

**ЖАРМАНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
АТЛАСЪ**

D-r. L. Grünwald

2.15.0

ТОМЪ XXII

АТЛАСЪ И ОСНОВЫ

БОЛЪЗНЕЙ ГОРТАНИ



617.8 1903

Грюнвальд Л.
Атлас и основы
болѣзней горт.

ИЗДАНИЕ ЖУРНАЛА ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНА.

С. П. Б. ул. Жуковскаго 13.

3.50
12/11/48
Д-ръ L. Grünwald,

въ Мюнхенъ.

БИБЛИОТЕКА
СТУДЕНТОВЪ МЕДИКОВЪ

2153

АТЛАСЪ И ОСНОВЫ

БОЛЪЗНЕЙ ГОРТАНИ.

Съ 107 раскрашенными и 25 черными
рисунками.

Переводъ съ нѣмецкаго

д-ра В. Ф. Зибольда.

(Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten. Von Dr. L. Grünwald in München.
Mit 107 farbigen und 25 schwarzen Abbildungen. München 1897).

2012

1972 г.

1972

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издаіе журнала «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).

ИНВЕНТАР
№ 12210

Улица Жуковскаго, 13.
(б. м. ИТАЛЬЯНСКАЯ).

1903.

ПЕРЕОБЛ.

Дозволено цензурою. С. Петербургъ, 7 Ноября 1902 г.

617.8

Типографія В. С. Эттингера, Улица Жуковскаго, 13.



Предисловіе.

Этотъ маленькій атласъ болѣзней гортани составленъ по тому же принципу, какъ и атласъ болѣзней зѣва и носа. Онъ долженъ служить для начинающаго пособіемъ при изслѣдованіи и распознаваніи. Но такъ какъ для діагноза, въ особенности въ этой области, необходимо знаніе анамнеза и изслѣдованіе сосѣднихъ и другихъ органовъ, то къ каждой таблицѣ приложены необходимыя свѣдѣнія въ видѣ короткихъ исторій болѣзни.

Въ подобной формѣ авторъ полагаетъ, что пользу принесетъ и практическому врачу, которому не приходится часто видѣть больныхъ съ болѣзнями гортани, но желательно ихъ распознать.

Картины, безъ обращенія вниманія на характеръ заболѣванія, сгруппированы только по наружнымъ признакамъ; цѣль—дать возможность сравнить сходныя, но въ сущности весьма разнообразныя явленія, одновременно и облегчить отыскиваніе такихъ картинъ, которыя отвѣчаютъ даннымъ извѣстнаго случая.

Вслѣдствіе этого можно было выпустить извѣстныя, уже безъ того знакомыя картины, напр. дифтеріи.

Эта школа и изученіе діагностики подготовляются и дополняются короткимъ систематическимъ описаніемъ болѣзней.

Пониманіе болѣзненныхъ процессовъ авторъ надѣется облегчить обращеніемъ вниманія на гистологию. Для этой цѣли приложено 12 таблицъ, изъ которыхъ

ясно видны главнѣйшія элементарныя измѣненія. Эта часть патологій, на которую такъ мало обращается вниманія въ учебникахъ, много способствуетъ пониманію дѣла.

Изъ числа картинъ рис. 1 взятъ изъ анатоміи *Luschka*, два рисунка изъ атласа *Bollinger*'а. Остальные рисунки составлены по рисункамъ или препаратамъ автора художникомъ *Keilitz*'омъ, которому я высказываю на этомъ мѣстѣ мою сердечную благодарность.

Мюнхень, октябрь 1896 г.

Авторъ.

О г л а в л е н і е .

	Стр.
Общія замѣчанія по анатоміи и фізіологіи гортани	1
Способы изслѣдованія:	11
1. Косвенная ларингоскопія	15
2. Прямая ларингоскопія	17
3. Осмотръ	17
4. Ощупываніе	19
5. Выслушиваніе	21
Практическія указанія для изслѣдованія	24
Общее о причинахъ и леченіи болѣзней гортани	24

П а т о л о г і я и т е р а п і я .

I. <i>Острыя воспаленія.</i>	29
1. Поверхностныя	32
2. Эксудативныя	38
3. Интерстиціальныя	42
4. Воспаленія мышць	43
5. Воспаленія суставовъ	46
6. Воспаленія надхрящницы	49
7. Симптоматическія (комбин.) формы	49
II. <i>Хроническія воспаленія.</i>	55
1. Поверхностныя	58
2. Субиукозныя	59
3. Воспаленія мышць	59
4. Воспаленія суставовъ	60
5. Воспаленія надхрящницы и хрящей	60
6. Комбинированныя формы	60
а. Третичный сифились	65
б. Туберкулезъ	71
в. Проказа	71
г. Склерозъ	71
е. Подагра и Arthritis deformans	72

III.	<i>Новообразования.</i>	
	1. Гомологенныя	72
	а. Новообразования отдѣльныхъ частей тканей	72
	б. Гиперплазіи	74
IV.	<i>Разстройства двигательности.</i>	
	1. Механическія	84
	2. Неврозы	86
	а. Гиперкинетическія	86
	б. Гипокинетическія	88
	с. Паракинетическія	93
V.	<i>Разстройства чувствительности</i>	95
	V. а. Комбинированныя (функциональныя) разстройства въ двигательной и чувствительной сферахъ	95
VI.	<i>Разстройства кровообращенія</i>	99
VII.	<i>Нарушенія цѣлости</i>	100
VIII.	<i>Инородныя тѣла</i>	101
IX.	<i>Уродливости</i>	101

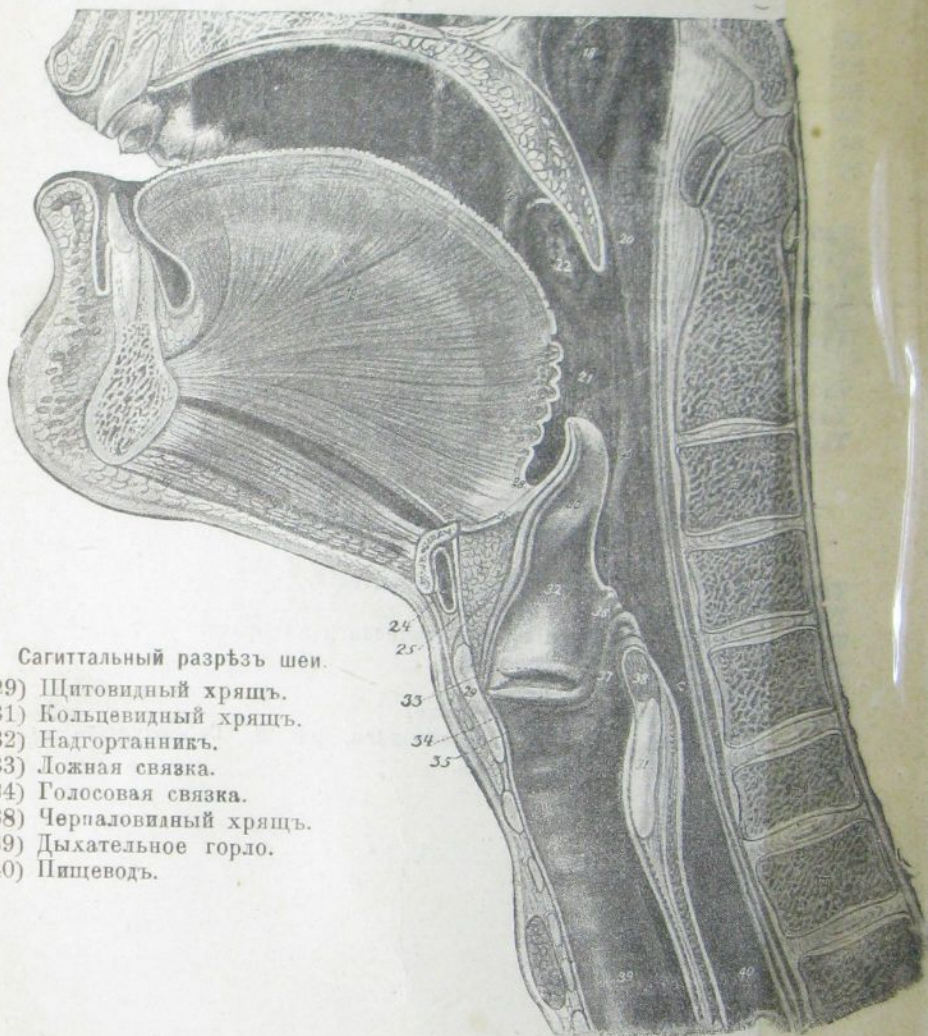
Р и с у н к и.

Макроскопическія таблицы.

- Табл. I—III. Различныя ларингоскопическія картины.
Табл. IV—VII. Измѣненія надгортанника.
Табл. VIII—XVI. Болѣзни голосовыхъ связокъ.
Табл. XVII. Субхордальныя измѣненія.
Табл. XVIII. Болѣзни карманныхъ связокъ.
Табл. XIX—XXVI. Болѣзни задней стѣнки.
Табл. XXVII. Измѣненія входа въ гортань.
Табл. XXVIII—XXX. Разлитыя измѣненія.
Табл. XXXI—XXXII и рис. 15. Измѣненія входа въ гортань.
Рис. 16—23. Параличи.

Микроскопическія таблицы.

- Табл. XXXIII—XXXVI. Измѣненія эпителія.
Табл. XXXVII. Саркома и ракъ.
Табл. XXXVIII. Измѣненія лимфатическаго аппарата.
Табл. XXXIX. Киста и ангиома.
Табл. XL. Болѣзни сосудовъ.
Табл. XLI. Сифилитическія опухоли.
Табл. XLII. Рис. 1. Сифилитическая язва, рис. 2. Туберкулезъ.
Табл. XLIII—XLV. Туберкулезъ.
-



Сагиттальный разръзъ шеи.

- 29) Щитовидный хрящъ.
- 31) Кольцевидный хрящъ.
- 32) Надгортанникъ.
- 33) Ложная связка.
- 34) Голосовая связка.
- 38) Черпаловидный хрящъ.
- 39) Дыхательное горло.
- 40) Пищеводъ.

24
25
33
34
35

Общія замѣчанія къ анатоміи и фізіологіи гортани.

Форма и функціи гортани зависятъ отъ ея *остова*. Послѣдній состоитъ главнымъ образомъ изъ двухъ большихъ хрящей, изъ щитовиднаго и перстневиднаго. Предполагая знакомство съ формой этихъ хрящей и болѣе мелкихъ плотныхъ частей изъ общей анатоміи, насъ интересуютъ лишь ихъ топографическія отношенія. Щитовидный хрящъ обхватываетъ своими широкими боковыми поверхностями отклоняющіяся впереди боковыя пластинки перстневиднаго хряща, самая передняя часть котораго, дуга, выдвигается изъ щитовиднаго хряща. Между этой передней частью перстневиднаго хряща и нижней частью щитовиднаго хряща прощупывается у живыхъ пространство, занятое мягкими частями. Сверху и сбоку прощупываются исключительно хрящевыя части: боковыя пластинки и рога. Спереди выдается болѣе всего верхній край щитовиднаго хряща, который своей *incisura*, прощупываемой въ особенности у мужчинъ, образуетъ на шеѣ выступъ, называемый *romm Adami*, который, впрочемъ, замѣчается и у болѣе крѣпко сложенныхъ женщинъ. Сбоку упирается щитовидный хрящъ въ дугу перстневиднаго хряща: двѣ круглыя, вогнутыя кверху отшлифованныя поверхности послѣдней допускаютъ движенія между хрящами. Собственно основаніе всего *остова* образуется, значить, перстневиднымъ хрящемъ. На немъ покоятся и болѣе мелкіе, двигательные хрящи, именно, черпаловидные и клиновидные хрящи или *cart. Wrisbergii*.

Черпаловидные хрящи соединяются съ двумя симметричными суставными поверхностями верхняго края перстневиднаго хряща такимъ образомъ, что въ спокойномъ положеніи, при взглядѣ сверху, представляются въ видѣ трехугольнаго разрѣза, одинъ катетъ котораго обращенъ впереди кнутри, другой—кзади кнутри, между тѣмъ какъ сильно вогнутая гипотенуза обращена кпереди и кнаружи. Суставъ имѣетъ форму сѣдла, стремянныя бока котораго обращены впереди кнутри и кзади кнаружи.

Впрочемъ, черпаловидные хрящи не представляются плоскими, но снабжены верхнимъ отросткомъ, на которомъ находятся рогообразные маленькіе Santorin'овыя хрящи, между тѣмъ какъ сбоку отъ нихъ особый членникъ хрящевой цѣпи образуютъ клиновидные Wrisberg'овыя хрящи; эта цѣпь окружаетъ верхній край перстневиднаго хряща.

Спереди служить какъ бы основаніемъ надгортаникъ, который препятствуетъ оттягиванію въ обѣ стороны и представляется подвижнымъ главнымъ образомъ кзади книзу.

Всѣ эти плотныя части соединены между собою покрывающей все эластичной соединительной тканью, которая на мѣстахъ болѣе сильнаго активнаго или пассивнаго оттягиванія образуетъ болѣе плотныя пучки, связки. Изъ этихъ связокъ, форму и названіе которыхъ мы предполагаемъ извѣстными, прощупывается снаружи *lig. crico-thyreioideum*. Образованія, извѣстныя подъ названіемъ ложныхъ и истинныхъ голосовыхъ связокъ, мы вправѣ считать за складки соединительной ткани, слѣдующія за движеніями хрящей.

Соединеніе гортани съ окружающими частями происходитъ отчасти связками, отчасти мышцами. Въ сущности, являясь началомъ дыхательной трубки, она прикрѣплена въ подъязычной кости при помощи *lig. hyo-thyroidea*, причемъ средняя изъ нихъ, съ покрывающей ее мышцей, прощупывается у живыхъ; сзади гортань удерживается при помощи *mm. pharyngo-laryngei*. Эти

мышцы, а также и *m. hyothyreoideus* въ состояніи поднять всю гортань или одну ея сторону, между тѣмъ какъ *m. sternothyreoideus* оттягиваетъ гортань книзу и одновременно, вслѣдствіе того, что прикрѣпляется къ заднимъ нижнимъ частямъ щитовиднаго хряща, и поворачиваетъ этотъ хрящъ какъ *hyomochlion* вокругъ *articulatio cricothyreoidea*, оттягиваетъ сзади книзу, приподымаетъ спереди кверху.

Книзу переходъ гортани на трахею обусловливается *lig. crico-tracheale*.

Задняя поверхность гортани (значить пластинка перстневиднаго хряща) служить одновременно передней поверхностью для пищевода, вслѣдствіе чего можетъ быть причислена къ нижней части зѣва, а также къ верхнему отдѣлу пищевода. Она торчитъ совершенно свободно, въ просвѣтъ глотки, а также отчасти еще и боковыя поверхности. Гортань суживается такимъ образомъ въ формѣ полукруга, выпячивая спереди слизистую оболочку пищевода, послѣдній на этомъ мѣстѣ до того сильно, что исчезаетъ на этомъ мѣстѣ почти совершенно, и должна себѣ искать мѣста по сторонамъ, гдѣ не имѣется твердаго позвоночнаго столба, а лишь мягкія части. Появляющіяся такимъ образомъ боковыя выпячиванія, *sinus piriformes* (*pirus*—груша), хотя при покоѣ сглажены вслѣдствіе давленія мягкихъ боковыхъ частей, видны тѣмъ не менѣе на живыхъ при помощи гортаннаго зеркала.

Спереди гортань покрыта кромѣ вышеприведеннаго мышечнаго скрѣпленія еще *m. sternohyoideo* и общей шейной фасціей.

Къ дугѣ перстневиднаго хряща прикрѣпляется еще фасція щитовидной железы. Средняя доля этой железы, такъ назыв. пирамидальная доля, подымается нерѣдко спереди щитовиднаго хряща, между тѣмъ какъ боковыя части хряща покрываются отчасти еще главными долями.

Важно также знать, что изъ числа лимфатическихъ железъ шеи имѣется маленькая железа спереди гор-

тани, именно непосредственно спереди *lig. crico-thyroidei*. Въ остальномъ вскрываются соковыя щели гортани въ подчелюстные и надключичныя лимфатическія железы. Кромѣ только что упомянутыхъ мышцъ имѣется еще рядъ маленькихъ, которыми вызываются движенія отдѣльныхъ хрящей между собою, которыя лучше всего разсматрѣть по смыслу ихъ функцій.

Къ заднему отростку черпаловиднаго хряща, называемому *proc. muscularis*, прикрѣпляются *mm. crico-arythaenoidei laterales* и *postici*. Первые прикрѣпляются центральными концами вѣрообразно къ боковымъ частямъ наружной поверхности пластинки перстневиднаго хряща, между тѣмъ какъ другіе концы прикрѣпляются широко къ задней поверхности. Эти прикрѣпляются къ задней и боковой части *proc. muscularis*, тѣ лишь къ боковой. Такъ какъ для ихъ движеній средину черпаловиднаго хряща слѣдуетъ принять за *hyomochlion*, то функція ихъ становится понятной. Боковыя мышцы оттягиваютъ мышечный отростокъ впереди и внаружи, такъ что *processus vocalis* перемѣщается вкнутри и взади; *mm. postici* оказываютъ прямо противоположное дѣйствіе. Такъ какъ голосовыя связки, прикрѣпленныя къ *proc. vocalis*, должны слѣдовать за этимъ движеніемъ, то эти мышцы называются также аддукторами или абдукторами голосовыхъ связокъ.

Далѣе проходитъ между обоими срединными краями черпаловидныхъ хрящей *m. arytaenoideus transversus*, который, имѣя горизонтальное направленіе, ведетъ при своемъ сокращеніи къ срединному сближенію обоихъ хрящей. Вслѣдствіе этихъ и боковыхъ мышцъ могутъ твердо устанавливаться черпаловидныя хрящи. Въ подобномъ состояніи они могутъ служить точкой опоры даже для мышцы, напр. *m. thyreo-arytaenoideo*, который состоитъ изъ двухъ частей, изъ *internus* или *inferior* и изъ *externus* или *superior*. Первый проходитъ въ удвоеніи ткани, названной голосовой связкой, второй — карманной связкой и оба, прикрѣпляясь у угла соединенія пластинокъ щитовиднаго хряща на половинной

ихъ высотѣ, въ состояніи напрягать эти удвоенія какъ только ихъ обѣ точки прикрѣпленія (и передняя) будутъ настолько фиксированы, что не въ состояніи производить движенія относительно другъ друга. Но для фиксирования послѣдняго необходимо еще фиксированіе черпаловиднаго хряща къ перстневидному, о механизмѣ котораго нами было уже упомянуто.

Перстне- и щитовидный хрящи допускаютъ движенія въ *art. crico-thyroidalis*. Такъ какъ это сочлененіе находится далеко кзади, то при каждой экскурсіи долженъ верхній передній край щитовиднаго хряща передвигаться болѣе всего. (При этомъ совершенно безразлично притягивается-ли нижній край щитовиднаго хряща къ верхнему краю дуги перстневиднаго хряща или наоборотъ). Сближеніе происходитъ вслѣдствіе сокращенія *m. crico-thyroidei*, между тѣмъ какъ противоположное производится, какъ было уже упомянуто, *m. sternothyroidei*. Если необходимо напряженіе складокъ, укрѣпленныхъ между обоими хрящами, то дѣйствовать должны обѣ мышцы, такъ какъ при простомъ сокращеніи *m. crico-thyroidei* этому натяженію слѣдовалъ бы и перстневидный хрящъ, и, наоборотъ, при простомъ сокращеніи *m. sternothyroidei*.

Изъ этого вытекаетъ, что пассивное напряженіе, натягиваніе голосовыхъ связокъ возможно лишь въ томъ случаѣ, если

- 1) черпаловидные хрящи фиксированы совершенно къ перстневидному хрящу,
- 2) если перстневидный хрящъ оттягивается кзади, щитовидный хрящъ—впередѣ.

Значитъ, для полученія подобнаго эффекта необходимы:

- 1) *mm. crico-arytaenoidei laterales* или *m. arytaenoideus transversus* или эти обѣ мышцы вмѣстѣ, и
- 2) *mm. crico-thyroidei* и *sternothyroidei*.

Но мы наблюдаемъ на голосовыхъ связкахъ при ихъ функціи (о чемъ упоминаемъ здѣсь заранѣе) не только

пассивное растяженіе, которое должно сопровождаться *уменьшеніемъ* ихъ ширины, но и активное напряженіе, сказывающееся *увеличеніемъ* ширины, что необходимо также для достиженія известной эластичности при образованіи голоса. Это напряженіе обусловливается сокращеніемъ *mm. thyreo-arytaenoidei int.*, которые въ состояніи сокращаться какъ только будутъ фиксированы ихъ конечныя точки.

Mm. thyreo-arytaenoidei superiores напрягаютъ подобнымъ же образомъ окружающія ихъ складки, карманныя связки, что происходитъ всегда при глотаніи, и лишь въ видѣ исключенія во время рѣчи.

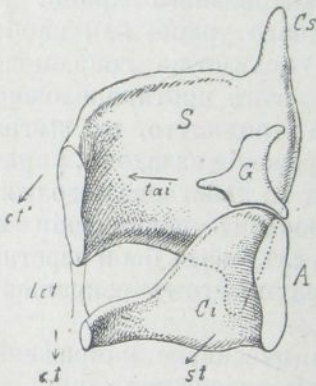


Рис. 2.

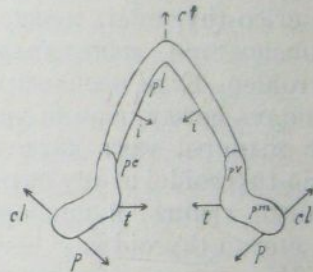


Рис. 3.

Функція отдѣльныхъ мышцъ поясняется еще болѣе слѣдующимъ *шематическимъ* изображеніемъ:

S—щитовидный, А—перстневидный хрящъ слѣдуетъ себѣ представить раздѣленными срединнымъ сагиттальнымъ разрѣзомъ. G—черпаловидный хрящъ, *ct*—направленіе дѣйствія *m. cricothyroidei*. Эффектъ: сближеніе нижняго передняго края щитовиднаго хряща и верхняго края дуги перстневиднаго хряща; *ct'*—направленіе, въ которомъ верхній край щитовиднаго хряща передвигается одновременно и кпереди.

st—направленіе дѣйствія *m. sterno-thyr.*; эффектъ:

опущение книзу перстневидного хряща. *st'*—направление, въ которомъ верхній край пластинки перстневидного хряща опускается одновременно кзади.

tai—направление дѣйствія *m. thyreo-aryt. int.*

Схема дѣйствія мышцъ на черпаловидные хрящи и голосовыя связки. Обѣ части слѣдуетъ себѣ представить раздѣленными горизонтальнымъ разрѣзомъ, въ положеніи респирации. Видно построение голосовыхъ связокъ изъ связочной и хрящевой части (*pl* и *pc*). По функции называется срединная часть хряща *processus vocalis*, боковая часть—*processus muscularis* (*pv* и *pm*).

i—направление набухания *mm. thyreo-arytaen. int.*
Эффектъ: напряженіе краевъ голосовыхъ связокъ.

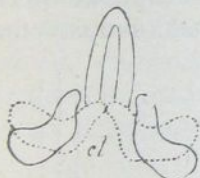


Рис. 4.



Рис. 5.

cl—направление дѣйствія *mm. crico-arytaen. lat.*
Эффектъ: поворачиваніе черпаловиднаго хряща вокругъ находящагося по срединѣ хряща, аддукція голосовыхъ связокъ.

p—направление дѣйствія *mm. crico-arytaen. post.* Поворачиваніе въ обратномъ направленіи: абдукція сближенныхъ голосовыхъ связокъ.

t—направление дѣйствія *m. arytaenoidei transversi.*
Эффектъ: горизонтальное сближеніе черпаловидныхъ хрящей безъ особаго поворачиванія.

Схема комбинированнаго дѣйствія аддукторовъ и *m. transversi*: поворачиваніе черпаловидныхъ хрящей кнутри до соприкосновенія съ *processus vocalis* и приближенія заднихъ частей хряща, значитъ, закрытіе *glottidis cartilagineae*. *Glottis ligamentosa* остается еще открытой. Закрытіе послѣдней достигается (см. рис. 7) лишь при содѣйствіи *mm. thyreo-aryt. int.*

Но внутренне края голосовых связок представляются при этомъ не прямолинейными, а волнистыми, значить, расслабленными, такъ какъ отсутствуетъ еще возможность ихъ напряженія, именно, пока не фиксированы *обѣ* точки прикрѣпленія. Фиксированіе послѣдней (черпаловидный хрящъ) обусловливается уже функцией вышеприведенныхъ мышцъ, для фиксированія передней (щитовидный хрящъ) необходимо еще напряженія *m. crico-thyroidei*. Послѣ этого представляются закрытыми *обѣ* части *glottidis* и напряженными голосовыя связки.

Смѣщенія черпаловидныхъ хрящей въ вертикальной плоскости мало важны для пониманія функций. Они обусловливаются неравномѣрнымъ искривленіемъ крикоаритеноидальнаго сустава, который направляется отъ



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.

середины на *обѣ*хъ сторонахъ къзади кънаружи и къпереди кънутри, такъ что верхушки хрящей, при движеніяхъ, попадаютъ въ болѣе глубокія и высокія плоскости.

Гортань покрыта слизистой оболочкой; оболочка неравномѣрной толщины съ ацинозными железами, которыя находятся преимущественно на мѣстахъ, на которыхъ подслизистый слой прикрѣпляется болѣе рыхло толстыми пучками къ основной ткани. Это наблюдается преимущественно у верхняго края задней стѣнки гортани, далѣе на карманныхъ связкахъ и въ желудочкахъ, вообще на тѣхъ частяхъ, которыя подвергаются самымъ сильнымъ смѣщеніямъ при голосовыхъ и глотательныхъ движеніяхъ. Но онѣ имѣются, хотя и въ

маломъ количествѣ, и на нижней и внутренней поверхностяхъ голосовыхъ связокъ. Всего плотнѣе прилегаеть слизистая оболочка у свободнаго края голосовой связки, вслѣдствіе чего она въ состояніи свободно слѣдовать за вибраціями этой связки. Здѣсь и на нижней поверхности она образуетъ идущіе сагиттально, мѣстами сѣтевидно переплетающіеся плоскіе выступы, которые на фронтальныхъ разрѣзахъ представляются въ видѣ сосочковъ (см. табл. XXXVI, рис. 3); это необходимо знать въ виду того, чтобы не смѣшивать ихъ съ патологическими образованіями и, во-вторыхъ, объясняютъ намъ столь частое наблюденіе здѣсь сосочковыхъ новообразованій. Въ глаза бросается сходство съ сосочками кожи; въ виду этого становится ясной и наклонность къ развитію ороговѣющихъ эпителиальныхъ бородавокъ.

На *epiglottis* наблюдаются кромѣ того еще настоящіе лимфатическіе фолликулы; при болѣе сильномъ ихъ развитіи легко возможно смѣшеніе съ милиарными бугорками.

Самый верхній слой слизистой оболочки образуется, какъ и всюду, эпителиемъ. Этотъ состоитъ на частяхъ, смежныхъ съ зѣвомъ, изъ мостовидныхъ клѣтокъ въ нѣсколько слоевъ, неодинаковой толщины. Въ виду этого онъ находится всюду, на надгортанникѣ, на верхнихъ поверхностяхъ *pl. ary-epiglotticae*, значить, на мѣстахъ, которыя называются *apertura superior glottidis*, причемъ съ срединныхъ поверхностей черпаловидныхъ хрящей переходитъ на голосовыя связки. Надъ валиками онъ тянется обыкновенно въ видѣ слоя съ гладкой поверхностью, выполняющаго всѣ пространства, причемъ иногда слѣдуетъ за всѣми углубленіями и возвышеніями, такъ что еще легче бываетъ смѣшать съ сосочковыми новообразованіями. Всѣ остальные поверхности слизистой оболочки покрыты, соотвѣтственно характеру остальной дыхательной трубки, палиссадовиднымъ рѣсничнымъ эпителиемъ.

