоль состоитъ изъ соединительно-тканной волокнистой стромы и заложения между ея пучками клеточныхъ конгломератовъ.

Мѣстами преобладаютъ эта строма, зато мѣстами значительно преобладаютъ клеточные участки опухоли.

При большихъ увеличеніяхъ видно, что строма построена изъ пучковъ соединительно-тканныхъ волоконъ съ арѣлыми клеточными соединительно-тканными элементами. Въ ней проходятъ кровеносные сосуды.

Клеточные элементы опухоли полигональной формы съ пузырькообразнымъ ядромъ располагаются группами различной формы и величинны. То они сопоставляются въ длинные цепи, отъ которыхъ идутъ отбѣвленія на концахъ, съ колбообразными вдутіями иногда, то клетки наслаются концентрически.

Часто эти концентрическія образованія прерывають регрессивныя явленія. И тогда только на периферіи этихъ наследной видны удлинненныя клетки съ вытннутымъ пузырькообразнымъ ядромъ. Дальше къ центру этихъ образованій различаются иногда только концентрическіе неясные контуры. И весь центр, наконецъ, занятъ галиновой массой, окрашивающейся по Van Gieson'у въ темно-малиновый цвѣтъ, который въ самомъ центрѣ иногда принимаетъ свѣтло-желтый колоритъ, что указываетъ на отложение здѣсь извести.

На «ложныхъ носоглоточныхъ опухоляхъ» мы считаемъ себя въ правѣ подробно не останавливаться, такъ какъ это вывелъ бы насъ изъ предѣловъ нашей темы.

Изъ нихъ главное значеніе имѣетъ «хаональный» или «фиброзно-слизистый» полипъ, такъ какъ онъ встрѣчается относительно часто и, достигая иногда большихъ размѣровъ [въ случаѣ Zaufala такой полипъ весилъ 112 гр. (7)], сближается нерѣдко съ типичнымъ носоглоточнымъ полипомъ.

Онъ чаще всего исходитъ отъ краевъ хоанъ («Choanenang-poly») и прикрѣпляется на тонкой ножкѣ.

Микроскопически он состоит из волокнистой соединительной ткани, обидной клеточными элементами и сосудами. Мстами он по своему строению приближается к отчетной фибромѣ (слизистому полпу).

Этому полпу посвящалось немало работъ и диссертаций главнымъ образомъ во Франціи [Legouest (31), Panas (11), Trélat (32), Labbé, Duménil, Mathieu (34), Vigot (33) и ми. др.]].

Нѣкоторые авторы описываютъ опухоли, которыя занимаютъ срединное положеніе между хаональными и истинными носоглоточными полпами [Bauchaud (34), Glas (21)].

Изъ рѣдко встречающихся опухолей носоглотки можно назвать остеоомы, хондромы, лимфосаркомы, лимфангиомы, аденомы, папилломы, липомы, кисты различнаго происхожденія, дермоиды [«behoarte polypen»], «Epignathgeschwülste» etc.

Этимъ перечисленіемъ мы и заканчиваемъ нашу патолого-анатомическую очеркъ.

Распространеніе полпа его от- ростками.

Починивъ съ вопросомъ о мѣстѣ прикрѣпленія опухоли основанія черепа — внутри- и внѣ-глоточнаго происхожденія, патогенезомъ и патологической анатоміей, мы переходимъ теперь къ ихъ росту и распространенію по поверхностямъ, отверстіямъ и полостямъ черепа.

Полпа основанія черепа обладаетъ огромной энергіей роста: ни апоперозъ, ни кость, ни твердая мозговая оболочка не оказываются достаточно устойчивыми, чтобы противустоять его разрушительному шествію. Въ этой силѣ роста онъ уподобляется злокачественнымъ новообразованиямъ. Но здѣсь ихъ подобіе и кончается, такъ какъ интересующія насъ новообразования не имѣютъ другого координатнаго признака злокачественности — атипичческаго роста.

Опухоль — паразитъ, и окружающія ее ткани — хозяинъ — сохраняютъ каждый свою самостоятельность, а не сливаются другъ съ другомъ въ одно цѣлое, какъ то бываетъ въ случаѣ злокачественности опухоли.

Имѣя источникомъ основаніе черепа, эти опухоли не знаютъ ни одной изъ многочисленныхъ углубленій и полостей этой послѣдней, куда бы

онѣ не имѣлъ доступа, пуская свои отростки въ анатомически уже существующія отверстія, или прокладывая для себя брешь въ костной стѣнкѣ.

Онѣ всегда растутъ въ сторону наименьшаго сопротивленія.

Типическій носоглоточный полпацъ, имѣя свое мѣсто исхода въ предѣлахъ носоглоточной полости, конечно, прежде всего выполняетъ эту послѣднюю. Сильно увеличивая ея размеры своими давленіемъ на окружающія ее стѣнки, выпячивая также и мягкое небо въ ротовую полость, онъ заполняетъ ее иногда до самаго зубнаго ряда, отдавая языкъ внизъ [Ш. Тиховъ (№ 52)]. Въ случаѣ прикрѣпленія опухоли въ нижнемъ отдѣлѣ тѣла затылочной кости при переходѣ ея въ заднюю стѣнку носоглотки онѣ могутъ свисать ниже свободнаго края мягкаго неба и достигнуть входа въ гортань. Обыкновенно же, имѣя мѣсто прикрѣпленія на верхней стѣнкѣ носоглотки больше или меньше ассиметрично, онѣ прежде всего устремляются въ полость носа чрезъ ту или другую хоану. Такое одностороннее распространеніе Nélaton (14) считала даже за правило. Въ рѣдкихъ случаяхъ опухоль направляется и въ обѣ полости, отдавая все-таки предпочтеніе какой-нибудь изъ нихъ; иногда же заполняетъ обѣ въ одинаковой мѣрѣ [Каблуковъ (№ 41)].

Чаще же она проникаетъ въ соедѣнную носовую полость чрезъ узурю перегородки носа (нашъ случай № IX).
Носовой отростокъ, простая носовую полость, можетъ достигать до самой поздри, выпячиваясь иногда наружу (въ случ. А. Ф. Каблукова опухоль торчала изъ обѣихъ поздрей).

При своемъ ростѣ въ носовой полости этотъ отростокъ расширяетъ стѣнки ея, отдавая перегородку въ противоположную сторону до полной часто непроходимости и другой поздри, атрофируя раковины, выпячивая наружную стѣнку носа, раздвигая носовыя кости, источая ихъ до полнаго иногда исчезновенія вмѣстѣ съ соответственнымъ носовымъ отросткомъ и низдавая дна носа.

При этомъ получается до неузнаваемости большая единая носоглоточная полость, въ которой иногда можно помѣстить кулакъ.

Дая на дно носа пухоль выпячиваетъ твердое небо въ полость рта; можетъ его истончить, узурировать, будучи отдѣлена со стороны рта въ такомъ случаѣ только слизистой оболочкой его (№ 71, 113). При прободеніи и этой послѣдней опухоль оказывается во рту, закрывая собой ле-

фекты твердаго неба. Другой путь проникновения опухоли въ ротовую полость!

Очень часто опухоли и ограничиваются такой сферой распространения.

Но нередко носовой отростокъ въ свою очередь даетъ вторичныя разветвления въ придаточныя носовыя полости, сильно расширяя ихъ естественныя отверстия или узуррируя и ихъ стѣнки. Такъ, она довольно часто даетъ отростокъ въ Гайморову полость, выполненя которую, можетъ приобрести всѣ свойства опухоли верхней челюсти, а при прободении перешей костной стѣнки ея появляется подъ кожей лица, чаще всего въ области fossa canina.

Нередко оказывается выполненной и клиновидная пазуха, при разрушении верхней стѣнки которой опухоль оказывается въ черепной полости.

Упоминается о разветвлении опухоли и въ лобную пазуху, хотя намъ такіе случаи при пересмотрѣ немалого матеріала по этому вопросу почти не попадались [лишь случаи Chassignac'a (125) и Pincusa (199)].

Наконецъ, опухоль проникаетъ въ рѣшетчатый лабиринтъ, разрушая его на своемъ ходу. Отсюда она имѣетъ доступъ чрезъ узору lam. pargasea въ глазницу, а чрезъ прободеніе lam. cribrosa и въ полость черепа (2 случ. Kirmisson'a).

Если вспомнить теперь, что почти на границѣ носоглоточной и носовой полости у самого основания внутренней пластинки proc. pterygoid. находится for. spheno-palatinum, сообщающее носовую полость съ скуловой ямкой, то станетъ вполне понятнымъ, что носоглоточный полость не можетъ не пустить въ него своего отростка.

Прежде чѣмъ перейти къ этому отростку въ скуловой ямкѣ, мы должны подробнѣе остановиться на вопросѣ о такъ называемыхъ «зачелюстныхъ опухоляхъ» Langenbeck'a, о которыхъ несколько упоминалось и выше.

Въ 1860 году Langenbeck въ Берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ (18) сообщилъ о трехъ случаяхъ опухолей этого рода, которыя съ тѣхъ поръ и носятъ его имя.

Я думаю, что сдѣлаю самое лучшее, если прямо приведу въ русское переводѣ дословно выдержки изъ протокола этого знаменательнаго засѣда-

нія, въ которомъ авторъ рисуетъ ясную картину мѣста происхожденія и распространенія своихъ опухолей.

«Глубокое положеніе fossa spheno-maxillaris и въ особенности той части ея, которая называется fossa pterygo-palatina, могло быть причиною, почему происхожденіе опухолей въ этой области оставалось безъ наблюденія... и... «о первичномъ происхожденіи опухолей изъ этой области никакъ не упоминалось».

«То обстоятельство, что Langenbeck наблюдалъ 3 уже случая опухоли fossa pterygo-palatinae и spheno-maxillaris, говорить за то, что онъ не такъ ужъ рѣдкъ».

«Три наблюденныхъ Langenbeck'омъ случая принадлежать къ кавернознымъ опухолямъ».

«Происходя изъ fossa pterygo-palatina, онъ растутъ въ направленіи наименьшаго сопротивленія со стороны сосѣднихъ частей: опухоль является первоначально выше и ниже скуловой дуги, какъ легкое и нередко отграниченное выстояние щеки и височной области. При дальнѣйшемъ ростѣ опухоль покрываетъ собой всю наружную поверхность верхней челюсти и выподняетъ всю височную ямку въ то время, какъ скуловая дуга отпшуровываетъ верхнюю ее часть отъ нижней».

«Давящая сваружи на верхнюю челюсть опухоль втягиваетъ ея лицевую стѣнку шутри въ Гайморову полость; зубной рядъ мало-по-малу приобретаетъ выгнутость въ полость рта и твердое небо кажется тогда болѣе узкимъ и болѣе глубокимъ, чѣмъ на здоровой сторонѣ». Опухоль нередко разрушаетъ заднюю стѣнку этой полости и можетъ заполнить ее (нашъ случай № III и V).

«Одновременно съ этимъ опухоль чрезъ fissura orbitalis проникаетъ снизу и съ боковъ въ орбиту и выпиретъ глазное яблоко вверхъ и наружу изъ орбиты. Равнымъ образомъ опухоль проникаетъ чрезъ for. spheno-palatinum первоначально въ носовую полость, при чемъ она выдвигаетъ на себѣ слизистую оболочку носа, и заполняетъ потомъ болѣе или менѣе отверстия хоанъ» и следовательно можетъ свисать въ носоглотку.

«Такъ какъ fossa spheno-maxillaris отбѣлена fascia pterygoidea отъ большихъ сосудовъ шеи и околушной области, то опухоли и нелегко растутъ въ этомъ направленіи; однако Langenbeck на-

блудать в одномъ случаѣ regio parotidea выпяченной. Равнымъ образомъ fascia buccalis и buccopharyngea препятствуютъ легкости проникновения опухоли въ ротовую и глоточную полости».

«Наконѣцъ, опухоль, произведя прободеніе основанія черепа, можетъ проникнуть въ черепную полость, какъ Langenbeck и наблюдавъ въ одномъ случаѣ, кончившемся смертельно».

При сообщеніи тутъ же о ходѣ операціи у одного изъ его больныхъ такою опухолью, у юноши 16 лѣтъ, авторъ описываетъ эту опухоль, какъ она предстала при операціи, и указываетъ мѣсто прикрѣпленія ея. «Опухоль величиной съ гусяное лицо шла въ глубину своей ножкой въ направленіи къ fossa pterygo-palatina и прикрѣплялась здѣсь къ передней поверхности proc. pterygoideus клиновидной кости прямо подъ fissur. infraorbitalis».

Аналогичный случай описанъ авторомъ въ 1861 году у бѣлаго 15 лѣтъ, на которомъ Langenbeck впервые примѣнилъ свой извѣстный способъ временной частичной резекціи верхней челюсти.

Такую же опухоль съ такимъ же мѣстомъ прикрѣпленія (опухоль имѣла областью своего происхожденія верхнюю часть proc. pterygoidei) у мальчика оперировалъ въ 1887 году König (3).

Указаніе на существованіе первичныхъ «зачелюстныхъ опухолей» есть великая заслуга Langenbeck'a, потому что, какъ мы увидимъ дальше, правильное ихъ распознаваніе имѣетъ рѣшающее значеніе для выбора способа операціи.

Но Langenbeck, увлекаясь своимъ открытіемъ, не признавалъ возможности проростанія въ foss. sphenomaxillaris «внутриглоточныхъ» полиповъ, для которыхъ онъ отводилъ только носоглотку и носовую полость со всѣми ея придаточными полостями, хотя о такомъ вторичномъ появленіи опухоли въ этой области изъ носовой полости уже знали Brodatour и Velpeau.

Такъ, Brodatour (36) уже въ 1830, а Velpeau (37) въ 1840 г. рисуютъ совершенно правильную картину носоглоточнаго полипа, давшаго свои отростки чрезъ for. sphenopalatinum (pterygo-palatinum по терминологіи, употребляемой этими авторами) во всѣмъ направленіямъ и между прочимъ и въ скуловую ямку.

Затѣмъ въ Парижскомъ Хирургическомъ Обществѣ въ 1850 г. (38) по

поводу носоглоточнаго полипа съ многочисленными отростками, представленнаго Giraldez отъ больного, умершаго послѣ операціи, Robert и Morel-Lavallée вспомнили изъ своей практики случаи аналогичныхъ опухолей съ отростками въ скуловую ямку.

Этотъ взглядъ Langenbeck'a повторяется въ диссертациіи его ученика Lenhartz'a (39). Изъ болѣе новыхъ авторовъ, признающихъ только первичныя «зачелюстные» опухоли, оказывается Mikulicz (5). Онъ называетъ эти опухоли Langenbeck'a очень образнымъ парадоксально звучащимъ именемъ «височно-носовыхъ полиповъ» («Nasen-schlafenpolypen»).

Зато, какъ мы говорили ужъ выше, въ извѣстной диссертациіи Bensch'a (4), различаются «внутриглоточные» и «внѣглоточные», «клиническіе носоглоточные полипы». При этомъ для первыхъ признается возможность проникнуть въ скуловую ямку, для вторыхъ—въ носовую и носоглоточную полость.

P. Bruns (54) въ статьѣ, гдѣ онъ описываетъ свой скуловой способъ для доступа въ скуловую и височную ямку при этихъ опухоляхъ, также различаетъ 2 мѣста первичнаго исхода ихъ.

Теперь фактъ существованія опухолей обоого рода принять даже въ учебникахъ.

Такъ, Bergmann (40) говоритъ: «Если онѣ исходятъ отъ основнаго отростка затылочной кости или свода носоглотки, то получается типическій носоглоточный полипъ въ узкомъ смыслѣ этого слова; если же онѣ берутъ свое начало въ fossa sphenopalatina отъ періста lam. ext. proc. pterygoidei, то онѣ даютъ типы зачелюстныхъ опухолей».

Что касается нашихъ случаевъ, то въ № III и № V мы имѣли дѣло съ типическимъ носоглоточнымъ полипомъ, проросшимъ въ скуловую и въ височную (№ V) ямку, тогда какъ въ № XIII дѣло идетъ о первичной «зачелюстной» опухоли только, судя по теченію болѣзни, злокачественнаго характера.

Сдѣлавъ необходимое отступленіе, мы можемъ теперь вернуться къ описанію дальнѣйшаго роста носоглоточнаго полипа.

Мы остановились на появленіи отростка его въ скуловую ямку и намъ осталось сказать о ростѣ его здѣсь.

Но этот отросток обладает всеми свойствами, что и первично распухшая здесь «зачелюстная опухоль».

Поэтому мы и можем вернуть читателя к описанию распространения «зачелюстных опухолей», сделанному Langenbeck'ом и т., избывая этим повторения и замняя свое изложение словами старого немецкого классика. В этом—оправдание нашего отступления.

Из всего сказанного можно вывести заключение, что как внутриглоточный полип может проникнуть через for. sphenopalatinum в скуловую и височную ямку, не становясь «зачелюстной опухолью» Langenbeck'a, так и эта последняя в обратном направлении, через то же отверстие может дать отросток в полость носа и отсюда в носоглотку, не дѣлаясь полною внутриглоточного происхождения.

Чтобы покончить съ описанием распространения опухоли по черепу, намъ осталось разобрать пути проникновения ея въ самую черепную полость.

Мы уже попутно говорили о возможности продолжения опухоли пути въ полость черепа через любую изъ пограничныхъ съ ней придаточныхъ полостей носа.

Излюбленнымъ мѣстомъ проникновения опухоли является тѣло os sphenoidalis, область sella turcica съ sin. cavernosus. Зачелюстной отростокъ такъ же, какъ и первичная «зачелюстная опухоль», прорастаетъ въ черепную полость черезъ узору большого крыла клиновидной кости.

Случай обширнаго разрушения опухоли основанія черепа наблюдать на вскрытїи Veireau (37) уже въ 1838 году у мальчика, умершаго отъ оспы, съ громаднымъ полною основанія черепа, проросшимъ во всевозможныя направленія.

Классическій случай O. Weber'a (41) многообразнаго развития саркоматознаго полипа, кончившійся смертью больного отъ задушения опухолью и представленный авторомъ на рисунокѣ, прекрасно иллюстрируетъ намъ сразу нѣсколько путей проникновения опухоли въ черепную полость. Эта опухоль съ одной стороны разрушила тѣло клиновидной кости и выполнила сѣдобразную ямку, съ другой стороны она изъ правой fossa sphenomaxillaris черезъ прободеніе большого крыла клино-

видной кости проникла въ среднюю черепную ямку, а отъ тѣла затылочной кости осталась только тонкая костная пластинка.

Не довольствуясь такимъ способомъ проникновения въ полость черепа съ разрушеніемъ его стѣнокъ, полипъ и здѣсь нашелъ естественные ходы, давая туда отростки отъ глазничнаго своего отростка черезъ fissura orbitalis superior [Broulathour (36), Bensch (4), Calot (35), И. Э. Гагенъ-Торнъ (№ 98)] и for. opticum [Hirschberg (22)] или проникая чрезъ for. lacerum. ant. [Hugier (42)].

Главные симптомы полипа основаніе черепа.

Въ связи съ мѣстомъ преимущественнаго роста и шириной распространения полипа являются и тѣ болѣзненные явленія, которыя создаютъ многообразную клиническую картину этого роковаго заболѣванія.

Тѣ измѣненія, которыя бросаются въ глаза при простомъ осмотрѣ лица или ротовой полости, нами уже описаны попутно, при разсмотрѣнїи роста и распространения опухоли.

И тамъ же было указано, что опухоль обыкновенно избираетъ какую-нибудь одну сторону, давая такимъ образомъ асимметрическое характерное обезображиваніе (рис. 3).

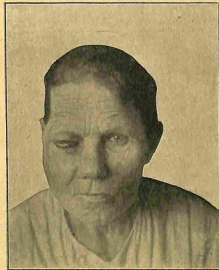


Рис. 3.

Когда же опухоль захватит обе стороны и разрастается по всем ей доступным направлениям, то больной приобретает совершенно особенный, указующий вид. Нос сильно раздвинут в ширину, из ноздрей его торчат отростки опухоли. Все лицо раздается в стороны: щеки точно сильно надуты, выпячивание их переходит и в околоушную область, она отдалена поперечно бороздой от выстояния висков.

В довершение ужаса глазные яблоки выдвинуты из орбиты, и лицо больного приобретает вид головы гигантской лягушки [*frog-face*] по английским авторам].

Все разнообразие обезображиваний лица, вызываемых интересующей нас опухолью, представлено на муляжах в музее *Druyren's*.

Переходя к разстройству функций, зависящих от распространения опухоли, мы остановимся сначала на болезненных явлениях при наиболее частой ее локализации в носоглотке и носовой полости.

Наличие опухоли в носоглотке скажется, конечно, одним из первых явлений, затруднением носового дыхания. Это закладывание носа переходит в полную его непроходимость при прострации опухоли в носовую полость или при полном заполнении носоглотки, когда помимо платно только привлекает к хоанам.

Эта непроходимость носа влечет за собой все последствия, связанные с выключением носовой полости из сферы дыхания. Организм лишается естественной защиты на пути попадающих с вдыхаемым воздухом заразных начал, теритерь увлажняющий и согревающий струю воздуха аппарат. Последствием этих потерь в первую очередь развивается мучительная сухость во рту и глотке и появляется катарр, как этих последних, так и воздухоносных путей, кожная мелкими бронхами. Больной дышит только через рот, который всегда держать открытым; и постепенно приобретает характерную физиогномию человека с постоянно заложённым носом.

Он теряет обоняние, что отражается и на вкус.

Больной говорить с остановками и тихим голосом за недостатком дыхания; звук его голоса приобретает характерный тембр — *rhinolalia clausa posterior* — «*Gottesprache*», по образному выражению *W. Meyer's* (7). Недостаток дыхания особенно при росте опухоли вниз по направлению к гортани может достигнуть до степени

одышки, которая переходит по временам в тяжелую картину асфиксии, когда присоединяется хотя бы и небольшое западание языка в лежачем положении.

Такие больные спят с сильным храпом, который разнится иногда далеко по палатам и не дает спать другим. Сам больной часто просыпается и вскакивает ночью вследствие задушения [А. Ф. Кабуков (№ 41)]. Иногда такие пациенты требуют трахеотомии при самом поступлении в больницу [Ш. Тихов (№ 52)]. Описаны случаи задушения больных опухолью [O. Weber (41)], и этот конец считается многими одной из естественных развязок больного с жизнью.

Если опухоль свисает глубоко в глотку, то она, помимо сильного затруднения дыхания, может разорвать и глотание, чем обречет больного на голодanie.

Отравление больного CO_2 , всасываемыми продуктами разложения скопляющегося отделяемого носа, а перидо и самой распадающейся опухоли, разстройство мозгового кровообращения и головные боли создают иногда пугающую картину разстройства психики больного, так назыв. «*aproxexie Gueys*».

Прилегание опухоли к глоточным отверстиям труб, да и сама по себе закупорка носа [Lucas—опыт *Touybee* (7)] разстраивает трубную вентиляцию и сильно отражается на слух.

Больные часто жалуются на раздражения в ухе боли при отсутствии всяких объективных явлений со стороны барабанной перепонки.

Но зато легко может возникнуть и гнойное воспаление среднего уха вследствие попадания туда из носоглотки заразного начала чрез посредство Евстахиевой трубы.

А из носа—чрез слезно-носовую канал возникает воспаление слезных путей и конъюнктивит с постоянным слезотечением, которое бывает особенно сильно при сдавлении опухолью слезно-носового канала. Иногда при этом развивается гнойное слезное мшма. Постоянное слезотечение может быть вызвано также давлением на п. *lacrimalis* проросшего в глазницу отростка опухоли.

Наличие опухоли в столь сложных, полных различными закрутками полостях, как носовая и носоглоточная, непременно должна

вести к скоплению отделяемого воспаленной слизистой оболочки и разложению его, что сказывается истечением из носа слизисто-гнойного или часто гнойного отделяемого, которое при распаде опухоли приобретает тяжелый гнилостный запах.

Этим и объясняется, что нос и носоглотка является нередко при полипах первоисточником воспалительных заболеваний уха и глаза.

Наконец, присутствие носоглоточного полипа мучительно ощущается больными, как инородное тело.

Нельзя пройти молчанием способности опухоли образовывать сращения со стенками полостей, в которых она развивается («insecions fausses» Nélaton). Чаще всего эти сращения бывают в носу после ранне произведенных неудачных попыток удалить опухоль через естественные пути [Mikulicz (5)].

Эти сращения могут быть роковым моментом операции, так как они являются неожиданным сюрпризом во время нея, сильно осложняют и затягивают выделение кровотокащей опухоли и могут быть вследствие этого причиной смерти больного на столе от обескровливания, как то было в одном из наших случаев (№ VII).

Если же опухоль не ограничится носовой и носоглоточной полостью и даст отросток в слезную ямку или если мы будем иметь дело с первичной «зачелюстной опухолью», то по мере роста опухоли появятся ряд болезненных явлений.

Так в самом верхнем отделе fossa pterygo-palatina она может сдавить II ветвь n. trigeminus — тотчас по выходе ее из for. rotundum, вызывая невралгию этой ветви. В двух первых случаях самого Langenbeck'a его «зачелюстной опухоли», а также и у нашей больной (№ XIII) невралгическая боль в задних коренных зубах верхней челюсти была первым знаком появления этой опухоли и была причиной ошибочного удаления зубов.

Чаще на первый план выступают невралгические боли по ходу n. infraorbitalis.

Равным образом опухоль в любом месте может сдавить III ветвь на всем ее протяжении в fossa speno-maxillaris, вызывая при сдавлении ganglion oticum остальгию, иррадиирующую в височную область, или производя невралгические боли по ходу n. infra-maxillaris, а

также двигательное расстройство в жевательных мышцах. Расстройство жевания может последовать и вследствие просто механического препятствия со стороны разросшейся назад зачелюстной опухоли. Опухоль может даже произвести вывих в articulatio mandibularis [Flaubert (46)].

Глазничный отросток опухоли вызывает невралгию n. ophthalmicus которая чаще всего выражается в виде neuralgia supraorbitalis s. frontalis. При обширном разветвлении опухоли может получиться невралгия от сдавления одновременно всех трех ветвей тройничного нерва чисто периферического происхождения. И в таких случаях легко принять такую комбинированную картину невралгий за невралгию от сдавления общего ствола или Gasser'ова узла n. trigeminus и следовательно думать о проникновении отростка опухоли в черепную полость.

Глазничный отросток опухоли вызовет, конечно, и ряд явлений со стороны глаза.

О постоянном слезотечении вследствие прижатия n. lacrimalis нами упоминалось уже выше.

При сдавлении n. oculomotorii, trochlearis и abducens получится картина иногда сложных и комбинированных параличей глазных мышц с соответственными отклонениями глазного яблока в стороны, и часто двойным видением. Diplopia может, конечно, быть и от простого смещения глазного яблока опухолью.

При сжатии глазодвигательного нерва появляются, кроме того, расстройства аккомодации, сопровождающиеся иногда аккомодационной астенопией и световой реакцией зрачка, который будет сужаться при раздражении его опухолью и остается в постоянно расширенном состоянии при полном параличе этого нерва. Паралич n. oculomotorii называется и ощущением верхнего века — ptosis.

Не исключена возможность сдавления глазничным отростком зрительного нерва [В. М. Мицк (№ 100)].

Обыкновенно множественные параличи черепных нервов указывают на проникновение опухоли в полость черепа.

Что касается внутричерепного отростка, то он может долго ничем не выразиться и быть неприятной находкой во время операции

или чаще на секционном столе [А. А. Бобринь (№ 91, 92), И. Э. Гагенз-Торнь (№ 98)].

В дальнейшем своем развитии этот отросток скаывается, как общими явлениями, зависящими от повышения мозгового давления, так и глубокими — от сдавления черепных нервов.

Къ первымъ принадлежатъ: жестокія головныя боли, разстройство общаго чувствлвня и психическіе припадки съ преобладаніемъ угнетенія, иногда приступы полной потери сознания, головокруженіе, замедленіе пульса, мозговая рвота и, наконецъ, застойный сосокъ.

Ко вторымъ — параличи черепныхъ нервовъ. При наиболее частомъ пространіи опухолю въ соствѣ съ клиновидной полостью поражаются и близлежащіе черепные нервы (II—VI). [Случай Jaboulay и Vincenta (43, 44) съ пространіемъ опухоли въ черепную полость въ 3 мѣстахъ и съ параличами отъ сдавленія зрительнаго, глазодвигательнаго и всѣхъ трехъ вѣтвей тройничнаго нерва у мѣста ихъ образованія].

При разрушеніи основнаго отростка затылочной кости могутъ страдать IX—XII черепные нервы, что почти всегда указываетъ на злостепенность опухоли [случай множественныхъ параличей перечисленныхъ нервовъ на лѣвой сторонѣ В. Fränkel'a (45)].

Въ заключеніе симптоматологіи носоглоточнаго полипа нами оставленъ неизвѣстный, встречающійся почти во всѣхъ случаяхъ этого заболѣванія, симптомъ, который доминируетъ часто надъ всеми другими явлениями болѣзни и бываетъ на всемъ ея протяженіи и какъ первый ея глашатай, и какъ одна изъ главныхъ причинъ роговой развязки заболѣванія.

Мы говоримъ о кровотеченіи.

Эти кровотеченія въ началѣ болѣзни имѣютъ характеръ простыхъ внешнихъ носовыхъ кровотеченій, на которыя большой обыкновенно не обращаетъ вниманія.

Въ дальнейшемъ большой бываетъ пораженъ появленіемъ вдругъ безъ замѣтной для него причины обильнаго, неудержимаго потока крови. И послѣ такого перваго кровотеченія, время появленія котораго больные обыкновенно точно указываютъ, наступаетъ ракъ кровотопись.

Чаще бываютъ носовыя кровотеченія, но иногда источникомъ кровотечения оказывается носоглоточная часть опухоли, и кровь залиываетъ ротъ больному и можетъ задуть его во время сна.

Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (№ IV) кровь чрезъ посредство Евстахивой трубы текла и изъ лѣваго уха при полномъ разрушеніи барабанной перепонки въ немъ.

Частота и сила кровотеченій бываетъ самая различная у разныхъ больныхъ и у одного и того же на протяженіи его болѣзни.

То они появляются нѣсколько разъ въ мѣсяцъ или еще рѣже, дѣлая иногда интервалы и по нѣскольку мѣсяцевъ, то кровотеченіе положительно преслѣдуетъ больного, бывая чуть ли каждый день.

То же касается и силы и продолжительности каждаго отдѣльнаго кровотеченія.

Кровь появляется обыкновенно отъ самыхъ незначительныхъ, едва условимыхъ причинъ, повышающихъ кровенаполненіе опухоли: стоитъ больному нагнуться, закашляться, чихнуть, высморкаться или какъ-нибудь наречься; какъ вдругъ хлынетъ кровь.

Часто послѣ потери известнаго, обыкновенно довольно большого, количества крови ($\frac{1}{2}$ — 1 стакана и больше), кровотеченіе или само утихаетъ, или останавливается тампонадой, холодомъ и т. п. терапевтическими вѣзвѣщательствами.

Иногда же кровотопись прекращается только въ обморочномъ состояніи больного; или дается дѣльными днями.

Кровотеченіе непременно появляется при всякомъ пальцевомъ изслѣдованіи или зондированіи опухоли.

Но особенно сильно оно бываетъ при попыткѣ удалить опухоль, принятую за простой носовой полипъ, чрезъ носъ. Здѣсь кровь бьетъ, какъ изъ крана, и съ трудомъ останавливается тампонадой, которому препятствуетъ часть опухоли, оставшаяся въ носу.

Да и вообще кровотеченіе это — главный камень преткновенія при всякой операциі полипа основанія черепа, какъ въ предварительномъ актѣ операциі, такъ и главнымъ образомъ въ моментъ самаго удаленія опухоли.

Доводя больного до тяжелой анеміи, являясь наиболее частой причиною смерти его, какъ при естественной развязкѣ болѣзни, такъ и на

операционномъ столѣ, — кровотечение, какъ перпенствующій симптомъ типичнаго носоглоточнаго полипа, не могъ не интересовать хирурговъ съ самаго давняго времени, которые старались найти источникъ и условія его возникновенія.

Такъ John v. Meckren и Nikolaus Sass еще въ 1675 г., равно С. I. М. Langenbeck (4) считаютъ источникомъ кровотечения самую опухоль, богатыя кровеносными сосудами (последнїй сравниваетъ ее съ *corpora cavernosa penis*), Follin, Verneuil и Miron (4) считаютъ причиной кровотечения легкую ранимость находящихся въ эмбриональномъ состоянїи сосудовъ опухоли; тогда какъ Billroth (5) ихъ изъяснѣ.

Равнымъ образомъ Mikulicz (5) относитъ кровотеченіе къ самой опухоли, а преимущественную частоту носовыхъ кровотеченій объясняетъ тѣмъ, что въ узкой носовой полости слишкомъ много условій для сдавленія носового отростка и слѣдовательно застоя въ немъ крови.

Bensch (4) является представителемъ другого взгляда, видящаго причину кровотеченій не въ сосудахъ самой опухоли, а въ обильной сосудами слизистой оболочкѣ носовой полости, которая покрываетъ и опухоль. Отсюда онъ объясняетъ большую частоту носовыхъ кровотеченій передъ ротовыми изъ носоглотки. Этотъ взглядъ онъ старается подтвердить сходными наблюденіями John Bell'a, Hugier и Demereux.

Несомнѣнная зависимость кровотоковости опухоли отъ степени развитія въ ней кровеносной системы (№ VII) или появленіе самыхъ сильныхъ кровотеченій при глубокомъ изъязвленіи опухоли (VIII) говоритъ за преимущественную роль сосудовъ самой опухоли въ этиологїи большихъ кровопотерь.

Внѣшними причинами кровотеченій являются какъ всякое повышеніе давленія въ сосудахъ опухоли, о чемъ мы говорили выше; такъ, конечно, и всякое нарушеніе ея цѣлости, идущее извне, — сюда относится изъязвленіе ея, а также раненіе, которое чаще всего бываетъ при изслѣдованїи и операциі.

Заключивъ такимъ образомъ перечисленіе всѣхъ возможныхъ при этомъ заболѣванїи симптомовъ въ связи съ ростомъ и распространеніемъ

опухоли, мы должны еще указать на время ихъ появленія въ клиническомъ теченїи этого заболѣванія.

Клиническое теченіе полипа основанїя черепа. Для удобства можно раздѣлить теченіе болѣзни согласно предложенія Gerard-Marchant'a (46) на три стадїи развитія: 1) стадїи явленій хроническаго насморка; 2) функциональныхъ расстройствъ и 3) деформаций лица.

Въ первомъ періодѣ болные не попадаютъ обыкновенно подъ наблюденіе врача, а тѣмъ болѣе хирурга, почему и продолжительность этой стадїи совершенно не поддается учету. Да и сами пациенты считаютъ обыкновенно время заболѣванія съ момента появленія того или другаго, выходящаго изъ рамокъ просто насморка, расстройства функцій этой области. На первомъ планѣ здѣсь надо поставить стойкое закладываніе носа, носовыя кровотеченія и расстройство слуха и голоса. Могутъ одновременно быть и другія симптомы, которые описаны нами выше.

Срокъ отъ перваго проявленія болѣзни, указываемаго болными, до обращенія къ врачу, въ полномъ ея развитїи, иногда даже въ стадїи неопредѣленности, — можетъ быть исчисленъ въ 2½ года по М. В. Фелдору (2).

Это — единственная цифровая дата, которая еще возможна въ вопросѣ о длительности заболѣванія.

Она зависитъ и отъ возраста больного — тѣмъ моложе носитель опухоли, тѣмъ скорѣе болѣзь развивается [въ случаѣ Richard'a ребенокъ умеръ черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ начала заболѣванія (46)] — и отъ гистологическихъ свойствъ самой опухоли, и отъ направленія ея роста, и слѣдовательно порядка развитія болѣзненныхъ явленій.

Если болѣзь будетъ представлена самой себѣ, то больному послѣ многихъ мучительныхъ испытаній грозитъ смерть или отъ обезкровляванія, или отъ задушенія его опухолью, или отъ истощенія, или отъ общаго сепсиса при распадѣ и изъязвленїи опухоли, или, наконецъ, отъ внутрисердечнаго осложненія при проростанїи опухоли въ полость черепа.

Предсказаніе. Изъ всего сказаннаго не трудно вывести тяжелое предсказаніе при этомъ заболѣванїи тѣмъ болѣе, что и операциі для удаленія опухоли даютъ, какъ мы увидимъ дальше, большой процентъ смертности и не гарантируютъ отъ рецидива.

Но оказывается, что и это заболѣваніе имѣть данныя для благополучнаго исхода, иногда даже въ самопроизвольное излеченіе.

Къ сожалѣнію этихъ данныхъ не много, а примѣры самозлеченія единичны. Но, въ виду большого интереса этого вопроса съ точки зрѣнія своеобразной патологии этого заболѣванія и большой его практической важности, мы пользуемся случаемъ, чтобы подробнѣ здѣсь же на немъ остановиться.

Полипу основанія черепа свойственна, какъ было указано выше, его принадлежность юношескому возрасту: (гл. обр. между 15 и 25 годами), и при переходѣ возраста въ періодъ возмужалости онъ встрѣчается значительно рѣже. [Эта характерная особенность выдвигается даже нѣкоторыми въ названіи болѣзни — «juveniles Sarsom des Nasenrachenraumes» Grünwald'a (?)].

Legouest (47) въ Парижскомъ Хирургическомъ Обществѣ въ 1865 г. впервые указалъ на склонность опухоли послѣ «предѣльнаго возраста» къ обратному развитію и создалъ, какъ мы увидимъ дальнѣе, цѣлое направленіе паллиативнаго леченія въ хирургіи носоглоточнаго полипа. Velpeau (48) въ преніяхъ по этому вопросу въ томъ же обществѣ привелъ аналогію этому факту въ такой же наклонности регрессировать фиброзныхъ полиповъ матки съ наступленіемъ менопаузы, и сообщалъ 2 примѣра многолѣтняго стационарнаго состоянія рецидивовъ полипа послѣ паллиативныхъ операцій по наступленіи предѣльнаго возраста больного.

Robert (49) сообщилъ о двухъ случаяхъ, гдѣ въ одномъ изъ нихъ рецидивъ въ 1 ст. велѣч., въ другомъ оставленная при операціи часть опухоли не дала роста въ теченіи многихъ лѣтъ.

Michaux (50) сообщилъ такой же случай, гдѣ неудаленная часть опухоли послѣ операціи оставалась безъ всякаго увеличенія 19 л., до самой смерти больного отъ алкоголизма.

Но особенно много надѣлалъ шума случай Gosselin (51), сообщенный имъ въ его клиническихъ лекціяхъ, самопроизвольнаго исцеленія въ теченіи 1 года колоссальнаго носоглоточнаго полипа, вызвавшаго рядъ тяжелыхъ явленій своими отростками и, между прочимъ, симптома проростанія опухоли въ полость черепа.

Я не могу удержаться, чтобы не привести краткѣ исторію этого знаменитаго случая.

2/IV 1869 года обратился къ Г. въ Hôpital de la Charité молодой человекъ 22 л., замѣтившій 4—5 лѣтъ тому назадъ носовую оттѣлку голоса и закладываніе носового дыханія. 2 года тому назадъ появились носовыя кровотеченія, которыя вскорѣ участились; одновременно съ этимъ прежніе симптомы увеличились и присоединилось затрудненіе глотанія.

Большой хорошаго интанта и крѣпкаго сложенія безъ особыхъ явленій малокровія, какъ оказалось при первомъ изслѣдованіи больного Г., порывисто и съ шумомъ дышетъ. По разсказамъ больного, эта одышка сильно увеличивается при быстрой ходьбѣ и два раза доходила до приступовъ удушья.

Обѣ носовыя полости заняты отростками опухоли, которая выполяетъ носоглотку, выпячивается впередъ мягкое небо и свисаетъ на 1 ст. изъ-подъ его свободнаго края. Она прикрѣпляется широкимъ основаніемъ къ поверхности основнаго отростка затылочной кости, къ основной кости, нижней поверхности скалы и въ области первыхъ шейныхъ позвонковъ (?).

Ночью на 6 сутки пребыванія больного въ госпиталѣ у него появился приступъ сильного удушья, который угрожалъ жизни. Утромъ же была сдѣлана ему операція удаленія по кускамъ части опухоли, препятствующей прохожденію воздуха, послѣ предварительной резаціи неба по Nélaton'y. Микроскопное изслѣдованіе обнаружило фиброму съ сильно развитою сѣтью сосудовъ.

Въ теченіе 5 мѣсяцевъ пребыванія больного въ клиникѣ онъ былъ подвергнутъ леченію элекتریзмомъ и химическимъ прижиганіемъ опухоли (азотной кислотой и хлористымъ цинкомъ), которое не дало только увеличенія опухоли. Черезъ два мѣсяца по выпискѣ, больной показался съ вновь затрудненнымъ дыханіемъ, появившимся впервые истощеніемъ и съ exophthalmus'омъ лѣваго глаза вслѣдствіе проростанія опухоли чрезъ орбитальную часть наружнаго стѣнка носа.

Еще чрезъ мѣсяць всѣ эти явленія усилились и присоединился правосторонній гемипарезъ.

Съ этого времени больной исчезъ отъ наблюденія, и Г. считалъ его уже погибшимъ.

Но каково было его удивленіе, когда черезъ годъ больной явился къ нему въ полномъ здоровьѣ! Всѣ явленія болѣзни въ теченіи этого года мало-по-малу исчезли, и Г. не нашелъ опухоли ни въ носовой, ни въ носоглоточной полости. Остался только носовая оттѣлка голоса отъ бывшаго послѣ операціи дефекта въ небѣ.

Когда работа Gosselin'a была уже отпечатана, авторъ получилъ издаലെка письмо отъ своего больного, что у него вновь время отъ времени стали появляться кровотеченія.

Через 2 года после опубликования случая Gosselin было обнаружено новое аналогичное сообщение Lafont (52). Здесь дело шло о молодом человеке 24 лет, у которого в течение 3—4 лет опухоль завала всю носоглотку, левую носовую полость, обросла верхнечелюстную кость и вызвала exophthalmus левого глаза. Большой был оставлен без всякого лечения, и через ½ года наступило полное выздоровление.

Huetter (53) на VIII конгрессе немецких хирургов, в речах по поводу доклада Gussenbauer'a о его новом способе, привел случай рецидива, который достиг через 3 года после операции, произведенной в 15 летнем возрасте больного, прежних размеров опухоли и постепенно исчез к 22 летнему возрасту пациента без всякого лечебного вмешательства.

P. Bruns (54) говорит, что наблюдал на своем ряде больных обратное развитие рецидивов или остатков опухоли после палативной операции, как только больной достигал возмужалости.

О неоднократном наблюдении подобных случаев упоминает и König (55) в своем руководстве.

Здесь же можно присоединить еще несколько аналогичных случаев.

Так в случае Poisson (56) опухоль 17 л. юноши была 5 раз оперирована, а на 6 раз появившийся рецидив подвергся самопроизвольному обратному развитию.

Brieger (57) недавно демонстрировал на съезде естественспитателей и врачей в Бреславе 2 случая носоглоточных опухолей, которые дали рецидивы после операции и сами начали подвергаться обратному развитию.

Здесь же с большой вероятностью относятся упомянутые у Mikulicz'a случаи d'Alguanno и Pröbsting'a (15). Зато случаи Grünwald'a (58) и Bauchand (31) могут быть исключены из этого перечня, так как не представляют типичных носоглоточных опухолей, а в случае Rotter'a (58) самозалечение наступило вследствие распада опухоли, а не атрофии ее.

Привода все эти примеры благоприятного исхода интересующего нас заболевания, мы вовсе не хотим этим заметно уменьшить серьезность и подчас безнадежность предсказания при нем, но только еще

раз подчеркнуть благотворное действие возраста на него, который может быть хоть какой-нибудь гарантией от повторения опухоли после ее удаления, или иногда последней надеждой для страдающего этим тяжелым недугом.

Мы еще вернемся ко всем этим вопросам при обсуждении лечения носоглоточного полипа чрез естественные пути.

Дифференциальная диагностика. Закончив таким образом краткий клинический обзор интересующего нас заболевания, мы подошли, кажется, к главной теме нашей работы, к хирургическому лечению носоглоточного полипа.

Но прежде чем начать обсуждение оперативной хирургии этой области, необходимо остановиться на различительном распознавании занимающих нас опухолей от различных симулирующих их заболеваний; а равно на опознавательных пунктах, указывающих на степень распространения уже распознанной опухоли.

Такое распознавание необходимо для выработки показания к операции, как в смысле выбора и ширины оперативного действия, так и с точки зрения оперируемости или неоперируемости данного случая.

Потому, не останавливаясь на всех разновидностях встречающихся здесь опухолей, которые перечислены нами в патолого-анатомическом очерке, перейдем скорее к тем заболеваниям, знание которых может быть полезно с вышеуказанной точки зрения.

Так к редким, но роковым подчас последствиям, в случае смещения их с носоглоточным полипом, принадлежит ряд симулирующих его болезненных процессов, собранных из литературы в отдельной главе Mikulicz'емъ.

Как редкая находка, Clarke описана aneurisma art. carot. int., помешавшаяся в этой полости.

Как злобный курьез афектического характера, Mikulicz приводит случай из литературы, в котором устрица, попавшая в хоану, на основании микроскопического исследования взята от нее кусочка была принята за карциному.

Mikulicz советует при обнаружении задней риноскопией носоглоточной опухоли всегда иметь в виду и возможность инородного тела.

Гораздо больший интерес представляют опухоли, растущие из полости черепа в носоглотку, дающие полную картину основания черепа, проросшего, наоборот, в черепную полость.

Такие опухоли *hypophys cerebri* [Gurtsche, Rath] легко могут быть приняты за этого последнего со всеми печальными последствиями при оперировании их, так как тогда вскрывается арахноидальный мешок.

Автор, для дифференциальной диагностики подчеркивает раннее наступление при них заболевания *n. opticus*.

Не исключена возможность столь же рокового смещения полпа с мозговой грыжей, вышедшей через отверстие на основании черепа в носоглотку или зачелюстную ямку. Препарат черепа с такой локализацией дефекта на месте бывшей обширной мозговой грыжи хранится в Музее Пирогова.

Из заболеваний видурального происхождения Mikulicz приводит часто цитируемый случай del Grecco и Vacca Berlinghieri фиброзной дегенерации *ganglion Gasseri* и всех 3 ветвей *n. trigeminus*, преобразившей их в опухоль из пяти долей, одна из которых через *for. sphenopalatinum* проникла в носоглотку, где и симулировала носоглоточный полип.

Мы с своей стороны можем привести из старой русской литературы исключительный по своему интересу случай К. Н. Покотилова (59).

Здесь опухоль при жизни имела все признаки носоглоточного полпа с зачелюстным отростком (кровотокающая опухоль в носу и носоглотке, вылачивание правой стороны лица и околоушной области, *exophthalmus* правого глаза) и ряд симптомов, указывающих на прорастание ее в полость черепа. При вскрытии же после недолгой, кончившейся смертью, операции оказалось, что опухоль тесно связана с черепными нервами от I до VIII пары, отделена от мозга *dura mater* и разрушила на большом протяжении основание черепа. А патъ микроскопомъ дала картину богатой кровеносными полостями гломъ, которую авторъ производить изъ невроглии черепныхъ нервовъ.

Къ редкимъ опухолямъ ротовой части глотки, которыя иногда при своемъ ростѣ могутъ развиться въ направленіи къ носоглоткѣ и даже

дать носовой отростокъ, чѣмъ и создать подобіе носоглоточного полпа, относятся такъ называемыя «заглочочныя опухоли» Busch'a. Онѣ растутъ въ заглочочной кѣтъчаткѣ, въ которой онѣ рѣзко ограничены и легко подвижны, и покрыты со стороны рта не спаивающейся съ ними слизистой оболочкой. Brunner'омъ и Helledal'емъ (40) собрано 31 случай, описанныхъ до сихъ поръ опухолей этого рода. Въ русской литературѣ имѣется 2 подобныхъ случая: одинъ Н. В. Склифосовскаго (60) и другой В. Н. Гейнаца (61).

Эти опухоли не трудно отличить отъ истинныхъ носоглоточныхъ полиповъ, только свисающихъ въ ротовую часть глотки, невозможностью провести палецъ при заглочочныхъ опухоляхъ между тѣломъ опухоли и задней стѣнкой глотки, что удается при полипѣ основания черепа.

Перечисливъ такимъ образомъ рядъ примѣровъ рѣдко встречающихся болѣзненныхъ процессовъ, важныхъ въ диагностикѣ полпа основания черепа, но имѣющихъ скорѣе казуистическій интересъ, мы можемъ перейти къ болѣе обычнымъ заболеваниямъ, не зная которыхъ нельзя выработать показаніе къ операци.

О смѣшеніи носоглоточного полпа съ гипертрофіей глоточного миндаля или аденоидными разраженіями врядъ ли приходится говорить.

А потому на первомъ мѣстѣ здѣсь должны быть поставлены, такъ называемые хоанальные или фиброзо-слизистые полпы, о которыхъ было говорено выше. Конечно, при такой диагностикѣ мѣняется и предсказаніе, и оперативная помощь, которая сводится тогда непременно къ простымъ операціямъ чрезъ естественные пути. Къ сожалѣнію, довольно часто приходится видѣть смѣшеніе этихъ «ложныхъ носоглоточныхъ полиповъ» съ истинными.

А между тѣмъ отличить ихъ отъ таковыхъ не представляется никакой трудности. Прежде всего отсутствіе кровотечения должно всякій разъ натолкнуть на предположеніе о хоанальномъ полипѣ.

Особенно характерна его подвижность, даже при большомъ развитіи, на узкой и часто длинной ножкѣ, на которой онѣ прикрѣпляются обыкновенно къ заднему краю хоанъ, тогда какъ истинный носоглоточный полипъ неподвижно сидитъ широкой ножкой на основаніи черепа.

Сфера распространения хоанального полипа значительно меньше, чем типичного носоглоточного: она обыкновенно ограничивается носом и носоглоткой. Достигая здесь иногда значительных размеров, хоанальный полип имеет особенную склонность свисать в виде колбасовидного образования глубоко в глотку из-под свободного края мягкого неба. Его носовая часть, обыкновенно более бледная, похожа по виду иногда на слизистый полип, тогда как носоглоточная вследствие постоянного раздражения красна и более тверда на ощупь.

Наконец, эти полипы безразлично встречаются во всяком возрасте.

Еще более легко отличие слизистых полипов носовой полости, свисающих в носоглотку, и поэтому на них я считаю себя вправе не останавливаться.

Иногда симулировать могут полипы основания черепа другие, и часто злокачественные, опухоли носовой полости. Но надо помнить, что они только выпячиваются через хоану в носоглотку, и поэтому при исследовании пальцем мы нигде не найдем их прикрепления к свода и к стѣнкам ее. Здесь могут ввести в заблуждение только разрыв вторичные срощения опухоли.

Иногда при одном взгляде на больного, по нашим наблюдениям, легко рѣшить, что у него именно носовая опухоль. Опухоли, имеющие местом своего исхода носовую полость, кроме вышеупомянутых полипов, при своем росте прежде всего расширяют кожно-хрящевую часть носа, так что нос представляет характерный вид с шарообразным вздутием всей его передней части, с сильно растянутыми ноздрями видимой через них опухолью.

Для полипа основания черепа, наоборот, свойственно выпячивать стѣнку носа в костной его части, т. е. у корня, который расширяется и уплощается. Передние отделы носа при этом могут иметь нормальные контуры, а ноздри только в редких случаях оказываются заполненными отростками полипа.

Если правильная диагностика только что указанных опухолей ведет к ограничению оперативного вмешательства, то необходимо знать и те заболевания, которые требуют более широких операций, или,

наоборот, заставляют совсем отказаться от радикального хирургического лечения.

Мы говорим о злокачественных опухолях этой области.

Но, прежде чем подробно остановиться на них, мы не можем не упомянуть о редких, но встречающихся в литературе случаях опухолей специфического воспаления.

Так Fournier (27) указывает на симулирующие злокачественные новообразования гумозные оститы и остомы. Он приводит такой случай с быстрым течением, определившим смертельный исход в 13 дней при явлениях внутричерепного осложнения, где вскрытие показало болезненным изменение кости основания черепа в области sella tursica. Специфическое лечение в этих случаях уже запоздало, и единственно, что указывает на истинную натуру заболевания, — это зловонный насморк.

Не менее интересный случай уже кондиломатозного сифилиса сообщает O. Weber (62): у 19 л. юноши в области хоан были широкие сифилитическая кондиломы, которые легко было бы сплать с носоглоточной опухолью, если бы ни таковая же кондилома в зѣве и на genitalia.

Nennbert и Copper (5) имели случай сифиломы и скуловой ямки, которая симулировала «зачехленную опухоль», но исчезла под влиянием специфического лечения JK и Hg.

О туберкулезных опухолях носоглотки сообщает Schmit-huisen (63), который имел под своим наблюдением 4 случая туберкулем, в одном из которых у 45 л. мужчины опухоль достигла наибольших своих размеров, была оперирована, но больной погиб через 3 месяца от phthisis.

Из старых авторов Margolin сообщает очень интересный случай туберкулемы носоглотки, который долго внушал подозрение об опухоли этой области.

Переходя к злокачественным опухолям, мы прежде всего остановимся на отличии саркоматозных опухолей от фибромы основания черепа.

Но, мы знаем, диагностика чистой фибромы от фибро-саркомы бы-

ваить часто затруднительна даже под микроскопомъ, такъ что о клиническомъ различіи этихъ опухолей и рѣчи быть не можетъ.

Этимъ сглаживается рѣзкая граница между доброкачественными полипами основанія черепа и саркомами этой области. Поэтому и чистая саркома иногда не сразу можетъ быть распознана, тѣмъ болѣе что воспалительныя сращения доброкачественнаго полипа основанія черепа съ окружающими его стѣнками могутъ сгладить обособленность опухоли отъ соседнихъ тканей.

Саркомѣ въ большинствѣ случаевъ кромѣ того свойственно распространяться по тѣмъ же путямъ, что и для типичнаго носоглоточнаго полипа или «зачемянной опухоли» Langenbeck'a.

Но саркома отличается быстротой новообразовательнаго процесса, такъ что она достигаетъ въ теченіе мѣсяцевъ тѣхъ же размѣровъ, что полипъ основанія черепа доброкачественной природы во столько же лѣтъ.

У нашей больной (№ XIII), фотографическій снимокъ которой представленъ выше (рис. 3), опухоль достигла видимыхъ на рисункѣ размѣровъ, давъ отростки во всѣхъ ей доступныхъ направленіяхъ, въ томъ числѣ по всѣмъ даннымъ, и въ черепную полость въ теченіе 3 мѣсяцевъ.

Примѣромъ такого же колоссальнаго развитія саркомы можетъ служить классическій случай О. Weber'a (41), приведенный нами выше.

Кромѣ того саркома предпочитаетъ дѣтскіе годы до 6 лѣтъ или встрѣчается послѣ 30 л. [Bergmann (40)].

Этотъ быстрый процессъ новообразованія саркоматозной ткани и отличается ее не только отъ полипа основанія черепа, но и во многихъ случаяхъ отъ рака этой области.

Какъ мы уже говорили въ соответствующихъ главѣ, первичный ракъ носоглотки представляетъ довольно рѣдкую находку, въ большинствѣ же случаевъ онъ распространяется сюда изъ соседнихъ мѣстъ.

Для карциноматозной опухоли характерно ея замаскированное теченіе. Въ отличіе отъ типичнаго полипа основанія черепа и саркомы ракъ не снѣжить своимъ новообразованиемъ заполнить открытыя для него пространства. Онъ можетъ распространяться на большомъ протяженіи, инфильтрировать и разрушить попадающія ему на пути ткани, дать,

наконецъ, метастазы безъ того, чтобы рѣзко проявить себя, какъ носоглоточная опухоль.

Можно привести рядъ примѣровъ, гдѣ ракъ носоглотки далъ уже тяжелую картину внутречерепныхъ осложненій недолго послѣ его обнаруженія, или протекалъ подъ видомъ другихъ болѣзней.

Такъ, Stenger (66) приводитъ два случая рака носоглоточной полости, который текъ подъ видомъ ушныхъ заболѣваній съ сильными болями въ ухѣ, распространяющимися въ високъ, темя и область сосцевиднаго отростка, въ то время какъ не было никакихъ симптомовъ, указывающихъ на присутствіе опухоли въ носоглоткѣ.

Въ первомъ его случаѣ таковыя появились только черезъ $\frac{1}{2}$ года послѣ первыхъ ушныхъ явленій, а черезъ $\frac{1}{2}$ года больной скончался при явленіяхъ проростанія опухоли въ полость черепа.

Во второмъ случаѣ на 3 мѣсяцѣ послѣ появленія симулирующихъ воспаленіе среднего уха симптомовъ у больного задней риноскопией была констатирована небольшая опухоль въ области валика лѣвой Евстахиевой трубы и въ прилегающей части свода носоглотки. При обширной операціи по альвеолярно-небному способу Kocher'a оказалось, что опухоль заняла уже всю Гайморову полость и проросла въ fossa sphenopalatina, вовлекая здѣсь въ болѣзненный процессъ ganglion oticum, гдѣ и крылся источникъ упорныхъ ушныхъ болей.

Bergmann сообщаетъ случай E. Fränkel'a (32) и свой собственный, гдѣ карцинома носоглотки симулировала заболѣваніе первыхъ шейныхъ позвонковъ.

Очень поучительны также случаи В. Fränkel'a (45) и П. П. Геллата (65), въ которыхъ карцинома, будучи относительно малою носоглоточной опухолью, дала уже многочисленные параличи (въ первомъ случаѣ—IX, X, XI и XII черепныхъ нервовъ; во второмъ—правосторонній параличъ VI и двусторонній IX, X и XII п.).

Такая относительная неспособность карциномы проявить себя, какъ носоглоточную опухоль, объясняется помимо ея преимущественно инфильтрирующей и разрушающей окружающія ткани силы и наклонностью ея самой изъязвляться и распадаться.

Наконецъ, быстрое наступленіе метастазовъ прежде всего въ шейныя лимфатическія железы, выдвигаетъ иногда на первый планъ перв-

В. П. ГЕЛЛАТА
 1907 г. 10/10
 10

носную опухоль передь первичнымъ не проявляющимъ себя до времени раковымъ заболѣваніемъ носоглотки.

Исключительные по своей рѣдкости эндотеліомы этой области занимаютъ среднее положеніе между злокачественными опухолями преимущественно саркомами и типичнымъ подипомъ основанія черепа.

Въ имѣвшемся подь нашимъ наблюденіемъ случаѣ эндотеліомы носоглоточной полости (№ IX) у женщины 45 л., опухоль въ теченіе 3 лѣтъ достигла значительныхъ размѣровъ, вытолкнувъ всю носоглоточную полость, выпятивъ мягкое небо впередъ, и занявъ обѣ носовыя полости, захвативъ при этомъ въ свою массу носовую перегородку, и наполнивъ лѣвую Гайморову полость.

Эта опухоль была изсѣчена вмѣстѣ съ частью перегородки и черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ операціи не было рецидива.

Итакъ, при саркомахъ на первый планъ выступаютъ ихъ быстрый ростъ и раннее наступленіе внутречерепныхъ явленій. Онѣ встрѣчаются во всѣхъ возрастахъ.

Для рака характерно многообразное нарушеніе функций и наступленіе часто тяжелыхъ симптомовъ при сравнительно небольшихъ размѣрахъ его въ носоглоткѣ, эксцентрическое его развитіе въ ней, склонность къ распаду и изъязвленію, ранніе метастазы и поздняя возрастъ.

И, наконецъ, эндотеліомы неотличимы клинически отъ другихъ видовъ опухолей, и могутъ быть распознаны только подь микроскопомъ.

Изъ всего сказаннаго о злокачественныхъ новообразованіяхъ этой области можно вывести и показанія къ оперативному вмѣшательству.

Саркома оперируема только въ тотъ періодъ ея развитія, когда она еще подь сомнѣніемъ, когда проявляетъ себя быстрымъ ростомъ, но не дала еще внутречерепныхъ осложненій.

Ракъ въ исключительныхъ только случаяхъ подлежитъ операціи, потому что небольшая на видъ опухоль обыкновенно имѣетъ уже значительную сферу распространенія.

Въ обоихъ случаяхъ операція должна быть непременно самой широкой.

Показанія къ операціи при эндотеліомѣ таковы же, какъ при ти-

пичномъ полнѣ основанія черепа, т. е. зависятъ отъ величины ея и сферы ея распространенія.

Предположительное знаніе строенія опухоли можетъ интересовать хирурга передь операціей не только съ точки зрѣнія ея злокачественности.

Степень развитія въ ней кровеносной системы можетъ сильно отразиться на успѣхъ операціи.

Напоминаю свой случай небольшой относительно опухоли кавернознаго строенія, сросенный со стѣнками носовой полости, который кончился смертью на операціонномъ столѣ отъ кровотеченія.

Предопераціонная діагностика такихъ опухолей имѣетъ, конечно, громадное значеніе для предсказанія исхода операціи и для того или другого видоизмѣненія ея, о чемъ будетъ сказано дальше.

Еще Langenbeck (18) при первомъ описаніи своей ангиоматозной «зачелюстной опухоли», останавливается на діагностикѣ сосудистыхъ опухолей этой области.

На ряду съ даваемымъ такой опухолью ощущеніемъ флюктуаціи Langenbeck отмѣчаетъ непостоянство ея формы и величины въ зависимости отъ кровонаполненія опухоли: «Если сдавить равномерно опухоль, обхвативъ ее точно пальцами, то кровь изъ опухоли опорожняется въ сосѣднія вены, и опухоль совсѣмъ исчезаетъ; стоитъ отпустить пальцы, чтобы она опять начала приобрѣтать постепенно первоначальный объемъ, подобно выжатой губѣ, которая увеличивается отъ впитываемой ею воды».

Не могу не привести случаевъ сосудистыхъ опухолей, когда пульсация art. carotis comm. передавалась на опухоль, а сдавленіе сонной артеріи вызывало сильное уменьшеніе объема опухоли.

Такъ Verneuil (67) демонстрировалъ въ Парижскомъ Хирургическомъ Обществѣ больного съ носоглоточнымъ полнымъ выпятившимъ глазомъ, который пульсировалъ и давалъ при выслушиваніи шумъ изохроничный съ пульсомъ.

По перевязкѣ ствола общей сонной артеріи опухоль замѣтно уменьшилась [Но erysipelas на мѣстѣ раны вызвала омертвленіе стѣнки art. carotis на большомъ протяженіи и смерть отъ кровотеченія. При вскры-

ти оказалось, что опухоль проросла полость черепа и была очень сосудистой (68)].

Аналогичный случай пульсации отростка опухоли, выпячивающегося чрез послеоперационный дефект в передней стенке Гайморовой полости под глазами и опавшего при сдавливании *art. carotis comm.*, принадлежит Jаboulay (44).

Для отличия сосудистых опухолей в преддверьях носовой и носоглоточной полости Е. Рауг советует следить за изменением вида и объема опухоли в различных положениях больного, для чего рекомендует аутоскоп Кирштейна (34).

Конечно, сосудистая опухоль среди своих симптомов на первый план выдвинет кровотечение.

Покончив с вопросом о распознавании строения опухоли, мы должны остановиться на распознавании места ее прикрепления.

Анатомическое замкнутое положение носоглоточной и носовой полости своей малой доступностью к обычным методам исследования шумом и зрением недаром создало особую методику.

Но что может дать исследование зеркалами и отраженными светом, когда носоглотка, а в большинстве случаев и нос заполнены опухолью!

