

Объ оперативномъ лечениі рака гортани, съ демонстраціей случая полнаго удаленія гортани<sup>1)</sup>.

Проф. Н. А. Геркена.

Больной, котораго я буду имѣть честь демонстрировать Вамъ сегодня, подвергся тажелой, уродующей операціи—удаленію всей гортани вслѣдствіе пораженія ея ракомъ. Безъ искусственной гортани оперированный больной не только не можетъ сообщаться съ окружающими рѣчью, но вообще не можетъ произнести ни одного звука даже мычанія, которое существуетъ напр., у большинства глухонѣмыхъ.

Производить такія операціи—тажелая обязанность хирурга, но показанія къ производству полной экстирпации гортани все еще продолжаютъ существовать, отъ этой операціи нельзя отказываться, такъ какъ для запущенныхъ случаевъ рака мы все еще не имѣемъ средствъ болѣе дѣйствительныхъ чѣмъ ножъ.

Судьба этой операціи, существующей всего лишь съ небольшимъ 30 лѣтъ, весьма интересна. Испытанныя и разработанная первоначально на собакахъ, операція производилась на людяхъ въ первое время съ весьма плохимъ результатомъ, какъ въ отношеніи непосредственной, послѣоперационной смертности, такъ и въ отношеніи возвратовъ рака. Большинство оперированныхъ больныхъ умирало въ первые-же дни послѣ операціи отъ септической пневмоніи, фатально связанной съ первоначальными способами оперированія; причиной же частыхъ и скорыхъ возвратовъ было конечно то обстоятельство, что вообще рѣшились подвергать этой операціи лишь случаи самые запущенные, самые тяжелые.

<sup>1)</sup> Докладъ, читанный въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Неблагоприятные исходы полной экстирпации гортани, въ рукахъ даже лучшихъ хирурговъ, создали ей весьма дурную славу, и многие считали операцию излишней, вредной, не имеющей права на существование. Именно по поводу этой операции цитировались слова Stromeyer'a: человѣчество ничего не потеряло бы, если бы подобная операция совсѣмъ не были выдуманы.

Съ другой стороны болѣе дѣятельные хирурги, между прочимъ самъ создатель операции Czerny, справедливо указывали, что плохие результаты объясняются подборомъ исключительно тяжелыхъ случаевъ, и на Международномъ Медицинскомъ Съѣзда въ Лондонѣ въ 1881 году Czerny высказалъ мнѣніе о необходимости расширить показанія къ производству полной экстирпации гортани и оперировать по возможности въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни, но его мнѣніе прозвучало довольно одиноко; большинство присутствовавшихъ, особенно англійскихъ хирурговъ, высказались прѣышльно противъ операции. И въ началѣ 80-хъ годовъ операция производилась также сравнительно рѣдко; лишь болѣзнь Фридриха III, сначала наследника, а впослѣдствіи императора нѣмецкаго, вызвала усиленную всестороннюю разработку вопроса о ракѣ гортани, и между прочимъ дальнѣйшую разработку технической стороны полнаго вырѣзыванія гортани.

Развитіе техники операций связано съ именами Gluck'a, Hahn'a, Perrier, Kocher'a, Keen'a, и въ настоящее время техника операций во многихъ отношеніяхъ можетъ считаться законченной.

Мы научились теперь избѣгать одного изъ самыхъ тяжелыхъ осложнений операции,—пневмоніи. Благоприятныя условія для развитія послѣдней при удаленіи гортани состоятъ въ затеканіи раневыхъ секретовъ, крови и жидкой пищи въ бронхи. Эти жидкости служатъ весьма удобной средой для быстраго и обильнаго развитія микроорганизмовъ, поражающихъ легочную ткань особенно легко потому, что операция несетъ съ собою потерю нѣкоторыхъ защитительныхъ рефлекторныхъ аппаратовъ, особенно устраняя вліяніе *n. laryngei superioris*.

Развивается пневмонія, которая, при ослабленномъ состояніи оперированаго, быстро уносить его въ могилу.

Противъ возможнаго затеканія крови въ бронхи при операции, была предложена тампонъ-канюля Hahn'a; съ этою же цѣлью въ послѣднее время съ большимъ успѣхомъ примѣняется Тренделенбурговское наклонное положеніе, при которомъ затеканіе крови въ бронхи предупреждается силою основного закона тяжести. Кто первый сталъ примѣнять Тренделенбурговское положеніе при операцияхъ вообще на гортани и глоткѣ, трудно сказать, такъ какъ эта простая мысль должна была одновременно прийти многимъ на умъ. Въ медицинской же печати особенно подчеркнуты выгоды

оперированія въ этихъ случаяхъ по Тренделенбургу въ статьяхъ изъ клиники Кохера и особенно въ статьяхъ американского хирурга Keen'a.

Для предупреждения затекания слизи и отдаленіи раны въ трахею въ послѣдопераціонномъ періодѣ, имѣло значеніе предложеніе Gluck'a и впослѣдствіи Perrier: вшивать поперечно перерѣзанную трахею въ нижній уголъ раны и т. о. изолировать просвѣтъ дыхательного горла отъ полости раны въ глоткѣ. Perrier рекомендовалъ даже одновременно закрывать швами глоточную рану, реставрируя такимъ образомъ глоточную трубку, и оставляя по желанію незашитымъ лишь верхній уголъ раны у подъязычной кости—отверстіе, черезъ которое отчасти можетъ выдѣляться слизь изъ полости рта и глотки, и которое въ послѣдствіи можетъ быть использовано для вставления искусственной гортани.