Иннервация производится исключительно блуждающимъ нервомъ. На высотѣ челюстнаго угла отходить

вѣточка, *n. laryngeus superior*, которая надъ подъязычной костью дѣлится на двѣ вѣточки, на *ramus externus* съ двигательными волокнами, который проходитъ вдоль щитовиднаго хряща, иннервируя *mm. detractor glottidis* и *crico-thyroid.*, и на *ramus internus*, который прободаетъ приблизительно по срединѣ верхняго края щитовиднаго хряща *membranam thyroideam*, снабжая всю слизистую оболочку гортани чувствительными волокнами.

Вторая вѣточка, *n. laryngeus inferior s. recurrens* представляетъ различныя отношенія справа и слѣва. Правый *n. recurrens* отходитъ на уровнѣ *art. subclavia d.*, послѣ чего идетъ внизъ между *trachea* и *oesophagus* и достигаетъ гортани у нижняго края перстневиднаго хряща, вступаетъ здѣсь въ гортань и распределяется въ мышцахъ.

Лѣвый *n. recurrens* отходитъ на уровнѣ нижняго края *arcus aortae*, обгибаетъ эту дугу и идетъ кверху немного болѣе впереди, чѣмъ правый, т. е. болѣе сбоку, чѣмъ позади *trachea*, причемъ на гортани наравнѣ съ правымъ.

Этимъ отношеніемъ вполне объясняется, отчего аневризмы аорты поражаютъ преимущественно лѣвый, раки пищевода—правый *n. recurrens*.

Nn. recurrentes иннервируютъ кромѣ того еще всѣ мышцы гортани, причемъ индивидуально могутъ на *detractor epiglottidis* замѣнить верхніе гортанные нервы, точно такимъ же образомъ, какъ послѣдніе замѣняютъ иногда возвратные нервы, идущіе къ *m. arytaenoideus transversus*.

Физиологически представляютъ волокна возвратныхъ нервовъ различное отношеніе, находясь въ зависимости отъ того, снабжаются-ли ими группы мышцъ, замыкающихъ голосовую щель и напрягающихъ голосовую связку, или расширители голосовой щели, именно *mm. thyreo-arytaen. postici*. При поврежденіяхъ общаго ствола страдаютъ сначала послѣднія волокна, такъ что наступаетъ сначала параличъ абдукторовъ, и лишь впоследствии параличъ аддукторовъ.

Чувствительность гортани различна на различныхъ мѣстахъ, причемъ яснѣ всего выражена въ *incisura interarytaenoidea*; въ виду этого пораженія этой части оказываются столь мучительными весьма сильными болями или почти неустрашимымъ раздраженіемъ къ кашлю; уже поверхностныя здѣсь воспаленія могутъ вызывать приступы судорожнаго кашля (см. табл. XVIII, рис. 2).

Корковый центръ для движеній гортани находится, во всякомъ случаѣ у животныхъ, у ножки восходящей лобной извилины.

Отсюда проходятъ волокна черезъ внутреннюю капсулу до продолговатаго мозга. Системныя пораженія на этихъ мѣстахъ должны, въ виду этого, нарушать и функцію гортани.

Способы изслѣдованія.

1) Косвенная ларингоскопія при помощи зеркала.

Ларингоскопическая картина, какъ извѣстно, представляется обратной, или въ дѣйствительности лишь полуобратной, такъ какъ въ зеркалѣ, находящемся подъ 45° къ плоскости входа въ гортань представляются переднія части вверху, заднія—внизу. Лишь при изображеніи на рисункѣ получается полная обратная картина, такъ что передняя часть находится сзади, задняя — впереди.

На рис. 9 изображена ларингоскопическая картина нормальной гортани въ положеніи, какое занимаютъ подвижныя части во время дыханія. Этотъ рисунокъ показываетъ одновременно анатомію у живыхъ.

Е—надгортанникъ, по срединѣ видна задняя его поверхность, съ боковъ покрытая сосудами язычная поверхность. При изслѣдованіи начинаютъ всегда съ надгортанника. Спереди (руководствуясь всегда объективнымъ положеніемъ, а не изображеннымъ на рисункѣ)

находится *valecula* (v), прерываясь по срединѣ *ligamento glosso-epiglottico*, l. g. e., и направляясь къ коню языка (Z).

Задняя граница полости гортани начинается съ боковъ *pl. ary-epiglottica*, l. a. e., которыя къ срединѣ покрываютъ *Wrisberg*'овы (W) и клиновидные (S) хрящи. Подъ нею находятся черпаловидные хрящи. Между ними опускается слизистая оболочка къ *incisura interarytaenoidea*, ii. Ради краткости говорятъ при опредѣленіи положенія лишь о положеніи черпаловидныхъ хрящей, а не клиновидныхъ хрящей, такъ какъ послѣдніе слѣдуютъ за движеніями первыхъ лишь пассивно.

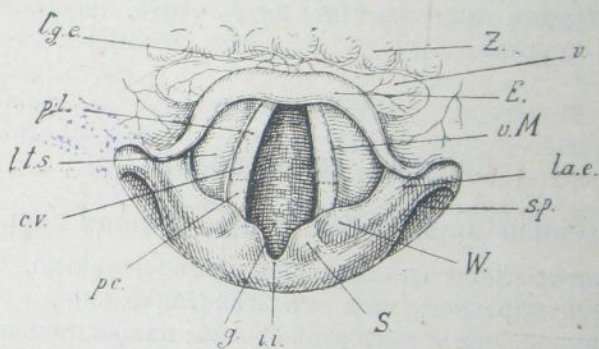


Рис. 9.

Наружная поверхность задней стѣнки образуетъ одновременно переднюю границу входа въ зѣвъ; съ боковъ онъ открывается въ *sinus pyriformes*, s. p.

Внутри гортани находится голосовая щель, g, идущая между голосовыми связками, с. v., переднюю часть которыхъ составляетъ *pars ligamentosa*, p. l., заднюю треть — *pars cartilaginea*, p. c.; просвѣтъ голосовой щели зависитъ отъ положенія голосовыхъ связокъ.

Надъ голосовыми связками (нормальный цвѣтъ которыхъ матовожелто-бѣлый) идутъ карманные связки, *ligamenta thyroidea superficialia*, l. t. s., нижняя поверхность которыхъ вдается въ *Morgagni*'евый желудочекъ, v. M.

Болѣ сильное выступаніе карманныхъ связокъ ведетъ къ кажущемуся суженію голосовыхъ связокъ (табл. III, рис. 1).

Если же эти связки отходятъ довольно значительно, то глазу становятся прямо доступными желудочки, v. M. (рис. 10). Здѣсь видна свободно и передняя поверхность перстневиднаго хряща, приче́мъ черезъ голосовую щель виднѣется также передняя стѣнка tracheae съ ея кольцами. Если голосовая щель открыта широко, то видны даже самыя глубокія части дыхательной трубки съ бифуркаціей (табл. I, рис. 2), приче́мъ иногда видны даже главные бронхи. Съ другой стороны часто оказывается закрытой часть гортани, въ особенности у дѣтей, у которыхъ надгортанникъ часто искривляется Ω -образно до того сильно, что почти вовсе не видно

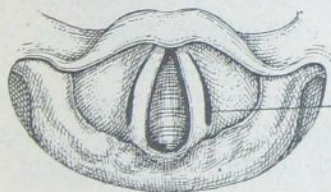


Рис. 10.



голосовыхъ связокъ (табл. II, рис. 1). Кроме того, вслѣдствіе индивидуальнаго или патологическаго косо́го положенія гортани можетъ послѣдняя скрываться отчасти подъ надгортанникомъ (табл. II, рис. 2); далѣе, часть картины можетъ исчезать вслѣдствіе находящихся надъ входомъ ненормальныхъ образований (табл. II, рис. 3, табл. XVI, рис. 1 и [сзади] рис. 15).

Между тѣмъ какъ при обыкновенномъ положеніи головы падаетъ свѣтъ на гортань болѣе сзади напередъ, получается при *Kilian*'овскомъ положеніи, при которомъ врачъ вводитъ зеркало снизу при сильномъ перегибаніи головы больного впереди, картина болѣе спереди. Соответственно этому видна большая часть язычной поверхности надгортанника и меньшая часть пе-

редней половины голосовыхъ связокъ и tracheae, но зато весьма ясно заднее ихъ прикрѣпленіе и вся передняя стѣнка перстневиднаго хряща, причѣмъ вовсе не видна задняя поверхность (табл. I, рис. 1).

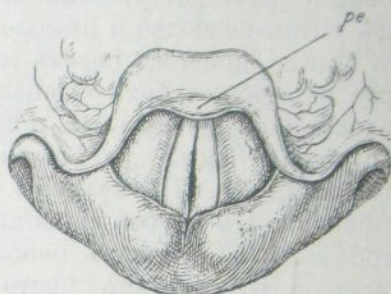


Рис. 11.

При *фонаціи* (рис. 11) выпрямляется надгортанникъ впереди, такъ что становится виднымъ его petiolus, pe. Черпаловидные хрящи сближаются, вслѣдствіе чего исчезаетъ почти совершенно incisura interarytaenoidea; сближаются истинныя и карманныя связки и находятся въ такъ наз. *juxta*-позиціи. Голосовая щель превра-

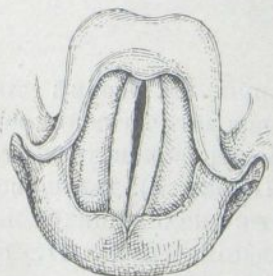


Рис. 12.

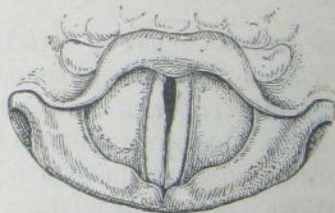


Рис. 13.

щена въ узкую, едва замѣтную веретенообразную щель, задній коонецъ которой лежитъ на голосовыхъ отросткахъ. Это картина такъ наз. грудного голоса.

При производствѣ головныхъ или фистульныхъ тоновъ голосовая щель закрыта сзади еще болѣе плотно, но зато зіяетъ спереди болѣе сильно (рис. 12 и 13);

самой высшей степени это закрытіе задняго отдѣла достигается при производствѣ такъ наз. брюшныхъ тоновъ, голосъ чревоушателя (рис. 14), при которомъ судорожное напряженіе запирающихъ мышцъ можетъ даже вести къ перекрещиванію голосовыхъ связокъ въ задней половинѣ. При этомъ сближены до крайности и черпаловидные хрящи, причемъ истинныя голосовыя связки кажутся менѣ широкими влѣдствіе болѣе сильнаго выступанія внутреннихъ карманныхъ связокъ.

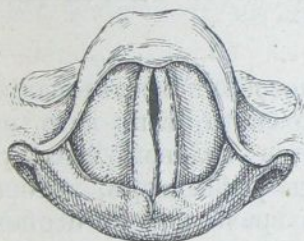


Рис. 14.

Если напряженія голосовыхъ связокъ не наступаетъ по какой-либо механической причинѣ, то иногда происходитъ, что *mm. thyreo-arytaen. sup.* начинаютъ дѣйствовать до того сильно и напрягаютъ карманныя связки до того сильно кнутри, что края послѣднихъ издають звукъ, такъ наз. фонація карманныхъ связокъ, причемъ, конечно, края истинныхъ голосовыхъ связокъ закрываются совершенно (табл. III, рис. 2).

2) Прямая ларингоскопія,

по *Kirstein*'у, даетъ картины въ естественномъ положеніи, такъ какъ при помощи ея возможно видѣть гортань безъ постороннихъ средъ. Эта ларингоскопія производится такимъ образомъ, что языкъ удаляютъ изъ поля зрѣнія при помощи особо устроеннаго шпателя, которымъ языкъ удаётся оттянуть слегка кпереди и вдавить желобообразно, причемъ голову больного откидываютъ возможно болѣе кзади и высоко.

Въ случаяхъ, въ которыхъ этотъ способъ примѣнимъ, онъ представляетъ то преимущество, что при помощи его удается видѣть болѣе обширную часть передней поверхности задней стѣнки, чѣмъ зеркаломъ; кромѣ того устраняется неудобство загрязненія зеркала слезью, мѣшающей ясно видѣть, моментъ, который имѣетъ громадное значеніе при изслѣдованіи дѣтей и во время наркоза; въ послѣднемъ случаѣ этотъ способъ можно считать незамѣнимымъ. Въ остальномъ показанія и видъ примѣненія этого способа еще неокончательно установлены.

При всѣхъ способахъ изслѣдованія нельзя обойтись безъ отраженного свѣта, такъ какъ прямое освѣщеніе всегда затрудняется головой изслѣдующаго. Въ виду этого примѣняютъ рефлекторъ, который или прикрѣпляютъ къ головѣ врача или къ особому штативу. Такъ какъ послѣдняго характера аппараты оказались мало удовлетворительными, то авторъ примѣняетъ аппаратъ собственнаго устройства, который допускаетъ свободное поворачиваніе во всѣ стороны и твердо устанавливается въ любомъ положеніи. Этотъ аппаратъ можно получить у *Stiefenhofer'a* въ Мюнхенѣ и прикрѣпить къ любому столу.—Источникомъ свѣта можетъ служить любой достаточной силы свѣтъ, находясь въ зависимости отъ обстоятельствъ.

Но всѣ источники страдаютъ однимъ недостаткомъ, именно окрашиваніемъ свѣта. Менѣе всего оно при электрическомъ освѣщеніи и Ауер'овскихъ горѣлкахъ. Всѣ изображенные здѣсь рисунки получены при послѣднемъ освѣщеніи. Если представляется особый интересъ въ полученіи естественнаго окрашиванія извѣстнаго случая, или если легко доступно солнечное освѣщеніе, то послѣднее безусловно самое подходящее. Для устраненія неудобства перемѣны направленія солнечнаго свѣта и одновременнаго уменьшенія его силы весьма рационально рефлектировать солнечный свѣтъ въ комнату при помощи зеркала, послѣ чего уже на-

правляютъ этотъ отраженный свѣтъ въ гортань при помощи обыкновеннаго рефлектора.

Хотя ларингоскопія съ ея видимыми непосредственно результатами и является главнымъ способомъ изслѣдованія гортани, тѣмъ не менѣе не слѣдуетъ пренебрегать и другими способами, которые въ прежнее время служили единственнымъ средствомъ для діагностики и имѣютъ еще и въ настоящее время рѣшающее значеніе въ извѣстныхъ случаяхъ. Это *наружный осмотръ* и *ощупываніе*, а также и *аускультация* гортани и извѣстныхъ побочныхъ шумовъ.

3) Осмотръ.

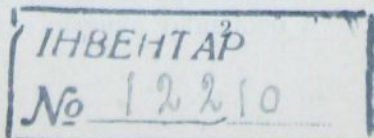
Осмотромъ мы опредѣляемъ измѣненіе формы, въ особенности же измѣненія положенія гортани, причемъ послѣднія обуславливаются главнымъ образомъ давленіемъ со стороны зубныхъ опухолей. Въ подобныхъ случаяхъ находятъ иногда хрящи, вмѣсто по срединной линіи, отклоненными сильно въ сторону, иногда даже до самаго челюстнаго угла, причемъ линія соединенія между *incisura superior* щитовиднаго хряща и срединной нижней края не находится въ вертикальномъ, а въ косомъ направленіи.

4) Ощупываніе.

Ощупываніемъ мы опредѣляемъ сначала *симметричны*-ли обѣ половины щитовиднаго хряща. Иногда, но исключительно какъ уродливость, приходится наблюдать, что одна половина заходитъ за другую, такъ, что спереди не прощупывается тупо-острый край соединенія, а двѣ поверхности, находящіяся подъ различными углами къ срединной линіи тѣла, причемъ одна заходитъ впереди за другую, такъ что ощупывающій палецъ попадаетъ въ открытый въ сторону тупой уголъ.

Болѣе важными представляются значительныя неровности на прощупываемыхъ хрящевыхъ частяхъ,

Grünwald.—Болѣзни гортани.



которыя нормально представляются въ общемъ въ видѣ плоскихъ поверхностей. Подобныя неровности могутъ служить выраженіемъ существующихъ или законченныхъ воспалительныхъ процессовъ надхрящницы или хряща, а также опухолевыхъ образований, въ особенности злокачественныхъ: раковыя опухоли сказываются здѣсь, какъ и на другихъ мѣстахъ въ особенности бугристыми, весьма твердыми и выдающимися инфильтратами. Но при констатированіи подобной картины мы еще не вправѣ діагностировать безусловно злокачественное новообразованіе, такъ какъ сифилитическія воспаления надхрящницы даютъ подобную же картину; въ виду этого, при отсутствіи характерной ларингоскопической картины мы должны всегда думать о послѣднемъ процессѣ; придерживаясь этого и примѣняя пробное леченіе, мы въ состояніи иногда достигнуть чудеснаго излеченія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ощупываніе можетъ имѣть рѣшающее значеніе при опредѣленіи не узнаваемыхъ въ остальномъ параличей. При полномъ параличѣ *n. recurrentis* или полномъ параличѣ фонаціи могутъ на соответствующей сторонѣ отсутствовать ощущаемыя при нормальныхъ условіяхъ вибраціи, что громадное значеніе имѣетъ при невозможности ларингоскопировать.

При параличѣ *m. crico-thyroidei* отсутствуютъ, какъ (нормальная) вибрація *lig. crico-thyr.*, такъ и ощупываемое обыкновенно при фонаціи сближеніе нижняго края щитовиднаго и верхняго края перстневиднаго хряща.

Если давить на самыя заднія части верхняго края гортани, передвигая при этомъ весь органъ, то мы ощущаемъ *крепитацию*, обусловленную треніемъ задней стѣнки о позвоночный столбъ. Отъ патологической отличается легко тѣмъ, что тотчасъ-же исчезаетъ при оттягиваніи во время движеній гортани впереди. Патологическая крепитация, опредѣлимая глазомъ и ощупью, наблюдается при артритическихъ процессахъ крикоаритеноидальнаго сустава. О подробностяхъ см. ниже.

Что при помощи ощупыванія необходимо отыскать и особенно чувствительныя мѣста, понятно само собою,

какъ и предостереженіе не считать патологической существующую нерѣдко по срединѣ верхнихъ боковыхъ краевъ щитовиднаго хряща усиленную чувствительность проникающихъ здѣсь верхнихъ гортанныхъ нервовъ.

5) Аускультация

ограничивается въ настоящее время тѣмъ, что слышно простымъ ухомъ со стороны дыханія и голоса. Между тѣмъ, какъ первое происходитъ при нормальныхъ условіяхъ совершенно беззвучно, наблюдаются дыхательные шумы, какъ только наступаетъ сѣуженіе просвѣта въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ. Эти, называемые *stridor*, обыкновенно протяжные, при значительномъ сѣуженіи довольно громкіе шумы слышны обыкновенно при инспираціи, въ особенности при существующихъ въ гортани стенозахъ; но эти шумы могутъ появиться и экспираторно. Причина перваго явленія состоитъ въ томъ, что кислородное голоданіе при стенозахъ ведетъ къ болѣе интенсивнымъ вдыханіямъ, между тѣмъ какъ избытокъ углекислоты является не столь обременительнымъ и вслѣдствіе этого возбуждаетъ экспирацію менѣе сильно. (При сильномъ стенозѣ исчезаетъ, понятно, это различіе, такъ какъ подобные стенозы значительно ускоряютъ и болѣе медленную экспирацію). Возможность втягиванія при инспираціи въ безъ того уже сѣуженный просвѣтъ гортани подвижныхъ частей входа въ гортань, между тѣмъ, какъ экспирація выводитъ воздухъ въ широкое свободное пространство надъ стенозомъ, это обстоятельства, которыя необходимо всегда имѣть въ виду.

Кромѣ того нерѣдко приходится наблюдать, что напряжение при дыханіи ведетъ къ превратной иннервации гортани и этимъ къ сближенію голосовыхъ связокъ, что въ свою очередь ведетъ лишь къ усиленію стеноза. Часто является экспираторный *stridor* послѣдствіемъ подобной неправильной иннервации.

Дальнѣйшее различіе между ларингеальными и трахеальными стенозами возможно путемъ выслушиванія

стетоскопомъ, но достигается обыкновенно гораздо легче путемъ прямого осмотра.

Въ рѣдкихъ случаяхъ удается во время дыханія или фонаціи замѣтить шумъ клапана, обусловленный передвигающимся въ воздушномъ столбѣ тѣломъ, будетъ-ли это свободное, болтающееся инородное тѣло, или подвижная опухоль, или отдѣленіе.

Громадное значеніе имѣетъ наблюденіе *голоса*, опытное ухо уже на основаніи одного его въ состояніи поставить правильный діагнозъ. Полное отсутствіе голоса, такъ что разговоръ возможенъ лишь шепотомъ, наблюдается при параличѣ запирателей голосовой щели и напрягающихъ голосовыя связки мышцъ, значитъ при нервныхъ и мышечныхъ пораженіяхъ, при двухстороннемъ параличѣ *n. recurrentis* или при сильныхъ острыхъ катаррахъ, а также при разрушеніяхъ или плотныхъ инфильтратахъ мышцъ голосовыхъ связокъ различными процессами. Грубый голосъ наблюдается чаще всего при сифилитическихъ третичныхъ пораженіяхъ, хриплый неприятный голосъ въ особенности во вторичномъ стадіи этой болѣзни, между тѣмъ, какъ дисфонія наблюдается при подострыхъ и хроническихъ катаррахъ, смѣняясь временамъ болѣе чистыми, звучными тонами. Здѣсь наблюдаются многочисленные оттѣнки.

Но изслѣдованіе страдающаго гортанью больного не ограничивается ларингоскопіей или другими, только что упомянутыми и направленными на данныя гортани діагностическими мѣрами. Лишь нѣкоторыя, причѣмъ менѣе важныя, пораженія гортани не находятся въ зависимости отъ сосѣднихъ или общихъ болѣзненныхъ пораженій.

Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо всегда изслѣдовать сосѣднія части верхнихъ дыхательныхъ путей, въ особенности зѣва и носа; далѣе подвергаютъ изслѣдованію пищеварительныя пути и все тѣло; но весьма рационально приступать къ подобному же изслѣдованію и въ случаяхъ, въ которыхъ изслѣдованіе гортани дало довольно положительныя данныя, такъ какъ нерѣдко случается, что подобнымъ изслѣдованіемъ измѣняется

заранѣе поставленный діагнозъ. Чѣмъ больше изслѣдовать, тѣмъ лучше: ни одинъ органъ нашего тѣла не зависитъ настолько отъ другихъ болѣзней, какъ именно гортань, причѣмъ данныя со стороны этого органа даютъ нерѣдко объясненіе скрытымъ еще или темнымъ процессамъ всего организма. При внимательномъ изученіи приложенныхъ къ раскрашеннымъ таблицамъ исторій болѣзней можно совершенно выяснитъ себѣ важность вышеприведенныхъ данныхъ.

Практическія указанія для изслѣдованія.

Нельзя допустить, чтобы кто-либо желалъ изучить на основаніи теоретическихъ изложеній изслѣдованіе гортани, которое основано исключительно на чисто практическомъ и повторномъ навыкѣ; мы ожидаемъ отъ читателя этой книги изученія изслѣдованія на мертвомъ и живомъ фантомѣ. Подъ послѣднимъ мы подразумѣваемъ привыкшихъ къ изслѣдованію здоровыхъ и больныхъ людей, вслѣдствіе чего болѣе доступными становятся и отдѣльныя части гортани, что служитъ значительнымъ облегченіемъ для начинающихъ; но понятно само собою, что на практикѣ приходится наталкиваться на болѣе значительныя затрудненія, когда въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло съ больными, не подвергавшимися еще изслѣдованію и съ весьма раздражительными шейными органами. Для преодоленія этихъ затрудненій весьма умѣстно дать нѣкоторыя *практическія указанія*.

Изслѣдованіе слѣдуетъ производить по возможности до, а не послѣ ѣды, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ наступаетъ рвота гораздо легче.

Языкъ больной не долженъ вытягивать, а всегда *высовывать*, причѣмъ удерживается лучше всего врачомъ, избѣгая такимъ образомъ столь неприятнаго выпускающаго его изъ рукъ больнымъ въ самый удобный для изслѣдованія моментъ.

Если языкъ до того толстый, или нижніе передніе зубы до того острые, что возможно треніе или даже

повреждение frenuli linguae, то на зубы накладывают довольно толстый слой ваты. Если языкъ высунуть и вложить вату пинцетомъ, послѣ чего языкъ сильно оттянуть книзу, то вата останется на мѣстѣ.

Если корень языка приподымается, то иногда становится uvula доступной глазу лишь при нажиманіи на корень шпателемъ, лучше всего *Türk'a*. Давленіе слѣдуетъ производить *постепенно*, но довольно *сильно*, что отлично переносится больными; слишкомъ нѣжное обращеніе вызываетъ щекотаніе. На это слѣдуетъ обращать вниманіе при ларингоскопіи шпателемъ по способу *Kirstein'a*.

Гортанное зеркало слѣдуетъ осторожно и плотно прикладывать на uvula, а не выше или сбоку ея. Если uvula соскальзываетъ, то ее поддерживаютъ большимъ зеркаломъ; вообще, необходимо всегда употреблять по возможности самое большое зеркало, такъ какъ оно даетъ самое лучшее освѣщеніе и самыя большія изображенія.

Если у больного появляются рвотныя движенія еще до того, что введено вообще или достаточно зеркало, то заставляютъ больного интонировать «е» (высоко) и вводятъ зеркало во время фонаціи.

Болѣе всего неудобнымъ и мѣшающимъ является судорожное затаиваніе дыханія больнымъ, причемъ гортань оттягивается обыкновенно высоко кпереди подъ корень языка, напрягается ad maximum небная занавѣска и закрывается голосовая щель. Это дѣлаютъ многіе больные уже при открываніи рта и высовываніи языка. Въ подобныхъ случаяхъ, до введенія зеркала, заставляютъ больного въ подготовленномъ положеніи глубокого вдыхать и выдыхать въ теченіе болѣе продолжительнаго времени, до тѣхъ поръ, пока эта дѣятельность не нарушится и при введеніи зеркала. *Психическая раздражительность* уменьшается иногда *закрываніемъ глазъ*, но глаза не слѣдуетъ при этомъ закрывать судорожно, такъ какъ ротовое отверстіе можетъ вслѣдствіе этого уменьшиться.

Необходимо также помнить, что позывъ къ рвотѣ поддерживается часто у разумныхъ больныхъ вслѣдствіе застоя рефлекторно увеличеннаго количества слюны; въ виду этого слюну слѣдуетъ выплевывать, что слѣдуетъ производить *безъ* особаго *отхаркиванія*, такъ какъ въ противномъ случаѣ усиливается лишь рефлекторная возбудимость.

Этимъ и соответствующимъ увѣщаніемъ удается избѣгать и столь неприятнаго постояннаго глотанія, которымъ затемняется введенное зеркало.

Никогда, даже для простого пріученія, не слѣдуетъ заставлять произносить «а», а всегда «е», такъ какъ лишь при высокихъ тонахъ подымается надгортанникъ, причѣмъ осмотръ гортани удается иногда уже при простой попыткѣ изслѣдовать.