При передней и задней риноскопии мы видим по удалении секрета обыкновенно только свободную поверхность опухоли большей частью красноватого иногда бледного цвета, покрытую гладкой слизистой оболочкой или желтоватым налетом на местах ее изъязвления, и темными пятнами от кровянивания. Злокачественное новообразование может дать иногда картину распадающейся массы.

Определить риноскопией, таким образом, место исхода опухоли в стадиях ее полного развития, с которыми и приходится иметь обыкновенно дело, совершенно невозможно.

Что же может нам дать здесь исследование шумом?

Со стороны носа может быть речь только о зондировании. Но кому приходилось зондировать придаточной полости носа, тот знает, какал трудная задача ориентироваться зондом в носовой полости.

Поэтому применение его в глубинах носа, вымощенного опухолью, кровоточащей при всяком приращивании к ней зондом, немного мо-

жет дать в диагностике места исхода опухоли, а равно и срощений ее в носовой полости.

Остается единственный способ ощупывания пальцем через носоглотку. И этот способ только и дает приблизительное представление о месте и ширине прикрепления опухоли. При этом и здесь даже приблизительная диагностика бывает часто затруднена величиной опухоли, которая с трудом позволяет продвинуть далеко палец между ею и стенками носоглотки. Не надо забывать о препятствиях со стороны рефлексов больного и кровотечения, которое, правда, не бывает столь обильным, как при зондировании носового отдыла опухоли.

Хорошо удается ощупать место исхода, когда не сильны только что указанные препятствия или опухоль прикрепляется в задних отделах носоглотки.

Даже при операции, во время широко открытого предупредительной резекцией доступа в носоглотку не всегда удается точная топическая диагностика ножки.

Все эти трудности достаточно объясняют тот факт, что очень часто носоглоточный полип идет под совсем другим диагнозом, чаще всего опухолей носа или верхней челюсти [см. сводку большого материала в диссертации Евг. Малюгина (132)], и что далеко не всегда можно найти указание в историях болезни о месте исхода опухоли.

Еще труднее точно определять ширину прикрепления опухоли и спаять ее со стенками полости.

Таковы — общие принципы и главные трудности при диагностике места прикрепления опухоли в преддверьях носоглотки («intrapararyngeale» по Bensch'y).

Но мы не должны забывать об опухолях этого рода, берущих свое начало вне носоглотки («extrapararyngeale») и здесь на первом плане о «зачелюстных опухолях» Langenbeck'a, которые мы знаем, при прорастании своем в нос и носоглотку дают сходную картину заболевания с истинными носоглоточными полипами, давшими картину опухоли в скуловую ямку.

Обыкновенно при «зачелюстных опухолях» носоглотка бывает пуста или же в нее только выпячивается через соответствующую

хоану носовой отросток этой опухоли. При сильном же разрастании этого последнего в носоглоточной полости, может, конечно, возникнуть сомнение о месте первичного исхода опухоли.

Но обыкновенно это сомнение устраняется при исследовании носоглотки пальцем, который в случае «зачелюстной опухоли» Langenbeck'a нигде не встрѣтит места ее прикрепления.

Нередко, при сильном развитии зачелюстной опухоли, окружающей своими отростками верхнюю челюсть, она можетходить на опухоль, первично исходящую из sin. maxillaris. На возможность смещения этих двух родов опухолей указывает сам Langenbeck (18) и его ученик Lenhartz (29).

Тогда как опухоли верхней челюсти расширяют равномерно во все стороны стѣнки Гайморовой полости, так что planum orbitale становится выше, proc. palatinus ниже, левая сторона выпячивается наружу, носовая стѣнка отбсняется в полость носа; при зачелюстной опухоли, наоборот, верхняя челюсть, окруженная и сдавленная отростками опухоли, уменьшается в разрьѣ или остается неизмѣненной. Эти отростки, кромѣ того, могут быть прощупаны со стороны рта, гдѣ они выпячиваются в vestibulum oris, как то имѣло место и у нашихъ больныхъ. (№ III, XIII).

Когда же зачелюстная опухоль прорастает заднюю стѣнку Гайморовой полости и вынождает эту последнюю, то она может вполне имитировать опухоль, первично исходящую из antrum Highmori.

Но наличием височного и носового отростка заставитъ скорее признать зачелюстную опухоль («Nasenschlifenpolypen» Mikulicz).

Какъ мы увидимъ въ отдѣлѣ оперативной хирургіи этихъ опухолей, знаніе мѣста первичнаго исхода ихъ имѣетъ рѣшающее значеніе на выборъ операціи.

Еще намъ осталось сказать о диагностикѣ распространенія опухоли, и здѣсь на первомъ планѣ о проникновеніи ея въ черепную полость.

Но къ сожалѣнію, какъ это было въ старое время [Langenbeck (18), Verneuil (68)], такъ и теперь у насъ нѣтъ вѣрныхъ признаковъ распознаванія внутричерепного отростка.

Нередко уже имѣющееся проростаніе опухоли не сказывается никакими явленіями со стороны мозга и бываетъ случайной находкой при

операціи [Calot (35), Bouchut (50)] или вскрытіи [случай Verneuil'a съ пульсирующимъ глазомъ, случ. П. Э. Гагенъ-Торнъ (№ 98), А. А. Боброва (№ 91). Зато и имѣющіяся на лицо черепныя явленія не оправдываютъ иногда предположенія о внутричерепномъ отросткѣ [Guersant (50), Ollier (69), В. М. Минцъ (№ 100)].

De Gandt (70) и Bouchut (50) въ своихъ диссертацияхъ придаютъ большое значеніе атрофіи зрительнаго нерва и расширенію венъ съѣтчатки въ рамѣй диагностикѣ внутричерепного отростка.

На что изъ тогда же Michaux (50) замѣтилъ, что такая же атрофія можетъ быть безъ проростанія опухоли, а лишь благодаря выпячиванію истонченной кости основанія черепа или вслѣдствіе сдавленія п. optici внутриглазнымъ отросткомъ.

Такъ въ случаѣ Ollier (69) громаднаго носоглоточнаго полипа (205,0) съ двухстороннимъ exophthalmus'омъ и атрофіей зрительнаго нерва (съ одной стороны неполной) во время операціи и въ послѣоперационномъ теченіи ничто не указывало на проникновеніе опухоли въ полость черепа.

Двусторонняя атрофія безъ явленія exophthalmus'a, чаще всего бывающая при сдавленіи chiasma nn. opticorum, скорѣе указать на проникновеніе опухоли въ черепную полость.

Заканчивая этимъ дифференціальную діагностику, мы не можемъ не поставить вопроса, когда же прихитимъ спеціальныя ринологическіе методы въ распознаваніи этого заболѣванія.

Въ періодъ полнаго развитія опухоли въ носоглоточной и носовой полости ринологическое исследование, какъ мы говорили уже выше, немного прибавляетъ къ щупу и къ простому зрѣнію.

Въ начальныхъ стадіяхъ развитія эта болѣзнь почти не попадаетъ въ руки врача.

Но остается еще широкая дѣятельность ринологіи во всей ея изощренности исследованія въ послѣоперационное время, когда носъ и носоглотка открыты для проникновенія лучей отраженнаго свѣта, для подробнаго обсервванія и для введенія надлежащаго инструмента.

Съ развитіемъ ринологіи мы не нуждаемся болѣе держать открытій мѣсяцами доступъ, сдѣланный предварительной резекціей для на-

блюдения за рецидивом или для послѣдовательнаго разрушенія неуда-
ленных остатковъ опухоли, какъ то неотъемлемо входило въ способъ
лечения по Nélaton'у.

Эта задача легко выполняется въ большинствѣ случаевъ примѣне-
ніемъ одного носового зеркала, такъ какъ ранѣ бывшая въ носовой
полости опухоль сверхъ нужнаго расширила носовую ходъ, уничтоживъ
такимъ образомъ обычныя препятствія для осмотра заднихъ отдѣловъ
носа и носоглотки.

На помощь всегда могутъ явиться задняя риноскопія, а также и
сальпингоскопія, пріобрѣтеніе ринологіи послѣднѣяго времени.

Сальпингоскопія можетъ выяснитъ и причину остающейся гнусаво-
сти послѣ предварительныхъ небныхъ операцій, такъ какъ она даетъ
полную картину дѣятельности мышцъ мягкаго неба (нашъ случай
№ XII).



ЧАСТЬ II.

Хирургическое лечение.

Подготовительныя мѣропріятія въ борьбѣ съ предстоящимъ кровотеченіемъ.

О перевязкѣ сонныхъ артерій.

Приступая къ хирургическому леченію полипа
основанія черепа, мы прежде всего должны вспомнить
о крайней кровоточивости его.

Мы уже говорили выше, что кровотеченіе является главнымъ кам-
немъ преткновенія, какъ во время предварительныхъ резацій, дѣлае-
мымъ для доступа къ полости, такъ и главнымъ образомъ въ моментъ
его удаленія.

Поэтому при оперированіи полипа основанія черепа должно быть
использовано все, что сдѣлано для борьбы съ кровотеченіемъ въ хирур-
гичекой головѣ и шеѣ, какъ въ дѣлахъ ограниченія, по возможности, са-
мого кровотеченія, такъ и въ предупрежденіи затеканія крови въ близ-
лежащіе дыхательные пути.

Самъ собой напрашивается вопросъ, нельзя ли уменьшить притокъ
крови, снабжающей эту анатомическую область.

Здѣсь мы подошли къ перевязкѣ сонныхъ артерій, какъ постоян-
нымъ, такъ и временнымъ.

Впервые была широко примѣнена перевязка общей сонной артеріи
К. Рейеромъ (178) и Н. А. Вельяминовымъ (179) и дада на
47 случаевъ только 1 смертельный исходъ.

Но позднѣйшія наблюденія показали рискованность постояннаго
выключенія изъ круга кровообращенія такой магистральной вѣтви, ка-

ковой является *art. carotis communis*, для целостности головного мозга. Вследствие недостатка коллатерального пути (*art. vertebralis* и *circulus arteriosus Willisii*) могут развиться расстройства питания мозга и рамагчение его.

По сборной статистике *M. Jordana* (179), выведенной из цифровых данных по этому вопросу нескольких авторов (*Pilz*, *Zimmermann*, *Kranepuhl*), оказывается, что в 25% перевязки общей сонной артерии наступают мозговые расстройства, а в 10% смертельный исход.

Рискованность окончательной перевязки общей сонной артерии вызвала попытки перевязывать ее только на время операции.

Senger (100) испытал без особенно дурных последствий временную перевязку *art. carotis comm.* на кроликах и собаках.

Одновременно с ним *Schoenborn* (181) производил опыты на собаках с временной перевязкой больших сосудов и особенно общей сонной артерии и впервые сдѣлал такую перевязку на человеке при резекции верхней челюсти, которая ему удалась почти безкровно.

Criehl (179) экспериментально доказал, что кровяной ток в общей сонной артерии можно остановить на 48 часов.

Оно оказалась съёмке других и рѣшился на временное скатие обихъ *art. carotis communis*, применивъ съ успѣхом эту операцию въ 11 случаяхъ для безкровнаго удаленія опухолей на шею и голову въ течение 1 — 1½ часа.

Временную перевязку обихъ обихъ сонныхъ артерій при операциі пошла основанія черепа реконструировать *Kocher* въ послѣднемъ изданіи своего руководства по оперативной хирургіи (182).

Такое прерываніе кровообращенія немалю вызываетъ опасеніе въ смыслѣ образованія тромба на мѣстѣ сдавленія артерій и эмболии сосудовъ мозга при освобожденіи ея.

Но оказывается, что при соблюденіи правилъ асептики и предосторожности противъ травматизаціи сосудистой стѣнки (перевязка артерій резиной или катгутонъ съ подстилкой подъ лигатуру марли (*Senger*, *M. Jordana*), особый металлическій артериальный компрессорій *Schoenborna*, клеммы съ браншами, отдѣтыми въ рези-

новой трубки (*Criehl*]), шитма оказывается, по микроскопическимъ изслѣдованіямъ *Ries*a и *M. Jordana*'s, цѣла, что гарантируетъ противъ образованія тромбъ [*Baumgarten*, *Ebert*, *Schimmelbusch* (181)].

Mano и *Vauverts* (183) предостерегаютъ отъ временной перевязки сонныхъ артерій у большихъ въ пожиломъ возрастѣ, когда имѣются склеротическія измѣненія сосудистой стѣнки.

Случай такой перевязки со всеми ея печальными послѣдствіями пришлось наблюдать и въ нашей клиникѣ у большого съ громаднымъ метастатическимъ ракомъ шейныхъ железъ. *Art. carotis comm.* была впадна въ опухоль и потому перевязана [*B. А. Оппель* (184)] въ ея центральномъ концѣ. Когда же ее удалось освободить отъ опухоли, то лигатура была рѣзана. На вскрытіи послѣ смерти больного оказалось, что артеросклеротическая *intima* перерѣзалась лигатурой, что и послужило источникомъ тромба, и отсюда въ мозгъ были занесены мельчайшіе эмболы кровяныхъ свертковъ. Въ этомъ случаѣ не было соблюдено также предосторожностей противъ пораненія стѣнки сосуда, такъ какъ лигатура предполагалась постоянной.

Въ виду того, что верхняя челюсть и верхній отдѣлъ глотки снабжаются кровью по преимуществу вѣтвями *art. carotis ext.*, то съ дѣлшихъ временъ предлагается предпосылать перевязку только этой артеріи, какъ при резекціи верхней челюсти, такъ и при операциі пошла основанія черепа, и особенно, когда эти операциі соединяются вмѣстѣ.

Но еще *Н. И. Пироговъ* (181) сомнѣвался въ дѣйствительности этой перевязки для безкровной резекціи челюсти.

Причину частой безплодности перевязки этой артеріи *Schlatter* (181) старается объяснить аномаліями ея вѣтвей, которыя нередко берутъ свое начало изъ *art. carotis int.* или изъ общей сонной артеріи.

Если, по словамъ *Schlattera*, «противорѣчающія другъ другу мнѣнія о перевязкѣ *art. carotis comm.* и *ext.*, специально какъ предварительной операциі при резекціи верхней челюсти, и теперь еще не выяснены», то тѣмъ болѣе сомнительна дѣйствительность такой перевязки для пошла основанія черепа.

Про одностороннюю перевязку можно съ большою вѣроятностью ска-

зять, что она не уменьшает заметно кровотечения при операциях полна. Примером тому могут служить случаи В. М. Мицина (№ 100) и наш случай № III, где несмотря на перевязку art. carotis ext. было сильное кровотечение, и особенно проф. А. А. Боброва (№ 94), С. М. Спасокукоцкого (№ 115), Pincusa (199) и мн. др., где эта перевязка не спасла больного даже от смерти от кровотечения.

Но и двусторонняя лигатура этой артерии, мало прихвлавшаяся при операции полна основания черепа, не гарантирует, повидимому, от кровотечения [случай Derage'a (3), Dumeni'a (2), Ч. А. Дю-Буш (87)].

Опасность затекания крови в дыхательные пути.

Вторая задача в хирургии этой области находится в связи с возможным затеканием во время операции под общим наркозом крови в дыхательные пути и заключается в предупреждении такого затекания.

В глубоком наркозе сильно изымается чувствительность слизистой оболочки гортани над голосовыми связками, которая обладает в нормальном состоянии защитительным рефлексом против вышних вредных начал, отбывая на каждое раздражение кашлевым движением.

Многие, кончившиеся смертью, инекомии были получены таким образом во время операции под наркозом; другие возникли после операции, как последующее действие наркоза, под влиянием бывшей кровопотери, в том состоянии анагии, в котором оперированные так легко «наглатываются» («sich verschlucken»).

На вопрос о том, действует ли чистая кровь, раз она достигла глубоких частей воздухоносного пути, возбуждаящим воспалением образом, или она не приносит никакого вреда — вопрос, который во время обсуждался на I Хирургическом Конгрессе — можно теперь ответить, если оставить в стороне опасность от прямого задушения при больших количествах крови, таким образом, что кровь представляет материал, особенно доступный септической инфекции; кроме того при этих «schluckneumonien» принимается в расчет не только аспирированная кровь, но и секрет, избытоющий микробами из раны, рта и глотки» [Krönlein (185)].

Поэтому при операциях этого рода, а в частности и при полн

основания черепа, стараются не допустить попадания крови в дыхательные пути или отгораживаемъ поля операции от дыхательного горла, или темъ или другимъ положениемъ тела больного во время операции, или сохранениемъ вышеупомянутой защитительной способности («Reserveeinrichtung») слизистой оболочки верхнего отдела гортани.

Отгораживаемъ поля операции. Многие хирурги предпочитают операции полна основания черепа трахеотомии главнымъ образом, когда предварительной операцией для доступа к полости служить резекция верхней челюсти [вслучае Pincusa (199)] или резекция леба съ альвеолярнымъ отросткомъ [Derage (3), Lavisé (3), Hertle (203), Pincus (199), Hofmann (196)]. Некоторые нашли нужнымъ применить трахеотомию и при носовыхъ (В. М. Разумовский (№ 51) и др.), и при небныхъ [В. М. Мице (80), Н. М. Волкович (70) и др.] способахъ.

При трахеотомии употребляется тогда или тампон — канюля Trendelenburg'a или Hahn'a, или тампонада по Nussbaum'u.

Для того же отгораживания дыхательныхъ путей от поля операций предложена интубация гортани Madel'emъ и Doyen'омъ (186) а въ самое последнее время — «perorale Tubage» Kuh'n'омъ (187).

Съ той же целью Gaud'ier (188) предложена тампонада носоглотки по Belloque'u ниже опухоли. А проф. В. А. Ратимовъ (2) старается тампонировать хоаны самой опухолью при помощи пальца, введенного через ротъ, во время извлечения опухоли инструментомъ со стороны носа.

Трахеотомия имеетъ немало враговъ [Langenbeck, Billroht (182), Kocher, Krönlein (185), Payr (189), Rydigier (190), Riedel (191), Berger, Delorme (192), В. А. Ратимовъ (2) и мн. др.].

Martens (193) исключаетъ смерть отъ самой профилактической трахеотомии въ 28%.

Мы вполне присоединяемся къ мнѣнию этихъ авторовъ, потому что трахеотомия, какъ лишнее оперативное вмешательство, не желательна передъ тяжелой операцией. Кроме того она нарушаетъ механизмъ

откашливания и темъ predisполагаетъ къ заболѣваніямъ дыхательныхъ путей—«schluckpneumonie».

Мы считаемъ показанной трахеотомию, когда налицо явленія асфиксіи [А. Ф. Каблукъ (№ 41), М. Волковичъ (№ 84, 85), В. И. Разумовскій (№ 52)]. И во всякомъ случаѣ décanement должно быть первичнымъ, такъ какъ по удаленіи опухоли.

Интубація гортани ставится въ упрекъ трудности удержанія трубочки въ правильномъ положеніи [Denis (186)].

Тампонада носоглотки по Gaudier сильно мѣшаетъ контролировать вытекъ, заведеннымъ за мягкое небо, дѣйствіе инструмента въ моментъ отдѣленія опухоли, какъ мы могли въ этомъ убедиться на одномъ изъ нашихъ случаевъ (№ X).

Тампонада самой опухолью очень остроумна по вымыслу, но врядъ ли можетъ сама по себѣ гарантировать отъ затеканія крови внизъ, въ дыхательные пути.

Положеніе тѣла больного.

Переходя къ вопросу о положеніяхъ тѣла больного, мы прежде всего остановимся на экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ Hölischen'a (186), показывающихъ наглядно на степень аспираціи жидкаго содержимаго рта въ разныхъ положеніяхъ при общемъ наркозѣ.

Передъ эфирнымъ наркозомъ авторъ подкрашивалъ жидкое содержимое во рту генианъ-виолетомъ и такимъ образомъ показывалъ, что:

Въ горизонтальномъ положеніи опытнаго животнаго, оказывается достаточнымъ одного вдоха, чтобы окрашенная жидкость изъ рта была засосана до мельчайшихъ развѣтвленій бронховъ, подъ самую даже плевру.

Если будетъ при этомъ принята голова, то заполненія легкаго окрашенной жидкостью будетъ еще больше.

Наоборотъ, въ пологомъ или запрокинутомъ положеніи головы, жидкость совсѣмъ не аспирируется.

То же самое,—если голова въ горизонтальномъ положеніи будетъ повернута вбокъ, то жидкость, скопившись во рту и стекая наружу черезъ уголокъ рта, совсѣмъ не попадетъ въ дыхательные пути.

Эти опыты, казалось бы, рѣшаютъ вопросъ въ смыслѣ выбора положенія тѣла больного во время операціи.

Но здѣсь приходится имѣть въ виду и другое соображеніе: чтобы при тѣлесобразномъ выборѣ положенія въ вышеуказанномъ смыслѣ не увеличитъ кровенаполненія подлежащей операціи области.

Какъ разъ съ этой точки зрѣнія и подлежитъ строгой критикѣ самое распространенное въ Германіи и въ Россіи, приимъваемое уже съ 1874 г., положеніе по Rose съ запрокинутой черезъ край стола головой.

Это положеніе, удобное для освѣщенія поля операціи, особенно въ полости рта, и для оперативнаго дѣйствія, къ несчастію, способствуетъ чрезмѣрному кровенаполненію головы и усилению и безъ того большому кровотеченію во время операціи.

Многіе авторы [самъ Rose, Schneider, Simon (194), Weiss (186) и др.] указываютъ на увеличеніе головы въ такомъ положеніи на 2—3 ст. въ окружности.

Bobrik (194) съ помощью плетисмографа Mosso показывалъ, что объемъ руки замѣтно уменьшается при запрокидываніи головы по Rose и опять увеличивается при поднятій головы въ горизонтальное положеніе, что заставляетъ автора сравнивать голову съ резервуаромъ крови.

Опыты на собакахъ А. А. Гена (195) изъ лабораторіи проф. П. Р. Тарханова показали сильное повышеніе кровяного давленія въ плечевой артеріи собаки и значительное увеличеніе изліанія венозной крови изъ наружной яремной вены при перевязкѣ ея вѣтвей, когда животное переводилось изъ горизонтальнаго положенія въ положеніе по Rose.

Но особенно сильно было переполненіе сосудовъ головы и верхней части туловища при наклонномъ положеніи головы вмѣстѣ съ верхнимъ концомъ тѣла (положеніе по Maas).

Авторы этихъ опытовъ главную причину такого переполненія кровью видятъ въ неблагоприятномъ дѣйствіи тяжести, по которой кровь скопляется въ низлежащихъ частяхъ.

Механическому сжатію венозныхъ сосудовъ шеи при запрокидываніи головы отводится второстепенное значеніе.

Исходя изъ того, что главное принципиальное значеніе для предупрежденія затеканія жидкаго содержимаго въ дыхательное горло изъ выше лежащихъ частей находится не въ запрокидываніи головы, а въ такомъ наклонномъ положеніи трахеи, чтобы ея ротовой конецъ былъ наиболѣе

визко, Kocher в своем способе и старается устранить неблагоприятное влияние свисания головы способом Rose приподнятием ее.

В способе Kocher'a (187, 189) больная располагается в косом положении [*«Schräglage»*], ниспадая отъ ногъ къ головѣ, голова же приподнимается выше уровня шеи.

Недостатокъ этого способа зависитъ отъ неудобства освѣщенія и операционаго дѣйствія въ такомъ приподнятомъ положеніи головы, особенно при операціяхъ въ полости рта. Поэтому въ предложеніяхъ Morestin (186) и Payr'a (189) мы находимъ стремленіе дать столько же удобства, какъ и способъ Rose, и уменьшить въ то же время кровополненіе головы.

Эти авторы приподнимаютъ верхнюю часть туловища подъ угломъ въ 45° съ горизонтальною, и несильно запрокидываютъ голову.

Разница между положеніемъ Morestin и Payr'a заключается въ томъ, что первый приподнимаетъ только верхнюю часть туловища, оставляя нижнюю часть въ горизонтальномъ положеніи; тогда какъ второй располагаетъ все тѣло больного въ наклонномъ положеніи отъ головного къ ножному концу.

«Эксперименты Hill et Salathe», по словамъ Denis'a (186), «и клиническій опытъ преизбыточно доказали, что въ положеніи Morestin во время операціи бываютъ меньше кровотеченія, особенно темной крови», но «расположеніе трахеи относительно глотки оказывается несовершеннымъ и предрасполагаетъ, естественно, къ аспираціи слизи... недаромъ... «Morestin прибавляетъ къ своему инструментарию помпу для отсасыванія крови, слизи и жидкости, скопляющейся во рту.

Положеніе больного на боку неудобно въ смыслѣ подступленія къ мѣсту операціи, ассистенціи и дачи наркоза.

Мы не говоримъ ужь о сидячемъ положеніи, применявшемся часто въ донарковозное время, въ виду отънесеннаго положенія трахеи, опаснаго при наркозѣ въ смыслѣ спусканія въ нее жидкаго содержимаго изъ вышележащихъ частей, и въ виду полного отсутствія точекъ опоры для рукъ оператора.

Наша больные въ большинствѣ случаевъ были оперированы въ моментъ удаленія опухоли въ положеніи по Rose (№ II, III, IV, V, VII,

VIII, IX, X), два раза было примѣнено «косое положеніе» по Kocher'y (№ VI и XI) и одинъ разъ боковое (№ I).

Мы видимъ такимъ образомъ, что и здѣсь нѣтъ единства мнѣній, и нѣтъ такого положенія больного, въ которомъ была бы соединена безопасность отъ затеканія крови въ дыхательные пути съ удобствомъ дѣйствія, безъ увеличенія въ то же время самимъ положеніемъ кровополненія области операціи.

Полунаркозъ.

Krönlein на XXX Хирургическомъ Конгрессѣ въ Берлинѣ (185) указывалъ на то, что со времени широкаго примѣненія общаго наркоза стала частой смерть отъ послѣдовательныхъ «shlukneumonie» при резекціи верхней челюсти, тогда какъ въ донарковозное время хирурги не знали почти этого осложненія.

Авторъ сравниваетъ результаты операціи при резекціи верхней челюсти въ позднѣйшее и прежнее время.

Такъ, Langenbeck и Billroth потеряли почти $\frac{1}{2}$ больныхъ, а König исполняетъ % смертности въ 30%, при чемъ половина смертей падаетъ на осложненіе наркоза заболѣваніемъ дыхательныхъ органовъ. Dieffenbach же, оперировавшій въ донарковозное время, изъ 32 резекцій верхней челюсти не имѣлъ ни одного смертнаго случая, V. Bruns и Baum тоже не имѣли осложненій бронхопневмоніей.

Авторъ приводитъ рядъ хирурговъ, которые осуждали общій наркозъ съ этой стороны (Fergusson, Stanley и Butcher) и стремились ограничить его только на время кожныхъ разрывовъ (Rabe и Hüter).

«Всякій способъ наркоза», говоритъ Krönlein, «при полной резекціи верхней челюсти и считая опаснымъ, потому что онъ повышаетъ число смертныхъ случаевъ. Величина этой опасности зависитъ отъ глубины и продолжительности наркоза и она становится тѣмъ меньше, чѣмъ поверхностнѣе и короче будетъ наркозъ. Совсѣмъ вы устранили опасность только тогда, когда устранили наркозъ».

Мы уже приводили выше слова этого автора, въ которыхъ говорится о значеніи сохраненія въ нормальномъ состояніи защитительной способности слизистой оболочки верхняго отъѣла гортани, надъѣленной необъ-

новенной чувствительностью ко всякаго рода раздраженіямъ и подавляемой глубокимъ наркозомъ.

Поэтому Krönlein ограничивается «наркозизированіемъ» пациента нѣсколькими вздохами эфира для первыхъ только кожныхъ разрьзовъ», предпосылая за $\frac{1}{4}$ часа до операціи впрыскиваніе подъ кожу 0,01—0,015 морфия.

Изъ 35 случаевъ полныхъ резекцій верхней челюсти Krönlein потерялъ при такомъ способѣ дѣйствія только одного больного съ саркомой основанія черепа, протершей въ черепную полость, отъ менингита.

Конечно, все сказанное Krönlein'омъ относительно резекцій верхней челюсти, въ той же, если не большей, мѣрѣ относится къ операціямъ интересующихъ насъ опухолей.

Принципъ Krönlein'a въ приведенныхъ ниже случаяхъ русскихъ хирурговъ былъ примененъ проф. В. И. Разумовскимъ (№ 49) при носовомъ способѣ, проф. Н. М. Волковичемъ (№ 105) при челюстномъ и нами (№ XI) при небномъ.

Мы и во всѣхъ нашихъ случаяхъ пользовались способомъ Krönlein'a, погружая больного въ наркозъ только въ первыхъ актахъ операціи, и производили изсѣченіе опухоли, не давая больному хлороформа.

Раунгъ идетъ еще дальше и предлагаетъ оперировать подъ мѣстной анестезіей, обезболивая область всей верхней челюсти впрыскиваніемъ раствора кокаина или кокаинъ-адреналина въ п. supramaxillaris въ глазницѣ у самаго его выхода изъ for. rotundum. Авторъ выработалъ проведеніе туда иглы на трупахъ, впрыскивая растворъ метиленовой синьки и получая окрашеніе нерва. Онъ сравниваетъ способъ проведенія иглы съ техникой, употребленной раньше для подкожнаго перерѣзанія этого нерва при невралгіяхъ его по Langenbeck'у и Нитеру.

Въ той или другой целесообразной комбинаціи всѣхъ перечисленныхъ способовъ борьбы съ кровотеченіемъ, можетъ быть, и лежать отчасти разгадка, какъ уменьшить тяжелое до сихъ поръ предсказаніе при операціи полипа основанія черепа.

Закончивъ такимъ образомъ вопросъ о подготовительныхъ мѣропріятіяхъ въ борьбѣ съ предстоящимъ во время операціи кровотеченіемъ, мы можемъ перейти къ различнымъ способамъ самой операціи.

Оперативная хирургія полипа основанія черепа.

Два рода операціи.

Скрытое положеніе полипа основанія черепа или въ костныхъ полостяхъ и углубленіяхъ, или подъ мягкими частями, не говоря уже о глубинѣ его мѣста исхода, требуетъ найти доступа къ опухоли для ея удаленія.

Единственными предуготованными самой природой путями туда являются наружныя отверстія носа и разстояніе между мягкимъ небомъ и задней стѣнкой глотки.

Поэтому и существуетъ въ леченіи этихъ опухолей дѣльное направленіе, стремящееся во что бы то ни стало использовать эти естественныя отверстія, не производя искусственнаго доступа къ опухоли (méthodes simples).

А несоразмѣрно малая величина этихъ отверстій въ носовую и носоглоточную полость и полное отсутствіе естественнаго доступа къ другимъ мѣстамъ роста опухоли понуждаетъ хирурга искусственно расширить эти отверстія или создать новый путь къ опухоли. И въ такихъ случаяхъ приступаютъ къ удаленію опухоли только послѣ того или другого сѣченія мягкихъ частей или резекціи костнаго участка, лежащихъ на пути къ опухоли (méthodes composées).

Объ операціяхъ черезъ естественные пути.

Когда новообразование находится въ началѣ своего развитія, оно рассматривается, какъ всякая носоглоточная или носовая опухоль, и подлежитъ специально ринологическому леченію. Какъ мы уже говорили въ отдѣлѣ о распознаваніи, такое леченіе относится главнымъ образомъ къ рецидивамъ, захваченнымъ во время.

Мы предупредили въ началѣ нашей диссертации, что этотъ отдѣлъ леченія интересующихъ насъ опухолей не входитъ въ предѣлы настоящей работы и остается нами въ сторонѣ, какъ специально ринологическій.

Но и въ далеко зашедшихъ случаяхъ этихъ новообразованій, гдѣ опухоль даже вышла изъ границъ носоглоточной и носовой полости, оказывается полезнымъ иногда одинъ изъ часто примѣяемыхъ въ ринологии способовъ леченія.

Мы говоримъ объ электролизѣ.

Послѣ перваго удачнаго примѣненія электролиза въ нѣсколькихъ случаяхъ въ 1864 г. Nélaton'омъ (71, 72) и послѣ подробной разработки этого метода леченія V. Bruns'омъ (73) появилось немало сообщений объ успѣшномъ пользованіи этимъ способомъ для разрушенія полпа основанія черепа.

Такъ P. Bruns (74) посвятить этому способу статью, въ которой между прочимъ сообщилъ о своемъ случаѣ громадной опухоли, выведенной долгимъ примѣненіемъ электролиза.

Günbech (19) собралъ изъ литературы 32 случая такого леченія съ 17 исходами въ выздоровленіе.

Spart (75) довелъ это число до 52 случаевъ.

Да и теперь попадаетъ не мало сообщений о примѣненіи электролиза въ терапіи опухолей этого рода.

Voltolini (99) въ своемъ руководствѣ (76) предлагаетъ усовершенствованный инструментарій для болѣе быстраго разрушенія опухоли.

Изъ русскихъ авторовъ пользовались электролизомъ П. Тиховъ (77), В. Ламанъ (78) и П. Михалкичъ (79). Первые два съ частичнымъ успѣхомъ, послѣдній добился полнаго излеченія полпа съ многочисленными отростками.

Не останавливаясь на способахъ примѣненія электролиза, мы не можемъ не обратить вниманія на крайнюю длительность этого метода леченія въ случаѣ примѣненія слабыхъ токовъ (въ случаѣ P. Bruns'a—130 сеансовъ, въ случаѣ П. Михалкина—73 сеанса) или на болѣзненность, требующую повторныхъ наркозовъ, при пользованіи сильными токами [Kaasberg (77)]. Эти недостатки и мѣшаютъ широкому примѣненію такого метода леченія въ борьбѣ съ полпомъ основанія черепа.

Поэтому П. Тиховъ (77) рекомендуетъ электролизъ, какъ вспомогательное средство, для разрушенія особенно выступающихъ частей опухоли съ тѣмъ, чтобы въ то же время подготовить укрѣпляющимъ леченіемъ ослабленнаго больнаго къ радикальному удаленію полпа кровавой операціей.

Мы уже неоднократно говорили о свойствахъ интересующихъ насъ опухолей останавливаться въ ростѣ или подвергаться даже обратному

развитію послѣ предѣльнаго возраста больнаго. На этой особенноти полпа основанія черепа построень принципъ паллиативнаго его леченія Legouest'a (47) и Trélat (80, 81).

Этими авторами предлагается прибѣгать къ радикальному удаленію полпа только въ случаѣ прямой опасности съ его стороны для жизни больнаго. Въ остальныхъ случаяхъ они рекомендуютъ ограничиваться паллиативнымъ леченіемъ въ ожиданіи того возраста больнаго, когда должна наступить остановка роста опухоли.

Конечно, такой способъ консервативнаго леченія не можетъ часто примѣняться и вълѣдствіе того, что при немъ требуется многолѣтнее иногда наблюденіе за больнымъ, и потому, что остановку роста опухоли нельзя считать непрѣмнымъ закономъ.

Принципъ этого леченія приходится скорѣе вспомнить въ случаяхъ рецидива опухоли, чтобы попытаться избѣжать повторныхъ большихъ операцій.

И здѣсь, можетъ быть, целесообразнѣе всего воспользоваться электролизомъ.

Изъ всего сказаннаго видно, что существуетъ довольно широкая сфера для леченія полпа основанія черепа чрезъ естественные пути.

Но нѣкоторые авторы не довольствуются такими показаніями и рекомендуютъ кровавое удаленіе полпа чрезъ естественные пути даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ [Bensch (4), Hornmann (82), Escat (83), Doyen (84, 85) и др.].

Въ самое послѣднее время въ русской литературѣ появилась статья P. Ристера (86), который на основаніи одного случая, оперированнаго Ч. А. Дю Буше, и нѣсколькихъ изъ литературы является адептомъ такого рода операцій.

Мы согласны съ P. Ристеромъ, что «зачастую приходится читать случаи удаленія фибромъ при помощи сложныхъ подготовительныхъ операцій, которая могли бы быть удалены per vias naturales». Далѣе авторъ приводитъ слова Trélat, въ которыхъ этотъ высказаній говоритъ о смѣшеніи типичнаго несоглаточнаго полпа съ опухолью на ножкѣ и съ полпами задней части носовыхъ ходовъ, когда совершенно зря производилась «настоящая изуродованія» лица въ цѣляхъ удаленія этихъ ложныхъ несоглаточныхъ полповъ.

Если пересматривать и собранные нами случаи русских хирургов, то можно встретить не один примѣръ такихъ излеченныхъ операцій, когда можно было бы удалить опухоль чрезъ естественные пути (№ 11, 53, 83 и др.).

Но отсюда далеко, чтобы говорить, какъ то дѣлаетъ Р. Ристеръ, «о возможности удаленія чрезъ естественные пути носоглоточныхъ фибромъ даже очень большихъ размѣровъ».

Нельзя не согласиться съ защитниками такого рода операцій, что въ случаѣ удачи болыя выигрываетъ въ смыслѣ косметики и полного отсутствія нѣкоторыхъ, хотя бы временныхъ, разстройствъ, вызываемыхъ тѣмъ или другимъ проложениемъ искусственнаго пути къ опухоли.

Но если бы дѣйствительно можно было въ большинствѣ случаевъ пользоваться только естественными путями, то, навѣрно, не было бы въ хирургіи дѣлага сложнаго отдѣла такъ наз. «предварительныхъ операцій», въ созданіи котораго повинно не одно великое имя.

Такъ — естественно, видя опухоль торчащей въ ноздрѣ или свисающей въ ротъ за мягкимъ небомъ, обратитъ хирургическое дѣйствіе на эти отростки.

Такой способъ оперирования возвращаетъ насъ къ Celsus'у, къ хирургіи арабовъ, ко времени Arautius'a и Fallopi'a (39).

Конечно, скребецъ или щипцы Douen'a, или инструментарій Escaut представляются несравнимо усовершенствованнымъ противъ стараго времени, но зато принципъ такихъ операцій отодвигается къ самой примитивной хирургіи.

Вопросъ объ удаленіи полипа основанія черепа чрезъ естественные пути неоднократно обсуждался и въ періодъ народженія большинства изъ современныхъ способовъ «предварительныхъ» операцій [Legouest (47), Guérin (88), Borelli (89), Houel (87), Verneuil (68) и др.].

По поводу «rugination», которое тогда Guérin (88) рекомендовалъ для удаленія полипа чрезъ естественные пути, Michaux писалъ:

«Если слушать Guérin, то надо сказать, что уничтоженіе

носоглоточнаго полипа становится вещью простой и очень легкой. Однако хирургъ, который оперировалъ много этихъ полиповъ, могъ убедиться въ препятствіяхъ, которыя онъ испытываетъ для разрушенія ихъ мѣста исхода даже послѣ удаленія верхней челюсти» (50).

Намъ тоже кажется неопытнымъ, какимъ образомъ можно подойти къ мѣсту прикрѣпленія опухоли естественнымъ путемъ, когда доступъ туда закрыть со всѣхъ сторонъ ея тѣломъ и отростками.

«При прямыхъ методахъ удаленія чрезъ естественные пути», говоритъ Р. Ристеръ, «съ уменьшеніемъ травматизма меньше и непосредственной опасности и смертныхъ случаевъ».

Если устраняется, дѣйствительно, травматизмъ, наносимый «предварительной операціей», то остается главный — при удаленіи самой опухоли.

А такъ какъ самая главная опасность и причина смертельныхъ исходовъ при оперированіи этихъ полиповъ зависитъ отъ кровопотери изъ опухоли, то съ этой точки зрѣнія и долженъ обшиваться тотъ или другой методъ операціи.

Уменьшить эту кровопотерю можно только дѣйствіемъ на самую ножку, а не на тѣло и отростки полипа, просторомъ для дѣйствія инструментовъ, удобствомъ останавливать кровотеченіе и быстрой дѣятвля.

Какъ можно удовлетворить этимъ требованіямъ при оперированіи чрезъ естественные пути? Здѣсь мы не имѣемъ никакого почти доступа къ ножкѣ, должны дѣйствовать при полномъ отсутствіи свободнаго пространства, а при частичномъ удаленіи опухоли находимся въ затруднительномъ положеніи передъ потоками крови.

«Праца», говоритъ Р. Ристеръ, «удаленія фибромъ путемъ требуетъ нѣкотораго навыка и, такъ сказать, изобрѣтательности и болѣе точной ориентировки относительно мѣста прикрѣпленія»...

Никакой «точной ориентировки относительно мѣста прикрѣпленія», какъ мы уже говорили выше, въ далекозашедшихъ случаяхъ быть не можетъ.

Въ приведенныхъ словахъ автора мы видимъ лишь обращеніе его къ личнымъ свойствамъ хирурга. И оно врядъ ли имѣетъ значеніе при объективной оцѣнкѣ оперативнаго метода, такъ какъ выполненіе всякой операціи «требуетъ нѣ котораго навыка и, такъ сказать, изобрѣтательности».

Предварительные операции.

Общая замечания
о предваритель-
ных опера-
циях.

Итак хирургическое вмешательство при опухоли основания черепа в большинстве случаев должно состояться из двух операций.

Сначала нужно проложить доступ к опухоли, и затем только произвести ее удаление.

Первая из этих операций, по примеру Gosselin (90) называется «предварительной» в отличие от второй, являющейся «основной» или «фундаментальной».

«Мы должны отдать предпочтение тем операциям, которые открывают возможно шире место заболевания и здесь прежде всего сводят носоглотки. При этих условиях достигается выполнение двух важных требований:

1) Чтобы мы могли возможно скорее совладать с происходящим во время операций кровотечением, главным образом из места исхода опухоли.

2) Чтобы мы могли радикально экстирпировать легко рецидивирующую опухоль.

«И то, и другое можно осуществить, если мы не только подойдем с инструментами к месту исхода опухоли, но также если будем работать под постоянным контролем глаза».

Такова конечная цель всякой предварительной операции, таковы их идеалы, высказанный Mikulicz'ем (91).

В разработке и целесообразном выборе предварительной операции лежит часто залог успеха всей операции.

Как мы узнаем на ближайших же страницах, стремление к расширению несоразмерно малых естественных отверстий той или другой операцией берет начало в древней медицине.

Но если одного разреза мягких частей в большинстве случаев оказывается недостаточным, то потребная резекция костей должна вызвать или обезображивание лица, или расстройство многообразных функций, которые связаны с целостностью черепа.

И немало больных терпело значительные отдалы лицевого скелета в грядях заболевания от своего недуга, пока не привилась идея: давая свободный доступ к опухоли широкими подчас резекциями, сохранить в то же время резецированный участок жизнеспособным.

Для этого резецированная часть остается в связи с мягкими тканями и ставится на место по окончании операции.

Этим резекциям Boeckel (92) дал название «временных», в отличие от «постоянных», где резекция должна являться целью операции.

«До сих пор», говорят Boeckel, «эти резекции назывались остеопластическими, но это было ошибочным наименованием, потому что здесь идет заполнения потери костного вещества при участии собственных тканей, а простое приподнятие лоскута в грядях операции».

В идее временных резекций мы видим одно из смелых завоеваний хирургии, с которыми связаны имена Hugier (94) Chassaignаса (124), Langenbeck'a (116) и др. великих хирургов.

В этих предварительных операциях осуществляется принцип разумного консерватизма.

Хирургия основания черепа является хронологически первой и самой широкой областью применения временных резекций, в чем между прочим и лежит причина особенного интереса этого отдела хирургии.

Но, к сожалению, и теперь еще не все способы предварительных операций идут по принципу временных резекций.

Ньюотные методы (небный путь) и до сих пор требуют окончательной резекции костей в расчете на костеобразование из посаженной надкостницы.

Существуют и доныне приверженцы окончательных предварительных резекций, которые не могут обойтись без этих «mutilations préliminaires» по удачному выражению Legouest'a (47).

Если есть опасение, что предварительная операция настолько ослабила больного, что рискованно в тот же сеанс приступить к «основной» операции—самому удалению опухоли—то всегда можно разбить эти опера-

ции по предложению Verneuil'a (68) на два темпа. Для этого приходится держать доску отвергнутым в течение известного времени съ темъ, чтобы потомъ приступить къ основной операціи, которую желательно производить въ одинъ разъ [Verneuil (68)].

Рецидивированный участокъ, какъ мы увидимъ дальше, держался смѣненнымъ по-много времени [Brunс въ теченіе 3 недѣль не прищипывалъ носа (127)] и прекрасно приживалъ по установкѣ его въ прежнее положеніе.

Въ большинствѣ случаевъ для такого длительного открытія искусственнаго пути были другіе мотивы (боязнь послѣдовательнаго кровотеченія, наблюденіе за рецидивомъ и т. п.). Но, кажется намъ, какъ разъ эти мотивы не имѣли того основанія, какъ въ предложеніи Verneuil'a.

Во всякомъ случаѣ при дальнѣйшемъ изложеніи мы будемъ указывать на случаи откладыванія времени установленія рецидивированнаго участка на мѣсто, такъ какъ неоднократное повтореніе такого способа дѣйствія можетъ убѣдить въ полной его безопасности для жизнеспособности рецидивированнаго участка и быть иногда полезнымъ въ вышеуказанномъ смыслѣ.

При всякой предварительной резекціи можетъ быть легко поранена инструментомъ сама опухоль, которая нерѣдко вплотную прилежитъ къ рецидивуемымъ костямъ.

Такое пораненіе опухоли является источникомъ большихъ иногда кровотеченій ужъ въ предварительныхъ актахъ операціи.

Поэтому при оцннкѣ той или другой операціи приходится считаться и съ этой возможностью.

Для удобства изложенія всѣ способы предварительныхъ операціи по примѣру Verneuil'a (68) можно разбить на три группы: на носовые, небные и лицевые, присоединяя къ нимъ вновь появившіеся, которыхъ не было во времена Verneuil'a.

Въ такомъ порядкѣ мы и приступимъ къ изложенію.

Носовые способы.

Операція на мягкихъ частяхъ носа.

Носоглоточные полипы, какъ уже установлено выше, даютъ свои отростки прежде всего и чаще всего въ носовую полость, вызывая съ самаго начала рядъ разстройствъ со стороны носа.

Естественно поэтому, что первыя попытки удаленія этихъ опухолей были обращены къ носовой части опухоли.

Такъ, хронологически первой предварительной операціей является простое разсѣченіе по средней линии спинки носа, сдѣланное еще Гиллпратомъ: *...nasum per scapellum divisum... pro facto rursus nasum consulto* (De morbis II).

Ужъ одного срединнаго сѣченія носа часто достаточно, чтобы открыть себѣ доступъ въ полость носа и даже иногда въ носоглотку: опухоль, protrающая въ носовую полость сильно раздвигаетъ стѣнки ея своимъ давленіемъ и уничтожаетъ части носового скелета.

Это расширеніе пути самой опухолью и понуждаетъ Verneuil'a (95) высказаться за простое «срединное сѣченіе носа» («Rhinotomie mediane») при опухоляхъ съ такимъ ростомъ. При этомъ авторъ приводитъ рядъ именъ старыхъ хирурговъ и раніише пользовавшихся этимъ способомъ (68).

Вслѣдствіи, въ 1891 г., «rhinotomie mediane» посвящена диссертація Rouairoux (96).

Авторъ этой диссертаціи считаетъ, что простое сѣченіе носа, достаточно расширяя естественныя отверстія носа и укорачивая переднезадній размѣръ, имѣетъ то преимущество передъ другими носовыми способами, что позволяетъ долго въ дѣлахъ послѣдующаго наблюденія и леченія держать открытой рану, безъ риска получить обезображиваніе лица. Такъ, въ одномъ случаѣ Verneuil держалъ открытой полость носа въ теченіе 6—7 мѣсяцевъ.

Равнымъ образомъ König (97) тоже, какъ особый свой методъ, предлагаетъ срединное сѣченіе носа, соединенное съ основной операціей, удаленіемъ самой опухоли особо-ковентрированными имъ острыми лок-

ками. В диссертации Heitmann'a (98) приведено 3 случая, оперированных самим König'омъ по этому способу.

Срединное счлене носа, соединенное съ разсчлененъ верхней губы и отворачиваемъ въ бокъ полученнаго треугольнаго лоскута предложено для обнаженія соответственной половины аперт. pyriformis F. Jordan'омъ (99), а въ комбинаціи съ фундаментальной операціи по König'у описана нѣсколько позже Barasz'емъ (100).

Острое бистури вводится подъ верхнюю губу, какъ разъ подъ соответственной ноздрей, возгасаетъ вверхъ по направленію къ этой ноздрѣ и перерѣзаетъ вертикально губу. Изъ верхняго угла этого разрѣза бистури продвигается вверхъ въ носовую полость соответственной стороны и прокалываетъ спинку носа около самой носовой перегородки и тоже вертикально разсѣкаетъ ее. Нѣсколькими ударами ножа отсепаровывается и отворачивается наружу треугольный лоскутъ.

При желаніи можно обнажить и всю апертатура pyriformis, давая доступъ и съ другой стороны, для чего надо разсѣчь носовую перегородку ножницами, введенными плашма въ обѣ ноздри. Авторъ видитъ преимущество своего способа въ быстротѣ и малобользненности его.

Къ древнимъ временамъ также относится попытка расширения естественныхъ отверстій носа отдѣленіемъ крыла носа: «...narem incidendam esse ab uno parte ad os, ut et conspicui locus possit et facilius caudeus ferramentum admoveri» (Celsus «De re medica»). Разсчлененіе ноздри дѣлали также Paulus Aegineta, Guillaume de Saliceto, Folloria, Eustachius и др. (90).

Garangeot (101) и Heister (102) открывали доступъ въ носовую и носоглоточную полость, отдѣляя крыло носа по носо-щечной складкѣ. Многие хирурги первой половины прошлаго столѣтія [Dupuytren (103), Syme (90), Broca (104), Giralde's (105) и др.] производили тоже въ различныхъ модификаціяхъ счлененіе мягкихъ частей носа.

Изъ русскихъ хирурговъ пользовались этимъ способомъ А. Т. Богавскій (№ 1) и Сабо (№ 2). Последний безъ всякаго результата.

Въ спос. Desprez (106) кожный разрѣзъ по носо-губной и носо-

щечной складкѣ простирается вверхъ до нижняго края носовой кости и обнажаетъ весь боковой край аперт. pyriformis. При оттагиваніи носа крючкомъ, введеннымъ въ рану, открывается доступъ въ носовую полость. Этотъ доступъ расширяется на счетъ резекціи костной перегородки при сохраненіи хрящевой. Для этого надбавляется кожная и хрящевая перегородка у носового дна и во время приподнятія кончика носа вверхъ открывается доступъ для резекціи сошника.

Wutzer (41) отдѣляетъ крылья носа по ихъ бороздѣ отъ ноздри до высшей точки ихъ мѣста прикрывленія, перебѣзаетъ ножницами кожно-хрящевую перегородку носа и приподнимаетъ носъ вверхъ. Резекціи сошника и раковины открываетъ носовую полость отъ апертатура pyriformis и до хоанъ.

Castex (107) въ тѣхъ же дѣлахъ ограничивается однимъ поперечнымъ разрѣзомъ подъ ноздрями отъ одной до другой носогубной складки (rhinotomie transversale inferieure). Затѣмъ въ этотъ кожный разрѣзъ вводятъ ножницы или скальпель и имъ отдѣляютъ хрящевую перегородку отъ дна носа. Освобожденный такимъ образомъ кожно-хрящевой носъ подымается вверхъ, открывая доступъ въ его полость.

Ruge (108) обнажаетъ апертатура pyriformis, подвоя къ ней со стороны предверія рта.

Верхняя губа въ углахъ рта сильно оттагивается вверхъ и растягивается самимъ операторомъ и его помощниками. Послѣ разрѣза слизистой оболочки прямо до кости въ области переходной складки отъ мѣста надъ дѣльнымъ малымъ кореннымъ зубомъ до такового же надъ правымъ, мягкія части отслаиваются скребкомъ отъ кости и приподнимаются до spina nasalis ant., отъ котораго отдѣляется носомъ хрящевая перегородка. Часто бываетъ этого достаточно, чтобы, приподнявъ носъ, имѣть удовлетворительный доступъ въ полость носа. Если этого оказывается мало, то подѣкаютъ ножницами хрящи крыльевъ носа въ мѣстѣ ихъ соединенія съ челюстью, и тогда носъ вмѣстѣ съ верхней губой легко приподнимается къ лбу, и обнажается переднее костное отверстие носовой полости. Можно удалить перегородку, если она стоитъ на пути дѣйствій инструментовъ. По окончаніи операціи носъ опускается на мѣсто. Въ наложеніи швовъ нѣтъ надобности. Никакихъ рубцовъ на лицѣ.

По способу R o n g e оперировали носоглоточные опухоли T r é l a t (33) и R a t t o w (110).

Всѣ описанные носовые способы имѣютъ то общее, что они или расширяютъ естественныя отверстія носа, или обнажаютъ наружное отверстие костного скелета его на счетъ мягкихъ частей и хрящевого скелета, но ни одинъ изъ нихъ не трогаетъ костей, окружающихъ apertura pyriformis.

Даже при полномъ обнаженіи аперт. pyriformis въ случаѣ цѣлости окружающихъ ее костей носовая полость становится не болѣе обширной, чѣмъ при примѣненіи носового зеркала и рефлектора безъ всякой предварительной операціи.

Выигрывается нѣкоторое пространство для дѣйствія инструментами, но тѣ опухоли, которыя могутъ быть устранены чрезъ столь узкое отверстие, могутъ съ тѣмъ же успѣхомъ быть оперированы чрезъ естественные пути при владѣніи внутри-носовой техникой.

Не даромъ въ случаѣ В a g a z z a (100) пришлось кожный разрезъ продлить вверхъ до уровня бровей и резецировать носовую кость и восходящій отростокъ. V e r n e i l рекомендуетъ при недостаточности срединнаго сѣченія увеличить ширину пути тоже на счетъ носовой кости и восходящаго отростка. O. W e b e r (41) советуетъ прибавлять къ способу W u t z e r a резекцію носовыхъ отростковъ верхней челюсти.

Операція R o n g e'a, не давая достаточнаго доступа, имѣетъ недостатокъ въ томъ, что при ней операціонное поле находится въ сообщеніи съ ротовою полостью.

Срединное сѣченіе носа и отдѣленіе его крыльевъ беретъ свое начало въ тѣ времена хирургіи, когда не было еще ринологіи съ ея специальными методами.

Нельзя не согласится съ мнѣніемъ C h a s s a i g n a c'a, что всѣ эти способы операцій на мягкихъ только частяхъ носа: «Comme beaucoup de demimoyens, ils font trop ou trop peu» (126).

Расширеніе мягкихъ частей носа допустимо для открытія доступа въ носоглотку только тогда, когда сама опухоль своимъ давленіемъ произвела уже необходимую резекцію костнаго скелета.

Такъ, напр. въ двухъ случаяхъ И. Э. Гагенъ-Торна (24), раз-

рѣза наружныхъ покрововъ оказалось достаточнымъ для широкаго доступа къ основанію черепа. Стоить взглянуть на фотографическіе снимки I и II его случаемъ, чтобы убѣдиться, какія обширныя разрушенія лицевого скелета можетъ произвести опухоль.

Слезно-носовой способъ Rampolla-Palasciano. Прежде чѣмъ переходить къ дальнѣйшему изложенію предварительныхъ операцій на носу, мы считаемъ возможнымъ привести здѣсь, стоящій совершенно въ сторонѣ, способъ, который былъ изобрѣтенъ почти въ одно время Rampolla и Palasciano (68).

Эти авторы, чтобы вести проводникъ петли въ самыхъ верхнихъ отдѣлахъ носа и подойти такимъ образомъ прямо къ ножкѣ опухоли, прободали слезную косточку послѣ соответственнаго очень небольшого кожного разреза.

Palasciano 2 раза примѣнилъ съ успѣхомъ свой способъ, Rampolla же потерялъ больного отъ сепсиса.

Въ случаѣ V a l l e t t a (110), который попытался воспользоваться этимъ способомъ, пришлось добавить сѣченіе мягкаго неба, а больной потерялъ глазъ отъ флегмоны на сторонѣ операціи.

Кромѣ этихъ случаевъ способъ Rampolla-Palasciano болѣе не нашелъ примѣненія и имѣетъ теперь только историческій интересъ.

V e r n e u i l (68), который и ознакомилъ хирургическое общество съ этимъ способомъ, посвятилъ ему въ свое время немало критическихъ словъ. Онъ помѣщалъ его среди носовыхъ способовъ и называлъ «орбитальнымъ методомъ».

Операція на мягкихъ частяхъ и на костномъ скелетѣ носа. Разъ обширная носо-носоглоточная полость, увеличенная еще часто въ объемъ давленіемъ опухоли, имѣетъ самымъ узкимъ мѣстомъ входное въ нее отверстие, то естественно стремленіе къ расширенію этого послѣдняго на счетъ окружающихъ его костей.

Таковыи костями являются собственныя кости носа и носовые отростки верхне-челюстныхъ костей. А такъ какъ онѣ представляютъ выступающую часть лицевого скелета, то такъ или иначе утрачивая ихъ,

мы значительно сокращаем и передне-задний разбѣръ на пути къ носоглоткѣ.

Переходнымъ этапомъ къ операціямъ, затрагивающимъ и скелетъ носа, можетъ служить то же срединное сѣченіе носа съ дополненіемъ его раздвиженіемъ носовыхъ костей на мѣстѣ ихъ шва.

Немногомъ отличающа отъ срединнаго сѣченія мягкихъ частей носа, присоединяя лишь къ самой узкой верхней части раны костную щель, эта операція имѣетъ немногомъ больше и преимуществъ передъ ней.

Такое добавленіе допускаютъ Verneuil и König въ случаѣ недостаточности разбѣра только мягкихъ частей.

Kosinsky (III) дѣлаетъ срединное сѣченіе носа въ комбинаціи съ резекціей носовыхъ костей.

Къ срединному сѣченію носа въ его мягкихъ и костныхъ частяхъ Gosselin (112) и Chalot (113) прибавляютъ горизонтальный разбѣръ, идущій отъ верхняго конца перваго разбѣра до внутренняго угла глаза; разсѣкаютъ въ томъ же направленіи кость и отворачиваютъ получившіяся доскутъ наружу (osteotomie mediane unilaterale). Такимъ способомъ былъ оперированъ одинъ изъ нашихъ больныхъ (№ II) въ комбинаціи съ подкожной остеотоміей основанія восходящаго отростка (способъ Раги и мовъ-Вредена). Если поперечный разбѣръ на корнѣ носа провести и съ другой стороны и разсѣчь перегородку, то можно отбросить получившіяся створки въ обѣ стороны (osteotomie mediane bilaterale).

Borelli (89) и Legouest (47) переносятъ сѣченіе носа на его боковую поверхность и разсѣкаютъ не носовыя кости между собой, а носовую кость отъ соединенія ея съ восходящимъ отросткомъ верхней челюсти.

Ведется единственный кожный разбѣръ отъ внутренняго угла глаза по боковой поверхности носа отвѣсно внизъ до половины верхней губы. производится разсѣженіе носовой кости соответственной стороны отъ восходящаго отростка верхней челюсти. Отдѣленный такимъ образомъ съ одной стороны носъ отодвигается въ противоположную сторону. Затѣмъ костными ножницами надсѣкаютъ основаніе восходящаго отростка у наружно-нижняго угла apert. pyriformis и оттягиваютъ этотъ край наружу.

Этотъ способъ напоминаетъ стремленіе Desprez въ своей операціи подойти къ носовой полости съ боковой поверхности носа, минуя выстоящую часть носа и тѣмъ сокращая путь къ носоглоткѣ. Но тамъ авторъ ограничивается сѣченіемъ мягкихъ частей, перенося весь центръ тяжести на резекцію сошки, тогда какъ въ способѣ Borelli-Legouest'a производится расширеніе самой apert. pyriformis не только вверхъ, но и главнымъ образомъ въ сторону.

Legouest въ своемъ случаѣ по удаленіи опухоли держалъ длительно рану открытой для наблюденія за рецидивомъ, а когда тотъ появился, то онъ накладывалъ на кожу особый pince à détente до полнаго отторженія опухоли.

Здѣсь мы подошли къ резекціямъ окружающимъ переднее носовое отверстіе костей и при томъ къ той ихъ категоріи, гдѣ резцированный участокъ кости остается въ связи съ мягкими частями и ставится на мѣста по окончаніи основной операціи; т. е. къ «временнымъ резекціямъ» въ смыслѣ Boeckel'a.

Мы имѣемъ рядъ операцій этого рода на носу.

Однѣ изъ нихъ отбрасываютъ въ сторону, какъ створку, ту или другую боковую стѣнку носа, тогда какъ другія смѣщаютъ весь носъ въ бокъ, внизъ или вверхъ.

Большинство изъ нихъ даетъ достаточно широкій путь въ носъ и носоглотку при незначительномъ обезображеніи лица. Поэтому всѣ онѣ, кромѣ запрокидыванія носа вверхъ, нашли широкое прилѣженіе въ хирургіи носовыхъ и носоглоточныхъ опухолей и заслуживаютъ особеннаго вниманія въ виду ихъ большаго практическаго интереса.

Въ способѣ Gosselin'a мы изгнѣли дѣло съ отворачиваніемъ на бокъ одной носовой кости, въ способѣ Legouest'a носовая кость оставалась на мѣстѣ, а расширялся доступъ на счетъ восходящаго отростка верхней челюсти. Теперь мы переходимъ къ оперативному методу, гдѣ убирается съ пути и восходящій отростокъ, и носовая кость вытѣснѣ.

Носовой способъ Michaux (114) первый произвелъ еще въ Langenbeck'a. 1843 г. окончательную резекцію этихъ костей для доступа въ глубочайшія части носа и носоглотку.

Въ 1854 г. Billroth (154) описалъ три случая такихъ резекцій, произведенныхъ Langenbeck'омъ.

Въ первомъ изъ нихъ дѣло шло о раковой опухоли лѣвой носовой полости у 50 лѣтнаго пациента. Во второмъ у мальчика 14 лѣтъ оказалась энхондрома съ участками окостенѣнія, растущая изъ рѣшетчатой кости. Въ обоихъ случаяхъ *proc. nasalis* былъ вынеченъ и источникъ. Въ послѣднемъ случаѣ была усунена также *os. lacrimale, lam. papyracea oss. ethmoidalis* и часть лабиринта.

Въ третьемъ случаѣ былъ удаленъ рецидивъ аденоматозной опухоли лѣвой носовой и носоглоточной полости у 68 л. старухи.

Послѣ Langenbeck'a такимъ способомъ оперировали Es-march и Wilms.

Наконецъ, въ 1859 г. Langenbeck (116) опубликовалъ свой «остеопластическій» способъ, который имѣлъ такое громадное значеніе въ смыслѣ ограниченія большихъ обезображивающихъ лицо резекцій.

Говоря о различныхъ видахъ костной пластины, авторъ приводитъ и свой способъ «остеопластической» (временной) резекціи носовой кости и носового отростка, показывая имъ, что кость выдѣленная изъ ея связи съ другими костями легко приживается на прежнее мѣсто, если только покрывающая ее надкостница остается въ связи съ матерной почвой.

Кожный разрѣзъ прямо до кости, начинаясь отъ середины *glabella*, спускается внизъ чрезъ область носового отростка къ крылу носа. Кожный лоскутъ осторожно отсепаровывается отъ надкостницы на всемъ протяженіи носового отростка и соответствующей носовой кости. Производится отдѣленіе хрящей носа отъ обоняющаго края *apertura rugiformis*. Затѣмъ идетъ разсѣченіе костей костными ножницами, введенными одной брашней въ носовую полость: соответственная носовая кость разрѣзается у самой носовой перегородки вверхъ до ея соединенія съ лобной, а основание носового отростка разсѣкается у самой Гайморовой полости къ мѣсту, гдѣ носовой отростокъ образуетъ нижній край орбиты, и гдѣ къ нему подходит слезная доточка.

