

Случай резекціи верхней челюсти съ примѣненіемъ протеза (демонстрація больной и препаратовъ). *

И. М. Тимофеевъ.

Многія заболѣванія человѣческаго организма, нуждающіяся въ хирургическомъ лѣченіи, требуютъ отъ врача-хирурга не только устраненія лапшаго заболѣванія по всѣмъ правиламъ хирургической техники и современной асептики, но и проведенія надлежащаго послѣоперационнаго ухода. Послѣднее удается иногда довольно трудно, особенно на ранахъ, находящихся вблизи такъ называемыхъ естественныхъ отверстій и на пути дыхательнаго и пищеварительнаго тракта, ввиду постояннаго загрязненія раны отдѣленіями и выдѣленіями этихъ путей.

Мало того, есть не мало хирургическихъ заболѣваній, гдѣ оперативное вмѣшательство влечетъ за собой тотъ или иной дефектъ тканей въ пораженной области, неустранимый путемъ естественной пластики, или результатомъ операціи являются неизгладимые рубцы, западаніе, сморщиваніе и стягиваніе тканей, иначе говоря, страдаетъ косметическая сторона дѣла, получается обезображиванье, которое также требуетъ устраненія его искусственнымъ путемъ. Сюда въ особенности относятся дефекты тѣхъ частей человѣческаго тѣла, которыя остаются незакрытыми одеждой, или форму которыхъ трудно скрыть послѣдней; а также дефекты такихъ частей органовъ, которыя нужны для тѣхъ или иныхъ отправленій.

Болѣе же всего должно быть обращено вниманіе хирурга въ подобнаго рода случаяхъ на косметическую сторону операціи у лицъ женскаго пола, особенно дѣвушекъ и женщинъ, у которыхъ косметика играетъ выдающуюся роль въ ихъ общественной жизни.

* Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 22 марта 1903 г.

Всѣмъ извѣстно, на какія операции, подчасъ угрожающія жизни, рѣшаются подобаго рода субъекты; сколь стойчески выносятъ онѣ иногда сильнѣйшія операционныя боли, лишь бы избавиться отъ того или иного обезображиванія.

Цѣлью моего доклада является случай резекціи верхней челюсти по поводу новообразованія послѣдней съ послѣдующимъ примѣненіемъ съемнаго протеза. Этотъ случай заслуживаетъ тѣмъ большаго вниманія, что удаленіе новообразованія, по характеру своего гистологическаго строенія болѣе подходящаго къ типу доброкачественныхъ опухолей, даетъ право надѣяться на радикальное излѣченіе больной. При болѣе же детальномъ изученіи даннаго новообразованія оказывается, что такіе случаи встрѣчаются не часто.

Здѣсь я позволю себѣ нѣсколько остановиться на нѣкоторыхъ статистическихъ данныхъ частоты встрѣчающихся доброкачественныхъ и злокачественныхъ новообразованій челюстей, въ частности саркомъ верхней челюсти, историческихъ справкахъ примѣненія операции резекціи верхней челюсти и способахъ операции на ней съ примѣненіемъ протеза.

Опухоли на челюстяхъ дѣлятся на злокачественныя и доброкачественныя. По статистикѣ челюстныхъ опухолей Windmüller'a, наблюдавшихся въ Геттингенской клиникѣ, оказывается, что опухоли одинаково часто встрѣчаются какъ на верхней, такъ и на нижней челюсти. Полъ также не имѣетъ значенія. Что же касается различныхъ формъ опухолей, то частота ихъ наблюдается въ слѣдующемъ нисходящемъ порядкѣ: чаще всего встрѣчаются раки, затѣмъ саркомы, кисты, остеомы, фибромы, хондромы, меланомы, аденомы, ангиомы, эпителиомы, цилиндромы и опухоли зубнаго происхожденія.

Саркомы челюстей встрѣчаются чаще карциномъ, при чемъ саркомы верхней челюсти чаще, чѣмъ нижней.

По статистикѣ С. О. Weber'a изъ:

307 случаевъ опухолей верхней челюсти	84 оказались саркомами
402 — — — — — нижней	132 — — — — —

По статистикѣ же Gurlt'a, собравшаго всѣ случаи опухолей въ 3-хъ Вѣнскихъ большихъ больницахъ съ 1858—1878 г. или 1865—1878 г., изъ 14630 всѣхъ опухолей, и изъ нихъ 532 челюстей, приходится 96 саркомъ верхней челюсти и 83—нижней. 3,4 всѣхъ опухолей человѣческаго тѣла падаютъ на обѣ челюсти. Въ Геттингенской хирургической клиникѣ (König-Braun) съ 1875—1899 г. оперировано 27 саркомъ верхней челюсти (по Martens'у) и съ 1875—1902 г. 19 саркомъ нижней челюсти (по Behm). Женщины нѣсколько болѣе предрасположены къ заболѣванію саркомами, чѣмъ мужчины. Чаще всего поражаются тѣло и передняя часть альвеолярнаго отростка (рѣзцы, клыки), рѣже—твердое небо