Если тѣмъ не менѣе (хотя и очень рѣдко) надгортанникъ остается наклоненнымъ къзади, такъ что въ гортань нельзя проникнуть глазомъ, то стоитъ лишь длиннымъ шпателемъ, напр. *Fraenkel*'я, надавить оттягивая одновременно слегка къпереди, на среднюю язычно-надгортанную связку, вслѣдствіе чего выпрямляется надгортанникъ.

При непреодолимой тошнотѣ и рвотѣ единственнымъ иногда средствомъ остается смазываніе кокаиномъ частей, до которыхъ приходится дотрогиваться. Комокъ ваты, смоченный 10% растворомъ кокаина, не содержитъ, послѣ смазыванія слизистой оболочки, такого количества кокаина, что можно опасаться явленій отравленія. Впрочемъ, дѣйствія анестезирующаго вещества слѣдуетъ обождать въ теченіе не менѣе 3 минутъ; кто жалуется на неэффективность этого средства, тотъ обыкновенно поторопился.

Такъ какъ рвота зависитъ чаще отъ субъективнаго нежеланія, чѣмъ отъ объективной невозможности подавленія позыва, то больной успокоится даже послѣ полной кокаинизаціи лишь въ томъ случаѣ, если убѣдить его въ наступленіи полной анестезіи дотрогиваніемъ зондомъ.

При изслѣдованіи зеркаломъ *рефлекторъ необходимо имѣть спереди глазъ*, а не только на лбу, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ часть свѣтового конуса поглощается верхней губой. Кромѣ того необходимо смотрѣть обоими глазами, а не только глазомъ, находящимся позади отверстія.—Никогда не слѣдуетъ довольствоваться получаемой болѣе легко картиной при фонаціи, а стараться получить и картину во время дыханія.

Во всѣхъ слегка сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ изслѣдовать чувствительность при помощи зонда (безъ кокаина!).—Необходимо всегда помнить, что гортань составляетъ лишь часть дыхательныхъ путей, что какъ легкое и trachea, такъ и въ особенности верхніе дыхательные пути, зѣвъ и носъ, даютъ одинаково важныя указанія для ларингодиагностики, какъ въ извѣстномъ случаѣ изслѣдованіе сердца, живота, мочи, нервной системы. Никогда не слѣдуетъ забывать, что пораженія органовъ представляются не всегда изолированными, и что первымъ долгомъ необходимо быть врачомъ и лишь послѣ этого уже ларингологомъ. Что касается леченія, то еще слѣдующее указаніе: леченіемъ мучить не слѣдуетъ больше, чѣмъ это требуется объективно или субъективно. Часто больному менѣе желательно отдѣлаться отъ какого-нибудь незначительнаго расстройства, чѣмъ врачу, преслѣдующему научныя или другія цѣли. Слѣдуетъ не только помогать, но быть и добрымъ, и благороднымъ.

Общія замѣчанія о причинахъ и леченіи болѣзней гортани.

Смазываніями зѣва и полосканіями нельзя излечить болѣзни гортани, но и безъ мѣстнаго леченія можно достигнуть многого исключительно общими разумными мѣрами. Но болѣе всего грѣшатъ именно въ этомъ отношеніи. Ни одному больному съ пораженіемъ ноги не дозволяютъ ходить, но больнымъ съ пораженіемъ гортани разрѣшаютъ говорить, хотя первымъ условіемъ для достиженія излеченія воспалительно пораженнаго или разстроенаго другимъ образомъ органа, является

именно *покой*. Примѣненіемъ покоя устраняется нерѣдко во многихъ случаяхъ причина болѣзни: переутомленіе. Значить, первымъ долгомъ запрещаютъ говорить громко, а лишь шепотомъ, причѣмъ и послѣднее въ ограниченной степени. Исключеніе составляютъ лишь извѣстные психическіе и эссенціальныя параличи, при которыхъ желаютъ снова возстановить функцію органа.

Далѣе слѣдуетъ, въ особенности въ острыхъ или подострыхъ стадіяхъ ограничить или запретить употребленіе сильно пряной пищи, а также куреніе табаку и употребленіе спиртныхъ напитковъ.

Громадное значеніе имѣетъ регулированіе стула; вялый стулъ способствуетъ периферическимъ гипереміямъ.

Болѣзни выше или ниже лежащихъ сосѣднихъ органовъ (легкое, бронхи, зѣвъ, носъ), сопровождающіяся кашлемъ, необходимо устранить или ослабить, такъ какъ кашель является однимъ изъ самыхъ вредныхъ механическихъ моментовъ для гортани.

Еще болѣе вредно дѣйствуетъ отхаркиваніе, которое вызывается такъ часто при аномаліяхъ отдѣленія въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ (въ носу и носоглоточномъ пространствѣ); въ соединеніи съ прямымъ орошеніемъ гортани стекающимъ сверху гноемъ и слизью является оно одною изъ самыхъ частыхъ причинъ различныхъ разновидностей «хроническаго катарра гортани»; въ виду этого леченіе подобнаго катарра находится въ зависимости отъ самаго тщательнаго изслѣдованія верхнихъ органовъ, причѣмъ во многихъ случаяхъ можетъ состоять исключительно въ устраненіи найденной аномаліи.

Мѣстное леченіе необходимо: при относительно рѣдкихъ первичныхъ болѣзняхъ гортани, далѣе во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ механическія измѣненія требуютъ устраненія механическимъ путемъ.

Жидкости, въ особенности вязущія, слѣдуетъ примѣнять непосредственно, или въ формѣ смазываній, или въ формѣ впусканія капель; вдыханія въ общемъ довольно ненадежны. Употребляютъ обыкновенно Arg. nitr. въ 2—5% растворахъ, 2—4% растворы карболовой

кислоты, концентрированную молочную кислоту. Отличнымъ средствомъ при вторичныхъ катаррахъ и образовании корокъ является ихтиоль: Rr. Ammon. sulfoichthyolici 10, Glycerini 40, Ol. Menthae pip. gtt. V. Наносятся это средство лучше всего при помощи ватной кисточки, которую послѣ употребленія выбрасываютъ.

Впрыскиванія въ общемъ излишни, скорѣе дѣло вкуса.

Смазыванія производятся такимъ образомъ, что ватную кисточку проводятъ впереди и нажимаютъ ее слегка къ надгортаннику, причемъ жидкость при этомъ вытекаетъ; кисточку можно ввести и въ открытую голосовую щель, въ которой содержимое выжимается сближающимися голосовыми связками. Втираній слѣдуетъ избѣгать, такъ какъ они оказываютъ вредное механическое дѣйствіе. Втиранія, причемъ весьма энергичныя, допускаются лишь при примѣненіи карболовой или молочной кислоты.

Изъ числа порошковъ для вдываній употребляютъ какъ adstringens квасцы 1:10 молочнаго сахара или крахмала. Изъ числа дезинфицирующихъ средствъ значеніе имѣютъ главнымъ образомъ іодистые препараты, іодоформъ и іодоль. Примѣняются эти и сходные порошки исключительно къ язвеннымъ поверхностямъ, причемъ необходимо помнить, что вообще при проникающихъ болѣе глубоко или уже съ самаго начала тяжелыхъ пораженіяхъ, напр. при туберкулезѣ, не слѣдуетъ терять время примѣненіемъ поверхностныхъ, обыкновенно мало дѣйствительныхъ средствъ. Здѣсь требуются болѣе энергичныя разрушенія. Самой нѣжной формой является *прижиганіе*. Для прижиганія всевозможныхъ поверхностныхъ язвъ примѣняютъ ляписъ, припаянный къ пуговкѣ зонда; это средство пригодно также для энергичнаго леченія эпителиальныхъ утолщеній, столь частыхъ при хроническихъ воспаленіяхъ.

Электролизъ дѣйствуетъ гораздо глубже. Онъ можетъ быть дозированъ по продолжительности и интенсивности. Самое обыкновенное—токъ въ 15—20 М. А. въ теченіе 5 минутъ. Безусловно необходимы амперометръ и рео-

стать для измѣренія и безболѣзненного включенія и выключенія тока. Вполнѣ достаточно 10—15 гальваническихъ элементовъ. Примѣненіе производится, послѣ весьма энергичной кокаинизаціи, вкалываніемъ въ глубину двойной иглы. Иглу лучше всего привинчивать непосредственно къ проводникамъ. Этотъ способъ примѣняется для устранения вторичныхъ эпителиальныхъ гиперплазій (бородавокъ, «пахидермій»), далѣе при маленькихъ туберкулезныхъ инфильтратахъ, иногда для уничтоженія оставшагося послѣ удаленія опухолей основанія.

Гальванокаустика дѣйствуетъ еще болѣе энергично. Острый прижигатель, введенный въ ткань, разрушаетъ всего интенсивнѣе. Реакція наступаетъ болѣе сильная, чѣмъ при электролизѣ, вслѣдствіе чего слѣдуетъ примѣнять исключительно къ пораженному участку, избѣгая поверхностныхъ прижиганій. Примѣненіе горячей петли показуется при всѣхъ стебельчатыхъ опухоляхъ и угрожающихъ кровотечениями.

Острые инструменты служатъ для вылуценія или отрѣзанія пораженныхъ частей.

Ножи, съ острымъ или тупымъ концомъ, употребляются для разрѣзанія отечныхъ или содержащихъ гной частей, для отрѣзанія сидящихъ на плоскомъ основаніи опухолей.

Кюретки, простыя и двойныя, по *Heryng'у* и *Krause*, служатъ для удаленія пораженныхъ частей изъ здоровыхъ, въ особенности при туберкулезѣ, для обнаженія болѣе глубокихъ инфильтратовъ съ цѣлью болѣе легкаго ихъ реактивнаго отторженія. Кюретками слѣдуетъ проникать въ здоровыя части, вслѣдствіе чего имѣютъ примѣненіе лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ можно ожидать подобнаго эффекта. Въ виду этого *curettement* необходимо окончить по возможности въ одинъ сеансъ, а не въ нѣсколько пріемовъ. Неудачи зависятъ нерѣдко отъ подобныхъ неумѣлыхъ и мало энергичныхъ вмѣшательствъ.

Примѣненіе многочисленныхъ, предназначенныхъ для удаленія опухолей инструментовъ (петли, гильотины, пинцеты, кольцеобразные ножи и т. д.) можетъ быть

изучено лишь на практикѣ и подвергнуто правильной оцѣнкѣ.

Всѣ инструменты весьма рационально перегибать вправо, передъ самой рукояткой, чѣмъ избѣгается затемнѣніе поля зрѣнія рукой оператора. — Кромѣ того инструменты должны быть слегка гибкими. Къ глубоко лежащимъ частямъ гортани удается проникнуть иногда съ увѣренностью лишь въ томъ случаѣ, если инструменту дана извѣстная кривизна (послѣ измѣренія зондомъ). Это объясняется тѣмъ, что инструментъ встрѣчаетъ препятствіе уже въ полости рта.

При мышечныхъ и нервныхъ параличахъ приходится, съ цѣлью предупрежденія атрофіи, прибѣгать къ леченію электричествомъ; кромѣ того, электричество приноситъ пользу и при поврежденіяхъ периферическихъ нервовъ, насколько они вообще поправимы. Примѣненіе экстра- или эндоларингеальной электризаціи зависитъ почти всецѣло отъ вкуса. Примѣняются фарадическіе токи такой силы, что языкъ производитъ энергичныя, но безболѣзненные сокращенія, одинъ разъ въ день по $\frac{1}{2}$ —1 минуты; далѣе гальваническіе токи, снаружи 5, снаружи 10—15 М. А., въ теченіе 1—3 минутъ, съ перемѣной полюса и прерываніемъ. На нѣжной кожѣ шеи слѣдуетъ избѣгать ожогъ, вслѣдствіе чего примѣняютъ широкіе электроды.

Для устраненія временныхъ или хроническихъ стенозовъ служитъ интубація по *O' Dwyer*'у, введеніе бужей или оловянныхъ палочекъ по *Schrötter*'у (последнія исключительно послѣ трахеотоміи), наконецъ вставленіе трубной канюльки по *Mikulic*'у въ тиреотомированныя гортани. Но кромѣ этихъ сложныхъ способовъ, отличные результаты получаютъ и методическимъ протискиваніемъ все большихъ и большихъ ватныхъ тампоновъ черезъ болѣе узкіе стенозы и перепонки, въ особенности въ случаяхъ, если возможны послѣдующія кровавыя вмѣшательства.

Патологія и терапія.

I. Воспаленія.

1. Поверхностныя.

а) *Идіопатическія.*

Сюда относятся всѣ воспаленія, которыя, вслѣдствіе наружныхъ неблагопріятныхъ вліяній, поражаютъ гортань непосредственно, хотя бы иногда и одновременно съ пораженіемъ другихъ частей гѣла.

Первое мѣсто занимаетъ *простой катарръ*, нерѣдко какъ частичное явленіе насморка.

Этіологія: Простуды, въ особенности запущенныя, когда голосъ при замѣтномъ уже разстройствѣ еще форсируется или продолжаютъ курить или употреблять спиртные напитки. Далѣе вдыханіе раздражающихъ газовъ или пыли (сухая уличная пыль при болѣе сильномъ вѣтрѣ, хромовая кислота, кирпичная пыль, пыль отъ пряностей и т. п. на фабрикахъ и складахъ), а также слишкомъ горячія *ingesta*.

Симптомы: Сухость въ горлѣ, незначительное затрудненіе при глотаніи и разговорѣ, охрипость (грубый, низкій голосъ) до полного исчезанія голоса. Сначала слабый, потомъ болѣе сильный кашель, который вначалѣ, въ виду скудной мокроты, представляетъ болѣе характеръ сухого раздражительнаго кашля, впоследствии, однако, при наступленіи болѣе обильной и влажной мокроты, становится болѣе легкимъ и нераздражительнымъ, причѣмъ замѣчаются также незначительные хрипы. Дыханіе короткое, такъ какъ болѣе глубокія вдыханія вызываютъ кашель. Разстройства,

впрочемъ, крайне различны, находясь въ зависимости отъ мѣста воспаленія.

Ларингоскопическая картина: Краснота и незначительное опуханіе всей видимой слизистой оболочки или отдѣльных ея частей. Впослѣдствіи замѣчается небольшое количество стекловидной, къ концу процесса рѣдко гноевидной мокроты. Смотри по мѣсту, представляется покраснѣвшимъ то преимущественно надгортанникъ, иногда одновременно и *pl. ary-epiglotticae* (преимущественно послѣ термическихъ раздраженій, при которыхъ главнымъ симптомомъ является боль при глотаніи) или карманная (таб. VIII, рис. 2), или истинныя связки, причемъ послѣднія или полностью (табл. IX, рис. 1), или лишь частично (табл. VIII, рис. 1), вслѣдствіе чего главнымъ симптомомъ является расстройство голоса; въ другихъ, болѣе рѣдкихъ случаяхъ явленія ограничиваются межчерпаловиднымъ пространствомъ (табл. XIX, рис. 2), причемъ голосъ можетъ остаться совершенно чистымъ, между тѣмъ какъ кашель продолжается почти непрерывно и весьма мучительный. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухаетъ и слизистая оболочка подъ голосовыми связками, въ особенности у дѣтей, состояніе, называемое совершенно правильно *Laryngitis hypoglottica* (ложный крупъ).

Охриплость обуславливается недостаточной способностью къ колебаніямъ утолщенныхъ голосовыхъ связокъ, причемъ часто еще вслѣдствіе недостаточности голосовыхъ мышцъ, безразлично, вслѣдствіе ли воспалительнаго инфильтрата или невритическаго вліянія. Въ виду этого наблюдаются нерѣдко картины паралича *m. arytaenoidei int.* (табл. IX, рис. 1) или *m. arytaenoidei transversi* (табл. VIII, рис. 1) или обѣихъ мышцъ одновременно (табл. VIII, рис. 2), нерѣдко и *m. crico-arytaenoidei lateralis* (рис. 6).

Независимо отъ мѣста локализаціи воспаленіе усиливается иногда до выпотѣванія въ слизистую оболочку, до легкаго *отека*, причемъ голосовыя связки представляются иногда въ видѣ кругловатыхъ валиковъ. Но

воспалительнымъ процессомъ могутъ измѣняться и сосуды, такъ что вслѣдствіе сильнаго кашля наступаютъ легко незначительныя кровотеченія, которыя представляются въ видѣ кровянистокрасныхъ, въ послѣдствіи черныхъ пятенъ, отчасти на, отчасти внутри слизистой оболочки. Особымъ предрасположеніемъ отличаются столь нѣжные органы пѣвиць, въ особенности вслѣдствіе переутомленія. Въ другихъ случаяхъ, въ особенности при болѣе продолжительномъ существованіи, можетъ наступить отторженіе эпителия вслѣдствіе мацерации воспалительнымъ инфильтратомъ. Если это происходитъ поверхностно, то появляются мутныя, бѣловатыя пятна, если же отторженіе проникаетъ до *mucosa*, то видны съ желтымъ налетомъ плоскіе дефекты, такъ наз. *эрозіи* (табл. XI, рис. 1), которыя вслѣдствіе *maltraitement* (недостаточный уходъ или «слишкомъ хорошее» лечение) могутъ значительно увеличиваться.

Предсказаніе: При хорошемъ уходѣ—самопроизвольное излеченіе, при злоупотребленіи, переутомленіи голоса или при неустраненіи новыхъ вредныхъ моментовъ — переходъ въ хроническое воспаление.

Леченіе: Сначала только общее, *не мѣстное:* потѣніе, наблюденіе за дѣйствіемъ желудка, согревающая компрессъ вокругъ шеи, запрещеніе говорить (говорить шепотомъ), куренія табаку, назначаютъ тепловатое питье и пищу. Въ послѣдствіи (черезъ 10—14 дней) въ случаѣ необходимости смазыванія 2—4% растворомъ ляниса, при геморрагической формѣ или образованіи эрозій исключительно *вдыханія:* *Aluminis crudi* 20, *Sacch. lactis* 30; 1—3 *gram. pro dosi.* При этой формѣ и образованіи эрозій соблюденіе строжайшаго покоя.

Эрозіи, при болѣе продолжительномъ ихъ существованіи, можно *одинъ* разъ прижечь *Arg. nitr. in subst.*, въ остальномъ отнюдь не *maltraitement* смазываніями. Сильный кашель можетъ потребовать назначенія морфія: 0,1 : 15,0 воды, 3 раза въ день по 10—15 капель.

Извѣстными особенностями отличается острый катарръ *у дѣтей.* Вслѣдствіе весьма скуднаго отдѣленія наступаетъ весьма

частый, сухой, лающий кашель. Дѣйствительно, стенозирующія опуханія въ субхордальномъ пространствѣ, но и значительная рефлекторная возбудимость дѣтскаго возраста ведутъ къ расстройствамъ дыханія въ формѣ приступовъ удушья; но и вслѣдствіе превратной иннерваціи замыкателей голосовой щели наступаютъ подобные же приступы. Сходство этихъ явленій съ наблюдаемыми при дифтеріи повело къ названію *ложный крупъ*; болѣе вѣрнымъ, однако, представляется анатомическое названіе *катарръ*. Стенотические приступы прерываются лучше всего холодными обливаніями въ теплой ваннѣ. Особое вниманіе слѣдуетъ обращать на регулированіе кишечной дѣятельности, лучше разъ поносъ, чѣмъ запоръ. Ежедневно даютъ $\frac{1}{2}$ чайн. л. Pulv. liquir. composit.

б) *Симптоматическіе катарры* наблюдаются при всѣхъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Такъ какъ они комбинируются всегда съ другими, отчасти специфическими, анатомическими расстройствами, то они будутъ разсмотрѣны одновременно съ ними (см. ниже).

2. Эксудативныя воспаленія.

а) Настоящая (эпидемическая) дифтерія.

Этіологія: Въ настоящее время считается бактеріей *Löffler'a* непремѣннымъ возбудителемъ этого воспаленія. Для наступленія его дѣйствія безусловно необходимы *индивидуальное предрасположеніе* и обыкновенно еще предрасполагающіе *вредные моменты*; хотя послѣдніе и не безусловно необходимы, но зато они несомнѣнно являются причиной болѣе частаго развитія случаевъ въ суровое время года и въ мѣстностяхъ съ болѣе сильными колебаніями температуры, а также при неблагоприятныхъ условіяхъ жизни. Къ послѣднимъ не слѣдуетъ причислять исключительно бѣдность; бѣдныя дѣти въ деревняхъ находятся часто въ болѣе гигиеническихъ условіяхъ, чѣмъ богатая городскія дѣти, причемъ, что касается чистоты, то у послѣднихъ она часто нисколько не лучше, чѣмъ у первыхъ.

Анатомія и явленія:

Процессъ сказывается первымъ долгомъ выпотѣваніемъ лимфатическихъ элементовъ изъ сосудовъ. Они быстро подвергаются коагуляціонному некрозу, такъ

что сглаживается строение выселившихся клѣтокъ, и остается лишь сѣтевидный инфильтратъ, состоящій преимущественно изъ фибрина распавшихся клѣтокъ. Смотря по интенсивности случая и мѣсту вторженія яда пронизываетъ эта фибриновая сѣть или только эпителий и поверхностные слои *mucosae*, или также и болѣе глубокіе слои послѣдней. Послѣ демаркаціи некротизированныхъ частей отъ живыхъ, первыя отторгаются. Такъ какъ инфильтратъ слѣдуетъ поверхности, то отдѣлившіяся части принимаютъ форму пленокъ. Если демаркація наступила въ недостаточной степени, то пленки или вовсе не отдѣляются, или лишь съ потерей жизнеспособнаго еще вещества, въ противномъ случаѣ онѣ отдѣляются гораздо легче. Что демаркація поверхностнаго инфильтрата происходитъ легче, понятно само собою и объясняетъ также болѣе легкое отдѣленіе пленокъ. Значитъ, вовсе не существуетъ принципиальнаго различія между легко отдѣляемыми и плотно сидящими пленками.

Если интенсивностью процесса сосуда поражаются до того сильно, что нарушается питаніе соотвѣтствующихъ частей, вслѣдствіе-ли прекращенія обмѣна веществъ по причинѣ поврежденія стѣнокъ, или вслѣдствіе тромбоза, то омертвѣваютъ цѣлыя участки слизистой оболочки, наступаетъ такъ наз. гангренозная форма. Между тѣмъ какъ пленки при самой легкой формѣ отличаются часто совершенно бѣлымъ цвѣтомъ, иногда съ желтоватымъ оттѣнкомъ, развиваются зеленоватыя и черноватыя окрашиванія вслѣдствіе участія некротизированныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Видъ пораженныхъ частей представляется такимъ образомъ различнымъ. Между тѣмъ какъ въ началѣ слизистая оболочка представляется лишь покраснѣвшей, покрывается она вскорѣ отдѣльными opakowymi, бѣловатыми полосками или кругловатыми пятнами или на болѣе обширномъ пространствѣ вѣжною, синеватобѣлой дымкою. Впослѣдствіи пятна сливаются въ болѣе обширныя и непрозрачныя бѣлыя и бѣло-желтыя поверхности. Онѣ могутъ по-

явиться на всѣхъ частяхъ гортани, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ выстилаютъ ее всю, въ особенности въ случаяхъ, осложненныхъ пораженьями трахеи и бронховъ. Послѣ разрыхленія выдѣляются налеты въ формѣ хлопьевъ или пленокъ, иногда и въ видѣ настоящихъ отпечатковъ дыхательной трубки.

Общiе симптомы: Сначала чувство общаго недомоганiя, слабость, разбитость, отсутствiе аппетита, запоръ, незначительное затрудненiе глотанiя, охриплость. Если при существованiи одновременно пораженья зѣва намъ становится яснымъ характеръ пораженья, то при первичномъ пораженьи гортани процессъ сказывается весьма часто сухимъ, лающимъ кашлемъ. Если ларингоскопiя удается, то видно нерѣдко начало образованiя пленокъ.

Температура представляетъ характеръ постоянной лихорадки, съ незначительными утренними и иногда болѣе сильными, указывающими на прогрессированiе или ослабленiе процесса, вечерними колебанiями. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, септическихъ, температура можетъ быть нормальной или субнормальной.

Но и въ самыхъ легкихъ случаяхъ страдаетъ голосъ, въ большинствѣ случаевъ онъ становится совершенно беззвучнымъ, послѣ отторженiя пленокъ временамъ грубымъ или низкимъ, или рѣзкимъ. Всегда наблюдаются и расстройства дыханiя, которыя при болѣе сильномъ развитiи пленокъ могутъ доходить до сильнѣйшей одышки. Последняя сказывается протяжными свистящими инспирациями, причемъ голова отбрасывается кзади и напрягаются сильнѣйшимъ образомъ всѣ дыхательныя мышцы, между тѣмъ какъ кожа становится одновременно цианотичной и блѣдной, а также холодной,—последнее вслѣдствiе нарушенiя сердечной дѣятельности.

Пульсъ не представляетъ ничего характернаго, онъ служитъ лишь манометромъ, по которому можно судить объ общей реакци. Частичное отдѣленiе пленокъ сказывается иногда хлопающими шумами во время дыха-

нія, полное отдѣленіе — отхаркиваніемъ пленокъ. Послѣднее можетъ наступить какъ окончаніе процесса, значить въ стадіи излеченія, но и послѣ этого стадія, такъ что отдѣленію пленокъ слѣдуетъ новое образованіе.

Кромѣ гортанныхъ симптомовъ, значеніе имѣютъ еще симптомы со стороны зѣва и носа, въ особенности же симптомы со стороны трахеи, бронховъ и легочной паренхимы.

Понятно, вниманіе необходимо обращать и на общее состояніе, на отношеніе сознанія, пульса, на реакцію на раздражающія средства, на характеръ стула и пр.

Теченіе: Процессъ продолжается обыкновенно болѣе недѣли, но довольно часто наблюдаются и случаи быстрой смерти или быстрого выздоровленія.

Исходъ: Смерть наступаетъ или вслѣдствіе сердечной слабости, или отравленія углекислотою, или вслѣдствіе того и другого одновременно, такъ какъ первая въ случаяхъ съ стенозами зависитъ какъ отъ затрудненія кровообращенія въ недостаточно вентилируемыхъ легкихъ и недостаточнаго притока кислорода, такъ и отъ всасыванія токсиновъ.

Исходъ въ выздоровленіе можетъ быть полнымъ, или остаются остатки болѣзни въ особенности въ нервной области: параличи *m. tensoris choroideae*, въ формѣ невозможности аккомодировать, параличи мышцъ зѣва и пищевода, причемъ твердая и жидкая пища выводятся обратно черезъ носъ или не могутъ быть проглочены, параличи чувствительныхъ нервовъ гортани съ аспираціей въ дыхательный трактъ и ея послѣдствіями, или параличи двигательныхъ нервовъ, причемъ можетъ остаться навсегда параличъ голосовыхъ связокъ (табл. XIII, рис. 2), далѣе опасные для жизни параличи *n. phrenici* или *n. vagi* съ недостаточностью дыханія и разстройствомъ сердечной дѣятельности, даже парезы и параличи конечностей являются иногда послѣдствіемъ болѣзни.

Къ счастью, они наступаютъ болѣе рѣдко въ срав-

нении съ послѣдствіями со стороны лимфатической области (которыя наступаютъ столь часто послѣ осложненій со стороны зѣва и носа, и о которыхъ, въ виду важнаго ихъ значенія, мы упомянемъ здѣсь вкратцѣ, именно о стойкомъ увеличеніи небной и зѣвной миндалинъ) и со стороны уха (гноинныя пораженія средняго уха).