Эти усовершенствования техники операций, на ряду съ успѣхами лечения ранъ, значительно понизили, если не совершенно уничтожили специальную опасность полной экстирпации гортани, и напр. Gluck въ послѣднее время на серію въ 22 полныхъ экстирпаций, осложненныхъ притомъ нѣсколько разъ резекціей глотки, крупныхъ шейныхъ сосудовъ и нервовъ, потерялъ лишь одного оперированного. Результаты его прежде были много хуже.

Процентъ смертности отъ операциі прогрессивно понижался, и вмѣстѣ съ тѣмъ какъ въ 90-хъ годахъ операциі снова стала чаше производиться, нѣкоторые изъ хирурговъ снова старались расширить показанія къ ней. Не говоря о Gluck'ѣ, статистика которого отличается особенной благопріятностью исходовъ непосредственныхъ и отдаленныхъ, я хотѣлъ бы назвать одного крупнаго американскаго ларинголога J. Mackensie, который еще очень недавно въ годичномъ засѣданіи американскаго ларингологическаго общества, настаивалъ на необходимости оперировать полной экстирпацией всѣ вообще случаи раковъ гортани. Нѣкоторое оживленіе по разбираемому вопросу проявилось въ послѣднія года и въ русской медицинской печати. Въ послѣдніе годы операциі нѣсколько разъ была произведена въ Москвѣ проф. Дьяконовыемъ, и нѣсколько слушають его описаны въ журналѣ „Хирургія“ д-омъ Напалковымъ. Общая идея статьи Напалкова состоитъ въ томъ, что при настоящемъ состояніи техники эта операциі не должна оставаться рѣдкой, исключительной, а должна войти въ повседневный обиходъ всякаго правильно работающаго хирургического учрежденія. Нѣсколько прежде статьи Напалкова напечатана по тому же вопросу статьи д-ра Бѣлогорскаго и д-ра Либиха.

Но въ указанныхъ статьяхъ, кромѣ работы д-ра Бѣлогорскаго, вопросъ объ оперативномъ леченіи раковъ гортани разсмотрѣнъ нѣсколько односторонные: обсуждается и характеризуется лишь пол-

ная экстирпација гортани, виѣ отноженій ся къ ларингофиссурѣ и другимъ методамъ оперативнаго лечения раковъ гортани. Между тѣмъ въ то время, какъ въ 90 хѣ годахъ усовершенствовалась техника полной экстирпациї гортани, развивалась и діагностика начальныхъ стадій рака гортани; въ начальныхъ стадіяхъ съ большимъ успѣхомъ стали примѣняться консервативныя операциі; получились въ рукахъ особенно англійскихъ хирурговъ замѣчательно благопріятные результаты при оперативномъ лечении рака гортани ларингофиссурой, и съ этой точки зрења вопросъ о показаніяхъ къ полной экстирпациї является въ совершенно новомъ свѣтѣ. Нашей главной задачей, при настоящемъ состояніи научныхъ данныхъ, будетъ не введеніе полной экстирпациї гортани въ повседневный хирургический обиходъ, а напротивъ распространеніе въ публикѣ и среди врачей болѣе вѣрнаго взгляда на консервативныя операциі при ракахъ гортани и на не обходимость возможно раннаго оперативнаго пособія.

Съ такими только оговорками позволю я себѣ обратить Ваше вниманіе на демонстрируемый случай и предварительно считаю нужнымъ кратко характеризовать всѣ прочіе виды оперативнаго пособія при ракахъ гортани.

Трахеотомія есть видъ палліативнаго пособія, показуемаго въ случаяхъ значительного ракового стеноза гортани, гдѣ другія операциі по тѣмъ или другимъ причинамъ непримѣнимы. Примѣняемая въ послѣдніихъ стадіяхъ болѣзни трахеотомія можетъ отнять смертельный исходъ.

4 года тому назадъ я оперировалъ больную, долго страдавшую ракомъ гортани, и направленную ко мнѣ проф. А. Н. Каземъ-Бекомъ. Очень истощенная женщина 53 л. была оперирована съ мѣстной анестезіей при сильномъ затрудненіи дыханія и значительной общей слабости; результатъ операциі былъ не блестящій. Конечно затрудненіе дыханія прошло, но больная уже черезъ 10 дней скончалась при явленіяхъ усиливавшейся слабости. Я могу демонстрировать сегодня патолого-анатомическій препаратъ, взятый въ этомъ случаѣ при вскрытии, и хотѣлъ-бы еще отмѣтить, что въ большинствѣ такихъ случаевъ слѣдуетъ производить нижнюю трахеотомію, чтобы не быть вынужденнымъ вставить трубку слишкомъ близко къ новообразованію или даже не наткнуться на массу опухоли при разрѣзѣ горла.