и *processus frontalis*. Патологоанатомически различаютъ: периферическія—періостальныя, исходящія изъ надкостницы и центральныя—міелогенныя, исходящія изъ костнаго мозга. Чаще встрѣчаются смѣшаннаго типа. Клинически же дѣлится на твердыя (періостальныя)—съ доброкачественнымъ теченіемъ и мягкія (костно-мозговья)—со злокачественнымъ теченіемъ. Періостальныя саркомы имѣютъ лучевидное строеніе и радіально расположенныя костныя балки. Міелогенныя—богаты кѣтками и бѣдны межуточной тканью. Что касается до консистенціи опухолей, то она зависитъ отъ качества кѣтокъ входящихъ въ новообразованіе (круглыя, веретенообразныя и гигантскія). Цвѣтъ (коричневокрасный, бурокрасный и сѣребрасный) зависитъ отчасти отъ богатой васкуляризаціи, отчасти же отъ выступающаго между кѣтками пигмента.

Развиваются саркомы какъ центрально, такъ и периферически. Въ послѣднемъ случаѣ въ видѣ *epulis*'а, растущаго наружу, либо—внутри, въ видѣ *epulis intraosseuse enkystée* (E. Nélaton), не затрагивая альвеолярнаго края стѣнки челюсти и появляясь въ видѣ опухоли на щеку, небо или въ полости челюсти (König). Эти послѣднія въ первыя десятилѣтія жизни растутъ медленно и даютъ весьма рѣдко метастазы, мало склонны къ рецидивамъ и даютъ наибольшій процентъ длительныхъ измѣненій изъ всѣхъ саркомъ челюстей.

Опухоль, при центральномъ развитіи, первоначально окружена костной капсулой, которая покрываетъ ее со всѣхъ сторонъ и прорывается лишь при относительно большомъ разращеніи опухоли.

Саркомы верхней челюсти растутъ преимущественно по направленію къ *sinus maxillaris* и захватываютъ орбиту, носовые ходы, глотку и даже основаніе черепа; онѣ въ общемъ не сильно распространяются; боли при нихъ слабѣе, чѣмъ при карциномахъ. Міелогенныя формы на верхней челюсти протекаютъ часто подъ видомъ пораженія синусовъ, при чемъ замѣчается сваружи опуханіе и пергаментный трескъ. Симптомы выражаются въ закупоркѣ носовыхъ путей и неба. Что касается до пораженія лимфатическихъ железъ, то оно встрѣчается сравнительно не часто: такъ изъ 33 наблюдавшихся случаевъ—въ 5 было набуханіе железъ, а въ 3—метастазъ въ субмаксиллярныя железы; при чемъ въ 1 случаѣ метастазъ распознанъ только во время операціи. *Epulis intraosseae enkystée* вполне схожъ гистологически съ гигантокѣлочковой саркомой (Bergmann). Послѣдняя является доброкачественной и болѣе рѣдкою формой; она, не затрагивая альвеолярнаго края, прободаетъ стѣнку челюсти, а на верхней челюсти даже *sinus maxillaris*, и появляется на щекахъ и небѣ.

Paget наблюдалъ самопроизвольное исчезновеніе гигантокѣлочковой саркомы лѣвой верхней челюсти, послѣ операціи удаленія

подобной опухоли на правой сторонѣ (Paget. Surgical Pathologie T. 551). Terillon наблюдалъ метастазъ при гигантоклеточковой саркомѣ черезъ 3 года.

Особое положеніе въ патологіи занимаютъ опухоли зубного происхожденія, развившіяся на счетъ эмалевого органа, такъ называемыя adenomata adamantina, которыя легко могутъ быть смѣшанны съ саркомами и, вѣроятно, въ прежнее время смѣшивались очень часто. Изученіе этихъ опухолей въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніи, хотя за послѣдніе годы и подвинулось впередъ, но далеко еще не закончено.

Впервые частичную резекцію верхней челюсти произвелъ Acoluthus (Бреславльскій хирургъ) въ 1693 году; трепанацию верхней челюсти—Molinetti въ 17 столѣтіи, а v. Bertrand и Goosch—въ 18 столѣтіи.

Первую тотальную экстирпацию произвелъ Gensoul въ 1827 году, а въ 1828 году ту же операцію—Textor въ Вюрцбургѣ и Lizars въ Лондонѣ.

Субперіостальную резекцію верхней челюсти произвели въ 1857 году Dieffenbach, Velpeau, J. E. и O. Heyfelder и v. Langenbeck.