Элеваторій, введенный въ носовую полость приподнимаетъ костный лоскутъ, отгибая его ко лбу, и нарушая при этомъ соединеніе носовой кости съ лобной.

Эта операція была произведена Langenbeck'омъ у 18 л. юноши съ опухолью, исходящей отъ *spina nasalis post.* и главной своей частью отъ области правой Евстахійевой трубы. Послѣ удаленія опухоли и останковъ кровотоčenja резецированныхъ кости были поставлены на мѣста, и былъ наложенъ кожный шовъ. Больной былъ совершенно здоровъ черезъ 2 недѣли.

Аналогичнымъ способомъ оперировалъ Müller (3) случай энхондромы со многимъ развѣтвленіями, узурпировавшей основаніе черепа.

Г. А. Севастьянскій (117) предложилъ небольшое видоизмѣненіе этого способа Langenbeck'a. Это видоизмѣненіе Г. А. Севастьянскій примѣнилъ въ случаѣ носовой опухоли. А. Н. П. Никольскій (118) воспользовался имъ для удаленія носоглоточнаго полипа (см. случ. № 16).

Вислѣдствіи Langenbeck значительно видоизмѣнилъ свой способъ, проводя въ другомъ направленіи кожные разрѣзы и, что всего важнѣе, образуя одинъ кожно-надкостнично-костный лоскутъ, не раздѣляя кожи отъ надкостницы.

Пользуясь подробнымъ описаніемъ этого видоизмѣненнаго способа, сдѣланнымъ Lenhartz'емъ (39), ученикомъ Langenbeck'a, можно представить этотъ способъ въ слѣдующемъ видѣ.

Производится срединное сдвѣченіе носа отъ *glabella* до передняго края позрѣи. Другой кожный разрѣзъ прямо до кости идетъ отъ нижняго орбитальнаго края — между слезнымъ мѣшкомъ и *for. infraorbitale* — къ наружному углу крыла носа.

Костными ножницами раздѣляются по срединной линіи носовая кость, а носовой отростокъ перекидывается ножковой снизу вверхъ по ходу кожного разрѣза. Элеваторіемъ, введеннымъ въ полость носа, приподнимается образованный такимъ образомъ лоскутъ вверхъ и внаружу. Шариромъ при поворачиваніи этого лоскута сужать съ одной стороны соединеніе носовой кости съ лобной, съ другой — восходящаго отростка съ слезной косточкой.

У животныхъ эти соединенія по большей части бывають окостенѣвшими, и поэтому при отворачиваніи лоскута дѣло обходится не безъ надлома въ этихъ мѣстахъ. Но это не имѣетъ дурныхъ послѣдствій, такъ какъ кожа, надкостница и слизистая оболочка образуютъ

широкий мостик, который снабжается многими артериями из внутреннего угла глаза.

В случае надобности та же операция может быть произведена съ обеих сторон, при чем перерезается, конечно, перегородка носа. Двусторонняя операция была тоже произведена Langenbeck'омъ (см. Leuhartz).

Свой видоизмѣненный такимъ образомъ способъ Langenbeck применилъ первый разъ въ 1862 г. въ г. Брюгге на 12 л. девочкѣ (119).

Другой разъ въ 1869 г. L. сдѣлалъ ту же операцию у большого 15 лѣтъ съ опухолью, занимавшей, кромѣ носоглотки, лѣвую половину носа, проросшей твердое небо и выпятившей лѣвый глазъ (120).

Langenbeck не разъ могъ испытать эту операцію въ течение нѣсколькихъ лѣтъ и не наблюдалъ ни одного неблагоприятнаго случая (39).

У Leuhartz'a (39) въ диссертациі мы находимъ еще дальнѣйшее видоизмѣненіе способа, который Langenbeck применилъ въ двухъ случаяхъ въ 1872 г.

Въ этихъ случаяхъ онъ не доводилъ вертикальнаго срединнаго кожного разреза до ноздри, но оставляя край ея въ 1 ст. ширины, ведя второй горизонтальный кожный разрезъ параллельно свободному краю крыла носа къ носогубной складкѣ, и отсюда третій разрезъ поднимался къ нижнему краю орбиты.

Leuhartz видитъ преимущества этого способа въ косметическомъ отношеніи, такъ какъ здѣсь не нарушается цѣлости свободного края крыла носа.

Это второе видоизмѣненіе не нашло себѣ подражателей, такъ какъ единственное косметическое преимущество и то сомнительно, потому что вносится здѣсь третій разрезъ.

Въ большинствѣ руководствъ и большинствомъ хирурговъ принято второе видоизмѣненіе, подъ которымъ собственно и разумѣется носовой способъ Langenbeck'a.

Носовой способъ Langenbeck'a былъ принятъ въ клиникѣ проф. А. А. Боброва (№ 11—14) и проф. В. А. Ратимова (№ 19—29) и отъ нихъ перешелъ и къ намъ въ клинику, какъ постоян-

ный методъ для удаленія большинства случаевъ полиповъ основанія черепа.

Наша клиника пользуется обыкновенно носовымъ способомъ Langenbeck'a, въ томъ его видѣ, какъ онъ описанъ у проф. К. Ф. Геннера (121) подъ невѣрнымъ названіемъ частичной резекціи верхней челюсти.

Т.-е. боковой кожный разрезъ и соответственный распилъ ведется болѣе наружи, чѣмъ выгрышается больше пространства, вскрывается непременно Гайморова полость и всегда надѣется слезный мѣшокъ.

Только мы стараемся обойти for. infraorbitale, ведя кожный разрезъ и распилъ кости или вовнутрь отъ него (№ VI, VII), или наружи (№№ I, VIII, IX), тогда какъ у Геннера онъ ведется въ срединѣ нижней стѣнки глазницы, какъ разъ къ мѣсту нахождения этого отверстія.

Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ была разсѣчена перегородка для открытія доступа и въ другую ноздрю, такъ какъ опухоль узурпировала перегородку и проросла въ другую носовую полость (№ IX).

Въ двухъ нашихъ случаяхъ (№ IV, X) было применено видоизмѣненіе способа Langenbeck'a, принадлежащее Linhart'y (122). Въ немъ тоже резцируется носовой отростокъ верхней челюсти и отворачивается въ сторону вмѣстѣ съ соответственной носовой костью, но это видоизмѣненіе ограничивается только однимъ срединнымъ кожнымъ разрезомъ.

Авторъ этого способа разсѣкаетъ изъ ноздри вертикально вверхъ хрящевую часть носа съ соответствующей стороны. Обнажаетъ распаторомъ верхушку и основаніе восходящаго отростка, разсѣкаетъ остеотомомъ кость въ этихъ двухъ мѣстахъ и, наконецъ, производитъ тонкимъ долотомъ раздѣленіе носовыхъ костей другъ отъ друга. Послѣ разреза слизистой оболочки въ мѣстахъ сѣченія кости боковая стѣнка носа, освобожденная такимъ образомъ, вмѣстѣ съ ея хрящевой частью отворачивается къ орбитѣ.

По способу Linhart'a оперировалъ Schmidt, но онъ удалялъ только часть опухоли, основаніе же ея было при этомъ способѣ недоступно, такъ что черезъ 11 дней онъ вторично оперировалъ ее на этотъ разъ съ предварительной операціей Chassaig'nae-Brunsa.

Это видоизмѣненіе, ограничивается однимъ лишь кожнымъ разрезомъ,

страдает трудностью полного отворачивания резецированного участка, недостатком сдвига и теснотой для действия инструментов.

В этом мы могли убедиться как при операции на трупе, так и на живом (№ X).

Немного лучше оказывается и вышеупомянутая комбинация способа Gosselin и Linhart'a (Ратимовъ-Вредена).

Этот способ таким образом немногим дает больше доступа, чем простое срединное сечение носа.

В способъ Ferguson'a (123) так же, как в предыдущих, расширение костного отверстия носа производится на счет восходящего отростка и носовой кости одной стороны; только это отворачивание дается вовнутрь, а не наружу, как в только что описанных.

Кожный разрезъ ведется от носового крыла къ внутреннему углу глаза; по ходу кожного разреза разбавляется костными щипцами кость и хрящ. Лоскутъ отворачивается вовнутрь.

Авторъ применил этот способ съ двухъ сторонъ для удаленія носовой опухоли, исходящей изъ раковины.

Теперь мы переходим къ другой категории носовыхъ операций, расширяющихъ apertura rugiformis, гдѣ временно отбрасывается съ пути весь носъ.

Какъ и слѣдуетъ ожидать, существуютъ попытки откидыванія носа во всѣхъ трехъ направленіяхъ. Мы имѣемъ способы, отбрасывающіе носъ въ ту или другую сторону, имѣемъ способъ, откидывающій носъ внизъ, и попытку запрокидыванія носа вверхъ.

Начнемъ наше описаніе съ методовъ, которые смѣщаютъ носъ въбокъ, такъ какъ эти способы находятся въ болѣе логической связи съ описанными сейчасъ операциями, да имѣютъ и хронологическое первенство.

Въ известномъ трудѣ «Traité de l'écrasement linéaire» 1856 г. Chassaignac (124) впервые описалъ свой способъ временнаго откидыванія носа вбокъ, который онъ произвелъ на 2 случая въ 1854 и 1855 гг.

Позднѣе въ своемъ учебникѣ (125) въ 1862 г. онъ повторилъ то же описаніе.

Съ этого времени и ведется начало всѣхъ носовыхъ резекцій.

На страницахъ этихъ сочиненій авторъ подробно излагаетъ свой способъ, иллюстрируя каждый темъ же операционными рисунками.

Мы не будемъ передавать способа Chassaignac'a, потому что дальнѣе читатель найдетъ подробное описаніе Р. Brun's'a способа своего отца, въ которомъ представленъ тотъ же методъ только въ усовершенствованномъ видѣ.

Важно отмѣтить, что въ способѣ Chassaignac'a послѣ прямого разреза кожного разреза, очерчивающаго носъ идентично съ таковымъ въ способѣ Brun's'a, «кожная и хрящевая ткань, которая составляетъ наружный покровъ и часть скелета носа отсекается широкими и быстрыми ударами ножа такимъ образомъ, чтобы можно было откуснуть на щеку этотъ носовый лоскутъ». И только по окончаніи этого темпа приступаютъ къ сеченію костного скелета носа. Расплавы ведутся цѣлочечными пилами.

«Такимъ образомъ открывается широкій путь, въ особенности, если присоединить резекцію»... «шишлжихъ раковинъ и перегородки носа».

Въ способѣ Chassaignac'a, какъ онъ былъ описанъ и представленъ на рисункахъ въ 1856 г. и въ послѣдствіи въ 1862 г. мы не находимъ, такимъ образомъ, принципа временныхъ резекцій: резекція костей производится окончательно.

Единственное указаніе на отклоненіе резецированного костного участка носа въ одномъ лоскутѣ съ мягкими частями мы находимъ на одной изъ страницъ этихъ руководствъ, гдѣ авторъ нечислится преимуществу своего способа.

«Онъ вызываетъ очень незначительную деформацию; но это совершенно вѣрно только тогда, когда заботятся оставить соединеніе кожного лоскута съ скелетомъ носа, образованнымъ собственными костями носа. Факты анокерагнизмоза служатъ для подтвержденія возможности соединенія отбрасываемой части кости, образующей одно цѣлое съ покровами».

Въ 1863 г. Voessel (92) продолжилъ эту операцию на трупѣ, временно резецируя и костный скелетъ носа. Voessel приписать всецѣло себѣ эту операцию.

Когда же въ 1872 г. появилась статья Р. Brun's'a (127), въ кото-

рой онъ, какъ новый методъ, описываетъ применение его отчасти того же способа на большихъ въ трехъ случаяхъ, то поднялась настоящая буря изъ-за приоритета.

Воеккел (128) напоминаетъ о своей операци и требуетъ признания изобрѣтенія за собой.

Chassaiguac (126) въ свою очередь посвящаетъ этому способу большой докладъ въ Парижскомъ Хирургическомъ Обществѣ, гдѣ онъ слово за словомъ сравниваетъ свой способъ съ таковымъ Воеккел'а и Bruns'a.

Воеккел'а онъ уличаетъ въ сознательномъ плагиатѣ: «en 1863—fausse invention; en 1873—fausse revendication».

«Мы были одурачены мистификаціей», говоритъ дальше Chassaiguac, «и я оказался жертвой научнаго грабежа или, вѣрнѣе, очень мало научнаго, очень рѣдкаго въ исторіи науки».

Что касается статьи P. Bruns'a, то Chassaiguac и текстъ, и рисунки ея называетъ «рабскою» копіей съ его текста и рисунковъ, которые онъ предлагаетъ сравнить.

P. Bruns въ своей статьѣ указываетъ на способъ Chassaiguac'a, какъ на операцию, «которая до ѣкоторой степени дала идею всѣмъ другимъ, и которая въ вопросѣ о приоритетѣ должна быть поставлена въ первомъ ряду». При этомъ P. Bruns ссылается на «Traité de l'écrasement» 1856 г. и «Traité clinique des opérations» 1862 г.

Chassaiguac не довольствуется этимъ и указываетъ, что въ двухъ случаяхъ, описанныхъ въ этихъ источникахъ онъ не могъ сохранить носовыхъ костей, такъ какъ онѣ были разрушены опухолью. Въ 1862 г. онъ оперировалъ съ сохраненіемъ «на подобіе ароскерпанизмос костевой части носа, срощенной съ внутренней поверхностью лоскута вмѣстѣ съ хрящевой частью». И P. Bruns, говоритъ Chassaiguac, зналъ объ этой операци: «lui qui, comme beaucoup de ses compatriotes, a suivi mes cliniques du lundi à Lariboisière».

«C'est moi», говоритъ въ заключеніе Chassaiguac, «qui suis l'inventeur de la réclinaison du nez par ablation des polypes naso-pharyngiens, c'est là une prétention bien ridicule et bien étrange».

Если произвести действительно сравненіе текста и рисунковъ, указанныхъ выше сочиненій Chassaiguac'a съ таковыми же P. Bruns'a, то это сравненіе будетъ не въ пользу Chassaiguac'a. На рисункахъ у Chassaiguac'a отчетливо изображены 2 отдѣльныхъ типа операци: сначала откладываніе въ сторону кожно-хрящевой носа, и потомъ окончательная резекціи костей его.

О соблюденіи принципа временной резекціи въ выше приведенныхъ сочиненіяхъ, какъ мы уже говорили, можно найти указаніе только въ видѣ теоретическаго положенія. При описаніи самаго способа находимъ то же раздѣленіе операци на два типа, что и на рисункахъ.

Что же касается операци 1862 и 1863 гг., въ которыхъ былъ соблюденъ принципъ временной резекціи костей носа и на которыхъ указываетъ Chassaiguac, то о нихъ нѣтъ печатныхъ сообщеній.

Подводя итогъ всѣмъ этимъ пререканіямъ изъ-за приоритета, мы должны признать за Chassaiguac'омъ идею временнаго смѣненія носа въ сторону.

Заслуга этой идеи тѣмъ болѣе велика, что въ ней мы видимъ одно изъ первыхъ указаній на возможность временныхъ смѣненій лицевыхъ костей для доступа въ носъ и носоглотку.

Съ обвиненіемъ же Chassaiguac'омъ Bruns'a въ заимствованіи никакъ нельзя согласиться, такъ какъ P. Bruns добросовѣстно указываетъ на способъ Chassaiguac'a, который самъ ставитъ въ первую линію въ вопросѣ о приоритетѣ.

Brunс'у отцу, несомнѣнно принадлежатъ честь примененія этого способа на большихъ въ усовершенствованномъ видѣ, съ полнымъ соблюденіемъ принципа временныхъ резекціи.

Съ этого времени, съ момента появленія въ 1872 г. статьи, гдѣ этотъ способъ подробно описанъ его сыномъ, отдѣленіе и временное откладываніе всего носа въ сторону стало достояніемъ практической хирургіи и применяется едва ли ни чаще другихъ носовыхъ способовъ.

Роль же Воеккел'а въ созданіи этого метода, действительно, второстепенная.

Поэтому мы должны признать наиболее подходящимъ наименованіе этой операци способомъ Chassaiguac'-Brunс'a, какъ она часто и называется въ хирургической литературѣ.

Покончив таким образом с историей этого способа, приступим к его изложению, пользуясь прекрасным описанием и разработкой его P. Bruns'a.

При этом способе можно раскрыть или всю носовую полость или только одну ее половину.

В первом случае производится резекция восходящего отростка верхней челюсти, обоих носовых костей и перегородки носа, при чем образуется подвижность во мьсте соединения носовой кости с носовым отростком на противоположной стороне; тогда как во втором случае резецируется опять-таки носовой отросток, но одна только носовая кость, а мьсто шпалитра получается между обьими носовыми костями.

Кожный разрьз идет горизонтально по верхней губь под носовыми отверстиями. Он начинается под нижним краем крыла носа, проникает до нижнего края *apert. pyriformis* и кончается над I малым коренным зубом другой стороны. При этом кончим ножа смотреть ньсколько вверх, чтобы не поранить слизистой оболочки верхней губы в области ее переходной складки.

Другой горизонтальный разрьз ведется через корень носа соответственно ходу *sutura naso-frontalis* от мьста на 1 см. выше и вовнутрь от угла глаза одной стороны, к такому же другой. Вертикальный разрьз соединяет конечные пункты двух горизонтальных на сторонь операции. Он идет по боковой стьжке носа, нма ньсколько косо направление. Разрьзы ведутся прямо до кости.

Затьм нила ставится в нижне-наружный угол *apertura pyriformis*, и распил идет сначала горизонтально немного внаружи, потом заворачивает вверх и восходит, все время точно соответствуя линии кожного разрьза, до *sutura naso-frontalis*. При этом отпиливается передняя часть нижней раковины. Гайморова полость не вскрывается. Во время этого распила конеш нила находится в полости носа.

Наконец, перепиливается корень носа соответственно верхнему горизонтальному разрьзу, по ходу *sutura naso-frontalis*.

Из этого распила перебрывается носовая перегородка в вертикальном направлении, идушем и ньсколько назад. Снизу она подпиливается у основания *spin. nas. ant.* и затьм разьбается кост-

ными ножницами у дна носа. Оба эти сьчения перегородки встрьбаются под углом, открытым вперед.

Рычагообразным движением долота, введенного в верхнюю часть вертикального распила носа, весь нос откидывается на противоположную шеку.

В случае временной резекции одной только половины носа оба горизонтальные кожные и костные разрьзы дьлаются ньсколько короче. Верхий ведется от средины *sutura naso-frontalis*, нижий—от мьста прирльщения крыла носа к нипному кнаружи, чтобы тогда же подняться вь вертикальный разрьз; сходный с таковым при обычной резекции всего носа.

По окончании фундаментальной операции при благоприятных условиях нос может быть поставлен на мьсто в тот же сеанс.

P. Bruns находит возможным в случае нужды пришивать нос не сразу. Причиной к тому, по словам автора, могут служить кровотечения, заставляющия прервать операцию, сращения, не дающия кончить удаление опухоли вь один сеанс и профилактически против рецидива прижатия ножки.

Если нос будет отклонен вь течение долгого времени, то тогда требуется освьжение краев раны. Нос прекрасно приливает благодаря богатству анастомозов и не дает ни понижения т°, ни расстройств чувствительности. Рубцы при этом, по словам автора, только немного шире, чьмь при немедленном пришивании носа.

Автор не наблюдал ни разу отхождения секвестров при этом способе.

Brunс во всьх своих случаях произвел вторичное пришивание носа. В первом случае—через сутки—сильное кровотечение; во втором—через 21 суток и в третьем—через 12 суток—незнач. удаление опухоли вследствие обильного кровотечения. В последнем случае производилось вь послеперационный период прижатие ножки.

Выполнение идеи двухмоментной операции вь этой области принадлежит таким образом Brunсу. Сохранение полной жизнеспособности резецированной части вь отклоненном состоянии в течение столь долгого времени устраняет всякое опасение за резецированный участок.

Резекция носа по Chassaignac-Brunсу широко приимь-

яется для удаления носовых и носоглоточных опухолей, как между прочим видно и на прилагаемых таблицах.

Из русских хирургов больше всего случаев падает на клинику проф. П. И. Дьяконова.

Из 10 случаев применения этой операции (№№ 29—38) в 7 дало шло о полноту основания черепа, в 2 опухоль исходила от мягкого неба (№№ 31 и 32) и в 1 от задней части носовой перегородки (№ 35).

2 смертных исхода объясняются крайней тяжестью случаев; в одном из них опухоль проросла в полость черепа.

В 3 случаях (№ 29, 31 и 37) была добавлена резекция стенок Гайморовой полости из того же разреза.

Этим способом с успехом воспользовались проф. П. М. Волкович (№ 31) и А. Ф. Коблуков (№ 42) в случаях, далеко зашедших носоглоточных полипов с многочисленными отростками.

В случае распространенной опухоли А. Т. Богавского (№ 30) большой погиб от кровотечения во время операции.

В клинике проф. К. Ф. Клейна была удалена этим способом носовая и носоглоточная часть, как оказалось потом, зачехленной опухоли.

Эта последняя вскоре опять дала рост в нос и носоглотку и была удалена по видоизмененному способу с частичной резекцией передней и внутренней стенок Гайморовой полости Е. Н. Малютинным (№ 44).

Способ Chassaig-nac-Brunsa очень рекомендует П. Э. Гаген-Торн (24) из клиники проф. П. А. Вельяминова, хотя в двух его случаях не пришлось произвести этой операции, так как опухоль разрушила окружающую арет. pyriformis кости, и кожные разрезы оказались достаточными для обнажения опухоли.

По способу Chassaig-nac-Brunsa с успехом оперировали П. А. Розов (№ 47) и В. М. Чекаш (129).

Наоборот, В. М. Минц (№ 44, 45), испробовав его в двух случаях, остался им недоволен, предпочитая небный путь.

Кроме обычно применяемого типичного Chassaig-nac-Brunsoвского способа, мы встречаемся в литературѣ и с видоизменениями его.

Так, Карпинский (121) предлагает округлять углы разрывов. Tirifahay (130) ведет вместо прямоугольного циркулярный кожный разрыв, что устраняет, по мнению автора, возможность осложненной сращения в углах раны; и шить кость не перпендикулярно къ ея поверхности, а косымъ распилом, чѣмъ старается увеличить плоскость соприкосновения костей.

Проф. Киттеръ (131) переносит нижний горизонтальный разрыв съ верхней губы на спинку носа, на границѣ хрящевой и костной его части, и отворачивает такимъ образомъ носовыя кости, не трогая хрящевой части носа. Это видоизменение авторъ применилъ 2 раза въ клинике проф. Ринке.

Е. Н. Малютинъ и А. В. Мартыновъ (132) выработали на трупахъ видоизменение и добавление Chassaig-nac-Brunsoвской операции.

Кожный разрывъ ведется отъ внутреннего угла одного глаза черезъ переносъ къ такому же другого. Затѣмъ отсюда, обходя крыло носа и проникая до apertura pyriformis, линия разрыва идетъ до средней верхней губы. Фильтръ перебѣгается.

Костные распилы авторъ рекомендуетъ дѣлать цѣлочечной пилой. Резекція перегородки производится сходно съ прототипомъ ихъ способа.

На рисункахъ, изображающихъ эту операцию, нижний поперечный разрывъ не ограничивается половинной губы, а идетъ подъ обѣими ноздрями, какъ въ способѣ Chassaig-nac-Brunsa, и губа изображена разсѣченной не въ области фильтра, а отъ конечнаго пункта поперечнаго разрыва, отъ мѣста прикрѣпленія крыла носа другой стороны.

Въ способѣ Малютина-Мартынова такимъ образомъ прибавлено къ способу Chassaig-nac-Brunsa только еще вертикальное сѣчение губы, совершенно излишнее для открытiя доступа въ носъ и носоглотку. Это разсѣчение губы, можетъ быть, оказывается полезнымъ для временнаго вскрытiя Гайморовой пазухи изъ того же разрыва, какъ это рекомендуется авторами видоизмененiя въ случаѣ надобности.

Добавочную резекцію передней и внутренней стѣнки Гайморовой полости разработали авторы въ своемъ способѣ для далеко зашедшихъ опухолей и применили ее въ вышеупомянутомъ случаѣ (№ 44).

Способ Оllier.

Покончив со способами отворачивания всего носа в сторону, мы переходим к другому, тоже очень распространенному носовому способу откидывания носа вниз.

Этот способ, принадлежащий Оllier, был опубликован впервые в 1864 г. Viennois (135).

Потом и сам автор этого способа неоднократно выступал с ним в обществах под названием «двусторонней вертикальной остеотомии костей носа» («ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez») или «опускания носа» («abaissement du nez»), каждый раз все умножая число случаев применения своего способа.

Каждый разрез до кости в форит подковы начинается позади крыла носа одной стороны поднимается к корню носа, пересекает его в самом глубоком месте носолобной ямки и спускается симметрично к тому же месту крыла носа другой стороны.

Затем узкой ножовкой производят распили костного скелета носа сверху вниз соответственно ходу кожного разреза, и нос откидывается вниз. Он держится теперь в трех пунктах—на крыльях и кожной перегородке,—где проходят главные питающие нос сосуды.

В случае надобности разскается и отклоняется в сторону хрящевая перегородка.

«Быстрота, простота («une incision avec trait de scie la constitue»), действительность и безвредность»,—вот как автор аттестует свой способ (133). По окончании операции удаления опухоли нос ставится на место. В одном случае был применен автором принцип двухмоментности, где нос был пришит через 18 час. (135). Швы обыкновенно снимаются на 5—6 дней.

В одном случае больной мог сгоразда уже на 4-й день после операции (133). Консолидация происходит обыкновенно через 10—12 дней (134, 135).

Операция так проста, и рубцы так мало заметны, что автор предлагает производить ее несколько раз на том же больном в случае рецидивов (134).

В 1866 г. автор поделился с Парижским Хирург. Общ. (133) 8 случаями применения своей операции: 2 случая носовых полипов и 6 фиброзных опухолей основания черепа.

В одном из случаев дело шло о громадной опухоли в 205 гр.—со многими разветвлениями, с сильным обезображиванием лица, с простанием ее в полость черепа и с давлением зрительных нервов. После удаления ее по носовому способу автора большой поправился, и выздоровление было констатировано через 13 месяцев.

На хирургическом Конгрессе в Безансон Оllier доложил, что он довел число случаев носовых и носоглоточных опухолей, оперированных им по своему способу, до 100 (136).

На последнем французском Конгрессе в Париже явился защитником этого способа Tédénat (137), который сообщил о 12 случаях носоглоточных полипов, оперированных им по Оllier с 1 смертельным исходом. Эту смерть докладчик относит не к способу Оllier, а к неосторожному вырыванию опухоли, при котором была повреждена решетчатая пластинка.

Особенно горячим приверженцем носового способа Оllier является у нас проф. В. М. Разумовский (138), который применял этот способ в 5 случаях (№№ 44—47) ветвистых полипов носоглотки.

В его же клинике М. М. Красиль (№ 48) этим способом удалит хаональный полип.

В. М. Разумовский обращает особое внимание на ход распила носа, плоскость которого должна иметь почти отвесное направление.

Если она своим нижним концом уклонится слишком вперед, то без нужды случится доступ в носовую полость.

Если же она уклонится слишком назад, то бывает трудно выйти рукой к грушевидному отверстию.

Один раз автор сдвигал последнюю оплошность, так что он должен был окончить разделение костей маленьким долотом (№ 46). Линия распила получалась ломанной с обеих сторон.

Прием оказался очень выгоден в смысле увеличения доступа в носовую полость.

В одном из своих случаев В. И. Разумовский применил нос на место только чрез 2 суток после операции из боязни последовательного кровотечения (№ 44).

Во всех почти случаях носъ прочно стоялъ на мѣстѣ черезъ 2 недѣли послѣ операціи.

Столько же разъ, какъ и проф. В. М. Раузовскій, оперировалъ по Ollier носоглоточные полипы съ полнымъ успѣхомъ С. И. Спасокукоцкіи (№№ 49—53).

Этотъ способъ применялся проф. С. И. Каломиннымъ (138). Имъ воспользовались по одному разу С. Θ. Дерюжинскій (№ 43) и М. Г. Черняховскій (№ 54).

Способъ Lawrence'a. Чтобы покончить со способами, смѣняющими весь носъ въ трехъ возможныхъ направленіяхъ, намъ остается коснуться откидыванія носа вверхъ.

Эта операція была произведена Lawrence'омъ въ 1862 г. (139) у 22 лѣтн. субъекта по поводу множества слизистыхъ полиповъ, выходявшихъ всю носовую полость.

Кожный разрѣзъ въ способъ Lawrence'a ведется съ обихъ сторонъ носа отъ внутренняго угла глаза (кнутри отъ слезнаго мѣшка) вертикально внизъ до мѣста прикрѣпленія крыла носа къ верхней губѣ. Костными ножницами по ходу кожныхъ разрѣзовъ разсѣкаются носовые отростки верхней челюсти и носовые кости.

Перерѣзается носовая перегородка, и весь носъ откидывается къверху. Способъ Lawrence'a при носоглоточномъ полипѣ въ 2 случаяхъ применилъ Ch. Statham (140), при чемъ въ обоихъ наступилъ рецидивъ, и въ одномъ изъ нихъ операція была сдѣлана дважды.

Способъ Lawrence'a не получилъ распространенія.

Откинутый вверхъ носъ непременно долженъ мѣшать во время удаленія опухоли, такъ какъ онъ находится въ наиболѣе всегда узкомъ мѣстѣ дѣйствія и какъ разъ, гдѣ оказывается ручной конецъ инструмента или рука оператора.

Этому способу ставится въ упрекъ и рискъ омертвѣнія носа, такъ какъ этотъ послѣдній остается въ связи съ окружающими тканями только сверху на узкомъ кожномъ лоскутѣ, значительно менѣе снабженномъ сосудами, чѣмъ сбоку и снизу въ вышеупомянутыхъ способахъ.

Заканчивая на этомъ обзоръ носовыхъ способовъ и прежде чѣмъ перейти къ ихъ сравнительной оцѣнкѣ, мы считаемъ возможнымъ здѣсь привести собранные нами случаи примененія носовыхъ способовъ при операціи полости основанія черепа.

Случай примененія носовыхъ способовъ.

Имя оператора и источникъ.	Способъ операціи.	Сфера* распро- стран. опухоли	Результатъ			ПРИМѢЧАНІЯ.
			Выздоровленіе.	Носовыя узлы, гдѣ расплыв. Число.	Смерть.	
1. König . . . 3	Срединное съче- ніе носа. . .		1			
2. Isdem . . .			1			
3. Isdem . . .			1			
4. Leed . . . 96			1			
5. Isdem . . .			1			
6. Isdem . . .			1			
7. Maas . . . 3 (№ 1)			1			
8. Isdem . . . (№ 2)				1		
9. Partsch . . .				1		
10. Roux . . .		+	1			
Gezette des hôpi- taux 1843, № 148, p. 591.						
11. Baracz . . 100	Съ дополнитель- нымъ съченіемъ верх- ней губы (спос. F. Jordan'a).		1		8 мѣс.	Простѣжено
12. W. Fowler.	Тоже		1			
Lancet 28, IX, 1885.						
13. Vorneuil . . 2 (№ 151)	Съ резекціей но- совой кости и части носового отростка. . . .	+	1		8 мѣс. «cure lente».	
14. Kosinsky . 111	Съ резекціей но- совыхъ костей.					

* + Распространеніе опухоли за предѣлы носоглоточной и носовой полости. — Локализация опухоли только въ предѣлахъ носоглотки. Въ остальныхъ случаяхъ опухоль занимала носъ и носоглотку.

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распростран. орудия.	Результат		ПРИМЪЧАНІЯ.
			Выздоровл.	Неполн. изл. или рецидивы.	
Русскіе случаи					
15. С. О. Дерюжинскій. № 3		—	1		
16. Онъ же № 4			1		
17. Онъ же № 5			1		
18. Онъ же № 6			1		
19. С. П. Федоровъ. № 9			1		
20. И. З. Гагенъ-Торнъ. № 7	Съ добавочнымъ кожнымъ разрезомъ . . .		1		Прослѣжено 4 года.
21. Онъ же № 8			1		
22. ? № 10	Съ резекціей части носового отростка . . .			1	
23. Langenbeck 116	Временная резекція носовой кости и носового отростка по Langenbeckу . . .		1		Прослѣжено 1 1/2 года.
24. Idem . . . 119		+	1		
25. Idem . . . 39		+	1		
26. Idem . . . 120		+	1		
27. Idem . . . 39	(Двусторонняя) .	—	1		
28. Czerny . . . 226		+		1	На 10 дней отъ жизни.
29. Idem . . .			1		Прослѣжено 10 лѣтъ.
30. Harmer . . .		?	1		
31. Internat. Centralbl. f.		?	1		
32. Laryng. u. Rhinol.		?	1		
33. 1904, s. 152		?	1		
34. Müller . . . 3 (8)		+	1		
35. Schmidt . . . 160	По способу Linhart'a . . .		1		

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распростран. орудия.	Результат		ПРИМЪЧАНІЯ.
			Выздоровл.	Неполн. изл. или рецидивы.	
Русскіе случаи.					
36. А. А. Бобровъ . № 11			1		Хлозвальный полипъ.
37. Онъ же № 12		+	1		
38. Онъ же № 13		+		1	
39. Онъ же № 14		+	1		
40. А. Т. Богаевскій. № 15	(Съ добавочной операцией Мэллере'a)		1		
41. А. Бржезовскій. № 16		+		1	На операционномъ столѣ отъ мажорковія.
42. П. И. Дьяконовъ. № 17			1		
43. П. П. Никольскій № 18	(Въ видоизмѣненіи Сенастеккаго)		1		
44. И. А. Пранскій. № 19		+		1	Отъ мажорковія и шока.
45. В. А. Ратимовъ. № 20		+	1		
46. Онъ же № 21			1		
47. Онъ же № 22			1		
48. Онъ же № 23			1		
49. Онъ же № 24		+	1		
50. Онъ же № 25		—	1		
51. Онъ же № 26		+		1	
52. Онъ же № 27		+	1		
53. Онъ же № 28	(Съ добавочной операцией Мэллере'a)	—	1		
54. ? № 29		+	1		
Наши случаи.					
55. С. П. Федоровъ. № I	Боковой кожный разрезъ и соответственный ему разрезъ проведены болѣе кнаружи		1		Прослѣжено 3 г.
56. Онъ же № VIII			1		Прослѣжено 1/2 г.
57. Онъ же № IX		+	1		Эндотезиома.

Имя оператора и источник.	Способ операціи.	Сфера распро- стран. опухоли.	Результатъ		ПРИМЪЧАНИЯ.
			Выворонокъ.	Неносн. уда- ленъ рецидивъ.	
58. В. Л. Кобылин- ский № VI			1		Прослѣжено 10 мѣс.
59. Онъ же № VII			1		Прослѣжено 4 мѣс. Опухоль состо- ить почти сплошь изъ соединитель- ныхъ тканей пологостей. Сращения въ но- совой полости. На операцион- номъ столѣ отъ мажорна.
60. В. А. Оппель № II	Ostéotomie médiane uni- laterale Gosselin - Chalot съ подкожной остеотоміей осно- вания носо- вого отростка.		+	1	Оставленъ заче- люстной отро- стокъ.
61. Онъ же № III	Способъ Linhar- га въ комбина- ціи съ врем- ревающей ску- ловой дуги по Р. Brunsy для удаленія заче- люстного отро- стка опухоли.		+	1	
62. Онъ же № IV	Способъ Linhar- га			1	
63. Онъ же № X	Способъ Linhar- га			1	Отъ мажорна въскрѣ послѣ опе- рации.
64. Chassaignac 125	Способъ Chas- saignac-Brunsa		+	1	
65. Isdem			+	1	
66. Brunsa 127				1	Прослѣжено 1 1/2 года.
67. Isdem				1	Носъ поста- вленъ на мѣсто черезъ 21 сутки.
68. Isdem				1	Носъ поста- вленъ на мѣсто черезъ 12 сутокъ.

Имя оператора и источник.	Способ операціи.	Сфера распро- стран. опухоли.	Результатъ		ПРИМЪЧАНИЯ.
			Выворонокъ.	Неносн. уда- ленъ рецидивъ.	
69. Isdem 3 (№ 20)				1	Прослѣжено 1 годъ.
70. Berg				—	Petersburger med. Woch. 1894, № 16.
71. Isdem				—	1
72. Cramer 3 (№ 30)				1	
73. Czerni				1	Отъ мажорна
74. M. Jordan				1	Носъ оставленъ неприкрытымъ въ течение 1 недѣли.
75. König 3 (№ 21)				1	
76. Isdem 3 (№ 22)				1	Прослѣжено 3 мѣсца.
77. Lipscher 3 (№ 33)				1	
78. Maas 3 (№ 32)				1	
79. di Napoli 3 (№ 24)				1	
80. Tansini 3 (№ 23)				1	
81. Wroblewski 111				1	1 Отъ мажорна Злокачествен- ная опухоль.
Русскіе случаи.					
82. А. Т. Богавский № 30				+	1 Отъ мажорна
83. Н. М. Волковичъ № 31	(Съ дополнительной операц. Ман- не а)			1	Прослѣжено 5 лѣтъ.
84. П. И. Дьяконовъ № 32				+	1 Вскрыта Гай- мор. пол.
85. Онъ же № 33				1	
86. Онъ же № 34				+	1
87. Онъ же № 35				—	1 Прослѣжено 2 года 3 мѣс. Исходила отъ м. неба.
88. Онъ же № 36				—	1 Тоже

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распространения опухоли.		Результат. Исполн. удач или рецидив. Смерть.	ПРИМЪЧАНІЯ.
		Видоизменен.	Исполн. удач или рецидив. Смерть.		
89. П. И. Дьяконов № 37		—	1		Через 2 года 3 мѣс.
90. Онъ же № 38		1			Опухоль находила отъ задняго отдѣла перегородки носа.
91. Онъ же № 39		+	1		Отъ малокровія
92. Онъ же № 40		+	1		Вскрыта Гайм. поз.
93. Онъ же № 41		1			Отъ малокровія
94. А. Ф. Каблукъ. № 42		+	1		Опухоль проросла въ черепную полость.
95. И. Ф. Клейнъ . № 43		—	1		
96. Е. Н. Малютинъ № 44	(Съ добавочной резекціей передней стѣнки Гаймор. поз.)	+	1		
97. В. М. Минцъ . № 45		1			
98. Онъ же . . № 46		—	1		
99. П. А. Розовъ .		—	1		Пролѣчено 3 мѣс.
100. Ollier	Способъ Ollier.	+	1		Пролѣчено 2 1/2 мѣс.
Gazette des hôp. 1872. № 82, p. 650.					
101. Ibidem		+	1		Пролѣчено 13 мѣс.
Ibidem 1866. № 70, p. 278,					
102. Anderodias 3 (№ 49)		+	1		
103. Chever . . 3 (№ 52)		? 1			
104. Courty		+	1		
Delphy Th. de Paris 1877					
105. Gayraud . . .		+	1		Отъ meningitis.
Ibidem					

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распространения опухоли.		Результат. Исполн. удач или рецидив. Смерть.	ПРИМЪЧАНІЯ.
		Видоизменен.	Исполн. удач или рецидив. Смерть.		
106. Gallet et Calot 3 (№ 51)		?	1		
107. Marchat . . .		1			Носъ принятъ на 17 день.
Gazette des hôp. 1879, № 88.					
108. Wooster . . . 3 (№ 53)		?	1		
Русскіе случаи.					
109. С. Б. Дерюжинский № 49		1			Опухоль на узкой ножкѣ.
110. В. М. Разумовский № 50		1			Носъ принятъ на 3 день.
111. Онъ же № 51		1			
112. Онъ же № 52		1			
113. Онъ же № 52		1			Опухоль уменьшена предварительно электризмомъ.
114. Онъ же № 53		1			
115. М. М. Красиль. № 54		1			Харональный полипъ.
116. С. И. Спасокукоцкий № 55		—	1		
117. Онъ же № 56		1			
118. Онъ же № 57		1			
119. Онъ же (Гальперих) № 58		? 1			
120. Онъ же № 59		+	1		
121. М. Г. Черняховскій . . . № 60		1			Носовая часть опухоли удалена предварительно гальванокаустической петлей.

Здесь же мы должны отметить, что почти все приводимые случаи вовсе не проследились после выписки больного, так что под рубрикой «выздоровление» надо понимать, что больной только выписался выздоровевшим. Где выздоровление проследжено больше 2 месяцев, там мы отмечаем это в отделе «примечаний».

Сравнительная оценка носовых способов.

Для сравнительной оценки нескольких конкурирующих между собой оперативных методов принимается в расчет, кроме результата, даваемого каждым из них, и относительная тяжесть случаев их применения.

Так и при сравнении носовых способов для доступа к полости основания черепа, прежде чем судить о результатах, надо знать сферу распространения опухоли.

При наличии хорошо развитого отростка лобная в носовую полость, эта последняя, как мы уже знаем, оказывается им обыкновенно настолько расширенной, что носовой путь направляется сам собой.

Поэтому такие случаи относятся к более легким для носовых способов.

Когда же полость далг дальнейшие отростки и за пределы этих полостей, конечно, удаление его чрез тот же носовой путь становится значительно труднее. И если опухоль, наоборот, ограничивается только носоглоткой, то доступ через нос, не расширенный носовым отростком лобина, окажется тоже недостаточным, хотя такая опухоль является менее всего распространенной.

Исходя из всех этих соображений, мы в перечне собранных нами на предыдущих страницах случаев помещаем сначала данные о степени распространения опухоли и потом о результатах операции.

Производя цифровое сравнение наиболее употребительных носовых способов, можно уже сделать некоторые выводы.

Срединное сечение носа, имея самый благоприятный подбор случаев (85,5%), далг наибольший процент неполного удаления или рецидива опухоли (22,7%). Отсутствие смертельных исходов объясняется тем же благоприятным подбором случаев.

При этом мы должны подчеркнуть, что в 27,3% к сечению мягких частей была добавлена та или другая резекция костей носа, если они не были уже уничтожены самой опухолью.

Эти цифровыя данныя подтверждают то, что нами было сказано выше въ отъикъ предварительныхъ операций только на мягкихъ частяхъ носа. Тѣ или другія разрывы даютъ хорошей доступъ, когда сама опухоль разрушила уже подлежащія резекціи кости.

Поэтому и среднее стѣненіе носа, примѣнимое въ отдѣльныхъ случаяхъ, не можетъ быть причислено къ рациональнымъ типичнымъ предварительнымъ операциямъ.

Типичными предварительными носовыми способами являются: способъ *Langenbeck'a*, *Cassaignac-Brunsa* и *Ollier*, отъикъ которыхъ и представляетъ главный интересъ.

Изъ этихъ методовъ болѣе всего тяжелыхъ случаевъ выпало на долю способа *Langenbeck'a* (только 40,6% благоприятнаго распространѣнія опухоли) и тѣмъ же не менѣе онъ далъ одинъ изъ лучшихъ результатовъ (80,5% выздоровленій).

Способъ *Ollier*, хотя и презошелъ его по количеству выздоровленій (90,9%), зато онъ имѣлъ болѣе болѣе контингентъ благоприятныхъ случаевъ (55,6%).

Способъ *Chassaignac-Brunsa* по количеству такихъ случаевъ хотя и оказался близокъ къ способу *Ollier* (50,5%), но значительно уступилъ по результатамъ и этому послѣднему, и способу *Langenbeck'a* (69,5% выздоровленій).

Таковы результаты сравненія носовыхъ способовъ, вытекающіе изъ сопоставленія цифровыхъ данныхъ.

Причины этимъ фактамъ можно найти при разборѣ сравниваемыхъ способовъ.

Каждый изъ этихъ методовъ можетъ быть разсматриваемъ, какъ съ точки зрѣнія трудности при его выполненіи, такъ и съ точки зрѣнія широты даваемого имъ доступа.

Отъ степени трудности операціи зависитъ и сравнительная быстрота ея выполненія, что значительно отражается на кровопотери въ предварительномъ актѣ операціи, о чемъ нами было говорено выше; зависить также возможность ея повторнаго примѣненія на томъ же больномъ въ случаѣ рецидива опухоли.

Наболѣе простыми для выполненія оказываются способы *Ollier* и *Langenbeck'a*.

Въ способѣ *Ollier* «un trait de scie il suffit» [*Ollier* (134)].

Въ способѣ *Langenbeck'a*, кромѣ бокового распила присоединяется лишь разьединеніе носовыхъ костей. Отворачиваніе лоскута, если и представляетъ нѣкоторыя затрудненія на труффѣ, то несравненно легче производится на живомъ, въ чемъ мы неоднократно могли убѣдиться.

Самымъ сложнымъ и кропотливымъ изъ сравниваемыхъ методовъ оказывается способъ *Chassaignac-Brunsa*.

При производствѣ этой операціи ножовкой требуется дважды измѣнить ея направленіе подъ прямымъ угломъ, что представляетъ дѣло не легкое.

Въ противномъ случаѣ для производства стѣненія костей соотвѣственно верхнему поперечному кожному разрыву приходится пользоваться долотомъ, употребленіе котораго далеко нежелательно въ виду легкости производимыхъ имъ надломовъ близлежащихъ съ мѣстомъ его дѣйствія костей.

Поэтому заслуживаетъ вниманія предложеніе *Малютина* и *Мартынова* производить эти распилы цѣпочечной пилой, какъ то изображено еще *Chassaignac'омъ* при первомъ описаніи прототипа этого способа.

Но для проведенія пилы требуется сдѣлать предварительно отверстіе пиломъ или дрелью, а самое проведеніе дается только при помощи жила съ ушкомъ, какъ это и рекомендуютъ вышеупомянутые авторы.

Если все это удастся на труффѣ относительно нетрудно, то на живомъ при довольно большомъ кровотеченіи ужъ изъ кожныхъ разрывовъ можно запутаться съ такимъ проведеніемъ цѣпочечной пилы.

Переходя къ вопросу о сравнительной ширинѣ доступа, даваемого этими способами, мы должны имѣть въ виду характеръ распространенія опухоли.

При одностороннемъ распространеніи опухоли въ носовую полость, что бываетъ, почти какъ правило, отростокъ опухоли отдавливаетъ носовую перегородку въ противоположную сторону и дѣлаетъ изъ соотвѣтственной половины носа единую широкую носовую полость.

Естественно стремиться къ расширенію именно этой полости, оставляя въ сторонѣ другую сдавленную перегородку.

Съ этой точки зрѣнія наилучшимъ оказывается способъ *Langenbeck'ska*, который своимъ боковымъ разиломъ значительно расширяетъ костное носовое отверстие въ одну сторону, временно унося съ пути вмѣстѣ съ носовой костью и весь восходящій отростокъ, а при желаніи и часть тѣла верхней челюсти.

Въ способѣ *Chassaignac-Brunsa* разиломъ идетъ почти вертикально и потому захватываетъ только край носового отростка верхней челюсти.

Въ способѣ *Ollier* захватываются въ лоскутъ главнымъ образомъ носовыя кости съ небольшими участками восходящихъ отростковъ той и другой стороны.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда опухоль дала свои отростки въ обѣ носовыя полости, можетъ быть тоже примѣненъ способъ *Langenbeck'ska* или съ одной стороны [но тогда непременно съ резекціей носовой перегородки (№ IX)] или сразу съ двухъ сторонъ [*Langenbeck* (39)].

Здѣсь даетъ лучший доступъ способъ *Chassaignac-Brunsa*, когда отворачивается весь носъ, и шарниръ оказывается между носовой костью и восходящимъ отросткомъ другой стороны, и резецируется перегородка.

Но особенно пригоденъ въ такихъ случаяхъ способъ *Ollier*, который симметрично съ обѣихъ сторонъ расширяетъ костное носовое отверстие на счетъ, хотя и небольшихъ, участковъ восходящихъ отростковъ.

Но главное преимущество способа *Ollier* лежитъ въ открытіи свободнаго доступа въ верхнемъ отдѣлѣ отверстия, получаемого послѣ резекціи носовыхъ костей и отбрасыванія всего носа внизъ.

Въ случаѣ распространенія опухоли за предѣлы носоглоточной и носовой полости, когда она даетъ отростокъ и въ Гайморову пазуху, большей частью оказывается достаточнымъ того же способа *Langenbeck'ska*, такъ какъ его боковой разиломъ при желаніи широко открываетъ челюстную полость.

Въ способѣ *Chassaignac-Brunsa* надо дѣлать изъ того же разреза добавочную резекцію передней стѣнки Гайморовой полости [проф. П. И. Дьяконовъ (№ 32, 34, 40), спос. Малютина-

Мартынова (132)], что представляется трудновыполнимымъ для способа *Ollier*.

При всякихъ операціяхъ на лицѣ, особенно на такомъ центральномъ органѣ, каковымъ является носъ, должно строго относиться къ наносимымъ разрядамъ, такъ какъ остающіеся рубцы могутъ вызвать замѣтное обезображиваніе. И поэтому интересующіе насъ носовые способы подлежатъ разсмотрѣнію и съ косметической точки зрѣнія.

Въ способѣ *Langenbeck'ska* имѣются два кожныхъ разреза — одинъ срединный по спинкѣ носа и другой боковой, идущій отъ ноздри къ нижней стѣнкѣ глазницы.

Срединный кожный разрывъ даетъ еще замѣтный рубецъ въ виду хорошаго прилеганія краевъ раны; боковой же разрывъ остается въ видѣ замѣтнаго рубца.

Способу *Ollier*, благодаря его симметричнымъ рубцамъ, ставится въ упрекъ, что носъ послѣ операціи имѣетъ видъ приставного [*Chassaignac* (126)].

Наилучшимъ въ косметическомъ смыслѣ оказывается способъ *Chassaignac-Brunsa*, гдѣ имѣется въ сущности одинъ замѣтный рубецъ, идущій вертикально по боковой сторонѣ носа. Нижний горизонтальный разрывъ прячется подъ нозрями, гдѣ его могутъ скрыть и усы. Верхній находится между бровями, почти на лбу.

Изъ всего сказаннаго можно вывести заключеніе, что каждый изъ трехъ сравниваемыхъ способовъ имѣетъ свои достоинства и недостатки.

Способъ *Langenbeck'ska* лучше другихъ открываетъ доступъ при одностороннемъ распространеніи опухоли даже за предѣлы носа и носоглотки, но даетъ некрасивый рубецъ.

Способъ *Chassaignac-Brunsa* является лучшимъ въ косметическомъ отношеніи, и удобнымъ для добавочной резекціи стѣнокъ Гайморовой полости изъ того же разреза, но кропотливымъ при его выполненіи.

Способъ *Ollier* — самымъ простымъ и быстрымъ, и просторнымъ въ верхнемъ отдѣлѣ получаемого при немъ отверстия, но менѣе широкимъ въ стороны; а вслѣдствіе своей симметричности болѣе пригоднымъ въ рѣдкихъ случаяхъ двусторонняго роста опухоли и респонантнымъ въ косметическомъ отношеніи.

Общим недостатком этих способов является травматизация носового отростка опухоли во время производства распила погруженной в носовую полость частью пилы. Во избежание этого ранения опухоли, производящего излишнее кровотечение, желательно пользоваться такого рода пилой, которая бы пилила снаружи внутри. Сь этой точки зрѣнія может оказаться пригодной круговая пила *Doegen's* (*scie à curseur*). На основаніи опыта на трубѣ эта пила и очень удобна по крайней мѣрѣ для производства единственнаго бокового распила въ способъ *Langenbeck's*.

Неудивительно, что каждый изъ этихъ способовъ имѣетъ своихъ защитниковъ и враговъ. Много зависитъ отъ привычки пользоваться тѣмъ или другимъ изъ нихъ.

Намъ кажется на основаніи вышеуказанныхъ соображеній, въ большинствѣ случаевъ лучшимъ способъ *Langenbeck's*.

Ротовые или небные способы.

На ряду съ многочисленными съечениями и резекціями носа для раскрытія пути къ носовой и носоглоточной полости съ давнихъ временъ также существовало стремленіе подойти къ этимъ полостямъ и со стороны рта, прокладывая путь черезъ небо.

Отсюда возникаетъ рядъ небныхъ способовъ, изъ которыхъ одни разсѣкаютъ только мягкое небо, другіе реагируютъ твердое небо, а третьи соединяютъ въ различныхъ комбинаціяхъ то и другое.

Еще въ 1717 г. *Manne* (141) изъ Авиньона разсѣзалъ по средней линіи мягкое небо и, открывъ такимъ образомъ доступъ къ носоглоточному ложу, вырвалъ его щипцами.

Впоследствии *Manne* описалъ еще 2 случая примѣненія той же операци (145). Примѣру *Manne's* послѣдовали тоже въ XVIII столѣтіи *Petit* (101), *Morand*, *Nannoni* (146) и др.

Мягкое небо является кулисой, за которой скрыта носоглоточная

полость. Естественно раздвинуть эту кулису тѣмъ или другимъ разрьзомъ и открыть носоглоточное пространство съ его содержимымъ.

А если вспомнить, что носоглоточная опухоль часто вылачивается, растягивая на себя, мягкое небо; то само собой напрашивается разсѣчь какъ бы оболочку опухоли и обнажить эту послѣднюю.

Если прибавить ко всему простоту исполненія этой операци, то становится понятнымъ, что примѣръ *Manne* нашелъ немало почитателей, и простое съечение мягкаго неба оказалось наиболее частой операци изъ всѣхъ небныхъ способовъ.

Такъ изъ собранныхъ нами 82 случаевъ примѣненія различныхъ небныхъ способовъ—37 падаетъ на операцию *Manne's*.

Большинство хрипуровъ, начиная съ *Dieffenbach's* (1), производятъ съечение мягкаго неба въ сторону отъ язычка въ цѣляхъ облегченія послѣдующаго сращенія ложкутовъ.

Raug (189) подчеркиваетъ кромѣ того преимущество такого съечения и съ точки зрѣнія фонаторныхъ функций, на случай неполнаго сращенія мягкаго неба. Авторъ основывается на указаніи *Störck's*, что сифилитическія перфораци мягкаго неба при расположеніи ихъ въ боковыхъ частяхъ его мало отражаются на голосѣ, тогда какъ средніе дефекты, наоборотъ, сильно влияют на голосъ.

Nélaton ограничиваетъ показанія для этого способа только очень небольшими опухолями носоглотки.

Но особенно рѣзкой критикѣ подвергся этотъ способъ со стороны *Gussenbauer's* на VIII конгрессѣ въ Берлинѣ, гдѣ онъ предложилъ впервые свой небный способъ (158). *Gussenbauer* ни разу не видалъ ни въ рукахъ своего учителя, *Bullroth's*, ни въ своихъ собственныхъ хорошаго доступа къ носкѣ опухоли при этомъ способѣ, а кровотеченіе было значительно большее, чѣмъ при резекціи твердаго неба до его способа.

Оппонентами *Gussenbauer's* въ защиту способа *Manne* выступили *Hüter* и *Lossen* (158).

Во избежаніе кровотеченія, затемяющаго поле зрѣнія, для съечения мягкаго неба *Lonnelongue* (147) примѣнялъ рѣзущій гальванокаутеръ, а *Verneuil* (148)—термокаутеръ.

Но *Nélaton* (14) тогда же высказался противъ этого нововведенія

въ виду образования корокъ отъ прижиганій и вызываемой ими потери субстанции мягкаго неба.

Изъ русскихъ хирурговъ способъ *Ma p n e* применилъ въ 2 случаяхъ проф. Н. В. Склифасовскій (№№ 67, 68), и въ обоихъ случаяхъ были рецидивы.

Изъ 3 случаевъ А. Т. Богаевского (№№ 61, 62 и 63) одинъ кончился смертью отъ обезкровливанія большого (№ 63).

В. М. Карпечко (№ 64) успѣшно воспользовался этимъ способомъ при опухоли съ длинной ножкой (хаональный полипъ).

Въ обоихъ случаяхъ, приводимыхъ нами безъ обозначенія имени операторовъ, опухоль дала вскорѣ послѣ операціи рецидивъ (№№ 65, 66).

Изъ разсмотрѣнія собранныхъ нами 34 случаевъ примѣненія операціи *Ma p n e* можно вывести заключеніе далеко не въ пользу этого способа.

Такъ, изъ 31 случая, гдѣ опухоль ограничивалась только носоглоткой или давала и носовой отростокъ, удачный исходъ операціи былъ только въ 54,8% (въ томъ числѣ 2 опухоли на тонкой ножкѣ).

Во всѣхъ 6 случаяхъ, гдѣ опухоль распространялась за предѣлы носа и носоглотки, операція была лишь частичной.

Для увеличенія доступа *Rochet* (149) по расширенію мягкаго неба распаторомъ отдѣляетъ лоскуты его отъ твердаго на $1\frac{1}{2}$ см. съ каждой стороны.

Разрѣзъ мягкаго неба требуетъ, конечно, его зашиванія, будетъ ли то первичная или вторичная *staphylographia*.

Для облегченія заживленія мягкаго неба еще *Dieffenbach*'омъ (1) въ руководствѣ 1845 г. рекомендуется разсѣкать его частично, оставляя нетронутымъ свободный край. Ту же операцію предложилъ значительно позже *Maison neuve* (151) подъ названіемъ «*boutonnière palatine*».

Въ отличіе отъ способа *Dieffenbach-Maison neuve*'а, гдѣ мягкое небо разсѣкается вертикально, *Voessel* (152) отдѣляетъ его поперечнымъ разрѣзомъ въ 2—3 см. Авторъ этого способа применилъ его 4 раза и каждый разъ получалъ быстрое заживленіе.

Дѣйствительно продѣлываніе въ мягкомъ небѣ только отверстія зна-

чительно облегчаетъ восстановленіе его, которое требуетъ 1—2 швовъ или заростаеъ даже безъ зашиванія.

Но эта легкость сращенія идетъ на счетъ ширины доступа, даваемого «*boutonnière palatine*», почему эта операція и имѣла очень мало примѣненія.

Изъ 11 собранныхъ нами случаевъ удачный исходъ былъ въ 7 случаяхъ (63,6%), (въ 3 случаяхъ былъ хаональный полипъ). Въ 2 случаяхъ—неполное удаленіе опухоли и 1—смертельный исходъ.

Въ конкуренціи съ сѣченіемъ мягкаго неба и особенно съ «*boutonnière palatine*» стоитъ простое его отодвиганіе безъ нарушенія дѣлости, пользуясь только его эластичностью.

Такъ *Hoppmann* (82) въ 5 случаяхъ носоглоточныхъ полиповъ съ успѣхомъ применилъ свой вальтракторъ.

A Bensch (76) страстно рекомендуетъ небный крючокъ *Volto lini*, который отъ считаетъ такимъ же незамѣнимымъ въ ринологіи, какъ маточное зеркало въ гинекологіи.

Недостатокъ доступа, открываемаго на счетъ мягкаго неба, еще въ старое время понудило прибавить къ сѣченію его ту или другую поднадкостничную резекцію костей, входившихъ въ составъ твердаго неба.

Такая резекція вскрываетъ и носовую полость, что является причиной примѣненія этого способа на ряду съ носовыми.

Введеніе резекціи твердаго неба относится къ французской хирургіи половины прошлаго столѣтія и связано съ именемъ *Nélaton*'а, который впервые произвелъ ее въ 1848 г. (153), о чемъ и сдѣлалъ своевременно докладъ въ Парижскомъ Хирургическомъ Обществѣ.

Но изъ письма *Michaux* (de Louvain) (154) въ это общество мы узнаемъ, что авторъ этого письма уже въ 1845 г. применилъ резекцію твердаго неба съ его покровомъ, о чемъ своевременно имъ было доложено въ Бельгийскомъ Хирургическомъ Обществѣ. Онъ напоминаетъ далѣе въ томъ же письмѣ, что въ сообщеніяхъ *Flaubert*'а сына еще отъ 1840 г. есть указаніе, что его отецъ 3 раза пытался удалить опухоль небнымъ путемъ: опухоль узурировала кость твердаго неба, такъ что было достаточно разсѣчь мягкой покровъ неба, чтобы получить доступъ къ опухоли.

Verneuil (68) въ свою очередь напоминаетъ, что въ 1843 г.

A delmann из Дерпта тоже оперировал небным путем, оставляя небо незашитым, чтобы вести последовательное лечение опухоли ежедневными прижиганиями HNO_3 . Здесь можно видеть прямо выполнение принципа Nélaton'a последовательного лечения чрез незакрытый дефект неба, о чем речь впереди.

B r u l a t u r i D i r u y t r e n равным образом применили эту операцию до Nélaton'a в комбинации с выравнием опухоли.

V e r n e u i l, если и ступает, что Nélaton не привел в своем сообщении этих случаев операций по небному способу, произведенных до него, то во всяком случае отдаст Nélaton'у должно в смысле реабилитации, разработки этого способа и введения его в хирургическую практику.

N é l a t o n (14) разрезает мягкое небо и слизисто-надкостничный покров твердого Т-образным разрезом.

Растягивая за малый язычок мягкое небо, он разрезает его по средней линии, продолжает разрез на твердое небо и кончает, на 2 см. не доходя до рёзцов.

Второй разрез проводится через передний конец первого перпендикулярно к нему. Разрезы ведутся до кости.

Распатором отсекаются с каждой стороны слизисто-надкостничный покров твердого неба и отделяется прикрытие мягкого неба к твердому, при чем поддевается слизистая оболочка носовой стороны мягкого неба.

Освобожденные таким образом лоскуты отбрасываются вниз, как створки двери.

В состав получившихся лоскутов входят с каждой стороны соответственная часть покрова твердого и половина мягкого неба.

N é l a t o n делает перфоратором по отверстию в конечных пунктах поперечного разреза, между которыми костное вещество разрезается Листоновскими ножницами.

Таким выламывается небный спод на протяжении 32 mm. в длину и 25 mm. в ширину, при чем открывается носовая перегородка, часть которой резцурется. Брая сглаживаются у самого альвеолярного отростка и убираются осколки кости, которые могут остаться сросшимися с слизистой оболочкой носовой полости.

B o t r e l (155), один из учеников Nélaton'a, предложил при этой резекции оставлять нетронутым нижний край мягкого неба, в целях облегчения последовательной staphylorrhaph'i. Он замечал, что, если соединение удерживается во нижнем шве, то этого оказывается достаточно, чтобы быть уверенным в сращении мягкого неба по всему протяжению разреза.

R i c h a r d (68) в одном из своих случаев ограничился только отверстием в заднем отделе твердого неба.

S e d i l l o t (156) к швеню мягкого неба присоединяет резекцию поперечных пластинок небных костей.

P i q u é (157) в относительно недавнее время произвел ту же операцию, унося всю заднюю $\frac{1}{3}$ твердого неба.

В Германии небный способ стал применяться послѣ сообщения G u s s e n b a u e r'омъ (158, 159), на VIII съезде немецких хирурговъ в 1879 г. о его методѣ.

Шая мягкое небо в виду даваемого имъ главного, по мнѣнию автора, кровотечения и стараясь избѣжать последовательной стафилооррафii G u s s e n b a u e r переноситъ центр тяжести на резекцію всего твердого неба.

Слизисто-надкостничный покров твердого неба разрезается по средней линии по всей его длине, отъ мѣста прикрѣпления мягкого неба и до альвеолярнаго отростка.

Послѣ отсепания лоскутовъ въ бока до альвеолярныхъ отростковъ той и другой стороны широко обнажается кость твердого неба, и доломъ уносятся небный отростокъ верхней челюсти и поперечный отростокъ небной кости (въ случаѣ автора удаленная костная пластинка была въ 4 см. въ длину и $2\frac{1}{2}$ см. въ ширину). Авторъ считаетъ, что его способъ въ широтѣ доступа можетъ уступить только резекціи челюсти.