Такой же палліативный характеръ имѣютъ частичная эндолярингеальная операција, предпринимаемая для устраненія сильнаго съуженія гортани опухолью. Но эндолярингеальная операција примѣнялись иногда и съ цѣлью радикальнаго удаленія опухоли, и надо сказать правду, есть нѣсколько безспорныхъ случаевъ удачнаго излеченія болѣзни этимъ путемъ. Работа Hansberg'a, одна

изъ недавнихъ работъ по этому вопросу, насчитываетъ во всей относящейся сюда литературѣ лишь 7 случаевъ стойкаго (болѣе 3 л.) излѣченія рака гортани, и то въ рукахъ лишь выдающихся ларинголовъ, какъ Fraenkel, Schech, Semon, Schmidt. При массѣ случаевъ рака, проходившихъ черезъ ихъ руки, они рѣшились оперировать эндоларингеально лишь въ совершенно исключительныхъ обстоятельствахъ. Напр. Fraenkel оперировалъ въ теченіи 6 лѣтъ лишь дважды, Moritz Schmidt за всю свою долгую дѣятельность съ успѣхомъ оперировалъ эндоларингеально лишь 4 раза.

Эндоларингеальный методъ при леченіи рака можетъ примѣняться лишь крайне рѣдко, и въ лечебномъ значеніи его не надо обманываться; нельзя съ увѣренностью удалить все новообразованіе непремѣнно въ здоровыхъ тканяхъ, такъ чтобы не осталось микроскопическихъ ростковъ рака. Зеркальные изображенія обманчивы, и какъ показываетъ клиническій опытъ, при ларингофиссурѣ почти всегда обнаруживается болѣшее распространеніе опухоли, чѣмъ можно было предполагать при ларингоскопическомъ изслѣдованіи.

Fraenkel описалъ подъ названіемъ *carcinoma polypoides*, форму рака, развивающагося на голосовой связкѣ въ видѣ пароста на тонкой ножкѣ.

По моему мнѣнію единственно въ подобныхъ случаяхъ допустимо эндоларингеальное удаленіе опухоли и промедленіе съ болѣе рѣшительной хирургической операцией. При всѣхъ иныхъ формахъ рака и въ поздніихъ стадіяхъ болѣзни эндоларингеальная операциія могутъ быть допущены какъ паліативныя операциі, но при этомъ священная обязанность врача не умалчивать предъ больнымъ о паліативномъ характерѣ операциі и представить больному всю серьезность его положенія и необходимость прибѣгнуть къ инымъ оперативнымъ приемамъ. Сверхъ того эндоларингеальная операциія иногда необходима для полученія кусочка опухоли, который можно было бы подвергнуть микроскопическому изслѣдованію и установить точную диагностику въ сомнительныхъ случаяхъ.

*Pharyngotomia subhyoidea* примѣнялась нѣсколько разъ для удаленія въ начальныхъ периодахъ карциномъ надгортаника и входа въ гортань. Случай эти довольно рѣдки, но указанная операциія для нихъ весьма подходяща: послѣ вскрытия глотки весь надгортаникъ и входъ въ гортань легко становятся доступными, но предварительная трахеотомія при этой операциі является, по моему мнѣнію, безусловно необходимой.

Настоящая лечебная операциія при ракѣ гортани, конкурирующая съ полнымъ удаленіемъ гортани,—ларингофиссурѣ или тиротомія т. е. вскрытие гортани продольнымъ ращепленіемъ съ

послѣдующимъ вырѣзываніемъ опухоли въ предѣлахъ здоровыхъ частей.

Эта операція ласть теперь прекрасные результаты, но она оставалась долгое время въ забвениі подъ вліяніемъ неодобрительнаго отзыва Bruns'a въ концѣ 70-хъ годовъ. Bruns собралъ всѣ описанные до того времени случаи ларингофиссуръ при ракахъ гортани и, анализируя ихъ, доказалъ полную бесполезность и безнадежность операціи во всѣхъ примѣненныхъ случаяхъ. До 1878 г. оказались описанными 19 случаевъ рака гортани, леченыхъ ларингофиссурой. Изъ числа ихъ 2 оперированныхъ умерли скоро послѣ операціи; мѣстный возвратъ рака наблюдался 16 разъ или непосредственно послѣ операціи или въ теченіе ближайшихъ мѣсяцевъ, и только 1 больной умеръ черезъ 22 мѣсяца послѣ операціи отъ вторичнаго рака надпочечной железы. Выводы Bruns'a, какъ авторитетнаго ученаго, вошли тогда во всѣ учебники хирургіи, и репутація ларингофиссуръ оказалась на долгое время испорченной.

Между тѣмъ выводы Bruns'a вѣрны лишь по отношенію къ собраннымъ имъ случаямъ; справедливы для того времени, когда диагностика рака гортани была очень несовершена и ставилась съ точностью обыкновенно лишь въ концѣ страданія, у истощенныхъ больныхъ, незадолго до смерти, и Bruns разумѣется не могъ предрѣшить вопроса о примѣнности и дѣйствительности ларингофиссуръ въ начальныхъ стадіяхъ рака. А именно при этихъ условіяхъ получены поразительно благопріятные результаты отъ ларингофиссуръ, и честь пастойчиваго примѣненія операціи принадлежитъ англійскимъ ларингологамъ и хирургамъ особенно Butlin'у и Semon'у.