Тампозъ-канюля впервые примѣнена при удаленіи верхней челюсти Trendelenburg'омъ въ 1869 году, а Rose ввелъ свой способъ оперированія со свѣщенной головой въ 1874 году. Оперировалъ безъ наркоза въ 1901 году Krönlein и съ тѣхъ поръ горячо рекомендовалъ его, получивши блестящіе результаты. Schönborn и Schlatter начали оперировать съ предварительной перевязкой сагиталь.

Развитію ученія резекціи верхней челюсти съ пластическимъ закрытіемъ дефекта способствовали Vardenheuer и König junior; протезы же предложены хирургами и зубными врачами въ теченіе послѣднихъ десятилѣтій.

При операціяхъ на верхнихъ челюстяхъ главнымъ образомъ нужно имѣть въ виду 3 опасности: 1) Послѣоперационную пневмонию, обусловленную аспираціей крови во время операціи и разложившихся секретовъ послѣ нея; 2) суффокацію, вслѣдствіе аспираціи крови и въ 3) анемию, вслѣдствіе потери крови. Первая опасность самая большая. Этотъ вопросъ разработанъ Krönlein'омъ въ 1901 году, указавшимъ на громадную смертность при тотальной экстирпации верхней челюсти по поводу новообразованія ея и что $\frac{1}{2}$ всѣхъ летальныхъ исходовъ послѣ операціи сводится къ заболѣванію воздухоносныхъ путей, а дальѣйшія послѣоперационныя заболѣванія объясняются примѣненіемъ наркоза.

Во второй половинѣ 19 столѣтія много дѣлалось операцій подъ наркозомъ и потому результаты антисептическаго лѣченія

затемнялись вліяніемъ наркоза. Опасность наркоза заключается въ выпаденіи или ослабленіи того рефлекторнаго акта, благодаря которому устраняется проникновеніе инородныхъ веществъ въ трахею (кашель, выхаркиваніе).

Для устраненія опасности отъ наркоза большинство хирурговъ оперируетъ въ настоящее время въ полунаркозѣ. За $\frac{3}{4}$ часа до операціи назначается 0,01 морфія подъ кожу. При всякомъ разрѣзѣ больной находится въ полунаркозѣ, который продолжается и во время отдѣленія мягкихъ частей. Затѣмъ наркозъ ослабляютъ до появленія рефлексовъ (кашель, реагированіе на окрики, оборонительныя движенія, стоны). Вначалѣ операціи рекомендуется щадить слизистыя оболочки. Werneuil и v. Esmarchs рекомендуютъ до начала операціи тампонировать хоаны, чтобы предотвратить затеканіе крови въ носъ. Какъ только ротовая полость вскрыта, торопятся съ резекціей костей и немедленной тампонадой полости. Тѣмъ не менѣе полунаркозъ не спасаетъ отъ послѣоперационныхъ осложнений. König, по словамъ Martens'a, изъ 74 потерялъ 11 отъ пневмоніи, 1—отъ задушенія кровью, 1—спасень трахеотоміей. По мнѣнію Krönlein'a опасность при полунаркозѣ уменьшается въполовину. Krönlein требуетъ совершенно воздержаться отъ наркоза. Dieffenbach, Ried, v. Bruns, Baum и друг. не знали опасности бронхопневмоніи при этой операціи. Krönlein оперируетъ такимъ образомъ: за $\frac{1}{4}$ часа до операціи вводитъ подъ кожу 0,01—0,015 морфія, при проведеніи перваго кожного разрѣза даетъ вдохнуть нѣсколько разъ эфиръ (сугестивно); остальные моменты операціи производитъ безъ наркоза, какъ можно быстро. Предлимпарной операціи не производитъ. Пациентъ во время операціи находится въ вертикальномъ положеніи со слегка наклоненной впередъ головой. Krönlein изъ 35 оперированныхъ имъ такимъ образомъ больныхъ потерялъ одного отъ менингита. Такой результатъ стоитъ обособленно въ статистикѣ. Тѣмъ не менѣе методъ Krönlein'a въ общемъ не привился, т. к. слишкомъ предъявляетъ требованій къ терпѣнію пациентовъ.

Кромѣ общей анестезіи предложено много способовъ мѣстной и на протяженіи.

За послѣднее время стали оперировать съ предварительной перевязкой art. carotis externa съ одной или обѣихъ сторонъ. Перевязка art. carotis communis производилась въ Россіи Рейеромъ, Вельяминовымъ и въ Западной Европѣ Lesser'омъ въ 1882 г. и др., но, ввиду опасности для мозга, оставлена. Лучше и безопаснѣе, профилактическая перевязка art. carotis externae, примѣнявшаяся Bryant (въ 1891 г.) и др. По мнѣнію Kocher'a junior и Schlatter'a простота и безопасность этого метода неоспоримы, ибо исключаютъ возможность тромбоза отъ мѣста перевязки до art. carotis communis

если перевязка дѣлается не на самомъ мѣстѣ бифуркаціи *caroti* дѣ. Перевязка примѣняется многими американскими хирургами.