Леченіе должно быть болѣе общее, чѣмъ мѣстное. Первое мѣсто занимаетъ сыворотка. Если о дѣйствительной ея пользѣ мы въ состояніи, можетъ быть, судить лишь по прошествіи нѣсколькихъ десятковъ лѣтъ, но вполне доказанная ея безвредность и удовлетворительный ея клинический эффектъ заставляютъ насъ примѣнять ее во всѣхъ случаяхъ. Чѣмъ раньше, тѣмъ лучше. Но при этомъ не слѣдуетъ пренебрегать остальнымъ уходомъ, въ особенности явленіями, обусловленными мѣстными условіями.

Леченіе осложненій или первичныхъ гнѣздныхъ образованій въ зѣвѣ и въ носу сюда не относится.

На самую гортань мы не въ состояніи оказать особаго вліянія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается разрыхленіе и отдѣленіе пленокъ смоченными въ известковой водѣ ватными шариками; чаще, однако, это остается безъ всякаго результата, причемъ раздраженіе недостаточными мѣрами скорѣе даже опасно. *Прижигающія средства безусловно вредны.* Отдѣленію пленокъ способствуютъ лучше всего вдыханіемъ влажнаго воздуха, — вдыханія паровъ известковой воды; всѣ остальные средства, сюда относятся и восхваляемыя рвотныя, имѣютъ лишь проблематическое значеніе. Глубокое дыханіе и энергичное отхаркиваніе достигается всего рациональнѣе холодными обливаніями. При сильно повышенной температурѣ подобныя обливанія можно повторять каждыя 3—4 часа въ пустой ваннѣ, при низкой температурѣ въ тепловатой ваннѣ (25° С.) водою въ 12—15° С.

Необходимо регулировать стулъ. Необходимо поддерживать питаніе, назначая часто маленькія дозы пи-

кантной пици: beeftea, Chaudeau, яичный пуншъ, пивной супъ съ яйцомъ, бисквитъ, мелкоизрубленное вареное мясо, молоко, иногда—при упадкѣ силъ — алкоголь въ формѣ небольшого количества разведеннаго коньяка или хорошаго Bordeaux.

При наступленіи явленій затрудненія дыханія въ формѣ частыхъ приступовъ задушенія или продолжительнаго затрудненія дыханія, помощь слѣдуетъ оказать скорѣе раньше, чѣмъ слишкомъ поздно. Если бронхи еще свободны, то пользу приноситъ иногда уже интубація. Если при пораженіи бронховъ или трахеи можно ожидать скорой закупорки трубочки, или если наружныя условія (недостаточный уходъ и надзоръ) вообще не допускаютъ подобнаго вмѣшательства, то слѣдуетъ прибѣгать къ трахеотоміи. Никогда не слѣдуетъ откладывать производство ея до асфиктического стадія (холодъ, ціанозъ, глубокое втягиваніе діафрагмы); но и въ этомъ стадіи слѣдуетъ ее еще испытать.

Авторъ предпочитаетъ *tracheotomiam superiorem* въ виду избѣжанія щитовидной железы, которую легко отдѣлать отъ верхняго края перстневиднаго хряща разрѣзомъ *Rose*. Но при этомъ слѣдуетъ избѣгать поврежденія или разрѣзанія перстневиднаго хряща, такъ какъ именно къ крикотоміи присоединяется преимущественно образованіе грануляцій, затрудняющихъ столь сильно *décanulement*.

Въ періодѣ выздоровленія необходимо обращать особое вниманіе на разстройства аккомодациі, какъ на предвѣстники другихъ параличей. Если наступаетъ параличъ мышцъ пищевода или въ особенности чувствительныхъ нервовъ гортани (кашель при глотаніи!), то немедленно приступаютъ къ кормленію исключительно при помощи зонда или *per rectum*; слѣдуетъ предпочитать первый способъ. При параличѣ *n. vagi* назначаютъ абсолютный покой и *digitalis*. Впрыскиванія стрихнина не оказываютъ никакой пользы, такъ какъ при нихъ наблюдается нерѣдко дальнѣйшее развитіе параличей.

б) *Симптоматическая дифтерия* можетъ вызываться и другими вредными моментами, если къ некробіотическому процессу въ эпителии они присоединяютъ еще другія воспалительныя явленія въ *submucosa*; значить, образованіе пленокъ, какъ необходимое анатомическое выраженіе подобныхъ процессовъ, не представляетъ такимъ образомъ ничего специфическаго. Подобныя пленки мы наблюдаемъ при ожогахъ гортани вслѣдствіе аспираціи горячихъ или ѣдкихъ (амміакъ и т. д.) паровъ, но и при скарлатинѣ и оспѣ.

Въ особенности послѣднія пораженія представляются идентичными съ наблюдаемыми при настоящей дифтеріи, значить, лишь въ анатомическомъ смыслѣ, представляясь различными этиологически.

Соотвѣтственно этому *леченіе* является чисто симптоматическимъ, направленное исключительно къ устраненію развивающихся стенозовъ: интубація или трахеотомія.

3. Воспаленія интерстиціальной ткани.

Смотря по степени и характеру воспалительнаго инфильтрата мы различаемъ простой *отекъ*, при которомъ происходитъ серозный выпотъ въ подслизистую ткань при весьма скудномъ мелкоклеточномъ инфильтратѣ, отъ собственно *флегмоны*, которая характеризуется превалированіемъ клеточной инфильтраціи. Что объ формы, какъ по мѣсту, такъ и по времени, могутъ соединиться и обусловливаться одной и той же причиною, не должно насъ удерживать отъ анатомическаго ихъ разграниченія, такъ какъ леченіе находится въ зависимости отъ формы воспаленія. Наконецъ, придерживаясь аналогіи хирургически-дерматологической номенклатуры, необходимо еще выдѣлить чистое *рожистое воспаленіе* гортани, съ его типичными общими и мѣстными явленіями. Если принять во вниманіе, что не существуетъ принципіальнаго различія между всѣми этими воспаленіями, насколько это зависитъ отъ *инфекціоннаго* основанія, то этимъ подготовляется однообраз-

ный на нихъ взглядъ. Раздѣленіе ихъ на инфекціонные и неинфекціонные процессы значительно облегчитъ пониманіе ихъ сущности.

а) *Инфекціонная интерстиціальная воспаленія.*

а) *Первичныя формы.*

Этіологія. Въѣдреніе специфическихъ микроорганизмовъ, именно *streptokokkus pyogenes*, различные виды *staphylokokki*, *pneumokokkus*, можетъ быть и *bacterium coli*.

Путемъ для ихъ въѣдренія служатъ воспаленія сосѣднихъ органовъ, въ особенности зѣва, носа и ихъ сосѣднихъ полостей и языка. Въѣдреніе происходитъ по лимфатическимъ щелямъ и прямо черезъ болѣе крупныя, въ особенности же черезъ малевкія, часто невидимыя поврежденія, обусловленные, напр., инородными тѣлами.

Возможны также, хотя и очень рѣдко, метастазы черезъ лимфатическія железы.

Совершенно излишне вывести на основаніи этихъ воспаленій специфическую форму болѣзни («инфекціонная ангина»). Они совершенно аналогичны съ панариціями, *erysipelas* и флегмонами тѣла.

Мѣстныя явленія: При *отеки* желтовато-сѣрое, желтое, иногда и красноватое, блестящее, обыкновенно рѣзко ограниченное опуханіе, при *рожистой* формѣ сильная краснота, одинаковаго въ остальномъ опуханія, при *флегмонозной* формѣ болѣе плотный и менѣе правильно ограниченный инфильтратъ. Вслѣдствіе сдавленія венъ въ инфильтратѣ можетъ развиваться и коллатеральный отекъ. При процессахъ, оканчивающихся быстро смертельно, мѣстное воспаленіе, болѣе ранняго стадія, можетъ остаться нераспознаннымъ.

Въ конечномъ стадіи наблюдается или постепенное блѣднѣніе и уменьшеніе опухоли, или образованіе гноя съ исходомъ въ абсцессъ, причемъ на извѣстномъ мѣстѣ получается желтоватое заострѣніе.

Инфильтраты сильнѣе всего въ случаяхъ, въ которыхъ поражаются рыхлыя участки, значить, надгортанникъ или покровъ черпаловидныхъ хрящей.

Ларингоскопически мы наблюдаемъ, смотря по локализации и инфильтрату, различнаго положенія и цвѣта выступы, измѣняющіе соотвѣтствующія части. Надгортанникъ опухаетъ или на одной сторонѣ (табл. VII, рис. 1), или на обѣихъ (табл. VII, рис. 2), въ послѣднемъ случаѣ обыкновенно въ формѣ чалмы, голосовыя связки представляются колбасовидной формы, задняя стѣнка представляетъ толстую подушку (табл. XXV, рис. 1). Смотря по мѣсту и степени процесса, суживается просвѣтъ гортани въ извѣстномъ диаметрѣ, иногда до полной непроходимости. Это наблюдается преимущественно при субхордальныхъ опуханіяхъ.

Общая явленія: Лихорадка отъ 38,5° С. до самыхъ высокихъ температуръ, въ легкихъ формахъ продолжаясь нѣсколько дней съ незначительными утренними ремиссиями, въ другихъ случаяхъ съ типичными для рожистаго воспаления скачками, при продолжительныхъ съ исходомъ въ нагноеніе процессахъ — неправильнаго характера гнойной лихорадки, иногда при тяжелыхъ септическихъ формахъ — весьма низкія, даже субнормальныя температуры. Соотвѣтственно этому пульсъ сильный и учащенный, или весьма учащенный, малый и легко сжимаемый. Чувство недомоганія; въ тяжелыхъ случаяхъ тифозное состояніе. Часто головная боль, запоры.

Сильная боль при глотаніи и разговорѣ, самостоятельно чувство напряженія и сухости, вызывая повторныя глотательныя движенія, вслѣдствіе чего усиленное отдѣленіе слюны и слизи.

Воспалительное опуханіе можетъ распространиться на железы и на клетчатку шеи, причѣмъ послѣдняя представляется или отечно припухшей, или твердой какъ дерево. Соотвѣтствующее пораженіе зѣва и языка слѣдуетъ считать въ большинствѣ случаевъ первичнымъ страданіемъ.

Если воспаленіемъ захватывается входъ въ гортань или болѣе глубокія части, то быстро наступаетъ одышка; при воспаленіи надгортанника одышка наступаетъ гораздо рѣже. Въ первомъ случаѣ существуетъ еще охриплость и афонія.

Течение: Внезапное начало, быстрое усиление разстройствъ. Одышка и задушеніе иногда черезъ весьма короткое время, въ тяжелыхъ септическихъ случаяхъ иногда смерть вслѣдствіе сильной инфекціи еще до развитія стеноза. Обратное развитіе черезъ нѣсколько дней до двухъ недѣль. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ образованіе абсцесса.

Диагнозъ основывается на внезапномъ началѣ безъ предшествовавшей болѣзни или послѣ соответствующаго, лежащаго болѣе высоко воспаленія, такъ какъ подобная же картина можетъ обуславливаться и быстро протекающими сифилитическими пораженіями. Изслѣдованіе зѣва и гортани предохраняетъ отъ смѣшенія съ тифомъ или менингитомъ.

Лечение: Влажный компрессъ вокругъ шеи, глотаніе кусочковъ льда, запрещеніе говорить, слабительныя, соответствующее леченіе существующей сердечной слабости (пузырь со льдомъ, низкое положеніе, камфора), при стенотическихъ явленіяхъ глубокіе уколы опухшихъ частей, если возможно впрыскиваніе нѣсколькихъ капель 2% раствора карболовой кислоты; трахеотомія, по возможности профилактическая.

Всегда необходимо отыскивать источникъ нагноенія и вскрыть его (флегмона зѣва, шеи, костоѣда зубовъ и воспаленіе надкостницы, абсцессъ языка и т. д.) по возможности раньше.

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ опуханіе заходитъ за надгортанникъ, больныхъ не слѣдуетъ оставлять безъ надзора ни одной минуты, такъ какъ угрожающія для жизни явленія могутъ наступить совершенно внезапно.

3) *Вторично* могутъ всѣ вышеприведенныя формы развиться при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Въ этихъ случаяхъ ихъ слѣдуетъ считать за смѣшанную инфекцію, за продукты вышеупомянутыхъ воспалительныхъ и гноеродныхъ бактерій, выѣдреніе которыхъ происходитъ черезъ специфически поврежденную слизистую оболочку.

Иногда наблюдаются и *метастатическіе* абсцессы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ явленія еще болѣе сильныя (табл. VI, рис. 1, табл. XXVI, рис. 1). Течение, диагнозъ и лечение совершенно сходны съ идиопатической формой.

в) *Неинфекціонныя интерстиціальныя воспаленія.*

Число этихъ воспаленій крайне ограничено, они вызываются исключительно химическими и термическими поврежденіями. Ожоги случайныя (проглатываніе ѣдкихъ щелочей или кислотъ) или слишкомъ сильными терапевтическими растворами (Arg. nitr., хромовая кислота и т. д.) могутъ вести къ отеку соответствующихъ частей точно такъ же, какъ и ожоги вслѣдствіе проглатыванія слишкомъ горячихъ жидкостей или аспираціи горячихъ паровъ, а также вслѣдствіе терапевтическаго примѣненія жара. Такъ какъ эти поврежденія оказываютъ еще и другія анатомическія дѣйствія, то они разсматриваются отдѣльно (см. ниже).

Обусловленные ими нарушенія цѣлости могутъ въ свою очередь вести снова къ инфекціоннымъ воспаленіямъ, такъ что въ болѣе позднемъ стадіи невозможно различіе по этиологическимъ факторамъ.

4. Воспаленія мышцъ.

Подобныя воспаленія не встрѣчаются *первично*, а лишь всегда какъ сопутствующія явленія катаррального или интерстиціального процесса. Существованіе ихъ сказывается парезами или даже параличами въ отдѣльныхъ двигательныхъ областяхъ. Однимъ изъ самыхъ обыкновенныхъ сопутствующихъ явленій остраго или подостраго катарра представляется парезъ mm. thyroarytaenoid. int. (табл. IX, рис. 1), m. arytaenoid. transversi (табл. VIII, рис. 1); довольно часто поражаются также замыкатели голосовой щели, причемъ могутъ наблюдаться различныя отдѣльныя и смѣшанныя формы (табл. VIII, рис. 2). Но и внезапное появленіе одышки при повидимому не особенно сильныхъ поверхностныхъ или интерстиціальныхъ воспаленіяхъ находитъ иногда себѣ объясненіе въ воспалительномъ параличѣ расши-

рителей голосовой щели. Такимъ образомъ наблюдается довольно часто срединное или во всякомъ случаѣ трупное положеніе связокъ при пораженіяхъ задней стѣнки (табл. XXIII, рис. 2 и табл. XXV, рис. 1). Подобный же эффектъ можетъ быть вызванъ и опухолями вслѣдствіе присоединенія воспаленія или коллатерального отека (см. ниже).

Наконецъ и разстройства глотанія (захлебыванія или простой рефлекторный кашель) могутъ быть обусловлены иногда воспалительнымъ парезомъ запира- тельныхъ мышцъ гортани и *m. detractoris epiglottidis*.

Повидимому, первичный «ревматическій» парезъ одной или нѣсколькихъ мышцъ обуславливается менѣе воспаленіями, чѣмъ межмышечными кровотеченіями, какія происходятъ, напр., при внезапномъ переутомленіи. Если параличъ появился *внезапно* во время катарра, то подобное объясненіе имѣетъ нѣкоторое основаніе.

Получаемая картина отвѣчаетъ всегда периферическому параличу (см. ниже).

Это пораженіе принимаетъ обыкновенно обратное развитіе съ основнымъ страданіемъ; въ остромъ стадіи не требуетъ во всякомъ случаѣ никакого *леченія*.

5. Воспаленія суставовъ.

а) Подобныя воспаленія могутъ появиться *первично*, сопровождаясь картиной симптомовъ, которая въ состояніи маскировать сущность болѣзни. Такъ главнымъ образомъ самая частая локализанія въ *artic. crico-arytae- poidea*. Намъ не пришлось наблюдать первичнаго пораженія другихъ суставовъ, что, однако, не говоритъ противъ возможности подобной локализанціи. *Анатомія* намъ мало извѣстна. Здѣсь имѣется, по всѣмъ вѣроятіямъ, какъ и въ другихъ суставахъ, сначала серозный синовитъ, причемъ не исключена возможность превращенія егo въ пластическую и гнойную формы. *Этіологически* значеніе имѣютъ простуды и острия инфекціи. Въ лихорадочныхъ съ самаго начала случаяхъ можно всегда предположить инфекцію, въ особенности если

предшествовала и существуетъ одновременно лакунарная ангина. Въ исключительныхъ случаяхъ значеніе имѣеть еще *травма*.

Симптомы: Своеобразныя неприятныя ощущенія на одной или обѣихъ сторонахъ шеи, въ особенности при глотаніи, которыя локализируются въ области челюстного угла или подъязычной кости, а также въ миндалинѣ. Это ощущеніе усиливается при положеніи на спинѣ, въ особенности при одновременномъ глотаніи.

При изслѣдованіи констатируется *всегда* боль при давленіи на соотвѣтствующую сторону, именно на задній конецъ верхняго края щитовиднаго хряща, на «область *artic. crico-arytaen.*». При ларингоскопическомъ изслѣдованіи констатируется одновременно поворачиваніе кнутри соотвѣтствующаго черпаловиднаго хряща, такъ какъ лишь этимъ объясняется чувствительное къ давленію мѣсто. Болѣзненно также давленіе зондомъ со стороны пищевода на область сустава.

Если осторожно фиксировать весь щитовидный хрящъ рукой, то при давленіи другой на вѣрное мѣсто получается ощущеніе, иногда и шумъ крепитации, обусловленной треніемъ неравныхъ вслѣдствіе воспаленія хрящевыхъ поверхностей.

Ларингоскопически часто не замѣчается никакихъ измѣненій. Лишь если воспаленіемъ затронуты сосѣднія части, сказывается эта *periarthritis* опуханіемъ и краснотой покрывающихъ сверху суставъ мягкихъ частей (*pl. thygeoarytaen.*), а также иногда и самыхъ заднихъ частей карманныхъ и голосовыхъ связокъ. Подвижность голосовыхъ связокъ обыкновенно не нарушена, лишь при сильныхъ воспаленіяхъ наступаетъ ихъ разстройство, причемъ вмѣсто плавныхъ движеній наступаютъ скандирующія движенія и подергиванія; кромѣ того можетъ наступить фиксація въ извѣстномъ положеніи. Отличить подобные случаи отъ параличей удается лишь при условіи, если ненормальное положеніе отличается отъ типичныхъ для параличей (см. ниже); но при жизни ихъ никогда не удается отличить отъ обуслов-

ленныхъ воспаленіемъ надхрящницы. Такимъ образомъ остаются для діагноза лишь болѣе легкіе стадіи. Гнойный синовитъ не удается распознать *in vivo*, такъ какъ симптомы его совершенно сходны съ наблюдаемыми при глубокихъ флегмонахъ.

Леченіе: Согрѣвающимъ компрессъ вокругъ шеи, втираніе мази изъ Ung. belladonnae 15, Ung. ciner. 5, кусокъ съ горошину надъ болѣзненнымъ мѣстомъ; слабительныя.

б). *Вторичныя* воспаления суставовъ остраго характера наблюдаются болѣе часто, чѣмъ это предполагаютъ; первымъ долгомъ какъ локалізація остраго *суставнаго ревматизма*. Но и *сифилитическіе*, и *туберкулезные* процессы могутъ имѣть здѣсь мѣсто. Первый распознается лишь впоследствии, изъ анамнеза, какъ причина временныхъ или стойкихъ анкилозовъ (см. ниже); послѣдній, въ виду чрезвычайной силы специфической причины, почти не наблюдается безъ осложненій: опуханія или разрушенія окружающихъ частей. Во всякомъ случаѣ, значительныя разстройства движеній, не отвѣчающія незначительнымъ видимымъ измѣненіямъ, всегда должны насъ навести на подозрѣніе существованія пораженія сустава и дискразической причины, такъ что своевременное леченіе (при сифилисѣ) можетъ оказать еще громадную пользу. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, а также въ разившихся послѣ тифа и инфлюэнцы, мы рѣдко имѣемъ дѣло съ совершенно чистыми пораженіями суставовъ, а всегда съ болѣе разлитыми воспаленіями хрящей и надхрящницы; но при этомъ не слѣдуетъ упускать изъ виду и собственно суставъ, такъ какъ имъ объясняется многое непонятное въ картинѣ.

Леченіе процессовъ въ разгарѣ совпадаетъ въ виду этого съ описаннымъ при вышеприведенныхъ пораженіяхъ.

Исходъ обыкновенно выздоровленіе, но при вышеприведенныхъ пораженіяхъ мы наблюдаемъ нерѣдко разстройства движеній, безъ всякихъ другихъ воспалительныхъ процессовъ, которыя по своимъ проявленіямъ

можно считать лишь за частичные или полные *анкилозы*. Первые характеризуются недостаточной способностью экскурсий одной или обоих голосовых связокъ въ обоихъ направлєніяхъ, а также измѣненіемъ подвижности, такъ, при различныхъ изслѣдованіяхъ наблюдаются различныя фиксированныя положенія, или движенія происходятъ, какъ при острыхъ воспаленіяхъ, прерывистымъ, скандирующимъ или неравномѣрнымъ образомъ. Отличіе полныхъ анкилозовъ отъ параличей удается лишь въ томъ случаѣ, если фиксированная голосовая связка находится въ атипичномъ для мышечныхъ и нервныхъ параличей положеніи; подозрѣвать подобный анкилозъ можно въ томъ случаѣ, если послѣ продолжительнаго наблюденія, невзирая на типичное паралитическое положеніе, не удастся констатировать ни общей, ни мѣстной причины для центрального или периферическаго паралича. Околосуставныя воспаленія, или остатки подобныхъ характеризуются, кромѣ ненормальной фиксаціи, еще стойкими утолщеніями. Лечение этихъ анкилозовъ обыкновенно совершенно безъ пользы. Къ леченію, однако, слѣдуетъ приступать при фиксаціи въ положеніи аддукціи, въ виду сильной одышки. Наружный массажъ, снутри постепенное расширеніе.

6. Воспаленія надхрящницы.

Первичныя наблюдаются довольно рѣдко, причѣмъ всегда являясь выраженіемъ не опредѣлимой инфекціи. «Ревматическія» воспаленія—діагностицируются лишь при неясности положенія дѣла.

Скорѣ всего опредѣляется способъ происхожденія послѣ травмъ, которыми надхрящница дѣлается прямо доступной для инфекціи или для толчкообразнаго распространенія.

Болѣе часто наблюдаются *вторичныя* воспаленія, обусловленныя или прямой специфической инфекціей, или какъ послѣдствіе смѣшанной инфекціи послѣ специфическаго деструктивнаго процесса. Піэмическіе метастазы, оспа, тифъ идутъ по первому пути, дифтерія,

туберкулезъ и злокачественныя опухоли — по послѣднему, между тѣмъ какъ сифилисъ по обоимъ путямъ.

Анатомическая форма представляетъ обыкновенныя разновидности; начиная отъ простаго опуханія мы наблюдаемъ то серозный эксудатъ, то пластически-фибринозный и клѣточно-гнойный, то некрозъ. Эксудатъ отлагается между надхрящницей и хрящемъ, такъ что замѣчаемыя опуханія сначала субперихондрольныя. Прободеііе на наружную поверхность не представляется въ виду этого рѣдкимъ явленіемъ, вслѣдствіе прободенія происходитъ дальнѣйшее распространеніе опуханія или инфильтрата на интерстиціальную ткань (вторичный отекъ и флегмона, а также поверхностное нагноеніе). Кромѣ того, вслѣдствіе отдѣленія надхрящницы отъ хряща наступаютъ послѣдствія отдѣленія ткани отъ ея matrix: регрессивныя разстройства питанія въ формѣ частичной атрофіи до полнаго некроза. Если въ первомъ стадіи наступаетъ еще обратное развитіе процесса и такимъ образомъ возстановленіе питанія хряща, то развиваются лишь утолщенія вслѣдствіе организаци инфильтрата на обѣихъ частяхъ, а также сращенія въ области суставовъ, которыя ведутъ къ затрудненіямъ движеній. Но и окостенѣнія хряща, наблюдаемыя столь часто при туберкулезѣ, могутъ служить конечнымъ стадіемъ разстройства питанія.

Въ болѣе развитомъ, однако, стадіи и при болѣе сильнѣ воспаленія омертвѣваетъ непитаемый хрящъ. Незначительныя некрозы могутъ еще разсосаться и остаются только искривленія; болѣе обширныя, однако, или такія, образованіе которыхъ переживаетъ собственно воспалительный процессъ, представляются въ видѣ секвестровъ, которые, при повторномъ обостреніи реакціи со стороны мягкихъ частей, остаются безъ измѣненій или выводятся кнаружи черезъ болѣе короткое время. При всѣхъ этихъ процессахъ значеніе имѣеть, конечно, основная причина; повторныя однообразныя вредныя моменты, напр. при туберкулезѣ и часто при сифилисѣ, ведутъ къ болѣе серьезнымъ разстройствамъ.

Клиническая картина обуславливается, кромѣ этихъ моментовъ еще *локализацией* процесса. Воспаленія надхрящницы *щитовиднаго хряща* характеризуются снаружи опуханіемъ легко прощупываемыхъ пластинокъ, причеиъ одновременно существуетъ рѣзко ограниченная болѣзненность. Но выпячиваніе можетъ образоваться и кнутри; въ подобныхъ случаяхъ она видна подѣ голосовыми связками въ переднемъ углу. Впрочемъ, эта локализация самая рѣдкая.

Болѣе часто поражается *надхрящница черпаловидныхъ хрящей*. Значительная функціональная работа этихъ хрящей не мало предрасполагаетъ къ пораженію. Послѣдствіями являются опуханіе надъ клиновиднымъ хрящемъ, аномаліи движеній голосовыхъ связокъ; происходитъ-ли это вслѣдствіе обsolesценціи сустава или вслѣдствіе разрушенія мышечныхъ прикрѣпленій, нельзя распознать при жизни и не представляетъ клиническаго значенія. Страданіе распознается съ увѣренностью лишь при ясно выраженныхъ явленіяхъ, въ особенности же если послѣдующій некрозъ доступенъ зондированію, или наступаетъ отдѣленіе секвестровъ. Опуханіе можетъ распространиться и на *proc. vocalis*, значить, на голосовыя связки, такъ что возможнымъ становится отличіе отъ другихъ пораженій.

На *перстневидномъ хрящѣ* наблюдается вторичное воспаленіе надхрящницы особенно часто. Особенно охотно проявляются здѣсь тифъ, сифилисъ и туберкулезъ. Любимымъ мѣстомъ является задняя поверхность пластинки, которая подвергается болѣе всего тренію и декубитальному дѣйствию; но и здѣсь исходитъ большая часть воспаленій съ поверхности, обращенной къ черпаловидному хрящу. При болѣе развитыхъ некрозахъ эта поверхность представляется всегда пораженной. Въ виду этого удается опуханіе констатировать часто на томъ же мѣстѣ, какъ и при воспаленіи надхрящницы черпаловиднаго хряща; типичнымъ представляется лишь опуханіе подѣ голосовыми связками въ формѣ субхордальныхъ выступовъ (табл. XXVIII, рис. 2). Эта,

именно, локализация ведетъ чаще всего къ явленіямъ стеноза, которыя опасны еще вслѣдствіе того, что могутъ поражаться еще *mm. crico-arytaenoidei postici* вслѣдствіе той же причины или *artic. crico-arytaenoidalis*.

Воспаленіе надхрящницы болѣе мелкихъ хрящей не даетъ клиническихъ симптомовъ.