Semon недавно па съѣздѣ британскихъ врачей сообщилъ слѣдующую статистику. Въ промежутокъ времени отъ 2-го іюня 1891 года по 29 іюля 1902 г. онъ оперировалъ тиротоміей 18 случаевъ несомнѣнныхъ карциномъ гортани; 15 человѣкъ изъ этого числа по настоящее время живы и здоровы, не представляя и слѣдовъ возврата; это составляетъ 85% радикальныхъ излечений. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пришлось удалить обѣ голосовые связки, но не смотря на это, функциональные результаты въ отношеніи голоса оказались удивительно хороши. Въ остальныхъ двухъ случаяхъ наблюдается сомнительный возвратъ, и одинъ больной умеръ отъ операціи. Такихъ прекрасныхъ результатовъ мы не получаемъ напр. при самыхъ обширныхъ изсѣченіяхъ рака грудной железы по Halstead'у, гдѣ радикальное излеченіе достигается приблизительно въ 50%.

Но чтобы ларингофиссура съ послѣдующимъ удаленіемъ опухоли въ предѣлахъ здоровыхъ частей, давала указанные результаты, необходимо соблюденіе слѣдующихъ условій, на которыхъ Semon особенно настаиваетъ.

1. Примѣненіе операций должно ограничиваться ранними стадіями болѣзни, для чего необходимо и раннее распознаваніе, и

2. Операция должна производиться основательно, въ предѣлахъ здоровыхъ тканей, и никакія соображенія о послѣдующей функции гортани не должны вызывать уступокъ въ этомъ отношеніи.

Всѣ больные, оперированные Semon'омъ, были изъ его частной практики т. е. люди болѣе состоятельные, обращающіе вообще болѣшее вниманіе на свое здоровье, даже при ничтожныхъ проявленіяхъ болѣзни.

Больные, съ которыми приходится имѣть дѣло у насъ въ Россіи, являются обыкновенно уже съ сильно запущеннымъ страданіемъ, подчасъ пролечившихъ уже не одинъ годъ у специалистовъ ларинголовъ и врачей практиковъ.

Причиной этого прискорѣнаго положенія служить недостатокъ у насъ специалистовъ, наша общая бѣдность и дальность разстояній до центровъ, гдѣ медицинская помощь стоитъ на должной научной высотѣ.

Какъ-бы то ни было, пока мы можемъ только высказать желаніе, чтобы наши ларингологи на столько же были искусны въ хирургическихъ операціяхъ надъ гортанью, насколько они искусны въ эндоларингеальныхъ пріемахъ, или по крайней мѣрѣ, чтобы случаи раковъ гортани попадали къ хирургамъ по возможности въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни, тѣмъ болѣе что распознаваніе рака въ этомъ періодѣ, въ настоящее время, послѣ трудовъ Semona, B. Fraenkel'я, Schmidt'a не трудно.

Работая въ одной больницѣ съ А. Н. Каземъ-Бекомъ, я имѣлъ возможность въ ближайшее время 4 раза произвести ларингофиссуру, но лишь по поводу папилломъ или рубцевыхъ структуръ гортани; ни разу при злокачественной опухоли гортани. Всѣ мои больные хорошо перенесли операцію, хотя окончательный результатъ ларингофиссуры при папилломахъ гортани почти всегда омрачается частичными возвратами.

Уже выше приведенное рисуетъ границы показаній къ некоторымъ операціямъ при ракѣ гортани, но для болѣе точной установки показаній весьма важно знать особенности теченія рака гортани въ зависимости отъ его локализаціи. На это было обращено вниманіе еще въ концѣ 70-хъ годовъ. Именно Krishaber отмѣтилъ различіе въ теченіи рака гортани въ зависимости отъ этого обстоятельства. Онъ различалъ внѣшнегортанные и внутригортанные раки (*extrinsique et intrinsique*). Первые развиваются на наружныхъ стѣнкахъ гортани или на границѣ ихъ въ ближайшихъ сѣдловихъ органахъ: на *lig. aryepiglottica*, *interarythaenoidea*, надгортаникѣ и т. д. Внутригортанные раки чаше всего возникаютъ

на истинныхъ и ложныхъ голосовыхъ связкахъ, на слизистой оболочкѣ нижнаго, субхордального отдѣла гортани. Эго различеніе въ высокой степени важно въ клиническомъ отношеніи, такъ какъ совпадаетъ съ большей или меньшей злокачественностью новообразованія. Внѣшнегортанные раки растутъ и изъязвляются быстрѣ, сопровождаются болѣе тяжелыми субъективными припадками, скорѣе инфицируютъ лимфатическую железу и переходятъ на сосѣдніе органы: глотку, пищеводъ и языкъ. Внутригортанные раки протекаютъ напротивъ болѣе благопріятно, растутъ медленно, долгое время остаются чисто мѣстнымъ процессомъ, не инфицируя железъ, и какъ показываетъ клиническое наблюденіе, не рецидивируютъ послѣ основательного удаленія путемъ ларингофиссуры.

Semon отмѣчаетъ, что послѣдняя операција должна производиться въ начальныхъ стадіяхъ лишь этой болѣе доброкачественной локализаціи рака.