Въ дополненіе къ случаю, описанному самимъ G u s s e n b a u e r'омъ, черезъ 2 года появилась статья о примѣненіи его способа его ассистента, S c h m i d t'a (160). Въ ней сообщается еще о 2 случаяхъ, оперированныхъ G u s s e n b a u e r'омъ, и о 2 — самимъ авторомъ этой статьи. Въ 2 случаяхъ S c h m i d t'a дѣло шло даже о злокачественныхъ новообразованіяхъ, которыя, правда, вскорѣ потребовали резекціи челюсти вслѣдствіе рецидива.

Из русских хирургов способ Gussenbauer'a применяли проф. Н. М. Волковичъ (№ 70) въ случаѣ опухоли съ утиное яйцо величиною, заполнявшей всю носоглотку и оставившей свободной носовую полость. Опухоль дала рецидивъ, который былъ удаленъ черезъ оставшійся послѣ операціи дефектъ неба. Это отверстие въ небо требовало вторичнаго закрытія по Langenbeck'y.

Проф. П. П. Дьяконовъ, испытавъ нѣкій способъ, (№ 71), вернулся къ носовому пути.

Mikulicz (91) дѣлаетъ сѣченіе мягкаго неба вмѣстѣ съ резекціей твердаго, какъ въ способѣ Nélaton'a, производя только резекцію по Gussenbauer'y. Въ одномъ случаѣ онъ пощадилъ свободный край мягкаго неба, въ другомъ произвелъ полное разсѣченіе его.

По этому способу въ Россіи оперировалъ П. Н. Михайловъ (№ 82) въ случаѣ твердой опухоли, заполнявшей всю носоглотку и туго вколоченной въ лѣвую носовую полость. Для удаленія опухоли потребовалось соединить отдѣленіе крыла носа. Опухоль оказалась на ножкѣ, исходящей изъ рѣшетчатой кости и легко извлечена пальцемъ безо всякаго кровотеченія. Т. е., по всѣмъ признакамъ, авторъ имѣлъ случай не съ типичнымъ носоглоточнымъ полипомъ.

Этотъ же способъ применялъ съ успѣхомъ А. Т. Богаевскій (№ 69) въ случаѣ носоглоточнаго полипа, занимавшаго носоглоточную и носовую полости.

В. М. Миндъ (161, 162), совершенно, какъ въ способѣ Nélaton'a, отсекаруетъ прикрѣпленіе мягкаго неба къ твердому и отворачиваетъ въ бокъ съ каждой стороны соответственную половину мягкаго неба въ одномъ лоскутѣ съ слизисто-надгортанничнымъ покровомъ твердаго. Онъ не дѣлаетъ только поперечнаго сѣченія покрова твердаго неба.

Резекцію кости онъ производитъ въ предѣлахъ необходимаго, строго индивидуализируя каждый случай.

Такъ въ двухъ случаяхъ авторъ произвелъ одностороннюю резекцію, въ одномъ ограничился изсѣченіемъ горизонтальной пластинки небной кости, въ остальныхъ случаяхъ была болѣе обширная резекція твердаго неба.

Авторъ применялъ этотъ способъ на 7 больныхъ. Въ 3 случаяхъ дѣло

шло о недалеко зашедшемъ типичномъ носоглоточномъ полипѣ: въ 2 случаяхъ опухолей съ волошскій орѣхъ (№ 73, 76, 81) и въ одномъ только съ развитымъ отросткомъ въ полость носа (№ 72). Въ одномъ случаѣ (№ 74) была опухоль на ножкѣ (хаональный полипъ), и въ 3 случаяхъ — саркомы (№ 75, 76, 80).

Первые 4 случая были оперированы съ хорошимъ результатомъ.

Саркомы дали въ 2 случаяхъ (№ 75, 76) рецидивъ, при чемъ въ одномъ изъ нихъ опухоль трижды рецидивировала и была оперирована 4 раза (№ 75—79); въ третьемъ — большой выписался только съ улучшеніемъ (№ 80).

Въ одномъ нашемъ случаѣ опухоли величиною со сливу, локализующейся гл. обр. въ носоглоткѣ (№ XI), мы тоже применили небный способъ, при чемъ мы руководствовались правилами В. М. Миндъа.

Резекція неба была сильно затруднена его узостью и куполообразной формой.

Опухоль дала черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи рецидивъ, который былъ вовремя замѣченъ и оперированъ въ нѣсколько приемовъ чрезъ естественный путь со стороны рта.

До сихъ поръ мы имѣли дѣло съ окончательными резекціями твердаго неба въ расчетъ на костеобразование со стороны пощаденной надгортанницы. Но есть способы, пытающіеся слѣдовать принципамъ временныхъ резекцій.

Такъ Désanneaux (163) предложилъ резецировать соответствующую половину твердаго неба такимъ образомъ, чтобы она оставалась въ связи только съ мягкимъ небомъ. Послѣ удаленія опухоли резецированной участкомъ ставится на мѣсто.

Этотъ способъ былъ примененъ одинъ разъ Dolbeau (164), который потерялъ больного отъ сильнаго кровотеченія. Съ тѣхъ поръ эта операція не нашла подражателей.

С. Н. Делицинъ (165) выработалъ на трунѣ способъ временной резекціи твердаго неба, въ которомъ резецированное твердое небо вмѣстѣ съ мягкимъ удерживается въ связи съ окружающими частями по боковой линіи.

Мягкое небо разсѣкаютъ не по средней линіи, а въ наружномъ его

Dolbeau (171) представил в Парижском Хирургическом Обществе в 1864 г. 5 случаев, леченных электролизом через небный путь, из которых в 2 случаях констатировано было выздоровление.

Наоборот, тогда же в наибольший разгар применения такого лечения Nélaton'a, Verneuil (68) и Robert (171) высказались против «cure lente».

Первый, полагаясь на обратное развитие даже неудаленных частей опухоли, как он это наблюдал в 2 случаях, указывать на истощающее действие такого медленного лечения. Второй подчеркивал опасность заражения из пищеварительного пути, с которым находится в постоянном сообщении полость операции, и необходимость часто действовать в темноту, так как первоначально даже широкое отверстие в небо должно сжаться со временем.

Наконец, исходя из общего принципа лечения доброкачественных опухолей, Verneuil считал возможным радикальное удаление опухоли в один сеанс.

Разложение операции на 2 момента Verneuil считает, как мы знаем, допустимым из других соображений, с неприменимым условием удаления самого позвона в один раз.

В диссертации de Gandt'a (70) от Nélaton'a же приведена статистика лечения носоглоточных полипов небным путем того времени.

Всего сделано 30 случаев. Из них:

12	случаев	—	излечения,
5	»	—	неолигого излечения,
3	»	—	с неизвестным результатом,
5	»	—	рецидивов, и
5	»	—	смертей.

Т. е. 40% — выздоровлений и 16,7% — смертей. При этом de Gandt говорит, что в большинстве случаев выздоровление не было проследено сколько-нибудь времени после вынесения больного.

Эти цифры говорят далеко не в пользу способа Nélaton'a. И, нам кажется, что главный недостаток его лежит именно в принципе медленного лечения. Это подтверждается сравнением выше-

приведенных цифр с результатами операций небным же путем, но в более позднее время, когда в большинстве случаев опухоль удалялась сразу (67,6% выздоровлений). Michaux (50), приводя эти цифры, думает, что принцип медленного лечения создал только благодаря недостатку небного способа, при котором трудно удалить сразу всю опухоль.

Теперь большинство защитников вторичного заживания неба исходить только из удобства наблюдения за рецидивом через остающийся дефект в небе [Bauchet (176), Mikulicz (91), Wyeth (172), Potherat (173) и др.].

Смысл знаменитого создателя небного способа и «cure lente», N. Nélaton (175), высказался в Парижском Хирургическом Обществе в 1894 г. за необходимость держать 2 месяца после удаления опухоли небо открытым, применяя только профилактически против рецидивов хлористый цинк.

Kirmisson в том же заседании выказал себя защитником старого «cure lente».

Quénu и Championière (177) совершенно резонно указали, что нет никакой необходимости держать небо открытым для наблюдения за местом бывшей операции, раз мы имеем теперь ринологические методы.

Так в одном из наших случаев (№ XI), оперированном по небному способу с первичным заживанием неба, через 2 месяца после операции были констатированы задней риноскопией рецидивы и удалены естественными путями (№ XII).

В случае надобности при современном состоянии хирургии ничего не стоит вторично расшить небо для удаления рецидива.

В. М. Илиц (№ 76—79) 3 раза, кроме первоначальной операции, у того же больного раскрывал небо по поводу рецидивов.

Вторичная стафилодермия вследствие долгого бездействия неба грозит разстройством его функции и по заживанию его, на что указывал еще Robin Massé (13) и затянута кромь того выздоровление [Mikulicz (91)].

Нам кажется, что и при небном способе, как и при носовых,

вторичное его восстановление показано, как принцип двухментной операции в смысл Verneuil'a.

Къ тому же могутъ понудить и другія соображенія. Такъ, напр., В. М. Миндъ зашилъ небо въ одномъ изъ своихъ случаевъ (№ 79) на слѣдующій день послѣ операции, слѣдша закончить операцію въ виду тяжелаго состоянія больного къ концу ея.

Въ завершение изложенія небныхъ способовъ я позволю себѣ привести случаи примѣненія небныхъ способовъ, собранные нами на однородныхъ съ предыдущими таблицами. Цифровые выводы изъ этого матеріала частью приведены уже выше, частью послужатъ намъ въ дальнѣйшемъ.

Случай примѣненія небныхъ способовъ.

Имя оператора и источникъ.	Способъ операціи.	Сфера распро- стран. опухоли.	Результаты			ПРИМѢЧАНІЯ.
			Визуально.	Ненорм. утол- щеніе ресницъ.	Смерть.	
122. Annandale The Lancet 1894. I, 17, II. p. 898.	Съченіе мягкаго неба.	—	1			
123. Barthelemy Gazette des hôp. 1879, p. 1124.						
124. Bault Internat. Central- be f. Lar. u. Rhi- nol. 1900.			1			
125. Berger Ibidem 1897. s. 493.		—	1			Простажено 10 лѣтъ.
126. Braun . . . 3 (№ 59)		—	1			
127. Camenhaut Internat. Central- be. f. Lar. u. Rhi- nol. 1893/94, s. 126.		+	1			
128. Dieffenbach . 1		—	1			
129. Dentu Bull. et. mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1906, p. 701 (seance 11. VII. 1906).		—	1			
130. Guérin Gazette des hôp. 1865, p. 575.			1			
131. Hohlbeck Internat. Central- be. f. Lar. u. Rhi- nol. 1887/88.			1			

Имя оператора и источник.	Способъ операціи.	Сфера распро- стран. операціи.	Результатъ: Выздоровленіе, Неполн. вызд. или рецидивъ, Смерть.	ПРИМЪЧАНІЯ.
132. Labbé . . . 30			1	
133. Lonnelong Gazette des hôp. 1873, p. 827.		+	1	
134. Lossen . . . 53			1	
135. Michaux Gazette des hôp. 1865 p. 254.			1	
136. N. Nélaton 2 (№ 107).		+	1	
137. Palasciano . 68			1	
138. Potherat Soc. de Chir. de Paris 1901, 20, XI.		-	1	
139. Isdem			1	
140. Pye Brit. med. Journ. 1886, 6. II.			1	
141. Quénu Bull. et mém de la Soc. de Chir. de Paris 1894, s. 519 и 767.			1	
142. Scheiz . . . 3 (№ 54)		-	1	
143. Sedillot Gazette med. de Strasbourg 1862, № 2, p. 39.			1	
144. Trelat Gazette de hôp. 1873 p. 861.			1	Хаонваальный по- диль.

Имя оператора и источник.	Способъ операціи.	Сфера распро- стран. операціи.	Результатъ: Выздоровленіе, Неполн. вызд. или рецидивъ, Смерть.	ПРИМЪЧАНІЯ.
145. Isdem Ibidem 1855, p. 377.			1	
146. Isdem 2 (№ 149)			1	
147. Verneuil Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1893, p. 238.		+	1	Частичное уда- ление, поддержа- тельное прираще- ніе, при чемъ ску- ловой отростокъ опухоль исчезъ самопроизвольно.
148. Isdem Gazette des hôp. 1879, p. 785.			1	
149. de Vilbis Internat Centralbl f. Lar. u. Rhinol. 1884, s. 849.			1	
150. Weitechner Ibidem 1885/86, s. 208.		+	1	
Русскіе случаи.				
151. А. Т. Богзевскій № 61		+	1	
152. Онъ же № 62			1	
153. Онъ же № 63		-	1	Черезъ сутки послѣ операціи отъ малякровоия.
154. В. М. Карпечко № 64		-	1	Хаонваальный по- диль.
155. ? № 65			1	
156. ? № 66		-	1	
157. Н. В. Скилфосов- скій № 67			1	

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распро- стран. опухоли.			Результат.	ПРИМЪЧАНІЯ.
		Возражен.	Норм. ула- для релатив.	Смерт.		
158. Dieffenbach 1	Boutonniers pa- latine* Dieffenbach - Mal- sonneuve'a			1		
159. Maisonneuve 151		+		1		
160. Isdem				1		
161. Fouchet				1	Отъ шлям.	
Gazette des hôp. 1859, № 132						
162. Isdem		-		1	Сарцинома.	
163. Huguier				1	Хаональный по- дпль (?).	
Bull. de la Soc. de Chir. de Paris 1860, p. 7.						
164. Kocher				1		
165. Panas		-		1	Хаональный по- дпль.	
Gazette des. hôp. 1859, № 108.						
166. Rublmann	Способъ Воес- кега'a	-		1		
				1		
				1		
167. Cruveilhier	Резекція твер- даго неба	-		1	Хаональный по- дпль.	
Gazette des hôp. 1880, № 34, p. 269.	Способъ Nélaton'a					
168. Isdem				1		
Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1880, p. 206.						
169. Heyfelder				1		
Deutsche klinik 1860, № 48, s. 476.						

Имя оператора и источник.	Способ опе- рации.	Сфера распро- стран. опухоли.			Результат.	ПРИМЪЧАНІЯ.
		Возражен.	Норм. ула- для релатив.	Смерт.		
170. Trélat				1		Лечение 3 года.
Gazette des hôp. 1885, p. 379.						
171. W. Walsham				1		
The Lancet 19. VI 1884.						
Русскій случай.						
172. П. И. Дьяконовъ № 71.					1	
173. Kijewski	Резекція задней части неба				1	
Arch. f. Lar. u. kthi- nol. Bd. II, hft. I. 578—105.						
174. Mouré				1		
Gauthié. These de Paris 1904, p. 80.						
175. Isdem	Добавочно пона- добилось rugi- nation Doyen'a)				1	
Ibidem, p. 28.						
176. Isdem				1		
Ibidem, p. 30.						
177. Piqué				1		Продлжено 1 г. 10 мѣс.
Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1893, p. 258.						
178. Sedillot				1		
Gazette méd. de Strassbourg 1862, № 2, p. 39.						

Имя оператора и источник.	Способ операціи.	Сфера распро- стран. опухоли.		Результат.		ПРИМЪЧАНІЯ.
		Воздухоп. Неполн. уда- лена рецедивъ.	Смерть.	Воздухоп. Неполн. уда- лена рецедивъ.	Смерть.	
179. Wyeth Medic. Record 1896, 25, 1, p. 141.		—	1			Осталось отвер- стие въ небо.
Русскіе случаи.						
180. В. М. Минцъ . № 74		—	1			Опухоль на нож- кѣ.
181. Онъ же . . № 80		—	1			Саркома, узу- рировавшая небо.
182. Онъ же . . № 81		—	1			
183. Онъ же . . № 73		—	1			
184. Gussenbauer . . 159	Способ Gussen- bauera	—	1			
185. Isdem 160		—	1			
186. Isdem 160		—	1			Карцинома.
187. Schmidt		—	1			
188. Isdem	(Сначала посо- лая резекція по Linhart'y)	—	1			
189. Proebsting Münch med. Woch. 1896, s. 760.		—	1			Опухоль узу- рировала небо.
190. Riegner Deutsche med. Woch. 1894, № 33, s. 660.		—	1			Прослѣжено 3 мѣс.
191. Schede . . . 3 (№ 68)		—	1			Прослѣжено 6 мѣс.
Русскіе случаи.						
192. П. П. Михайловъ № 82	(Добавочное от- дѣленіе крыла носа)	—	1			Опухоль на нож- кѣ.
193. Н. М. Волковичъ № 70		—	1			Саркоматознаго характера.

Имя оператора и источник.	Способ операціи.	Сфера распро- стран. опухоли.		Результат.		ПРИМЪЧАНІЯ.
		Воздухоп. Неполн. уда- лена рецедивъ.	Смерть.	Воздухоп. Неполн. уда- лена рецедивъ.	Смерть.	
194. Mikulicz 91	Способъ Мик- лицза	—	1			
195. Isdem 91		—	1			Вторичное уда- леніе остатковъ черезъ несшитое небо.
Русскіе случаи.						
196. А. Т. Богаевскій № 69		—	1			
197. В. М. Минцъ . . № 72	Способъ Минца.	—	1			
198. Онъ же . . № 75		—	1			Саркома.
199. Онъ же №№ 76, 77, 78, 79.		—	1			Ринитивъ 3 ра- за. Саркома.
Нашъ случай.						
200. В. Л. Нобылинскій, № XI		—	1			Удаленный чрезъ естественные пу- ти.

Сравнительная оценка носового и небного пути друг с другом.

Закончив описание и критическую оценку отдельных носовых и небных способов, мы считаем теперь уместным произвести сравнение носового и носового пути в целом.

В это сравнение войдут только способы с резекцией костей, ибо методы, ограничивающиеся стеснением лишь мягких частей (среднее стеснение носа, стеснение мягкого неба), нами уже низко оценены.

Носовые способы оказываются более универсальными, так как они часто применяются при широком расширении опухоли (51,8%).

Небные же методы ограничивают сферу своего применения пределами носоглоточной и носовой полости.

Поэтому носовой и небный пути могут конкурировать друг с другом только в этих границах.

Каждый из них должен быть рассмотрен с точки зрения технической трудности при его выполнении и удобства даваемого им доступа.

Предварительная носовая операция производится на поверхности лица, чего нельзя сказать про небные способы.

В последних мы действуем все время в глубине полости рта. Как во время предварительной операции на небо, так и при самом удалении опухоли мы находимся в зависимости от степени открывания рта, которая не у всех одинакова.

При оперировании во рту мы всегда стеснены заботой об освещении поля операции.

В самый роковой момент операции при удалении опухоли инструмент и контролирующая его рука должны действовать в том же ограниченном пространстве, мшая друг другу.

Удобство бимануального действия несравненно большее при носовых способах: инструмент вводится через открытый доступ со стороны носа; контролирующей его палец, ничуть не мшая ему, проводится в носоглотку со стороны рта.

Если самое уж действие во рту ставить столько препятствий, то

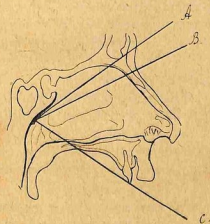
является вопрос, может быть, зато путь открываемый небными способами будет более коротким и прямым, чем при носовых методах.

Еще Ramprolla (68) указывал, что непрекращаемым условием для радикального удаления опухоли является соответствие оси операционного действия с положением носоглоточного свода, т. е. спереди назад и сверху вниз.

«...Наиболее рациональный и прямой путь для достижения пещерной точки образования носоглоточных полипов», говорит Tillaux (16), «составляет путь через нос, потому что основной отросток находится на непосредственном продолжении полости носовых ямок»...

Если при носовых способах мы подходим к самой ножке опухоли, то при небных нам открывается только нижняя поверхность полна [Verneuil (16)].

Правда, надлежащая резекция твердого неба увеличивает угол действия почти до 45°, по соображениям В. М. Милца (161); но все-таки направлению оси действия через небо далеко до приближения ее к той высоте, которая необходима для соответствия ее с ходом носоглоточного свода, как в носовых способах (рис. 4).



А. — Направление линии свода носоглотки.
 В. — Ось оперативного действия при носовых способах.
 С. — » » » » при небных способах.

Рис. 4.

Таковы преимущества носового пути перед небным в смысле его направления. Что касается длины пути, то он укорачивается при носовых методах временным смещением с пути носа, а при ротовых способах эта длина складывается из расстояния от передних рывцов до места резекции и отсюда до ножки опухоли.

Въ вопросъ о ширинѣ доступа при той и другой категоріи операций, мы подошли къ ихъ показаніямъ.

Носовой путь оказывается гораздо шире въ большинствѣ случаевъ на больномъ, чѣмъ это можно было бы предполагать, судя по операциямъ на трупахъ.

Носовой отростокъ полна, какъ мы ужъ неоднократно объ этомъ упоминали, сильно раздвигается во всѣ стороны стѣнки узкой носовой полости и до неузнаваемости преобразуетъ ее: послѣ раскрытія пути въ нее подлежащей резекціей носа операторъ попадаетъ въ единую широкую носоносоглоточную полость.

Но зато въ случаѣ ограниченія опухоли только носоглоточной полостью естественная ширина носа можетъ оказаться, дѣйствительно, недостаточной. Тогда для расширенія доступа приходится прибавлять резекцію перегородки, раковинъ и, если оканчивать благополучно операцию, то только благодаря другимъ преимуществамъ носового пути.

Въ такихъ случаяхъ уместно подумать о примѣненіи небныхъ способовъ.

Но, къ сожалѣнію, въ случаѣ узости и недоразвитія носовыхъ полостей бываетъ обыкновенно высокое и куполообразное небо, которое еще Verucil (16) считалъ достаточнымъ противопоказаніемъ для небныхъ методовъ.

Какъ разъ и намъ въ одномъ случаѣ (№ XI) пришлось убѣдиться во всѣхъ неудобствѣхъ ротового пути при такомъ суженномъ, высокомъ небѣ.

Иногда самъ случай предоставляетъ выборъ одного изъ этихъ способовъ, требуя лишь расширенія проложеннаго самой опухолью пути. Такъ преимущественный ростъ опухоли по направленію въ ротъ съ узоровой костей твердаго неба потребуетъ только сѣчѣния покрыва его для широкаго обнаженія опухоли (случай В. М. М и н ц а (№ 80)). Или обширное раз-

рушеніе опухоли лицевыхъ костей дѣлаетъ совершенно достаточнымъ тотъ или другой кожный разрѣзъ носа [случай И. Э. Гагенъ-Торна (№ 7 и 8)].

Если перейти на цифровыя данныя, то мы увидимъ прежде всего, что при распространеніи опухоли изъ носоглотки и въ носовую полость чаще избирался, какъ и слѣдуетъ ожидать, носовой путь (84,5%), тогда какъ небный въ такихъ случаяхъ примѣнялся рѣже (61,7%).

Успѣхъ операций находится въ полномъ согласіи съ правильнымъ выборомъ предварительной операциі съ вышеуказанной точки зрѣнія. Такъ носовой путь былъ удаченъ въ 74,5% при наличности носового отростка опухоли, а при ограниченіи опухоли только предѣлами носоглотки операциа увѣчалась успѣхомъ въ 66,6% случаевъ.

Небный способъ наоборотъ далъ лучшие результаты при носоглоточной только локализациі опухоли (76,9%) и худшіе при прорастаніи полна и въ носовую полость (61,9%).

Что касается общихъ статистическихъ итоговъ, то носовые способы дали больше удачныхъ операций (84,6%), чѣмъ небные (67,6%).

Въ заключеніе сравнительной оцѣнки намъ осталось еще сказать о послѣдствіяхъ, оставаемыхъ этими способами.

Носовымъ методамъ ставится въ упрекъ оставаемые ими рубцы на лицѣ.

Зато операциі на небѣ даютъ рискъ оставить послѣ себя сообщеніе носовой полости со ртомъ, требующее часто повторныхъ пластическихъ поправокъ или иногда остающееся стойнымъ.

Послѣ сѣчѣній неба бываетъ гнусавый отгѣнокъ голоса, обыкновенно проходящій со временемъ, но могущій тоже остаться, какъ непріятное приобрѣтеніе послѣ операциі.

Для сравненія этихъ отрицательныхъ сторонъ того и другого метода нѣтъ объективныхъ критеріевъ, и все зависитъ отъ личнаго взгляда хирурга и его больного.

Изъ всего сказаннаго можно, намъ кажется, вывести заключеніе, что небный путь показанъ при локализациі опухоли только въ предѣлахъ носоглоточной полости въ случаѣ низкаго прирѣзленія полна, тогда

как для большинства случаев прорастания опухоли и въ носовую полость имѣетъ преимущество открытіе доступа со стороны носа.

Къ достоинствамъ носовыхъ методовъ относится применимость ихъ часто и при большомъ распространеніи опухоли, такъ какъ они позволяютъ изъ того же разреза получить доступъ къ отросткамъ опухоли за предѣлы носоглотки носа («носо-челюстные методы»), тогда какъ при иныхъ способахъ требуется въ такихъ случаяхъ другая операція.

Pharyngotomia suprahyoidea.

Прежде чѣмъ переходить къ разбору дальнейшихъ способовъ предварительныхъ резекцій, мы должны рассмотреть рядомъ съ ротовыми способами и предложеніе самого послѣдняго времени Hofmann'a (196), который рекомендуетъ pharyngotomia suprahyoidea при операціи пошла основанія черепа.

Эта операція впервые была предложена, послѣ разработки ея на трунахъ, русскимъ хирургомъ, Еремичемъ, въ 1895 г. и впоследствии имела примѣненіе на больныхъ.

Hacker въ 1904 г. воспользовался pharyngotomia suprahyoidea при саркомѣ корня языка. Spisatny (проф. Н. К. Спичарный) применилъ ее въ двухъ случаяхъ при новообразованияхъ зѣва и ротовой части глотки. Grünwald черезъ нее удалялъ опухоль надгортанника (196, 197).

Въ прошломъ учебномъ году мы тоже были свидѣтелями, какъ проф. С. П. Федоровъ произвелъ ее у молодой дѣвушки для извѣщенія язычного зоба.

Операція состоитъ въ поперечномъ кожномъ разрезѣ черезъ подъязычную кость (въ 5—6 ст., по предложенію Hofmann'a) и полойномъ съеніи въ томъ же направленіи: platysma myoides, перваго шейнаго апоневроза; затѣмъ мышцу, mm. mylo-hyoidei, genio-hyoidei, и части hyo-glossi и, наконецъ, слизистой оболочки рта.

Края раны растягиваются тупыми крючками въ стороны.

За болѣе подробнымъ описаніемъ этой операціи мы отсылаемъ читателя къ статьѣ Fedoroff'a (проф. С. П. Федорова) (197).

Для доступа въ носоглотку мягкое небо оттягивается впередъ. Hofmann предлагаетъ, въ случаѣ надобности, добавлять съеніе мягкого неба и резекцію твердого.

Hofmann въ прошломъ году произвелъ pharyngotomia suprahyoidea у женщины 27 лѣтъ по поводу альвеолярной саркомы, исходящей отъ задней стѣнки глотки. Сама операція удалась успешно, но больная погибла черезъ 5 мѣс. послѣ нея отъ метастазовъ въ шейныя железы.

Суда по рисункамъ приводимымъ въ статьѣ Hofmann'a, вса

посоветка до верхнего края хоант открывается при этой операции для зрѣнія, когда оттягивается мягкое небо. Когда же небо разсѣчено, то можно видѣть и заднія части носовыхъ полостей и глоточныя отверстія Евстахивыхъ трубъ.

Въ этомъ способѣ, насколько мы можемъ судить, дается доступъ еще больше снизу, чѣмъ при ротовыхъ способахъ.

И въ случаѣ прикрѣпленія опухоли къ своду носоглотки, ось оперативнаго дѣйствія при фаринготоміи будетъ въ еще болѣе неудобномъ положеніи, чѣмъ при операциіи черезъ ротъ.

Pharyngotomia suprahyoidea не можетъ, съ нашей точки зрѣнія, быть поставлена въ ряду другихъ предварительныхъ операций. Въ ней мы видимъ только стремленіе дать лучшій доступъ въ полость рта и отсюда только въ носоглотку.

Эта операція является или предварительной операціей передъ удаленіемъ опухоли чрезъ естественный путь въ случаѣ только отодвиганію мягкаго неба; или она можетъ быть разсматриваема, какъ предварительная операція передъ предварительной операціей, въ случаѣ сѣченія мягкаго и резекціи твердаго неба.

Аналогичнымъ стремленіемъ расширить путь въ ротовую полость съ той же цѣлью является предложенная Bergmann'омъ (198, 199) временная резекція нижней челюсти, которая обыкновенно прѣмляется при ракахъ на корнѣ языка.

Эти операціи скорѣе подчеркиваютъ вообще неудобство дѣйствія черезъ ротъ, о чемъ мы говорили въ критикѣ ротовыхъ способовъ, что и понуждаетъ къ прокладыванію искусственнаго пути въ него.

Альвеоларно-небные способы.

На границѣ между небными способами и резекціями верхней челюсти стоитъ временная резекція твердаго неба вмѣстѣ съ альвеоларнымъ отросткомъ.

Пограничное положеніе этихъ способовъ сказывается и въ ихъ номенклатурѣ, предложенной различными авторами.

Такъ способъ Kochera называется «остеопластической резекціей обѣихъ челюстей», тогда какъ Habs и Partsch называютъ свои операціи «временной резекціей твердаго неба». В. М. Милицъ на VI съѣздѣ Россійскихъ Хирурговъ предложилъ выдѣлить эти резекціи подъ наименованіемъ «широкихъ небныхъ способовъ».

Ни одинъ изъ перечисленныхъ названій не даетъ представленія о тѣхъ особенностяхъ, которыя объединяютъ эти способы.

Во всѣхъ 3 способахъ этого рода, какъ мы скорѣе увидимъ, резецированный участокъ состоитъ изъ твердаго неба съ явнымъ отросткомъ и небольшой только частью тѣла верхней челюсти.

Поэтому мы и думаемъ, что наше наименованіе ихъ «альвеоларно-небными» способами будетъ болѣе подходящимъ.

Хотя созданіе всей этой категоріи резекцій принадлежитъ относительно недавнему времени, но мы находимъ аналогію этимъ способамъ въ операціи Pognier (200), которую онъ произвелъ еще въ 1860 г.

Здѣсь была произведена тоже временная резекція твердаго неба съ альвеоларнымъ отросткомъ, только съ одной стороны.

Huguier въ своемъ способѣ проводитъ два кожныхъ разрѣза: одинъ отъ угла рта до передняго края m. masseter, другой отъ внутренняго угла глаза отбѣсно внизъ до крыла носа и, отсѣкая его, до верхней губы, которую онъ разсѣкаетъ по срединѣ. По отсѣпрованіи полученнаго треугольнаго лоскута наружу, верхнечелюстная кость перемѣщается горизонтально, выше уровня носоваго дна, начиная съ ея tuberositas. Затѣмъ вырывается первый рѣзецъ и отсюда долотомъ производится разсѣченіе верхней челюсти у самой носовой перегородки. Резецированный такимъ образомъ участокъ низводится въ полость рта. Онъ держится только на мягкомъ небѣ.

Въ случаѣ автора этого способа болѣной былъ радикально излеченъ отъ боли на основаніи черепа, но, къ сожалѣнію, произошло выпаденіе

дение зубов на мѣстѣ резекціи и неполное сращиваніе резецированного участка, такъ что этотъ ложутокъ служитъ больному только, какъ живая обтураторъ.

Другой разъ *Huguier* примѣнилъ съ успѣхомъ этотъ способъ въ 1864 году.

Альвеолярно-небные способы позднѣйшаго времени гораздо усовершенствованный, чѣмъ ихъ прототипъ старой хирургіи.

Методъ *Kocher's* былъ примѣненъ авторомъ въ 1891 г. въ случаѣ рецидива типичнаго носоглоточнаго полипа и далъ стойкое излеченіе. Этотъ способъ появился впервые въ печати въ 1893 г. въ статьѣ *Langz* (201).

Затѣмъ онъ былъ примѣненъ въ 17 случаяхъ различными авторами (см. таблицу), при чемъ 5 случаевъ падаютъ на русскихъ хирурговъ.

Проф. *Ф. К. Борнгауптъ* (№ 83) былъ первымъ послѣ *Kocher's*, отважившимся на эту операцію. Онъ примѣнилъ ее у больного 29 л. въ случаѣ рецидива опухоли, удаленной раньше по носовому способу *Ollier*, занимавшего носоглоточное пространство и сидѣвшего на тонкой относительно ножкѣ.

Проф. *Н. М. Волковичъ* съ полнымъ успѣхомъ воспользовался способомъ *Kocher's* 3 раза, т. е. большее число разъ, чѣмъ другіе.

Въ первыхъ двухъ случаяхъ (№ 84, 85) дѣло шло о большихъ полипахъ основанія черена, занимавшихъ носовую и носоглоточную полость, понудившихъ при самомъ поступленіи пациентовъ въ больницу къ трахеотоміи вслѣдствіе затрудненія опухолью дыханія.

Въ третьемъ (№ 86) — полипъ проникъ и въ Гайморову полость.

Въ случаѣ автора, имя котораго не значится въ источникѣ (№ 88), больной съ громаднымъ саркоматознымъ полипомъ съ многочисленными отростками былъ оперированъ по этому методу и погнѣбъ отъ обезкровленія во время операціи.

Если пользоваться первымъ описаніемъ способа *Kocher's* въ статьѣ *Langz* (201) и таковымъ же самого *Kocher's* въ послѣднемъ изданіи его «*Chirurgische Operationslehre*» (181), то этотъ методъ можно представить слѣдующимъ образомъ:

Кожный разрывъ разсѣкаетъ верхнюю губу около фильтра до соотвѣтственной ноздри. Слизистая оболочка съ надгортанницей разсѣкается

въ области переходной складки преддверія рта между верхней губой и десной. Этотъ разрывъ долженъ быть такой величины, чтобы только можно было ввести долото (лучше съ туннымъ отросткомъ съ одной стороны). Долото ставится на уровнѣ *spina nasalis ant.* попеременно на одну и другую челюсть, и эти кости разсѣкаются такимъ образомъ въ горизонтальномъ направленіи. При этомъ стараются не уйти долотомъ слишкомъ глубоко назадъ и не поранить находящихся здѣсь нервовъ и сосудовъ.

Нижняя отсѣченными половини верхнечелюстныхъ костей, въ которыя входятъ альвеолярные отростки и все твердое небо, по средней линіи расщепляется нѣсколькими ударами тонкаго долота и широко раздвигается крочками въ стороны. Разрывается слизистая оболочка дна носа, если она удѣляла, и носовая перегородка отодвигается въ сторону. Въ случаѣ надобности для увеличенія пространства предлагается произвести резекцію носника и нижнихъ раковинъ.

Изъ необходимости непременно разсѣкать мягкое небо: *Enderlen* (202) совѣтуетъ надсѣкать его, судя по надобности, и большинство авторовъ сохранило при операціи свободный край его.

По окончаніи операціи резецированные участки ставятся на мѣсто и сшиваются швомъ на слизистую оболочку. *Bergmann* (198) предлагаетъ связывать рѣзы проволокой, что было произведено проф. *Ф. К. Борнгауптомъ*.

Къ альвеолярно-небнымъ способамъ относится также способъ, предложенный *Chalot* въ 1886 г. (3) въ его руководствѣ по оперативной хирургіи, и въ 1897 г. примѣненный *Habs'om* (204) на больноу безъ вѣдома о существованіи такого предложенія.

Поэтому онъ называется способомъ *Chalot-Habs'a*. Онъ не имѣлъ большаго успѣха и приводится нами, какъ и въ другихъ работахъ, скорее для полноты.

У больного вырываются оба верхнихъ клыка. Приподнимается верхняя губа и проводится разрывъ до кости въ области переходной складки преддверія рта отъ перваго кореннаго зуба съ одной стороны, да такого же съ другой. Элеваторіемъ приподнимается слизисто-надгортанничная покровь вверхъ до *spina nasalis ant.*, до уровни дна носа. Изъ того же разрыва дѣлаются отверстія справа и слева въ слизистую оболочку съ на-

костницей дна носа и проводится чрез эти отверстия при помощи резиновых трубочек цилиндричная пила вокруг заднего края сошника, а затем костная и хрящевая перегородка вмѣстѣ съ слизистой оболочкой ей перешливаются сади наперед.

Послѣ этого ставится ребромъ долото съ каждой стороны въ области экстранированныхъ кльковъ и сагиттально раздѣляется альвеолярный отростокъ и твердое небо двумя параллельно идущими сѣченіями.

Освобожденная такимъ образомъ пластинка твердаго неба вмѣстѣ съ передней частью альвеолярнаго отростка съ рѣзцами отбрасывается, какъ створка, внизъ, держась на мягкомъ небѣ.

Кровотечение во время сѣченія кости очень большое, такъ какъ при этомъ рванята долотомъ *art. palatinae*.

По окончаніи операніи резецированный участокъ былъ поставленъ на мѣсто и фиксированъ 2 серебряными костными швами и ленточнымъ швомъ на слизистую оболочку.

Въ случаѣ *Habs'a* дѣло шло объ опухоли со сліву величиной, заполнявшей только носоглоточную полость.

Мы переходимъ теперь къ самому упрощенному альвеолярно-небному способу, въ которомъ резецируется однимъ горизонтальнымъ сѣченіемъ все твердое небо съ альвеолярнымъ отросткомъ и со всеми зубами, и находится въ соединеніи только съ мягкимъ небомъ отбрасывается внизъ при широко открытомъ ртѣ.

Этотъ наиболее простой методъ, принадлежащій *Partsch'y* (205), былъ имъ испробованъ позже другихъ альвеолярно-небныхъ методовъ и обнародованъ въ 1898 г. на 27-омъ Хирургическомъ Конгрессѣ.

Автора навело на эту мысль случай перелома верхней челюсти у рабочаго при паденіи съ верхняго этажа лицомъ на полъ. Въ этомъ случаѣ былъ отломъ какъ разъ той части челюсти, которая подлежитъ резекціи въ способѣ *Partsch'a*, и отломокъ къ концу первой недѣли настолько сросся, что больной могъ жевать, а черезъ 3 недѣли наступило и полное его приживленіе.

Partsch производитъ свою резекцію въ сидячемъ положеніи больного.

Онъ проводитъ разрѣзъ слизистой оболочки преддверія рта въ области

переходной складки отъ II большаго кореннаго зуба одной стороны до таковаго же другой. Изъ этого разрѣза слизисто-надкостничный покровъ отслаивается вверхъ до *apertura rugiformis* и отдѣляется отъ нея, при чемъ вскрывается носовая полость.

Въ то время какъ тупымъ крючкомъ мягкія части приподнимаются вверхъ, ставится въ рану долото такимъ образомъ, чтобы онъ пришелся выше уровня носоваго дна и произвелъ сѣченіе переднихъ и боковыхъ стѣнокъ Гайморовыхъ полостей до самыхъ *tubera maxillaria*.

Такимъ образомъ, получается створка съ осью, идущей черезъ задніе концы верхнечелюстныхъ костей. И достаточно небольшого давленія долотомъ, чтобы отбросить ее внизъ.

Для большаго доступа свѣта надо оттянуть въ стороны щеки.

Въ случаѣ автора дѣло шло о фибромѣ основанія черепа, выполнявшей носоглоточную полость, лѣвую носовую и Гайморову полость, у мальчика 15 л., и оперированной съ полнымъ успѣхомъ.

Способъ *Partsch'a* былъ примененъ при опухоляхъ основанія черепа всего 12 разъ.

9 случаевъ занесены нами на таблицу, о 3 остальныхъ нѣтъ подробныхъ свѣдѣній въ литературѣ. 2 раза съ успѣхомъ оперировалъ *Sick* (206) и очень остался доволенъ доступомъ, даваемымъ этимъ способомъ. И одинъ разъ успѣшно применилъ этотъ методъ *Herzel* (3).

Изъ русскихъ хирурговъ имъ воспользовался *Л. С. Гинзбургъ* (№ 88) въ случаѣ круглоклеточковой саркомы, носоглоточной и носовой полости у 55 л. женщины. Черезъ 5 мѣс. 20 дней авторъ демонстрировалъ ее въ хирургическомъ обществѣ со свободной носовой и носоглоточной полостями, но съ подозрѣніемъ на рецидивъ на мягкомъ небѣ.

Helperich (207) вмѣсто дѣйствія со стороны рта произвелъ поперечное сѣченіе верхней губы подъ самыми поздами (какъ въ способѣ *Castexa*) и отсюда произвелъ сѣченіе верхнихъ челюстей.

Müller (208) разсѣлъ продольно верхнюю губу.

Schloffer (209) начинаеть сѣченіе верхнихъ челюстей возможно выше, постепенно понижая его по мѣрѣ углубленія долота въ направленіи къ носоглоткѣ. Онъ въ своемъ случаѣ комбинируетъ способъ *Partsch'a* съ носовымъ способомъ *Chassignac-Brunsa*.

Löwe (206) видоизменил и разработал способ Partsch'a, присоединяя къ нему маску лица и соответственную резекцію костей носового скелета, для операций на придаточныхъ полостяхъ носа.

Онъ оперировалъ такимъ образомъ 14 разъ.

Заканчивая на этомъ описание способовъ операции альвеолярно-небнымъ путемъ и перечисление случаевъ его примѣненія, мы переходимъ къ критической оцѣнкѣ этихъ способовъ вообще.

Мы оставляемъ въ сторонѣ методъ Chalot-Hals'a, какъ не нашедши примѣненія, и будемъ говорить только о способѣ Kocher'a и Partsch'a.

Обѣ эти операции даютъ хорошій доступъ въ носовую и носоглоточную полость, а равно и въ Гайморовы пазухи, которая широко открывается при нихъ.

Но въ способѣ Partsch'a степень инвазивности резецированного участка зависитъ отъ ширины открытiя рта, что можетъ значительно повлиять на величину доступа къ опухолямъ.

Кромѣ того, даже при широкомъ открытiи рта, когда альвеолярно-небная пластинка далеко отходитъ внизъ отъ мѣста раскола, задній край ея, чрезъ который проходитъ ось вращения, остается на мѣстѣ или даже приподнимается и препятствуетъ доступу въ носоглотку. Въ этомъ мы могли убѣдиться въ своихъ опытахъ на трупахъ.

Недаромъ этотъ способъ рекомендуется Löwe (206) скорѣе для операций на придаточныхъ полостяхъ носа, чѣмъ для носоглоточныхъ опухолей.

Способъ Kocher'a, раздвигаящій резецированныя половины челюстей въ стороны не съдѣлываетъ открытiя рта и даетъ свободный доступъ въ носоглотку.

Въ этомъ его несомненное преимущество передъ операцией Partsch'a.

А способъ Partsch'a имѣетъ преимущество въ болѣе быстрой операци, быстротѣ ея исполненія и легкости накладыванія шва только въ преддверіи рта, гдѣ къ тому же лучшія условія для заживленія, такъ какъ сюда не попадаетъ содержимое ротовой полости.

Даже въ этомъ швъ, судя по сообщеніямъ Ehrenfried'a (3)

и Löwe (206) нѣтъ надобности. Оказывается достаточнымъ повязки черезъ ротъ, шею, виски и темя.

Partsch видитъ преимущества своего способа и въ сохраненіи art. palatinae, которая ранится при среднемъ сдѣвленіи неба въ способѣ Kocher'a.

Но въ вопросъ о величинѣ кровотеченія обѣ операции могутъ поспорить, такъ какъ кровоточатъ главнымъ образомъ поверхности сдѣвѣнія костей окруженныя слизистой оболочкой. Возможно также при обѣихъ способахъ раненіе art. palatina desc. въ случаѣ захожденія долотомъ слишкомъ назадъ [Stressler (196)]. Когда же носовая полость и Гайморовы пазухи будутъ заложены опухолью, то неминуемо приращеніе долота въ самую опухоль, и тогда кровотеченіе изъ опухоли затмитъ всѣ другіе источники кровопотери во время производства этихъ предварительныхъ операций.

Сильная кровоточивость этихъ способовъ отмѣчается большинствомъ авторовъ, испробовавшихъ ихъ.

Ничего не остается, какъ длительно тампонировать кровоточащее мѣсто, что сильно затягиваетъ операцию, или сдѣлать ея съ удаленіемъ опухоли, что заставляетъ дѣйствовать въ полѣ, затемненномъ потоками крови.

А необходимость при этихъ способахъ хорошаго открытiя рта требуетъ глубокаго наркоза, что затрудняетъ, какъ мы знаемъ, борьбу съ кровоточеніемъ.

Въ этомъ главный недостатокъ этихъ способовъ. Недаромъ онъ потребовали во многихъ случаяхъ предварительныхъ трахеотомій и перевязку сонныхъ артерій.

Къ достоинствамъ альвеолярно-небныхъ способовъ относится отсутствіе обезображиванія лица, какъ то можетъ быть при носовыхъ и, главнымъ образомъ, при челюстныхъ способахъ, и полная гарантія отъ риска стойкаго сообщенія носовой и ротовой полости, чѣмъ страдаютъ небные методы.

Но является невольно опасеніе за жизнеспособность всего резецированного альвеолярно-небного участка, за его приживленіе и за дѣлность зубовъ.

Изъ всехъ случаевъ примѣненія этихъ способовъ ни въ одномъ же не пострадалъ резецированный участокъ, питающийся чрезъ мягкое небо и неразъединенную слизистую оболочку.

Проф. Ф. К. Борнгауэртъ старается щадить слизисто-надкостничный покровъ челюсти, производя продольный только разрьзъ его, а Раугъ и впоследствии самъ Кошеръ, ограничивая поперечный разрьзъ только передней частью переходной складки и производя разьсѣченіе костей подъ слизистой оболочкой.

Какъ видно изъ приведенныхъ на таблицахъ данныхъ о приживленіи резецированного участка, въ большинствѣ случаевъ больная жевать мягкую пищу къ концу первой недѣли, а достаточно крѣпкое состояніе отьзка констатировалось уже чрезъ 2—3 недѣли.

Löwe, какъ мы знаемъ, считаетъ даже излишними швы и возможнымъ фиксировать резецированный участокъ повязкой. П оказывается достаточнымъ 24—48 час. такой фиксаціи отьзка, чтобы удержать его на мѣстѣ по снятіи повязки.

При горизонтальномъ сьченіи верхней челюсти въ этихъ способахъ невольно ранится plexus dentalis sup., снабжающей зубы нервными вѣточками, и потому надо казалось бы, ожидать какихъ-нибудь разстройствъ со стороны зубного ряда.

Но оказывается, по изслѣдованіямъ Becker'a (206), специалиста по зубнымъ болезнямъ, что наблюдается только притупленіе всѣхъ видовъ чувствительности въ зубахъ, и главнымъ образомъ, въ теченіе первой недѣли послѣ операціи.

Въ это время констатируется анестезія и во всемъ шлѣжномъ фрагментѣ челюсти. Этой временной естественной анестезіей Löwe (206) воспользовался для производства повторной операціи по Partsch'у безъ наркоза.

По прошествіи 3 недѣль, по изслѣдованіямъ Becker'a, чувствительность восстанавливается.

Благодаря широтѣ доступа, даваемого альвеолярно-небными способами, главнымъ образомъ, способомъ Кошер'a, въ носоглоточную, носовую и Гайморовы полости, эти операціи имѣютъ, съ нашей точки зрѣнія, и показанія также въ случаѣ распространенія опухоли по веѣмъ этимъ полостямъ, особенно въ рѣдкихъ случаяхъ двусторонняго роста.

Но эти способы примѣнялись, какъ видно изъ приводимыхъ дальше таблицъ, по преимуществу въ случаѣ менѣе распространенныхъ опухолей (только въ 19,5% опухоль вышла изъ предѣловъ носа и носоглотки), когда показаны, по нашему мнѣнію, болѣе консервативные методы.

Эти операціи показаны также при подозрѣніи на злокачественность опухоли, главнымъ образомъ, при ракѣ носоглотки, такъ какъ небольшая по видимости карцинома можетъ, какъ мы знаемъ, имѣть уже большое распространеніе [Stenger (66)]. Давая широкій доступъ къ мѣсту роста опухоли, эти методы способствуютъ и радикальному удаленію ея въ предѣлахъ здоровыхъ тканей.

Альвеолярно-небные способы, такимъ образомъ, по своимъ показаніямъ конкурируютъ, какъ мы увидимъ дальше, съ резекціями верхней челюсти.

Если наиболѣе употребительная резекція верхней челюсти не уступитъ, дѣйствительно, въ широтѣ даваемого ими доступа, зато выполненіе ихъ значительно сложнее и сопровождается еще большимъ кровотеченіемъ, неговоря уже объ оставляемыхъ ими большихъ обезображивающихъ или рубцовъ на лицѣ.

Мы не имѣемъ пока достаточнаго количества случаевъ примѣненія альвеолярно-небныхъ способовъ, чтобы сопоставить результаты этихъ послѣднихъ съ таковыми же челюстныхъ способовъ при одинаковой эффектѣ распространенія опухоли.

Изъ приводимыхъ таблицъ видно, что только въ 5 случаяхъ (19,5%) примѣненія альвеолярно-небныхъ способовъ опухоль вышла изъ предѣловъ носа и носоглотки.

Въ 57,7% она заполняла только эти послѣдніе и въ 23,0% ограничилась исключительно носоглоточной полостью.

Такимъ относительно легкимъ подборомъ матеріала, можетъ быть, и объясняется, судя по таблицамъ, хороший результатъ этихъ способовъ (80,7%), такой же приблизительно, какъ и при носовыхъ методахъ.

Святая носовая путь болѣе консервативнымъ, мы и предпочитаемъ его въ случаѣ такого ограниченнаго распространенія опухоли.

Въ заключеніе мы приводимъ всѣ собранные на таблицахъ случаи примѣненія альвеолярно-небныхъ способовъ, какъ предварительной операціи при полнѣмъ основаніи черепа.

Случаи применения альвеолярно-небных способов.

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распространения операций.		Результат	ПРИМЪЧАНИЯ.
		Виды операций.	Неполн. указ. на результаты.		
201. Kocher 201	Способ Кохера	—	1		Простыжено 11 мѣс. Мягкое небо разстчено. Сращение через 1 мѣс.
202. Depage 3 (№ 76)			1		Предварительная трахеотомия.
203. Isdem 3 (№ 77)			1		Предв. трахеот., перевязка обоих арт. сагот. ext. Мягкое небо разстчено. Вторичное зашивание неба через 2 мѣс. > дней.
204. Enderlen 202			1		Саркома. Сращение къ 12 дню. Предвар. перевязка обоих арт. сагот. ext. Сохранение свободного края ж. неба.
205. Garré 66		+	1		Выпадет хлѣбный передній рѣзец. Саркома. Временная перевязка а. сагот. ext. sup.
206. Hertle 208		+	1		Сохранен свободный край мягкого неба. Эндотелиома. Предвар. трахеотомия. Сохранение свободного края мягкого неба. Резидивъ через 2 года. (См. слѣд. случ.).

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распространения операций.		Результат	ПРИМЪЧАНИЯ.
		Виды операций.	Неполн. указ. на результаты.		
207. Hofmann 196		—	1		Трахеотомия. Простыжено 1 1/2 года.
208. Lavisé 3 (№ 78)		+	1		Предварит. трахеотомия.
209. Payr		—	1		Свой инструментарий.
210. Pincus 199			1		Простыжено 1 г. Предвар. трахеотомия.
211. Isdem		—	1		Сохранен свободный край мягкого неба.
212. Stressler 196		—	1	1	Простыжено 1 г. Мягкое небо не тронуто. Саркома. Предварит. перев. арт. сагот. ext. sup. Мягкое небо разстчено.
Русские случаи.					
213. Ф. Н. Борнгауль № 83		—	1		Во время операции порвана а. palat. descend. Опухоль на носкѣ. Сохранен свободный край мягкого неба. Пострадало 2 зуба. Сращение на 17 день.
214. Н. М. Волковичъ № 84			1		Трахеотомия.
215. Онъ же № 85			1		Сращение через 1 мѣс.
216. Онъ же № 86		+	1		
217. ? № 87				1	Черезъ 5 час. отъ обезкровливанія.
218. Habs 204	Способ Chabot-Habs'a				Простыжено 4 мѣс. Резецированы участки изъ сколько врѣзанныхъ.

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распространения опухоли.	Результат		ПРИМЕЧАНИЯ.
			Выздоровлен.	Неполн. удал. или рецидивъ.	
219. Partsch . . . 205	Способ Partsch'a	+	1		Просьжано 4 м. Полное сращение.
220. Czerny . . . 3 (№ 85)			1		Отъ кровотока и аспирация крови.
221. Ehrenfried 3 (№ 89)			1		Просьжано 1 г. Фиксация резецированного участка только повязкой. Живание через 3 нед.
222. Helferich . . . 207	Въ оригинальномъ видоизмѣненіи.		1		Сращение, хотя еще и неполное, через 16 дней.
223. Löw 3 (№ 87)	Удаление въ 2 тона.		1		
224. Müller 208	Съ дополнительнымъ разсѣченіемъ верхней губы.		1		Просьжана 1 г. Живание—через 2 нед.
225. Schäfer 3 (№ 86)			1	1	Полное сращение на 4 нед.
226. Schloffer . . .	Въ оригинальномъ видоизмѣненіи.		1		
Русскій случай.					
227. Л. С. Гизабургъ № 89					Саркома. Просьжано 1 г. Живание—через 3—3 нед.

Лицевые способы.

Окончательная резекція верхней челюсти.

Со времени введения Gensoulemъ (1827 г.) (210) резекціи верхней челюсти въ хирургическую практику, эта операция была испробована и стала часто примѣняться и для удаленія полна основанія черепа, въ качествѣ предварительной резекціи для открытія доступа къ мѣсту исхода и отросткамъ его.

Первая попытка въ этомъ направленіи была сдѣлана Сумеюмъ (1832 г.) (68), но она не увѣчалась успѣхомъ: опухоль была удалена только частично, при большомъ кровоточеніи, и больной погибъ на 3-ій день послѣ операции отъ малокровія.

Въ 1840 г. Fraubert-сынъ (68) впервые успѣшно прооперировалъ такимъ способомъ очень большую фиброму основанія черепа.

Послѣ такой удачи рядъ хирурговъ отважились на эту операцию въ далеко-зашедшихъ случаяхъ опухоли этого рода.

Во Франціи ее примѣняли въ цѣломъ рядѣ случаевъ Robert (211), а за нимъ Maisonneuve (212), Verneuil (67) и др. Въ Бельгіи Michaux (de Luvain) (114, 50) началъ рано пользоваться этой операцией и любилъ ее и впоследствии. Въ Германіи она стала употребляться послѣ ея примѣненія Heifeldеромъ (93), а въ Англій—Татуніомъ (219).

Типичная полная резекція верхней челюсти не представляетъ чего-нибудь особеннаго въ примѣненіи ея къ полнупу основанія черепа.

Многочисленные способы этой операциі, описываемые въ учебникахъ по оперативной хирургіи, разнятся другъ отъ друга, главнымъ образомъ, кожными разсѣвами, тогда какъ резекція костей производится приблизительно по одному типу.

Удаленіе цѣльной верхнечелюстной кости, составляющей главную опору для соответственной половины лица, не можетъ остаться безъ тяжелыхъ послѣдствій для больного: западаніе соответственной щеки, опущеніе глаза, стойкое сообщеніе полости рта и носа являются обычнымъ пріобрѣтеніемъ больного послѣ этой операциі.

Все это издавна заставляло хирургов искать способы к уменьшению обезображивания лица и функциональных расстройств, вызываемых удалением верхней челюсти.

Chassaingnac (213), Maisonnette (212) и Ollier (216) сохранили орбитальную пластинку, чтобы предупредить смещение вниз глазного яблока.

Разобщение носовой полости от рта стремятся произвести François, Dubois (3) и Langenbeck (62), щадя при удалении верхней челюсти слизисто-надкостничный покров твердого неба, который сшивается с слизистой оболочкой щеки.

Tuffier (215) той же целью пытается достигнуть своей «аутопластикой небного свода», беря лоскут слизистой оболочки со стороны щеки («щечно-десневый лоскут») и пришивая его по средней линии к сохранившейся части небного свода и мягкого неба.

Против западания щеки Verneuil, Richet, Ollier (216) и др. предлагают оставлять те части верхней челюсти, которая могли бы служить подлежащей опорой: передние резцы и скуловую кость.

Расчитывая на образование кости из пощаженой надкостницы, Ollier (216) с целью возмещения удаленной верхнечелюстной кости, произвел с полным успехом резекцию верхней челюсти поднадкостнично.

Та же операция с небольшим видоизменением, в смысле сохранения большей части твердого неба, была произведена Ramardом (217), а затем Вигором (218).

Из русских хирургов этой операцией в случае большого полпа с зачелюстной отростком воспользовался проф. А. А. Бобров (№ 103).

Замытое образование кости констатировалось уже через 2 месяца после операции.

Тем же желанием сохранить, по возможности, лицевой скелет объясняется возникновение множества частичных резекций верхней челюсти.

Одни из этих способов резецируют переднюю стѣнку Гайморовой полости, причем некоторые из них захватывают также или часть

восходящего отростка, или часть скуловой кости с ее глазничным отростком (Michaux, Huguir, Démarquai, Arrachard, Vallet и Berard). Другие удаляют нижнюю часть верхнечелюстной кости вместе с твердым небом и зубами (Guérin, Maisonnette, Bauchet, Labat и Réan).

За более подробным описанием этих многочисленных способов мы отсылаем читателя к учебнику Nélaton'a (14) и к работѣ Réan'a (219). В послѣдней можно найти также изображение их на схематических рисункахъ.

Полная окончательная резекция верхней челюсти даетъ, дѣйствительно, широкий доступъ къ мѣсту прирѣпления и отросткамъ полпа основания черепа. Но она производитъ вышеуказанный обезображивание лица и расстройство речи и глотания, которая только отчасти устраняются вышеуказанными усовершенствованиями ея.

Резекция верхней челюсти, представляя сама по себѣ уже тяжелое хирургическое вмешательство, особенно нежелательна, когда она является только предварительнымъ актомъ передъ самымъ опаснымъ моментомъ операции, удалениемъ полпа. Изъ 15 случаевъ ея примѣненія при операциі полпа основания черепа русскими хирургами собранныхъ нами, эта операция дала 6 смертныхъ исходовъ (40%).

Недаромъ такіе убѣжденные раньше приверженцы ея, какъ Verneuil (68), отказались отъ нея впоследствии (220).

Langenbeck (221) в заключеніи статьи, въ которой онъ предлагаетъ свой известный способъ временной частичной резекціи верхней челюсти, говорить: «Экстирпация всей верхней челюсти болѣе недопустима для этой цѣли».

Поднадкостничная резекция верхней челюсти по Ollier слишкомъ кропотлива, на что было указано Riche и Giralde's (216) еще при самомъ докладѣ объ этой операциі автора ея.

Она и не наша почти сѣе примѣненія.

Что же касается частичныхъ резекцій, то онѣ или ограничиваются слишкомъ небольшими участками кости, не давая достаточнаго доступа; или уносятъ навсегда важныя части верхней челюсти, страдая въ этомъ тѣмъ же недостаткомъ, что и полная резекція, уступая въ то же время ей въ широтѣ доступа.

Исходя из всего сказанного, мы совершенно вычеркиваем все окончательные резекции челюсти из хирургии типичного полня основания черепа, оставляя полную резекцию верхней челюсти только для злокачественных опухолей этой области, когда они при прорастании своею в верхнюю челюсть, могут быть рассматриваемы, как опухоли этой последней.

Временная резекция верхней челюсти.

**Частичная:
Способ Langenbeck'a с видоизменениями.**

После всего сказанного о недостатках окончательных резекций верхнечелюстной кости при операции полня основания черепа становится понятным возникновение способов временной резекции этой кости. В этих последних мы встречаем сь хорошо намъ известнымъ изъ предыдущаго изложения принципомъ сохранения резецированного участка вь связи сь мягкими тканями, чтобы поставить его на мѣсто по окончаніи операции.

Эта идея впервые пришла вь голову вь 1850 и впоследствии вь 1854 г. Huguier, который и подѣлился ею одновременно сь Парижскимъ Хирургическимъ Обществомъ (221), но пріимилъ ее только вь 1860 г. (200), произведя, описанную нами выше временную альвеоларно-нобную резекцію, при чемъ не получилъ хорошаго сращенія резецированной части.

Этотъ принципъ былъ осуществленъ независимо отъ Huguier вь томъ же году Langenbeck'омъ вь его хорошо известной вѣсьмъ хирургамъ «остеопластической резекціи верхней челюсти» [правильнѣе—временной частичной резекціи верхней челюсти] (222).

Langenbeck, считая приближенными носовые и небные способы вь случаяхъ ограниченнаго распространенія опухоли, и стараясь избѣгать дурныхъ послѣдствій отъ постоянныхъ резекціи челюсти вь далекозашедшихъ случаяхъ, остановился на мысли, временно унести сь пути всю верхнюю часть верхнечелюстной кости, оставивъ на мѣстѣ альвеоларно-нобный участокъ ея, т. е. произвести какъ разъ обратную резекцію сравнительно сь предложенной Huguier.

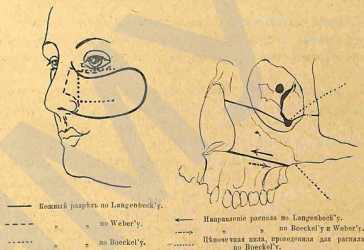


Рис. 5А.

Рис. 5В.

Кожный разръзъ вь способъ Langenbeck'a (рис. 5 А.) идетъ отъ мѣста прикрѣпленія крыла носа, вь видѣ дуги сь выпокастью внизъ, черезъ щеку, поднимаясь къ срединѣ скулового отростка височной кости; другой наветрчю ему ведется отъ области носового отростка лобной кости по нижнему краю глазницы и до слиянія сь первымъ. Затѣмъ, изъ нижняго разръза отдѣляется отъ скуловой кости m. masseter. Покровка проводится (рис. 5 В) ея концомъ черезъ foramen sphenopalatinum вь носоглотку, гдѣ онъ упирается вь перегородку носа. И такимъ образомъ, производится горизонтальный разръзъ по ходу нижняго кожного разръза. Далѣе разръзъ ведется тоже соответственно кожному разръзу: сначала перегибается вь вертикальномъ направленіи скуловой отростокъ височной кости, затѣмъ лобный отростокъ скуловой кости до fissura inf. и отсюда глазничныи отростокъ верхней челюсти до слезной косточки. Вся резецированная часть поднимается подѣмниномъ, введеннымъ подъ скуловую дугу, и мѣсто костяго шва носового отростка верхней челюсти сь носовой и лобной костью служитъ шарниромъ, на которомъ лоскутъ отворачивается къ срединѣ и вверху. Вь этомъ мѣстѣ кожа и надкостница не повреждены и служатъ для питанія резецированнаго участка.

Автор применял свою резекцию первый раз в случае «зачелюстной опухоли», который между прочим и послужил к созданию учения об опухолях этого рода и о котором нами упоминалось значительно выше.

Дело шло об опухоли вислочночного происхождения, прикрывающейся в области for. sphenopalatinum, и обросшей верхнюю челюсть, как с наружной ее стороны, так и с внутренней (посовой отросток опухоли), при чем Гайморона полость была пуста и сдавлена ею. Опухоль дала все присущия ей отростки: выполнила скуловую ямку и распространилась в regio parotidea, в височную область и глазницу.