Положенію пациента во время операціи придается не менѣе значенія, чѣмъ наркозу. Предложено нѣсколько способовъ (Kronlein, Rose, Kocher и т. д.), на которыхъ я не буду останавливаться. Кромѣ того, предложено много способовъ тампонады, тампонъ-канюлей и тубажей трахеи; результатомъ произведенныхъ при нихъ за послѣднее время операцій многие остались довольны (Rotter, Kuhn, Dirk и др.).

Nousbaum предложилъ трахеотомию и кампрессъ съ масломъ со стороны полости рта. Трахеотомию съ тампонъ или губкой—канюлей предлагали и другіе хирурги (Trendelenburg, Rosenbach, Hahn), но въслѣдствіи почти всѣ отказались отъ этого метода оперирования, ввиду опасности отъ неплотнаго замыканія и соскальзыванія канюли—съ одной стороны и большой и не менѣе опасной травмы—съ другой стороны. Martens указываетъ, что 28% смертности падаютъ на трахеотомию съ послѣдующимъ введеніемъ Trendelenburg'овской тампонъ—канюли.

Что касается до, такъ называемой, естественной пластики, примѣняемой съ цѣлью избѣгать послѣоперационныхъ осложнений съ одной стороны и полученія косметическаго эффекта—съ другой, то она рѣдко выполняла свое назначеніе.

Предложено много способовъ, на которыхъ останавливаться я не имѣю возможности.

Кромѣ того, въ настоящее время въ искусственныхъ протезахъ мы имѣемъ незамѣлимое подспорье для уничтоженія и сглаживанія дефектовъ и обезображиваній, являющихся результатомъ хирургическаго вышательства. Ихъ изящество, легкость, портативность, приспособленность, такъ что они становятся неощутимыми для больного, не оставляютъ ничего желать лучшаго. Выполненіе дефектовъ даже до мельчайшихъ подробностей, а также, въ одно и то же время, ихъ несложное устройство, дѣлающее ихъ удобоъемными, положительно оправдываютъ примѣненіе ихъ.

Теперь вопросъ, когда дѣлать протезъ и когда его примѣнять? На это существуетъ нѣсколько предложеній, и въкоторыя даже диаметрально противоположны одинъ другому. Такъ Claude Martin (Lion) сейчасъ же при операціи вполне замѣщаетъ резцированную челюсть протезомъ (*immediathprotese*) и только черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ вставляетъ постоянный съемный протезъ меньшихъ размѣровъ. Bergmann и Sauer замѣщаютъ дефектъ послѣ полнаго излѣченія до образованія рубцоваго сморщиванія. Nahl рекомендуетъ пластинку, замѣщающую твердое небо, а Martin—протезъ для выпячиванія щеки. Witzel вводитъ пластинку въ рану тотчасъ послѣ операціи, чтобы дать опору іодоформному тампону.

Протезъ твердаго неба улучшаетъ разговорную рѣчь и не препятствуетъ уменьшенію рапевой полости. Матеріаломъ для протезовъ является каучукъ, золото для пластинокъ и крючковъ и целлюлоидъ. Формы дѣлаются по модели. Для прикрытія протезовъ служатъ зубы верхней или даже нижней челюсти, а иногда протезъ укрѣпляется черезъ носъ—въ носогубной складкѣ.

Самый рациональный методъ, по мнѣнію G. Perthes'a, König'овская мышечная пластива съ замѣщеніемъ твердаго неба протезомъ на 3—4 недѣли. Fuchs, изъ клиники Мивулича, тампонируетъ ежедневно ватой или марлей полость у больныхъ матеріально необезпеченныхъ.

Что касается до способа производства операціи резекціи верхней челюсти, то ихъ было предложено очень много. Большинство изъ нихъ являются модификаціей способа Diefenbach'a (Weber, Nélaton, Diefenbach—Weber, Kocher) или же являются болѣе или менѣе своеобразными, смотря по случаю, при которомъ хотять примѣнить его (Gersuny, Maigaigne, Velpeau, v. Langenbeck). Большинство хирурговъ горячо рекомендуетъ перевязку art. carotis externae, особенно у анемичныхъ и кахектическихъ пациентовъ, если послѣдніе не страдаютъ сосудистымъ заболѣваніемъ и только въ крайнемъ случаѣ прибѣгать къ перевязкѣ art. carotis communis. (Reyher, v. Lesser, Bryant, Chennborn, Cocher, Schlatter v. König изъ Бергмановской клиники).