Теперь мы подходимъ къ послѣднему виду операций надъ гортанью, пораженной ракомъ,—частичному или полному удалению гортани. Нельзя ограничиться удалениемъ лишь мягкихъ частей во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь запущена, гдѣ опухоль проросла въ хрящи, и уже поражены быть можетъ мягкая части на наружной поверхности хрящѣй; также не слѣдуетъ ограничиваться удалениемъ лишь мягкихъ частей во всѣхъ случаяхъ внѣшнегортанныхъ раковъ. Но различие функциональныхъ результатовъ въ отношеніи дыханія, глотанія и голоса, при частичной и полной эстирпациї гортани на столько велико, что при возможности выбора всегда слѣдуетъ давать предпочтеніе частичнымъ, обыкновенно половиннымъ экстрипаціямъ. Частичные операциіи иногда позволяютъ сохранять больному довольно ясную рѣчь, безъ необходимости пользоваться какими либо искусственными приспособленіями и приборами, дыханіе можетъ совершаться свободно, безъ постояннаго ношенія трахеотомической трубки, и самая операција, какъ менѣе обширная, можетъ примѣняться съ меньшимъ рискомъ въ смыслѣ непосредственного исхода. Замѣчательно, что голосъ послѣ половинной экстрипаціи гортани иногда возстановляется въ очень совершенной степени благодаря образованію рубцевыхъ тяжей, функционирующихъ какъ голосовая связка.

Но половинная экстрипація не можетъ примѣняться при внѣшнегортанныхъ ракахъ, гдѣ имѣются метастазы въ лимфатическихъ железахъ; нельзя производить ее и въ тѣхъ случаяхъ внутригортанныхъ раковъ, гдѣ опухоль захватила обѣ половины гортани, перейдя за срединную линію.

Если новообразованіе по голосовымъ связкамъ распространилось лишь надъ щитовиднымъ хрящемъ, то казалось-бы возможнымъ ограничиться при оперативномъ леченіи удалениемъ лишь

щитовидныхъ хрящей, а между тѣмъ подобная операција вовсе не должны производиться. Какъ показываетъ клиническій опытъ, оставленіе при операциї перстневиднаго хряща или надгортанника является для болѣаго обыкновенно источникомъ цѣлаго ряда неудобствъ: дыханіе и вставление трахеотомической трубки затрудняется, а увеличенный и отекшій надгортанникъ существенно разстроиваетъ даже актъ глотанія.

Такимъ образомъ среди различныхъ способовъ частичнаго удаленія гортани особенное значеніе имѣетъ лишь половинная экстирпација, и эта операција съживаетъ, какъ выше объяснено, показанія къ полной экстирпацији. Послѣдняя показана: 1) въ случаяхъ рака, поразившаго хрящевой скелетъ гортани и распространившагося на обѣ половины ея, и 2) при быстрорастущихъ виѣшнегортанныхъ ракахъ, особенно развившихся на межчерталовидныхъ связкахъ.

Слабыя стороны полной экстирпацији, помимо ближайшей опасности смертельнаго исхода, состоять въ остающихся разстройствахъ рѣчи и отчасти глотанія. Если передняя стѣнка глотки при операциї не была зашита, и въ ней осталось отверстіе, то пищевой комокъ и жидкости при глотаніи должны хотя бы частично выпадать черезъ отверстіе наружу по соображенію съ трахеотомической трубкой, и для устраненія этого обстоятельства больному приходится закрывать отверстіе пепроницаемою для жидкости повязкой. Конечно отверстіе, ведущее въ глотку, легко можетъ быть зашито, но дѣло въ томъ что иногда мы намѣренно оставляемъ его, ибо иначе нельзя примѣнить обыкновенного устройства искусственную гортань. Глоточнымъ отверстіемъ мы пользуемся для проведения звука къ полости рта; если оно зашито пришлось бы отыскать другіе пути, чтобы провести звукъ въ ротовую часть глотки.

Такъ какъ дыханіе черезъ носъ или ротъ при полной экстирпацији гортани совершенно устранито, выдыхаемый воздухъ несколько не овлажняется и не согрѣтъ, то развиваются упорные катарры бронховъ, выдѣленіе обильной мокроты, которая засыхаетъ у трахеотомической трубки въ корки и вызываетъ иногда очень опасные припадки удушья. Больные должны заботиться о разжиженіи мокроты по временамъ, путемъ-ли пульверизаціи или принимая внутрь различныя expectorantia. И въ этомъ отношеніи больной становится въ положеніе полукалечки. Наконецъ въ отношеніи рѣчи оперированный вполнѣ искалѣченъ. Онъ можетъ говорить обыкновенно лишь съ помощью специальныхъ приборовъ, которые не легко приладить, если нѣтъ большого выбора ихъ, и лишь въ исключительныхъ случаяхъ немногие изъ оперированныхъ больныхъ научаются говорить шепотомъ при участіи нижняго отдѣла глотки.

Такая жизнь действует на настроение больныхъ угнетающимъ образомъ, — иногда до такой степени, что оперированные рѣшаются на самоубийство, по крайней мѣрѣ въ настоящее время извѣстно уже нѣсколько случаевъ, гдѣ удачно оперированные больные кончали жизнь самоубийствомъ.

Разматриваемая съ такой точки зреінія операція полаго удаленія гортани скорѣе свидѣтельствуетъ о недостаткахъ медицинскаго искусства; необходимость часто прибѣгать къ ней указываетъ въ то-же время на недостатки организаціи у насъ медицинской помощи. Мы врачи должны стремиться къ тому чтобы больные знали правду о своей болѣзни и заблаговременно— еще въ начальныхъ стадіяхъ— подвергались хирургическимъ операціямъ, не затягивая болѣзни до тѣхъ поръ, когда единственнымъ средствомъ спасенія жизни является уродующая полная экстирпациѳ гортани.