Этот случай «зачелюстной опухоли», послуживший для первого применения способа самого автора, отразился и на всем метод операции, объясняя многие непонятные с первого взгляда его недостатки.

Так, отсюда становится понятным, что Langenbeck отклоняет резцированный участок вовнутрь, а не наружу, как то делается в видоизменениях этого способа. Понятно также, зачем Langenbeck заходит своим кожным разрезом далеко назад и захватывает в лоскут резекции, всю скуловую кость и часть скуловой дуги. И то и другое делается в расчет на широкое открытие глазным образом скуловой ямки.

Нам понятней также горизонтальный распиловка верхнечелюстной кости без боязни поранить при нем опухоль: Гайморона полость была свободна от опухоли, которая только окружала верхнюю челюсть и позволяла продвинуть ножовку между нею и наружной поверхностью верхней челюсти, по направлению к сильно расширенному отростком опухоли foramen sphenopalatinum, и пилить снаружи внутрь и сзади и наперед.

Следующий раз способ Langenbeck'a был применен Simpson'ом (223) с небольшим усовершенствованием, которое ему указал Langenbeck.

Распил глазничного отростка верхней челюсти велся не к слезной восточки, как то сдѣлать в своем случае автор этого способа, а, во избежание ранения слезных органов, к внутреннему углу орбитальной края впереди sulcus sacci lacrymalis и к срединѣ шва между носовым отростком и посовой костью.

Временная частичная резекция Langenbeck'a в ближайшіе годы, до 1867 г., по сообщению Lenhartz'a (39), была 7 раз применена самим Langenbeck'омъ съ одним смертельным исходомъ (отъ erysipelas).

И съ тѣхъ поръ стала чуть ли ни самой популярною операциею при лечении основанія черепа, особенно в ее видоизмененіи, предложенномъ Weber'омъ.

Видоизменение Weber'a (62) сводится к другому кожному разрезу, къ некоторымъ деталям в веденіи костныхъ распиловъ и къ тому, что резцированный участок отворачивается не кнутри, как в способъ Langenbeck'a, а наружу.

Во избежаніе перерѣзанія вѣточек n. facialis и некрасиваго поперечнаго рубца черезъ всю щеку, которые неизбежны в способъ Langenbeck'a, Weber ведет кожный разрезъ (рис. 5 A) отъ наружнаго угла глазницы по нижнему ее краю къ внутреннему углу и отсюда — внизъ сбоку отъ спинки носа или по самой спинкѣ, оглабляя носовое крыло и разсѣкает по срединѣ верхнюю губу.

По обозначеніи apertura pyriformis (рис. 5 B) горизонтальный распил идетъ отъ наружно-нижняго ее угла до tuber. max. sup.; другой распил изъ верхней части apertura разсѣкает носовой отростокъ верхней челюсти, а третій, проведеніемъ пилы Gigly чрезъ fissura orbitalis inf. надъ скуловой дугой, горизонтально разсѣкает лобный отростокъ скуловой кости. Весь резцированный участок отворачивается наружу, при чемъ долженъ произойти переломъ въ скуловой дугѣ.

Въ видоизмененіи, предложенномъ Baessel'e'mъ (92), большая часть скуловой кости и скуловая дуга остаются на мѣстѣ и не берутся въ лоскутъ резекции.

Первый кожный разрезъ (рис. 5 A) спускается отъ слезнаго мѣшка къ основанію ноздри и отсюда направляется горизонтально кнаружи до передняго края m. masseter; другой разрезъ ведется вдоль нижняго края глазницы до средины щеки. Такимъ образомъ, очерчивается большой четырехугольный лоскутъ. Разсѣкаетъ (рис. 5 B) восходящій отростокъ пилы Gigly или длиннечной пилы послѣ прободенія слезной косточки. Вводитъ резекціонную пилу въ ноздрю и ведутъ кнаружи горизонт. распилъ передне-наружной стѣнки sin maxillaris. Проводитъ пилу Gigly

лиз наружного угла верхнего разреза чрез *fiss. orbitalis inf.* под скуловую кость, выводят другой конец пилы в наружный угол нижнего разреза и переключают скуловую кость, стараясь не поранить покрывающих ее мягких частей. Дно глазницы разрезается ножницами. Весь лоскут отгибается наружу. Нижняя раковина оказывается в соединении с лоскутом. Что же касается верхней раковины и задней части перегородки носа, то они уносятся ножницами.

Испытания все эти способы на трупах, мы пришли к совершенно сходным выводам, что и Г. П. Волинцев (224) в своих изысканиях.

«При хорошо развитой челюсти очень трудно отвернуть ее; требуется большая сила; травмировать нервы и сосуды при большом отклонении—большой, а при слабом отодвигании просторы очень малый. Далее, часто отламывается только передняя стінка челюсти и часть глазничной поверхности, а значительная часть задней и средней остается на месте».

Автор объясняет это постоянное явление при операциях на трупах тем, что «задняя» стінка «крыло» сращена с крыловидным отростком; крыловидная наружная мышца также удерживает ее, а срединную стінку (в способе Langenbeck'a), распил захватывает лишь очень мало... В способе Weber'a присоединяется еще и тот факт, что «скуловая кость и нераспиленная дуга оказывают такое сопротивление, что перелом происходит очень легко перед скуловой костью».

Г. П. Волинцев очень критически относится к кожным разрезам, особенно в способе Langenbeck'a и Boeckel'a, которые должны оставить послѣ себя заметные, обезображивающие лицо, рубцы.

Все вышѣ взятое и понуждает автора предложить свое видоизменение способа Weber'a. В этом видоизменении онъ ограничивается, во-первых, одним кожным разрезом чрез спинку носа и средину верхней губы; во-вторых, разъединяет сращение верхней челюсти с крыловидным отростком, выдернув предварительно зуб мудрости, и, в-третьих, отпиливает из преддверия рта вверх до глазничного края скуловую кость с скуловым отростком верхней челюсти. Горизонтальный распил верхней челюсти и

распил ее носового отростка соответствуют таковым же в способе Weber'a. Только все сечения кости в способе Волинцева ведутся подкожно при простом оттагивании вбок губо-щечного лоскута, который немного подвдвигается отъ соединения его с костями.

В этом способе таким образом устраняются главные препятствия къ полному отворачиванию резецированного участка. «Теперь несравненно легче оттагнуть вбок часть челюсти; надлом производится лишь в области соединения глазничной стінки челюсти с рѣшетчатой костью».

Custodis (3) подчеркивает сильную кровоточивость Langenbeck'овской и Weber'овской резекции вследствие ранения при ней самой опухоли, особенно при распиле в задних и боковых отъ-лах верхней челюсти и во избежание этого недостатка рекомендует видоизменение Kraske.

Способ Kraske сводится къ резекции через Weber'овскій кожный разрез только передней стінки Гайморовой полости. При этом распил кости рекомендуется вести фрезой, а преимуществам которых в этого рода резекциях мы говорили уже выше.

Таким способом дѣйствія автор думает понизить кровопотерю во время производства резекции какъ благодаря меньшей травматизации опухоли при ней, так и на счет быстроты дѣйствія. Kraske могъ убедиться в этомъ на одномъ случаѣ примѣненія своего видоизмененія.

Изъ описанія основного способа частичной временной резекции Langenbeck'a и всѣхъ пропеставших изъ него различных видоизмененій, становится совершенно понятнымъ недоумѣніе П. Г. Волинцева предъ большимъ распространениемъ его.

По тотъ же Волинцевъ приводитъ мнѣніе испытавшихъ способъ Langenbeck'a и Weber'a, в которомъ говорится о несоответствіи оптики этой операціи на трупахъ и въ примѣненіи ея на больномъ. Въ послѣднемъ случаѣ опухоль настолько раздвигаетъ и истончаетъ часто костная стінка верхней челюсти, что и резекція ей удается значительно легче, и доступъ получаетъ многия больше, чѣмъ при операціи на трупахъ, въ случаѣ цѣльной челюсти при нормальномъ соотношеніи костей.

Мы уже говорили выше, что многие стороны въ резекции верхней челюсти по Langenbeck'у понятны въ применении ея къ «зачелюстной опухоли». Зато при такомъ ея примѣненіи отпадаютъ только что приведенное мнѣніе въ защиту ея. Самъ Langenbeck, описывая свой первый случай примѣненія этой резекции, говоритъ, что верхняя челюстная кость была сдавлена опухолью, и стѣнки ея не были истончены.

Если понятно, почему при «зачелюстной опухоли» въ доскутъ резекции захватывается скуловая кость и скуловая дуга, то непонятно, зачѣмъ въ такомъ случаѣ трогать тѣло верхнечелюстной кости. И, наоборотъ, если опухоль изъ носоглотки и носа распространилась въ верхнечелюстную пазуху, не давая зачелюстного отростка, то непонятно, зачѣмъ можетъ понадобиться резекція скуловой кости и скуловой дуги. Въ этомъ смыслѣ болѣе целесообразной является видоизмѣненіе Boeckela.

И кромѣ того самъ способъ производства распиловъ долженъ равнять опухоль, заполняющую носоглотку, носъ и верхнечелюстную полость. Здѣсь болѣе целесообразнымъ можетъ оказаться видоизмѣненіе Kraske.

Когда же опухоль распространилась по всѣмъ ей доступнымъ направлениямъ—и въ Гайморову полость, и въ скуловую ямку,—то можно ожидать большихъ разрушеній кости, особенно въ заднихъ отдѣлахъ верхней челюсти, когда производство типичной резекции врядъ ли и возможно.

Мы ужъ не говоримъ о случаяхъ ограниченного распространения опухоли основанія черепа въ предѣлахъ носоглотки и носа, когда должны быть примѣняемы болѣе консервативныя резекціи—носовые способы и въ некоторыхъ случаяхъ небные.

Нерѣдко, какъ мы знаемъ, той или другой резекціи носа оказывается совершенно достаточнымъ, чтобы удалить отростокъ опухоли и въ Гайморову полость.

Изъ 40 случаевъ временной резекціи верхней челюсти, приводимыхъ на таблицахъ, только въ 20 случаяхъ (50%) опухоль вышла изъ предѣловъ носа и носоглотки, т. е. какъ разъ въ томъ же процентѣ, какъ и въ случаѣ примѣненія носового способа Langen-

beck'a: на 30 случаевъ, собранныхъ на вышеприведенныхъ таблицахъ съ обозначеніемъ сферы распространенія, въ 15 опухоль распространилась за предѣлы носа и носоглотки (тоже 50%).

Но при этомъ временная частичная резекція верхней челюсти дала 75,0% удачъ и 17,5% смертныхъ исходовъ, тогда какъ носовой способъ Langenbeck'a въ 80,5% убивался успѣхомъ и имѣлъ 10% смерти.

Если носовой путь окажется недостаточнымъ для удаленія опухоли съ отросткомъ и въ Гайморову полость, то къ носовой резекціи всегда можетъ быть добавлена та или другая резекція стѣнокъ Гайморовой полости.

Итакъ, съ нашей точки зрѣнія, частичная временная резекція Langenbeck'a и Weber'a не находятъ себѣ показаній въ хирургіи типичнаго полпа основанія черепа.

Эти способы могутъ найти себѣ приложение въ случаѣ подозрѣнія на злокачественность опухоли, при чѣмъ здѣсь скорѣе примѣняемы ихъ видоизмѣненія. Но тогда съ ними могутъ конкурировать, какъ мы знаемъ, альвеолярно-небные способы. А въ случаѣ двухсторонняго роста полпа основанія черепа сдѣдуетъ непременно предпочесть альвеолярно-небные способы, передъ двусторонней резекціей челюсти. Чтобы закончить отдѣлъ о временныхъ частичныхъ резекціяхъ челюсти, намъ остается сказать о комбинаціи ихъ съ носовыми способами.

Мы уже говорили выше о видоизмѣненіи носового способа Chassaigues-Bruns'a, принадлежащемъ Мадютину и Мартынову (132), къ которому эти авторы предлагаютъ, въ случаѣ нужды, добавлять изъ того же разряда временную резекцію прилежащихъ частей передней и внутренней стѣнокъ sin. maxillaris. Эта операція, задуманная ими на трунѣ, не удалась имъ въ примѣненіи на живомъ, гдѣ пришлось произвести окончательную резекцію этихъ стѣнокъ Гайморовой полости.

Гораздо болѣе интересъ представляють комбинаціи носовыхъ способовъ съ временной частичной резекціей верхней челюсти.

Такъ, Billroth (225) предложилъ методъ, въ которомъ соединенъ носовой способъ Langenbeck'a первоначальнаго типа съ резекціей передней стѣнки Гайморовой полости:

Один кожный разрез идет от glabella вниз около самой перегородки и сворачивает к крылу носа; от верхнего конца первого ведется второй по нижнему краю орбиты к наружному углу глаза и третий — параллельно второму от прикрепления крыла носа на 1½ дюйма кнаружи. Разпил производится по ходу кожных разрезов, и образовавшийся лоскут отворачивается наружу.

В. А. Ошпель в одном из наших случаев (№ V) произвел разсечение носа по средине и захватил в лоскут резекции и скуловую кость. Такая операция может оказаться пригодной во всяком случае распространения опухоли, кроме носовой и носоглоточной полости, и в Гайморову полость и в скуловую ямку.

Но особенно большим хирургическим внимательством были резекции, произведенные Czerni (226) и два раза Jorda по омь (227), которые комбинировали временную частичную резекцию верхней челюсти, с распилами кости, как в способе Webera, с резекцией носа по Chassaignac-Brunsy.

Первый произвел половинную носовую резекцию, второй подноую.

Но величина хирургического вмешательства при полноте основания черепа достигла своего апогея в операции Bergmann'a (199), который произвел двустороннюю резекцию челюсти по Weberу с запрокидыванием носа на зобь по Lawranceу.

Так как эти «гигантския вмешательства» («Riesenhafte Eingriffe»), по выражению Pincus'a, вряд ли найдут подражателей, то я считаю возможным на них подробно не останавливаться.

Впервые временную резекцию всей верхней челюсти для открытия доступа к полному основанию черепа предлагал Roux (228), который разработал ее на трупе, но не воспользовался ею на живом, так как больной отказался от операции.

Roux в своей резекции захватывает и скуловую кость с частью скуловой дуги. Разделение костей производится чрез небольшие кожные разрезы, и освобожденная таким образом челюсть отодвигается в сторону.

Горизонтальный разрез в 1 см. — у наружного глаза в области лобно-скулового шва; вертикальный разрез тоже в 1 см. — по средине

скуловой дуги. Затем, вертикальный разрез — от внутреннего угла глаза вниз, он очерчивает крыло носа и расширяет по средине верхнюю губу. Разпил основания носового отростка верхней челюсти и частью внутренней стѣны орбиты. Разделение долотом из полости рта сращения верхней челюсти с крыловидным отростком. Разпил твердого неба с альвеолярным отростком по средней линии. Введя пинс в этот разпил и раскрывав его. Roux мог отодвинуть освобожденную таким образом челюсть на 10 см.

Г. И. Волянцеву (224) при опытах на трупах такое отодвигание удавалось в размере 4—6 см.

Г. И. Волянец в своем способе стремится осуществить новую идею: производить резекцию челюсти на противоположной от мѣста нахождения полости стороне, чтобы избежать во время резекции травматизации опухоли.

Он выработал на трупе способ временной резекции верхней челюсти и подробно описал его в двух последовательно вышедших работах (224, 229). В последней автор иллюстрирует свой способ рисунками.

Но в основу его, с нашей точки зрѣния, положена вряд ли практическая, при операции на больном, идея.

Мы уже установили выше, что при распространении опухоли в пределах носоглоточной и носовой полости показаны носовые способы и иногда небные, так что здѣсь никоим образом недопустима полная, хотя бы и временная, резекция верхней челюсти.

При существовании же отростка опухоли в Гайморову полость и в особенности в скуловую ямку, какия преимущества может дать резекция здоровой челюсти, на другой стороне?

Считал таким образом способом Г. И. Волянцева остроумным теоретическим измышлением, неприменимым на больных, мы вправь на немь болѣе не останавливаться, отсылая читателя за описанием очень интересной разработки деталей резекции к оригинальной статьѣ автора (229).

Способ Г. И. Волянцева был применен С. И. Твердовским (№ 115) в случае опухоли с носоглоточной только локализацией, который сопровождался рецидивом.

Да и вообще полная временная резекция верхней челюсти вряд

ли иметь будущность, как и нить за ней сколько-нибудь видного прошлого.

При всякой такого рода резекции мы в сущности отодвигаем только соответственную челюсть, при чем имеем меньше простора, чѣмъ при отворачиваніи лоскута въ частичныхъ резекціяхъ.

Заканчивая на этомъ отдѣлѣ челюстныхъ способовъ и устраняя ихъ, по возможности, изъ примѣненія при операциіи полнаго основанія черепа, мы невольно задаемся вопросомъ, какая операція замѣнитъ ихъ въ случаѣ частаго ихъ приложенія къ опухолямъ съ зачелюстнымъ отросткомъ или зачелюстной опухоли Langenbeck'a. Этотъ вопросъ находить свое разрѣшеніе въ операциіи, разработанной P. Grunsa'омъ, въ его скуловой способъ.

Скуловой способъ.

Резекція скуловой дуги примѣнялась при операціяхъ интересующихъ насъ опухолей и до P. Grunsa' (Langenbeck, König и др.), но она дѣлалась обыкновенно постоянною.

Мы не можемъ здѣсь останавливаться на исторіи возникновенія и разработки резекціи скуловой кости и дуги, такъ какъ это завело бы насъ въ хирургію тройничнаго нерва.

Поэтому мы и ограничимся передачей, усовершенствованнаго примѣнительно къ операциіи полнаго основанія черепа и дважды испробованнаго на больныхъ самимъ авторомъ, способа P. Grunsa' (54).

Способъ P. Grunsa' различается въ зависимости отъ того, желаемъ ли мы открыть доступъ къ скуловой и височной ямкѣ, или вынуждены вскрыть и глазничную полость.

Въ первомъ случаѣ: Одинъ кожный разрѣзъ, начинался отъ верхняго края височной впадины, проходитъ позади наружнаго угла глаза, идетъ дугообразно (съ выпуклостью назадъ) и кончается надъ угломъ рта. Отъ этого вертикальнаго разреза проводится другой горизонтальный по верхнему краю скуловой дуги. Оба разреза ведутся прямо до кости. Теперь изъ перваго разреза вертикально перепиливается тѣло скуловой кости, а затѣмъ изъ втораго разреза разсѣкается скуловая дуга въ заднемъ ея отдѣлѣ. Нижній лоскутъ вѣсѣтъ съ скуловой дугой и m. masseter отворачивается внизъ и наружу, а верхній лоскутъ вверхъ и наружу.

Во второмъ случаѣ, когда налицо и глазничный отростокъ, скуловая кость отворачивается вѣсѣтъ съ своимъ глазничнымъ отросткомъ: Вертикальный кожный разрѣзъ начинается на 1 см. впереди отъ наружнаго угла глаза и дугообразно съ выпуклостью впередъ направляется внизъ. Горизонтальный разрѣзъ—такой же, какъ и въ первомъ случаѣ. Кость разсѣкается въ 3 мѣстахъ: горизонтально—въ мѣстѣ соединенія скуловой кости съ лобной, и вертикально—въ мѣстѣ соединенія ея съ верхней челюстью чрезъ liss. orbitalis inf. и, наконецъ,—въ заднемъ отдѣлѣ скуловой дуги.

Эта консервативная операція даетъ прекрасный доступъ въ крыло-небную ямку, въ височную область и полость глазницы.

Она, и только она, показана при «зачелюстной опухоли» Langenbeck'a. Всякая другая операция или не достигает цели, или наносит излишнюю травму, унося, ненужный для открытия сюда доступа, части лицевого скелета.

Когда же мы будем иметь полость основания черепа «внутриглоточного» происхождения съ зачелюстным отросткомъ, то этой одной операциі окажется обыкновенно недостаточнымъ.

Въ такихъ случаяхъ P. Bruns рекомендуетъ разрушеніе носовой и носоглоточной части чрезъ естественные пути гальванокаустикой или электролизомъ. Мы уже говорили, что эти методы консервативнаго леченія чрезъ естественные пути рѣдко найдутъ примѣненіе въ хирургической практикѣ, требуя безконечно долгаго времени леченія и рѣдко давая полный результатъ.

Поэтому въ такихъ случаяхъ можно поступить трояко: или удалить носо-носоглоточную часть опухоли, какъ обычно, носовымъ способомъ, а «зачелюстной отростокъ» при помощи скулового способа P. Bruns'a (нашъ случай № III), или разделить эти двѣ операциі на два этапа, или же попытаться удалить только носоглоточную часть опухоли съ носовымъ отросткомъ, рассчитывая на самопроизвольное увяданіе зачелюстнаго отростка (Verneuil (157), П. Михайлякъ (79) и др.).

Такимъ способомъ дѣйствія мы избѣжимъ въ большинствѣ случаевъ обширныхъ резекцій.

Скуловой способъ, къ сожалѣнію, нашель очень немного раздражителей. Въ русской хирургіи мы не нашли ни одного случая такихъ операциі.

Въ способѣ I. Wyeth (230) временно уносится вмѣстѣ съ скуловой дугой и скуловая кость съ прилежащей частью передней стѣнки Гайморовой полости.

Здѣсь мы и заканчиваемъ описаніе лицевыхъ способовъ и вмѣстѣ съ тѣмъ весь главный отдѣлъ нашей диссертациі, посвященный предварительнымъ операциямъ для доступа къ полости основанія черепа.

Случаи примѣненія лицевыхъ способовъ.

Имя оператора и источникъ.	Способъ операціи.	Сфера распростран. опухоли.	Результатъ.	ПРИМѢЧАНІЯ.
		Макролоид.	Неполн. удал. или рецидивъ.	Смерть.
Русскіе случаи.				
228. А. А. Бобровъ . № 89		+++	1	
229. Онъ же . № 90		+++		
230. Онъ же . № 91		+++		1 Отъ кровотеченія. Саркома, проросшая чрезъ рѣшетчатую кость въ полость черепа.
231. Онъ же . № 92		+++	1	1 Отъ кровотеченія. Проростаніе чрезъ рѣшетчатую кость въ полость черепа.
232. ? . № 93		+++		1 Отъ кровотеченія. Опухоль проросла въ среднюю черепную ямку. См. № 101.
233. ? . № 94		+++	1	1 Саркома, проросшая въ полость черепа.
234. С. Ф. Дерюжинскій . № 95		+		Отъ малокровія чрезъ I сутки.
235. Онъ же № 96		+++	1	
236. ? № 97		+++	1	
237. И. З. Гаген-Торль . № 98		+++		1 Фиброма проросла въ полость черепа.
238. Л. Ф. Лѣвничъ № 99		+		1 Отъ кровотеченія до окончанія операціи.
239. В. М. Милицъ . № 100		+	1	

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распро- стран. опухоли.		Результат.		ПРИМЪЧАНИЯ.
		Вязкоэласт.	Неполн. удач. или рецидивъ.	Вязкоэласт.	Неполн. удач. или рецидивъ.	
240. Н. В. Склифосовский . . . № 101		+	1			
241. ? № 102		++	1			
242. А. А. Бобровъ № 103	Поднадостичная резекция по Ойлер.	++	1			
243. Langenbeck	Временная частичная резекция верхней челюсти по Langenbeck'у.	++	1			„Зачехлюстная опухоль Langenbeck'a". Через 17 дней полная неподвижность респираторной части.
244. Billroth . . 3 (№ 110)		?	1			
245. V. Bruns . . 3 (№ 108)		+	1			
246. Isdem . . . 3 (№ 109)			1			Продлѣжено больше 1/2 года.
247. Bourneу . . 3 (№ 121)			1			„Зачехлюстная опухоль Langenbeck'a". Предварит. трахеотомия.
248. Czerni . . .			1			Продлѣжено 3 г. Продлѣжено 5 м.
249. Isdem . . .		++	1			
250. Isdem . . .		++	1			
251. Isdem . . .			1			Продлѣжено 7 м. Продлѣжено 3 г.
252. Heiberg . . . 3 (№ 119)			1			Продлѣжено 4 м. Предварит. трахеотомия.
253. König . . . 3 (№ 118)		+	1			Во время операции отъ кровотечения.
254. Pincus . . . 199 (№ 10)			1			Черезъ 1/2 часа отъ малокровія.
255. Isdem . . . 199 (№ 13)		+	1			Продлѣжено 5 д.
256. Isdem . . . 199 (№ 15)			1			

Имя оператора и источник.	Способ операции.	Сфера распро- стран. опухоли.		Результат.		ПРИМЪЧАНИЯ.
		Вязкоэласт.	Неполн. удач. или рецидивъ.	Вязкоэласт.	Неполн. удач. или рецидивъ.	
257. Isdem . . . 199 (№ 17)		++	1			
258. Preisberg . 3 (№ 124)		+	1			„Зачехлюстная опухоль Langenbeck'a". Параличъ п. facialis. Тоже.
259. Isdem . . . 3 (№ 125)		+	1			
260. Rinne . . . 3 (№ 112)			1			
261. Simon . . .		++				„Зачехлюстная опухоль Langenbeck'a".
262. Stanley . . . 3 (№ 122)			1			Временная перевязка art. carotis comm.
263. Tirefay . . . 3 (№ 118)			1			
264. Weinlechner 3 (№ 111)			1			Съ зачехлюстимъ отросткомъ.
Русские случаи.						
247. Н. М. Волковичъ № 104		++	1			
248. Н. В. Склифосовский . . . № 107		—				
249. Koslinsky . . . 111	по Weber'у.	++				1 „Зачехлюстная опухоль". Продлѣжено 7 д.
250. Kraske . . 3 (№ 123)		+	1			
251. Perry . . . 3 (№ 103)			1			Предварит. трахеотомия
252. Pincus . . . 199 (№ 11)		+		1		Неполное удаление вследствие кровотечения.
253. Isdem . . . 199 (№ 14)		+	1			Продлѣжено 3 1/4 года.
254. Isdem . . . 199 (№ 116)			1			
255. Kraske	Оригинальное видоизмѣненіе.					
Русские случаи.						
256. Н. М. Волковичъ № 105				1		

Имя оператора и источник.	Способ операціи.	Результатъ				ПРИМЪЧАНІЯ.
		Сфера распро- стран. опухо- ли.	Въздоровленіе.	Новая уда- ла по удаленіи. Смерть.		
257. С. Ѡ. Дерюжин- скій . . . № 106		+			1	Отъ малокровія. Отъ малокровія къ вечеру.
258. Н. В. Склифосов- скій . . . № 108					1	
259. Онъ же . . . № 109			1			Хаональный по- динъ.
260. ? . . . № 110			1			Саркома.
261. Boeckel . . . № 93	по Boeckel'у.				1	Черезъ 1 мѣс. Метастазы въ легкое.
262. Gumann . . . 2 (№ 40)		+	1			
263. Dumont . . . 2 (№ 31)			1			Простѣжено 1/2 г.
264. Isdem . . . 2 (№ 33)		++	1			
266. Bergmann . . . 19	Челюстно- носо- вые способы.	+	1			Простѣжено 1/2 г.
267. Czerni		+	1			
268. Jordan			1			Простѣжено 7 м.
269. Isdem			1			
Нашъ случай.						
271. В. А. Опель . . № V		++			1	Отъ кровотечения.
272. Dorag	Временная пол- ная резекція верхней челю- сти.	+	1			
Journ. med. de Bruxelles 42. 1896.	по Roux.					
273. Kraske . . . 3 (№ 104)	по Weber'у (раз- рѣзъ).				1	Предварит. трахеотомія. Черезъ 1 час. послѣ операціи.
274. Sedillot . . .	Временная реак- ція верхней че- люсти безъ ука- занія способа.	++			1	Отъ кровотечения.

Имя оператора и источник.	Способ операціи.	Результатъ				ПРИМЪЧАНІЯ.
		Сфера распро- стран. опухо- ли.	Въздоровленіе.	Новая уда- ла по удаленіи. Смерть.		
Русскіе случаи.						
275. С. Ѡ. Дерюжин- скій . . . № 111					1	
276. Онъ же . . . № 112		+	1			
277. С. И. Спасоку- роцкій . . . № 113		++	1			
278. Онъ же и Галь- пернъ . . . № 114		++			1	Отъ малокровія черезъ 1 ч.
279. С. И. Травдов- скій . . . № 115	По способу Во- ллинцева.				1	Черезъ годъ.
280. P. Bruns . . .	Скуловой спо- собъ P. Bruns'a.	++	1			Послеоп. часть разрушена элек- тродвиномъ. Простѣжено 3 г. Значительная опухоль Langen- beck'a*.
282. Isdem						
	Въита въ дос- кутъ и часть ску- ловой кости, для открытія гаванчи- ной полости.					
283. Isch-Wall . . 2 (№ 57)		++	1			Носовая и по- солот. часть уда- лены чрезъ ес- тественные пути.
Нашъ случай.						
284. В. А. Опель . . № III.		++	1			Носовая и по- солотич. часть удалены носов- ымъ способомъ.

++* — «Зачлѣстная опухоль Langenbeck'a» для зачлѣстной отростокъ подана основанія черепъ «внутриглоточнаго» происхожденія.

Основная операция и послѣдовательное леченіе.

Закончивъ вопросъ о предварительныхъ операцияхъ, дѣлаемыхъ для открытія доступа къ полпу основанія черепа, мы тѣмъ самымъ исполнили такъ или иначе нашу задачу разбора оперативныхъ методовъ, употребляемыхъ въ хирургіи его.

Если способъ самого удаленія этой опухоли, представляетъ главный интересъ при операцияхъ чрезъ естественные пути и имѣть безконечно большой инструментарій; то въ случаѣ удаленія полпа чрезъ предуготованный искусственный путь центръ тяжести переносится на предварительную операцию. Самое же удаленіе полпа должно идти по общимъ правиламъ для экстирпации опухолей вообще.

Кромѣ желательности удалить опухоль въ предѣлахъ здоровыхъ тканей, т. е., при полнѣй основанія черепа до обнаженія кости, — крайнее богатство этихъ опухолей сосудами понуждаетъ стремиться непременно отдѣлить опухоль цѣлкомъ, у самого ея мѣста прикрѣпленія, и не триуматизировать ея тѣла и отростковъ, чтобы не увеличить кровотеченія.

Всѣ инструменты, употребляемые для такого отдѣленія полпа, можно отнести къ отжимающимъ и рѣзущимъ или отскабливающимъ.

Къ первымъ относится уже устарѣвшій теперь цѣпочный экзразеръ Chassaignac'a («*écrasement linéaire*») (124) и петля холодная и гальванокаустическая, а также различные щипцы, стремящіяся отдавить опухоль сближеніемъ своихъ Branchen [*«Scie-pinces» Péan'a* (219), напр.].

Ко вторымъ принадлежатъ ножницы, особенно изогнутыя въ плоскости, ножъ, специальныя долота (Pauz (189)), острые ложки (König, Barasz) и респаторій.

Казалось бы, что, въ виду наклонности этихъ опухолей давать при операциі большое кровотеченіе, желательно было бы избѣгать рѣзущихъ инструментовъ, пуская въ ходъ только раздавливающіе. Но ни одинъ изъ инструментовъ этого рода не можетъ считаться, къ сожалѣнію, надежнымъ въ примѣненіи къ полпу основанія черепа, въ виду большой ширины его мѣста прикрѣпленія и резистентности его фиброзной ткани.

Экзразеръ Chassaignac'a почти не примѣняется теперь вслѣдствіе большой его громоздкости, при которой трудно имъ дѣйствовать даже при широко открытомъ доступѣ къ опухоли.

И при этомъ нѣтъ гарантіи, что онъ окажется достаточно сильнымъ инструментомъ для отдавливанія полпа. [Въ случаяхъ проф. В. М. Разумовскаго цѣль его даже лопнула (№ 49, 50)] и что при немъ не будетъ кровотеченія [А. Ф. Лѣвевичъ (99)].

Что касается холодной петли, то если ею и легче манипулировать, зато она оказывается еще болѣе безсильна и отъ неѣ тѣмъ скорѣе можно ожидать такихъ же неприяныхъ осложненій операциі, какъ и при цѣпочномъ экзразерѣ.

Примѣненіе здѣсь гальванокаустической петли тоже сопряжено со многими трудностями: при слабомъ накалываніи проволоки она мало чѣмъ отличается отъ холодной петли, при сильномъ она приближается къ рѣзущему инструменту, и все время заставляетъ бояться, что она перегоритъ въ самый критическій моментъ операциі.

Всѣ эти инструменты могутъ быть хорошо наложены только въ случаѣ опухоли съ ножкой, но захватываютъ только часть опухоли при широкомъ ея прикрѣпленіи.

Можно испытать петлю въ случаѣ полпа съ особенно сильно развитой сосудистой системой, когда резистентность его понижается, а опасность отъ приложенія къ нему рѣзущаго инструмента увеличивается.

Отдавливающей инструментъ съ Branchen долженъ быть непременно очень массивный и громоздкій, чтобы при давленіи его, потребно для проведенія въ носоглотку, онъ не пружинилъ.

Отсюда и становится понятнымъ, что большинство хирурговъ примѣняютъ рѣзущіе или отскабливающіе инструменты.

Зато и кровотечение в момент удаления опухоли бывает обыкновенно, по истинь, трагическим: кровь льет ручьем, заставляя свистить с удалением опухоли и действовать почти всегда в темную.

Поэтому желательно, чтобы действие инструмента контролировалось зрением. Это достигается заведением пальца другой руки за мягкое небо, в носоглотку.

Кому приходилось оперировать полипы основания черепа, тот знает, как ценно в этот момент иметь широкий простор для целесообразного действия инструментом.

Широкий доступ позволяет также ориентироваться, перед тем как подступить к опухоли с инструментом, в отношении полипа к окружающим его стѣнкам и составить представление о характерѣ его прикрѣпления.

Для уменьшения кровотечения Paug (189) советует перед удалением смазать опухоль раствором адреналина.

О положении больного и наркозѣ в этот момент операции нами было говорено выше.

Во время отдѣления полипа от мѣста его прикрѣпления помощникъ, захватив переднюю часть опухоли, старается вытянуть ее наружу. Еще Dieffenbach (1) совѣтовал этот маневр, находя, что при такомъ растягиваніи опухоли уменьшается кровотечение.

Если почему-нибудь не удастся извлечь освобожденную опухоль через носъ, то проталкивают ее в ротъ и такимъ образомъ вынимаютъ.

Тяжелымъ осложнениемъ операций, стоящимъ иногда жизни больного (нашъ случай № VII), оказываются сращения опухоли со стѣнками носовой полости: когда опухоль отдѣлена уже отъ ея ножки, извлечь ее все-таки не удается, кровотечение же не даетъ ориентироваться въ мѣстѣ фиксаціи опухоли.

Когда, наконецъ, полипъ удаленъ, то достаточно нѣсколько разъ прижать тампономъ кровоточащее мѣсто, чтобы можно было уже подвергнуть осмотру поле бывшей операции. Тогда остается удалить остатки опухоли, произвестн высклабливаніе (tugation) мѣста бывшего прикрѣпления полипа и прижечь его Paquin'омъ. Иногда при

первомъ же осмотрѣ бросается въ глаза бѣлое обнаженное мѣсто кости.

Мы считаемъ обязательнымъ тампонаду носа по Velloquy и передней тампонъ со стороны носа. Одинъ носовой тампонъ легко можетъ вывалиться своимъ заднимъ концомъ въ ротъ и составить неприятное осложнение въ послѣоперационное время.

Остается теперь поставить резецированный участокъ на мѣсто и наложить швы и повязку. И операция кончена!

Больного увозятъ изъ операционной въ тяжеломъ обычно состояніи малокровія, и онъ требуетъ обыкновенно солевого вливанія и подкожного впрыскиванія, повышающихъ сердечную дѣятельность, средствъ.

Въ виду большихъ кровопотерь въ моментъ самаго удаления полипа, мы еще разъ желали бы напомнить еще старое предложеніе Verpeuil'a (68): приступать къ удаленію опухоли только тогда, когда больной не обезсиленъ предварительной операцией. (Это правило относится, по преимуществу къ большимъ предварительнымъ резекціямъ). И если общее состояніе оперируемаго внушаетъ сомнѣніе, то лучше отложить удаленіе опухоли до другого раза, оставивъ резецированный участокъ непришпигымъ и разбивая такимъ образомъ операцию на два темпа.

Когда оперированный привезенъ въ палату, то надо озаботиться о такомъ его положеніи въ постели, чтобы уменьшить шансы на послѣоперационную Schluckbeschwerung. Для этого помѣщаютъ больного въ полусидячемъ положеніи, если операція не была очень кровавой и не вызвала малокровія, и больной въ силахъ отхаркивать. Въ противномъ случаѣ надо положить больного горизонтально и приподнять пошную конецъ кровати.

На ночь такое положеніе обязательно для всѣхъ случаевъ. Можно приподнять нѣсколько голову («Schlaglage» Kocher'a) (Manod et Vanverst (182)).

Послѣоперационное леченіе не представляетъ какихъ-либо особенностей.

Первое время за оперированнымъ требуется бдительное наблюденіе, какъ за тяжело больнымъ. Но обыкновенно, если больной перенесъ операцію и пришелъ послѣ нея въ себя, то состояніе его быстро

возстанавливается, и чрез несколько дней такие больные в благоприятных случаях могут даже встать с постели.

Большинство хирургов старается извлечь тампонъ возможно раньше, в течение 3 первых сутокъ послѣ операціи, изъ боязни осложнений со стороны уха и, стремясь устранить очагъ скопляющейся за тампономъ слизи и разлагающейся крови.

Такое стремление вполне понятно, и мы пытались слѣдовать этому правилу, но при попыткѣ извлечения тампона на 3 сутки въ I, II и IV случаяхъ мы имѣли кровотечение, такъ что понадобилось повторить тампонаду. Richet (2) даже потерялъ больного отъ такого послѣдовательнаго кровотечения при смѣнѣ тампона на 3-й день послѣ операціи.

Правда, при полномъ удаленіи опухоли обыкновенно послѣдовательныхъ большихъ кровотеченій не бываетъ, но все-таки, если больной сильно обезкровленъ операціей, мы откладываемъ дня на 2 смѣну тампона.

Послѣ извлечения его приступаютъ къ ежедневнымъ промываніямъ носа.

Швы снимаются приблизительно къ 5-му дню послѣ операціи.

Что касается времени сращенія разширеннаго участка, то объ этомъ нами упоминалось каждый разъ при изложеніи различныхъ способовъ предварительныхъ операціи.

Температура обыкновенно поднимается до высокаго уровня въ самые первые дни послѣ операціи. Она даетъ скачки до подлихорадочныхъ цифръ и въ дальнейшемъ. Это стоитъ въ связи съ накопляющимся слизисто-гноиннымъ отдѣляемымъ, несмотря на частыя промыванія носа, въ получившейся послѣ удаленія опухоли, громадной явугда, полости, гдѣ мѣстами идетъ отторженіе обрывковъ ткани, мѣстами процессъ гранулированія и гдѣ долго при риноскопії констатируется, характерный при операціяхъ въ этихъ областяхъ, бѣлый налетъ.

Настъ осложнений въ послѣоперационномъ теченіи отмѣчается многими хирургами erysipelas лица, которая была въ одномъ случаѣ и у насъ (№ IX).

Воспаленіе среднего уха, если оно не было уже до операціи вслѣд-

стве наличности въ носоглоткѣ опухоли, представляютъ довольно рядкое осложненіе [В. М. Минцъ (№ 44)].

О возможности послѣоперационныхъ Schlukpneumonіи нами упоминалось выше.

Рѣдкое осложненіе менингитомъ стоитъ въ связи обыкновенно съ проростаніемъ опухоли въ полость черепа, нераспознанное до операціи.

Послѣ всякой операціи полна основанія черепа мы всегда можемъ ожидать появленія рецидива, о чемъ мы неоднократно говорили и выше. Значительное большинство изъ приводимыхъ нами на таблицахъ случаевъ, которые отмѣчены въ рубрикѣ «выздоровленіе», совсемъ не прослѣжено по выхodu больного изъ лечебнаго заведенія. И во многихъ изъ нихъ, навѣрно, былъ рецидивъ. Только въ 15,1% было констатировано выздоровленіе по истеченіи известнаго времени (отъ 3 мѣсяцевъ до 5 лѣтъ и болѣе).

Памятѣю объ этой склонности полна основанія черепа къ рецидивированію, мы и заканчиваемъ нашу диссертацию повтореніемъ того, что сказано было въ главѣ о диагностикѣ: всякій оперированный по поводу полна основанія черепа долженъ подвергаться ринологическому изслѣдованію въ теченіе по меньшей мѣрѣ 2—3 мѣсяцевъ, чтобы, въ случаѣ рецидива, вовремя захватить его и тогда ужъ оперировать чрезъ естественные пути, какъ то было сдѣлано нами въ случаѣ № XI—XII.

Здѣсь мы видимъ главное приложеніе ринологіи въ леченіи полна основанія черепа.

Если подвести общій итогъ результатовъ удаленія полна основанія черепа съ предварительными операціями на основаніи 284 собранныхъ нами случаевъ, то окажется, что въ 71,8% больные выписались здоровыми. При этомъ только въ 15,1% это выздоровленіе было прослѣжено въ послѣоперационное время. Значитъ, остальные случаи находятся вѣдь сомнѣніемъ въ виду крайней наклонности этой опухоли къ рецидивированію.

Въ 19,5% было неполное удаленіе или появился рецидивъ.

И въ 9,5% операція кончилась смертью, или въ самой опера-

ционной, или в ближайшее время после операции от кровопотери при операции.

При этом 17% падает на русские случаи, собранные кроме материала, взятого из журнальных статей, и по личным письменным сообщениям отдельных хирургов, и из отчетов о деятельности хирургических учреждений.

И только 5,2% относится к иностранной литературе, почерпнутой главным образом из статей периодической печати, а также из учебников и диссертаций.

Еще Gosselin (51) указывал на ложность статистического материала, почерпнутого из журналов.

И мы тоже склонны считать более отвечающей мрачной действительности русскую статистику, где журнальный материал играл второстепенную роль.

Мы кроме того оставили в стороне все случаи из иностранной литературы операций с предварительной полной окончательной резекцией верхней челюсти, которая как раз наиболее богата смертельными исходами; тогда как случаи этой операции вошли в русскую статистику.

Наши опять на основании 11, правда, очень тяжелых случаев, оперированных с различными предварительными операциями, заставляет склоняться к еще более печальному выводу: в 3 случаях операция была причиной смерти больного.

Резюмируя все, что нами было получено из литературных данных, клинических наблюдений и опытов на трупах, относительно хирургии полости основания черепа,—можно прийти к следующим выводам:

1) При операции полости основание черепа во избежание усиления кровотечения надо, по возможности, не пользоваться положением больного по Rose,

2) заменять его или «Schräglage» Kocher'a, или положением Morestin или Pauga.

3) Наркоз необходим только в предварительном акте опера-

ции, самое же удаление опухоли должно вестись в полунаркозе, без дачи наркоза.

4) Операции через естественные пути в далеко зашедших случаях противопоказаны.

5) Электронизм является в лечении полости основания черепа в большинстве случаев лишь вспомогательным средством.

6) Удаление опухоли должно производиться через подготовленный предварительной операцией искусственный путь.

7) Сечения одних мягких покровов показаны только в случае разрушения подлежащей резекции кости самой опухолью.

8) Предварительная резекция должна быть непременно временными, кроме пока еще небного способа.

9) Для уменьшения кровопотери уже во время предварительной операции ранним резекционным инструментом самой опухоли и для скорости действия,—желательно применять, где только можно, фрезы, употребляемые для разрезания плоских костей, главным образом при крапивоидии.

10) При наиболее частом распространении опухоли в носоглоточной и носовой полости имеют преимущество перед другими методами носовые способы Chassaing-Brunsa, Ollier и, в особенности, Langenbeck'a.

11) При локализации полости только в предлах носоглотки и при низком его мьте прикрпления могут оказаться полезными небные способы—Gussenbauer'a с его модификациями.

12) Высокое, куполообразное небо является противопоказанием к применению небных методов.

13) Во всяком случае пользование небным способом, шовь неба должен быть первичным.

14) Pharyngotomy suprahyoidea, давая хороший доступ для опухоли ротового отдела глотки, мало пригодна, повидимому, при операции полости основания черепа.

15) При распространении опухоли и в Гайморову полость доступ туда может быть сделан из того же разреза, что и для носовой резекции.

16) При редкомъ двухстороннемъ такомъ же распространении можно применить альвеолярно-небный методъ.

17) Альвеолярно-небные способы показаны также при подозрительныхъ опухоляхъ въ злокачественности, даже при небольшой ея величинѣ, чтобы широко открыть поле операции для радикальнаго ея удаления.

18) Изъ альвеолярно-небныхъ способовъ имѣетъ преимущество способъ Kocher'a.

19) Резекции челюстей должны быть, по возможности, устранены изъ этой области хирургіи.

20) Изъ нихъ болѣе целесообразными оказываются иногда тѣ видоизмѣненія временныхъ частичныхъ резекцій, которыя ограничиваются главнымъ образомъ передней стѣнкой Гайморовой полости (способъ Kraske), захватывая при надобности въ лоскутъ и соответствующую половину носа и скуловую кость (носо-челюстной способъ В. А. Опель).

21) При «зачелюстной опухоли Langenbeck'a» достаточно одной скуловой резекціи по P. Bruns'у.

22) При полнѣ основанія черепа «внутриглоточнаго» происхожденія съ зачелюстнымъ отросткомъ можно удалить полнѣ по правиламъ, изложеннымъ выше; зачелюстный же отростокъ или оставить безъ удаленія въ расчетѣ на его самопроизвольное обратное развитіе; или, если такового не послѣдуетъ, удалить чрезъ ту же скуловую резекцію.

23) Удаленіе самого полна съ его отростками въ предѣлахъ носоглотки и носа и экстирпация зачелюстнаго отростка могутъ разбиваться на два сеанса.

24) Передъ самымъ удаленіемъ опухоли (основная операція) надо всегда убѣдиться, не обесцвѣнелъ ли большой предварительной операціей.

25) Если силы больного внушаютъ сомнѣніе, то слѣдуетъ удаление самой опухоли отсрочить до другого раза.

26) Послѣ всякой операціи полна основанія черепа для борьбы съ легко возможными рецидивами необходимо продолжительное ринологическое наблюденіе.

27) Въ случаѣ констатированія рецидива показано удаленіе его въ самомъ началѣ чрезъ естественные пути.

28) Операція удаленія полна основанія черепа и до сихъ поръ является редкою причиною смерти больного отъ кровопотери во время нея.

29) Относительное число такихъ смертныхъ случаевъ въ Россіи значительно больше, чѣмъ за границей, судя о послѣднемъ по даннымъ иностранной литературы.

Въ заключеніе своей работы считаю особенно приятнымъ долгомъ выразить свою большую благодарность высокочтимому учителю моему, профессору Сергѣю Петровичу Федорову, за его цѣнные указанія въ настоящей работѣ, за проведенное подъ его руководствомъ время занятій въ клиникѣ и за снисходительное отношеніе къ нимъ.

Очень признателенъ глубокоуважаемому профессору Владимиру Андреевичу Опель, бывшему ассистенту клиники, за интересъ къ настоящей работѣ, за ближайшее руководство въ приобретеніи хирургическихъ знаній и за внимательное отношеніе и постоянное желаніе активно помочь при всякомъ затрудненіи.

Благодарю профессора Александра Ивановича Молсеева за просмотръ микроскопическихъ препаратовъ, относящихся къ настоящей работѣ.

Выражаю свою горячую признательность Кларѣ Юстиновнѣ Вериге за помощь въ приготовленіи микроскопическихъ препаратовъ; Нинѣ Михайловнѣ Верховской, Маріи Николаевнѣ и Наталіи Николаевнѣ Каменскимъ за облегченіе труда въ литературной части диссертации ихъ прекраснымъ знаніемъ иностранныхъ языковъ.

Профессору Николаю Петровичу Симановскому всегда буду благодаренъ за внушенный имъ мнѣ интересъ къ занятіямъ ларингологіей, ринологіей и отитріей и за годъ, проведенный въ его прекрасной клиникѣ.

А дру мед. Владимиру Игнатьевичу Войчекъ я обязанъ охотно даваемыми имъ драгоценными совѣтами по этой спеціальности, которыми я пользуюсь постоянно и повнынѣ.

Наши случаи.

№ 1. Иванъ Стручевъ, крестьянинъ 22 лѣтъ, поступилъ въ Госпитальную Хирургическую Клинику ДХ, выписался 3/Х 1904 г.

Больной 2 года тому назадъ впервые замѣтилъ сильное закладываніе носа, къ чему вскорѣ присоединились кровотечения, которыя и впоследствии повторялись постоянно.

Переведенъ въ нашу клинику изъ клиники по болячкамъ уха, горла и носа проф. Н. П. Симановскаго, гдѣ пробылъ 25 дней.

Тамъ была констатирована опухоль носовой и носоглоточной полости, которая и была лечена электролизомъ: иглы вкалывались въ носовую часть опухоли, токи—въ 5—10 МА, каждый сеансъ длился 10'. Послеъ каждаго сеанса наступали сильные явленія реактивнаго воспаленія въ носу, 5 сеансовъ не дали замѣтнаго результата. При изсѣченіи небольшого кусочка изъ носовой части опухоли для микроскопическаго изслѣдованія появилось обильное кровотеченіе, которое наступало и при всякомъ изслѣдованіи опухоли ошупываніемъ.

Больной поступилъ къ намъ въ клинику съ полной непроходимостью носа и съ жалобой и на самопроизвольныя носовыя кровотеченія, которыя не разъ заставляли больного врасплохъ и довели его до малокровія. Больной средняго роста съ хорошо развитой костной и мышечной системой, съ блѣдыми покровами и видимыми синеватыми оболочками. Бросается въ глаза выпячиваніе лѣвой половины носа у его корня.

При передней риноскопій обнаруживается въ лѣвой носовой полости опухоль съ темнымъ струпоэмъ на передней ея поверхности. Она заполняетъ всю носовую полость, не доходя до наружнаго ея отверстія на 1½ ст., и отдавливаетъ вправо носовую перегородку до полной непроходимости и правой ноздри.

При задней риноскопій видна опухоль съ грецкій орѣхъ величиной, блѣднаго цвѣта, нѣсколько бугристая. Она отдавливаетъ впередъ мягкое небо. При ошупываніи пальцемъ опухоль оказывается неподвижной, сидящей на широкомъ основаніи на своде носоглотки и дающей вышеупомянутый отростокъ въ лѣвую носовую полость. Послеъ изслѣдованія появляется кровотеченіе, которое легко и останавливается.

Изслѣдованіе грудныхъ и брюшныхъ органовъ, а также и мочи никакихъ отклоненій отъ нормы не обнаружало.

За недѣлю пребыванія больного въ клиникѣ до операціи у него было 2 раза относительно небольшое носовое кровотеченіе.

8/Х. Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена операція удаленія опухоли (проф. С. П. Федоровъ). Полный наркозъ и горизонтальное положеніе больного на спинѣ во время предварительной операціи. Полунаркозъ и положеніе на лѣвомъ боку во время самаго удаленія опухоли.

Предварительная временная резекція носовой кости и носового отростка верхней челюсти по Langenbeck'у, при чемъ боковой кожный разрывъ и соответственный распилъ кости проведенъ отъ ноздри, обходя снизу крыло носа, къ болѣе наружной части края орбиты, не доходя до for. infraorbitale. При отворачиваніи лоскута получился широкій доступъ въ опухоль, которая и была изсѣчена нѣсколькими ударами ножницъ подъ контролемъ пальца, заведеннаго въ носоглотку со стороны рта.

Основаніе опухоли оказалось очень широкимъ, занимавшимъ какъ верхнюю стѣнку носоглотки, такъ и распространявшимся по своду ея на заднюю стѣнку и отчасти на боковыя.

Въ моментъ самаго удаленія опухоли было сильное кровотеченіе, которое замѣтно стихло послеъ ея экстирпации и было совершенно остановлено тампонадой спереди. По извлеченіи тампона можно было констатировать громадную полость, совершенно свободную отъ опухоли.

Задняя тампонада по Belloqui'у йодоформной марлей и передняя простой стерилизованной турундой. Установа лоскута на мѣсто. Швы. Повязка.

По окончаніи операціи у больного былъ пульсъ и общее состояніе хорошее. Т° вечеромъ въ день операціи 36,1°.

Первые 5 дней постъ операции Т° держалась по вечерам на подлорхорядочных цифрах, давъ скачки на слѣдующій день и на 4-й до 38° съ десятками.

На 3-й день произведена смена тампоновъ въслѣдствіе выпаденія конца передняго тампона въ ротъ. При этой смятѣ появилось довольно сильное кровотечение.

Окончательное удаление Белоу'овскаго тампона на 6-й день, постъ чего производилось ежедневное промываніе носа и легкая тампонада его спереди.

Швы были сняты на 5-й день—*prima intentio*.

Т° вплоть до самой выписки давала время отъ времени скачки по вечерамъ до 37,5 и больше.

Больной пробылъ въ клиникѣ постъ операции 4 недѣли и выписался съ полной проходимостью носа для воздуха и вполне довольный косметическимъ результатомъ.

Онъ показывался через $\frac{1}{2}$ и через 3 года—безъ рецидива.

Пат. анат.: Опухоль величиной: 7 ст. длины, 3,5 ст. ширины, 11 ст. въ окружности и 38,0 вѣса.

Микроскопическая картина ея вполне соответствуетъ описанію въ главѣ о патологической анатоміи этихъ опухолей (стр. 18—21): Fibroma.

№ II. Иванъ Ремонтовъ, крестьянинъ 18 л., поступилъ въ хирургическое отдѣленіе лѣтнихъ бараковъ Клиническаго Военнаго Госпиталя 18/VIII, выписался 9/IX 1903 г.

При поступленіи жаловался на отсутствіе носового дыханія, препятствіе при глотаніи и носовыя кровотечения, которыя послѣднее время стали и сильнѣе, и чаще. Продолжительность болѣзни исчисляется въ 2—2 $\frac{1}{2}$ года.

Общее состояніе больного удовлетворительное, кожа и видимыя слизистыя оболочки нѣсколько блѣдноваты. Со стороны внутреннихъ органовъ замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не наблюдается.

Передняя риноскопія обнаруживаетъ въ самыхъ заднихъ отдѣлахъ объема носовыхъ полостей опухолевидную массу, похожую на аденоид-

ныя разрастанія. Переднія части носа отъ опухоли свободны. Зато вся носоглотка выполнена бугристой опухолью довольно мягкой консистенціи, которая выпячивается мягкое небо впередъ и низдавливаетъ заднюю часть твердого.

Въ области лѣвой скуловой ямки прощупывается небольшая продолговатая опухоль болѣе твердой консистенціи, чѣмъ окружающія ее ткани.

23/VIII. Произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи больного по Rose, операція удаления опухоли (В. А. Ошпель). Въ срединному сѣченію носа съ раздвиганіемъ носовыхъ костей добавленъ кожный разрѣзъ отъ верхняго конца этого сѣченія до внутренняго угла лѣваго глаза; въ направленіи этого разрѣза отдѣлена долотомъ носовая кость отъ соединенія ея съ лобной; произведена подкожная остеомія основанія носового отростка (с помощью Ратимовъ-Вредена).

По отворачиваніи освобожденной такимъ образомъ боковой стѣнки носа, опухоль извѣчена ножницами, введенными со стороны носа, тогда какъ палецъ другой руки со стороны носоглотки старался самой опухолью тампонировать хоаны, проталкивая опухоль въ носъ. Обильное кровотечение. Опухоль своимъ прикрѣпленіемъ занимала весь сводъ носоглотки.

Передняя и задняя тампонада. Установка резецированнаго участка на мѣсто. Швы. Повязки.

Больной довольно хорошо перенесъ операцію.

Постъоперационное теченіе гладкое. При попыткѣ удалить Белоу'овскій тампонъ на 3-ьи сутки постъ операціи появилось кровотечение, такъ что пришлось возобновить тампонаду. Окончательно этотъ тампонъ былъ удаленъ на 5-я сутки, когда и было приступлено къ ежедневному промыванію носа.

Швы удалены черезъ 4 сутокъ—*prima intentio*. Полное укрѣпленіе лоскута наступило на второй недѣли постъ операціи.

До самой выписки было обильное слизисто-гноинное истеченіе изъ носа и частые вечерніе подъемы Т° до 37,5.

Больной выписался черезъ 26 дней постъ операціи съ свободнымъ носовымъ дыханіемъ и еде замѣтнымъ рубцомъ.

Через 2 года больной опять явился с рецидивом (см. следующую №).

№ III. Тот же больной 19 л. поступил туда же 30/VII, выписался 10/XI 1905 г.

Удаленная 2 года тому назад опухоль дала постепенно увеличивавшийся возврат опухоли и вызвала снова невозможность дышать носом, затруднение глотания, кровотечения, а кроме того понижение слуха и течь из ушей.

Бугристая, мягкая на ощупь, с небольшим яблоко величиной опухоль занимает всю носоглотку, низдавливается и выпячивается вперед мягкое небо и свисает из-под его свободного края.

Носовые ходы по прежнему свободны от опухоли.

Левая щека под скуловой дугой заметно выпячена, где и прощупывается круглая опухоль подвижная и резко отграниченная от окружающих тканей.

Внутренние органы, как и раньше, — в порядке.

5/VIII. Подъ хлороформным наркозом произведена операция удаления опухоли (В. А. Опель). Положение больного по Rose и полунаркозом во время самого удаления опухоли.

Среднее сечение носа по старому рубцу с разъединением носовых костей; подкожная остеотомия основания носового отростка верхней челюсти в направлении к нижнему краю глазницы (способ Liharta).

Извлечение по частям опухоли из носоглотки, сидящей на широком основании на своде ее. Удаление опухоли было очень затруднено в виду ее величины и ширины места прикрепления, а также вследствие узости доступа к ней.

Сильное кровотечение, остановленное передней и задней тампонадой. Швы. Повязка.

В тот же сеанс сделана временная резекция скуловой дуги по Bruny и без труда выдвинута опухоль с яблоко величиной. Опухоль сильно расширила for. sphenopalatinum и разрушила заднюю стенку Гайморовой полости, благодаря чему открылся широкий доступ в носоглотку.

Установка на место лоскута. Швы. Дренаж, получившийся на месте опухоли, полости и выведение его конца через наружный незащитный уголь раны.

Во время операции была продолжительная остановка дыхания, потребовавшая искусственного дыхания и подкожного введения солевого раствора (800,0). Больной вынесен из операционной в сильно ослабленном состоянии, с пульсом 110—120 ударов в 1'

Следующие за операцией 3 дня T° была 37,5 утром и до 38° вечером, когда и пульс частил 120 ударов в 1'

В дальнейшем послеоперационный период текл гладко.

Снята тампонада на 3-ьи сутки, а полное их удаление на 6-ю, когда и приступлено к промыванию носа.

Всё швы сняты к 5-му дню—prima intentio.

Заводилась при перевязках турунда в свинец на щеку, который становился все меньше, а ко времени выписки совсем закрылся.

Первые 10 дней было обильное слизисто-гноинное отделение из носа. Больной выписался в хорошем общем состоянии, со свободным носовым дыханием и с малозаметным рубцом.

Патол. anat.: Опухоль, в видъ разрастания различной консистенции, весит в общей массе 90,0.

Микроскопическая картина см. рис. 2: Fibroma.

№ IV. Ивань Мельниковъ, крестьянин 17 л., поступил в Госпитальную Хирургическую Клинику 1/II, выписался 22/II 1905 г.

При поступлении жаловался на появившееся 1 г. тому назад закладывание носа, носовой отёк голоса и головную боль в висках.

До этого был сильный насморк.

6 месяцев тому назад присоединилось гнойное носовое истечение главным образом из правой ноздри, при чем нередко в смеси с кровью.

За 2 мес. до поступления в клинику ему удалили несколько кусочков опухоли через естественные пути безо всякого облегчения для больного.

Больной слабого телосложения и плохого питания, грудная клетка плохо развита; кожа бледна, шелушится, легко захватывается в складку, T° ее на ощупь повышена; лимфатически железы шеи увеличены, осо-

бенно подчелюстная слѣва, гдѣ появилась недавно болѣзненность при дотрагиваніи. Т° со второго дня поступления больного въ клинику все повышалась по вечерамъ до 37,5—38,6.

При выслушиваніи легкихъ въ нижней долѣ лѣваго легкаго обнаруживается жесткое дыханіе съ бронхиальнымъ отѣнкомъ.

Тоны сердца чистые, I тонъ у верхушки нѣсколько глуховатъ. Органы брюшной полости замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Въ дѣтствѣ перенесъ скарлатину, послѣ которой дошвилась течь изъ ушей. Носъ нѣсколько расширенъ у своего корня.

При передней риноскопии въ лѣвой половинѣ носа послѣ вытиранія скопившагося здѣсь слизисто-гнойнаго отдѣляемаго обнаружена красная, легко кровоточащая опухолевидная масса, которая преграждаетъ совершенно проходеніе воздуха съ этой стороны. Въ правой половинѣ констатировано сильное ее суженіе отклоненіемъ свода носовой перегородкой, почти вилотію прилегающей къ гипертрофированной нижней раковинѣ. Черезъ эту полость—сильное слизисто-гноинное истеченіе. Слизистая оболочка носа гиперемирована, разрыхлена и отѣчна.

Въ носоглоткѣ при задней риноскопии видна красная бугристая масса, покрытая мѣстами гноевиднымъ отдѣляемымъ. При опущиваніи—она мягкой консистенціи и на широкое основаніи. При пальцевомъ изслѣдованіи показывается кровотеченіе, при чемъ кровь течетъ и изъ лѣваго уха.

При отоскопии констатируется полное разрушеніе лѣвой барабанной перепонки, хроническій зловопахъ средней отитъ этого уха и старые рубцы вмѣсто барабанной перепонки, въ правой ухѣ. Слухъ пониженъ на оба уха.

8/II. Произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ операція удаленія опухоли (В. А. Опель). Положеніе больного и способъ наркоза, какъ въ предыдущемъ случаѣ.

Срединное сѣченіе носа и подкожная остеотомія носового отростка, какъ и въ предыдущемъ случаѣ (способъ Linnhart'a). Опухоль изсѣчена ножницами подъ контролемъ пальца, заведеннаго въ носоглотку со стороны рта. Она оказалась сидящей на широкое основаніи въ области тѣла клиновидной кости, и по удаленіи—величиной съ хорошую сливу. Выскабливаніе острой ложечкой мѣста ея прикрѣпленія. Кровотеченіе несильное. Передняя и задняя тампонада. Швы. Повязка.

Въ первые дни послѣ операціи было особенно обильное гноинное отдѣленіе главнымъ образомъ изъ правой полости, задерживаемое кровостоенавливающимъ тампономъ, и сильный отѣкъ и небольшое кровоизліаніе изъ въѣхъ. Т° держалась въ теченіе 12 дней послѣ операціи 37,5—38,0 по вечерамъ. Въ легкихъ въ это время выслушивались разбланными влажными хрипы, и было пощеченіе и изъ праваго уха.

По удаленіи тампона на 3-й день послѣ операціи появилось кровотеченіе. На слѣдующій день тампонъ былъ смѣненъ, а на 6-й сутки съестъ удаленъ и было приступлено къ ежедневнымъ промываніямъ носа.

На 5-й день сняты швы—*prima intentio*.

Больной выписался черезъ 2 недѣли послѣ операціи съ восстановленнымъ носовымъ дыханіемъ, съ нормальной т°, хорошимъ общимъ состояніемъ и незамѣтнымъ рубцомъ на спинѣ носа.