При производствѣ операціи резекціи верхней челюсти рекомендуется какъ можно больше удалить се, не стѣсняясь заходить далеко въ здоровыя части челюсти и прилегающія пограничныя области, такъ какъ иногда результатомъ чрезмѣрной бережливости являются рецидивы. Keen наблюдалъ рецидивы при саркомахъ верхней челюсти, которые были обусловлены болшею частью вращеніемъ отростковъ опухолевидной массы въ лобную пазуху со стороны носа. Поэтому онъ всегда вскрываетъ лобную пазуху съ послѣдующей пластикой. Затѣмъ выводитъ тампонъ черезъ носовое отверстіе и держитъ его 6—8 дней.

Рецидивы послѣ удаленія злокачественныхъ новообразованій верхней челюсти наступаютъ въ среднемъ черезъ 3—9 мѣсяцевъ (по статистикѣ Цюрихской клиники). У Küster'a не было ни одного стойкаго результата.

По статистикѣ Erlanger'a изъ 17 случаевъ получился только 1 стойкій результатъ. Въ Greifswaldes изъ 17 тотальныхъ резекцій—ни одного хорошаго результата. Estlander изъ 12 получилъ 10 рецидивовъ. Martens, въ Геттингенской клиникѣ, на 74 тотальныхъ резекціяхъ съ 23 летальными исходами, наблюдалъ 16 стойкихъ результатовъ. Stein, изъ Бергмановской клиники, изъ 13 больныхъ, оперированныхъ въ 1890—1900 г. по поводу саркомы верхней челюсти, о которыхъ имѣеть свѣденія—ни одинъ не выжилъ. Изъ

48 операций въ Бреславльской клиникѣ наблюдалось только 3 стойкихъ результата (5 лѣтъ). Это—всѣ 3 саркомы; въ то время какъ сарциномы дали всѣ рецидивы. По Stein'у, при парціальной резекціи, наблюдается въ 50% случаевъ стойкіе результаты, длящіеся, по крайней мѣрѣ, 3 года. Все вышесказанное указываетъ намъ на наивозможно раннее удаленіе злокачественнаго новообразованія для полученія стойкаго результата.

Теперь я перейду къ описанію случая, оперированнаго въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1907 года въ факультетской хирургической клиникѣ профессоромъ В. И. Разумовскимъ по поводу опухоли верхней челюсти, которая, при ближайшемъ изслѣдованіи, оказалась не саркомой, какъ вначалѣ предполагали, а относящейся къ разряду опухолей зубнаго происхожденія.

Изъ анамнестическихъ данныхъ и данныхъ изслѣдованія мы имѣемъ слѣдующее:

Больная А. А. Зырянова, 20 лѣтъ, крестьянка села Усоля, Пермской губ., Соликамскаго у., дѣвушка, прислуга, поступила въ факультетскую хирургическую клинику 8 ноября 1907 года съ быстрорастущею опухолью правой верхней челюсти.

При наружномъ осмотрѣ пораженной части оказалось слѣдующее. Подъ правымъ глазомъ имѣется опухоль величиною съ большой грецкій орѣхъ, костной плотности, съ покраснѣвшимъ кожнымъ покровомъ и съ сильно развитыми венами (сильно выражеными). Нижнее вѣко вѣсколько отечно. Подъ опухолью имѣется небольшой шрамъ, идущій справа—налѣво, сверху—внизъ, спереди—назадъ, длиною около 4 см. Далѣе внутри идетъ рубецъ до носу въ горизонтальномъ (resp. фронтальномъ) направленіи; дойдя до носу, спускается внизъ до крыла носа, а затѣмъ снова поворачивается направо во фронтальной плоскости до носовой перегородки и, наконецъ, по срединѣ верхней губы спускается внизъ. Ниже подглазничной опухоли верхняя челюсть какъ бы вздута, на ощупь—бугриста, костной плотности. Нижняя граница костной плотности простирается до уровня нижняго края крыла носа. Нижняя граница не ровна и бугриста. Кожный покровъ надъ нижней частью верхней челюсти—нормаленъ. Кожа надъ челюстью имѣетъ округлое очертаніе и какъ бы приподнята и сохраняетъ такое очертаніе отъ праваго крыла носа до праваго уха. Носовочелюстная складка сглажена и приподнята, скуловой дуги прощупать не удается. Черезъ правую ноздрю дышать не можетъ, а черезъ лѣвую—съ трудомъ. Со стороны полости рта опухоль выстоитъ въ области альвеолярнаго отростка, вдоль его, на 2 см. спереди—назадъ. Нижняя небная поверхность изъязвлена. Посрединѣ твердаго неба замѣтна сагиттальная линейная краснота. Опухоль заходитъ на лѣвую сторону. Зубовъ на пораженной части—нѣтъ.