### Исторія болѣзни.

Иванъ Наумовъ И—въ 49 л. мѣщанинъ г. Симбирска, поступилъ въ хирургическое отдѣленіе Александровской больницы 4 сентября 1903 г. съ діагнозомъ злокачественной опухоли гортани.

Больной грамотный, постоянный житель г. Симбирска, занимается мелкой торговлей. Въ анамнезѣ есть указаніе на перенесенный въ ранней молодости сифилисъ: была течь изъ члена, опухоль, охриплый голосъ, противъ чего успѣшно лечился суперомъ, не обращаясь къ врачу. Настоящей болѣзни захворалъ около шести лѣтъ тому назадъ. Она началась охриплостью голоса, на которую первое время вниманія не обратилъ. Черезъ годъ поступилъ въ городскую больницу въ Симбирскѣ, гдѣ пользовался юдиствыми каліемъ и ртутными втираціями, пульверизаціей и смазываніемъ гортани, не принесяши однако облегченія. Около двухъ лѣтъ тому назадъ стали появляться боли, возникавшія при глотаніи а иногда и самостоятельнѣ; боли ощущались въ гортани и отдавались весьма мучительно въ лѣвое ухо; некоторое время спустя появились боли при разговорѣ и по временамъ стала появляться въ мокротѣ кровь. Еще разъ въ началѣ текущаго года продолжалъ курсъ антисифилитического лечения и наконецъ по совѣту д-ра И. И. Троицкаго обратился ко мнѣ, какъ къ хирургу.

Больной женатъ, имѣть здоровыхъ дѣтей; существованіе наследственной склонности къ злокачественнымъ опухолямъ не указываетъ.

Больной высокаго роста съ хорошо развитою костной системой, но худъ; жировой слой почти совершенно отсутствуетъ, щеки ввалились.

Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе сильная вдыхательная и выдыхательная отышка. Дыхательныя фазы замедлены и сопровождаются громкимъ стеноитическимъ шумомъ. Наблюдаются западеніе межреберныхъ промежутковъ и scrobiculi cordis при вдыхательной фазѣ. Нижнія границы легкихъ опущены.

Надъ верхушкою праваго легкаго незначительное притупленіе. Дыхательные шумы заглушены, хриповъ иѣтъ.

При усиленномъ дыханіи и при глотательныхъ движеніяхъ появляются приступы кашля, съ которымъ выдѣляется несолько мокроты, и очень много слюны. Въ мокротѣ бициллъ Коха иѣтъ.

Видимыя артеріальные сосуды склерозированы, въ срдцѣ ничего особенаго; тоны чисты, но слабы. Измѣненій въ мочѣ иѣтъ.

При ларингоскопическомъ изслѣдованіи констатируется некоторая гиперемія надгортаника и входа въ гортань. Голосовыхъ связокъ не видно, такъ какъ верхній отдѣлъ гортани заполненъ изъязвленной распадающейся опухолью; язвы не глубоки, но обширны и имѣютъ вывороченный край. Опухоль преимущественно распространяется въ лѣвой половинѣ, инфильтрируетъ лѣвый черпаловидный хрящъ, и въ межчерпаловидномъ пространствѣ переходитъ на правую сторону за среднюю линію. Съ правой стороны у переднаго угла гортани также свѣшиваются двѣ полипозныхъ изъязвленныхъ опухоли, ниже которыхъ видно незначительное отверстіе служащее для дыханія.

Ощупываніе гортани снаружи болѣзнетто; на передней поверхности въ области перстневидного хряща прощупываются двѣ увеличенныя железы; увеличены также глубокія шейныя железы сзади рожковъ подъязычной кости. Какъ анамнезъ такъ и объективное изслѣдованіе констатировали несомнѣнную злокачественную опухоль гортани, вѣроятнѣе всего раковой природы. Колебаться и медлить съ распознаваніемъ было тѣмъ менѣе основаніе что больной только что продѣлалъ курсъ интенсивнаго лечения юстиремъ каліемъ, съ другой стороны распространеніе язвъ, самый видъ ихъ и другія сопутствующія явленія рѣшительно говорили противъ туберкулезнаго характера страданія.

Больной умолялъ о хирургической помощи, настроенный такъ вѣроятно врачами, а можетъ быть желая видѣть какой нибудь конецъ своимъ страданіямъ, которые стали въ послѣднее время непереносимы.

Но операциія могла быть произведана лишь черезъ недѣлю 11 Сентября. Изъ замѣтокъ за это время видно, что больной, оставаясь въ больницѣ, дышалъ съ трудомъ, принужденъ былъ часто отхаркивать обильный слизистый секретъ; какъ отхаркиваніе, такъ и глотаніе очень болѣзнины; горизонтальное положеніе ухудшаетъ отдышку, вслѣдствіе чего спать приходится сидя. Кромѣ того по временамъ появляются мучительные припадки кашля, иногда при глотаніи б. м. вслѣдствіе попаданія жидкостей въ дыхательное горло, иногда возникающіе самостоятельно. Припадки особенно часто появляются ночью и въ такой тяжелой формѣ, что приходится опасаться за жизнь больного.

Больной при этомъ синѣетъ, лицо набухаетъ и покрывается крупнымъ потомъ. Изъ глазъ происходитъ обильное отдѣленіе слезъ.

Ухудшениe видимо прогрессировало и только смазываниe язвы растворомъ кокцина, произведившееся д-ромъ Л. И. Виноградовымъ, нѣсколько облегчало состояніе больного. Температура только разъ повысилась до 38,1 пульсъ вообще былъ учащенъ около 100.