Патол. ават.: Опухоль не сохранилась. Въ исторіи болѣзни значится: «фиброма, богатая кровеносными сосудами».

№ V. Павловъ, крестьянинъ 19 л., поступилъ въ клинику съ опухолью, занимающей носоглотку, правую половину носа, и вышедшей въ скуловую ямку, выпятивъ щеку до самой *regio parotidea* и выдвинувъ рясоную область.

Больной сильно обзекреленъ давними постоянными и обильными кровотечениями изъ носа, которыя неоднократно были и за время пребыванія больного въ клиникѣ. [Болѣе подробныхъ свѣдѣній о ходѣ болѣзни мы не имѣемъ, такъ какъ исторія болѣзни этого больного оказалась затерянной].

Больной дышетъ съ трудомъ, такъ какъ носоглоточная часть опухоли спускается глубоко изъ-подъ свободнаго края мягкаго неба.

Въ виду жизненныхъ показаній рѣшились на операцію, несмотря на явную тяжесть ея предсказанія.

28/II 1906 г. Подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніе больного по Rose произведена операція изсѣченія опухоли.

Предварительная временная резекція по носо-челюстному способу В. А. Опель (В. А. Опель): Послѣ кожного разрѣза по Weber'у, при чемъ подгазанничій разрѣзъ былъ продленъ значительно наружу черезъ скуловую кость и по верхнему краю скуло-

вой дуги, произведена резекция половины носа (носовая кость съ выходящим отростком верхней челюсти), передней стѣнки Гайморовой полости, скуловой кости и скуловой дуги. Верхній распил велся по ходу кожного разреза, нижній со стороны рта отъ ниже-наружного угла арет *rugiformis*. Возможность отвернуть доску безъ препятствія со стороны задне-боковой стѣнки верхне-челюстной кости объясняется самымъ распространеніемъ опухоли, которая выполнила Гайморову полость, заушривавъ *maxilla sup.* въ области ея *tuberositas*. Получился широкій доступъ и въ носъ и носоглотку, и въ Гайморову полость, и въ скуловую ямку.

Но уже во время предварительной операции было очень сильное кровотеченіе, которое особенно увеличилось въ моментъ отдѣленія опухоли отъ свода носоглотки и сращеній въ носовую и Гайморову полости.

Кровотеченіе по извлеченіи опухоли остановлено тампонадой. Установка на мѣсто доски. Швы.

Во время наложенія швовъ пульсъ упалъ и дыханіе остановилось. Несмотря на всѣ предпріятыя мѣры къ оживленію больного, онъ умеръ, не приходя въ себя.

При вскрытіи констатирована смерть отъ анеміи.

Патол. anat.: Извлеченная опухоль представлялась въ видѣ ряда твердыхъ долей, собранныхъ въ некоторыхъ мѣстахъ, какъ бы въ гроздь. Она вѣсила въ общей массѣ 210 гр.

Микроскопическая картина ея изображена на рис. 1: Fibroma.

№ VI. Александръ Виталь, воспитанникъ С.-Петербургскаго Училища для глухонемыхъ 19 л., поступилъ въ Госпитальную Хирургическую Клинику 27/X, выписался 27/XI 1906 г.

У больного, глухонмого съ ранняго дѣтства, 1 годъ тому назадъ появилось носовое кровотеченіе, которое повторялось въ теченіе всего года и особенно участилось послѣднее время.

Въ это же время онъ замѣтилъ затрудненіе носового дыханія, перешедшее 1 мѣсяць тому назадъ въ полную непроходимость носа.

Недавно появились шумъ въ ушахъ, головокруженіе и головная боль, главнымъ образомъ въ лѣвой сторонѣ.

Больной выше средняго роста, съ хорошо развитой костной и мы-

шечной системой, умѣреннаго питанія, съ нѣсколькими блѣдными покровами.

Бросается въ глаза выпячиваніе лѣвой боковой стѣнки носа и смотрящая изъ ноздри стрѣла распадающейся массы опухоли, которая издаетъ зловонный запахъ.

При передней риноскопій видна все также опухоль съ изъязвленной поверхностью, заполняющая всю лѣвую носовую полость и отдавливающая перегородку въ противоположную сторону до полной непроходимости и правой половины носа.

Органы груди и живота—въ порядкѣ. Количество гемоглобина по Bowers'у 70%.

Изъязвленная поверхность ежедневно была смазываема растворомъ іодъ-глицерина.

6/XI. Подъ хлороформнымъ наркозомъ въ «косомъ положеніи» по Kocher'у сдѣлана операция удаленія опухоли (Ф. Л. Кобылинскій).

Предварительная временная резекція носовой кости и носового отростка по Langenbeck'у, при чемъ боковой кожный разрезъ и соответственный распилъ кости проведенъ болѣе кнаружи, ближе къ *for. infraorbitale*.

Извѣщеніе опухоли ножницами до обнаженія кости въ мѣстѣ ея прикрѣпленія на сводѣ носоглотки подъ контролемъ пальца, введеннаго въ носоглотку черезъ ротъ. Опухоль Люгевскимъ зажимомъ извлечена черезъ носъ съ пластинкой кости у ея основанія. Сильное кровоточаніе сосудовъ оставшагося покрова на сводѣ носоглотки. Задняя и передняя тампонада носа. Установка на мѣсто доски и швы. Давящая повязка.

Въ виду пульса—135 ударовъ въ 1'—влитъ 500,0 солевого раствора, такое же вливаніе повторено вечеромъ, послѣ чего пульсъ сталъ рѣже, 96 ударовъ въ 1', и полнѣе.

Первые 2 дня послѣ операций t° была около 38° и 2 недѣли держалась на подлихорадочныхъ цифрахъ по вечерамъ.

На 3-й день—смыла носовыхъ тампоновъ, сопровождавшаяся небольшимъ кровоточеніемъ.

Кожные швы сняты на 5-й день, при чем на кончик носа и на шею образовалось нагноение в швах, сопровождавшееся отеком левого глаза. По снятии корочек в местах нагноения отшло по капле гноя и образовались неглубокие свишневые ходы, которые после тампонации их закрылись в несколько дней.

Рубцы в этом случае были более заметны вследствие бывшего здесь нагноения в швах, и нос казался несколько расширенным. Во всяком случае форма носа была лучше, чем до операции. Больной покинул клинику через 3 недели после операции вполне довольный успехом лечения.

ИТЬ рецидива больше 1 года.

Пат. анат.: Опухоль величиной с куриное яйцо, розового цвета, твердой консистенции. Микроскопическое исследование обнаружило типичскую картину для Fibroma основания черепа, описанную в патолого-анатомической части нашей диссертации.

№ VII. Арсений Антипов, крестьянин 20 л. поступил в Госпитальную Хирургическую Клинику 24/XI, умер 17/XII 1906 г.

ИТЬ ни в прошлом больного, ни в его наследственности каких-либо указаний на серьезные заболевания.

5 лет тому назад появилось первое носовое кровотечение без видимых причин, которое напугало больного своей силой.

С тех пор кровотечения не покидали больного, появлялись по несколько раз в месяц, доводя его иногда до полного обезличивания, и продолжались иногда по неделям. С этой осени кровотечения уменьшились. 3 года тому назад появилось сильное закладывание носа. Он обратился тогда в местную земскую больницу, где 2 раза ему пытались удалить полипы в носу полипными щипцами. И каждый раз эта операция сопровождалась потоками крови. Теперь больной совершенно лишен носового дыхания.

Больной выше среднего роста, хорошего относительно питания, с хорошо развитой костной и мышечной системой, но с резко выраженной бледностью кожных и видимых слизистых оболочек. Со стороны органов грудной и брюшной полости, а равно и мочевых путей отклонений от нормы.

Лицо асимметрично: вся правая половина носа, особенно у его

конца, сильно выпячена, ноздря несколько расширена, носогубная складка сглажена.

При передней риноскопии обнаруживается уже в самом переднем отделе правой носовой полости на границе кожи и слизистой оболочки, гладкая, покрытая сильно налитой кровью слизистой оболочкой поверхность опухоли, которая совершенно закрывает всю эту половину носа и не дает заглянуть в нее. Эта опухоль отдавливает носовую перегородку в противоположную сторону до полной непроходимости левой носовой полости. При задней риноскопии видна круглая, с абрикосовой величиной, опухоль, свисающая до соприкосновения ее с мягким небом. Опухоль гладкая темно-красного цвета, местами переходящая в лиловый оттенок. По бокам опухоли имеются свободные небольшие пространства.

Пальцевое исследование констатирует эластическую консистенцию опухоли, широкое основание ее места прикрепления на свод носоглотки и асимметрию задней части носовой перегородки, которая отодвинута в левую сторону идущим в носовую полость отростком опухоли.

После пальцевого исследования появилось очень сильное кровотечение, как через рот, так и через нос, которое с трудом было остановлено повторной тампонадой.

С пятого дня после поступления в клинику у больного появилась катаральная ангина сначала на правой, потом на левой стороне. Она сопровождалась повышением t° и сильной болью при глотании и продолжалась около 2 недель.

17/XII. Подъ хлороформным наркозом была произведена операция удаления опухоли (Ф. Л. Кобылинский). Положение больного во время самого удаления опухоли по Rose, в остальное время в горизонтальной плоскости.

Предварительная типичная операция временной резекции носовой кости и носового отростка верхней челюсти справа по Langenbeck'sky. При перещипывании ножовкой этого последнего, больной потерял уже довольно много крови вследствие ранения концом пилы опухоли.

Когда же было приступлено к выстриганию ножницами опухоли,

то кровотечение превзошло всякие предбы: кровь лилась и била потоками, заливая лицо больного и все кругом. Несмотря на быстрое отечение опухоли от ее корня в носоглотку (т.е. затылочной и основной кости), при чем была широко вскрыта sinus sphenoidalis, опухоль, захваченную спереди зажимом, не удавалось извлечь. А кровь в это время лила струями. Оказалось, что опухоль крѣпко спаяна со стѣнками носовой полости. По отдѣленіи опухоли от этих срощеній и удаленіи ее, носовая и носоглоточная полости были быстро затампированы, и кровотечение затихло. По излеченіи этого временного тампона была видна широкая носо-носоглоточная полость, свободная от опухоли. Въ глубинѣ ее бѣдали стѣнки вскрытой клиновидной пазухи. На мѣстѣ спаекъ были сняты небольшие кусочки опухоли.

Во время удаленія опухоли уже началъ падать пульсъ и остановилось дыханіе. Послѣ вливанія солевого раствора и инъекціи камфары подъ кожу, дыханіе возстановилось и пульсъ сталъ лучше.

Послѣ тщательной передней и задней тампонады, лоскутъ былъ установленъ на мѣсто и были наложены кожные швы. Во время наложенія повязки, у больного остановилось вновь дыханіе, и хлороформаторъ заявлялъ, что пульса нѣтъ.

Были предприняты всѣ мѣры къ оживленію больного: 2 шприца камфары и по одному кофеина и адреналина, увиваніе приподнятыхъ конечностей эластическимъ бинтомъ, массажемъ сердца по König-Maas'у и искусственное дыханіе въ теченіе 1 часа 10'.

Больной остался мертвымъ на операционномъ столѣ.

Операция длилась 50'.

На вскрытіи констатирована смерть отъ большой кровопотери.

Срощенія въ носу съ бывшей опухолью оказались въ нѣсколькихъ мѣстахъ, главнымъ образомъ на дѣлѣ носа на $1\frac{1}{2}$ —2 ст. отъ наружнаго отверстія носа и на перегородкѣ нѣсколько глубже на протяженіи ст. въ 2.

Была обнажена кость отъ надкостницы на верхней и частью задней стѣнкѣ носоглотки и широко вскрыта клиновидная пазуха. Носовая перегородка, отодвинутая опухолью вѣво, прямо лежала на лѣвой боковой стѣнкѣ носа, такъ что полость носа и носоглотки представляли

одно цѣлое и въ нихъ свободно входили спереди нѣсколько пальцевъ.

Пат. анат.: Опухоль послѣ ея удаленія спазась, какъ выжатая губка и стала до неузнаваемости мала: длина 6 ст., ширина 3 ст., окружность 7,5 и весъ 17,0.

Микроскопическая картина Fibromы этой области, но почти сплошь состоящей изъ кровеносныхъ полостей.

№ VIII. Михаилъ Гусакъ, крестьянинъ 16 л., поступилъ въ клинику 5/1, выписался 8/IV 1907 г.

Годъ тому назадъ, по словамъ больного, у него сильно заложилъ носъ, до того былъ сильный насморкъ, а вскорѣ появились и сильныя кровотечения сначала изъ носа, а потомъ и изо рта.

Кровотеченія бывали почти ежедневно по большей части въ ротъ, иногда очень обильныя (по стакану), нѣсколько разъ ночью заливала кровь въ дыхательные пути, такъ что больной просыпался съ сильнымъ кашлемъ и весъ въ крови.

Последнія 2 вѣдѣли до поступленія въ клинику кровотеченій не было. Больной выглядитъ младше своихъ лѣтъ, онъ небольшого роста, сильно истощенъ, худъ и обезкровленъ. Органы груди и живота—въ порядкѣ, кромѣ нѣкотораго опущенія краевъ легкихъ.

Больной держитъ всегда открытымъ ротъ и дышетъ съ хрипомъ и ушаченымъ ритмомъ. Изо рта распространяется сильное гнилостное зловоніе.

При передней риноскопії констатируется симметричное стояніе перегородки и явленія хроническаго гипертрофическаго насморка. Въ глубинѣ нижняго лѣваго носоваго хода виденъ отростокъ опухоли.

Мягкое небо сильно выпячено и низдавлено, при отодвиганіи его крючкомъ вверхъ видна нижняя часть опухоли блѣднаго цвѣта.

Задняя риноскопія на ея нижней поверхности обнаруживаетъ язву съ сѣрымъ налетомъ, по краямъ ея—кровонаполненія и запекшуюся кровь.

Пальцевое изслѣдованіе показываетъ, что она своимъ основаніемъ сидитъ больше на задней и отчасти на лѣвой боковой стѣнкѣ носоглотки; перегородка въ заднемъ отдѣлѣ носа отклонена вправо. Слѣдствіемъ этого изслѣдованія появилось сильное кровотеченіе.

Кровотеченія неоднократно и самопроизвольно бывали во время пребыванія больного въ клиникѣ. Такъ, на 17-й день пребыванія

больного в клинику ему была назначена операция, но у больного ночью на это число появилось такое кровотечение, что дежурный врач с трудом с ним справился, и пришлось отложить операцию в виду сильного обезкровливания больного. После усиленного лечения больного препаратами железа и повышенным питанием, была ему произведена операция еще через 20 дней. Обращала внимание на себя в клинике крайняя сонливость больного. Но стоило больному заснуть, чтобы он непременно должен был вскопчить от приступа задыхания. Когда больной спит, то храпит разносит по всему корридолу клиники.

10/II. Подъ хлороформным наркозом в положении по Rose (во время самого удаления опухоли) произведена операция (проф. С. П. Федоров).

Предварительная операция временной резекции носовой кости и носового отростка по Langenbecku, в виде имитации, как в № 1.

Сильное кровотечение. Тампонада Швы. Повязка. Пульс—хороший. Первые 3 дня после операции ¹⁰ держалась между 38 и 39°. Впоследствии до самой почти выписки по вечерам была субфебрильна, давая иногда скачки и до 38°.

Тампонъ Belloqi'a больной выкашлянула на 4-й день после операции. На следующую день извлечены окончательно глубокие носовая тампоны, которые до этого только смывались, и приступлено к ежедневным промываниям носа.

На 5-й день сняты швы, они разошлись в верхней части бокового разреза, где образовался свищ, который закрылся только через 1½ месяца после неоднократного его выскабливания и прижигания.

Больного долго задержало в клинике сильное отделение из носа, неуравновешенность ¹⁰, вышеупомянутый свищ и общая слабость и малокровие.

Выписался значительно окрещшим, с свободным дыханием и вполне довольный косметическим результатом операции.

Показывался через ½ года в полном здравьи.

Пат. анат.: Опухоль твердая, местами бугристая в 6 см. длиной, 4 см. ширины, 11 см. в окружности и 38,0 веса.

Микроскопическое исследование обнаружило типическую картину для Fibromы основания черепа. Но в этом случае, хотя было констатировано и много сосудистых полостей, но они не выступали на первый план, как особенно в предыдущем и в других случаях. Местами попадались кистозные полости.

№ IX. Варвара Смирнова, сельская учительница 45 л., поступила в Госпитальную Хирургическую Клинику 13/II 1906 г., выписалась 30/I 1907 г.

Происходить из семьи, где опухолей ни у кого в роду не было; мать больной умерла от туберкулеза, отец—в глубокой старости.

Больная—замужем, имела 5 детей, из которых второй был мертворожденным. Никакими болезнями не страдала, кроме хронического насморка.

3 года тому назад появилось сильное закладывание левой ноздри и выделение слезы из этого глаза. Она тогда же обратилась к местному врачу, который удалил у нее из носа полипы, после чего наступило временное улучшение. Вскоре однако появилось опять закладывание носа, а 1 год тому назад наступила и полная невозможность дышать носом и полная потеря обоняния. Не заставлял себя ждать и носовая кровоточивость.

Перед тем, как лечь в клинику, больная обращалась в два медицинских учреждения С.-Петербурга, в одном из которых был взят кусочек опухоли для микроскопического исследования, и больной было отказано в операции; в другом она пролежала 7 недель, и так ее и не решились оперировать.

Больная говорит, что за время болезни она сильно похудела.

Больная среднего роста, с очень подорванным питанием, кожа очень бледна, легко захватывается в складку. Обычное исследование внутренних органов дает отрицательный результат.

Бросается в глаза выпячивание боковой стенки носа у его ворня. При передней риноскопии констатируется в обеих ноздрях присутствие опухоли красного цвета. В левой половине носа эта опухоль не доходить на ½—1 см. до ноздри, тогда как в правой она занимает только заднюю часть носовой полости.

При задней риноскопии видна ее нижняя поверхность бугристая

кровоточащая; даже видно, как собирается кровь капля за каплей. Боковые части носоглотки близ Евстахиевых труб свободны.

Ужь одна риноскопия у больной вызвала сильное кровотечение. Эти кровотечения неоднократно повторялись в клинике и заставили сблизить с операцией.

23/II произведена операция под полным хлороформным наркозом во время предварительной операции и неполном во время удаления самой опухоли. Положение больной по Rose (проф. С. П. Федоров). Временная резекция носовой кости и носового отростка по Langenbeck'у с боковым разрезом и соответственным расщеплением, проведенным почти что к наружному углу глаза.

Опухоль оказалась выполинившей левую Гайморову полость и прошедшей насквозь перегородку носа. Разбитие перегородки носа и раздвигание половин носа, как створки; при чем получился широкий доступ, при отворачивании резецированного участка, и в Гайморову полость.

Опухоль быстрыми ударами ножниц изъяснена вместе с частью перегородки и вместе с своим отростком в *sin. maxillaris*. Она была прикреплена широким основанием к передней части носоглоточного свода. Сильное кровотечение, остановленное передней и задней тампонадой носа. Установка резецированного участка на место. Швы. Перевязка. Пульс 80 ударов в 1'.

Смѣна тампонов на 3-й день после операции, когда приступлено к ежедневным промываниям носа. Швы сняты на 8-й день. 1^ю неделю после операции была нормальная.

С 8-го дня появился озноб, повышение t° до $38,3^{\circ}$ и рѣзкая краснота на спинкѣ носа. В слѣдующие за этим дни появилась отек лѣваго глаза, кожи лба и краснота съ рѣзким краем на лѣвой щекѣ, а потомъ когда рожистое воспаление смѣна затихло, краснота и отек перешли на правую сторону.

Все это время t° повышалась по вечерамъ до $38,2 - 38,6^{\circ}$, больная жаловалась на сильную головную боль.

Ежедневная смѣна повязки, смазывание рожистыхъ мѣсть ирг. ichtyli 20%.

В течение недѣли всѣ воспалительныя явления стихли, t° упала до нормы и самочувствие больной стало лучше. Только осталась ограниченная краснота и флюктуирующая опухоль под лѣвымъ глазомъ въ верхнемъ отдѣлѣ бокового кожного разрыва. По вскрытіи этого нарыва оттуда вышло много гноя и шелковая лигатура.

Получившійся свищъ велъ въ Гайморову полость, который при ежедневной все болѣе и болѣе поверхностной тампонадѣ черезъ 10 дней закрылся.

Рубцы получились мало замѣтными, восстановилась полная проходимость носа, и самочувствие больной стало улучшаться. Только ее мучило слезотечение изъ лѣваго глаза, потребовавшее в течение недѣли передъ выпиской производства зондирования слезно-носового канала зондами № 1 — № 4, послѣ чего и эта неприятность значительно уменьшилась.

Черезъ 11 месяцевъ послѣ выписки больной, мы имѣли о ней свѣдѣнія, что она въ полномъ здоровьи продолжаетъ свои занятія въ сельской школѣ.

Пат. анат.: Опухоль бугристая, красного цвѣта, состоитъ какъ бы изъ 2 долей въ передней своей части, гдѣ она раздѣлена углубленнымъ, въ которомъ видна резецированная часть перегородки, соединенная съ опухолью въ одно цѣлое. Длина опухоли 8 см., ширина 5 см., окружность 13 см. и вѣсъ 59,0.

Микроскопическое исследование обнаружило Endotheliom'y, описание которой см. стр. 22.

№ 10. П. Чукшинъ 21 года поступилъ въ Госпитальную Хирургическую Клинику 1/II, умеръ 17/II 1907 г.

Два года т. наз. у больного появились впервые кровотечения, которые были очень упорны, часты и обильны. Особенно онѣ замучили его въ прошломъ году, когда кровотоки были по стазису иногда за разъ, доводили его временами до обморочнаго состоянія. Последнее кровотечение, бывшее 1^ю недѣли т. наз., было особенно сильно, почему больной и послѣдшій обратиться въ клинику. Рядомъ съ носомъ вѣмъ кровотечениями больной замѣтилъ и сильное закладывание носа сначала съ лѣвой, а потомъ и съ правой стороны. Годъ т. наз. онъ обнаружилъ у себя въ глубинѣ лѣвой ноздри подвижную, кровоточащую

при дотрагивании опухоли. В остальном больной считает себя здоровым, жадуя только на сильную слабость. В наследственности никаких указаний.

Больной среднего роста, хорошего сложения и питания, с сильно выраженным малокровием покровов и видимых слизистых оболочек. Лицо несколько ассиметрично: выпячена передняя стенка Гайморовой полости. Дыхание только через рот. Из левой ноздри выдает гладкая красная опухоль.

При передней риноскопии—она выпячивает всю левую носовую полость и отдавливает носовую перегородку в противоположную сторону. При попытке обойти ее зондом появилось сильнейшее кровотечение, еще остановленное кровоостанавливающими средствами, и давнившая в меньших размерах бланная сукка.

При оттягивании крючком мягкого неба вверх, видна носоглоточная часть опухоли, более бланная на вид, дольчатая. При пальцевом исследовании опухоль оказывается довольно мягкой консистенции, место прироста ее—в области тела клиновидной кости. Между ней и боковыми стенками носоглотки имеется свободное пространство. Внутренние органы—в норме. Тоны сердца чисты, но несколько глуховаты. Количество гемоглобина по Gowers'y 60%.

17/II. Подъ хлороформным наркозом операция удаления опухоли (В. А. Опель).

Срединное сечение носа с раздвижением носовых костей, подкожная остеотомия основания носового отростка верхней челюсти (способ Linnhart'a). Предварительная задняя тампонада.

Захватывание спереди опухоли Museau и под контролем пальца со стороны рта, который поддерживал задний тампон, попытки отсечь опухоль у ее основании ножницами, введенными через открытый доступ. Но доступ оказался недостаточно широким, опухоль рвалась по частям и давала потоками кровотечение. По окончании удаления опухоли, тампонады передней и задней и по наложении швов, больной с слабыми признаками жизни был вывезен в палату. Еще в операционной ему сделано подкожное вливание 500,0 солевого физиологического раствора и шприц камфары под кожу.

Такое же вливание и впрыскивание повторено в палате, но больной при нарастающей слабости сердечной деятельности скончался через 8 час. после операции.

На вскрытии была обнаружена отросток опухоли со сливочной величиной в клиновидной полости. Этот отросток имела довольно большую кисту и сильно истончила и раздвинула стенки клиновидной пазухи. Было констатировано увеличение заглочных лимфатических железок.

Пат. анат.: Опухоль в общей сумме была с мандарин величинной, заметно уменьшилась по удалении.

Микроскопическое исследование ничего не прибавило к обычной картине Fibromы основания черепа, представленной нами выше, в патолого-анатомическом отделе диссертации. Стенка кисты не имела собственной выстилки.

№ XI. Алексей Кустов, студент Юрьевского Университета 23 л., поступил в Госпитальную Хирургическую Клинику 29/XI 1907 г., выписался 18/I 1908 г. Сь самого детства страдать недостатком носового дыхания, так что точно не может указать начала настоящего заболевания. Больной жадуется на полную необходимость для воздуха левой носовой полости. Он рассказывает, что 4 г. т. наз. по этому же поводу он обращался на клинику по болезням уха, горла и носа проф. Н. П. Сидановского, где ему было произведено гальванокаустической петлей удаление через нозь опухоли с волошекой орех, величиной. Было временное облегчение дыхания, но через несколько месяцев ноздрю опять заложило до полной ее непроходимости.

Вот уж 1½ года, как болезнь остается все в том же положении. Больной дышет исключительно ртом, что вызывает постоянные катары зьва, глотки и гортани. По временам бывают небольшие кровотечения из носа. Голос имеет характер «rhinolalia clausa post».

Месяц тому назад были неудачны попытки удаления опухоли чрез естественные пути, сопровождавшиеся кровотечением, в хирургической клинике Юрьевского Университета.

Больной выше среднего роста с прекрасно развитой мускулатурой

и хорошим слоением, несколько бледнѣе и истончѣе. Ничѣмъ, кромѣ этого заблѣванія, не хворать. Со стороны внутреннихъ органовъ не обнаруживается при изслѣдованіи никакихъ отклоненій отъ нормы.

Бросается въ глаза узость лица и постоянно нѣсколько открытый ротъ. Альвеолярные отростки сильно сближены другъ съ другомъ, такъ что передніе зубы находятъ одинъ на другой, и твердое небо—узкое, высокое, куполообразное.

При передней риноскопии констатируется сильная узость носовыхъ ходовъ, особенно слѣва, гдѣ шпиль носовой перегородки соприкасается съ нижней раковиной. Такимъ образомъ вглубь носовыхъ ходовъ и послѣ смазыванія слизистой оболочки растворомъ кокаинъ-адреналина заглянуть не удается.

Задняя риноскопия обнаруживаетъ въ носоглоткѣ круглую опухоль съ грецкій орѣхъ величиной, стоящую почти по средней линіи у задняго края сошника, по большей своей частью закрывающую лѣвую хоану. На поверхности ее видно кровозлитіе отъ недавней попытки захватить ее щипцами. При пальцевомъ изслѣдованіи опухоль оказывается довольно мягкой консистенціи, прочно фиксированной въ своемъ положеніи. Палецъ оцупываетъ ее мѣсто прикрѣпленія въ самой передней части свода носоглотки и задняго края перегородки носа и можетъ прослѣдить ея отростокъ въ лѣвую хоану, который сильно отодвинулъ заднюю часть перегородки вправо.

7/XII. Подъ хлороформнымъ наркозомъ въ «косомъ положеніи» больного по Кошегу сдѣлана операція удаленія опухоли по небному способу (Ф. А. Кобылинскій). Въ моментъ самаго удаленія опухоли полунаркозъ.

По раскрытіи рта сначала пробкой на янткѣ (по В. М. Минцу), когда же больной въ полунаркозѣ раздвинулъ ее зубами, то металлическимъ ртраспирителемъ произведено продольное разсѣченіе слизисто-надкостничнаго покрова твердаго неба въ его заднихъ $\frac{2}{3}$, нѣсколько влѣво отъ средней линіи и мягкаго неба влѣво отъ язычка. Слизисто-надкостничный покровъ вмѣстѣ съ соответственной половиной мягкаго неба были распаторомъ отодвинуты влѣво. По обнаженіи такимъ образомъ кости было приступлено къ резекціи задней $\frac{1}{2}$ твердаго

неба. По этому мѣсталу, съ одной стороны, сильное кровотеченіе, съ другой стороны, крайняя узость и глубина твердаго неба, такъ что еде устанавливались даже самыя узкія дозота, почему пришлось отодвинуть слизисто-надкостничный покровъ и вправо; наконецъ, — работа въ темнотѣ полости рта, хотя на это время голова больного и была закинута по Rose.

Была такимъ образомъ съ трудомъ изсѣчена задняя $\frac{1}{2}$ твердаго неба. Приступлено къ удаленію самой опухоли. Приходилось дѣйствовать въ большой узости и глубинѣ сначала ножницами, потомъ изогнутымъ распаторомъ. Инструментъ приходился почти перпендикулярно къ поверхности опухоли и параллельно къ ея ножкѣ. Дѣйствіе велось подъ контролемъ пальца, которому мѣшала инструментъ, а инструменту—палецъ, только моментами ориентируясь зрѣниемъ. Съ большимъ трудомъ была удалена по кускамъ опухоль, величиной съ большую сливу. Она была сросшена съ лѣвымъ краемъ перегородки и прикрѣплялась къ самой передней части свода носоглотки. По удаленіи опухоли мѣсто ея прикрѣпленія было тщательно выскоблено острой ложечкой.

Заведенъ въ носоглотку тампонъ по Belloqu'у, при чемъ его ротовая нитка проведена въ переднемъ углу раны. Тампонада носа и спереди. Utrano-staphylographia.

Больной скоро проснулся въ относительно хорошемъ состояніи. Первые 5 дней послѣ операціи $^{\circ}$ повышалась по вечерамъ до 38° , и больной жаловался на стелющія боли въ лѣвомъ ухѣ. Легкая гиперемія лѣвой барабанной перепонки.

Носоглоточный тампонъ извлеченъ на 3-й день послѣ операціи и съ этого времени приступлено къ ежедневнымъ промываніямъ носа. Точка по извлеченіи тампона обнаружилась сильно гнусавый голосъ, такъ что трудно было понимать, что больной говоритъ. Швы на небѣ прорѣзались на всемъ протяженіи бывшаго разрѣза, такъ что ихъ пришлось постепенно снять въ первую же недѣлю, и рана первое время была воспалена и покрыта бѣлымъ налетомъ. Она была смазываема растворомъ іодъ-глицерина.

Черезъ 10 дней послѣ операціи произошло однако полное спяніе краевъ раны, кромѣ небольшого свѣща въ переднемъ отдѣлѣ разрѣза

и дефекта мягкого неба—между левой дужкой и язычком образовалась выржка.

Перед выпиской больному была сделана в клинике по болезням уха, горла и носа проф. Н. П. Симановского резекция шипа перегородки.

При выписке его через месяц после операции ни при передней, ни при задней риноскопии нельзя было констатировать никакого намека на рецидив или остаток опухоли. Хотя голос больного и стал несколько вынужден, но он все-таки заставляет желать еще многого.

Пат. анат.: Опухоль величиной с большую сливу—Fibro-adenoma.

№ XII. На 40-й день после выписки и через 2 мес. 20 дней после операции больной показывался намъ.

При этом доктором В. И. Волочкомъ была произведена сальпингоскопия для осмотра носоглотки и для точной диагностики функции мышц мягкого неба, так как у больного по прежнему оставался глухой голос. При этом исследовании обнаружено:

В покойном состоянии слыва m. levator не имеет нормально развитого хорошо выступающего валика, как-то обнаруживается справа; он, по видимому, был поврежден при операции.

Во время глотания справа m. levator действует нормально, тогда как слыва онъ не действует, и замечаются только «Zitterbewegungen» соответствующей области.

Сальпингоскопъ был введен через правую носовую полость, так как при попытке ввести его слыва хлынула кровь.

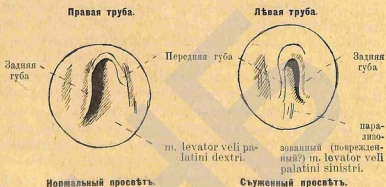


Рис. 6.

При сальпингоскопии, а также при задней риноскопии констатируется опухоль с горюшной величиной безъ рѣзкихъ границъ на заднемъ краѣ перегородки.

Отверстие въ твердомъ небѣ закрылось.

Больной былъ вновь принятъ въ клинику 3/III, гдѣ пробылъ до 2/IV 1908.

12/III. Подъ мѣстной анестезіей смазываніемъ растворомъ кокаинъ (10%)—адреналиномъ (1:1000) была произведена резекція задняго отдѣла сонника острыми щипцами съ соответственной кривизной для проведения въ носоглотку. (Ф. Л. Кобылинскій).

Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операции было носовое кровотечение, потребовавшее задней тампонады по Bellocq u, который былъ извлеченъ на слѣдующій день.

19/III. Произведено подъ такимъ же обезболиваніемъ удаленіе средней правой раковины, которая внушила подозрѣніе, но оказалась только гипертрофированной.

26/III. Сняты остатки рецидива, свисающіе со свода носоглотки въ области бывшей резекціи сонника.

27/III. Выписка.

24/IV. Больной показался въ хорошемъ общемъ состояніи и безъ всякихъ признаковъ рецидива.

№ XIII. Матрена Аверьева, крестьянка 60 л., поступила въ Госпитальную Хирургическую Клинику 15/XII, выписалась 19/XII 1907 г. Въ дѣтствѣ перенесла натуральную оспу, съ тѣхъ поръ совершенно была здорова, вышла замужъ на 20 г. и имѣла 6 человекъ дѣтей. Никакихъ указаній на кака-либо конституціональнныя заболѣванія въ наслѣдственности.

10 л. т. наз. больная послѣ простуды получила сильный насморкъ, боль въ горлѣ и слабость голоса. Вскорѣ развились острые явленія задущенія до потери сознания, потребовавшія трахеотоміи.

Послѣ этой операции больная быстро поправилась и была освобождена отъ трахеотомической трубочки. У нея остался съ тѣхъ поръ на мѣстѣ бывшаго трахеотомическаго отверстия небольшой свищъ, въ который можно свободно ввести головчатый зондъ.

Три мѣсяца т. наз. больная послѣ явленій обычнаго насморка

стала замечать закладывание носа с правой стороны, который вскоре стал непроходим для воздуха с этой стороны.

Два месяца, как заметила в этом носовом ходѣ опухоль, которую больная старалась вдувать в глубь носа.

А месяц тому назад появилась небольшая опухоль правой щеки. Тогда же появились боли в 2 оставшихся коренных зубах верхней челюсти настолько сильные, что по желанию больной оба зуба были выдернуты, при чем один был совершенно здоровый, другой с небольшим дуплом.

И тогда же появилось выпячивание правого глаза, который вскоре стал хуже видеть. Ослабление зрѣнія все усиливалось, и вот уже 1½ недѣли, как больная не различает этим глазом свѣта от тьмы. Дней 10 т. наз. больная проснулась с сильным покраснѣнием этого глаза, с дергающими болями в верхней половинѣ правой щеки. С того времени головные боли только усиливаются, захватывая больнѣй район.

За три дня до поступления в клинику появилась и опухоль века, куда распространились и боли. Недавно у внутреннего угла глаза показалась мягкая болезненная, красная опухоль.

При поступлении в клинику были констатированы все перечисленные измѣненія формъ ея лица, с котораго и снята помѣщенная выше фотография (рис. 3). У больной бросается в глаза выпячиваніе всей правой половины лица, доходящее назад до окологлазной области, идущее вперед до самого носа и поднимающееся в височную область.

Соответственная половина носа очень мало выпячена. Зато правый глаз выстоит по крайней мѣрѣ на 2 см. изъ орбиты. Глаз этот совершенно неподвиженъ, не реагирует на свѣтъ, на половину закрытъ натянутым на немъ верхнимъ векомъ, которое, если его поднять, пассивно опускается в прежнее положеніе. Visus=0. При изслѣдованіи глазнаго дна констатируется застойный сосок и расширение венъ сѣтчатки.

Подъ глазнымъ яблокомъ в видѣ валика выстоит отечная соединительная оболочка глаза. Имѣется гнойникъ в области слезнаго мѣшка.

При передней риноскопії констатируется в правомъ носовомъ ходѣ опухоль розоваго цвѣта, гладкая подвижная и обходимаа со всѣхъ сторонъ зондомъ. Ея задній конецъ свисаетъ через хоану в носоглотку, который констатируется при задней риноскопії. Носоглотка пуста. Левая носовая полость—нормальна. При открываніи рта бросается в глаза низдавленіе всей правой половины твердаго неба, которое в этомъ мѣстѣ даетъ ощущение мягкой, мѣстами флюктуирующей консистенціи.

Въ предвери рта с этой же стороны прощупывается такой же консистенціи опухоль, которая снаружи и спереди окружаетъ верхнечелюстную кость. Этотъ отростокъ опухоли нѣсколько подвиженъ. Болезненность при давленіи в области for. infraorbitale.

Увеличеніе железъ подъ нижней челюстью и по заднему краю m. sternocleidomastoideus съ обѣихъ сторонъ. Железы подвижны и безболѣзненны.

По средней линіи шеи—вышеупомянутый трахеальный свищъ.

Больная пролежала 4 дня в клиникѣ и выписалась, какъ подлежащая операци.



Литература.

1. Dieffenbach. Die operative Chirurgie. 1845. Bd. I. S. 278.
2. М. В. Федоровъ. «Фиброма основанія черепа» (fibroma basis cranij). Диссертация 1900 г. С.-Петербургъ.
3. Custodis. Ueber die operative Behandlung der Nasenrachentumoren. Beiträge z. Klin. Chir. 1905. Bd. 47. S. 37—161.
4. Bensch. «Beiträge zur Beurtheilung der chirurgischen Behandlung der Nasenrachentumoren». Inaug. Dissert. 1878. Breslau.
5. Mikulicz. «Geschwülste des Epipharynx». Handbuch der Laryngologie und Rhinologie v. P. Heymann. 1899. Bd. II. S. 399—445.
6. Luschka. «Der Schlundkopf d. Menschen». 1898. Tübingen S. 17.
7. Zarniko. «Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens etc.». Berlin, 1905. S. 40—46 u. 501—531.
8. Траутманн. «Die Krankheiten des Nasenraumes». 1893.
9. Ф. А. Рейна. «Оперативная хирургія лица». Лекціи оперативной хирургіи П. И. Дьяконова, Ф. А. Рейна, Н. К. Люсинова, Н. И. Напалкова. Выпускъ III. Москва, 1903, стр. 929—937.
10. J. Escat. «Evolution et transformation anatomique de la cavité naso-pharyngienne». Thèse de Paris. 1894.
11. Panas. Gazette des hôpitaux. 1873. № 198, p. 861.
12. d'Ornellas. «Des polypes naso-pharyngiens au point de vue de leur traitement». Thèse de Paris. 1854, no Gazette des hôpitaux. 1854. № 88, p. 349.
13. Robin Massé. «Des Traitements des polypes fibreux de la base du crâne, dits naso-pharyngiens». Thèse de Paris, 1894.
14. A. Nélaton. Elements de pathologie chirurgicale. Paris, 1874. T. III, p. 749—771.
15. Delphy. «Quelques considerations sur les polypes naso-pharyngiens et sur leurs traitement par la méthode nasale». Thèse de Paris, 1877.
16. Тиллаух. «Руководство къ топографической анатоміи въ применіи къ хирургіи. Перев. съ III французск. изданія. Подъ редакціей проф. А. С. Таубера. С.-Петербургъ, 1884, стр. 347—349.
17. Robert. Gazette des hôpitaux, 1852. № 29, p. 115.
18. Langenbeck. «Allgemeine med. Central-Zeitung» v. Posner, 1860, S. 781.
19. A. Grönbech. «Om Nasosvaelypolypen, saerskilt de fibrose». Dissertationsabh. Kjöbhavn, 1888. Internat. Centralbl. f. Laryng. u. Rhinologie v. Simon. 1889, S. 418.
20. Pluette. «Des fibres meso-pharyngiens chez les femmes». Revue de Chirurgie, 1887. VII, p. 302.
21. Glas. «Zur Pathologie der Nasenrachentumoren». Wiener Med. Woch. 1902. № 46 u. 47, S. 2171 u. 2231.
22. Hirschberg. «Beitrag zur Kenntniss der Retropharyngealtumoren». Arch. f. Klin. Chir. Bd. 41. H. 1. 1891.
23. Gaupp. «Die Entwicklung des Kopfeskelettes». Handbuch der vergleichenden und experimentellen Entwicklungslehre der Wirbelthiere v. O. Hertwig. 1906. Jena. Bd. III. Th. 2. S. 819.
24. И. Э. Галевъ-Торнъ. «Въ вопросу объ опухоляхъ основанія черепа и о способахъ ихъ удаленія». Русск. Хар. Арх. 1902 г. Т. XVIII, Ч. 2, стр. 255.
25. Virchow. «Die krankhaften Geschwülzte». Bd. I. 1863, S. 354.
26. Lücke. «Die Combinationen der cavernösen Geschwülste und ihre Umwandlungen». Virchow's Arch. Bd. 33, 1865, S. 334.
27. Monbouyran. «Les tumeurs rares du naso-pharynx. Etude clinique et thérapeutique». Thèse de Paris. 1895.
28. Legouest. Gazette des hôpitaux 1869, № 136, p. 138.
29. Treilat. Gazette des hôpitaux 1873, № 198, p. 861.
30. Vigot. «Des polypes fibreux-muqueux de la cavité naso-pharyngienne». Thèse de Paris. 1883.
31. Bauchaud. «Polypes fibreux-muqueux naso-pharyngiens. Revue de Chirurgie 1890. T. X, p. 563.
32. Lonnelongue. Gazette des hôpitaux 1873, № 104, p. 827.
33. Bergmann. «Karzinome des Epi-, Meso- und Hypopharynx». Handbuch der praktischen Chirurgie 1907. III. Aufl. Bd. I. S. 963.
34. Gauthier. «Des insertions vraies des polypes fibreux naso-pharyngiens et de leur traitement». Thèse de Bordeaux 1904.
35. Kirmisson. Calot. Bullet. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1895.
36. Chaumet. (Hôp. Saint-André de Bordeaux. Serv. de M. Brouloutor). Gazette des hôpitaux 1890, № 24, p. 98.
37. Velpeau. Gazette des hôpitaux 1840, № 143, p. 568.
38. Giralde, Robert. Morel-Lavalée. Gazette des hôpitaux 1850, № 46, p. 183.
39. Lenhardt. «Die Nasen-Rachen-Polypen und ihre operative Behandlung». Dissert., 1873. Berlin.
40. Bergmann. «Fibrome und sarcome des Epipharynx und der retromaxillären Gegend». Handbuch der praktischen Chirurgie v. Bergmann u. P. Bruns. Bd. I. 1907. III. Aufl. S. 953—963.
41. O. Weber. Chirurgische Erfahrungen 1859, S. 328, Taf. VI, Fig. 11.
42. Huguier. Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris 1860, p. 292.
43. Jaboulay et Vincent. Soc. de chir. de Lyon 18. XII 1902. Revue de Chir. 1903.
44. Demètre Mathie u. «Contribution à l'étude des fibromes naso-pharyngiens». Thèse de Lyon 1903.
45. B. Fränkel. Internat. Centralbl. f. Laryng. u. Rhinol. 1905, S. 42.
46. Gérard Marchant. «Fibromes naso-pharyngiens». Traité de Chirurgie Duplay, Reclus. T. IV, p. 808.
47. Legouest. Gazette des hôpitaux 1865, № 145, p. 573.
48. Velpeau. Gazette des hôpitaux 1866, № 17, p. 66.
49. Robert. Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris 1860, p. 228.
50. Michaux. «Quelques mots encore sur les polypes fibreux naso-pharyngiens volumineux, à insertions larges et résistantes et à prolègements multiples». Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1867, 3-e serie, T. I, p. 397—451.
51. Gosselin. «Fibrome ou polype naso-pharyngien suffoquant et

- rebelle. Clinique chirurgicale de l'hôpital de la charité 1873. T. I. Leçon VIII, p. 82—116.
53. Hueter. VIII Congress, abgehalten zu Berlin, 4 Sitz 19. IV. 1879. Verhandlungen der deutsche Gesellschaft f. Chirurgie 1879. Bd. 8, S. 144.
52. Lafont. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie 1875, № 3, p. 37.
54. P. Bruns. «Zur Operation der Nasenrachenpolypen». Beitr. zur Klin. Chir. 1894, Bd. II.
55. König. Lehrbuch der Spec. Chir. Bd. I, S. 299.
56. Poisson. «Note sur un cas de polype fibreux naso-pharyngien». Gazette med. de Nantes 1889, v. III. Po Internat. Centrabl. f. Lar. u. Rhinol. 1889/90, S. 298.
57. Brieger. LXXVI Versammlung deutsche Naturforscher u. Aerzte in Breslau 18—24. IX. 1901. International Centrabl. f. Lar. u. Rhinol. 1904, S. 624.
58. Grünwald. «Zur Operationstechnik bei retrorhinalen Tumoren». Münch. med. Woch. 1890, Bd. 17, S. 353.
59. К. Н. Покотилевъ. «Къ патологій опухолей лица». Летопись хирургическаго общества въ Москвѣ. Т. I, вып. 1, 1875, стр. 286.
60. Н. В. Скляфосовскій. Отчетъ Хирургическаго Кавинки проф. Н. В. Скляфосовскаго при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ за 1890—1893 учебные годы, стр. 53.
61. В. Н. Гейландъ. «О заглотоныхъ опухоляхъ». Русскій Хирург. Архивъ. Голь XXII, кн. 5, 1906, стр. 695.
62. O. Weber. Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie v. Pitha u. Billroth. Bd. III, Abt. 1, Hft. 2, S. 208.
63. Schmithuisen. «Grosses Tuberculom im Nasenrachenraum mit Nekrose von Theilen des Keil- und Hinterhaupt-beines». Münch. med. Woch. 1900, № 15.
64. Sachs. «Pharyngeal carcinoma with metastases». N. Y. med. Record 3 Febr. 1906. Po Internat. Centrabl. f. Lar. u. Rhinol. 1906, S. 295.
65. П. П. Гелдлатъ. «Случай рака носоглоточнаго пространства». Врачъ 1900, № 31, стр. 1019.
66. Stenger. «Zur Kenntnis der Frühsymptome maligner Tumoren des Nasenrachenraumes». Deutsche Med. Woch. 1905. Bd. 31, № 13, S. 502.
67. Verneuil. Gazette des hôpitaux 1884, № 32, p. 253, № 87, p. 694.
68. Isdem. Bulletin de la Société de Chir. de Paris 1890. Seance. 1890, 14. III, 18. IV, 27. IV, 3. V, u. др.
69. Ollier. Gazette des hôpitaux 1896, № 70, p. 278. Soc. de Chir. de Paris. Seance 1896, 30. V.
70. de-Gandt. «Diagnostic différentiel des polypes naso-pharyngiens». Thèse de Paris. 1896.
71. Nélaton. «Note sur la destruction des tumeurs par la méthode électrolytique». Académie des sciences s. 1864, 18. VII.
72. Dolbeau. Gazette des hôpitaux 1866, № 2, p. 7. Soc. de Chir., s. 1865, 27. XII.
73. V. Bruns. Гальвано-Хирургія, 1875. Русск. пер.
74. P. Bruns. «Die electrolitische Behandlung der Nasenrachenpolypen». Berliner klin. Wochenschrift. 1872, № 27, 28.
75. Capart. Arch. d'électricité med. 1895, № 33, Po 77.
76. Voltolini. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes nebst einer Abhandlung über Elektrolyse. Breslau, 1888, S. 410—424 u. 450—462.

77. П. Л. Тиховъ. «О тѣвненіи носоглоточныхъ фиброзныхъ полиповъ электротоміею и операцией Оллиера». Медич. Обзорніе. Мартъ 1897, стр. 357.
78. В. Ламаянъ. Письма объ основаначалѣ клиническаго электролиза и катализа. С. Петербургъ, 1897, стр. 69—83.
79. П. Михайлинъ. «Лечение фибринозана носоглоточнаго полара электротоміею». Медич. Обзорніе. Май, 1899, стр. 911.
80. Trélat. «Des opérations palliatives dans le traitement des polypes naso-pharyngiens». Gazette des hôpitaux 1885, № 48, p. 374.
81. Brus. «De la réssection de certains polypes naso-pharyngiens par les méthodes palliatives et lentes». Thèse de Paris. 1879.
82. Hoppmann. «Zur Operation der harten Schädelfundpolypen (Basisfibrome bzw. Fibrosarcome) nebst Bemerkungen über Nasenpolypen». Münch. med. Woch. 1898, № 21.
83. Escat. Spanischer Congress f. Oto-Rhino-Laryngologie in Barcelona 19—22. IX. 1899. Internat. Centrabl. f. Lar. u. Rhinol. 1900, S. 414.
84. Doyen. «Extirpation extemporanée par les voies naturelles des gros polypes naso-pharyngiens». L'Académie de Méd. 1897 30 April.
85. Isdem. Traitement de Therapeutique Chirurg. et de Technique operative, Paris, 1908, T. I, p. 242.
86. Р. Истеръ. «Объ оперативныхъ методахъ удаленія фибромъ носоглоточнаго пространства». Русскій Хир. Арх. 1907 г. Т. XXIII, кн. 5, стр. 693.
87. Houel. Gazette des hôpitaux 1868, № 103, p. 407. Soc. de Chir. de Paris, 14. VII. 1868.
88. Guérin. «Méthodes nouvelles de traitement pour la cure des polypes naso-pharyngiens par excision et rugination des os sur lesquels ils sont implantés». Gazette des hôpitaux 1865, № 144, p. 575. Soc. de Chir. de Paris 29. XI. 1865 u. 1866, № 2, p. 7. Soc. de Chir. de Paris 27. XII. 1865.
89. Borelli. La lettre (Turin 11. XX. 1885) Gazette des hôpitaux 1885, № 145, p. 579. Soc. de Chir. de Paris 29. XI. 1865.
90. Gosselin. «Du traitement chir. de polypes des fosses nasales et du pharynx». Thèse de Paris 1850, no 51.
91. Mikulicz. «Zur Gussenbauer'schen Operationsmethode bei fibrösen Nasenrachenpolypen». Prag. Med. Woch. 1883 № 42, № 43.
92. Boeckel. Traité des resections de O. Heifelder. Traduction de Boeckel 1893, p. 294. Po 93 u. 126.
93. Duc. «Étude des procédés de résection temporaire du maxillaire supérieur pour l'extraction des polypes naso-pharyngiens». Thèse de Paris 1872.
94. Huguier. Gazette des hôpitaux 1852. Soc. de Chir. 3. III. 1852.
95. Verneuil. Gazette hebdomadaire 1890, p. 427.
96. Rouairox. «La rhinotomie mediane comme operation préliminaire pour aller à la recherche de tumeurs siégeant dans la cavité naso-pharyngienne». Thèse de Paris 1891.
97. König. «Eine neue Methode der Operation von Nasenrachenpolypen». Centrabl. f. Chir. 1883, № 10, S. 185.
98. Heitmann. «Sechs Fälle von typischen Nasenrachenfibroiden». Inaug. Dissert. Göttingen 1888. Internat. Centrabl. f. Laryng. u. Rhinol. 1889/90, S. 103.
99. Furneaux Jordan. «Extract from a clinical lecture on a new operation for naso-pharyngeal or fibrous polypus». Brit. med. Journ. 1885. Mai 2.

100. Baracz. „Zur Operationsmethode von Nasenrachenpolypen“. Centralbl. f. Chir. 1891, № 16.
101. Garangeot. Traité des opérations de chirurgie. T. III, p. 35—50. Paris. 1781. По 146.
102. Heister. General system of surgery. Engl. transl. T. II, p. 437. London 1743. По 90.
103. Dupuytren. Journal de la Clinique. Annales de méd. universelle. 1830. T. II, p. 174—179. По 146.
104. Sergent. „Contribution à l'étude du traitement de certaines tumeurs nasales“. Thèse de Paris 1881.
105. Giraldès. Gazette des hôpitaux 1859, № 46, p. 183. Soc. de Chir. de Paris 3. IV. 1850.
106. Desprez. „Des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire“. Thèse de Paris 1857.
107. Castex. „Documents pour la chirurgie du nez“. 10-ème congr. franc. de chir. Paris 1896, p. 286. По 182.
108. Rouge. „Nouvelle méthode pour le traitement chirurgicale de l'ozène“. Losanne 1873. По 182.
109. Rattow. „Naso-pharyngeal polypus“. Brit. Med. Journ. 17. VII. 1886. Internat. Centralbl. f. Lar. u. Rhinol. 1886. По 3.
110. Legouest. Bulletin de la Soc. de chir. de Paris 1860, p. 419. Séance 1. VIII. 1860.
111. Kijewski und Wróblewski. „Zur Operationsfrage der Nasenrachenamoren“. Arch. f. Lar. u. Rhinol. 1895, S. 103.
112. Gosselin. Gazette des hôpitaux 1865, p. 12.
113. Chalot. Nouveaux éléments de chirurgie opératoire 2-е édit. Paris 1893, p. 210.
114. Michaux. Bulletin de l'Académie royale de méd. de Belgique 1843—1844. T. III, p. 97 et 1852—1853. T. XII, p. 346.
115. Billroth. „Ueber die Resection des Processus nasalis sup. nach B. Langenbeck“. Deutsche Klinik, 1854, № 50.
116. Langenbeck. „Beiträge zur Osteoplastik“. Deutsche Klinik 1859, № 48.
117. Н. П. Никольский. „Изпись Хирургического Общества въ Москвѣ. Т. I. 1874—75, стр. 177. Записк. 1874. 18. XII.
118. Онъ же. Тамъ же, стр. 451. Записк. 1875. 25. VI.
119. von Bierville. „Mémoire sur les résections osteoplastiques du maxill. sup.“ Bulletin de l'Académie royale de méd. de Belgique 1863. 2-е serie. T. VI, p. 722.
120. Busch. „Statistischer Bericht über das königl. chirurgische Universitäts-Klinikum zu Berlin für das Jahr 1869“. Arch. f. Klin. Chir. 1872 Bd. XIII, S. 42.
121. К. Ф. Рейнеръ. Краткое руководство оперативной хирургии. С-Петербургъ. 1881. Вып. I, стр. 175.
122. Linhart. Compendium der chirurgischen Operationslehre. Wien 1874. IV Aufl. S. 509.
123. Fergusson. „Removal of large nasal polypus by external incision“. Med. Times 1867, p. 431.
124. Chassaignac. „Traité de l'écrasement linéaire“. Paris. 1856, p. 427.
125. Isdem. Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales. Paris. 1862. T. II, p. 448.
126. Isdem. Gazette des hôpitaux 1873, p. 892. Soc. de Chir. de Paris, p. 16. VI. 1873.
127. P. Bruns. „Eine neue Methode der temporären (osteoplastischen) Resection der älteren Nase zur Entfernung von Nasen-Rachenpolypen“. Berlin. klin. Woch. 1872, № 12 u. 13.

128. Boeckel. „Reclamation de priorité à propos d'un procédé de resection temporaire du nez“. Gazette méd. de Strasbourg. 1872, № 1, p. 2.
129. В. М. Чекавъ. VI съездъ Россійскихъ Хирурговъ. Москва. 28—30 декабря 1906 г., стр. 157.
130. Tirifaу. „Polype naso-pharyngien. Resection temporaire de l'avant nasale“. Bulletin de l'Acad. de Méd. de Belgique. p. 26. V. 1888. Semaine méd. 1888, p. 227.
131. Н. Н. Михайловъ. „Къ техникѣ удаления носоглоточныхъ опухолей“. Русск. Хир. Архивъ. 1895, стр. 372.
132. Е. Н. Мажукинъ. „Злокачественныя новообразования полости носа и ихъ хирургическое лечение“. Диссерт. Москва. 1901, стр. 324.
133. Ollier. „Ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez“. Gazette des hôpitaux. 1866, № 70, p. 278. Soc. de Chir. 30. V. 1866.
134. Isdem. „De l'opération des fibromes naso-pharyngiens au moyen de l'abaissement du nez par l'ostéotomie verticale et bilatérale de la charpente de cet organe“. Gazette des hôpitaux. 1873, № 115, p. 917.
135. Isdem. „Sur l'ablation des tumeurs malignes des fosses nasales“. Lyon médicale 1888. T. LIX, p. 523. Soc. nat. de méd. de Lyon. 3. XII. 1888.
136. Isdem. „Traitement opératoire de certaines tumeurs profondes des fosses nasales et du pharynx nasal avec abaissement praliminaire du nez“. Congrès de Besançon. Section de Chir. 3—12. VIII. 1893. Revue de chir. 1893. t. XIII.
137. Tédénat. XX congrès français de chir. Tenu à Paris. 7—12. VIII. 1907. La semaine méd. 1907, № 41.
138. В. И. Рауковскій. „Временная резекція носа по Ollier, какъ предварительная операція при удаленіи опухоли изъ полости носовой и носоглоточной“. Врачъ. 1895, № 6, № 7.
139. Lawrence. „New operation for the removal of a large mass of polypus“. The med. Times and Gazette. 1862, v. II, p. 491.
140. Ch. Stoeckham. „Nasopharyngeal polypus. Recurrence“. Transact. of the Clin. Soc. of London. 1884, v. XVII. Internat. Centralbl. f. Lar. u. Rhinol. 1885/86, S. 13.
141. Manne. „Observation de chirurgie au sujet d'un polypes extraordinaire“. Avignon 1717. Безъ штурдеса.
142. Isdem. „Diverses observations sur les polypes du nez et de la gorge“. Avignon 1747.
143. Christophle. „La voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx (Procédé de Faure)“. Thèse de Paris. 1903.
144. Lonnelongue. Gazette des hôpitaux. 1873, p. 827.
145. Verneuil. Ibidem. № 99, p. 785.
146. Rochet. Provence méd. 1896, no 150.
147. Sargnon. „Traitement des fibromes naso-pharyngiens“. Gazette des hôpitaux. 1897, № 136.
148. Maisonneuve. „Nouveau procédé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens“. Gazette des hôpitaux. 1859, № 100.
149. Boeckel. „De l'incision transversale du voile du palais“. Gazette des hôpitaux. 1879, № 95, p. 758. Soc. de Chir. de Paris. 13. VIII. 1879.
150. Nélaton. Gazette des hôpitaux. 1849, № 6, p. 24. Soc. de Chir. de Paris. 3. I. 1849.