Лимфатическія железы подчелюстной, околоушной и подъязычной областей всё уплотнены и увеличены, какъ съ правой, такъ и съ лѣвой стороны. Состояніе общее—удовлетворительное: легкая анемія. Внутренніе органы уклоненій не представляютъ. На правую сторону жевать не можетъ. Правый глазъ видитъ плохо (какъ въ туманѣ). Диплопія. Болей въ глазу—нѣтъ. Носовые ходы—сдавлены опухолью и не позволяютъ дышать. Въ правомъ глазу имѣется глаукома отъ давленія, которая по предположенію профессора Агабабова должна пройти послѣ операціи удаленія новообразования. Новообразование отчасти переходитъ и на лѣвую верхнюю челюсть, гдѣ точной границы его опредѣлить не удастся, ввиду незамѣтнаго перехода новообразования въ нормальныя ткани.

Черезъ хоану опухоль задается въ глотку. Носовая перегородка сильно смѣщена влѣво.

З. заболѣла въ 1905 году. 6 апрѣля того же года была произведена частичная резекція правой верхней челюсти.

Черезъ годъ больная стала замѣчать, что въ томъ мѣстѣ, гдѣ была произведена операція, стала расти опухоль.

До поступленія въ клинику внутрь принимала мышьякъ съ желѣзомъ.

На наследственность не указываетъ.

На основаніи анамнеза и клиническихъ данныхъ былъ поставленъ діагнозъ: „*Neoplasma maligna maxillae superioris recidiva*“.

Операція произведена 18 XI. 1907 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ, который продолжался до тѣхъ поръ, пока, по ходу операціи, мы не принуждены были вскрыть покровы ротовой полости.

Послѣ обычнаго приготовленія больной къ операціи, наркозъ былъ примѣненъ при горизонтальномъ положеніи больной на спинѣ. Прежде, чѣмъ приступить къ удаленію новообразования, предварительно была сдѣлана перевязка *art. carotis externa*. Кожный разрѣзь проведенъ на уровнѣ угла нижней челюсти, вдоль внутренняго края *m. Sternocleidomastoidei*. Дойдя до бифуркаціи *a. carotis communis*, на *art. carotis externa* была наложена шелковая лигатура какъ можно дальше отъ мѣста бифуркаціи, предварительно тщательно очистивши *art. car. ext.* отъ валагалища. Затѣмъ рана закрыта 4 металлическими кожными швами; черезъ нижній уголь раны заложенъ выводникъ изъ полоски ксероформной марли.

Больной придано полусидячее положеніе.

Разрѣзь на пораженномъ мѣстѣ произведенъ отъ наружнаго угла глазницы кнаружи и внизъ, вокругъ костнаго выступа подъ глазницей; затѣмъ разрѣзь продолженъ по нижнему краю глазницы до носовой складки горизонтально; надкостница отслоена распаторомъ отъ всей нижней поверхности глазницы, наружной поверхности верхней челюсти и скуловой дуги. Наркозъ прекращенъ. Разрѣзь дальше продолженъ внизъ вдоль носовой складки до края

крыла носа; затѣмъ фронтально до средней линіи. На всемъ протяженіи разрѣза отслоена надкостница.

Далѣе проведена аневризматической иглой пила *gigli* подъ глазничный отростокъ верхней челюсти и послѣдній перепилекъ. Точно также перепилекъ скуловой отростокъ верхней челюсти вмѣстѣ съ частью скуловой кости. Потомъ разрѣзъ проведенъ по слизистой оболочкѣ твердаго неба, вмѣстѣ съ надкостницей, и черезъ мягкое небо. 3—4 ударами молотка по долоту, поставленному спереди по средней линіи альвеолярнаго отростка, правая верхняя челюсть отбита отъ лѣвой. Костными ножницами перестрижены носовой отростокъ; кожа верхней губы перестрижена прямыми острыми ножницами и челюсть вмѣстѣ съ опухолью вывернута наружу, а въ образовавшуюся раневую полость вложенъ большой тампонъ изъ обезпложенной марли. Кожа съ челюсти отсепарована. Послѣ остановки кровотеченія, вложенъ тампонъ въ наружный и внутренній углы правой полости, а въ средину вставленъ плотно скатанный ксероформный бинтъ. Наружу выведено 3 конца. Мягкое небо притянуто двумя шелковыми швами къ слизистой оболочкѣ щеки, а спереди—слизистая губы къ слизистой щеки. Края рожнаго разрѣза аккуратно соединены нѣсколькими узловатыми шелковыми и металлическими швами. Сверху наложена асептическая повязка, укрѣпленная крахмальнымъ бинтомъ.