9/х отмѣчено, что изъязвленіе опухоли распространяется взадъ на межчертнадловидное пространство, и въ этотъ-же день вечеромъ больному впрыснуто 10 сим. сыворотки Marmorega.

10/х впрыснута вторая порція въ 20 сим. т<sup>о</sup> вечер. 38,0 пульсъ 108.

11/х. Операциі подъ хлороформно-морфійнымъ наркозомъ. Впрыснуто  $\frac{1}{6}$  грам. морфія. По первоначальному плану предполагалось избѣжать трахеотоміи, но съ больнымъ сдѣлалась аефикасической припадокъ во время наступленія наркоза, и трахеотомія оказалась необходимой. Дальнѣйшее производство операциі происходило типически, мы были лишь поставлены въ иѣкоторое затрудненіе продлить наркозъ, такъ какъ не имѣли исправнаго аппарата для хлороформированія въ этомъ случаѣ по Тренделенбургу, а приставленіе маски къ трахеотомической трубкѣ закрывало операционное поле. По обнаженіи хрящевого скелета гортани, причемъ съ передн. поверхн. гортани удалены 2 увеличенія лимфатическихъ железъ, послѣ изолированной перерѣзки верхнихъ гортанныхъ нервовъ, верхнія кольца трахеи отдѣлены отъ пищевода и поперечно перерѣзаны. Затѣмъ началось отдѣленіе гортани отъ глотки сначала внизу и сзади, а потомъ по сторонамъ. При этомъ слѣва разрѣзъ прошелъ частью черезъ опухоль, и небольшой кусокъ ея былъ экстирпированъ затѣмъ изолированно. Лимфатические железы въ сонномъ пакетѣ остались неудаленными, такъ какъ ощупываніе ихъ透过 рану, позволило усомниться въ раковомъ характерѣ ихъ набуханіи.

Вторая часть операциі, послѣ трахеотоміи, произведена въ положеніи больного по Тренделенбургу, вслѣдствіе чего кровь и слизь не затекали въ дыхательное горло.

Затѣмъ рана въ нижнемъ отдѣлѣ была запита, такъ что просвѣтъ попечечно перерѣзанной трахеи былъ вшитъ въ нижній уголъ раны и изолированъ отъ глоточной полости. Черезъ верхній конецъ глоточной раны вставленъ желудочный зондъ à demeure. Трахеотомическая трубка оставлена въ трахеотомической ранѣ. Повязка. Вечеромъ того же дня больному введено въ желудокъ черезъ зондъ  $\frac{1}{2}$  стаканъ молока съ ложкою коньяка. Т<sup>о</sup> 37,0. Температура въ теченіе ближайшей недѣли не поднималась выше 37,7.

12/х т. е. на другой день послѣ операциі больной чутъ не задохнулся, такъ какъ почю повязка намокла слизью, и послѣдняя въ значительномъ количествѣ скопилась въ трахеѣ. Дежурный врачъ едва успѣлъ высосать слизь и возстановить свободное дыханіе.

Дальнѣйшее теченіе раны не представляло особенностей, приходилось только примѣнять паровую пульверизаціи для предупрежденія засыханія слизи.

13/ix. Зондъ ё Демеше вынутъ, такъ какъ въ нижнемъ концѣ его образовалась пробка изъ свернувшагося молока, совершенно закупорившая просвѣтъ; съ этого дня всякий разъ для кормленія вставлялся зондъ.

Первая попытка кормленія естественнымъ путемъ была сдѣлана черезъ 10 дней послѣ операций, но жидкая пища еще очень сильно протекала изъ верхняго угла раны.

Эта рана начала замѣтно уменьшаться лишь въ концѣ сентября.

Съ половины октября больной сталъ проглатывать какъ твердую такъ и жидкую пищу, закрываю отверстіе въ глоткѣ kleenкой. Въ это-же время была сдѣлана попытка устроить мѣстными средствами искусственную гортань, но величина раны слишкомъ быстро менялась при дальнѣйшемъ заживленіи и попытка окончилаась ничѣмъ.

Въ настоящее время мы имѣемъ выписанную изъ Москвы гортань Вольфа, упражненіе съ которой больной началъ всего лишь 10 дней тому назадъ. Насколько хорошо или плохо функционируетъ аппаратъ, я сейчасъ буду имѣть честь Вамъ демонстрировать.

Удаленный препаратъ представляетъ полный хрящевой скелетъ гортани съ перстневиднымъ и надгортаннымъ хрящемъ. На продольномъ разрѣзѣ его видно, что изъязвившаяся злокачественная опухоль распространяется главнымъ образомъ въ лѣвой половинѣ, но вѣроятно вторично захватила и правую. Голосовые связки разрушены опухолью, ею-же инфильтрировано черпаловидные хрящи. Изслѣдованіе кусковъ опухоли провѣренное Н. М. Любимовымъ обнаружило строеніе характерное для эпителіума съ обильнымъ образованіемъ жемчужинъ и крайней наклонностью клѣтокъ къ ороговѣнію.

Изслѣдованіе удаленныхъ при операциіи лимфатическихъ железъ указало лишь на гиперплазію железистой ткани; раковыхъ метастазовъ въ железахъ не обнаружено.