Леченіе зависитъ главнымъ образомъ отъ причины. Травматически-инфекціонныя воспаленія надхрящницы требуютъ обнаженія фокусовъ, свободного стока отдѣленія, значить разрѣза, обыкновенно снаружи, и тампонаціи или дренажа. Сифилитическіе процессы удается иногда прервать общимъ леченіемъ. Туберкулезные процессы сопровождаются обыкновенно до того сильнымъ общимъ заболѣваніемъ, что всякое леченіе не приноситъ никакой пользы; но тѣмъ не менѣе слѣдуетъ туберкулезные некрозы подвергать леченію по общимъ хирургическимъ правиламъ, какъ только будетъ выясненъ болѣе мѣстный характеръ процесса.

Трахеотомія у страдающихъ хронической одышкой производится обыкновенно вслѣдствіе перихондритическихъ стенозовъ.

7. Симптоматическія (комбинированныя) формы острыхъ воспаленій.

Хотя въ общемъ наблюдаются довольно рѣдко, тѣмъ не менѣе встрѣчаются еще чаще всего при *острыхъ сыняхъ*.

Корь лишь рѣдко протекаетъ безъ ларингита. Въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ самую легкую форму катаррального пораженія, которая характеризуется охрипlostью до полной афоніи, проявляясь ларингоскопически въ видѣ разлитой красноты и легкаго опуханія. Воспаленіе можетъ захватить и интерстиціальную ткань и вести, даже вслѣдствіе незначительнаго отека опуханія, къ объективнымъ и субъективнымъ явленіямъ стеноза, въ особенности у дѣтей.

Весьма часто принимаетъ эта начальная форма воспаленія характеръ специфической экзантемы, приче́мъ краснота, какъ и на кожѣ, появляется только пятнами, вслѣдствіе болѣе сильнаго мѣстами инфильтрата (внутри фолликуловъ) развиваются мельчайшія папулы, аналогично прощупываемымъ на кожѣ незначительнымъ возвышеніямъ инфильтрированныхъ волосяныхъ мѣшечковъ.

Съ дальнѣйшимъ теченіемъ процесса можетъ мацерироваться эпителий и мѣстами отторгаться, вслѣдствіе чего слизистая оболочка получаетъ бархатистый матовый блескъ. Но и эрозиі до *mucosa* или даже проникающія въ самую толщу послѣдней могутъ появиться на функционально утруждаемыхъ и подвергающихся тренію мѣстахъ (края голосовыхъ связокъ, въ особенности *processus vocales*, область черпаловидныхъ хрящей). Фибринозный выпотъ въ эпителий и въ *mucosa* представляется довольно частымъ явленіемъ мѣстнаго воспаленія.

Явленія состоятъ въ охриплости, въ лающемъ, иногда совершенно беззвучномъ кашлѣ, иногда въ одышкѣ.

Леченіе направлено главнымъ образомъ противъ послѣдняго явленія: втиранія ртутной мази въ шею, согревающей компрессъ, слабительныя; въ случаѣ необходимости своевременная трахеотомія. Въ остальномъ происходитъ заживленіе совершенно самостоятельно. Съ цѣлью предупрежденія образованія язвъ или охраненія при послѣднихъ весьма рачіонально уменьшить кашель маленькими дозами морфія, если этому не имѣется противопоказаній со стороны бронховъ или легкихъ. Не заживающія язвы почти всегда туберкулезныя, значить, не относятся сюда.

При *скарлатинѣ* поражается гортань болѣе рѣдко. Катарральное пораженіе не представляетъ ничего особеннаго. Болѣе часто наблюдается дифтерійная форма.

При *остѣ* имѣется почти всегда осложненіе со стороны гортани. Картина простого поверхностнаго ка-

тарра принимаетъ нерѣдко специфическій отъенокъ вслѣдствіе появленія маленькихъ, слегка выступающихъ надъ поверхностью, бѣлыхъ пятенъ, которыя служатъ выраженіемъ ограниченныхъ некрозовъ гортани. Если эти пятна увеличиваются и разбухаютъ, то получается извѣстное сходство съ пустулами на кожѣ, конечно не гистологическое, такъ какъ эти измѣненія ограничиваются эпителиемъ. Скопленія гноя подъ эпителиемъ хотя и встрѣчаются, но лишь въ *stratum submucosum*, вслѣдствіе чего ихъ не слѣдуетъ считать пустулами, а абсцессами. Эти, какъ и поверхностные некрозы, ведутъ послѣ потери эпителиальнаго покрова къ эрозіямъ или къ настоящимъ язвамъ, которыя, однако, не представляютъ типичныхъ признаковъ. Видъ всѣхъ этихъ высыпаній модифицируется въ томъ случаѣ, если мы имѣемъ дѣло съ «черной оспой», вслѣдствіе характерныхъ для нея геморрагій. Конечнымъ стадіемъ, но и въ видѣ первичнаго явленія, представляется нерѣдко дифтероидная форма, при которой эксудатъ состоитъ изъ пленки, представляющей собою смѣсь фибрина и крови, причемъ наружный ея видъ и клиническія послѣдствія имѣютъ громадное сходство съ обыкновенной дифтеріей.

Тяжелыя воспалительныя явленія въ *submucosa* и въ надхрящницѣ не имѣютъ специфическаго характера.

Но и при *брюшномъ тифѣ* происходитъ поврежденіе гортани, причемъ специфическимъ образомъ вслѣдствіе настоящихъ бактериальныхъ отложеній. Въ стадіи инфильтраціи развивается еще катарръ съ особенно сильнымъ участіемъ эпителия, который легко отторгается, что ведетъ къ образованію поверхностныхъ язвъ и къ незначительнымъ кровотеченіямъ. Специфическій характеръ сказывается уже *ограниченнымъ* поврежденіемъ въ особенности входа въ гортань и голосовыхъ отростковъ. Эрозіи находятся преимущественно на остромъ краѣ надгортанника. Аналогично кишечнымъ поврежденіямъ наступаетъ впослѣдствіи развитіе различныхъ или ограниченныхъ «мозговыхъ» инфильтратовъ и вторичныхъ

язвенныхъ образованій подобнаго же вида, какъ и въ кишечникѣ. Язвамъ предшествуетъ иногда ясный струпевидный стадій въ формѣ дифтерійныхъ налетовъ. Если изъязвленіе проникаетъ до надхрящницы, то развивается перихондритъ со всѣми тяжелыми послѣдствіями. Впослѣдствіи, въ зависимости отъ силы и степени распространенія, можетъ наступить полное выздоровленіе или развитіе глубокихъ дефектовъ, значительныхъ рубцевыхъ стягиваній, перепончатыхъ и другихъ стенозовъ (табл. XVII, рис. 2). Аналогичны явленія при *сыпномъ тифѣ*, но въ болѣе легкой степени.

При леченіи необходимо всегда обращать вниманіе на ларингеальныя осложненія. При содержаніи въ чистотѣ верхнихъ дыхательныхъ и пищеварительныхъ путей всегда можно надѣяться на благопріятный исходъ. Мѣстно ничего нельзя предпринять. При стенозахъ необходимо прибѣгать возможно раньше къ трахеотоміи, такъ какъ именно здѣсь можно ожидать быстрого и неожиданнаго развитія вторичныхъ отековъ.

При *инфлюэнцѣ* могутъ поражаться всѣ части дыхательнаго тракта. Что касается гортани, то чаще всего поражается межчерпаловидная слизистая оболочка, вслѣдствіе чего появленіе лающего, сухого, судорожнаго кашля, легко смѣшиваемаго съ коклюшемъ. Сказывается также склонность къ кровоточеніямъ, далѣе къ развитію поверхностныхъ некрозовъ эпителія въ формѣ бѣлыхъ пятенъ на голосовыхъ связкахъ. Послѣдствіемъ являются незначительныя эрозіи. Иногда, хотя и очень рѣдко, наблюдались интерстиціальныя воспаленія до образованія абсцессовъ. Частое пораженіе нервной системы при инфлюэнцѣ сказывается иногда въ пораженіи возвратныхъ нервовъ. Но все это сказывается склонностью къ выздоровленію.

Леченіе, чисто симптоматическое, сводится главнымъ образомъ къ достиженію покоя. При болѣе тяжелыхъ осложненіяхъ прибѣгаютъ къ извѣстнымъ мѣрамъ.

Общая инфекція, названная *Herpes*, локализуется въ рѣдкихъ случаяхъ въ гортани, то безъ, то съ одно-

временнымъ пораженіемъ полости рта и зѣва. Сильное общее недомоганіе и потрясающій ознобъ осложняютъ быстрое появленіе мельчайшихъ, прозрачныхъ какъ вода, расположенныхъ группами пузырьковъ, то на одной, то на обѣихъ сторонахъ, обыкновенно лишь у входа въ зѣвъ. Вслѣдствіе приподыманія эпителиальнаго покрова эти пузырьки превращаются довольно быстро въ маленькія, плоскія, съ острыми краями, съ бѣловатымъ или желтоватымъ налетомъ язвочки, такъ что въ большинствѣ случаевъ глазу представляются лишь послѣднія (табл. VI, рис. 1). Самостоятельная боль и при глотаніи довольно сильная, жгучая, голосъ нарушенъ лишь крайне рѣдко. Процессъ продолжается 2—8 дней.

Леченіе сводится къ примѣненію покоя и назначенію строгой діеты. Болѣзненность язвочекъ, весьма сильная при глотаніи и препятствующая послѣднему, уничтожается весьма легко однократнымъ прижиганіемъ *Argento nitrico in substantia*.

При *коклюшѣ* гортань поражается главнымъ образомъ механически. Въ стадіи учащенныхъ приступовъ указываетъ на раздраженіе краснота, въ особенности передней поверхности задней стѣнки; на этомъ, именно, мѣстѣ удается струѣ выдыхаемаго воздуха труднѣе всего удалить весьма скудную мокроту. При *коклюшѣ* наблюдаются экхимозы и даже болѣе обширныя геморагіи. Мѣстное леченіе совершенно неэффективно.

Но самымъ важнымъ остро-инфекціоннымъ воспаленіемъ представляется обусловленное *сифилисомъ* во вторичномъ стадіи. Первый, самый легкій признакъ, разлитая эритема, можетъ быть отличенъ отъ доброкачественнаго катарра лишь точнымъ анамнезомъ и появленіемъ безъ особой видимой причины. Лишь появленіемъ впоследствии специфическихъ признаковъ отличаются эти катарры отъ тѣхъ, къ которымъ сифилитики имѣютъ особое предрасположеніе послѣ экзантемы, и которые вполне оправдываютъ мѣры предосторожности отъ простуды во время втираній ртутной

мази. Если что нибудь изъ наружныхъ явленій указываетъ на сифилитическую эритему, то это известная бархатистая разрыхленность слизистой оболочки и болѣе сильное расстройство голоса, чѣмъ это можно было бы ожидать по наружному виду. Если мы имѣемъ дѣло съ этой специфической формой, то вскорѣ наступаютъ и характерныя явленія; развивается слизистая *папула*. По красному фону тянется синеvато-бѣлая мутность, то рѣзко ограниченная, то маскируя красноту бѣловатыми пятнами (табл. XI, рис. 2). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ занимають эти, сидящія на опухшемъ основаніи окрашиванія большую часть гортани. Въ другихъ случаяхъ развивается папула безъ всякихъ предвѣстниковъ, изолированно, въ видѣ бѣловатаго возвышенія, окруженнаго, однако, болѣе интенсивнымъ воспалительнымъ поясомъ (табл. XII, рис. 1).

Диагнозъ удается поставить во многихъ случаяхъ уже по наружному виду. Всегда имѣются опуханія шейныхъ железъ, весьма часто опуханія железъ въ области мѣста инфекціи и слѣды другихъ вторичныхъ высыпаній. Но во всякомъ случаѣ, до появленія характерныхъ папулъ всегда возможно смѣшеніе съ катарральными эрозіями.

Кромѣ *общаго леченія* (я видѣлъ отличные результаты отъ назначенія внутрь *Hydrarg. chlor. 0,1*, *Opii puri 0,01*, три раза въ день съ молокомъ, въ случаяхъ, въ которыхъ нельзя было дѣлать втиранія), необходимо еще и мѣстное. Энергичное прижиганіе папулъ припаяннымъ къ зонду ляписомъ или хромовой кислотой (осторожно!), послѣ отторженія струпа повторить 1—2 раза, оказывается особенно дѣйствительнымъ, причемъ не только для заживленія, но и для уменьшенія болей сопровождающихъ и препятствующихъ акту глотанія.

Предсказаніе хорошее. Запущенные случаи имѣють склонность къ интерстиціальнымъ разрощеніямъ, къ развитію стойкихъ, *послѣсифилитическихъ*, утолщеній (табл. XIV, рис. 1). Леченіе послѣднихъ чисто хирургическое.

Самыя рѣдкія осложненія обусловливаются ядомъ *остраго суставного ревматизма*. Сильныя, сопровождающіяся опуханіемъ соединительной ткани боли, даже утолщенія доступныхъ глазу и пальцу хрящей указываютъ на то, что и суставы гортани могутъ подвергаться тѣмъ же измѣненіямъ, какъ и суставы остального тѣла. Если же послѣ приступовъ этой болѣзни остаются разстройства движенія (фиксаціи или неправильныя задержки движеній голосовыхъ связокъ), то это условно можно ставить въ связь съ остатками сильныхъ воспаленій суставовъ.

Въ остромъ стадіи необходимо къ общему леченію присоединить еще и мѣстное (Ungt. hydrarg. въ малыхъ дозахъ въ область шеи, согрѣвающей компрессъ). Впослѣдствіи умѣстны электрическія возбужденія мышцъ и массажъ.

II. Хроническія воспаленія.

1. Поверхностныя формы

этихъ процессовъ развиваются *первично* или изъ острыхъ процессовъ, или вслѣдствіе повторнаго дѣйствія незначительныхъ раздраженій, напр. сильный крикъ, продолжительный утомительный разговоръ, сильное куреніе табаку, пѣніе, вдыханіе *пыли*, въ особенности дѣйствующей химически и т. п. Явленія состоятъ въ незначительной охриплости до грубаго голоса, кашель незначительный, скудное отдѣленіе сѣрой, окрашенной пылью и т. д. слизи. Гортань представляется покраснѣвшей или цѣликомъ, или лишь мѣстами, въ особенности на голосовыхъ связкахъ, причемъ послѣднія иногда слегка утолщены, вяло замыкаются, часто зіяютъ фонаторно. Иногда развиваются ограниченныя утолщенія, которыя становятся ясными послѣ исчезанія только что упомянутыхъ вредныхъ моментовъ. Въ виду этого *леченіе* должно быть направлено главнымъ образомъ противъ послѣднихъ, которое сводится къ успокоенію органа, къ запрещенію разговора. Противъ воспаленія отлично

дѣйствуютъ смазыванія 2—5% растворомъ ляписа, при утолщеніяхъ растворомъ ихтіола. При существованіи сильной чувствительности слизистой оболочки съ наклономъ къ кровотеченіямъ слѣдуетъ ограничиться вдуваніями квасцовъ 1 : 10 сахара. Эти мѣры принимаютъ сначала ежедневно, впослѣдствіи черезъ 2—3 дня. При этомъ необходимо обращать особое вниманіе на отправление живота (регулы, стулъ).

Болѣе часто наблюдается *вторичная* форма. Почти $\frac{9}{10}$ всѣхъ случаевъ являются послѣдствіемъ страданія носоглоточнаго пространства. Наблюдаемое при послѣднихъ отхаркиваніи и т. д. является сильнымъ вреднымъ моментомъ для голосовыхъ связокъ, кромѣ того онѣ прямо раздражаются стекающимъ гноемъ и гнойной слизью, которые попадаютъ съ небныхъ дужекъ во входъ въ зѣвъ (гдѣ удается ихъ видѣть иногда на *incisura interarytaenoidea*) и отсюда на внутреннюю поверхность. Здѣсь дѣйствуетъ отдѣленіе прямо инфекціонно, далѣе мацерирующимъ образомъ вслѣдствіе прижиганія, наконецъ еще тѣмъ, что кашлемъ отрываются частички эпителія, причѣмъ могутъ наступить даже кровотечения, вслѣдствіе чего доступной для инфекціи становится и *submucosa*.

Другой причиной вторичнаго катарра является сифилисъ. Даже если гортань поражена лишь слегка, становится она болѣе доступной для инфекціи, присоединяются болѣе продолжительныя гиперэміи и ведутъ, наконецъ, иногда къ гиперплазіямъ (табл. XIV, рис. 1), въ болѣе легкихъ случаяхъ къ стойкому состоянію раздраженія слизистой оболочки.

Алкоголизмъ не дѣйствуетъ специфически; но всѣ алкоголики сильно отхаркиваютъ и откашливаются, что вредно дѣйствуетъ на гортань; въ другихъ случаяхъ способствуетъ еще чрезмѣрное куреніе табаку, обыкновенный спутникъ злоупотребленія спиртомъ. *Картина* вторичнаго пораженія можетъ имѣть громадное сходство съ первичнымъ катарромъ, характерными до извѣстной степени представляются только риногенные

процессы, такъ что, не распознавъ одинаковой причины, были даже построены отдѣльныя картины болѣзни. Въ однихъ случаяхъ, послѣ удаленія плотно приставшихъ, препятствующихъ иногда даже дыханію корокъ (табл. XXXI, рис. 3), представляется слизистая оболочка блѣдной, слегка зернистой, истинныя, а также и карманныя связки болѣе узкія, очевидно атрофированы, поверхность первыхъ грязно-желтаго цвѣта, иногда покрыта зеленоватыми пятнами (табл. X, рис. 3)—картина такъ наз. *Laryngitis sicca*; въ другихъ случаяхъ выступаютъ на первый планъ болѣе утолщенія слизистой оболочки, преимущественно эпителия (табл. XXII, рис. 3), образуя бородавчатые выступы; въ третьихъ случаяхъ появляются мозоли на голосовыхъ связкахъ, на одной или на обѣихъ, которыя, характеризуясь углубленіями на мѣстахъ болѣе плотнаго сращенія съ хрящами, или образованіемъ вдавленій на мѣстахъ соприкосновенія между собою, были разсматриваемы какъ отдѣльная форма болѣзни—*rachydermia verrucosa* (табл. X, рис. 1). Но повторныя раздраженія эпителия не всегда ведутъ къ гиперплазіи; кромѣ вышеприведенной мацерации онъ подвергается разстройству иногда еще вслѣдствіе того, что отдѣляемая кашлемъ мокрота отрываетъ частички его и служитъ причиной кровотеченій, которыя, въ особенно характерной формѣ, могутъ встрѣчаться рядомъ съ утолщеніями (табл. X, рис. 1).

Предсказаніе: immanente causa non cessabit effectus. Въ виду этого ближайшій принципъ *леченія*: первымъ долгомъ удаленіе пораженія зѣва и носа. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вполне достаточно только этого для достиженія выздоровленія. Если же основное страданіе нельзя удалить довольно быстро, то оно должно быть по возможности уменьшено, въ особенности соответствующимъ удаленіемъ отдѣленія (втягиванія въ носъ), а также леченіемъ гортани. Первымъ долгомъ доставляютъ полный покой, запрещая громко говорить, курить, употреблять раздражающую пищу и напитки.

Далѣ отличныя услуги оказываютъ смазыванія ихтиоломъ, при значительныхъ гиперплазіяхъ еще и электролизъ или удаленіе кюреткой, петлей и т. д. Само собою понятно, что у алкоголиковъ необходимо дѣйствовать противъ алкоголизма, при абдоминальной плевторѣ— противъ послѣдней; въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится примѣнять противосифилитическое леченіе.

2. Субмукозные воспаленія

являются *первично* крайне рѣдко; если вредные моменты, о которыхъ было упомянуто какъ о причинахъ хроническихъ поверхностныхъ воспаленій, распространяются и на болѣе глубокія части, то можетъ наступить и интерстиціальная инфильтрація, впоследствии склерозъ и гиперплазія.

Болѣе часто наблюдаются при специфическихъ инфекціяхъ *вторичныя* пораженія.

Сифилисъ, протекающій преимущественно въ интерстиціальной ткани, играетъ здѣсь большую роль; своими послѣдующими пораженіями сосудовъ сифилисъ значительно измѣняетъ видъ глубокихъ слоевъ. Происходитъ развитіе плотныхъ волокнистыхъ образованій съ значительными поверхностными разрощеніями (табл. V, рис. 1 и 3) или довольно быстро, или послѣ предшествовавшихъ деструктивныхъ процессовъ. Такимъ образомъ можетъ получиться картина настоящихъ фибромъ. Но и субхордальная слизистая оболочка страдаетъ нерѣдко отъ подобныхъ процессовъ, такъ что развиваются значительныя стенозы.

Послѣдняя локализациія наблюдается весьма часто и при *тифѣ* (табл. XVII, рис. 2), между тѣмъ какъ *туберкулезъ*, даже внѣ специфически пораженной области, ведетъ къ подобнымъ мозолистымъ образованіямъ и на межчерпаловидной слизистой оболочкѣ (табл. XLV, рис. 2).

Прямо типичной представляется эта форма болѣзни для *склеромы*. Толстыя, плотныя, бугристыя, блѣдныя мозоли, между ними довольно обширныя рубцевыя

втягиванія представляются характерными признаками, а также и исключительное поражение *submucosae*; послѣдствіемъ являются самые тяжелые и обширные стенозы. Но и *проказа* протекаетъ главнымъ образомъ въ соединительной ткани и оставляетъ послѣ гиперпластическаго образования узловъ довольно плотную новообразованную волокнистую сѣть, которая въ свою очередь ведетъ къ весьма сильнымъ стенозамъ.

Леченіе въ большинствѣ случаевъ чисто механическое. Новообразования необходимо удалить, эндоларингеально или послѣ тиреотоміи, желѣзомъ или огнемъ; если это невозможно, то стенозы необходимо пользоваться бужированіемъ или интубаціей, въ случаѣ необходимости послѣ предварительной трахеотоміи.

3. Хроническія воспаленія мышцъ,

насколько извѣстно въ настоящее время, всегда *вторичныя*. Точно намъ извѣстно очень мало, извѣстны намъ лишь тѣ туберкулезныя инфильтраціи мышцъ, которыя служатъ нерѣдко первымъ вѣрнымъ признакомъ инфекціи. Во всякомъ случаѣ мы вправѣ объяснить такъ назыв. мышечную атонію голосовыхъ связокъ подобнымъ образомъ, въ особенности если она односторонняя (табл. IX, рис. 2) или изолированная.

При туберкулезѣ происходитъ нерѣдко еще и токсическая дегенерация мышечнаго вещества, при трихинозѣ происходитъ прямое поврежденіе мышцъ.

Что мышечные участки принимаютъ участіе въ значительныхъ инфильтраціяхъ или язвенныхъ процессахъ различнаго характера, легко понятно, но не представляетъ собою особой важности, исключая поврежденія расширителей голосовой щели (см. ниже).

4. Хроническія воспаленія суставовъ

наблюдаются довольно часто. Они почти всегда послѣдующія или конечныя состоянія острыхъ поврежденій, явленія ихъ весьма сходны съ ними, но менѣ интенсивны.

Многіе изъ «ревматическихъ» параличей п. *resurgentis* представляютъ собою ничто иное, какъ анкилотическое фиксированіе черпаловиднаго хряща. Дифференціальный діагнозъ см. ниже при гипокинезахъ.

Лечение довольно безнадежное. Единственными средствами остаются электрическое возбужденіе мышечной дѣятельности, массажъ суставной области.

5. Хроническія воспаленія надхрящницы и хрящей

дають совершенно тѣ-же, то болѣе слабыя, то, при образованіи секвестровъ, болѣе интенсивныя явленія, о которыхъ было упомянуто выше при острыхъ формахъ. Въ виду этого мы отсылаемъ къ нимъ.

Что касается этиологій, то необходимо прибавить, что какъ при *подагра*, такъ и при *Arthritis deformans* происходятъ иногда отложенія на гортани, природа которыхъ распознается лишь на основаніи тѣсной связи съ другими явными локализациями. Лечение можетъ быть только конституціональное, хотя и здѣсь можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступить размягченіе подагрическихъ фокусовъ и потребовать хирургическаго вмѣшательства. Но подробности намъ еще совершенно неясны.

6. Комбинированныя формы хроническихъ воспаленій.

а) Третичный сифились гортани

выражается въ формѣ разлитой или ограниченной *инфильтраціи*, *новообразованій* или *язвъ*. Послѣднія появляются или съ самаго начала, или служатъ конечнымъ стадіемъ первыхъ.

Разлитой *инфильтратъ* лишь рѣдко ограничивается слизистой оболочкой, проникаетъ обыкновенно черезъ *submucosa*, часто еще въ мышцы и въ надхрящницу. Доказательствомъ служатъ столь частыя значительныя разстройства движеній, которыя могутъ раз-

виться въ самый короткій срокъ. Слизистая оболочка представляется при этомъ бархатисто покраснѣвшей, нормальныя формы замѣнены толстыми валиками, служа болѣе или менѣе ясной границей отъ окружающихъ частей (табл. XIII, рис. 1). Весьма часто осложняется картина чисто воспалительными опуханіями и отеками (табл. XXIII, рис. 2). Если инфильтраты кругловатой формы и рѣзко отличаются отъ окружающихъ здоровыхъ частей, то по аналогіи съ измѣненіями въ другихъ частяхъ они могутъ быть названы *гуммами* (табл. IV, рис. 1). Подобный характеръ усиливается еще тѣмъ, что выступы образуютъ настоящія опухоли (табл. XVIII, рис. 3 и табл. XXII, рис. 1). Гистологически представляются эти опухоли настоящими *сифиломами* (табл. XLI, рис. 2). Но эти образования видны лишь очень короткое время, наступаетъ вскорѣ распаденіе, и развиваются типичныя *язвы*, острые, красныя края которыхъ ограничиваютъ салную сѣро-зеленую углубленную поверхность (табл. V, рис. 2). Въ большинствѣ случаевъ имѣются обѣ формы одновременно.

Процессы *локализуются* главнымъ образомъ у входа въ гортань, преимущественно на надгортанникѣ, но ни одна часть не предохранена. Но самая меньшая сопротивляемость сказывается со стороны голосовыхъ связокъ, какъ части болѣе всего функціонирующей, далѣе со стороны язычной поверхности надгортанника, такъ какъ эта часть подвергается легче всего вредному дѣйствію со стороны вводимой пищи (холодъ, жаръ) и непосредственной инфекціи со стороны зѣва.

Теченіе въ первомъ стадіи, въ стадіи инфильтраціи, отличается *кажущейся медленностью*. Въ теченіе многихъ недѣль могутъ отложенія накопляться, безъ всякихъ характерныхъ для нихъ признаковъ. Этотъ періодъ, однако, протекаетъ одновременно безъ всякихъ расстройствъ, такъ что лишь въ исключительныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ изслѣдованію. Больные обращаются обыкновенно къ врачу лишь при наступленіи серьезныхъ расстройствъ. Послѣднія наступаютъ обык-

новенно къ концу инфильтраціи и въ особенности въ началѣ распада. Если, въ зависимости отъ мѣста пораженія, имѣлось вначалѣ лишь расстройство голоса и существовало лишь субъективное ощущеніе сухости въ зѣвѣ и легкое царапанье, наступають въ настоящее время иногда весьма сильныя, колющія и жгучія боли при глотаніи, послѣ сна, а также при разговорѣ, въ особенности-же весьма сильныя расстройства голоса до полной афоніи. Вслѣдствіе механически затрудненнаго или недостаточнаго замыканія можетъ наступить захлебываніе.