Такимъ образомъ у больной была удалена вся правая верхняя челюсть, часть правой скуловой кости и частично резецирована лѣвая верхняя челюсть. Вмѣстѣ съ тѣмъ были удалены всѣ кости носовой полости, исключая *part. horizont. os. ethmoidalis*, лѣвой носовой кости и носового отростка лѣвой верхней челюсти.

Изъ препаратовъ, приготовленныхъ для микроскопическаго изслѣдованія, мы видимъ, что имѣемъ дѣло съ гигантоклѣточной саркомой, по типу своего строенія относящейся къ *epulis*. Это сравнительно рѣдкое заболѣваніе получило названіе по *E. Nélaton*'у *epulis intraosseuse enkystée* и даетъ наименьшій процентъ рецидива, а *Paget* даже наблюдалъ случай самопроизвольнаго исчезновенія, гигантоклѣточной саркомы лѣвой верхней челюсти, послѣ операциіи удаленія подобной опухоли на правой сторонѣ.

18/XI. Чувствуетъ себя хорошо. *Per anum* питательная клизма изъ фізіологич. раствора NaCl съ коньякомъ. t° и п.—нормальны. Ротъ протирается.

19/XI. *Status idem*. Питательныя клизмы два раза въ день. Самочувствіе хорошо. Ротъ протирается марлей, смоченной чаемъ.

20/XI. Внутрь *per os* яйцо въ смятку и бульонъ. Повязка смѣнена (наружные слои). Чувствуетъ себя хорошо.

21/XI. *Status idem*. Внутрь бульонъ и яйцо.

23/XI. Поверхностные слои повязки смѣнены. Ротъ прополоскать борнымъ растворомъ.

24/XI. Тампоны maxilla'рной полости выпуты. Вставлены два дренажа и свѣжіе тампоны.

26/XI. Тампоны смѣнены. Свѣжая повязка.

28/XI. Сняты швы. Тампоны смѣнены. Полость гранулируетъ. t° и п.—нормальны. Разрѣшена твердая пища.

29/XI. Тампоны и дренажи смѣнены. Полость промыта борнымъ растворомъ. Разрѣшено вставать.

1/XI. Тампоны смѣнены. Полость промыта. Дренажи вынуты и замѣнены свѣжими. Жалуются на головную боль. Назначенъ внутрь phenacetin по 0,5—3 раза въ день.

3/XII. Повязка смѣнена. St. idem.

10/XII. Повязка смѣнена. St. idem.

13/XII. Повязка смѣнена.

16/XII. Повязка смѣнена. Полость промыта. St. idem.

19/XII. Повязка смѣнена. Дренажи выпуты и замѣнены ксероформными тампонами.

21/XII. Повязка смѣнена. Состояніе раны хорошее.

23/XII. Повязка смѣнена. Въ наружную свищъ входитъ едва тонкая полоска ксероформной марли.

Внутренній свищъ сие значителенъ. Полость чистая. Выдѣлений немного имѣется на ксероформномъ тампонѣ. Головная боль въ области праваго виска и уха.

Боли успокаиваются отъ приема phenacetin'a по 0,5—3 раза въ день.

Больная выписалась изъ клиника для амбулаторнаго лѣченія.

Повторное изслѣдованіе зрѣнія, какъ до операціи, такъ и послѣ операціи, показало, что visus oculi dextri послѣ операціи значительно улучшился. Такъ, на основаніи данныхъ изслѣдованія офтальмологической клиники проф. Агабабова, мы имѣемъ:

13—XI—1907 г. № 2125. Status praesens: Правое глазное яблоко представляется немного выпяченнымъ, сдвинутымъ вверхъ и вправо.

Diagnosis: Strabismus divergens et tumor maxillae superioris dextrae. Hypertonía.

Острота зрѣнія. Безъ корр. Правый гл. 20/c

Лѣвый гл. 20/xx.

Рефракція. Прав. гл. H 0,5.

Лѣв. гл. H 0,5 D.

Поле зрѣнія: $\frac{\text{прав. гл.}}{\text{лѣв. гл.}}$ нормальн.

Дно праваго глаза нѣсколько туманно, папилла блѣдна, сосуды уже, отчасти сдвинуты и немного загибаются; папилла окружена валомъ и углублена.

Лѣченіе.

Течение болѣзни.

$S+1.25.$
 $d=64^m$

II—XII-07 г. vis. oc. dextr. 20/LXX H. 0,5
vis. oc. sin. 20/XX H. 0,5 D.
Глазное дно безъ измѣненія въ лѣв. глазу.
Въ правомъ глазу картина та же, что и при
первомъ изслѣдованіи.

18—II—1908 г. № 1226. Diagnosis: Strabismus divergens et tumor maxillae superioris. Hypertonia. Obscur. lentio incipiens oc. d.