151. Michaux. La lettre. Gazette des hôpitaux. 1853, № 13, p. 58. Soc. de Chir. de Paris. 19. I. 1853.
152. Botrel. „D'une opération nouvelle dirigée contre les polypes naso-pharyngiens“. Thèse de Paris. 18. По 146 и 14.
156. Sedillot. „Polype nosopharyngien. Précédé nouveau d'extirpation“. Gazette méd. de Strassbourg 1862. № 2, p. 39.
157. Pique. Bulletin et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1893, p. 258. séance 12. IV. 1893.
158. Gussenbauer. VIII. Congress abgehalten zu Berlin 4 Sitz. 19 April. Verhandl. der deutsche Gesellch. f. Chirurgie 1879. Bd. 8. S. 143.
159. Isdem. „Ueber die buccale Exstirpation der basilaren Rachengeschwülste“. Arch. j. Klin. Chir. 1879. Bd. 24. S. 265.
160. Schmidt. „Weitere Erfahrungen über die buccale Exstirpation basilearer Rachengeschwülste“. Prag. med. Woch. 1881. № 26, № 27 и № 28.
161. В. М. Милль. „Небный путь къ носоглоточным опухолям“. IV Съездъ Россійскихъ Хирурговъ. Москва, 28 — 30 декабря 1906 г., стр. 152.
162. Мария Нурокъ. „Примѣненіе небнаго способа для удаленія носоглоточныхъ опухолей“. Русскій Хирургич. Архивъ 1907. Т. XXIII, кн. 2, стр. 199.
163. Dessaigneaux. Gazette des hôpitaux 1862. № 530.
164. Dobleau. Gazette des hôpitaux 1862 № 133.
165. С. Н. Дедякина. „Крѣтоматогрaфия и хирургія носовой полости“. Врачъ 1895, № 17, стр. 467.
166. Nélaton. Gazette des hôpitaux 1853, № 5.
167. Beuf. „Des polypes nosopharyngiens de la base du crâne“. Thèse de Paris 1857. По 146 и 68.
168. Legouest. Bulletin de la. Soc. de Chir. de Paris 1860, p. 2. séance 11. I. 1860.
169. Jarjavay. Ibidem p. 272. Seance 3. V. 1860.
170. Robert. Ibidem p. 291. Seance 9. V. 1860.
171. Delbois. Gazette des hôpitaux 1866, № 2, p. 7. Soc. de Chir. de Paris 27. XII. 1866.
172. Wyeth. „The operative Procedures for Removal of large Neoplasms of The Naso-Pharynx, Antum Maxillae and Superior and inferior Maxillae“. Med. Record 1896, p. 141.
173. Potherat. Bulletin et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1868, p. 1050. Séance 23. IX. 1868.
174. N. Nélaton. Ibidem 1894, p. 768. Seance 28. XI. 1894.
175. Quénu и Champagnière. Ibidem p. 519 — 523. Séance 13. VI. 1894.
176. Н. А. Вельяминовъ. „Врачъ“ 1881, № 45 и 46.
177. Онъ же. „Врачъ“ 1882, № 30.
178. M. Jordan. „Zur Ligatur der Carotis communis (Eine neue Methode zur Orientierung über eventuelle Circulationsstörungen)“. Arch. f. klin. Chir. 1907, Bd. 83, Hft. I, S. 23.
179. E. Senger. „Ueber den Versuch einer blutlosen Oberkieferresektion durch temporäre Constriction der isolirten Carotis“. etc. Deutsche med. Woch. 1895, Bd. 21. № 22. S. 355.
180. Schlatter. „Ueber Carotisunterbindungen als Voroperation der Oberkieferresektion“. Beitr. z. klin. Chir. 1901, Bd. 30, S. 157.
182. Manod et Vanverts. Traité de Technique opératoire“. Paris. 1907. T. I, p. 163.
181. Kocher. Chirurgische Operationslehre 1907, V. Auf. S. 563—575.
183. В. А. Оппель. „Къ вопросу о вхожденіи воздуха во внутрен-

- нюю армюную вену при операционномъ ея раненіи“. Русскій Хирург. Арх. 1907.
184. Krönlein. „Totale Oberkieferresection und Inhal-Tatonsnarcose“. Verhandlungen der Deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1901, Bd. 30, Hft. II, S. 195.
186. Denis. „De la position de l'opéré dans les interventions sur la tête et sur le tronc“. Thèse de Paris. 1905.
187. Kuhn. „Nasen-Rachentumoren und perorale Tabagoe“. Zentrabl. f. Chir. 1906, № 9.
188. Gaudier. „De la voie nasale (incision médiane) pour ablation des tumeurs naso-pharyngiennes (morcellement, tonnement du pharynx)“. Rapport par M. Pique. Revue de Chir. 1907, № 1. Méthode zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasenrachensraumes, mit besonderer Berücksichtigung der Kocherschen osteoplastischen Resection beider Oberkiefer“. Arch. f. klin. Chir. 1904, Bd. 72, S. 284.
190. Rydiger. XXX Congress. 3. Sitz. 12. IV. 1901. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. 1901. Bd. 30, S. 134.
191. Riedel. Ibidem.
192. Berger. Deforme. Bullet. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1893, p. 258. Seance 12. IV. 1893.
193. Schlatter. „Chirurgie der Kiefer“. Handbuch der praktischen Chirurgie v. Bergmann и P. Bruns. 1907, Bd. I, III. Aufl., S. 762—771.
194. Bobrik. „Ueber die Methode, am herabhängenden Kopfe zu operiren“. Deutsche Militairärztliche Zeitschrift. 1878, Bd. 7, Hft. 2, S. 490.
195. А. А. Гевъ. „Экспериментальныя данныя къ произволству операционной съ опнокнутой назальной головой“. Врачъ. 1880, № 6 в № 7.
196. Hofmann. „Die pharyngotomia suprahyoidea transversa als Voroperation zur Entfernung von Nasenrachentumoren nebst Mittheilung von Fällen tempor. Resection beider Oberkiefer nach Kocher“. Arch. f. klin. Chir. 1907, Bd. 83, H. I, S. 308.
197. Fedoroff. „Die Pharyngotomia Suprahyoidea bei Geschwülsten der Zungenbasis“. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 84, Hft. 4.
198. Bergmann. „Die Freilegung der Pharynxräume für Operationen in ihnen“. Handbuch der praktischen Chirurgie. 1907. III. Aufl. Bd. I, S. 968—973.
199. Pincus. „Beitrag zur Klinik und Chirurgie des Nasen-Rachensraumes“. Arch. f. Klin. Chir. 1907, Bd. 82f, H. 1, S. 110.
200. Huguier. „Polype naso-pharyngien; ablation par la méthode osteoplastique“. Gazette des hôp. 1861, № 85, p. 337.
201. Lanz. „Eine neue Operationsmethode zur Freilegung der Schädelbasis und des Pharyngonasalraumes“. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1893, Bd. 35, S. 423.
202. Enderlein. „Ein Beitrag zur temporären Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher“. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1904, Bd. 74, S. 517.
203. Hertle. „Ueber einen Fall von temporären Aufklappung beider Oberkiefer nach Kocher zum Zwecke der Entfernung eines grossen Nasenrachensfibromes“. Arch. f. klin. Chir. 1904, Bd. 73, S. 75.
204. Habs. „Extirpation eines von der Schädelbasis ausgehenden Angiomyofibroms des Nasenrachensraumes mittels tempo-

- rärer Resection des harten Gaumens". Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1897, Bd. 47.
205. P a r t s c h e. "Eine neue Methode temporärer Gaumen-Resection". Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chir. 1898, Bd. 27, S. 552.
206. L ö w e. Zur Chirurgie der Nase. Berlin. 1905, S. 10-40.
207. F i n z e l b e r g. "Operation eines naso-pharyngealen Schädelbasisfibroms nach einer Partschschen ähnlichen Methode". Inaug.-Diss. Kiel. 1904, S. 12-16.
208. H i r t. "Zur doppelseitigen temporären Gaumenresection nach Partsch". Inaug.-Diss. Rostock. 1906.
209. S c h l o f f e r. "Zur temporären Gaumenresection bei der Operation v. Nasen-Rachengeschwülsten". Prag. med. Woch. 1906, № 8.
210. S e d i l l o t. Traité de Médecine opératoire. Paris 1866, T. I, p. 101.
211. R o b e r t. Gazette des hôp. 1852, № 29, p. 115, S. 25, II. 1852.
212. M a i s o n n e u v e. Gazette des hôp. 1860, p. 390.
213. C h a s s a i g n a c. Gazette des hôp. 1852, № 26, p. 103, S. 17. II. 1852.
215. T u f f i e r. Bulletin et mem. de la Soc. de Chir. de Paris 1894, S. 706, S. 41, XI. 1894.
216. V e r n e u i l. Gazette des hôp. 1864, № 83, p. 330, S. 13, VII. 1864.
217. P a m a r d. Gazette des hôp. 1874, № 10, p. 75, S. 10, XII. 1874.
218. B u r o w. Internat. Centrbl. f. Lar. u. Rhinol. 1884/85, S. 228.
219. P é a n. Des opérations que reclament les polypes naso-pharyngiens". Leçons de Clinique chirurgicale 1875 (2^e sem.) et 1876. Sixième leçon, p. 122.
220. V e r n e u i l. Bulletin et mem. de la Soc. de Chir. de Paris 1893, p. 262, S. 12, IV. 1893.
221. H u g u i e r. Bulletin de la Soc. de Chir. de Paris 1852 (S. 28, V.) et 1854 (S. 8, XI).
222. L a n g e n b e c k. "Die osteoplastische Resection des Oberkiefers". Deutsche Klinik 1861, № 29.
223. S i m o n. Deutsche Klinik 1863, № 9, S. 81.
224. Г. И. Волицевъ. «О способахъ достижения носоглоточнаго пространства путемъ ринотомии и резекции. Новый способъ для доступа въ носоглотку». Хирургія 1903 г. Т. XIV, стр. 373.
225. B i l l r o t h. "Chirurgische Erfahrungen". Arch. f. Klin. Chir. T. X, S. 106.
226. N a a b. "Die chirurgische Behandlung der Nasenrachen fibrome". Beitr. z. Klin. Chir. 1898, Bd. XXII, S. 761.
227. J o r d a n. "Die operative Entfernung der Fibrome der Schädelbasis (nebst Mittheilung zweier neuer Methode operirter Fälle)". Münch. med. Woch. 1888, № 26.
228. R o u x. "Funes naso-pharyngiens. Operation préliminaire. Procédé par écartement des os maxillaires supérieurs". Gazette des hôp. 1861, № 89.
229. Г. И. Волицевъ. «Краткая замѣтка о доступѣ въ носоглотку». Хирургія 905. Т. XVIII, стр. 15.
230. J. W y e t h. "The removal of large neoplasms of the nasopharynx and antrum maxillare (an original method)". New-York Med. Journ. 1897. v. LXXV, 3. IV.

ПРИЛОЖЕНИЕ.

Случаи русскихъ хирурговъ удаления полипа основанія черепа съ предварительными операціями.



I. Носовые способы.

I. Отсечение носового крыла.

№ 1. *А. Т. Богавский.* (Кременчугская Губернская Земская больница. По личному письменному сообщению).

Больной 19 л. съ опухолью, занимавшей носоглоточную и носовую полость, был оперирован 10 мая 1891 г. под хлороф. наркозомъ съ положеніемъ тѣла больного по Росс. Было произведено отсѣченіе праваго крыла носа. Удаленіе опухоли гальванокаустической петлей, и ножницами; прижиганіе matrix'a опухоли термокаутеромъ.

Послѣоперационное теченіе гладкое. Выписка на 16 день.

№ 2. *Сабо.* (Смоленская Губернская Земская больница. По личному письменному сообщению С. П. Спасокукоцкого).

Больной 17 л., поступилъ съ жалобой на сильныя кровотеченія изъ носа и глотки и отсутствіе носового дыханія.

Носоглоточная и лѣвая носовая полости заняты опухолью.

16 мая 1903 г. отсѣченіе лѣваго крыла носа и удаленіе черезъ носъ много частей опухоли при значительномъ кровотеченіи.

Черезъ недѣлю больной выписался, а еще черезъ недѣлю попрежнему не могъ дышать носомъ.

Былъ вторично оперированъ (см. № 55).

Срединное сѣченіе носа.

№ 3. *С. Ф. Дерюжинскій.* (Галицкая больница въ Москвѣ. По личному письменному сообщенію).

У больного 18 л. полость изъ двухъ долей, занимаетъ носоглотку, исходя съ основанія черепа.

1900 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи больного по Росс. произведено иссѣченіе полости ножницами послѣ предварительнаго срединнаго сѣченія носа.

Послѣоперационное теченіе гладкое. Выписка здоровымъ.

Пат. анат.: Fibroma.

№ 4. *Онъ же.* (Тамъ же).

У больного 20 л. полость занимала носоглотку и давала отросток в носовую полость, исходя от основания черепа.

1900 г. подь хлороформным наркозом в положении больного по Rose произведено срединное сечение носа и отстригание полости ножницами.

Послеоперационное течение гладкое. Выписка здоровым.

Пат. анат.: Fibroma.

№ 5. *Онъ же.* (Тамъ же).

У больного 16 л. полость занимала носоглотку и давала отросток в носовую полость, исходя от основания черепа.

1900 г. подь хлороформным наркозом в положении больного по Rose произведено срединное сечение носа и отстригание полости ножницами.

Послеоперационное течение гладкое. Выписка здоровым.

Пат. анат.: Fibroma.

№ 6. *Онъ же.* (Тамъ же).

У больного 16 л. опухоль занимает носоглотку, исходя с основания черепа.

1905 г. подь хлороформным наркозом в положении больного по Rose произведено срединное сечение носа и выстригание полости ножницами.

Послеоперационное течение гладкое. Выписка здоровым.

Пат. анат.: Fibroma.

№ 7. *Н. Э. Гаген-Торнъ.* (Изъ Академической Хирург. Клиники проф. Н. А. Вельяминова. «Къ вопросу объ опухоляхъ основания черепа и о способахъ ихъ удаленія». Русск. Хирург. Арх. 1902 г. Т. XVIII. Ч. II, стр. 264).

Крестьянка 30 л., заболѣла около 6 лѣтъ тому назадъ, когда замѣтила закладываніе носа и выпячиваніе какой-то опухоли у корня носа. 2 года тому назадъ лечилась отъ носовыхъ кровотеченій.

Больная съ хорошимъ тѣлосложеніемъ и питаніемъ. На лицѣ въ области носа и внутреннего угла глаза имѣлъ плотнo-эластической консистенціи гладкую опухоль съ дѣтскій кулакъ величины, отклонившую дѣвый глазъ впередъ и внаружу, а носъ въ противоположную сторону и зауривавшую кости дѣвой половины носа и внутренней стѣйки глазницы. Вся дѣвая носовая полость занята опухолью, отклоняющей перегородку вправо. Со стороны полости рта опухоль не прощупывается.

Затрудненіе дыханія, диплопія и слезотеченіе (абсцессъ слезнаго мѣшка), не говоря уже о сильномъ обезображеніи лица, понудили къ операціи, которая была произведена 29 ноября 1896 г. подь хлороф. наркозомъ.

Срединное сѣченіе носа съ перпендикулярнымъ и добавочнымъ разрѣзомъ отъ верхняго конца первого къ внутреннему углу глаза, гдѣ была выдѣлена слезный мѣшокъ.

Опухоль удалена пальцемъ (?). Тампонада полости съ кулакъ величиной. Швы на продольную рану.

Гладкое послеоперационное теченіе. На 3-й день уже промываніе носа. Относительно благообразный видъ лица, исчезновеніе диплопіи и возвращеніе носового дыханія. 4 года здорова.

Имѣются фотографическіе снимки до и послѣ операціи.

Пат. анат.: Fibroma.

№ 8. *Онъ же.* (Тамъ же, стр. 267).

Больная 76 л. обратилась въ клинику съ жалобой на отсутствіе носового дыханія, носовая кровоточивость, головныя боли и тугость слуха на дѣвое ухо. Давность болѣзни—около 10 мѣсяцевъ. Дѣвая половина носа выпячена, соответственная носовая складка слабая, дѣвый глазъ отклоненъ внаружу, постоянно слезится. Въ дѣвой полости твердая розовая опухоль, отбѣсняющая перегородку вправо. Въ носоглоткѣ опухоль такого же характера. За 1 мѣсяцъ пребыванія больнои въ клиникѣ до операціи, опухоль замѣтно увеличилась.

2 декабря 1899 г. подь хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ вертикальный разрѣвъ отъ внутреннего угла дѣваго глаза до крыла носа, другой разрѣвъ перпендикулярно къ первому отъ верхняго его конца и вдалѣ нижняго края глазницы. Дѣвая носовая кость и соответственный носовой отростокъ верхней челюсти оказались зауриваны опухолью, и потому получили большой доступъ къ опухолѣ, которая и была выдѣлена пальцемъ (?) съ ея 3 отростками въ носъ, глазницу и носоглотку. Послеоперационное теченіе гладкое. На 3-й день уже промываніе носа. Къ концу мѣсяца была на лицо прекрасная функциональная и косметическій результатъ. Имѣются фотографическіе снимки больнои до и послѣ операціи.

Пат. анат.: опухоль въ общей сложности съ гусиное яйцо величиной. Fibro-sarcoma въ процессѣ перехода ея въ эпителиому.

№ 9. *С. П. Дебортовъ.* (Наблюденія изъ Хирургическаго отдѣленія больницы Св. Царицы Александры. Москва, 1900 г.).

Больная 47 л., около 1 года страдаетъ закладываніемъ носового дыханія и носовыми кровотечениями. Вся носоглотка и дѣвая носовая полость заняты бугристой, хрящевой консистенціи опухолью. Раньше больнои дѣлали вырваніе носовой части опухоли.

1899 г. подь хлороформнымъ наркозомъ со сѣвненной газовой послѣ предварителнаго срединнаго сѣченія носа произведено удаленіе опухоли при помощи вырванія и выстриганія ножницами.

Кровотеченіе. Тампонада. Швы.

Выписка здоровой.

Пат. анат.: Adeno-sarcoma.

№ 10. (Басманная больница въ Москвѣ. Евг. Малютинъ «Злокачественныя новообразованія полости носа». Москва, 1901 г., стр. 148—149).

У крестьянина 17 л. 1 годъ тому назадъ впервые дала себя знать опухоль. Амбулаторно нѣсколько разъ удаляли носовую часть опухоли, а $1/2$ года тому назадъ въ Иужской больницѣ произведена какал то предварительная операція по носовому способу.

Опухоль занимает носоглотку, отталкивая мягкое небо вперед, вы-
пирать всю лѣвую носовую полость и прикрывается на верхней стѣнкѣ
носоглотки.

22 декабря 1889 г. произведена резекция носового отростка
лѣвой верхней челюсти (?) и исцѣление опухоли.

Послеоперационное течение гладкое.

Выписан через 1½ мѣсяца уже съ рецидивомъ.

2. Способъ Langenbeck'a.

№ 11. Проф. А. А. Бобровъ. (Отчетъ Факультетской Хирургии.
Клиники Московскаго Университета за 1899—1900 гг., стр. 76).

Больной 16 л. страдаетъ около 2 лѣтъ сильнымъ насморкомъ, а
1 г. тому назадъ появилось затрудненіе носового дыханія черезъ лѣвую
половину носа. Носовыхъ кровотоchenій не было.

Опухоль блѣсаватаго цвѣта занимаетъ лѣвую половину носа, не
отклоняя носовую перегородку въ противоположную сторону.

При задней риноскопій видна такого же характера опухоль въ лѣ-
вой части носоглотки. Опухоль крайне подвижна, не кровоточитъ при
пальцевомъ послѣдованіи.

15 октября. Подъ хлороф. наркозомъ—временная резекція
лѣв. носовой кости и носового отростка верхней челю-
сти по Langenbeckу (въ оригиналѣ по ошибкѣ, исправленной мнѣ
устно проф. С. П. Федоровымъ, сказано—«временная резекція верхней че-
люсти») и исцѣление ножницами опухоли, прикрытойся на тонкой
ножкѣ къ боковой стѣнкѣ носоглотки. Тампонада. Швы.

Послеоперационное течение гладкое.

Пат. anat.: опухоль оказалась фибринозно-слизистыми в по-
липомъ.

№ 12. Онъ же. (Отчетъ Факультетской Хирургии. Клиники Мо-
сковскаго Университета за 1895—1896 и 1896—1897 гг., стр. 75).

Больной 22 л. обратился въ клинику съ жалобой на затрудненное
носоее дыханіе, глотаніе и носовая кровоточенія. Давность болѣзни 3 г.
2 г. тому назадъ полнѣе была удалена подъ наркозомъ съ временнымъ
только результатомъ.

Лѣвая половина носа замѣтно выпячена проросшимъ въ правую но-
совую полость отросткомъ опухоли; мягкое небо выпячено опухолью,
свисающей въ глотку изъ-подъ его свободнаго края и сидящей на ши-
рокомъ основаніи на своѣхъ носоглотки съ лѣвой стороны.

10 марта 1897 г. Подъ хлороф. наркозомъ операція съ временной
резекціей лѣв. носовой кости и носового отростка по
способу Langenbeck'a (въ оригиналѣ сказано по ошибкѣ, испра-
вленной устно мнѣ проф. С. П. Федоровымъ: «частичн. резекц. верхн.
челюсти»). Опухоль исцѣлена ножницами при обильномъ кровоточеніи,
оставленномъ тампонадой. Остался отростокъ и въ Гайморовой полости.

Послеоперационное течение гладкое.

Выписка черезъ 20 дней послѣ операціи.

Пат. anat.: Fibro-sarcoma.

№ 13. Онъ же. (Тамъ же, стр. 77).

Больной 11 лѣтъ, обратился въ клинику съ жалобой на носовыя
кровоточенія, затрудненіе носового дыханія, мучающія больного около
2 лѣтъ. Были попытки вырванія носовой части опухоли безъ результата.
Носоглотка занята опухолью, сидящей на широкомъ основаніи на
своѣхъ ея, проросшей въ лѣвую носовую полость и смѣстившей лѣ-
выя глазъ вверхъ.

8 марта 1896 г. Подъ хлороформнымъ наркозомъ—операція исцѣ-
ненія опухоли ножницами послѣ предварительной временной резекціи
носоевой кости и носового отростка по Langenbeckу.
Тампонада. Швы. Prima intentio.

Выписка, чтобы опять вернуться въ клинику черезъ 2 мѣс. съ ре-
цидивомъ (№ 101).

Пат. anat.: Fibro-sarcoma.

№ 13. Онъ же. (Отчетъ Факультетской Хирургии. Клиники Мо-
сковскаго Университета за 1897—1898 и 1898—1899 гг., стр. 91).

Больной 34 л. страдаетъ закладываніемъ правой ноздри около 1 г.
Послѣдніе мѣсяцы появились головныя боли и опухоль стала выходить
изъ правой ноздри, такъ что самъ больной отрывалъ отъ нея кусочки
и 2 раза была оперирована подлинными щипцами. Опухоль не кро-
воточива.

Опухоль твердой консистенціи, мѣстами распадаяшаяся, занимаетъ но-
соголотку, правую носовую полость, прорастаетъ Гайморову полость (за-
темнѣние при просвѣчиваніи) и узурируетъ всю внутреннюю стѣнку
глазницы. Мѣсто исхода ея—изъ oss. ethmoidalis.

5 марта 1899 г. Подъ хлороф. наркозомъ произведена предва-
рительная временная резекція правой носоевой кости и
носоевого отростка верхней челюсти по Langenbeckу и
экстирпація опухоли ножницами, вычищенные изъ Гайморовой полости
острой ложечкой. Тампонада. Швы.

Гладкое послеоперационное течение. Prima intentio. Выписка.

Пат. anat.: Новообразование состоитъ изъ мѣксоматозной ткани съ
инфильтраціей ея круглоклеточными элементами, и съ растянутыми
слистатыми железами въ центрѣ опухоли; покрыта она цилиндрическимъ
эпителиемъ.

№ 14. А. Т. Богоевскій. (Кременчугская Губернская Земская
блудница. По личному письменному сообщенію).

Больная 13 л. съ опухолью, занимавшей носоглоточную и носовую
полости, была оперирована 11 іюля 1894 г. подъ хлороф. наркозомъ
со свѣщенной головой по Rose. Предварительная операція по носовому
способу Langenbeck'a съ добавочнымъ свѣченіемъ мягкаго
неба по Manne'у. Исцѣленіе опухоли ножницами.

Послеоперационное течение гладкое. Выписка на 27 дней.

№ 15. *А. Г. Буржоловский*. (Хвалынская Городская Земская больница. По личному письменному сообщению).

Большой 19 л. страдает сильными носовыми кровотечениями, выпячиваемъ всей правой половиной лица и правымъ exorbitalmusomъ (зачелюстной отростокъ), а равно выпячиваемъ носа справа и всего мягкого неба.

Носоглоточная и правая носовая полости выполнены мягкой полнокровною опухолью.

20 сентября 1902 г. Произведена операция удаления опухоли.

Положение больного — горизонтальное. Наркозъ (хлороформный) только во время предварительной операции, во время самого изъятия опухоли — полунаркозъ.

Предварительная операция временной резекции правой носовой кости и носового отростка по Langenbecku. Изъятие опухоли ножницами в несколько приемовъ при больномъ кровотечении. Raquelin. Тампонада.

Во время наложения кожныхъ швовъ — остановка дыхания и падение пульса.

Несмотря на все предпринятые мѣры къ оживленію больного, наступила смерть его на операционномъ столѣ.

№ 16. *Проф. П. И. Дьяконовъ*. (Голлицинская больница въ Москвѣ. По личному письменному сообщению С. Ф. Дерюжинскаго).

У больного 19 л. опухоль занимала носоглотку, давала отростокъ въ носовую полость и, исходя изъ основания черепа.

1897 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ съ събитенной головой по Rose произведена операция изъятия опухоли съ предварительной временной резекціей носовой кости и носового отростка по Langenbecku.

Послеоперационное теченіе гладкое. Выписался здоровымъ.

Пат. анат.: Fibroma.

№ 17. *П. П. Никольский*. (Маринская больница въ Москвѣ. Лѣтопись Хирургич. Общества въ Москвѣ. 1876 г., Т. I, стр. 451. Застѣ. 25 июня 1875 г.).

У крестьянина 15 л. 3 г. тому назадъ уже появилась въ правой ноздрѣ опухоль, которая увеличивалась постепенно, вышла изъ ноздри. Внешняя часть омертвѣла и отвалилась; съ ростомъ опухоли въ носоглоткѣ задняя часть тоже отделилась.

Больной жалуется на повторныя кровотечения, закладываніе носового дыханія, отсутствіе обонянія.

Замѣтно сильное выпячиваніе правой стороны корня носа, а равно и соответственной щеки. Правая носовая полость занята новообразованіемъ, которое отдавливаетъ перегородку нѣбо.

Въ носоглоткѣ нѣмется опухоль, выпячивающая мягкое небо.

14 мая 1875 г. подъ хлороф. наркозомъ въ положении больного по Rose произведена операция удаления опухоли. Предварительная

временная резекція правой носовой кости и носового отростка по способу Langenbecka-Savasteckago: Кожный разръзъ по спинкѣ носа до уровня верхнего края крыла. Затѣмъ разръзъ закругляется наружу и очерчиваетъ крыло носа, доходя до ноздри. Освобожденное, такимъ образомъ, крыло носа отворачивалось въ одну сторону. Затѣмъ производилась отсепаровка кожного лоскута отъ носовой кости и носового отростка, какъ въ способѣ Langenbecka; и этотъ лоскутъ отворачивался въ другую сторону. Временная резекція костей нѣбъ не отличалась отъ прототипа этого способа. Только производилась долотцами, а не ножовкой.

Удаленіе опухоли, широко прикрывающейся къ основанію черепа, по кускамъ дѣлочечнымъ эвразеромъ, скальпелемъ и ножницами при очень сильномъ кровотеченіи. Прижатіе каленымъ желѣзомъ мѣста прикрывшейся Тампонада. Швы.

Въ послеоперационномъ теченіи — подъемъ и отекъ соответственной стороны лица въ первые дни послѣ операции. Выписка больного съ хорошиимъ функциональнымъ и косметическимъ результатомъ.

Пат. анат.: «Granuloma angiomatodes cystica». Величина опухоли — въ 6 разъ превышающая голубиное яйцо.

№ 18. *В. А. Ратимовъ*. (Госпитальная Хирургическая Клиника Военно-Медицинской Академіи. В. М. Фелоровъ «Фиброма основания черепа (Fibroma basis oranii)». Дисс. С.-Петербургъ 1900, стр. 63).

Крестьянинъ 38 л. впервые замѣтилъ затрудненіе носового дыханія 2 м. тому назадъ, тогда же появились и кровотечения.

Лицо больного асимметрично: правая половина носа выпячена, абсцессъ слезного мѣшка, справа — exorbitalmus.

Опухоль бурстистая, мѣстами распадающаяся выполняетъ всю носоглотку, выпячивая мягкое небо впередъ, и даетъ отростокъ въ правую носовую полость. Опухоль прикрывается къ задней стѣнкѣ носоглотки.

22 февраля 1891 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ въ боковомъ положеніи больного съ приподнятой головой произведена операция по носовому способу Langenbecka. Самое удаленіе опухоли произведено ножницами и респаторомъ, при чемъ контролирующій палецъ, введенный черезъ ротъ въ носоглотку, самой опухолью тампонируется, препятствуя стеканію крови внизъ.

Прижатіемъ Raquelinomъ основанія опухоли. Тампонада. Установка на мѣсто лоскута. Швы.

Послеоперационное теченіе гладкое, кровъ повышеніе t° въ предѣлахъ 38,1—38,8 на 5—7 день послѣ операции. На щечномъ разръзѣ произошло отхожденіе лигатуры.

Больной выписался черезъ 1 м. 10 дней послѣ операции въ полномъ здоровьѣ.

Опухоль давала отростки въ носовую полость, въ скуловую ямку справа, а оттуда и въ соответственную орбиту.

Патологическая анатомія: Fibro-sarcoma.

№ 19. *И. А. Праксинъ.* (Тамъ же, стр. 65).

Крестянинъ 18 лѣтъ уже нѣсколько лѣтъ страдаетъ обильными кровотечениями изъ носа до сильнаго малокровія, головокруженіями и головными болями и полнымъ отсутствіемъ носового дыханія.

Опухоль занимаетъ носоглотку, спускается до входа въ гортань, vyplняетъ носовую полость и выпячиваетъ правый глазъ.

21 мая 1891 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена операція по носовому способу *Langenbecka*. (Въ подлинникѣ сказано «временной резекціи правой половины верхней челюсти по *Langenbecku*»). Какъ здесь, такъ и въ дальнѣйшемъ мы исправляемъ эту ошибку на основаніи словъ пр.-доц. Р. Р. Вредена бывшего ассистента проф. В. А. Ратимова, и проф. В. А. Опеля, бывшего его ординатора).

Опухоль удалена ножницами и респаторомъ. Сильное кровотеченіе. Тампонада постъ прижатіемъ мѣста исхода опухоли *Raquelin* омъ. Установка на мѣсто резецированного лоскута. Швы.

Вскорѣ послѣ операціи больной умеръ.

При вскрытіи органы оказались малокровными, но не въ такой мѣрѣ, чтобы объяснить смерть. Она произошла изъ суммированія малокровія и шока.

Пат. анат.: *Fibro-sarcoma*.

№ 20. *Проф. В. А. Ратимовъ.* (Тамъ же).

У больного 23 лѣтъ 3 г. тому назадъ появился насморкъ, перешедшій въ полное закладываніе носового дыханія при ощущеніи инороднаго тѣла въ носу. Ротовое дыханіе тоже затруднено, сильная боль въ области рта и носа, частыя кровотечения, гнусавый голосъ, тугоухость слуха на правое ухо.

Опухоль выполняетъ носоглотку, отдавливая мягкое небо впередъ, спускается почти до самаго основанія надгортанника и даетъ отростокъ въ правую носовую полость.

13 ноября 1899 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена операція по носовому способу *Langenbecka*. Самое удаленіе ножницами и респаторомъ. Сильное кровотеченіе. Прижатіемъ мѣста прикрѣпленія опухоли *Raquelin* омъ. Тампонада. Установка лоскута. Швы.

Послѣоперационное теченіе гладкое. Выписка черезъ 3 нед. послѣ операціи.

Пат. анат.: *Fibroma*.

№ 21. *Онъ же.* (Тамъ же, стр. 68).

Крестянинъ 43 л. болѣнъ 3 года. Отсутствіе носового дыханія, ощущеніе инороднаго тѣла въ носу, несильныя носовыя кровотеченія, нѣкоторое затрудненіе при глотаніи.

Опухоль выполняетъ носоглотку, спускается ниже свободнаго края мягкаго неба, и правую полость носа.

12 мая 1892 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена операція по носовому способу *Langenbecka*. Изъ носовой полости удаленъ слизистый лангетъ, а со свода носоглотки респаторомъ

отдѣленъ полипъ основанія черепа, при чемъ была вскрыта клиновидная пазуха. Тампонада. Установка лоскута. Швы.

Послѣоперационное теченіе гладкое, кромѣ подъема t° на 2 и 3 дня вечеромъ до 38°.

Выписка черезъ 2 недѣли послѣ операціи.

Пат. анат.: *Fibroma*.

№ 22. *Онъ же.* (Тамъ же).

У крестянина 16 л. около года тому назадъ появились закладываніе носа, перешедшее въ полную его непроходимость, кровотеченіе, а послѣднее время затрудненіе и глотанія.

Опухоль выполняетъ и носоглотку, выпячивая небную занавѣску впередъ.

5 ноября 1892 г. подъ хлороф. наркозомъ операція удаленія опухоли респаторомъ и ножницами послѣ предварительной операціи по носовому способу *Langenbecka*. Сильное кровотеченіе.

Опухоль входила широкимъ основаніемъ отъ задней стѣнки носоглотки и частью отъ проц. *pterygoideus*.

Послѣоперационное теченіе гладкое. *Prima intentio*. Выписка на 8 день.

Пат. анат.: опухоль величиной: 8,5 см. длины, 14 см. окружности. *Fibro-sarcoma*.

№ 23. *Онъ же.* (Тамъ же, стр. 71).

У больного 22 л. 2½ г. тому назадъ появились затрудненія при дыханіи носомъ, скорѣ присоединилась боль въ глыбѣ лобныхъ костей, а изъ носовой полости показались опухоль. Большой самъ отрывалъ кусочки носовой частъ опухоли и дважды былъ оперированъ черезъ естественныя пути со стороны носа, при чемъ было всегда обильное кровотеченіе, доведшее послѣдній разъ больного до обморочнаго состоянія.

Опухоль занимаетъ всю носоглотку, низдавливая и выпячивая мягкое небо и заднюю часть твердаго, выполняетъ лѣвую носовую полость и прорастаетъ въ Гайморову пещеру.

Сильное малокровіе больного заставило подождать съ операціей и подкрѣпить передъ ней большое соответственнымъ режимомъ.

13 января 1894 г. подъ хлороф. наркозомъ операція извѣщенія опухоли взогнутыми ножницами послѣ предварительной операціи по носовому способу *Langenbecka*.

Первые два дня послѣ операціи были кровотеченія. t° повышалась до 39°, и дѣло осложнялось рожей.

Черезъ мѣсяцъ послѣ операціи больной выписался съ хорошимъ функциональнымъ и косметическимъ результатомъ.

Пат. анат.: *Fibroma*.

№ 24. *Онъ же.* (Тамъ же, стр. 73).

Крестянинъ 16 л. давно жалуются на закладываніе носа и по временамъ на кровотеченія.

Носоглотка занята опухолью величиной съ куриное яйцо, которая

выпячивает и низдавливает небную занавеску. Опухоль прикрывается широким основанием к своду носоглотки. Носовые ходы свободны.

24 июня 1894 г. подь хлороформным наркозом операция по носовому способу Langenbeck'a.

Опухоль изъяснена ножницами и отчасти распатором.
Послеоперационное течение гладкое.
Пат. anat.: Fibroma.

№ 25. *Онъ же.* (Тамъ же).

У больного 17 л. 1½ года тому назад появился насморкъ, къ которому вскоре присоединились носовая кровоточения и полная непроходимость носа. Одно время больной лежалъ эвтролизомъ съ переходящимъ улучшеніемъ. Больного мучаетъ головная боль, головокружения, саннесто-пнойное зловонное отдѣляемое изъ носа, кашель и подъемъ 1° до 39°.

Первые шесть недель со времени поступления больного въ клинику, онъ былъ подвергнутъ укрѣпляющему лечению и промываніямъ носовой полости, пока 1° не спала.

Опухоль выполняетъ носоглотку и правую половину носа. Соответственная половина носа и верхне-челюстная область выпячены.

24 апрѣля 1895 г. подь хлороформнымъ наркозомъ произведена предварительная операция по носовому способу Langenbeck'a. Сильное кровоточение до замѣтнаго ослабления сердечной дѣятельности. Операция прервана. Рецидивиранный участокъ поставленъ на мѣсто и пришить. Большой черезъ 8 дней оставилъ клинику.

№ 26. *Онъ же.* (Тамъ же, стр. 76).

У крестьянина 15 л. годъ тому назад стало закладывать носъ, къ чему скоро присоединились кровоточения изъ него, которая довели больного до сильного малокровія и нѣсколько разъ повторялись въ клиникѣ. Гноетечение изъ лѣваго уха.

Опухоль занимаетъ носоглотку и выполняетъ лѣвую половину носа, сильно расширяя ее, лѣвое глазное яблоко стоитъ выше праваго и немного выпячено.

15 января 1896 г. подь хлороформнымъ наркозомъ опухоль удалена при помощи распатора съ предварительной временной резекціей носовой кости и носового отростка по Langenbeck'у.

Послеоперационное течение гладкое.
Выписанъ черезъ 1 мѣсяцъ послѣ операциі.

Пат. anat.: Опухоль 8×4 сант. величиной; fibro-myxoma telengiectatica.

№ 27. *Онъ же.* (Тамъ же).

У крестьянина 19 л. 1½ года тому назадъ появилось впервые закладываніе носового дыханія при явленіяхъ насморка. Вскорь присоединилось затрудненіе ротового дыханія и глотанія. Ночь больной часто просыпается съ удущія, дышитъ въ лежачемъ положеніи съ сильнымъ шумомъ. Носовая полость свободна отъ опухоли. Вся носоглотка выполнена полипомъ, который спускается до корня языка.

5 февраля 1897 г. подь хлороформнымъ наркозомъ произведена предварительная, временная резекція носовой кости и носового отростка по Langenbeck'у. Образованное отверстие оказалось недостаточнымъ, такъ какъ свободная носовая полость была узка, а опухоль прикрывалась ниже обычнаго мѣста исхода.

Добавочное стѣчение мягкаго неба по Маннѣу.

Изъясненіе опухоли при небольшомъ относительно кровоточении. Установка на мѣсто лоскута и первичная staphylographia послѣ тампонады и прижатія Raquelin'омъ мѣста исхода опухоли.

Въ послеоперационномъ теченіи было нѣсколько дней повышение 1° до 38,4°. Въ верхнемъ углу раны получились нагноеніе въ 2 швахъ.
Выписанъ на 27 день послѣ операциі.

Пат. anat.: Fibroma.

№ 28. (Басманная больница въ Москвѣ. Евг. Малыгинъ «Злокачественныя новообразованія полости носа» и т. д. Москва. 1901 г., стр. 238—239).

У крестьянина 23 л. болѣе года тому назадъ появились носовая кровоточения и закладываніе носа. Вскорь была замѣчена опухоль въ лѣвой ноздрѣ; эту опухоль неоднократно пытались удалить чрезъ естественные пути.

Опухоль занимаетъ всю носоглотку, исходи, какъ оказалось при операциі, изъ области лѣвой Евстахіевой трубы; выполняетъ лѣвую носовую полость. Мягкое и частью твердое небо сильно отдалено внизъ. Вся лѣвая половина лица нѣсколько выпячена, лѣвый exophthalmus.

22 декабря 1882 г. Послѣ неудачныхъ попытокъ удалить опухоль чрезъ естественные пути произведена временная резекція носовой кости и носового отростка по Langenbeck'у. Изъясненіе Куперовскими ножницами при сильномъ кровоточеніи.

Въ послеоперационномъ теченіи было осложненіе erysipelas'омъ.

Больной выписанъ черезъ 2 мѣсяца послѣ операциі.

3. Способъ Chassaig-nac-Brun's'a.

№ 29. *А. Т. Богосевскій.* (Кременчугская Губернская Земская больница. По личному письменному сообщенію).

Больной 23 л. съ опухолью, занимавшей носоглотку, носовую и Гайморову полости, былъ оперированъ 16 мая 1885 г. подь хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи глаза по Rose. Предварительная временная резекція носа по способу Chassaig-nac-Brun's'a. Удаленіе опухоли Куперовскими ножницами. Кровоточеніе.

Смерть чрезъ 2 час. 30 мин. послѣ операциі отъ анеміи.

№ 30. *Проф. Н. М. Волковичъ.* (Городская Цесаревича Александра больница въ Киевѣ. Личное письменное сообщеніе).

У больного 24 л. опухоль занимаетъ лѣвую часть носоглотки, лѣвую

носовую полость, где она проросла носовую перегородку и твердое небо, выпитив его частично в полость рта, простав в крыло-небную ямку и проставляет клиновидную пазуху, узуррируя тѣло клиновидной кости.

27 мая 1897 г. подь морфино-хлороформным наркозомъ, только въ началѣ операци, сдѣлана временная резекція носа по способу Chassaigndac-Brunsa. При удаленіи опухоли доступъ оказался недостаточнымъ, такъ что пришлось еще расщепить мягкое небо.

Послѣоперационное теченіе гладкое. Подьемы T^0 соответствовали обычнымъ скачкамъ ея, вслѣдствіе бывшей у больного febris intermittens. Выписка.

Итъ рецидива по прошествіи 5—6 лѣтъ послѣ операци.

Пат. anat.: опухоль твердой консистенціи, блѣднаго цвѣта, состоитъ изъ крупныхъ, довольно рѣдкихъ кѣлочекъ, съ раздѣляющей ихъ мѣстами слизистой стромой.

№ 31. Проф. П. И. Дьяконовъ. (Отчетъ о дѣятельности хирургической клиники Иверской Общины Сестеръ Милосердія въ Москвѣ съ 1 января 1899 г. по 31 декабря 1900 г., стр. 52).

У больного 18 л. $1\frac{1}{2}$ г. т. наз. появилось затрудненіе носового дыханія и тугость слуха. 17 сентября 1899 г. въ Голлицинской больницѣ была удалена часть разращенной носоглотки при помощи временной резекціи верхней челюсти.

Черезъ 5 мѣсцевъ послѣ операци опять появилось затрудненіе носового дыханія и тугость слуха.

Правая носовая полость, а равно и носоглотка заняты местными разрастаниями, проросшими и въ Гайморову полость. Выдѣленіе изъ носа тупо и отхожденіе однажды омертвѣвшей косточки.

5 ноября 1900 г. подь общимъ смѣшаннымъ бромъ-этиль-хлороформъ наркозомъ въ положеніи съ наклоненной внизъ головой и верхней частью туловища произведена операци по носовому способу Chassaigndac-Brunsa. Разрастания изсѣчены ножницами съ основанія черева.

Сдѣлана долотомъ часть праваго края грушевиднаго отверстия и вскрыта такимъ образомъ Гайморова полость, откуда проросшія туда разрастанія удалены ножницами и острой ложечкой. Прижиганіе Рауце-Цинкъ. Установка и припиманіе носа на мѣсто.

Выписка съ хорошимъ функциональнымъ результатомъ черезъ 25 дней.

По прошествіи 3 мѣсцевъ состояніе здоровья больного хорошее.

Пат. anat.: «Лимфодное разрастаніе носоглотки».

№ 32. Проф. П. И. Дьяконовъ. (П. И. Напильковъ. «Обзоръ научной дѣятельности Госпит. Хирургич. Клиники Императорскаго Московскаго Университета съ 30 октября 1901 по 1 мая 1903 г.», стр. 191).

Крестянинъ 16 л. около 2 л. страдаетъ насморкомъ, 8 м. тому наз. начало закладывать носъ, а 5 м. тому наз. дѣло дошло до полной его непроходимости. 7 м. т. наз. появились первыя сильныя носовыя кровотеченія.

Опухоль занимаетъ носоглотку, низадавливая мягкое небо, и даетъ отростки въ обѣ носовыя полости.

28 ноября 1901 г. подь бромъ-этиль-хлороформъ наркозомъ въ наклоненномъ положеніи больного произведена операци по носовому способу Chassaigndac-Brunsa.

Носъ отвернуть наизаво, удалена опухоль. 3×5 см. величиной, исходящая съ верхней стѣнки носоглоточной полости. Сильное кровотеченіе. Тампонада. Швы.

Послѣоперационное теченіе гладкое.

Выписка на 13 день послѣ операци.

Итъ рецидива 2 г. 3 мѣс.

Пат. anat.: Опухоль изобилуетъ веретенообразными мѣстами крупными кѣлками; мѣстами попадаются участки волокнистой соединительной ткани.

№ 33. Онъ же. (Тамъ же).

У больного 21 г. 2 г. т. наз. появилось затрудненіе носового дыханія, которое съ теченіемъ времени усилилось до полной непроходимости носа и въ которомъ присоединилось расстройство произношенія. Большая значительно обезкровлена: колич. гемоглобина 50%. Въ мочѣ—цилиндры при отсутствіи бѣлка.

Опухоль заполняетъ носоглотку, отадавливая мягкое небо и даетъ отростокъ въ носъ.

19 августа 1902 г. подь бромъ-этиль-хлороформнымъ наркозомъ въ наклонномъ положеніи больного произведена операци по носовому способу Chassaigndac-Brunsa съ реакціей перегородки носа, части нижней галазничной стѣнки и внутренней стѣнки Гайморовой полости. Подь носа опухоль вычерпана острой ложечкой, изъ носоглотки выдѣлена тупымъ путемъ. Опухоль исходила отъ мягкаго неба.

Значительное кровотеченіе. Прижиганіе РауцеЦинкъ. Тампонада. Швы.

Въ послѣоперационномъ теченіи высшая T^0 была 38,4.

Тампоны совсѣмъ устранимы на 5 день, когда приступлено къ ежедневнымъ промываніямъ носа.

Швы сняты на 6 день.

Выписка черезъ мѣсяць послѣ операци.

Пат. anat.: Sarkoma полиморфная съ обиліемъ кѣлочекъ и сосудовъ.

№ 34. Онъ же. (Тамъ же)

Насѣченіе у 52 л. большой веретенообразнокѣлочковой саркомы, исходящей изъ мягкаго неба и заполняющей носоглотку (велич. 6×7 см.), по носовому способу Chassaigndac-Brunsa. Въмѣстѣ съ опухолью унесена часть мягкаго неба.

№ 35. Онъ же. (Тамъ же)

У крестянина 16 л. 8 мѣс. т. наз. появились носовыя кровотеченія, а вскорѣ присоединилось закладываніе носа.

Вся носоглоточная полость занята опухолью.

3 февраля 1903 г. удаленіе опухоли по носовому способу

Chassaïgnac-Brunsa под тем же наркозом в том же положении больного.

Повышение Т° первое время. В области переноса заживление раны рег granulationem.

Выписка на 20 день после операции.

№ 36. *Отъ исс.* (Там же).

У больного 18 л. 7 м. т. наз. появилось закладывание носа и носовая кровоточивость при сморкании.

Полная непроходимость носа.

Опухоль выводится носоглотку.

11 апреля 1903 г. Удаление опухоли (3×5 см.) после предварительной резекции носа по Chassaïgnac-Brunsu.

Послеоперационное течение гладкое.

На 2 день извлечен тампон.

На 6 день сняты швы.

Выписка на 6 день после операции.

Пат. анат.: опухоль состоит из молодой соединительной ткани сь участками хрящевой сь неправильным расположением хрящевых клычков.

Через 2 г. 2 м.—рецидивъ. (№ 40).

№ 37. *Отъ исс.* (Проф. Ш. П. Дьяконовъ. 2 обзоръ и т. д. Сь 1 сентября 1903 г. по 1 мая 1904 г., стр. 107).

У больной 33 л. 2 г. т. наз. появилась гнусавость голоса и опухоль вь глоткѣ, къ чему 1/2 г. т. наз. присоединилась головная боль и головокруженіе.

Носоглоточная полость и правая половина носа занята опухолью.

10 ноября 1903 г. Подъ хлороформнымъ наркозомъ вь наклонномъ положеніи изъяснение опухоли по носовому способу Chassaïgnac-Brunsa. Отверстие расширено носовыми щипцами. Опухоль удалена по кускамъ частью через носъ, частью через ротъ. Она исходила изъ задняго отдела носовой перегородки.

Послеоперационное течение гладкое. Выписка через 10 дней после операции.

Переносъ нѣсколько запоздо.

№ 38. *Отъ исс.* (4-й обзоръ и т. д. сь 1 сентября 1905 по 1 мая 1906 г., стр. 107).

У больного 15 л. 5 м. т. наз. появились головная боль, 4 м. тому назад закладывание носа, а вскорѣ появилось выпячиваніе и отъясненіе наружу праваго глаза, расширение спинки носа и выстояние опухоли изъ правой ноздри. Непроходимость через носъ воздуха, носовая кровоточивость. Количество гемоглобина 73%.

Правая половина носа и, вся носоглотка занята опухолью, носовая кость раздвинута, двусторонній exophthalmus, нагноеніе праваго слезнаго мѣшка сь изъясненіемъ кожи вь его области.

2 августа 1905 г. подъ верональ-хлороф. наркозомъ вь косомъ по-

ложеніи тѣла больного—временная резекція носа по Chassaïgnac-Brunsu. Удаление опухоли отчасти тупымъ путемъ, отчасти ножницами при сильномъ кровоточеніи. Изъясненіе слезнаго мѣшка.

Во время наложенія швовъ—остановка дыханія и паденіе пульса. Несмотря на всѣ предпринятые для оживленія больного мѣры, онъ умеръ вь теченіе часа отъ анеміи.

Опухоль исходила отъ основанія черепа.

Пат. анат.: Мухосагоша.

№ 39. *Отъ исс.* (Там же).

Больной 20 л. былъ оперированъ по небному способу вь той же клиникѣ 2 г. 3 м. по поводу опухоли носоглотки (см. № 71).

4 м. т. наз. появилось опущеніе вь носу, какъ при насморкѣ; постепенно развилось суженіе вь носовыхъ ходахъ до полной непроходимости носа. Головная боль. Опухоль заполнила носоглотку и носовую полость.

6 января 1906 г. подъ верональ-хлороформнымъ наркозомъ вь косомъ положеніи тѣла больного произведена временная резекція носа по Chassaïgnac-Brunsu, и весъ носъ отвороченъ вправо.

Опухоль, исходящая отъ основанія черепа и отчасти отъ задней стѣнки носоглотки (3×3×2 см.), удалена по частямъ. Срединная стѣнка гѣв. верхней челюсти оказалась изъясненной опухолью; челюстная пауза была вскрыта через эту стѣнку, и оттуда была вычищена опухоль (непохожая на остальную).

Обильное кровоточеніе, остановленное тампонадой.

Носъ поставленъ на мѣсто.

Къ концу операции—ослабленіе дѣятельности сердца, блѣдность общихъ кроверовъ.

Несмотря на принятые мѣры, через 3 ч. после операции большой, не приходя вь себя, умеръ.

На вскрытіи обнаружено проростаніе опухоли вь среднюю черепную ямку.

Пат. анат.: Мухосагоша сь большимъ количествомъ сосудовъ.

№ 40. *Отъ исс.* (Там же).

Былъ оперированъ вь той же клиникѣ (№ 36), но через 2—3 мѣс. после операции появилось снова затрудненіе дыханія через носъ, которое достигло до степени полной непроходимости носа. Было сильное кровоточеніе изъ носа.

Лѣвая половина носа и носоглотка занята опухолью.

14 апреля 1906 г. подъ верональ-хлороформнымъ наркозомъ; вь наклонномъ положеніи тѣла больного произведена временная резекція носа по Chassaïgnac-Brunsu.

Опухоль, исходящая отъ основанія черепа и рѣшетчатой кости, удалена двумя кусками (3×2×1 см.).

Полость вышитаена марлей, конецъ которой выведенъ через ноздрю. Носъ поставленъ на мѣсто.

Тампонъ извлеченъ на слѣдующій день. Швы сняты на 6 и 8 день.

Послеоперационное течение гладкое. Выписка через 9 дней после операции.
Пат. анат.: Саркома.

№ 41. *А. Ф. Каблуков* (Таврическая Губернская Земская Больница. «Настичение фибромы основания черепа путем временной резекции носа по способу Chassaigues-Brunsa». Медицинское Обозрение. 1900 г. Октябрь).

Большой 16 л., заболеть 3 г. т. наз.: у больного появились кровотечения, которая становилась все чаще и чаще и совершенно ослабила его. Год т. наз. появилась опухоль в носу, которая с тех пор выпирала из обоих ноздрей. Рядом с этим большой начал страдать отсутствием носового дыхания, а при лежачем положении ночью у него всякий раз наступало такое удушье, что больной проснулся и не мог отдышаться. В то же время наступило затруднение глотания, и тогда же появилось чувство присутствия инородного тела.

Больной малокровен, рыв его тускла, слух притуплен. Правая половина носа расширена, эта же сторона лица вздута опухолью, расположенной под скуловой дугой, и в области fossa canina, правый глаз стоит выше, чем левый. Обе носовые полости заполнены бугристой твердой опухолью, которая выстает из обоих ноздрей. Отделение из носа слизисто-гнойное. Мягкое небо выпячено, из-под свободного его края спускается опухоль до самого надгортанника. Видимая часть опухоли имеет бледный цвет. Опухоль широко прикрепляется к основанию черепа.

31 марта 1900 г. Под слабым хлороформным наркозом, с предварительной трахеотомией и тампонадой глотки при входе в гортань сделана временная резекция носа по Chassaigues-Brunsu. Удаление опухоли по частям: левый отросток без труда вырван до заднего края ханы, правый составил одно глыбое с своим развитием в Гайморову полость, и, наконец, выстрижена ножницами вместе с надкостницей носоглоточная часть опухоли, криво сидящая на основании черепа. Отросток в Гайморовой полости узурировали ее переднюю стенку, так что было достаточно разрезать мягких частей щеки, чтобы обнажить опухоль и пальцем выдвинуть ее в носовую полость, откуда уже и взять ее. Очень сильное кровотечение, большое снят со стола в резко-малокровном вид.

Послеоперационное течение гладкое. Трахеот. трубочка вынута на 4 день. Через 12 дней нос криво вырос на место.

Пат. анат. Fibroma.

№ 42. *Проф. К. Ф. Клейн* (Ново-Екатерининская больница в Москве. Евг. Малютин «Злокачественные новообразования полости носа» и т. д. Москва 1901 г., стр. 267).

У большого 16 л. сь злокачественным носом и кровотечениями из него опухоль выполиняет все носоглотку, в носовой полости обнаруживается, кроме основной опухоли, и слизистый полип. Опухоль дада отросток и в Гайморову полость.

4 м. т. наз. боль оперирован сь срединным сечением носа, но вскорь появился рецидив.

21 ноября 1900 г. под хлороформ. наркозом произведено удаление опухоли носом предварительной временной резекции носа по Chassaigues-Brunsu.

Опухоль прикреплялась к своду носоглотки, легко была извлечена и из Гайморовой полости.

Большой выписался через 12 дней сь гипотечением из правой ноздри и припухлостью правой щеки в области Гайморовой пазухи. Был вновь оперирован через 6 м. 9 дней. (№ 43).

Пат. анат. Fibrosarkoma.

№ 43. *Е. Н. Малютин* (Поликлиника имени Великой Княжны Ольги Николаевны в Москве. Там же, стр. 327).

Тот же больной.

Опухоль исходит от наружной стороны прос. pterygoideus dexter, выполиняет правую скуловую ямку, выпячивая правую половину щеки, и прорывается со стороны преддверия рта. При задней риноскопии видно, что опухоль выпячивается из носа справа (носовой перегородки нет вследствие бывшей при самой первой операции резекции ее). При передней риноскопии она видна в правой полости носа, здесь же констатируется слизистый полип. Опухоль из скуловой ямки чрез зуру tuberos. max. sup. проникла и заполнила Гайморову полость. (По всему описанию ясно, что дело шло здесь о «заключенной опухоли Langenbeck's»).

13 мая 1901 г. под глубоким хлороф. наркозом сь предварительной тампонадой ханы произведена операция по челюстно-носовому способу Мартынова-Малютина: временная резекция носа по Chassaigues-Brunsu и резекция передней и внутренней стенок Гайморовой полости. В этом случае была резекция стенок Гайморовой пазухи окончательная.

Опухоль пальцами и роторатором отделена от наружной пластинки прос. pterygoidei, и безкровно удалена. В Гайморовой полости было несколько слизистых полипов.

Послеоперационное течение гладкое. На 4 день — сыла тампонов. На 5 день сняты швы — prima intentio.

Пат. анат.: Fibroma.

№ 44. *В. М. Минц* (Хирург. Отдл. Московской Старо-Екатерининской больницы. Мария Нурок «Применение небного способа для удаления носоглоточных опухолей» Русский Хирург. Архив 1907 г. (XIII), кн. II, стр. 175).

У мальчика 16 л. несколько лет тому назад появилось закладывание носа, которое вскорь перешло в полное отсутствие носового дыхания.

В амбулатории ушного отделения извлекли несколько слизистых полипов из правой ноздри.

Въ ушномъ отдѣленіи, куда сначала поступилъ больной, была констатирована въ заднемъ дѣльной носовой полости опухоль съ сильно расширенными на поверхности сосудами. Два раза предпринимались безуспѣшныя попытки удаления опухоли черезъ носъ.

При переводѣ больного въ хирургическое отдѣленіе констатирована опухоль, выходящая носоглоточную полость, посылающая отростокъ въ средней ходъ лѣвой полости носа. Этотъ отростокъ отдаляиваетъ перегородку направо. Опухоль прикрывается широкимъ основаниемъ къ своду носоглотки, къ основной кости. При дыханіи—аловное.

8 октября 1901 г. подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ сдѣлана предварительная операція временной резекціи лѣвой половины носа по Chassaig-nac-Brunsy и настиженіе въ положеніи больного по Rose ножницами опухоли у ея основанія; опухоль захвачена была послѣ этого щипцами Lièr-g'a и вырвана кусками при сильномъ кровотеченіи. Тампонада. Пришиваніе носа.

Въ послѣоперационномъ теченіи было повышеніе t°, нагноеніе въ швахъ съ отекомъ лица.

При излеченіи тампона на 3 день послѣ операціи появилось кровотеченіе.

На 5 день констатированъ otitis media sin. acuta, черезъ недѣлю послѣ чего сдѣланъ параназитъ.

Появилось гноетеченіе изъ уха, вслѣдствіе чего больной былъ переведенъ опять въ ушное отдѣленіе.

Черезъ 7 недѣль послѣ операціи стало закладывать лѣвую ноздрю, а еще черезъ недѣлю и правую.

Микроскопическое изслѣдованіе опухоли обнаружило Fibro-sarcom'y богатую сосудами.

№ 45. *Отъ же.* (Тамъ же, стр. 203).

У крестьянина 25 лѣтъ 1 годъ тому назадъ появилось закладываніе носа. Опухоль занимаетъ правую носовую полость и правую половину носоглотки. Она прикрывается къ своду, боковой стѣнкѣ носоглотки и къ боковой стѣнкѣ носовой полости.

Была попытка удалить опухоль петлей, но удалось взять только небольшой кусокъ, вызвавъ при этомъ сильное кровотеченіе.

Опухоль послѣ этой неудачной операціи стала сильно расти.

23 ноября 1905 г. подъ морфино-хлороф. наркозомъ произведена временная резекціа носа по Chassaig-nac-Brunsy, которая не дала достаточнаго доступа. Послѣ резекціи твердаго неба удалось извлечь опухоль.

Тампонада. Ураноррафія. Пришиваніе носа. На слѣдующій день смѣна тампоновъ. На шестой день спятіе швовъ.

Черезъ 24 дня послѣ операціи больной выписался.

Пат. anat.: Sarkoma.

№ 46. *П. А. Розовъ.* (Елизаветинская Община сестеръ милосердія въ Петербургѣ. Личное письменное сообщеніе).

У крестьянина 20 л., страдающаго носовыми кровотечениями и закладываніемъ носового дыханія, при поступленіи въ Общину была констатирована опухоль носоглоточнаго пространства.

Эта опухоль закладывала носоглотку, сидѣла на широкомъ основаніи, отдаивала мягкое небо впередъ и была видима изъ-подъ его свободнаго края.

20 марта 1903 г. была сдѣлана операція. Положеніе больного горизонтальное. Предварительная трахеотомія. Полный хлороф. наркозъ. Временная резекціа носа по Chassaig-nac-Brunsy съ откладываніемъ носа вправо.

Отдѣленіе ножки было затруднено узостью доступа особенно въ верхней части полученнаго отъ резекціи отверстія и величиной опухоли, которая не дала провести пальца со стороны носоглотки.

Кровотеченіе было довольно большое.

Тампонада. Швы. Выписка черезъ 2 недѣли послѣ операціи.

Фотографическій снимокъ въ альбомѣ Общины показываетъ хорошій косметическій результатъ.

По извѣстію больного черезъ 3 мѣс. послѣ операціи—нѣтъ рецидива.

№ 47. (Старая Екатерининская больница въ Москвѣ. Евг. Малютинъ. «Злокачественныя новообразованія полости носа» и т. д. Москва 1901 г., стр. 146—147).

У больного 16 л. 1/2 года тому назадъ появилось закладываніе носа, достигшее скоро до полной его непроницаемости.

Была попытка удалить опухоль черезъ носъ, но кромѣ сильнаго кровотеченія, она ни къ чему не привела.

Опухоль занимаетъ обѣ носовыя и носоглоточную полость.

13 января 1898 г. произведена временная резекціа носа по Chassaig-nac-Brunsy (авторъ подлинника называетъ ее Boeckel'a). Одна носовая часть оказалась заушированной. Опухоль разалась при удаленіи кусками. Основаніе выскоблено ложечкой.

Черезъ 4 мѣсяца—рецидивъ.

Пат. anat.: Sarkoma.

4. Способъ Ollier.

№ 48. *С. О. Дерюжинскій.* (Голлицинская больница въ Москвѣ. По личному письменному сообщенію).

У больного 19 л. опухоль съ явнымъ величинной занимала носоглотку, имѣя относительно узкую ножку.

1896 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи больного по Rose произведена операція по носовому способу Ollier.

Вырваніе опухоли петлей. Послѣоперационное теченіе гладкое.

Пат. anat.: Fibro-миома.

№ 49. *Проф. В. И. Разумовскій.* (Госпит. Хирургич. Клиника въ Казани). «Временная резекціа носа по Ollier, какъ предварительная

операция при удалении опухолей из полостей носовой и носоглоточной». Врач, 1895, № 6, стр. 147.

У крестьянина 22 л. несколько лет тому назад появилось закладывание носа и носовые кровотечения, которые по временам бывали очень сильными и которые были и в клиник самонпроизвольно или при пальцевом исследовании. Большой хрип и малокровие.

Левая половина носа расширена опухолью, отсвечивая лѣвой ноздри закупорено ею. Вся носоглотка выполнена опухолью, идущей съ основанія черепа, выпячивающей вперед мягкое небо и свисающей изъ-под свободного края.

16 октября 1892 г. Временная резекция носа по Ollier пощ наркомомъ, при чемъ носовой отростокъ опухоли предварительно сдвинуть пальцемъ возможно далѣе каади.

Самое удаление опухоли почти безъ наркоза цѣпочнымъ крааеромъ, который лопнулъ и былъ вновь надѣтъ послѣ отдѣленія части основанія опухоли острымъ скрепцомъ, послѣ чего опухоль была вырвана сильной тракціей съ окружающей слизистой оболочкой до обнаженія костей основанія черепа. Большая кровопотеря, такъ что большой снятъ со стола почти безъ пульса.

Зажия тампонада губкой. Носъ не кришитъ для удобства пріянія мѣрь въ случаѣ повторенія кровотечения.

На 3 день вторичное пришиваніе носа и удаление тампона. Первую недѣлю подъемъ 1°.

Черезъ 2 недѣли носъ уже прочно стоялъ на мѣстѣ.

№ 50. *Онъ же*. (Тамъ же, стр. 183).

У больного 22 л. 2 года тому назад, послѣ насморка появилось закладывание носа, вскорѣ присоединились и носовые кровотечения, которые бывали иногда такъ обильны, что разъ чѣмъ задушили больного ночью. Малокровіе, носовой отбѣнокъ голоса, стѣбненіе въ правое ухо, затрудненіе дыханія, доходящее до полной невозможности дышать въ положеніи на спянь и правомъ боку.

Правая половина носа занята опухолью, дающей, какъ оказалось при операціи, небольшой отростокъ и въ другую половину. Носоглотка выполнена опухолью съ порядочную картофляну, сидящую на верхней стѣнкѣ ея и выступающей изъ-подъ свободного края небной занавѣски.

27 августа 1894 г. подъ общимъ наркомомъ—временное изсѣченіе носа по Ollier въ положеніи больного по Rose.

Вырваніе опухоли цѣпью краера съ большимъ насиліемъ, такъ какъ сомкнуть ее не удалось.

Вырваніе щипцами оставшейся части опухоли. Сильное кровотеченіе. Тампонада губкой. Пришиваніе носа.

Послѣоперационное теченіе гладкое. Удаленіе тампона на 3 день. Носъ прочно укрѣпился на мѣстѣ черезъ 2 недѣли послѣ операціи.

№ 51. *Онъ же*. (Тамъ же).

У больного 17 л., 2 года тому назад, вмѣстѣ съ упорнымъ насмор-

комъ появились носовыя кровотечения и вскорѣ закладываніе лѣвой половины носа.

Опухоль удалялась раньше въ земской больницѣ неудачно черезъ носъ, были попытки удалить ее чрезъ расщепленіе мягкаго неба и опять черезъ носъ. Опухоль широкимъ основаніемъ сидѣтъ на лѣвой стѣнкѣ носоглотки и даетъ отростокъ въ задній отдѣлъ лѣвой носовой полости.

13 октября 1894 г. Подъ общимъ наркомомъ и съ предварительной трахеотоміей и канюлей Trendelenburg'a—временно и съ бѣдненіе носа по Ollier, причемъ костный распилъ ушейъ слишкомъ далеко каади и, чтобы выйти къ грушевидному отростку, пришлось окончить раздробленіе костей долотомъ.

Опухоль была быстро отожжена обведенной вокругъ ея основанія гальванокаустической петлей и выведена черезъ ротъ. Поролоное кровотеченіе. Тампонада. Немедленное пришиваніе носа и выведеніе канюли.

Послѣоперационное теченіе гладкое. Удаленіе тампона на 3 день. Полное приживленіе носа черезъ 2 недѣли послѣ операціи.

№ 52. *Онъ же*. (Изъ Госпит. Хир. Кав. въ Казани. Ш. Тиховъ «0 леченія носоглоточныхъ фиброзныхъ полиповъ электролизомъ и операціей Ollier». Мед. Обзоріе. 1897 г. Т. XLVII. Мартъ, стр. 357).

Больной 18 л., страдаетъ около года носовыми кровотечениями, которые послѣдніе 2—3 мѣсца участились и сдѣлались настолько обильными, что кончались часто обморокомъ. Затрудненіе носового и ротового дыханія до одышки, затрудненіе пріянія и глотанія пищи и разстройство рѣчи, вслѣдствіе затрудненій въ движеніи языка. Большой сильно истощенъ и анемиченъ. Опухоль изъ носоглотки распространилась въ лѣвую носовую полость, которую выполняла, сдвинувъ носовую перегородку вправо, до самой ноздри, изъ которой выдвигается. Она выполняла совершенно полость рта до самыхъ альвеолярныхъ отростковъ обихъ челюстей, отдавивъ внизъ языкъ, заняла весь зѣвъ и существовала до входа въ гортань.

23 августа 1895 г. — верхняя трахеотомія, устранившая одышку.

Съ 27 ноября — 25 сеансовъ электролиза стабилирнымъ токомъ (Ш. Тиховъ).

Результатомъ этого леченія ротовой участокъ опухоли частью атрофировалась, частью омертѣла, такъ что ротъ оказался свободнымъ отъ опухоли. Дальнѣйшее примѣненіе электролиза было очень затруднительно: вкалываніе иглыъ было безъ достаточнаго контроля зрѣнія, больной переносилъ токи только въ 5—8 элементовъ.

24 июня 1895 г. радикальная операція по носовому способу Ollier.

Самое удаление опухоли гальванокаустической петлей, ножницами и щипцами.