Если язвенный стадій законченъ, то наступаетъ *рубцеваніе*. Первичное значительное соединительнотканное разрощеніе заканчивается подобнымъ-же соединительнотканнымъ сморщиваніемъ и ведетъ, такъ какъ нормальная ткань замѣнена инфильтратомъ, къ значительнымъ уменьшеніямъ объема, между тѣмъ какъ съ другой стороны могутъ оставаться тканевыя массы на мѣстахъ, на которыхъ ихъ прежде не имѣлось. Такимъ образомъ развиваются съ одной стороны дефекты (табл. IV, рис. 3), съ другой значительныя рубцевыя сморщиванія и перепончатыя образованія (табл. XXX, рис. 3).

Но развитіе болѣзненныхъ явленій не всегда прекращается съ прекращеніемъ дѣйствія сифилитическаго яда. Смѣшанныя инфекціи, въ особенности на такихъ мѣстахъ, которыя неудобны для выведенія болѣзненныхъ продуктовъ, напр. въ субмукозныхъ слояхъ, въ надхрящницѣ и суставахъ, ведутъ къ извѣстнымъ расстройствамъ, невзирая на противосифилитическое леченіе, которымъ противодействовать можетъ лишь собственная сила организма или извѣстныя хирургическія вмѣшательства. Единственно послѣднія имѣютъ значеніе въ случаяхъ, въ которыхъ приходится удалять неспособныхъ болѣе къ жизни частей, *секвестровъ*, на существованіе которыхъ указываютъ нерѣдко неисчезающая или постоянно повторяющаяся реакція на извѣстномъ мѣстѣ.

Существованіе подобныхъ *послѣсифилитическихъ*

осложненій сказывается при сифилитическомъ леченіи вскорѣ остающимися опуханіями и пр., иногда долгое время спустя еще появленіемъ рецидивирующихъ разрощений. Первый способъ вытекаетъ изъ табл. XIII, рис. 3, второй—изъ таб. V, рис. 1 и 3.

Различіе между подобными послѣсифилитическими воспалениями и специфическими гранулемами распознается лучше всего гистологически: табл. XL, рис. 2 и табл. XII, рис. 1 представляютъ собою образованія перваго рода, вторичныя бородавчатыя образованія между тѣмъ какъ рис. 1 на табл. XII представляетъ собою настоящую сифилому.

Диагнозъ третичныхъ пораженій лишь рѣдко удается поставить исключительно на основаніи одного симптома, напр. ларингоскопической картины, въ большинствѣ случаевъ необходимо обращать вниманіе на анамнезъ, на существованіе другихъ данныхъ, преимущественно остатки предшествовавшихъ пораженій на другихъ частяхъ тѣла. Отличіемъ отъ другихъ процессовъ служить въ особенности существующее въ *stadio florido* воспаление сосѣднихъ частей, далѣе болѣзненное опуханіе железъ, при образованіи язвъ гладкій острый край, при инфильтраціи быстрое распаденіе, въ томъ и другомъ случаѣ обширное часто распространеніе.

Для отличія отъ туберкулеза служитъ еще теченіе и данныя со стороны легкаго и мокроты, отъ злокачественныхъ процессовъ—выясненіе болѣе медленнаго или быстраго теченія, въ особенности-же быстрое распаденіе инфильтратовъ, далѣе главнымъ образомъ дѣйствіе противосифилитическихъ средствъ. Въ виду этого столь часто диагнозъ *ex juvantibus*.

Послѣсифилитическіе процессы, какъ таковые, распознаются еще съ большимъ трудомъ. Въ большинствѣ случаевъ необходимъ весьма точный анамнезъ для выясненія вопроса. Необходимо, однако, обратить особое вниманіе на значительную частоту подобныхъ процессовъ; многіе упорные «гипертрофическіе» катарры, многія «нервныя» или считаемыя паралитическими

разстройства движеній представляютъ собою ничто иное, какъ остатки прежнихъ инфекціонныхъ процессовъ.

Лечение необходимо предпринять возможно раньше, въ противномъ случаѣ оно приноситъ мало пользы. Инфильтраты могутъ оставаться неизмѣненными въ теченіе долгаго времени, недѣлями, вслѣдствіе чего характеръ ихъ остается невыясненнымъ. Разъясняющее язвенное распаденіе, при его наступленіи, не можетъ быть болѣе задержано, оно служитъ лишь доказательствомъ уже *законченнаго* некротизирующаго процесса. Въ виду этого здѣсь имѣетъ мѣсто *obstare principii*.

Какъ при всѣхъ тяжелыхъ формахъ сифилиса, сюда слѣдуетъ, въ виду малой разновидности локализаціи, отнести и сифилисъ гортани, не оказываетъ никакого дѣйствія иногда іодистый кали, въ особенности въ малыхъ дозахъ. Весьма рационально назначать слѣдующій растворъ:

Rp. Sol. Kalii iodati 10,0 : 150,0

Natr. carbon. 5,0

Syr. Cort. aurant. 25,0

MDS. 3 раза въ день по 1 стол. л. передъ ѣдой.

Одновременно по возможности лечение втираніями или впрыскиваніями одной изъ солей ртути; я предпочитаю Hydrarg. salicyl. 1,0; Paraffin. liquid. 9,0, каждый 3-й день по 1 шприцу Праваца.

Мѣстное лечение требуется лишь при осложненіяхъ; значить, остающаяся послѣ язвеннаго распаденія само собою понятная смѣшанная инфекція, далѣе часто весьма значительные остатки болѣзни, а также извѣстные угрожающіе симптомы.

При первомъ, значить при образованіи язвъ, прибѣгаютъ послѣ отторженія струпа къ прижиганію ляписомъ *in substantia*; струпь предохраняетъ отъ противоинфекціи, способствуетъ болѣе быстрому отторженію подвергнувшихся некрозу частей, наконецъ, уменьшаетъ боль, служа покровомъ.

При существованіи одышки прибѣгаютъ, если воз-

можно, къ скарификаціямъ инфилтратовъ, къ удаленію опухолевидныхъ образованій, въ случаѣ необходимости къ трахеотоміи.

Остатки болѣзни: образованіе секвестровъ, отдѣленію которыхъ можно способствовать кюреткой, иногда лишь производствомъ тиреотоміи, далѣе глубокіе абсцессы, вскрываемые изнутри или снаружи, опухолевидныя образованія, которыя необходимо удалить, наконецъ рубцовыя сокращенія или гиперплазіи, противъ которыхъ примѣняютъ или механическое растяженіе, или оперативное удаленіе.

b) Туберкулезъ гортани.

Развитіе: Инфекція можетъ поражать первично этотъ, какъ и всякій другой органъ, причемъ чаще, однако, присоединяясь къ другой болѣзни. Путь вѣдренія инфекции опредѣлить здѣсь еще болѣе трудно, чѣмъ на другихъ мѣстахъ. Онъ идетъ или черезъ неповрежденный, повидимому, или поврежденный эпителий, или черезъ лимфатическіе пути, причемъ первое происходитъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, при развивающихся послѣ легочной чахотки пораженіяхъ, послѣднее скорѣе при первичныхъ на видѣ формахъ, которыя появляются дѣйствительно нерѣдко за скрытыми пораженіями верхнихъ дыхательныхъ и пищеварительныхъ путей. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что гортань можетъ инфицироваться пораженными шейными железами. Сюда относятся, безусловно, многіе «первичные» случаи.

Анатомія: Главное это—туберкулезный инфилтратъ, представляющій необыкновенно ясное строеніе бугорка Schüppel-Langerhans'a, иногда неправильной формы разлитое скопленіе мелкихъ клѣтокъ, преимущественно вокругъ сосудовъ и железъ. Излюбленнымъ мѣстомъ представляется середина задней стѣнки (табл. XIX, рис. 3, табл. XXI, рис. 1), основаніемъ для этого рыхлое распределеніе имѣющей здѣсь ткани и скопленіе здѣсь легочной мокроты. Но и другія мѣста подвергаются первичному пораженію, рѣже всего надгортаникъ.

Инфильтратъ остается иногда ограниченнымъ, иногда занимаетъ обширныя пространства, проникая въ глубину. Въ общемъ реакція со стороны окружающихъ частей незначительна, соотвѣтственно этому и ихъ сопротивленіе. Если этимъ сопротивленіемъ положена граница распространенію въ глубину, то развивается люповная форма болѣзни (табл. IV, рис. 2), которая характеризуется многочисленными выступами инфильтрата и медленнымъ теченіемъ; гистологически отличается въ особенности сильнымъ реактивнымъ разрощеніемъ эпителия. Съ теченіемъ процесса инфильтратъ можетъ быстро подвергнуться некротическому распаденію, на поверхности появляются язвы, въ глубинѣ мягкіе и твердые секвестры (табл. XII, рис. 2, табл. XX, табл. XXI, рис. 2, табл. XXIX).

Въ первомъ случаѣ данъ свободный доступъ для смѣшанной инфекціи, но и довольно часто возможность реактивнаго отторженія болѣзненнаго фокуса. Распаденіе происходитъ часто только на функционально разстроенныхъ частяхъ, такъ что инфильтратъ распространяется далеко за область видимой язвы (табл. XX).

Въ другихъ случаяхъ существуетъ бугорковое образование долгое время въ глубинѣ и ведетъ нерѣдко къ неспецифическому разрощенію эпителия, иногда и *submucosae*; эти разрощенія представляются въ видѣ валиковъ. Въ большинствѣ, однако, случаевъ послѣдніе состоятъ изъ больной ткани. Послѣдняго характера разрощенія могутъ вести къ настоящему образованію опухолей, нетронутая поверхность которыхъ и даже ножка могутъ ввести въ заблужденіе относительно дѣйствительной ихъ природы. (Табл. XXI, рис. 2, табл. XXII, рис. 1, табл. XXVI, рис. 2, табл. XXVIII, рис. 2).

Если поражается надхрящница на большомъ протяженіи, то развиваются отечныя опуханія, впоследствии некрозы, излюбленными мѣстами которыхъ являются перстневидный и черпаловидные хрящи, соотвѣтственно самой частой локализациі на слизистой оболочкѣ (на задней стѣнкѣ).

Всѣ эти анатомическія формы смѣшиваются часто въ весьма своеобразную картину обезображиваній и разрушеній.

Ларингоскопическая картина: Однимъ изъ самыхъ частыхъ явленій, въ особенности вначалѣ, представляется выступаніе острыхъ или тупыхъ стержней въ межчерпаловидной области, подъ которыми, однако, скрываются нерѣдко уже язвы. Эти стержни обыкновенно блѣдные, какъ и вся гортань и зѣвъ (анэмія). Но бываютъ весьма частыя исключенія. Съ другой стороны, сказывается процессъ уже парезами или краснотой голосовыхъ связокъ, на одной или обѣихъ сторонахъ. Кромѣ того наблюдаются довольно часто незначительныя утолщенія и выступы. Если инфильтраты на голосовыхъ связкахъ распадаются, то получаютъ грязноватые или желтые, иногда покрытые грануляціями красные дефекты съ болѣе или менѣе утолщенными или бугристыми краями (табл. XII, рис. 2, табл. XXI, рис. 2). Декубитальное дѣйствіе другой связки ведетъ къ полному продольному расщепленію пораженной связки, такъ что она кажется распавшейся на верхнюю и нижнюю части (табл. XVI, рис. 2).

На карманвыхъ связкахъ имѣются почти исключительно утолщенія, которыя при равномерномъ инфильтратѣ ведутъ къ кажущемуся уменьшенію ширины лежащихъ подъ ними голосовыхъ связокъ (табл. XXV, рис. 2).

На надгортанникѣ поражаются особенно часто фолликулы, въ особенности по краю, и быстро распадаются; тонкость покрова ведетъ нерѣдко къ воспаленію надхрящницы съ значительными опуханіями (табл. VI, рис. 2).

Туберкулемы явленіе довольно частое; онѣ характеризуются ясными побочными явленіями, но и наружный ихъ видъ: неправильная бугристая поверхность и широкое основаніе, указываетъ въ большинствѣ случаевъ на истинный ихъ характеръ.

Диагнозъ, въ виду этого, сопряженъ нерѣдко съ гро-

мадными затрудненіями. Главной руководящей нитью должно служить то, что туберкулезъ гортани представляет собою обыкновенно лишь частичное явленіе. Не слѣдуетъ, однако, забывать, что одно и то-же лицо можетъ страдать одновременно чахоткой легкихъ и сифилисомъ гортани, и что обѣ эти болѣзни наблюдаются въ гортани нерѣдко одновременно (табл. XXI, рис. 1).

Въ общемъ характеризуются туберкулезныя отложенія въ гортани медленнымъ развитіемъ, незначительной краснотой, равномернымъ переходомъ на сосѣднія ткани. Язвы снабжены обыкновенно слегка сочковыми волнистыми краями; часто бываютъ видны только края, въ особенности въ формѣ образованія зубцовъ на задней стѣнкѣ. Послѣднее наступаетъ въ раннемъ стадіи до того часто, что эту локализацию считали прямо рѣшающей для діагноза. Туберкулезъ узнается по широкому основанію и бугристой поверхности, инфильтраты по твердости и блѣдности. Хотя каждое изъ этихъ явленій и совершенно ясно для болѣе опытныхъ, тѣмъ не менѣе комбинація ихъ, какъ это и наблюдается чаще всего, значительно облегчить діагнозъ, въ особенности если отдѣльныя формы атипичны. Весьма часто измѣняется картина вслѣдствіе смѣшанной инфекции и функціональнаго раздраженія.

Всегда необходимо одновременно руководствоваться данными изслѣдованія всего тѣла, въ особенности легкихъ, подвергать изслѣдованію отдѣленіе язвъ и частички экстирпированной ткани, причемъ, что касается перваго, возможно смѣшеніе съ легочной мокротой, чего не удается всегда избѣжать даже послѣ тщательной очистки. Иногда приходится сравнивать теченіе въ сравненіи съ сифилисомъ, или ракомъ и т. д., иногда приходится прибѣгать къ продолжительному противосифилитическому леченію. Въ общемъ можно сказать, что діагнозъ нельзя поставить исключительно на основаніи теоретическихъ описаній, необходимъ опытъ и наблюденіе за развитіемъ многочисленныхъ картинъ.

Картина туберкулеза характеризуется не только данными изслѣдованія въ настоящую минуту, напротивъ, необходимо знать, что было раньше и какія измѣненія наступаютъ на нашихъ глазахъ.

Симптомы: разстройство голоса, часто уже довольно рано, вслѣдствіе перерожденія мышцъ или инфильтраціи, впоследствии вслѣдствіе измѣненій слизистой оболочки голосовыхъ связокъ или межчерпаловиднаго пространства; при воспаленіяхъ, въ особенности области задней стѣнки, сильный кашель; затрудненія глотанія вслѣдствіе язвъ на функционально занятыхъ мѣстахъ; наконецъ одышка при воспаленіи надхрящницы, при разлитыхъ инфильтратахъ, при болѣе крупныхъ опухоляхъ.

Леченіе необходимо раздѣлить на *куративное* и *симптоматическое*. Для перваго пригодны случаи, въ которыхъ, на основаніи данныхъ со стороны легкихъ, общаго состоянія и наблюдавшагося теченія имѣется надежда, что по излеченіи пораженія гортани наступитъ полное или временное выздоровленіе. Самостоятельное излеченіе пораженія гортани хотя и наблюдается, но до того рѣдко, что съ практической точки зрѣнія болѣе правильно придерживаться взгляда, что подобнаго явленія не наступаетъ вовсе. Лечебныя мѣры: при ограниченномъ начальномъ инфильтратѣ энергичный curettement, присоединяя, въ случаѣ необходимости, разрушеніе основанія острымъ прижигателемъ или при помощи электролиза; при разлитомъ пораженіи вырѣзаніе двойной кюреткой, въ особенности на верхней сторонѣ задней стѣнки; при изъязвленіи сильное выскабливаніе и втираніе 30—50% раствора молочной кислоты; опухоли удаляютъ кюреткой или каленой петлей. Если распространеніе или мѣсто пораженія препятствуютъ полному уничтоженію болѣзненнаго per vias naturales, то слѣдуетъ произвести тиреотомию, послѣ которой уже приступаютъ къ тщательной очисткѣ. Весьма рационально осматривать на 2—3 день, такъ какъ во время операціи легко просмотрѣть важныя обстоятельства вслѣдствіе кровотеченія.

По нашему мнѣнію, мало рациональной представляется экстирпация гортани, даже при весьма распространенномъ поражениі, но зато весьма цѣлесообразнымъ представляется частичное вырѣзаніе пораженныхъ хрящей при Chondro-Perichondritis.

Симптоматическое леченіе показуется въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ состояніе гортани требуетъ вмѣшательства, между тѣмъ какъ отъ вышеприведенныхъ мѣръ нельзя ожидать ни излеченія, ни продолжительнаго улучшенія.

Болѣзненные или затрудняющія глотаніе изъязвленія пользуются втираніями молочной кислоты, причемъ, если находятся на болѣе сильномъ инфильтратѣ, послѣ предварительнаго curettement; опухоли, препятствующія дыханію, удаляютъ; перихондритическимъ абсцессамъ даютъ свободный стокъ; постоянная одышка, которую не удастся устранить подобнымъ образомъ, въ особенности если она обусловлена перихондритомъ или субхордальными инфильтратами, требуетъ производства трахеотоміи; послѣдняя показуется и при разлитыхъ изъязвленіяхъ, такъ какъ изъятіе гортани ведетъ къ уменьшенію разстройствъ и даетъ даже извѣстное улучшеніе. Кромѣ того (помимо общаго леченія, показуемаго при туберкулезѣ), въ безнадежныхъ случаяхъ назначаютъ большія дозы морфія, больные вѣдь не доживаютъ до наступленія морфинизма. Весьма благотворно дѣйствуютъ вдыханія бальзамическихъ веществъ уже тѣмъ, что маскируютъ зловонный запахъ, хотя терапевтическая польза весьма сомнительна. Скипидаръ, ментолъ, перуанскій бальзамъ или *Ol. pini pumilionis* наливаютъ на вату, находящуюся въ глиняной трубкѣ, и заставляютъ вдыхать пары черезъ нее или вливаютъ эти вещества въ горячую воду и вдыхаютъ пары черезъ бумажную трубку, которою покрыта чашка.

Изъ числа общетерапевтическихъ мѣръ мы упомянемъ здѣсь, какъ о весьма важномъ фактѣ, о продолжительномъ пребываніи на тихомъ и, главнымъ образомъ, свободномъ отъ пыли воздухѣ. Это и полный

покой гортани относятся какъ къ куративному, такъ и къ симптоматическому леченію. Необходимо еще упомянуть, что послѣднее сопровождается иногда эффектомъ перваго, такъ что иногда наблюдаются случаи неожиданнаго излеченія.

с) Проказа гортани

является весьма рѣдкимъ осложненіемъ общей инфекціи, но всегда важна въ виду угрожающихъ для жизни стенозовъ. Твердый узловатый инфильтратъ, который совершенно аналогичный съ появляющимся на кожѣ, значительно суживаетъ просвѣтъ, и состояніе значительно ухудшается еще послѣдующими изъязвленіями съ сильными рубцевыми сокращеніями.

Довольно часто наблюдаются значительные дефекты органа, въ особенности надгортанника.

Диагнозъ не представляетъ затрудненій, такъ какъ гортань никогда не поражается отдѣльно или ранѣе другихъ частей. *Леченіе* ограничивается трахеотоміей.

д) Склерома

наблюдается иногда въ нашихъ мѣстностяхъ. Еще не такъ давно была извѣстна лишь риносклерома, и это служитъ важнымъ для діагноза обстоятельствомъ, что гортань и трахея поражаются лишь вторично. Но и въ гортани находятъ характерные блѣдные, твердые какъ хрящъ инфильтраты и бугристыя плоскія опухоли, покрытыя сухими гнойными корками, одинаково, какъ и въ носу. Поражается преимущественно субхордальное пространство, такъ что въ просвѣтъ вдаются толстые мягкіе валіки.

Въ сомнительныхъ случаяхъ діагнозъ обезпечивается констатированіемъ характерныхъ бактерій въ экстирпированныхъ тканевыхъ частичкахъ.

Леченіе въ настоящее время не даетъ никакихъ результатовъ; весьма часто приходится прибѣгать къ трахеотоміи.

е) Подагра и Arthritis deformans

представляютъ собою весьма рѣдкія формы воспаления гортани. При первой образуются скопища на надгортанникѣ, а также и на большихъ хрящахъ. На мѣстахъ выпячиванія ими слизистой оболочки представляется послѣдняя рѣзко свѣтложелто-краснаго цвѣта, консистенція инфильтратовъ твердая и зернистая. Изъязвленіе можетъ наступить здѣсь, какъ и на другихъ мѣстахъ.

Второю болѣзною поражаются суставы гортани, послѣдствіемъ чего являются разстройства движеній, причина которыхъ, какъ и при подагрѣ, можетъ быть выяснена лишь на основаніи связи съ общими явленіями.

III. Новообразованія гортани

могутъ быть раздѣлены на *гомологенныя*, которыя по характеру ткани и строенію отвѣчаютъ основной ткани или частямъ ея, и на *гетерологенныя*, при которыхъ не имѣется того или другого, и наступаетъ *атипичный* ростъ. Между гомологенными мы можемъ отличать еще новообразованія отдѣльныхъ частей ткани отъ гиперплазій нѣсколькихъ или всѣхъ гистологическихъ факторовъ.

1. Гомологенныя опухоли.

а) Новообразованія отдѣльныхъ тканей.

Фиброма, чисто соединительнотканная опухоль съ лишь вторично разросшимся въ ширину, безъ особаго разрощенія, эпителиемъ, встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ это обыкновенно діагностицируютъ, такъ какъ воспалительныя гиперплазіи ведутъ весьма часто къ смѣшеніямъ.

Гистологически состоитъ опухоль преимущественно изъ фолокнистой ткани, а также изъ эластическихъ волоконъ, причемъ вовсе не имѣетъ или лишь очень мало

круглыхъ клѣтокъ; послѣднія находятся преимущественно на поверхности, по вѣсѣмъ вѣроятіямъ, вслѣдствіе механическаго ея раздраженія.

Отечныя и слизистыя перерожденія наблюдаются весьма часто внутри, измѣняя при этомъ характеръ опухоли лишь очень мало. Если они ведутъ къ размягченію ткани, то послѣдняя можетъ всосаться совершенно, можетъ развиться киста (табл. XXXIX, рис. 1).

Мѣсто нахожденія различно, обыкновенно на мѣстахъ рыхлой ткани, *видъ* блѣдно—свѣтлокрасный иногда, вслѣдствіе мацерации, жирового перерожденія или ороговѣнія эпителія, бѣлаго цвѣта или пятнами (табл. XXXI, рис. 2). *Поверхность* гладкая или слегка волнистая; но и при этой опухоли не исключена сосочковая складчатость и вслѣдствіе этого видъ тутовой ягоды, какъ это часто наблюдается въ полости носа. Подобную опухоль слѣдуетъ назвать *сосочковой фибромой*.

Фиброма наблюдается преимущественно у мужчинъ въ болѣе пожиломъ возрастѣ (отъ 30 до 50 лѣтъ), но и въ старческомъ, и представляетъ собою безусловно доброкачественную опухоль.

Хондрома наблюдается весьма рѣдко; это вѣрнѣе экхондрозы гортанныхъ хрящей, которыми выпячивается слизистая оболочка. Развитие ихъ неизвѣстно.

Изъ числа *аденомъ* намъ извѣстны лишь тѣ, которыя представляются въ видѣ *кистъ*: расширенія заросшихъ железъ. Подобныя кисты находятся преимущественно на надгортанникѣ и въ состояніи при достаточной величинѣ затрудняютъ дыханіе.

Эпителиомами можно назвать тѣ разрощенія эпителія, которыми не смѣщается ни основная ткань (такъ какъ растутъ преимущественно къ поверхности), ни вытягивается въ разрощенія. Впрочемъ, подобный изолированный ростъ наблюдается довольно рѣдко. Примѣръ изображенъ на табл. XXXIV, рис. 3.

Доброкачественность опухоли сказывается отсутствіемъ рецидивовъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

Настоящія *ангіомы* развиваются изъ расширеній

венъ и капилляровъ. На табл. XXXIX, рис. 2 изображена ангиома изъ венъ. Громадныя поля пространства окружены лишь малочисленными, отчасти отечно перерожденными плотными соединительнотканными волокнами. Эти опухоли, съ гладкой или бугристой поверхностью, краснаго или синебагроваго цвѣта (табл. XXI, рис. 2) и значительно измѣняютъ своей объемъ. Онѣ имѣютъ склонность къ кровотеченіямъ внутрь (Вl. на рисунокѣ), но и наружи. Эти опухоли встрѣчаются относительно довольно рѣдко. Онѣ осложняются часто участіемъ основной ткани (см. ниже).

Но и лимфатическіе сосуды расширяются иногда до формы опухолей. *Лимфаніомы*, отчасти чисто эктатическаго характера, отчасти представляя также разрощенія стѣнокъ, ведутъ иногда къ *образованію кистъ*. Но и въ нихъ находятъ обыкновенно отечное перерожденіе тканей на нѣкоторыхъ мѣстахъ. По наружному виду онѣ отличаются лишь мало отъ фибромъ, гиперплазій.

Другая часть лимфатическаго аппарата, фолликулы, подвергаются иногда перерожденію при общей лейкэмii. Эти *лимфомы* находятся главнымъ образомъ на надгортанникѣ, который уже при нормальныхъ условіяхъ снабженъ богаче всего фолликулами; но подобныя опухоли встрѣчаются и у входа въ гортань. Онѣ представляются въ видѣ бѣловатыхъ сегментовъ шара. Распознаваніе ихъ (безъ гистологическаго изслѣдованія) удается лишь при существованіи другихъ локализаций и на основаніи данныхъ изслѣдованія крови.

Леченіе исключительно общее.

Болѣе часто, чѣмъ эти простого строенія опухоли, наблюдаются смѣшанныя опухоли;

в) гиперплазіи цѣлыхъ слоевъ.

Происхожденіе ихъ обыкновенно воспалительнаго характера, которое часто удается доказать изъ анамнеза; анатомически характеризуются болѣе или менѣе силь-

нымъ поражениемъ сосудовъ. Последнее выступаетъ въ особенности въ случаяхъ существованія сифилиса, между тѣмъ какъ при сопровождающихъ вторично туберкулезъ, не специфическихъ разрощеніяхъ бросается въ глаза разрощеніе эпителія. На основаніи этого весьма разнообразнаго, но всегда другими причинами обусловленнаго происхожденія можно было бы эту группу назвать *вторичными новообразованиями*. Хотя эти опухоли не достигаютъ обыкновенно величины вышеописанныхъ, но тѣмъ не менѣе обуславливаются ими весьма серьезные расстройства голоса, иногда и дыханія.

Изъ этой, находящейся въ тѣсной внутренней связи группы можно выдѣлить отдѣльные виды, если и не по клиническому достоинству, то во всякомъ случаѣ на основаніи гистологическихъ признаковъ; при этой классификаціи необходимо, однако, помнить, что по существу своему они почти равны.

Чаще всего наблюдается *фиброэпителиома*: то разрастается главнымъ образомъ эпителій (табл. XXXIII, рис. 3, табл. XXXIV, рис. 1), то соединительная ткань (табл. XXXIII, рис. 1), то обѣ ткани одинаково (табл. XXXIII, рис. 2, табл. XXXV, рис. 1, табл. XL, рис. 2, табл. XLI, рис. 1).

Соединительная ткань болѣе или менѣе богата волокнами, находясь въ зависимости отъ болѣе или менѣе сильнаго воспалительнаго скопленія круглыхъ кѣтокъ; последнее происходитъ преимущественно вокругъ сосудовъ, образуя иногда большіе конгломераты, въ другихъ случаяхъ субэпителіально въ видѣ длинныхъ полосъ, иногда въ болѣе разлитомъ видѣ. Весьма часто поражаются и стѣнки сосудовъ (артеріи), въ особенности *media* образуетъ довольно толстые слои, иногда и *intima* и *adventitia*. Эти утолщенія сосудистой стѣнки всегда выражены болѣе сильно при послѣсифилитическихъ разрощеніяхъ.