Острота зрѣнія. Безъ корр. Прав. гл. 20/cc | Рефракція H. 1,0 D
Лѣв. гл. 20/xx | H. 0,5 D

Дно праваго глаза нѣсколько въ туманѣ. Папилла блѣдна. Сосуды отчасти сдвинуты и немного загибаются. Папилла окружена валомъ и углублена.

29—IX—1908 г. Papilla праваго гл. блѣдна, окаймлена узкимъ бѣлымъ кольцомъ съ пигментными краями.

Лѣченіе.

Течение болѣзни.

Pilocarpin., Strychn.

Больная въ прошломъ году
подверглась операциі ре-
секціи верхней челюсти.
Прописаны очки для за-
пятей.

22—III—1908 г. vis. oc. d. 22/LXX E
oc. s. 20/XX E
29—IX—1908. vis. oc. d. 20/LH 0,5
oc. s. 20/XX E
15—IV—1909. vis. oc. d. 0,5 E
vis. oc. s. 0,1.

Подобныя операциі—удаленіе верхней челюсти по поводу новообразованій, по типу относящихся къ саркомамъ, но, относительно, доброкачественнымъ, производились въ хирургической факультетской клиникѣ еще въ двухъ случаяхъ; при чемъ въ одномъ случаѣ былъ примѣненъ протезъ верхней челюсти, давшій блестящій результатъ, въ другомъ же случаѣ—протезъ не былъ примѣненъ.

Больная Ольга Неклюдова была оперирована профессоромъ В. И. Разумовскимъ въ клиникѣ въ 1897 году, при чемъ, благодаря стараніямъ покойнаго доктора М. М. Красина, ей былъ устроенъ протезъ. Профессоръ В. И. Разумовскій демонстрировалъ большую Неклюдову на 7 Пироговскомъ съѣздѣ врачей и имѣлъ долго спустя наблюденія за ней. Мыъ удалось видѣть ее въ хирургической клиникѣ въ 1902 году. Она пріѣхала исправить нѣсколько поломавшійся протезъ. Рецидива въ то время у нея не было. Другой больной не подлежалъ наблюденію, т. ч. свидѣній о немъ какихъ-либо сообщить не могу.

Заканчивая свое сообщеніе, не могу не высказать полнѣйшее удовольствіе и благодарность доктору Льву Борисовичу Блитштейну за его чудно приготовленный протезъ для этой бѣдной дѣвушки, которая изъ калѣки, обреченной на довольно жалкое существованіе, сдѣлалась равноправнымъ членомъ общества. Дополнив и усовершенствовавъ протезъ—пластинку, на что уже изъявилъ свое желаніе уважаемый Левъ Борисовичъ, если позволить состояніе здоровья больной въ смыслѣ рецидива, черезъ нѣкоторое время мы совершенно не узнаемъ нашу больную.

Больная находится подъ моимъ наблюденіемъ въ теченіе 18 мѣсяцевъ и до сихъ поръ рецидива не наблюдается. *Visus* праваго глаза не ухудшается. Имѣются два небольшихъ отверстія подъ внутреннимъ угломъ праваго глаза, скрытыя кожною складкой, образовавшейся на мѣстѣ верхняго горизонтальнаго кожного разрѣза. Нижнее вѣко нѣсколько опущено. Кожные рубцы—бѣлы и мало замѣтны. Больная носить протезъ верхней челюсти (второй по счету) болѣе приспособленный, чѣмъ первый, благодаря которому удалось достигнуть симметріи обѣихъ половинъ лица. Кромѣ того Э. носить темные очки, закрывающіе шрамъ на щекѣ. Благодаря удачно устроенному докторомъ Л. В. Блитштейномъ протезу, больная настолько отчетливо и ясно говоритъ, что ее трудно отличить по разговоръ отъ здороваго человѣка.

Мало того, протезъ позволяетъ больной свободно дышать носомъ, а такимъ образомъ и здѣсь не исключитъ весьма важный органъ, который несетъ существенную роль въ жизни организма.

Въ настоящее время остается закрыть пластическимъ путемъ кожные дефекты на правой щекѣ (два отверстія) для завершенія полнаго послѣоперационнаго эффекта.

ЛИТЕРАТУРА.

1). Руководство практической хирургіи подъ ред. проф. E. von Bergmann'a., проф. P. von Bruns'a и проф. I. Mikulicz'a. Изд. А. А. Карцева. 1901 г.

2). *Handbuch der praktischen Chirurgie* von prof. D-r E. von Bergmann und prof. D-r P. von Bruns. Fünf Bände. Stuttgart. 1907.

3). *Deutsche Chirurgie*. Herausgegeben von P. von Bruns. Lieferug 33 a. Prof. D-r. G. Perthes. Stuttgart. 1907.