Опухоль имѣла мѣстомъ прикрѣпленія основаніе черепа и заднюю

стѣнку носоглотки. Сильное кровотечение до collars'a, кончившагося благополучно къ утру слѣдующаго послѣ операциі дня. Тампонада носоглотки губкой. Тампона въисвѣчь черезъ 2 сутекъ, швы сняты черезъ 3 сутекъ. Постоперационное теченіе гладкое.

Черезъ 17 дней послѣ операциі извлеченіе трахеотомической канюлю.

Черезъ 1 мѣсяцъ 3 дня—выписка больного съ прекраснымъ функциональнымъ и косметическимъ результатомъ.

Пат. anat.: Дольчатая опухоль, при чѣмъ величина отдѣльныхъ долекъ доходила до величины яблока, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась фибромой съ сильно развитой мѣстами стѣнью кровеносныхъ сосудовъ.

№ 53. *М. М. Красинъ*. (Госпит. Хир. Клин. проф. В. П. Разумовскаго въ Казани. Тамъ же, № 7, 183 стр.)

У крестьянина 28 л., 5 лѣтъ тому назадъ появилось закладываніе носа и незначительныя носовыя кровотечения.

Опухоль прорастаетъ правую носовую полость до самой ноздри и исходить изъ носоглоточной полости въ видѣ коагсированнаго узкаго подвижнаго новообразованія, которое прикрѣпляется неширокимъ основаніемъ къ своду носоглотки и спускается внизъ до входа въ гортань.

10 ноября 1894 г. подъ общимъ наркозомъ съ предварительной трахеотоміей и канюлей Trendelenburg'a произведено временное изсѣченіе носа по Оllier'г. Удаленіе опухоли гальванокаутической петлей. Незначительное кровотечение. Перичное пришиваніе носа и удаленіе трахеотомической трубочки.

Постоперационное теченіе гладкое. Удаленіе тампона на 3 день.

Носъ прочно прижатъ черезъ 2 недѣли послѣ операциі.

№ 54. *С. П. Спасокукоцкій*. (Смоленская Губернская Земская больница. По личному письменному сообщенію).

Больной 20 л., страдаетъ частыми кровотечениями изъ правой ноздри и изъ глотки, которая довела его до сильнаго малокровія. Полное отсутствіе носового дыханія.

Вся носоглотка выполнена опухолью, которая дала отростокъ и въ правую носовую полость. Опухоль кровоточитъ при изслѣдованіи.

1 декабря 1900 г. подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ произведена операциа по носовому способу Оllier'г.

Опухоль отдѣлена отъ основанія черепа, гдѣ она сидѣла на широкой ножкѣ, респаторомъ. Сильное кровотеченіе. Тампонада. Швы.

На 6-й день послѣ операциі сняты швы—prima intentio.

На 12-й день больной выписался съ хорошимъ функциональнымъ и косметическимъ результатомъ.

№ 55. *Онъ же*. (Тамъ же).

Больной 17 л., $\frac{1}{2}$ года тому назадъ былъ подвергнутъ операциі по поводу носоглоточнаго полипа (см. № 2).

Опухоль выполняетъ всю носоглоточную полость, выпячивая мягкое небо и свисая изъ-подъ его свободнаго края, и даетъ отростокъ въ лѣвую

носую полость, который хорошо виденъ недалеко отъ наружнаго отверстія носа.

У больного, кромѣ прежнихъ жалобъ, появились боли въ лѣвомъ ухѣ и глоткѣ.

6 октября 1903 г. подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ сдѣлана операциа по носовому способу Оllier'г.

Опухоль сидѣла широкимъ основаніемъ на сводѣ носоглотки близъ задняго края сошкина и была сращена съ этимъ послѣднимъ. Она была отдѣлена ножницами и респаторомъ и извлечена со стороны рта. Оказался отростокъ опухоли въ Гайморовой полости, который былъ удаленъ отдѣльно.

Въ общей массѣ опухоль была съ гусиное яйцо.

Вѣсь тампона извлечена на 3-й день послѣ операциі (до того произведена сѣбна части ихъ).

На 4-й день у больного $^{\circ}$ повысилась до 38 $^{\circ}$ и усиланы боли въ ухѣ. И то, и другое прошло на слѣдующій день. Въ остальномъ послѣоперационное теченіе гладкое.

Больной выписался на 20-й день послѣ операциі съ хорошимъ функциональнымъ и косметическимъ результатомъ.

№ 56. *Онъ же*. (Тамъ же).

Больной 12 л., страдаетъ около года носовыми кровотечениями и закладываніемъ носа до полной его непроходимости.

Носъ утолщенъ, лѣвая носовая полость и вся носоглотка выполнена плотной, легко кровоточащей опухолью, которая исходитъ широкимъ основаніемъ отъ верхней и задней стѣнокъ носоглотки, какъ оказалось при операциі.

8 марта 1906 г. подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ произведена операциа по носовому способу Оllier'г.

Опухоль удалена по частямъ: носовая часть тупымъ путемъ, носоглоточная отстрижена ножницами и, кромѣ того, послѣ временной тампонады, снято еще нѣсколько небольшихъ кусковъ опухоли. Тампонаціа со стороны носа. Швы. Во время операциі было сильное кровотеченіе.

На 3-й день удалены тампона и приступлено къ промыванію носа.

На 8-й день сняты швы—prima intentio.

На 10-й день выписался здоровымъ.

Больной оказался черезъ 1 годъ 9 мѣсяцевъ по поводу опять появившихся кровотеченій и отдѣляемаго изъ носа, отъ которыхъ помогло промываніе носа.

Полина не было констатировано.

№ 57. *Онъ же*. (Тамъ же).

Больной 18 л., уже ранѣе былъ оперированъ по поводу носоглоточнаго полипа, что доказывается рубцами на носу при поступленіи въ больницу.

Опухоль занимаетъ всю носоглотку и сидитъ, какъ оказалось при

операции, широким основанием на верхне-задней стѣнкѣ носоглотки, главным образом справа.

4 августа 1906 г. подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ произведена операция по носовому способу Ollier.

Удаление опухоли съ ампелсинъ величинной ножницами и респаторомъ. Тампонада со стороны носа. Въ шовъ захвачена и надкостница.

Послеоперационное течение гладкое.

Швы сняты на 7-й день—prima intentio.

На 11-й день выписка здоровымъ.

№ 58. *Гальпернъ и С. П. Спасокукоцкій.* (Тамъ же).

Больной 14 л., страдаетъ 7 лѣтъ закладываніемъ носового дыхания.

Высоко сидящій полипъ (?).

7 сентября. Операция по носовому способу Ollier.

Полипъ вырванъ корнцангомъ. Тампонада. Швы.

Швы сняты черезъ недѣлю послѣ операции, въ нѣсколькихъ изъ нихъ было нагноеніе.

Больной выписался на 11-й день.

№ 59. *М. Г. Черняховскій.* (Лечебница Покровскаго Монастыря въ Кіевѣ. Н. П. Трофимовъ «Носоглоточный полипъ. Операция по Ollier». Врѣч. 1900 г. № 37, стр. 1130).

Брѣстьянинъ 17 л., былъ оперированъ 1 годъ 2 мѣсяца тому назадъ гальваноклаустичной петлей Н. П. Трофимовымъ и явился въ лечебницу для удаленія оставшейся въ носоглоткѣ части опухоли.

12 декабря 1899 г. операция по носовому способу Ollier. Удаление (чѣмъ?) опухоли начисто. Сильное кровотеченіе. Мѣсто прикрѣпленія состоящаго изъ нѣсколькихъ лопастей полипа прилежно Раquelin'омъ. Прекрасное прилеженіе носа. Лѣвая носовая полость свободна, правая непреходима вслѣдствіе суженія искривленной перегородкой.

№ 60. *А. Н. Гарне.* (г. Харьковъ, Частная лечебница).

У больного 23 л. опухоль исходила, повидимому, изъ рѣшетчатой кости, узурпировала lam. pargatae, проникла въ лѣвую глазницу и вызвала exophthalmus sin. Опухоль занимала и носоглоточное пространство.

Апрѣль 1906 г. Подъ хлороформнымъ наркозомъ со съвѣшенной головой произведена операция.

Энуклація лѣваго глаза, выскабливаніе всей глазницы. Черезъ отверстие, образовавшееся на внутренней стѣнкѣ глазницы, произведено удаленіе опухоли изъ носа и носоглотки. Тампонада.

Послеоперационное теченіе гладкое.

Пат. anat.: Sarkoma (?).

II. Небные способы.

I. Стѣненіе мягкаго неба (способъ Манне'a).

№ 61. *А. Т. Богоевскій.* (Кременчугская Губернская Земская больница. По личному письменному сообщенію).

Больной 15 л. съ опухолью, занимавшей носоглоточную носовую и Гайморову полости, былъ оперированъ 13 іюля 1895 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи тѣла по Rose съ разсѣченіемъ мягкаго неба по Манне. Самое удаленіе опухоли экзаремомъ и ножницами.

Послеоперационное теченіе гладкое. Выписка на 26 день.

№ 62. *Онъ же.* (Тамъ же).

Больной 17 л. съ опухолью, распространившейся изъ носоглоточной полости въ носовую, былъ оперированъ 19 мая 1895 г. подъ хлороформ. наркозомъ со съвѣшенной головой по Rose по способу Манне. Самое удаленіе опухоли ножницами и корнцангомъ.

Послеоперационное теченіе гладкое. Выписка на 5 день.

№ 63. *Онъ же.* (Тамъ же).

Больной 14 л. съ опухолью, занимавшей носоглотку, былъ оперированъ 15 сентября 1904 г. въ положеніи со съвѣшенной головой по Rose по способу Манне подъ общимъ наркозомъ.

Насѣченіе опухоли ножницами при сильномъ кровотеченіи.

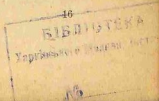
Смерть черезъ сутки послѣ операции отъ анеміи.

№ 64. *В. М. Карпечко.* (Кавказское Медицинское Общество 1890—1891 гг. Мед. Обзоріе 1889 г. Т. 31, стр. 1036).

Опухоль, сидѣвшая на мѣстѣ соединенія заглазничной кости съ основанием (въ носоглоточномъ пространствѣ), удалена ножницами послѣ предварительнаго разсѣченія мягкаго неба и перевязки ножки лигатурой (хаопальный полипъ?) Вяздоролленею.

№ 65. (Факультетская Хирург. Клиника Московскаго Университета. Евг. Малютинъ «Злокачественныя новообразованія полости носа» и т. д., стр. 160—161).

Больной 20 л. около 4 лѣтъ страдаетъ насморкомъ съ суховичнымъ отдѣленіемъ, къ которому вскорѣ присоединилась непроходимость носа.



Опухоль занимает всю носоглотку, выпячивая и низдавливая мягкое небо, и дает отросток в правую носовую полость. Этот отросток на 1 дюйм не доходит до наружного отверстия носа; он отталкивает перегородку влево до полной непроходимости и левой полости носа.

4 апреля 1864 г. разбъчение мягкого неба. Опухоль оказалась прирбленной к куполю носоглотки и заднему краю перегородки носа.

Во время самого удаления опухоли—сильное кровотечение до обморочка. Немолное удаление.

Через 1 м. 12 дней опухоль достигла прежних размеров.

№ 66. (Ново-Екатерининская больница вь Москвѣ. Евг. Малютинъ «Злокачественныя новообразования носа» и т. л., страница 198 и 199).

Больной 19 л. 3½ м. замѣтилъ затрудненіе дыханія и глотанія и присутствіе опухоли во рту.

2 мѣс. тому назад, когда припадки стали сильнѣе, ему опухоль была удалена гальванокаустической петлей.

Вскорѣ полнѣе достигъ прежнихъ размѣровъ.

Больной лечился электрлизомъ.

Опухоль выполняетъ носоглотку, прирбляясь къ задне-боковой ея стѣнкѣ, выпячивая впередъ, особенно справа, мягкое небо и снисая изъ-подъ его свободнаго края.

7 августа 1873 г. разбъченіе по средней линіи мягкаго неба и отбъченіе опухоли кривыми ножницами.

Черезъ недѣлю констатированъ рецидивъ, а еще черезъ недѣлю больной выписался безо всякаго излеченія.

№ 67. *Н. В. Скалифосовскій*. (Отчетъ Хирург. Клиники проф. Н. В. Скалифосовскаго при Московскомъ Университетѣ за 1884—1890 гг., стр. 139).

Крестьянинъ 24 л. Давность болѣзни 2 года. Опухоль занимаетъ носоглотку, выпячивая главнымъ образомъ *arcus palato-phar. dext.* и прорастаетъ вь правую носовую полость. Она на широкое основаніи прирблена къ своду носоглотки. Больной подвергался нѣсколько разъ операціи чрезъ естественные пути.

4 декабря 1887 г. сдѣлана операція съ предварительнымъ разбъченіемъ мягкаго неба. Сама опухоль извѣчена ножницами и ножомъ. Рецидивъ чрезъ 2 недѣли (108).

Пат. anat.: Fibro-sarcoma.

№ 68. *Онъ же*. (Тамъ же, стр. 140).

Мѣшанинъ 17 л. Давность болѣзни болѣе года. Затрудненіе носового и ротового дыханія. Кровотеченіе. Опухоль величиной съ яблоко занимаетъ носоглотку; другая опухоль занимаетъ правую половину носа.

7 декабря 1888 г. удаление до кости носоглоточной опухоли послѣ

разбъченія мягкаго неба. Носовая часть удалена чрезъ носъ кюринганомъ.

Пат. anat.: носоглот. опухоль — Fibro-sarcoma; носовая — Adenoma. Рецидивъ вь носу.

2. Способы съ резекціей твердаго неба.

№ 69. *А. Т. Богосекій*. (Кременчугская Губернская Земская больница. По личному письменному сообщенію).

Больной 13 лѣтъ съ опухолью, занимавшей носоглотку и носовую полость, оперированъ 22 марта 1893 г. подъ хлороф. наркозомъ со сѣненной головкой по Rose по небному способу вь видоизмѣненіи Mikulitz'a—резекціи твердаго неба и полное разбъченіе мягкаго.

Самое удаленіе опухоли гальванокаустической петлей и ножницами. Прижиганіе термокаутеромъ явля прирбленія опухоли.

Вь послѣоперационномъ теченіи—повышеніе t° до 40°.

На 15 день послѣ операціи выписка здоровымъ.

№ 70. *Проф. Н. М. Волковичъ*. (Городская Цесаревича Александра больница вь Кіевѣ. Личное письменное сообщеніе).

У больного 22 л. опухоль вышпала всю носоглотку и, какъ оказалось при операціи, проникла вь *sinus sphenoidalis*.

12 декабря 1902 г. операція подъ хлороф. наркозомъ съ предварительной трахеотоміей по небному способу Gussenbauer'a.

Получилась хорошая доступъ. Удалена опухоль съ утиною ябдо величиной.

Послѣ операціи осталась дефектъ твердаго неба вь переднемъ концѣ бывшей раны величиной съ 20 коп. монету.

Пат. anat.: Fibroma.

Черезъ 5 недѣль послѣ операціи рецидивъ, который былъ удаленъ и при микроскопическомъ изслѣдованіи внушилъ позорнѣе о злокачественности опухоли (богатою кѣлками). Вторичное закрытіе дефекта твердаго неба по Langenbeck'y.

№ 71. *Проф. П. И. Дьяконовъ*. (3-й обзоръ научной дѣятельности Госпитальной Хирургической Клиники Императорскаго Московскаго Университета, съ 1 сентября 1904 г. по 1 мая 1905 г., стр. 121).

У больного 16 л. 5 л. тому назадъ появились сильныя носовыя кровотеченія (до 2—3 стак.), отъ одного изъ которыхъ онъ чуть не погибъ. 4 года тому назадъ онъ впервые почувствовалъ вь носу опухоль, а 1 годъ, какъ заложилъ носовое дыханіе.

Лѣвая половина носа и носоглотки занята бурнвтой опухолью.

8 августа 1904 г. операція подъ общимъ наркозомъ вь положеніи по Maas'y по небному способу Nélaton'a.

Съченіе неба проведено нѣсколько влево отъ средней линіи. Горизонтальная пластинка небной кости оказалась заурированной.

Настичение ножницами только части опухоли через зротый небный путь. Оставшиеся куски опухоли удалены через нос вместе с нижней раковиной. Швы. Постоперационное течение гладкое. Швы постепенно отошли.

Выписан через 9 дней после операции.

Рецидив в виде потребовавший операции через 2 года 3 месяца (№ 40). Пат. анат.: полиморфная Sarcoma.

№ 72. В. М. Минцъ. (Из хирургического отделения Московской Старо-Екатерининской больницы. Мария Нурокъ «Прикрытие небного свода для удаления носоглоточных опухолей». Русск. Хир. Арх. 1907 г. XXII ч., кн. 2, стр. 199).

Большой 19 л. больше года не дышит левой ноздрей. Кровотечение частая до обморока.

Опухоль занимает носоглотку и дает отросток в левый носовой ход. Прикрывается шпатель основанием главным образом к левой части свода и боковой стѣнкѣ носоглотки.

5 апреля 1906 г. операция под морфино-хлороформным наркозом. Предварительная операция—въ положении съ слегка приподнятой головой. Самое удаление опухоли—въ «Schraglage» по Kocher'у.

Небный способ: отслаивание слезно-надкостничного покрова левой половины неба въ одномъ лоскутъ съ соответствующей частью разсѣченного мягкого неба; резекция горизонтальной пластинки небной кости.

Настичение и выривание опухоли при сильномъ кровотечении. Тампонада. Шовъ твердаго и мягкого неба.

Первые дни подъемъ 1° до 38° вследствие острого гнойнаго воспаления среднего уха, прошедшаго после параназеза.

Тампонъ извлеченъ на 3-й день после операции.

Расхождение швовъ твердаго и мягкого неба, потребовавшее вторичнаго зашивания. Осталось отверстие твердаго неба съ булавочную головку. Голосъ немного гнусавый.

Выписанъ чрезъ 3 недѣли после операции.

Пат. анат.: Fibroma, богатая сосудами.

№ 73. Онъ же. (Тамъ же).

У больного 16 л. больше года закладываетъ носъ. При поступлении больной совершенно не могъ дышать носомъ.

Въ носоглоточномъ пространствѣ обнаруживается опухоль съ волошскій орѣхъ величины, исходящая частью со свода, частью съ боковой стѣнки носоглотки. Она вдеается въ левый носовой ходъ.

30 апреля 1904 г. подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ произведено изсѣчение опухоли по небному способу. Съсѣчено твердаго и мягкого неба, мигнуа язычокъ, удалены обѣихъ горизонтальныхъ пластинокъ небныхъ костей. Тампонада по Bellocq'у. Швы на твердое и мягкое небо.

Тампонъ извлеченъ на слѣдующій день после операции.

Постоперационное течение гладкое.

Выписанъ чрезъ 3 недѣли после операции здоровымъ.

№ 75. Онъ же. (Тамъ же).

Большой 17 л., 8 мѣсяцевъ страдает закладываніемъ левой половины носа.

Опухоль величины съ грецкій орѣхъ помѣщается въ носоглоткѣ, прикрывается тонкой ножкой къ своду ея.

24 марта 1904 г. Морфино-хлороформный наркозъ. Операция на шеѣ, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Легкое отсѣчение ножки. Передняя тампонада. Швы на твердое и мягкое небо.

Тампонада извлечена на слѣдующій день после операции.

Постоперационное течение гладкое, только пришлось сдѣлать вторичную staphylogorrii'ю вследствие местного расхождения швовъ.

Выписанъ черезъ 2 1/2 недѣли после операции.

Пат. анат.: Fibroma.

№ 75. Онъ же. (Тамъ же).

Большой 18 л. 2 года уже страдает частыми носовыми кровотечениями. Не можетъ дышать черезъ правую ноздрю. Правая половина носоглотки занята опухолью, которая прикрывается къ основной кости, къ задней стѣнкѣ носоглотки и соннику и срощена на всемъ своемъ протяженіи съ перегородкой носа, итѣе срощена съ областью Rosenmiller'овской ямки и трубъ и съ передней частью нижней раковины. Эта опухоль уходитъ въ правую носовую полость, тогда какъ левая хоана совершенно свободна.

3 марта 1905 г. операция подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ. Рассѣчение мягкого и слезно-надкостничнаго покрова твердаго и неба, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. Удалена съ правой стороны поперечная пластинка небной кости съ частью небнаго отростка верхней челюсти.

Опухоль отрѣзана отъ перегородки, отъ свода и задней стѣнки носоглотки при сильномъ венозномъ кровотечении.

Тампонада. Швы на твердое и мягкое небо.

Тампонъ извлеченъ на слѣдующій день после операции.

Черезъ недѣлю сняты швы. Расхождение на границѣ твердаго и мягкаго неба.

Выписанъ черезъ 1 мѣсяць 3 дни съ 2 небольшими отверстиями.

Большой черезъ 1/2 года явился съ рецидивомъ.

Пат. анат.: Sarcoma globocellulare.

№ 76. Онъ же. (Тамъ же).

Мальчикъ 15 л. 1 годъ страдает закладываніемъ носа съ явлениями насморка, все учащающимися носовыми кровотечениями, тугостью слуха и болью въ левомъ ухѣ.

Опухоль съ волошскій орѣхъ сидитъ на основаніи черепа, боковой стѣнкѣ глотки и входитъ въ левую полость носа, гдѣ она срощена съ перегородкой до хрящевой ея части.

3 марта 1905 г. операция подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ

такая же, как в предыдущем случае. Кровотечение умеренное. Тампонада. Швы.

Тампона удален на 3-й день после операции.

Через неделю сняты швы. Образовался дефект на границе твердого и мягкого неба, потребовавший вторичного зашивания. Осталась небольшая щель.

Через 2 1/2 недели после операции выписался. Рецидив через 4—5 месяцев.

Пат. anat.: Fibro-sarcoma.

№ 77. *Онъ же.* (Там же).

Тот же больной.

10 октября 1905 г. под морфино-хлороформным наркозом и без разреза по старому рубцу. Опухоль срезана тремя кусками. Кровотечение среднее. Швы неба.

Послеоперационное течение гладкое; швы сняты на седьмой день, prima intentio.

Через 25 дней после операции констатирован рецидив с маленьким орехом на своде носоглотки в области хоаны, который быстро увеличивался.

№ 78. *Онъ же.* (Там же).

Тот же больной. Заложено лѣвую носовую полость, правая тоже плохо проходима для воздуха. Опухоль все увеличивается.

30 ноября 1905 г. под общим наркозом в третий раз срезано расширение твердого и мягкого неба. Опухоль с орехом величиной отъѣлена по частям при обильном кровотечении. Швы.

На следующий день извлечен тампон. Швы сняты через неделю — prima intentio. Дыхание свободно.

Выписка через 3 1/2 недели. Рецидив уже через 2—3 недели.

Пат. anat.: Sarcoma.

№ 79. *Онъ же.* (Там же).

Тот же больной. Через 2—3 недели по выписке опять начало закладывать нос, а на 9 месяц после операции при постулении констатирована опухоль носоглотки с грецким орехом величиной, выпячивающая сѣва мягкое небо и дающая отросток в лѣвую носовую полость до самого наружного отверстия носа, гдѣ она изъязвлена. Кровотечение, особенно при пальцевом изъязвлении.

11 августа 1906 г. под морфино-хлороформ. наркозом — расширение твердого и мягкого неба по старому рубцу (кость еще не восстановилась), извлечение опухоли, которая приросла к своду и боковой стѣнкѣ носоглотки и к наружной стѣнкѣ носа. Опухоль удалена по кускам при сильном кровотечении. Задняя тампонада.

Ввиду слабости больного швы неба отложены.

На следующий день зашивание неба.

Швы сняты на 10 день, мягкое небо разошлось, потребовалась вторичная staphylographia. Носовой отъѣнокъ голоса. Выписка на 26 день.

Пат. anat.: Sarcoma.

№ 80. *Онъ же.* (Там же).

Большой 23 лѣтъ, тому назад заложил нос и появился сильный запах.

Опухоль с куриное яйцо величиной занимает всю носоглотку, выпячивая мягкое небо. Она прикрывается к своду носоглотки и удерживает горизонтальную пластинку небной кости. Опухоль бурная, мѣстами изъязвлена. Т^о при постулении и до самой операции помешана.

18 августа 1906 г. операция под морфино-хлороформ. наркозом. Предварительная трахеотомия из-за величины опухоли и западания языка. Расщепление мягкого и твердого неба в мѣстѣ узуры его костей.

Извлечение опухоли при незначительном кровотечении, под контролем глаза. Тампонада. Швы.

В послеоперационном течении т^о повышалась до 38,4 в течение первых дней.

Трахеотомическая трубка удалена в день операции.

Швы сняты через неделю после операции. Дефект твердого неба, дважды зашивался по Langenbeck'у. Во второй раз прорвался только средний шов, так что осталось небольшое отверстие в небу.

Выписался через 3 недели после операции с улучшением.

Пат. anat.: Sarcoma.

№ 81. *Онъ же.* Большой 20 л. 3 мѣс. чувствовать закладывание носового дыхания. Опухоль очень твердой консистенции с волошкѣй орехом прикрывается к своду и закрывает правую хоану.

15 ноября 1906 г. под морфино-хлороформ. наркозом расширение твердого и мягкого неба вѣво отъ языка, резекция части поперечной пластинки небной кости. Вырывание с трудом цѣпкомъ опухоли, при чем вскрылся sin. sphenoidalis. При вырывании опухоли увеличилась вѣ шницѣ правой небной дугѣ и был надорван. Кровотечение, остановлено тампонадой. Частичное зашивание неба.

В послеоперационном течении — подъем т^о первые дни. Тампонъ удален на 3 день. Небо зажило per granulationem.

Через 1 мѣс. после операции — выписка.

Пат. anat.: опухоль Fibro-sarcoma'гознаго характера.

№ 82. П. П. *Мисайловъ.* («Къ техникѣ удаления носоглоточныхъ опухолей». Русск. Хирург. Архивъ 1895 г., стр. 372).

Большой 23 л. с закладыванием носового дыхания и затруднением глотания вѣстѣнныхъ опухоли, занимавшей всю носоглоточную полость и лѣвую носовую, был оперированъ в 1895 г. под хлороформнымъ наркозомъ съ положением по Rose по небному способу Gussenbaha и егѣ (видоизмѣненіе Mikulicz'a). Разрывъ мягкихъ частей неба вѣскольکو вѣво отъ срединѣ линіи, полное расщепление мягкого неба. Для облегчения вырывания опухоли, плотно включенной в носовую полость, пришлось отъѣлѣть лѣвое крыло носа.

Опухоль легко была вырвана пальцами с трескомъ отъ отломившейся пластинки решетчатой кости, съ которой опухоль и была извлечена безо всякаго кровоточенія.

Зашиваніе твердаго и мягкаго неба.

Послѣоперационное теченіе безъ осложненій. Больной выписался здоровымъ.

Опухоль твердая, какъ камень 82 × 43 × 29 мм.

III. Альвеолярно-небные способы.

I. Способъ Кочег'а.

№ 83. Проф. *Ө. К. Борнгаутъ*. (Госпитал. Хир. Клиника въ Кіевѣ. А. Фалькенбергъ «Остеоластическое изъсѣченіе обихъ верхнихъ челюстей по Кочег'у» Врачъ 1895 г., II ч., стр. 914).

Больной 29 л. обратился въ клинику по поводу затрудненія носового дыханія и носового отдѣлка голоса.

Въ носоглоткѣ—мало-подвижная, выполищающая ее опухоль, выдавливающая и выпячивающая мягкое небо.

1 ч. 10 м. т. наз. опухоли была удалена по носовому способу Ollier съ предварительной трахеотоміей.

Операция 28 марта 1895 г. подъ хлороф. наркозомъ въ положеніи больного по Rose. Альвеолярно-небный способъ Кочег'а. Видоизмѣненіе оператора разреза слизистой оболочки въ преддверіи рта: разрезъ сдѣланъ продольно. Мягкое небо не вполне разсѣчено и оставлено цѣльнымъ свободный край его.

Опухоль оказалась на позкъ, бѣлой и твердой. При незначительномъ кровоточеніи отдѣлена отъ основанія черепа. Мѣсто ея прикрѣпленія выскребано острой ложкой.

Тампонада. Металлической повязъ на рѣзцы.

Черезъ 17 дней резецированный участокъ былъ неподвиженъ. Черезъ 3 недѣли послѣ операциі выписка здоровымъ. Имѣется фотографическій снимокъ больного послѣ операциі.

№ 84. Проф. *Н. М. Волковичъ*. (Городская Цесаревича Александра больница. Личное письменное сообщеніе).

У больного 17 л. опухоль занимала всю носоглотку и правую носовую полость, прикрѣпляясь въ области клиновидной паухи. Сильное затрудненіе дыханія, вызываемое опухолью, принудило къ трахеотоміи, которая была сдѣлана за 11 дней до операциі.

3 февраля 1903 г. Хлороф. наркозъ. Предварительная операция по альвеолярно-небному способу Кочег'а.

Послѣоперационное теченіе гладкое. Вслѣдствіе случайнаго прохожденія горизонтальнаго распила на одной сторонѣ слухомъ кину пострадала 2 зуба. Прикрѣпленіе временно резецированныхъ частей полное.

Пат. анат.: опухоль больше кулака, мясистой консистенции; микроскопически оказалась Fibromой съ рѣдкими звѣздчатыми клѣтками и участками слизистого перерождения.

№ 85. *Онгъ-же.* (Тамъ же).

Большой 16 л. съ далеко зашедшимъ носоглоточнымъ полипомъ, выходящимъ сильными явлениями затрудненія дыханія, какъ носомъ, такъ и ртомъ. Больному за недѣлю до операціи сдѣлана трахеотомія, чтобы дать возможность поправиться къ операціи, которая и была произведена 1 марта 1903 г. подъ хлороф. наркозомъ.

Предварительная операція по альвеолярно-небному способу Кошега. Довольно обильное кровотечение остановлено тампонадой. Доступъ къ опухоли получился очень хорошей. Послѣоперационное теченіе гладкое. Первое время была неполная вялость голоса. Недвижность и прижатіе резцированныхъ частей наступила приблизительно черезъ мѣсяць.

Пат. анат.: Опухоль мясистой консистенціи съ кулакъ величиной. Подъ микроскопомъ оказалась Fibromой — рѣдкія звѣздчатая клѣтки, мѣстами слизистое перерождение.

№ 86. *Онгъ-же.* (Тамъ же).

У больного 14 л. опухоль занимаетъ всю носоглотку, выполняетъ правую носовую полость, черезъ пробѣленіе носовой перегородки выходитъ и въ лѣвую половину носа, и прорастаетъ въ Гайморную полость.

14 апрѣля 1902 г. операція подъ хлороф. наркозомъ по альвеолярно-небному способу Кошега съ хорошимъ результатомъ.

Пат. анат.: опухоль мясистой консистенціи, съ кулакъ величиной, состоящая мягкой Fibromы съ большимъ количествомъ сосудовъ.

№ 87. (Старая Екатерининская больница въ Москвѣ. Виг. Малютинъ «Злокачественныя новообразованія полости носа». Москва, 1901, стр. 226—227).

У крестьянина 20 л., 3 г. т. наз. появились носовыя кровотечения; 1½ г. т. наз. обнаружилась опухоль на лѣвой щекѣ, которая была вскрыта и дала истеченіе гною. Искорѣ присоединяется закладываніе носового дыханія.

Опухоль мягкая, бугристая, мѣстами изъязвленная, легко кровоточащая исходить отъ свода носоглотки и выносятся ее, прорастаетъ также въ лѣвую носовую полость. Вымываніе подъ лѣвой скуловой дугой.

6 апрѣля 1896 г. подъ хлороф. наркозомъ со сущенной головой по Rose произведена операція по альвеолярно-небному способу Кошега. Опухоль удалена экзареромъ 6 кусками, съ голубиное яйцо каждыи.

Остановка дыханія. Послѣ примѣненія возбуждающихъ большой пришесть въ себя, но умеръ отъ малокровія черезъ 5 час. послѣ операціи.
Пат. анат.: Sarkoma.

Когда диссертація была уже набрана, мы получили отъ П. Л. Одерфельда письменное сообщеніе о его случаѣ, который и считаемъ необходимымъ все таки привести здѣсь.

П. Л. Одерфельдъ (Еврейская больница въ Варшавѣ). У больного 14 лѣтъ съ опухолью, занимающей носоглоточную и носовую полость, была произведена въ 1903 г. подъ общимъ наркозомъ въ положеніи тѣла больного по Rose операція по альвеолярно-небному способу Кошега. Самое удаленіе опухоли удалось легко и быстро.

Послѣоперационное теченіе гладкое. Выздоровленіе.

Пат. анат.: Fibro-sarcoma.

2. Способъ Partsch'a.

№ 88. Л. С. Гинзбургъ. (Временная резекція твердаго неба вмѣстѣ съ альвеолярнымъ краемъ верхнихъ челюстей (операція Partsch'a) для удаленія опухоли носоглоточнаго пространства». Практическій Врачъ, 1903 г., стр. 1185).

Больная 55 л. страдаетъ 1 г. 10 м. постепенно усиливающимся затрудненіемъ носового дыханія и закладываніемъ ушей. Послѣднее время присоединились препятствіе при глотаніи, затрудненіе дыханія и черезъ ротъ. Одинъ разъ было кровотеченіе, длившееся сутки.

Опухоль выполняетъ носоглотку, низдавленная отечное небо и спускается изъ подъ его свободного края, и даетъ отростокъ въ лѣвую носовую полость. Опухоль прикрывается къ своду носоглотки и части лѣвой ее стѣнки.

Операція по альвеолярно-небному способу Partsch'a. Опухоль отсѣчена ножомъ и ножницами. Тампонада. Установка резецированного участка на мѣсто. Катgutовые швы на слизистую оболочку.

Черезъ 2—3 недѣли больная могла жевать, а черезъ 1 м. получила полное заживленіе. Черезъ 5 м. 20 л. констатирована прочная, но не костная спайка въ мѣстѣ резекціи; носоглотка свободна, подозрительные узелки на задней поверхности мягкаго неба.

Пат. анат.: Sarkoma globocellularis.

IV Лицевые способы.

I. Полная окончательная резекция верхней челюсти.

№ 89. Проф. А. А. Бобровъ. (Отчет Хирургич. Факультетной Клиник и Московского Университета за 1895—96 и 1896—97 гг. стр. 76). Крестьянин 15 л. болелъ около года затрудненіемъ носового дыханія; 1 мѣс. т. наз. ему была сдѣлана въ земской больницѣ какая-то операція въ носу. Последнее время появились повторяющіяся сильныя кровотеченія, которыя довели больного до анеміи.

Правая половина лица и правое глазное яблоко замѣтно выпячены. Правая носовая полость выполнена бугристой распадающейся опухолью, дающей аловонное слизисто-кровянисто-гнойное отдѣляемое изъ носу. Соответственная половина мягкаго неба выпячена въ полость рта. Носоглоточная полость почти вся занята опухолью, которая, какъ оказалось при операціи, проросла sinus sphenoidalis.

Верхняя челюсть была сдвинута опухолью, Гайморова полость свободна, но замѣтно уменьшена.

26 февраля 1897 г. сдѣлана подъ хлороф. наркозомъ операція полной окончательной резекціи правой верхней челюсти по Dieffenbachу.

Сильное кровотеченіе.

Постоперационное теченіе гладкое. Prima intentio. Выписка.

Пат. anat.: Fibroma.

№ 90. Онгъ-сс. (Отчетъ Факультетной Хирургической Клиники Московскаго Университета за 1897—98 и 1898—99 гг. стр. 93).

Крестьянинъ 18 л. обратился въ клинику съ носовыми кровотеченіями, появившимися болѣе 1½ г. тому назадъ, последнее время ставшимъ рѣдкими, но очень сильными; закладываніемъ носового дыханія пониженіемъ слуха на лѣвое ухо, болѣю въ вискахъ и опухолью лица. Большой анемичезъ, сонливъ и слабъ. Лѣвая верхнечелюстная область выпячена впередъ и внаружи, exophthalmus, mydriasis spastica на лѣвомъ глазу. На днѣ лѣвой носовой полости опредѣляется твердая опухоль. Лѣвая часть носоглотки тоже занята таковою же опухолью, сильно выпячивающей впередъ соответственную половину мягкаго неба и сращенной съ нѣмъ.

Крепентирующіе хрипы въ правой верхушкѣ. Въ клиникѣ участилсь кровотеченія, что заставило сѣшить съ операціей, которая и была проведена 20 января 1899 г.

Полная окончат. резекція лѣвой верхней челюсти. Шудьсъ упалъ во время изсѣченія челюсти. Опухоль исходила изъ рѣшетчатой кости. Несмотря на всѣ предпріятыя мѣры къ оживленію больного, онъ умеръ на операціонномъ столѣ отъ кровототери.

На вскрытіи обнаруженъ туберкулезъ праваго легкаго и плевры. Опухоль проросла чрезъ рѣшетчатую кость въ полость черепа, не затронувъ еще твердой мозговой оболочки.

Пат. anat.: Sarkoma globocellularis.

№ 91. Онгъ-сс. (Тамъ же).

Мальчикъ 12 л. болелъ болѣе 1½ г. носовыми кровотеченіями, полнымъ отсутствіемъ носового дыханія и сильнымъ пониженіемъ слуха на лѣвое ухо. Была опредѣлена опухоль въ носу и частью удалена. Кровотеченія замѣтно усилились послѣднее до поступления въ клинику время, довели больного до сильной анеміи.

Лѣвая половина лица и лѣвый глазъ замѣтно выпячены. Бугристая мясистая опухоль совершенно занимаетъ носоглотку и лѣвую носовую полость, отдавливая перегородку въ противоположную сторону.

19 декабря 1897 г. подъ хлороф. наркозомъ послѣ предварительной перевязки art. carot. ext. sin.—полная окончательная резекція верхней челюсти. Исѣченіе опухоли, растущей съ основанія черепа, ножницами. Во время этого акта операціи паденіе шудьсы. Несмотря на всѣ мѣры къ оживленію, больной умеръ чрезъ 3 часа послѣ операціи отъ кровототери.

Вскрытіе обнаружало проростаніе опухоли чрезъ рѣшетчатую кость въ черепную полость и остатки неудаленной опухоли въ крылонебной ямкѣ.

№ 92. Онгъ-сс. (Отчетъ Факультетской Хирург. Клиники Московскаго Университета за 1895—96 и 1896—97 гг. стр. 79).

Тотъ же больной, что и въ № 101. Рецидивирующая опухоль еще болѣе, чѣмъ до операціи. Сильное выстояніе лѣвой щеки, переходящее и въ височную область, рѣзко выраженный exophthalmus лѣваго глаза; опухоль занимаетъ носоглотку и носовую полость.

Малозамѣтные рубцы на лицѣ и прекрасное твердое небо, сдѣланное изъ его слизисто-надкостнаго покрова, подшитого къ щекѣ.

Зрѣніе нормальное; нерѣзко-выраженный застоной сосокъ.

Бывають потемнѣнія въ глазахъ и головокруженіи. Сильная анемія.

18 октября 1897 г. подъ хлороф. наркозомъ сдѣланъ кожный разръзъ, какъ при реакціи вверху челюсти по Dieffenbachу; для увеличенія доступа всѣсна сдуванная кость. Опухоль при очень сильномъ кровотеченіи удалена быстрыми ударами ножницъ.

Тампонада. Швы. Въ это время сильноепаденіе шудьсы. Смерть чрезъ 3 часа послѣ операціи. При вскрытіи обнаружено, что опухоль про-

росла в среднюю черепную ямку, сгибала узору основания черепа между пп. *opificus* и *trigeminus*, проникающую пальец. Здесь найдены кусочки новообразования.

Пат. анат.: *Fibro-sarcoma*.

№ 93. (Факультетская Хирург. Клин. Московского Университета. Евг. Мамонтов «Злокачественная новообразования полости носа» и т. д. Москва 1901, стр. 188—189).

Больной 49 л. 4 мѣс. тому назад почувствовал боль в лѣвой глазуни и вскоре потерял зрѣние по этому глаз; 2 мѣс. т. наз. заложило нос.

Опухоль вышолпала носоглотку и лѣвую носовую полость, отдавая мягкое и соответствующее полуюну твердаго неба вниз. Опухолью вылячена вся лѣвая половина лица и лѣвый глаз, который потерял зрѣние.

17 октября 1884 г. Полная окончательная резекция лѣвой верхнечелюстной кости по *Dieffenbach'sy*. Опухоль проросла основание черепа.

Въ началѣ второй шеиши послѣ операции больной погибъ при движеніяхъ шеишита.

Пат. анат.: *Sarcoma globocellularis*.

№ 94. (Басманная больница въ Москвѣ. Тамъ же, стр. 246—247).

У больного 19 л. 1½ г. т. наз. появилась опухоль въ носу. Ему на протяжении года была сдѣлана дважды временная резекция верхней челюсти.

При поступленіи въ больницу констатировалась вышолпание всей лѣвой половины лица и опухоль, занимающая носоглоточную и носовую полость и вдавливающая лѣвую половину твердаго неба.

26 октября 1889 г. произведена полная окончательная резекция верхней челюсти по *Dieffenbach'sy* и извѣчение полна, сдѣланого на своде и частью на лѣвой стѣнки носоглотки.

Послѣоперационное течение гладкое.

№ 95. С. О. *Дерюжинскій*. (Голлицинская больница въ Москвѣ. По личному письменному сообщенію).

Больная 56 лѣтъ съ ренцивомъ опухоли, занимающей лѣвую половину носоглотки, носа и 2/3 лѣвой глазуни.

въ 1900 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ со свѣщенной головой по *Rose* подверглась операции извѣченія опухоли послѣ предварительной полной окончательной резекции лѣвой верхней челюсти по *Langenbeck'sy*.

Смерть черезъ сутки послѣ операции отъ малокровія.

Пат. анат.: *Sarcoma*.

№ 96. *Онъ же*. (Тамъ же).

Больной 52 лѣтъ съ опухолью, вышолпавшей носоглоточную и по-

соную полость и дашней отростокъ въ скуловую ямку съ глазничнымъ отъшкленіемъ и отросткомъ въ *fossa canina*

въ 1902 г. былъ подвергнутъ подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи по *Rose* операции извѣченія опухоли послѣ предварительной полной окончательной резекции верхней челюсти по *Langenbeck'sy*.

Послѣоперационное течение гладкое.

Пат. анат.: *Neoplasma malignum*.

№ 97. (Ново-Екатерининская больница въ Москвѣ. Евг. Мамонтов «Злокачественная новообразования полости носа» и т. д. Москва. 1901 г., стр. 236—237).

Больной 23 л. замѣтилъ 4 мѣсяца тому назад опухоль въ правой половинѣ носа, которую черезъ 2 мѣсяца пытался удалить корригангомъ, но получили очень сильное кровотеченіе. Послѣ этой операции ростъ опухоли ушлился.

Правая половина носа вышолпана опухолью, которая торчитъ изъ ноздри. Носоглотка заложена новообразованиемъ. Опухоль пропущивается въ правой окологубной области, и вся правая половина лица вышолпана.

17 декабря 1897 г. произведена операциа съ предварительной оной окончательной резекцией верхней челюсти по *Weber'sy*. Опухоль окружала сзади верхнюю челюсть, Гайморона же полость была пуста; исходила она отъ задней стѣнки носоглотки.

Послѣоперационное течение гладкое.

Пат. анат.: *Fibro-нухо-sarcoma*.

№ 98. *П. Э. Газемъ-Торнь*. (Изъ Академической Хирургической Клиники проф. Н. А. Вельяминова. «Въ вопросу объ опухолахъ основанія черепа и о способахъ ихъ удаленія». Русск. Хир. Арх. 1902 г. Т. XVIII. Ч. 2, стр. 270).

Крестьянинъ 17 л. обратился въ клинику съ жалобой на носовыя кровотеченія, начавшіяся 4 года тому назад, на отсутствіе носового дыханія, одышку, головную боль и на быстро растущую опухоль правой щеки, появившуюся впервые 2 года тому назадъ въ видѣ горошины. 2½ года тому назадъ извлекали изъ носа полипы при сильномъ кровотеченіи.

Опухоль правой щеки съ дѣтскій кулакъ пропущивается сзади подъ п. *masseter*, спереди пальца на 2 пѣ доходить до крыла носа, вверхъ идетъ подъ скуловую дугу (скуловая кость оказалась при операции источенной) и выступаетъ въ *fossa temporalis*; внизъ идетъ до края альвеолярнаго отростка верхней челюсти, который она вдавливаетъ внутрь. Если открыть ротъ, то справа въ *vestibulum oris* видно контуръ опухоли, смѣщающей внутрь альвеолярный отростокъ. Опухоль вышолпываетъ санзистую оболочку на границѣ твердаго и мягкаго неба (при операции здесь оказалась узора горизонтальнаго отростка правой небной кости). Имѣются фотографическіе снимки больного.

БИБЛИОТЕКА
Хирургическая
16

При исследовании носоглотки обнаружена в ней опухоль, закрывающая всею правую и почти левую хоану.

Правая носовая полость целиком занята бледно-розовою опухолью, отбрасывавшей перегородку влево. В левой полости носа обнаруживается небольшой отросток опухоли только в заднем отделе.

1 апреля 1899 г. под хлороформным наркозом произведена окончательная полная резекция правой верхней челюсти с кожным разрезом по Weber'у. Сильное кровотечение во время отсепарации от опухоли кожного лоскута. Челюсть удалена вместе с опухолью. Тампонада, швы.

Смерть во время наложения повязки от анемии и шока.

Опухоль занимала всю fossa spheeno-maxillaris (по автору foss. retro-maxillaris и spheeno-palatina), все пространство за скуловой дугой и часть височной ямки. Она значительно раздвинула for. spheeno-palatinum; прорыла чрез fiss. orbit. inf. в глазницу и оттуда долей с левой орбитой чрез fiss. orbit. sup. в полость черепа, узурировала края этих щелей и истончив костную пластинку, отделяющую fiss. orbit. sup. от for. rotundum, гдѣ, повидимому, сдвинула II ветвь n. trigemini.

Анатомическое изучение препарата не дало точных данных о местѣ первоначальнаго исхода опухоли. Автор предполагает таковым fibro-cartilago basilaris.

Пат. анат.: плотная, бледно-розовая, дряблая, состояла из соединительной ткани, мѣстами богатой веретеннообразными соединительнотканными клетками, мѣстами—сосудами.

№ 99. Л. Ф. Ливенчикъ. («Оберъ хирургической дѣятельности Табальской больницы за 1886 годъ». Хирургическій вѣстникъ 1887 г., Т. III, стр. 450).

Крестьянинъ 17 л. поступилъ в больницу съ постоянными кровотечениями изъ носа и рта, съ отсутствиемъ носоваго дыханія и съ явными паралича праваго лицеваго нерва.

Опухоль занимаетъ всю носоглотку, прорастаетъ в правую половину носа, которую она сильно расширяетъ.

1 ноября 1886 г. под хлороформнымъ наркозомъ съ предварительной трахеотоміей и тампонадой глотки по Nussbaum'у, въ положеніи больного по Rose произведена полная окончательная резекція правой верхней челюсти. Опухоль оказалась проростъ въ осѣдлыя полости (?) и сращенной съ нѣхъ стѣнками.

По отщепленіи въразмерѣ Chassaignac'a только части опухоли появились сильное кровотеченіе.

Большой умирѣ отъ малокровія до окончанія операци.

№ 100. В. М. Минцѣ. (Старо-Екатерининская больница въ Москвѣ. Марія Пурокъ «Примѣненія неблагаго способа для удаленія носоглоточныхъ опухолей». Русск. Хир. Арх. Т. XIII, 1907 г., Кн. 2-ая, стр. 204).

У крестьянина 17 л. 3 года тому назадъ впервые появились закладываніе носоваго дыханія и во временахъ головная боль. Отсутствіе но-

соваго дыханія. Кровотеченія. Боль въ носѣ и правой ухѣ. Слезотеченіе изъ праваго глаза. Головная боль справа и шумъ въ ушахъ.

Опухоль съ воловскіей орбитѣ величинной занимаетъ носоглоточное пространство, выпячивая мягкое небо впередъ и будучи сращена съ слезною носоглотки и ея боковыми стѣнками, и даетъ отростокъ въ правую носовую полость почти до vestibulum nasi. Вся правая половина лица выпячена, нѣрзко выраженный exophthalmus на этой же сторонѣ, парезъ n. abducens, начинающійся нѣпритъ n. opticus.

25 февраля 1906 г. подъ общимъ наркозомъ сдѣлана полная резекція верхней челюсти по Weber'у съ предварительной перевязкой art. carotis ext.

Удаленіе по частямъ пожидками опухоли, занимавшей правую носовую полость, носоглотку, fossa pterygo-palatina и sin. spheenoïdalis. Сильное кровотеченіе, остановленное тампонадой. Постоперационное теченіе осложнилось подъемами вѣ въ первые послѣ операци дни и катарромъ Евстахиевой трубы. Выписка черезъ 1 мѣсяцъ 19 дней.

Пат. анат.: Sarcoma.

№ 101. Проф. П. В. Склифосовскій. (Отчетъ Хирургической Клиники Московскаго Университета. 1890—1893 гг., стр. 51).

Крестьянину 19 л. 1 годъ тому назадъ удалили носовые полости. 1/2 года тому назадъ снова растутъ опухоли. Выпячиваніе въ области праваго щеки, главнымъ образомъ сзади, выпячиваніе праваго глаза. Носоглотка и правая носовая и Гайморова полости и глазница заняты новообразованіемъ.

4 декабря 1890 г. окончательная полная резекція правой верхней челюсти съ кожнымъ разрезомъ по Weber'у. Изъщепленіе опухоли. Постзудуирующая тампонада и кожные швы. Въ послѣоперационномъ теченіи осложненіе erysipelas, кончившееся благополучно.

Пат. анат.: Fibro-sarcoma.

№ 102. (Ново-Екатерининская больница въ Москвѣ. Евг. Малютинъ «Злокачественнаго образованія полости носа» и т. д. Москва, 1901, стр. 194—195).

Больной 17 л. 3 мѣс. т. наз. замѣтилъ закладываніе лѣвой половиной носа и затрудненіе дыханія. Неудѣн 2 т. наз. появились опухоль въ глоткѣ и подъ коренными зубами слѣва въ преддверіи рта. Вся лѣвая щека значительно выпячена. Опухоль заполняетъ носоглотку, спускаясь въ свободнаго края мягкаго неба; лѣвую носовую полость. Гайморову полость, какъ оказалось при операци, и окружаетъ верхнюю челюсть отросткомъ, который прощупывается со стороны преддверія рта.

3 марта 1867 г. Полная окончательная резекція верхней челюсти. Опухоль исходила отъ основной кости, узурируя ее.

Въ послѣоперационномъ теченіи осложненіе erysipelas и кератитомъ.

№ 103. Проф. А. А. Бобровъ. (Отчетъ факульт. Хирург. Клиники Московскаго Университ. за 1895—96 и 1896—97 гг., стр. 77).

Большой 11 л. был оперирован в той же клинике по носовому способу Langenbeck'a (№ 12) 2 мѣс. т. наз.

Редивирующая опухоль занимает тѣ же, что и до операции, полости только достигаетъ большихъ размѣровъ; глазъ еще больше выстоитъ изъ орбиты, мягкое небо сильно выпячено.

Подъ хлороф. наркозомъ 1 октября 1896 г. операция поднако-
стичной резекціи лѣвой верхней челюсти съ под-
павшимъ по окончаніи операціи слизистой надко-
стичного лоскута твердаго неба къ слизистой
щели.

Насѣченіе опухоли ножницами, Тампонада. Швы. Послеоперационное
теченіе гладкое. Prima intentio. Хорошій косметическій результатъ. Вы-
писка.

Редидивъ черезъ 1½ мѣс. (№ 92).

2. Частичная временная резекція верхней челюсти.

№ 104. Проф. Н. М. Волковичъ. (Городская Цесарѣича Алексан-
дра больница въ Кіевѣ. Личное письменное сообщеніе).

Больной 19 л. съ опухолью, занимавшей одной своей частью лѣвую
носовую полость, а другой свисавшей въ носоглотку, гдѣ она имѣла
ножку въ палецъ толщиной, былъ оперированъ 24 апрѣля 1901 г. подъ
хлороформ. наркозомъ. Была сдѣлана временная частичная резек-
ція лѣв. верхней челюсти по Langenbeck'у. Доступъ къ опухоли
былъ очень хорошій. Послеоперационное теченіе гладкое. Косметическій
и функциональные результаты прекрасные.

Пат. anat.: Fibroma.

№ 105. Онъ же. (Тамъ-же).

У большого 12 л. съ опухолью, сильно выпячивающей носоглотку и
отдавливающей мягкое небо впередъ, занимающей всю лѣвую половину
носа и прикрѣпляющейся широкимъ основаніемъ къ тѣлу клиновидной
кости, была сдѣлана для удаленія опухоли предварительная временная
частичная резекція лѣвой верхней челюсти по Weber'у подъ
хлороф. наркозомъ преимущественно въ началѣ операціи 9 октября 1901
Прекрасный доступъ къ опухоли. Въ послеоперационномъ теченіи неболь-
шіе подъязыч. Приживленіе резецированного участка и косметическій
результатъ очень хорошій.

Пат. anat.: Fibroma.

№ 106. С. О. Дерожинскій. (Голлицинская больница въ Москвѣ.
По личному письменному сообщенію).

У мальчика 14 л. съ полнымъ основаніемъ черепа, заполнявшимъ
носоглоточную, носовую и Гайморову полости произведена въ 1902 г.
временная частичная резекція верхней челюсти по Weber'у, и
полость насѣчена ножницами.

Во время насѣченія опухоли наступилъ упадокъ сердечной дѣятель-
ности и смерть на операционномъ столѣ.

№ 107. Проф. Н. В. Скляфосовскій. (Отчетъ Хирургической
Клиники Московскаго университета 1880—1884 гг. стр. 163).

Гимназистъ 15 л. былъ оперированъ холодной пелетой 3 м. т. наз.
Опухоль грушевидной формы закрываетъ правую хоану и широко при-
крѣпляется къ основанію черепа, легко кровоточитъ при изслѣдованіи
пальцами. 30 января 1884 г. Временная частичная резекція
верхней челюсти по Langenbeck'у. Насѣченіе опухоли ножницами
и прижатіе matrix'a съ Раушн'омъ. Гладкое послеоперационное теченіе.
Выписка черезъ 3 мѣс. Явилась черезъ годъ съ редивиромъ.

Пат. anat.: Sarcoma fusco-cellularis.

108. Онъ же. Тамъ-же 1890—1893 гг., стр. 50).

Больной 19 лѣтъ 2 г. т. наз. былъ оперированъ по небному способу
(№ 67). Въ носоглоткѣ опухоль опять появилась 1 годъ тому наз.

Кровоточенія, затрудненіе носового и ротового дыханія, пониженіе
слуха на правое ухо; сильная анемія. Расширеніе правой половины носа
и соответственной половины лица.

Опухоль выполняетъ носоглотку, выдаивая мягкое небо, на кото-
ромъ виденъ рубецъ отъ прежней операціи, и выдвигаетъ правую носовую
полость, отдавливая перегородку къ противоположную сторону.
Прикрѣпленіе на внутр. пластинки нос. pterygoideus.

7 ноября 1890 г. Временная частичная резекція верхней
челюсти по Weber'у подъ хлороф. наркозомъ. Самое насѣченіе опухоли
безъ наркоза. Сильное кровоточеніе. Смерть отъ анеміи къ вечеру.

Пат. anat.: Fibro-angioma sarcomatodes.

№ 109. Онъ же. Тамъ-же 1890—1893 гг., стр. 53).

Крестянинъ 15 л. Давность болѣзни 4 года. Нѣсколько разъ былъ
оперированъ до поступления своего въ клинику.

Въ правой носовой полости констатируется мягкая съ вишнево-крас-
ною опухоль, а въ носоглоткѣ большая, прикрѣпляющаяся къ боко-
вому краю правой хоаны.

24 февраля 1892 г. Временная частичная резекція верхней
челюсти по Weber'у. Послеоперационное теченіе гладкое.

Пат. anat.: Fibroma (хаональный фибрино-слизистый полипъ).

№ 110. (Маринская больница въ Москвѣ. Евг. Мальвинъ «Забо-
чительная опухоль носовой полости» и т. д. Москва. 1901 г.,
стр. 140—141).

У большого 19 л. около года, какъ начало появляться выстояние
превой щели и соответственной половины носа. Носъ заложено 2 мѣ-
сяца тому назадъ.

20 января 1890 г. Временная частичная резекція
верхней челюсти по Weber'у. При насѣченіи опухоли, непо-
ладней съ основаніемъ черепа, былъ очень сильный кровоточеніе, такъ что
большого пришлось долго оживлять.

Выписка поправившимся.

Пат. anat.: Fibroma.

3. Временная полная резекция верхней челюсти.

№ 111. *С. О. Дерожинский*. (Галицкая больница в Москве. По личному письменному сообщению).

У больного 19 л. съ опухолью, заполнявшей носоглоточную и носовую полость и исходившей от основания черепа

въ 1899 г. подъ хлороформным наркозомъ въ положеніи по Rose была произведена временная резекція верхней челюсти и вырваніе съ послѣдовательнымъ выскабливаніемъ опухоли.

У больного при выпискѣ уже констатировался рецидивъ.

№ 112. *Онкъ же*. (Тамъ же).

У больной 28 л. съ опухолью, занимавшей носоглоточную и носовую полость и проросшей въ Гайморову пазуху

въ 1899 г. произведена временная резекція верхней челюсти и высѣченіе опухоли пожницами съ послѣдовательнымъ выскабливаніемъ.

Больная выписалась поправившейся.

№ 113. *С. И. Спасокукоцкий*. (Смоленская Губернская Земская больница. Личное письменное сообщеніе).

Больной 17 л. страдаетъ около $\frac{1}{2}$ года затрудненіемъ носового дыханія и кровотеченіями.

Правая половина лица спереди и въ области скуловой ямки замѣтно набухаетъ. Твердое небо узурировано и черезъ слизистую оболочку просвѣчивается выпячивающаяся въ полость рта опухоль. Въ носоглоткѣ обнаруживается опухоль, которая прикрѣпляется широкимъ основаніемъ къ носоглоточному своду и даетъ отростокъ въ правую носовую полость.

9 июня 1906 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи по Rose сдѣлана временная резекція правой верхней челюсти (?). Основаніе опухоли отдѣлено тушимъ путемъ и отростки ея вытануты изъ носовой Гайморовой полости, а равно и зачелюстной ямки.

Тампонада. Установка челюсти на шты. Швы на кожу и надкостницу, а также на твердое и мягкое небо.

Послѣоперационное теченіе гладкое.

Выписка черезъ 1 мѣсяць послѣ операціи.

№ 114. *Гальперинъ и С. П. Спасокукоцкий*. (Смоленская Губернская Земская больница. Личное письменное сообщеніе).

Больной 15 лѣтъ—съ жалобой на затрудненіе носового дыханія, носовые кровотеченія и опухоль лица. Болезнь 2 года.

Выячиваніе лѣвой стороны лица и лѣвосторонній exophthalmus. Въ носоглоткѣ прощупывается опухоль на широкое основаніи, исходящая со свода ея. Рѣзкое малокровіе.

29 ноября 1906 г. подъ морфино-хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи больного по Rose произведена предварительная перевязка *art. carot. ext. sin.* и временная резекція верхней челюсти.

Опухоль проросла въ лѣвую носовую, Гайморову полость, въ зачелюстную ямку и оттуда въ глазницу. Отдѣлена респаторомъ со свода носоглотки. Отростки удалены съ трудомъ изъ полостей. Обильное кровотеченіе. Тампонада, репозиція челюсти, швы.

Смерть отъ малокровія черезъ 1 часъ послѣ операціи, несмотря на всѣ предпринятія шты.

Опухоль съ мащарить величиной.

№ 115. *С. П. Твердохлебовъ*. (Башинская Земская больница Тверской губернии. Личное письменное сообщеніе).

У больного 20 лѣтъ съ опухолью, занимавшей носоглоточное пространство и отламывавшей впередъ мягкое небо, была сдѣлана 9 января 1906 г. подъ общимъ наркозомъ, въ лежачемъ положеніи операція удаленія ея.

Предварительная временная резекція верхней челюсти по способу Волынцева.

Самое удаленіе опухоли острой ложечкой съ послѣдующимъ прижиганіемъ ямки прикрѣпленія Rasquetin'омъ.

Послѣоперационное теченіе гладкое.

Черезъ 1 годъ рецидивъ.



Curriculum vitae.

Федоръ Львовичъ Кобылинскій, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ Москвѣ въ 1881 году.

Среднее образованіе получилъ въ Московской VII гимназіи, по окончаніи которой въ 1899 году поступилъ на первый курсъ Императорской Военно-Медицинской Академіи.

Будучи студентомъ V курса, въ лѣтніе мѣсяцы принималъ участіе въ I Летучемъ Ушиномъ Отрядѣ въ Екатеринославской губерніи.

Въ 1904 году окончилъ Академію со званіемъ «декаря съ отличіемъ», по постановленію конференціи былъ награжденъ преміей д. с. с. Паллеса и по конкурсу оставленъ при Академіи на три года для научнаго усовершенствованія.

Въ 1904—1905 учебномъ году несъ ординаторскія обязанности въ клиникѣ по болѣзнямъ уха, горла и носа проф. Н. П. Симановскаго, а затѣмъ въ госпитальной хирургической клиникѣ проф. С. П. Федорова.

Съ 1904 года состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Общества врачей по горловымъ, носовымъ и ушнымъ болѣзнямъ въ С.-Петербургѣ, а съ 1907 г.—Русскаго Хирургическаго Общества.

Съ начала настоящаго учебнаго года состоитъ преподавателемъ десмуріи и механуріи въ Военно-Фельдшерской Школѣ.

Экзамены на степень доктора медицины сдалъ въ 1905—1906 учебномъ году.

Имѣетъ слѣдующіе печатанные труды:

1. «Canalis caroticus et bulbus venae jugularis въ практической отиатріи». Извѣстія II. В.-М. Академіи 1905 г., Мартъ.
2. «Къ вопросу объ оперативномъ леченіи множественныхъ папилломъ гортани въ дѣтскомъ возрастѣ. (Случай ларинго-фиссуры)». Русскій Врачъ, 1906, № 30.
3. Настоящую работу подъ заглавіемъ: «Къ вопросу о хирургическомъ леченіи полна основанія черепа (такъ наз. «носолоточнаго полна»)» представляетъ въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.

Положенія.

1. Травматическую аневризму (*aneurisma spurium s. traumaticum*) не удается получить экспериментально у собак.

2. Способъ измѣренія кровяного давленія Н. С. Боротко ва даетъ полное представленіе о силѣ коллатеральнаго кровообращенія конечностей, и потому незамѣнимъ при всякомъ вопросѣ о перевязкѣ главныхъ ихъ артерій.

3. Механическое расширеніе при рубцовыхъ суженіяхъ гортани даетъ стойкій результатъ главнымъ образомъ въ случаяхъ травматическаго ихъ происхожденія.

4. Ларингоскопическая картина даетъ часто ложное представленіе о степени распространенія болѣзненнаго процесса, обыкновенно въ сторону его уменьшенія.

5. Въ случаяхъ кишки подозрительной въ смыслѣ гангрены при операциіи ущемленной грыжи можетъ быть полезнымъ антероанастомозъ по Hellerich-Волковичу.

6. Спинномозговая анестезія по Bierу тропококаиномъ очень часто имѣетъ преимущество передъ общими наркотиками.