Вены поражаются гораздо рѣже; довольно часто находятъ эластическія вены, которыя при болѣе сильномъ развитіи могутъ даже вести къ образованію ангиомъ (табл. XXXIII, рис. 1).

Эпителій, хотя и разрастается лишь вторично, придает опухолям типичную форму, такъ какъ ничто иное не бросается такъ сильно въ глаза, какъ именно эти значительныя разрощенія. Неполные разрѣзы могутъ, въ виду этого, ввести малоопытнаго въ заблужденіе и ставить діагнозъ рака тамъ, гдѣ его нѣтъ, такъ какъ сильно выдающіеся сосочки на полуплоскихъ разрѣзахъ представляются почти изолированными въ ткани. Картина осложняется многочисленными ороговѣніями до роговидныхъ образований.

Если сосуды подвергались разрастанію въ длину (табл. XL, рис. 1) или въ ширину (табл. XXXIX, рис. 3), то опухоль мы можемъ назвать *ангиофибромой*, между тѣмъ какъ расширенія лимфатическихъ сосудовъ (табл. XXXVIII, рис. 2) характерны для *лимфангиофибромы*.

Если въ разрощеніи дѣятельное участіе принимаютъ железы, то можетъ наступить и перерожденіе ихъ эпителия, развиваются *коллоидныя опухоли*, которыя ведутъ иногда къ образованію кистъ.

Эти новообразования представляются интереснѣе всего въ случаяхъ, въ которыхъ имѣютъ *сосочковую* форму. *Сосочковая фиброэпителиома* представляетъ даже клиническія особенности. Гистологически она характеризуется вѣтвеобразными разрощеніями соединительной ткани, исходящими или съ широкаго, параллельнаго поверхности основанія, или изъ толстаго ствола, покрытыми довольно толстымъ слоемъ эпителия. Каждая вѣтвь питается сосудистой петлей (артерія и вена). О происхожденіи этихъ новообразований у взрослыхъ намъ ничего неизвѣстно положительнаго; предположеніе, что извѣстныя формы происходятъ вслѣдствіе извѣстнаго характера раздраженій, имѣетъ многое за себя, тѣмъ болѣе, что подобныя же опухоли у дѣтей безусловно происходятъ изъ острыхъ инфекцій (корь, коклюшъ).

Но и эти опухоли представляютъ нерѣдко ангиэктатическія и артеритическія явленія, а также мелкоклѣ-

точные инфильтраты, какъ выраженіе воспалительнаго раздраженія.

Смотря по мѣсту, наружному виду и клиническому отношенію, независимо отъ этиологическихъ и гистологическихъ качествъ, опухоли этой группы получили отдѣльныя названія. Въ общемъ зависитъ мѣсто ихъ отъ характера причиннаго раздраженія.

Маленькія твердыя новообразованія появляются весьма часто на свободномъ краѣ голосовыхъ связокъ, на границѣ средней и передней трети; они называются узелками пѣвцовъ (табл. XIV, рис. 2, табл. XXIII, рис. 1). Здѣсь они являются обыкновенно послѣдствіемъ функциональнаго переутомленія.

Если фиброэпителиомы развиваются на голосовыхъ отросткахъ, то онѣ представляютъ собою нерѣдко чашкообразныя отложенія на одной сторонѣ, бородавчатые выступы—на другой, причемъ во время фонаціи послѣднія вдавливаются въ первыя. Но и на задней стѣнкѣ видны подобныя же, твердыя, плоскія образованія, или одновременно или самостоятельно (табл. X, рис. 1, табл. XVI, рис. 1, табл. XXII, рис. 3). Въ прежнее время полагали, что эта локализція и обусловленныя ею механическія измѣненія наружнаго вида можно считать за признакъ отдѣльной болѣзни, *rachydermia laryngis*. Объ этиологіи этой именно формы гиперплазій вслѣдствіе раздраженій см. выше.

Болѣе крупныя подобнаго характера новообразованія развиваются скорѣе всего на мѣстахъ рыхлой соединительной ткани, гдѣ могутъ имѣть громадное сходство съ обыкновенными фибромами (табл. XXXI, рис. 1).

Если гипертрофируются части слизистой оболочки въ области Морганіевыхъ кармановъ, то своею тяжестью онѣ могутъ разрыхлять основную ткань до того, что опухоль можно вправить въ карманъ зондомъ или извѣстными движеніями гортани, или высвободить ее этими же манипуляціями; такимъ образомъ получается картина *prolapsus ventriculi Morgagni* (табл. XVIII, рис. 1).

Но и разрощенія, сопровождающія сифились и туберкулезъ, находятся всегда на мѣстахъ раздраженія, или вблизи язвъ или надъ инфильтратами; если они появляются въ видѣ послѣсифилитическихъ, то съ увѣренностью можно принять, что подъ ними находится, иногда уже давно существующій, воспалительный фокусъ.

Симптомы гомологенныхъ опухолей находятся въ зависимости отъ мѣста: разстройства голоса (обложенный и даже своеобразно грубый голосъ, ослабленіе и поврежденіямъ полная афонія), иногда раздражительный кашель, нерѣдко съ рефлекторными судорогами голосовыхъ связокъ (приступы одышки), при соответствующей величинѣ и мѣстѣ нерѣдко сильное затрудненіе дыханія. Если опухоль подвижная, то симптомы могутъ мѣняться, причемъ иногда появляется даже новый: замѣчаемое респираторно или фонаторно хлопаніе, обусловленное болтающейся въ струѣ воздуха опухолью (табл. XXXI, рис. 2).

Что касается *леченія*, то при болѣе крупныхъ опухоляхъ оно должно всегда состоять въ механическомъ удаленіи, при гиперплазіяхъ необходимо обращать особое вниманіе на этиологію, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ безъ знанія этиологіи трудно устранить подобныя измѣненія. Функциональныя раздраженія необходимо устранить извѣстными мѣрами (запрещеніе курить, говорить, пѣть, избѣгать неправильнаго пѣвія и т. д.), причинныя страданія зѣва и носа необходимо пользоваться соответствующимъ образомъ, слѣдуетъ отыскивать фокусы сифилитическаго или туберкулезнаго характера.

При сосочковыхъ формахъ необходимо всегда помнить, что источникъ ихъ роста хотя и неизвѣстенъ, но находится навѣрняка въ основной ткани. Если желаютъ избѣгать рецидивовъ, то послѣднюю слѣдуетъ удалить совершенно. При сидящихъ на широкомъ основаніи сосочковыхъ опухоляхъ и въ особенности у дѣтей, приходится поле операциі сдѣлать доступнымъ ларингофиссурой.

Здѣсь не мѣсто входить въ подробное разсмотрѣніе техники удаленія опухолей.

2. Гетерологенныя новообразованія.

Совершенно инородными представляются два вида опухолей, *Lipoma* и *Struma*.

Липома появляется въ формѣ сидящихъ на широкомъ основаніи, дольчатыхъ, снабженныхъ иногда пальцевидными отростками опухолей на мѣстахъ рыхлаго прикрѣпленія слизистой оболочки, въ особенности у входа въ гортань. Такъ какъ липомы почти никогда не развиваются метастатическимъ путемъ, то можно предположить, что онѣ развиваются вслѣдствіе жирового перерожденія въ фибромахъ.

Опухоли изъ зубной ткани могутъ развиваться изъ занесенныхъ щитовидныхъ железъ (*struma accessoria*), представляя такимъ образомъ собою уродства. Эти опухоли покрыты нормальной слизистой оболочкой, растутъ медленно, иногда довольно сильно. Съ ними не слѣдуетъ смѣшивать довольно частыя выпячиванія настоящихъ зубовъ въ полость зѣва или гортань (рис. 17).

Въ противоположность этимъ инороднымъ опухолямъ, исходятъ **злокачественныя** опухоли изъ нормальныхъ тканевыхъ частей, но становятся гетерологенными вслѣдствіе атипичнаго роста.

Ракъ

встрѣчается почти исключительно первично.

О развитіи этой опухоли намъ почти ничего не извѣстно положительнаго. Семейное предрасположеніе безусловно существуетъ. Давно извѣстно, что сифилитическія и другія изъязвленія эпителия могутъ вести къ атипичному разрощенію. *Строеніе* обыкновенно такъ наз. эпителиальнаго рака, болѣе рѣдко исходитъ опухоль изъ железъ. Обыкновенно инфильтрируется разрощеніемъ относящаяся почти пассивно ткань, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ (табл. XXVII, рис. 1 и табл. XXVIII, рис. 3) разрастается соединительная ткань до того сильно, что

образуется твердая ножка, на которой сидит раковая опухоль; кромѣ того, видящаяся опухоль можетъ быть окружена плотными волокнами до того сильно, что сильно задерживается ростъ опухоли (скирръ).

Ларингоскопически картина весьма разнообразна уже вслѣдствіе того, что часто видимой становится не сама опухоль, а лишь болѣе поверхностное, обусловленное раздраженіемъ въ глубинѣ (вторичное) разрощеніе доброкачественнаго характера. Подобныя разрощенія могутъ годами предшествовать ясному развитію злокачественной опухоли; подобныя условія повели къ предположенію возможности превращенія доброкачественныхъ опухолей въ раковыя.

Въ однихъ случаяхъ видны многочисленныя сосочковыя разрощенія на краяхъ голосовыхъ связокъ, въ другихъ—разлитое превращеніе части гортани въ твердые узлы (табл. XIV, рис. 2) или въ плоскій сосочковый слой (табл. XXVII, рис. 1), далѣе твердый слегка бугристый и сильно разлитый инфильтратъ, наконецъ весьма большія клубневидныя опухоли (табл. XVII, рис. 1). Съ дальнѣйшимъ теченіемъ распадается опухоль и весьма характернымъ становится смѣсь яснаго новообразованія съ явленіями разрушенія (табл. XXVIII, рис. 1). Въ случаяхъ, въ которыхъ не наступаетъ вторичныхъ разрощеній, можетъ центрально лежащая опухоль скрываться долгое время подъ картиной равномернаго опуханія извѣстной части, въ особенности на карманной связкѣ.

Въ общемъ, *не всегда*, сказывается злокачественность опухоли равномернымъ переходомъ въ окружающія части, значить инфильтратомъ послѣднихъ.

Картина осложняется впоследствии инфекціонными измѣненіями на различныхъ частяхъ, отеками и абсцессами, впоследствии некрозами хряща послѣ уничтоженія надхрящницы. Функции гортани нарушаются иногда очень рано; если опухоль, какъ это обыкновенно бываетъ, находится на голосовой связкѣ или вблизи *artic. cricoarytaenoidalis*, наблюдаются разстройства движеній

(вялость), приче́мъ несоотвѣтствіе ихъ съ видимою маленькою опухолью должно навести насъ на мысль существованія рака.

Метастазы въ железахъ наступаютъ обыкновенно довольно поздно, но могутъ быть значительно больше первоначальныхъ опухолей.

Діагнозъ, въ болѣе позднемъ стадіи, можно легко поставить на основаніи вышеприведенныхъ признаковъ, въ болѣе раннемъ—иногда на основаніи сказаннаго въ концѣ. Весьма подозрительнымъ представляется вообще каждый болѣе сильный симптомъ при незначительныхъ видимыхъ явленіяхъ. Такимъ образомъ являются подозрительными ясная болѣзненность, появляющіяся по временамъ охриплость или кровоточенія, а также малѣйшее разрощеніе или необъяснимая другимъ образомъ инфильтрація, въ особенности у людей, въ возрастѣ за 40 лѣтъ. Діагнозъ можно обезпечить или клиническимъ наблюденіемъ, или гистологическимъ изслѣдованіемъ. Въ первомъ отношеніи достаточно у болѣе старыхъ людей и ясномъ образованіи опухоли вышеприведенной твердости; при несовершенно ясныхъ условіяхъ данныя болѣе продолжительнаго наблюденія; быстрый ростъ опухоли и усиленіе разстройствъ, крайне быстрое возобновленіе экстирпированныхъ поверхностныхъ опухолевыхъ частей, даже въ случаяхъ, въ которыхъ гистологическое изслѣдованіе послѣднихъ не дало ничего яснаго.

Въ раннемъ стадіи микроскопъ часто не даетъ никакихъ результатовъ, такъ какъ собственно опухоль можетъ находиться глубоко подъ измѣненной поверхностью. Если послѣдняя еще не настолько измѣнена, что на вертикальныхъ разрѣзахъ экстирпированной частички удастся констатировать характерныя для рака измѣненія (пронизываніе нормальной или новообразованной ткани эпителиальными сосочками или гнѣздами), то мы вправѣ и даже обязаны экстирпировать для изслѣдованія болѣе глубокія частички, что часто удается лишь послѣ предварительнаго производства тиреотоміи.

Эта пробная операция въ болѣе раннемъ стадіи (конечно, лишь при законномъ подозрѣніи) тѣмъ болѣе законная, что можетъ оказать одновременно и громадное вліяніе на леченіе.

Впрочемъ, въ сомнительныхъ случаяхъ никогда не слѣдуетъ забывать, даже при отсутствіи всякихъ намековъ на сифилисъ, о назначеніи іодистаго кали; это средство выясняетъ и излечиваетъ иногда крайне быстро. Болѣе развитыя пораженія гортани при туберкулезѣ могутъ иногда ввести въ заблужденіе (табл. XXVIII, рис. 2), но это не особенно важно, во всякомъ случаѣ менѣе, чѣмъ нераспознаваніе излечимаго сифилиса или излечимаго ранняго стадіа рака.

Леченіе можетъ состоять исключительно въ полномъ удаленіи опухоли съ окружающимъ здоровымъ поясомъ. При раннемъ распознаваніи это удается обыкновенно при помощи ларингофиссуры; что при менѣе значительномъ распространеніи болѣе удовлетворительнымъ должно быть и *предсказаніе*, чѣмъ при болѣе обширномъ, требующемъ частичной или полной экстирпации, ясно само собою. Предсказаніе при неоперированныхъ случаяхъ безусловно неблагоприятно: смерть отъ задушенія, дисфагии или sepsis.

Необходимо здѣсь упомянуть еще объ одной формѣ сосочковой фиброэпителиомы, въ виду склонности ея къ атипичному росту, именно о

разрушающей сосочковой фиброэпителиомѣ.

Сосочковыя (на-подобіе цвѣтной капусты) опухоли, рецидивирующія весьма быстро и переходящія на другіе участки слизистой оболочки скачками, положительно инфекціоннымъ образомъ; гистологически объясняется первое отношеніе распространеніемъ эпителиальныхъ отростковъ не только вокругъ и внутрь новообразованной ткани, но и въ основную, даже до железистаго слоя (табл. XXXVI, рис. 1 и 2). Но и здѣсь играетъ главную роль повидимому соединительная ткань, такъ какъ съ одной стороны она разрастается, съ другой — тянетъ

за собою въ глубину эпителий. Болѣе развитые случаи должны еще въ этомъ направленіи выяснитъ многое.

Саркома.

Саркома гортани исходитъ почти всегда изъ эндотелія лимфатическихъ или кровеносныхъ сосудовъ или изъ *adventitia* послѣднихъ. При этомъ она можетъ сохранить альвеолярный типъ (табл. XXXVІІ, рис. 1 и 2) или распространяться болѣе разлитымъ образомъ въ другія ткани; при эндотеліальномъ происхожденіи она можетъ принять вслѣдствіе востанія въ открытыя внутреннія пространства *сосочковый* характеръ и вести къ смѣшенію съ эпителиальными опухолями. Здѣсь наблюдаются всѣ виды опухоли, мозговая, мелкоклѣточная, гигантоклѣточная саркома, фибро- и меланосаркома и т. д. Замѣчательно то, что опухоль можетъ отдѣлиться отъ здоровой основной ткани вслѣдствіе образованія фиброзной ножки.

Пока разрощеніе не проникло черезъ поверхность, наступаетъ весьма сильное разрощеніе эпителия въ формѣ образованія ворсинокъ; прилегающая соединительная ткань отвѣчаетъ на раздраженіе мелкоклѣточнымъ разрощеніемъ, не гетерологеннаго характера (табл. XXXVІІ, рис. 1).

Что касается явленій, наружнаго вида, метастазовъ, діагноза, то при этой опухоли они совершенно такіе же, какъ и при ракъ. Можетъ быть, что саркома отличается болѣе равномерной поверхностью. Что касается діагноза, то необходимо сдѣлать еще одно предупрежденіе: при изслѣдованіи экстирпированныхъ кусочковъ на злокачественность вообще, могутъ довольно частыя при саркомѣ эпителиальныя разрощенія, если думать только о ракъ, устранить подозрѣніе существованія послѣдняго, не вызывая подозрѣнія на существованіе первой опухоли. Въ виду этого, если получаютъ отрицательныя данныя относительно рака, то не слѣдуетъ упускать изъ виду возможности существованія саркомы.

IV. Двигательныя разстройства.

1. Механическія.

Механическія разстройства движеній зависятъ первымъ долгомъ отъ *мышечной недостаточности*. Они развиваются при острыхъ и хроническихъ воспаленіяхъ и инфильтратахъ, далѣе какъ послѣдствіе мышечнаго перерожденія при туберкулезѣ, трихинозѣ, тяжелой анеміи и послѣ тяжелыхъ острыхъ инфекцій (тифъ, дифтерія и т. д.), далѣе какъ послѣдствіе переутомленій при пѣніи и разговорѣ. Ихъ *распознаваніе* основывается на *типичномъ положеніи* голосовыхъ связокъ во время фонаціи или респирациі.

При параличѣ *m. crico-aryt. lateral.* зияетъ при фонаціи *glottis cartilaginea* въ видѣ открытаго кпереди угла (см. рис. 5); при параличѣ *m. arytaen. transversi* имѣется открытый уголъ кзади (рис. 4). Если парализованъ *m. thyreo-arytaen. int.*, то *glottis membranacea* образуетъ при фонаціи полуэллиптическую, при двухстороннемъ параличѣ полную эллиптическую щель (рис. 6; табл. IX, рис. 1 и 2). Если этотъ параличъ комбинируется съ параличемъ *m. crico-arytaen. lateral.*, то эта щель переходитъ и на *glottis cartilaginea*, если же участвуетъ только *m. aryt. trans.*, то замѣчается двойной эллипсъ, точки соприкосновенія котораго приходятся на верхушки голосовыхъ отростковъ. Если парализованы все три мышцы, то соответствующая голосовая связка остается въ положеніи респирациі.

Параличъ *m. crico-aryt. postici* ведетъ къ респираторной остановкѣ голосовой связки по срединной линіи или почти въ этомъ положеніи (рис. 21, 22).

Симптомы этихъ параличей (при группѣ аддукторовъ): разстройства голоса до полной афоніи. Лишь крайне рѣдко вытягивается карманная связка विकарпирующимъ напряженіемъ *m. thyreo-aryt. ext.* до того надъ менѣе аддуцированной или напряженной голосовой связкой, что служитъ для фонаціи грубымъ голосомъ (табл. III,

рис. 2). Параличъ *postici*, односторонній, можетъ протекать безъ симптомовъ, двухсторонній всегда вызываетъ сильную одышку, которая усиливается иногда еще тѣмъ (вызывается при одностороннемъ), что диспноэтическія попытки расширенія ведутъ вслѣдствіе превратной иннервации къ сокращенію замыкающихъ мышцъ.

Леченіе должно быть направлено противъ основного страданія; кромѣ того слѣдуетъ прибѣгать къ прямому возбужденію мышечной дѣятельности наружной или внутренней электризаціей.

Нами было уже упомянуто, что воспаленія внутри и вокругъ *artic. crico-arytaenoidalis* могутъ вести къ разстройствамъ движеній. Диагнозъ этихъ пораженій въ остромъ стадіи описанъ нами тамъ-же. Здѣсь мы упомянемъ о тѣхъ моментахъ, которые, по исчезаніи всѣхъ указывающихъ на суставъ явленій, дѣлаютъ вѣроятнымъ или положительнымъ препятствіе со стороны самого сустава. Весьма понятно, что всѣ относящіяся сюда явленія зависятъ отъ затрудненія *пассивной* подвижности. Первымъ долгомъ необходимо упомянуть о тѣхъ фиксаціяхъ голосовыхъ связокъ, которыя не отвѣчаютъ ни одному положенію вышеописанныхъ мышечныхъ параличей и описываемыхъ ниже нервныхъ параличей; напр., если одна голосовая связка находится по срединѣ между трупнымъ и респираторнымъ положеніями или положеніемъ фонаціи, или, если при фонаціи голосовая связка заходитъ лишь за трупное положеніе, значить, если ея движенія недостаточны. Далѣе вышеупомянутыя скандирующія подергиванія голосовыхъ связокъ, какъ будто-бы онѣ передвигаются черезъ площадь, покрытую препятствіями. Далѣе слѣдуетъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, причислить сюда тѣ случаи, при которыхъ голосовыя связки представляются сначала хорошо функционирующими, причемъ постепенно становятся болѣе вялыми и производятъ недостаточныя движенія, или обратное отношеніе. Перемены двигательныхъ разстройствъ по направленію ад- и абдукціи безусловно исключаютъ мышечныя и нервныя параличи.

Часто мы вправѣ лишь подозрѣвать, въ особенности если мы имѣемъ дѣло не съ фиксированіями, а съ задержками движеній.

2. Невротическія разстройства.

а) Гиперкинетическіе неврозы.

Судороги гортани наступаютъ въ тонической и клонической формѣ, причѣмъ почти во всѣхъ мышцахъ.

Тоническія судороги замыкателей развиваются *централно* въ особенности при *tabes dorsalis* въ формѣ извѣстныхъ гортанныхъ кризисовъ: приступы внезапной одышки съ звучнымъ *inspiration*, причѣмъ голосовыя связки фиксируются, иногда довольно долго, въ положеніи аддукціи; далѣе при *столбнякѣ* и *тетаніи*, иногда при *lyssa*.

Со ствола *nn. recurrent.* могутъ въ видѣ предвѣстниковъ паралича результироваться судороги въ случаяхъ, въ которыхъ вредная причина дѣйствуетъ лишь слабо и самое короткое время.

Рефлекторный аддукціонный тонусъ развивается сначала при прямомъ раздраженіи гортани, иногда даже слизистой оболочки зѣва, будутъ-ли это терапевтическія вмѣшательства, или видѣдрившіяся различной величины инородныя тѣла или аспирированныя, или проглоченныя сильно раздражающія вещества, далѣе эндоларингеальныя опухоли или въ сосѣднихъ частяхъ. Но и раздраженія на другихъ частяхъ тѣла могутъ рефлекторно вызывать судороги, въ особенности при повышенной рефлекторной возбудимости. Последнее бываетъ уже само по себѣ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, и вслѣдствіе этого наблюдаются у дѣтей судороги относительно довольно часто, такъ что принимали даже отдѣльную форму *laryngospasmus infantum*. Что эти спазмы не представляютъ собою отдѣльной болѣзни, а лишь отдѣльный симптомъ, обусловленный различными причинами, не подлежитъ въ настоящее время никакому сомнѣнію. Если эти спазмы не представляютъ собою

частичнаго явленія часто маскированной и трудно распознаваемой тетани, то вызываются обыкновенно кишечными расстройствами, какъ это часто наблюдается у грудныхъ дѣтей при искусственномъ вскармливани, у болѣе взрослыхъ при кишечныхъ катаррахъ, глистахъ, запорахъ.

Тонусъ абдукторовъ былъ наблюдаемъ при *lyssa*. Голосовыя связки находятся при этомъ въ положеніи крайней абдукціи.

Клоническія судороги наблюдаются болѣе часто тоже на замыкателяхъ, причемъ всегда вслѣдствіе центральной причины. Ритмическія подергиванія кнутри голосовыхъ связокъ, иногда въ теченіе мѣсяцевъ, служатъ характернымъ признакомъ. Подобныя судороги наблюдали часто комбинированными съ подобными же судорогами небной занавѣски, на одной или обѣихъ сторонахъ, при сифилисѣ мозга, остаткахъ менингита, при прямыхъ и косвенныхъ пораженіяхъ продолговатаго мозга и области ядра *n. accessorii* (опухоль мозжечка, сдавливающая *medullam* и т. д.): Но подобныя судороги наблюдались и при *paralysis agitans*, вызванныя психическими моментами.

Смѣсь клоническихъ и тоническихъ судорогъ наблюдалась на детракторахъ надгортанника; послѣдній нагибался въ теченіе различнаго времени на входъ въ гортань, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ наступали лишь слабыя подергиванія.

Леченіе судорогъ центральнаго происхожденія исключительно симптоматическое, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ не удается устранить основнаго страданія. При табетическихъ кризисахъ, вообще при всѣхъ болѣе продолжительныхъ приступахъ весьма рационально понизить возбудимость дыхательнаго центра впрыскиваніями морфія, въ особенности въ виду того, что сильныя диспноэтическія инспираціи лишь усиливаютъ одышку присасываніемъ голосовыхъ связокъ и надгортанника. При продолжительной одышкѣ показуется трахеотомія.

Судорога голосовой щели у дѣтей требуетъ прерыванія опаснаго для жизни приступа, для чего пригодными оказываются холодныя обливанія въ теплой ваннѣ; да-лѣе необходимо удаленіе этиологическихъ моментовъ. Переходъ отъ искусственнаго кормленія къ кормленію грудью прекращаетъ иногда сразу приступы. Всегда необходимо обращать строгое вниманіе на стулъ (функцию и характеръ).

— b) Гипокинетическіе неврозы.

Параличи или парезы могутъ наблюдаться на мышцахъ, снабжаемыхъ *n. laryngeo sup.* или *inf.* Чаше всего параличи въ области *n. recurrentis*.

Картина паралича *n. recurrentis* весьма различна и находится въ зависимости отъ того, имѣется-ли параличъ на одной или обѣихъ сторонахъ, имѣется-ли полный или неполный параличъ.

При полномъ параличѣ соответствующая голосовая связка неподвижна, занимая середину между положеніями респирации и фонации, такъ наз. *трупное положеніе*. Оно считается пассивнымъ положеніемъ равновѣсія, такъ какъ аддукторы не дѣйствуютъ внутри, абдукторы—кнаружи. Кромѣ того представляется свободный край голосовой связки болѣе вогнутымъ, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, представляясь выраженіемъ отсутствія физиологическаго тонуса напрягателя голосовой связки (рис. 17), при болѣе продолжительномъ существованіи еще и сѣуженнымъ вслѣдствіе атрофіи этой мышцы (табл. XIII, рис. 2). Черпаловидный хрящъ парализованной стороны стоитъ болѣе кпереди (рис. 17, 18 и 19).