Съ половины октября прекращено введеніе зонда, больной началъ питаться самъ, сильно пополнѣлъ, такъ что теперь сталъ наузнаваемъ. Выписался 29 декабря 1903 г.

17 Августа 1904 г. И—въ снова поступилъ въ Александровскую городскую больницу, доставивъ искусственную гортань Вольфа, которой онъ пользовался самое непродолжительное время.

Больной очень пополнѣлъ въ послѣдніе мѣсяцы, выучился объясняться шепотомъ, но сильно стѣснѣнъ остающимся у него на передней поверхности шеи отверстиемъ, ведущимъ въ глотку. При фѣ больной вынужденъ накладывать на отверстіе тугую повязку—только при этомъ условіи жидкая части пищи не протекаетъ на

шею — наружу, и ему хотѣлось бы освободиться отъ тягостнаго и бесполезнаго ему отверстія въ глоткѣ, такъ какъ больной давно уже не пользуется искусственnoю гортанью.

Нечего говорить, что за долгій срокъ, протекшій со времени первой операциі, края отверстія вполнѣ зарубцевались и имѣютъ нѣкоторую наклонность завернуться внутрь. При ощупываніи какъ краевъ отверстія, его ближайшей окружности, такъ и соотвѣтствующихъ лимфатическихъ железъ, нигдѣ не найдено возврата опухоли или подозрительного въ этомъ смыслѣ измѣненія.

Желаемаго больнымъ закрытия отверстія легко было достигнуть. При мѣстной анестезіи коканиномъ было сдѣлано плоскостное расщепленіе краевъ отверстія, затѣмъ наложены два ряда швовъ: первый глубокій на глоточную стѣнку и слизистую оболочку глотки изъ кетгута, второй поверхностный на кожу изъ флюорентійскихъ нитей. Въ теченіи первыхъ двухъ дней больной избѣгалъ глотать; жидкость вводилась черезъ прямую кишку. Начиная съ третьаго дня было разрѣшено глотать жидкую пищу; на восьмой день сняты швы, а 14 сентября 1904 г. И — въ выписался изъ больницы съ хорошо зажившіей раной, свободно глотая какъ жидкую, такъ и твердую пищу. Шепотная рѣчъ у больного также улучшилась. Въ настоящее время остается слѣдить за дальнѣйшей судьбой больного какъ въ отношеніи возврата болѣзни, такъ въ отношеніи дальнѣйшаго улучшенія рѣчи.

## ЛИТЕРАТУРА.

Butlin. Malignant disease of the larynx. London. 1883.

P. Brauns. Die Laryngotomie z. Entfern. intralaryng. Neubild. Berlin. 1878.

Бѣлогорскій. Къ вопросу о хирургическомъ вмѣшательствѣ при новообразованіяхъ гортани. Мед. обозр. 1900. стр. 860—875.

Czerny. Versuche ѡb. Kehlkopfextirpation. Wien. med. Wochenschrift 1870.

B. Fraenkel. Der Kehlkopfkrebs, seine Diagn. u. Beh. Deutsche med. Wochenschr. 1889.

B. Fraenkel. Sur le diagnostique anatomo-pathologique du cancer du larynx. XIII Congrѣs Internat. Paris. Section de Laryngol. et Rhinologie. 1.

Gluck. Die chir. Beh. d. malign. Kehlkopfgeschw. Berl. klin. Wochenschr. 1897.

Gluck. La chirurgie moderne du larynx. Annales d. malad. du larynx etc. 1900. XXVI, 438—455.

Hahn. Ueb. Kehlkopfextirpation. Volkmann's klin. Vorträge Nr. 260, 1885.

Hansberg. Beiträge zur Operation des Kehlkopfkrebses. Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. V S. 154—205.

Keen. The technique of laryngectomy. Med. Record. 1899. t. LVI p. 47.

M. Krishaber. Sur le cancer du larynx. Ann. des mal. de l'or. etc. V. V 1879.

Либихъ. Къ казуистикѣ иолнаго изсѣченія гортани при раков. пораж. ея. Больн. газета Боткина 1901. № 42.

Mackensie (J. N.) Ein Wort zu Gunsten der Diagnose mit blossem Auge und der Entfernung des ganzen Organs mitsammt dem Nachbargebiete etc. Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. 1901. XI, 399—406.

Напалковъ. Объ изсѣченія гортани при раковыхъ новообразованіяхъ. Хирургія т. X. стр. 447.

Perier. Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable. Bull. et Mem. Soc. de chirurgie 1890. t. XVI p. 239.

M. Schmidt. Sur le diagnostique du cauer laryngien. Arch. internation. de Laryngologie 1900. 327—337.

Semon. Partial extirp. of the larynx etc. Brit. med. Journ. 1886.

Semon. Intralaryng. surgery and malignant deslase of the larynx. Ibid, 1887.

Semon. Sur les indications de la thyrotomie. Lancet. Lond. 1900. II. 393—397.

Semon. Operat. Treatm. of Malegnant Diescase of the Larynx. The Laryngoscope. Vol. XIII. 1903. p. 879—896. (Report of 71 Annual Meeting of British Medical Association, held at Swansea, July 28—31, 1903).

Татариновъ. Къ казуистикѣ изсѣченія гортани при раковыхъ новообразованіяхъ Хирургія. Т. XII стр. 650.

Tauber. Ueb. d. Kehlkopfextirp. Arch. f. klin. Chirur. Bd. XLI 1891.

---