При *фонации* остается голосовая связка неподвижной, между тѣмъ какъ другая, какъ обыкновенно, доходитъ до срединной линіи (рис. 17) или заходитъ компенсаторно за нее (рис. 18). Одновременно приходится черпаловидный хрящъ здоровой стороны спереди неподвижно стоящаго на пораженной сторонѣ. Довольно часто производитъ и послѣдній подергиваніи внутри и

кпереди. Это происходит вслѣдствіе того, что *m. aryt. trans.* иннервируется не *n. recurrenste*, а *n. laryngeo sup.*, такъ что невзирая на параличъ *n. recurrentis*, сохраняетъ способность дѣйствовать. Такъ какъ это движеніе, при своемъ существованіи, доказываетъ одновременно и *пассивную* подвижность въ соответствующемъ суставѣ, то на основаніи этого признака можно съ положительностью исключить поражение сустава. Иногда, но на *здоровой* сторонѣ, замѣчаются также и подергиванія надгортанника, именно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ *detractor epiglottidis* иннервируется *recurrenste*, а не *n. laryngeo sup.* Но и этотъ признакъ служитъ вѣрнымъ доказательствомъ, что имѣемъ дѣло съ нервнымъ поражениемъ, а не съ болѣзнью сустава. При двухстороннемъ параличѣ представляются обѣ голосовыя связки неподвижными, въ трупномъ положеніи. — *Симптомы* односторонняго паралича: сначала грубый, слабый, впоследствии, вслѣдствіе компенсаціи, болѣе удовлетворительный голосъ и такъ наз. фонаторная расточительность воздуха, распознаваемая по ощущенію тока воздуха приставленной ко рту руки. При двухстороннемъ параличѣ наступаетъ полная афонія. Значеніе имѣетъ также отсутствіе фонаторной вибраціи щитовиднаго хряща на больной сторонѣ. Вначалѣ наступаетъ иногда захлебываніе, по всѣмъ вѣроятіямъ вслѣдствіе пареза надгортанника.

Неполный параличъ является *всегда* начальнымъ стадіемъ полнаго паралича. Этотъ параличъ ограничивается абдукторами, такъ что *картина* его сводится къ срединному положенію одной или обѣихъ голосовыхъ связокъ (рис. 23 и 24). (При этомъ находится черпаловидный хрящъ больной стороны спереди хряща здоровой стороны). Причиной подобнаго отношенія является болѣе легкая повреждаемость волоконъ *n. abducentis*.

Одностороннее срединное положеніе почти вовсе не даетъ *симптомовъ*, голосъ хорошій и дыханіе почти вовсе не затруднено, лишь при сильномъ напряженіи. Двухстороннее срединное положеніе ведетъ, напротивъ,

къ весьма сильному затрудненію дыханія, такъ какъ дыхательная щель (изображенная на рис. 22) значительно сужена.

Развиваются параличи вслѣдствіе дѣйствія на центры иннерваціи, на блуждающій нервъ (по протяженію) и на п. *resurgens*.

Центральные параличи извѣстны намъ лишь какъ выраженіе болѣзней въ области *medullae oblongatae*, значить, ядра *vagi-accessorii*. О происхожденіи со стороны корки намъ неизвѣстно ничего положительнаго. Несомнѣнно лишь то, что пораженія въ области центра рѣчи *Broca* (лѣвая передняя лобная извилина) уничтожаютъ функционально движенія гортани.

Вѣрные признаки центрального паралича можно получить лишь путемъ общаго изслѣдованія, на основаніи опредѣленія общихъ заболѣваній или другихъ гнѣздныхъ симптомовъ. Изъ числа причинъ намъ извѣстны: тромботическія или апоплектические размягченія въ *medulla oblongata*, новообразования, абсцессы и аневризмы, которыми этотъ мозгъ сдавливается или разрушается, системныя пораженія въ области бульбарнаго ядра (бульбарный параличъ, боковой склерозъ, прогрессивная мышечная атрофія, *syringomyelia* и *tabes cervicalis*, наконецъ разлитыя разстройство питанія, какія получаютъ при сифилитическихъ пораженіяхъ сосудовъ. Само собою понятно, что діагнозъ каждой изъ этихъ болѣзней долженъ быть совершенно обезпеченнымъ, лишь въ этомъ случаѣ онѣ могутъ служить этиологическимъ факторомъ найденнаго паралича головоу связи.

Периферически развиваются параличи послѣ пораженій п. *vagi*: вслѣдствіе прямого, травматическаго или оперативнаго раненія, вслѣдствіе аневризмъ *carotidis int.*, вслѣдствіе злокачественныхъ опухолей на основаніи черепа, шейныхъ железъ, средостѣнія, вслѣдствіе зубныхъ опухолей и флегмонъ шеи (гноинный невритъ).

Узнается дѣйствующая здѣсь причина всегда по существующему одновременно учащенію пульса, при

параличъ выше мѣста происхожденія п. laryng. sup., по одновременному участию этого нерва (см. ниже), а также по параличу зѣва (черезъ ramus pharyngeus). Последній наступаетъ иногда лишь послѣ чистаго паралича п. recurrentis и служитъ выраженіемъ восходящаго неврита. Въ большинствѣ случаевъ пораженными оказываются еще другіе мозговые нервы, такъ что можетъ получиться картина ложнаго бульбарнаго паралича.

Чаще всего бываютъ пораженія nn. recurrent. вслѣдствіе протекающихъ по сосѣдству процессовъ, въ виду чего весьма важно распознаваніе послѣднихъ. Значеніе имѣютъ: аневризмы дуги аорты (главнымъ образомъ для лѣваго нерва), аневризмы art. аорты (для праваго), далѣе pericarditis (слѣва) и peripleuritis верхушекъ (болѣе справа), а также большіе плевритическіе экссудаты; далѣе всѣ пораженія тканей и железъ средостѣнія (ракъ, саркома, туберкулезъ, сифилисъ, злокачественная лимфома, эхинококкъ и т. д.); весьма часто зобъ (болѣе слѣва) и ракъ пищевода (болѣе справа); рѣдко прямыя поврежденія (при strumektomia, при паренхиматозныхъ вприскиваніяхъ въ зобъ, при перевязкахъ сосудовъ). Невритъ ствола на инфекціонной почвѣ наблюдается при сифилисѣ, тифѣ, на токсической—при отравленіи свинцомъ, можетъ быть и при алкоголизмѣ. «Ревматическое происхожденіе безусловно сомнительно».

Диагнозъ паралича голосовой связки можно поставить на основаніи ларингоскопической картины, на основаніи теченія или на основаніи исключенія этиологическихъ факторовъ. Ларингоскопически сказывается полный параличъ п. recurrentis: трупнымъ положеніемъ и подергиваніями или больного черпаловиднаго хряща, или здоровой стороны надгортанника. Срединное положеніе невритическаго происхожденія становится яснымъ лишь на основаніи теченія, именно, если наступаетъ полная подвижность или трупное положеніе; наоборотъ, нервный характеръ послѣднихъ обезпечивается въ томъ случаѣ, если имъ предшествовало срединное положеніе.

Если только что упомянутых моментов не имѣется или ихъ вовсе не существовало, то нельзя сразу рѣшить, обусловливается-ли фиксація одной или обѣихъ голосовыхъ связокъ параличемъ или анкилозомъ. Лишь при констатированіи центральныхъ или периферическихъ данныхъ, могущихъ служить причиной паралича, и которыя одновременно не могутъ служить причиной механическихъ измѣненій внутри или вокругъ сустава, вполне обезпечивается діагнозъ. Напр. struma или ракъ пищевода могутъ дѣйствовать исключительно на нервъ, туберкулезъ или сифилисъ, напротивъ, могутъ, какъ со стороны плевры, такъ и железъ, дѣйствовать на нервъ или со стороны надхрящницы, или прямо поражать суставъ. Если имѣютъ мѣсто подобные, объяснимые двоякимъ образомъ процессы, то параличъ *n. recurrens* можетъ быть распознанъ лишь на основаніи теченія или несомнѣнной ларингоскопической картины. Въ противномъ случаѣ діагнозъ слѣдуетъ оставить открытымъ. Далѣе не подлежитъ сомнѣнію, что трупное положеніе при такъ наз. ревматическихъ параличахъ, при которыхъ, значить, нельзя констатировать ясной причины, зависитъ подчасъ не отъ паралича, а отъ механическихъ разстройствъ. При недостаточной этиологіи для нервного происхожденія и при отсутствіи несомнѣнныхъ моментовъ въ теченіи или ларингоскопической картинѣ, не можетъ исключительно трупное положеніе служить признакомъ полного, срединное положеніе признакомъ неполнаго паралича *n. recurrentis*.

Предсказаніе при параличѣ *n. recurrens* въ общемъ сомнительно, такъ какъ большая часть причинъ неизлечима. Если причины, напр. struma, сифилисъ и пр., могутъ быть удалены, то это необходимо сдѣлать возможно раньше: неполный параличъ прививаетъ при этомъ обратное развитіе безъ всякихъ разстройствъ, между тѣмъ какъ при полномъ параличѣ могли уже наступить атрофіи нервовъ и мышцъ, которыя болѣе не исправимы (табл. XIII, рис. 2) или оставляютъ во всякомъ случаѣ незначительныя аномаліи движеній (рис. 25).

Лечение должно быть первымъ долгомъ причинное. Мѣстное лечение (внутреннее и наружное электричество) можетъ имѣть мѣсто для устраненія атрофіи вслѣдствіе бездѣйствія, при такъ наз. ревматическихъ параличахъ значеніе леченія зависитъ, конечно, отъ проблематическаго ихъ характера.

Параличи верхнихъ гортанныхъ нервовъ весьма рѣдкое явленіе. Они сказываются бездѣйствіемъ *m. crico-arytaenoides*, а также *detractoris epiglottidis* и анестезіей слизистой оболочки гортани.

Первое узнается по разслабленію голосовыхъ связокъ, которыя, при отсутствіи противовытяженія, не могутъ болѣе напрягаться соответствующими мышцами; свободный край образуетъ при этомъ волнистую линію (рис. 23).

Если при этомъ сблизить механически щитовидный и перстневидный хрящи, то наступаетъ сразу улучшение голоса.

Параличи развиваются при прямомъ поврежденіи (оперативно); чаще всего послѣ дифтеріи, во всякомъ случаѣ частично въ видѣ паралича чувствительности.

Въ остальномъ этиологія выяснена еще очень мало.

с) Паракинетическіе неврозы.

Это тѣ разстройства иннервации, при которыхъ наступаютъ движенія ненормальнаго характера.

Подобныя разстройства весьма малочисленны и не могутъ быть раздѣлены на *органическія* и *функциональныя*.

Къ первой категоріи слѣдуетъ отнести разстройства движеній при множественномъ склерозѣ и при *Tabes*. При первой болѣзни наблюдали, что фонаторно закрытыя голосовыя связки то разслаблялись, то снова напрягались (интенціонное дрожаніе), кромѣ того фибриллярныя подергиванія и замедленное замыканіе голосовой щели, далѣе инспираторное замыканіе голосовой щели, такъ что инспирація, въ особенности во время смѣха, является громкой. Во время фонаціи наблюдалось также спастическое замыканіе, вмѣсто простого.

При *tabes* были наблюдаемы толчкообразныя движенія голосовыхъ связокъ и остановка на полъ-пути, какъ при фонаціи, такъ и респирациі, значить, истинная атаксія. Подобное наблюдалось также иногда и при гемиплегіяхъ, въ видѣ явленія переутомленія.

Функциональныя неправильныя движенія въ другомъ видѣ, чѣмъ были предположены, наблюдаются довольно часто; они являются выраженіемъ превратной иннервациі. Последняя происходитъ въ томъ случаѣ, если правильно предположенное движеніе не можетъ быть произведено въ виду существующаго паралича или затрудняется физическимъ или психическимъ (ассоціаціоннымъ) утомленіемъ. Такимъ образомъ происходитъ судорожное респираторное замыканіе голосовой щели при табетическомъ или другомъ невротическомъ срединномъ положеніи, а также при срединномъ положеніи на одной и трупномъ на другой сторонѣ, такъ, при такъ наз. респираторной судорогѣ голосовой щели, при которой голосовыя связки во время фонаціи или вовсе не расходятся, или очень мало, напр. только до трупнаго положенія. При душевныхъ волненіяхъ или попыткахъ правильно дышать выступаютъ неправильныя движенія явнѣ всего. Между тѣмъ какъ при параличѣ расширителей они являются выраженіемъ чрезмѣрной иннервационной энергіи, выходя изъ правильныхъ въ ложные пути, представляется самостоятельная респираторная судорога скорѣе всего разстройствомъ правильной анатомической иннервациі вслѣдствіе участія вниманія, явленіе, наблюдаемое постоянно въ другихъ областяхъ тѣла въ случаяхъ, въ которыхъ ассоціированныя движенія, производимыя обыкновенно бессознательно, производятся усиленно сознательно. Такимъ образомъ можетъ новобранецъ, совершенно уже обученный, произвести поворотъ направо, вмѣсто налѣво во время инспекторскаго смотра; заика заикается сильнѣе всего при попыткѣ говорить правильно.

Другой формой представляется *фоническая* судорога голосовой щели, при которой вмѣсто фонаторнаго

замыканія голосовой щели, при которомъ проходитъ только что необходимое количество воздуха, наступаетъ судорожное сжиманіе голосовыхъ связокъ, уничтожающее всякій тонъ. Но и эта *персиптенціонная энергія* объясняется неправильно примѣненной иннерваціей, вмѣсто правильной анатомической. Не подлежитъ также сомнѣнію, что способствующимъ моментомъ является и убѣжденіе, что если подобное состояніе продолжалось нѣкоторое время, больной не въ состояніи уже болѣе дѣйствовать иначе.

Леченіе этихъ двухъ, часто психическихъ и наблюдающихся исключительно у «нервныхъ» людей паракризисовъ, должно быть чисто психическимъ: возстановленіе увѣренности, общее поднятіе сопротивляемости и отвлеченіе вниманія отъ страданія и въ особенности отъ его проявленій.

Иногда наблюдаются подобныя интенціонныя разстройства, а также неправильныя, выражающіяся дрожаніемъ голоса, фонаторныя движенія какъ послѣдствіе профессиональнаго однообразнаго переутомленія голоса: *моуфонія*. Характерно для ихъ происхожденія то, что они наступаютъ лишь при тѣхъ усиліяхъ, которыми они вызваны, значить, во время произношенія рѣчей, повѣдей, при чтеніи, пѣніи и пр. Значить, мы имѣемъ дѣло съ настоящими профессиональными невротами, причины которыхъ состоятъ въ трудности напряженія уставшихъ вѣрныхъ мышцъ и нервовъ.

V. Разстройства чувствительности.

Эти разстройства представляются въ видѣ повышенной, ослабленной, исчезнувшей или измѣненной чувствительности гортани.

Гиперестезія опредѣляется очень трудно, такъ какъ уже при нормальныхъ условіяхъ чувствительность гортани, насколько выражается рефlekсами, весьма сильная. Ощущенія исчезаютъ въ сравненіи съ рефlekсами совершенно. Сюда мы вправѣ, можетъ быть, причислить

только болѣзненность *n. laryngei superioris*, которая констатируется иногда при ощупываніи середины боковыхъ верхнихъ краевъ щитовиднаго хряща. Знакомство съ этимъ явленіемъ крайне важно, избѣгая такимъ образомъ смѣшенія съ раздраженіями въ области *artic. crico-arytaen.*, лежащей болѣе взади.

Ан- и гипэстезіи органическаго характера наблюдаются при полныхъ параличахъ *n. laryngei superioris*, или при частичныхъ, при пораженіи только чувствительныхъ его нервовъ (послѣ дифтеріи и т. д.). Функціональная анестезія наблюдалась до сихъ поръ лишь въ видѣ психической (истерической). Впрочемъ, здоровая гортань представляется иногда весьма снисходительной къ раздраженіямъ (зондъ), но при этомъ нельзя еще говорить о гипэстезіи.

Парэстезіи гортани трудно отдѣлить отъ подобныхъ же другихъ органовъ шеи, такъ какъ подъ парэстезіями мы понимаемъ лишь иного характера ощущенія безъ органической основы или точной локализациі. Значить, онѣ совпадаютъ съ общими парэстезіями въ области зѣва и глотки, съ которыми имѣютъ общія причины, именно, направленіе вниманія на органъ, усиленнаго извѣстными обстоятельствами (напр. общія возбужденія, беременность, *klimacterium*, *menses*, нозофобія).

Устраненіе этихъ разстройствъ удается въ виду этого лучше всего суггестивнымъ путемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ это не удается вслѣдствіе резистентности или неизвѣстности психической причины.

Va. Комбинированныя (функціональныя) разстройства въ двигательной и чувствительной областяхъ.

Отдѣльное разсмотрѣніе этихъ формъ требуется уже своеобразной этиологіей, такъ какъ онѣ представляются лишь мѣстными явленіями *истерическаго* душевнаго заболѣванія. Не существуетъ почти ни одной формы мышечнаго или нервнаго паралича или гиперкинеза, которая не могла бы чисто функціонально проявлять

ся на психической почвѣ. Въ дѣйствительности-же мы имѣемъ при истеріи дѣло не съ параличами, а съ выпаденіями функцій, вслѣдствіе недостаточнаго волевого импульса; не съ настоящими судорогами, а съ превратными или чрезмѣрными волевыми импульсами, не доходящими до нашего сознанія. Истерическія явленія со стороны гортани, какъ и на другихъ частяхъ тѣла, наружныя, часто недоразвиты, *stigmata* внутреннихъ душевныхъ процессовъ и являются обыкновенно тѣлесными остатками безсознательно прожитаго.

Явленія весьма разнообразны: начиная отъ выпаденія функціи отдѣльныхъ мышцъ или чувствительныхъ областей до полной неподвижности или анестезіи; отъ легкихъ фоническихъ судорогъ до смертельной судороги голосовой щели; отъ легкаго «*globus*» до тяжелыхъ, сопровождающихся головокруженіемъ и обмороками гортанныхъ кризисовъ.

Лучшимъ отличительнымъ признакомъ отъ независящихъ отъ воли или рефлексовъ движеній или параличей является исчезаніе симптомовъ, какъ только отстраняется (болѣзненная) воля: люди съ полной афоніей (вслѣдствіе невозможности аддукціи голосовыхъ связокъ) кашляютъ звучно (рис. 16), судороги замыкателей или параличи размыкателей съ сильной одышкой исчезаютъ во время наркоза. Въ виду громадной разновидности явленій нельзя извѣстныхъ картины, напр. изолированную анестезію гортани, считать истерическими, а также и не констатированіе органическихъ основъ.

Послѣднія, если въ данную минуту и маскированы, могутъ проявиться лишь съ дальнѣйшимъ теченіемъ, но могутъ, какъ при функціональныхъ неврозахъ, отсутствовать совершенно, причемъ вовсе не необходимо, чтобы основа явленій, хотя бы и психическаго характера, обуславливалась тѣмъ своеобразнымъ измѣненіемъ воли, которое наблюдается исключительно при истеріи.

Отъ чисто функціональныхъ разстройствъ отлича-

ются истерическія главнымъ образомъ тѣмъ, что тѣ появляются или прекращаются только при интенціи, эти повидимому самостоятельно. Эта для наблюдателя необъяснимая и «произвольная» измѣнчивость или постоянство явленій обуславливается тѣмъ, что они вызываются или поддерживаются скрытными психическими процессами въ больномъ.

Истерическія акинезіи могутъ быть устранены на время или совершенно прерываніемъ задержки воли; часто случается, что расстройство движеній болѣе вовсе не задерживается психически, но продолжается при продолжительномъ существованіи вслѣдствіе *vis inertiae*; это самые благодарные случаи, допускающіе быстрое излеченіе. Другіе, съ замкнутой еще психической цѣпью, не поддаются никакому леченію: если напр. сегодня удалось какимъ нибудь средствомъ возстановить голосъ, то уже на слѣдующій день онъ исчезаетъ совершенно. Значитъ, *леченіе* должно первымъ долгомъ быть направлено къ отысканію и этимъ уничтоженію скрытаго психическаго процесса. Пока послѣдній существуетъ, остаются недѣйствительными всѣ предложенныя средства: давленіе на яичники, шевеленіе гортани во время фонаціи, электричество.

Скорѣе всего находятъ, несознаваемую больнымъ, психическую причину въ томъ случаѣ, если стараются выяснитъ явленія, внутреннія или наружныя, сопутствовавшія первоначальному развитію симптомовъ.

Если психическая цѣпь разомкнута врачомъ или случайными, остающимися неизвѣстными процессами, то вмѣшательства съ нашей стороны можетъ потребовать упомянутая остающаяся иногда недостаточная энергія или затрудненная ассоціація вслѣдствіе бездѣйствія.

Самая раціональная помощь состоитъ въ переводѣ произвольныхъ движеній въ произвольныя: больного заставляютъ кашлять и удерживать появляющійся при этомъ тонъ; если гортань привыкла къ требуемому отъ нея дѣйствию, то состояніе улучшается весьма быстро.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больныхъ приходится пріучать снова говорить. Понятно, что при глубокой скрытности и трудной устранимости психической причины, не наступаетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ выздоровленія. Въ подобныхъ случаяхъ симптоматическое леченіе показуется лишь при явленіяхъ, угрожающихъ здоровью и жизни: кризисы и судороги. При первыхъ показуются наркотическія во время приступа, общее укрѣпляющее леченіе въ остальное время, при послѣднихъ можетъ понадобиться трахеотомія.

VI. Разстройства кровообращенія

въ гортани наступаютъ въ видѣ послѣдствій послѣ другихъ болѣзней или идиопатически.

Къ первой категоріи принадлежатъ *застойныя отеки*, наступающіе иногда при хроническомъ или остромъ нефритѣ, при циррозѣ печени или при недостаточностяхъ сердца, но и вслѣдствіе сдавленія венъ соотвѣтственно лежащими эксудатами или опухолями. Нефритическій отекъ можетъ наступить первымъ симптомомъ и вести такимъ образомъ довольно рано къ правильному діагнозу.

Отеки вслѣдствіе вазомоторныхъ разстройствъ, значить, *ангионевротическіе отеки*, въ комбинаціи съ подобнымъ-же отекомъ кожи, появляются и исчезаютъ довольно быстро, повидимому самостоятельно.

Подобный-же *токсическій отекъ* развивается довольно быстро иногда послѣ употребленія іодистаго кали. Вслѣдствіе чего этотъ отекъ появляется лишь у нѣкоторыхъ людей, чѣмъ онъ вызывается намъ неизвѣстно, одинаково какъ и развитіе частой нервной формы.

Леченіе. При всѣхъ этихъ формахъ необходимо первымъ долгомъ устранить опасность для жизни, прибѣгая для этого иногда къ трахеотоміи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ достаточно отвлекающихъ и холода, а также скарификацій

VII. Нарушенія цѣлости

получаются при незначительномъ дѣйствиі вследствие ненормальной ранимости или обыкновенными травматическими вліяніями.

Первое наблюдается при гемофиліи, при общемъ артеріосклерозѣ, при сифилисѣ, въ опухоляхъ, при продолжительныхъ катаррахъ и при вторичной мацерации. Относительно незначительныя вредныя вліянія, напр. форсированіе голоса, сильный кашель, смазываніе гортани ведутъ уже къ кровотеченіямъ въ ткань, причѣмъ могутъ появиться даже трещины и поперечныя разрывы голосовыхъ связокъ. При существованіи первыхъ двухъ діатезовъ могутъ уже малѣйшія оперативныя вмѣшательства вести къ опаснымъ для жизни кровотечениямъ. Если кровотеченіе изъ гортани не останавливается послѣ глотанія льда, примѣненія кокаина, крѣпкаго раствора квасцовъ или гальванокаустики къ мѣсту кровотечения, то необходимо быстро произвести трахеотомию *безъ наркоза* (такъ какъ во время наркоза, даже при закинутой головѣ, аспирируется кровь) и тампонацію гортани сверху и снизу.

Травматическія поврежденія гортани наступаютъ при выстрѣлахъ, разрѣзахъ, уколахъ или ушибахъ. Смотря по мѣсту и интенсивности получаютъ болѣе или менѣе значительныя нарушенія цѣлости или переломы хрящей, гематомы слизистой оболочки, кровотечения. Непосредственными послѣдствіями (если не наступаетъ быстро задушенія) являются опасныя для жизни закладыванія дыхательныхъ путей, требующія обыкновенно производства трахеотоміи или интубаціи. Рѣзанныя раны можно въ большинствѣ случаевъ соединить швомъ, но въ большинствѣ случаевъ развивается въ послѣдствіи рубцовый или перепончатый стенозъ, для устраненія котораго приходится прибѣгать къ вырѣзанію или растягиванію, эндоларингеально или послѣ ларингофиссуры.

Послѣднюю операцію слѣдуетъ производить во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ для выясненія и устраненія препятствій (вывихнутые осколки хрящей и т. д.)

Послѣ подобныхъ именно поврежденій наблюдаются самыя разнообразныя обезображиванія.

Термическія и химическія поврежденія гортани происходятъ вслѣдствіе аспираціи горячихъ или ѣдкихъ паровъ или вслѣдствіе захлебыванія ѣдкими жидкостями. Послѣдствія въ легкихъ степеняхъ состоятъ въ сильномъ катаррѣ съ эрозіями, въ тяжелыхъ случаяхъ—въ дифтерійныхъ отторженіяхъ, отека, язвахъ, наконецъ въ разлитомъ образованіи рубцовъ. Лечение часто симптоматическое: внутрь ледъ, а также и снаружи, въ случаѣ необходимости трахеотомія, но отнюдь не интубація.

VIII. Инородныя тѣла

попадаютъ весьма часто въ полость гортани, въ особенности у дѣтей. Послѣдствіями являются судорожный кашель, судорога голосовой щели, поврежденія или прямо механическое задушеніе, впоследствии воспаленія отъ раздраженія и декубитальныя язвы.

Въ виду существующей или возможной опасности для жизни или аспираціи въ бронхи или пнеймоніи отъ захлебыванія, необходимо стараться удалить инородное тѣло всѣми силами. Малевкія подвижныя тѣла удаляются послѣ трахеотоміи, весьма легко кашлемъ, въ особенности, если края трахей пришиваются къ краямъ кожи. Въ остальныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ эндоларингеальному или оперативному удаленію путемъ ларингофиссуры.

IX. Уродства.

Мужскія гортани могутъ представлять задержки въ своемъ развитіи, такъ что по величинѣ и формѣ имѣютъ сходство съ женскими; это наблюдается обыкновенно какъ частичное явленіе общаго *feminismus*.

Недостаточное соединеніе половинъ по аналогіи и въ комбинаціи съ щелями неба было наблюдаемо въ видѣ продольнаго *расщепленія надгортанника*. Былъ наблюдаемъ и врожденный дефектъ надгортанника.

Извѣстной формой атавистическаго уродства является аналогичное наблюдаемому у человѣкообразныхъ обезьянъ выпячиваніе Morgagni'евыхъ желудочковъ, *laryngo-kele*. При болѣе сильномъ развитіи выпячивается слишкомъ впереди *membrana hyothyroidea* и становится видимой снаружи на шеѣ, въ особенности при кашлѣ. Меньшей величины выпячиванія наблюдаются гораздо чаще.

Врожденное *образованіе перепонокъ* было наблюдаемо внутри желудочковъ, раздѣляя ихъ на двѣ камеры. Далѣе наблюдаются подобныя перепонки довольно часто между голосовыми связками, въ самой минимальной формѣ въ видѣ увеличенія спайки.

Болѣе сильное и разлитое образованіе перепонокъ, даже хрящевой твердости, исходящее всегда отъ спайки, ведетъ кромѣ полной афоніи къ значительному затрудненію дыханія, которое нерѣдко потребовало радикальнаго вырѣзанія съ послѣдующимъ растяженіемъ.

Но и выше голосовыхъ связокъ были наблюдаемы образованія перепонокъ, закрывавшія глотку.

Леченіе остается тѣмъ-же.

Выше было уже упомянуто о нахожденіи мѣстами ткани щитовидной железы.



Fig. 2.



Fig. 1.

Таблица I.

Рис. 1 показываетъ полученную при сильномъ наклоненіи впередъ головы (положеніе *Kilian'a*) картину передней поверхности надгортанника и задней стѣнки гортани, на которой замѣчается нижній край перстневиднаго хряща отъ ясно видимой трахеи.

Рис. 2. Полученная изъ весьма большой и широкой гортани (женской) картина передней стѣнки tracheae съ бифуркаціей, причемъ видно еще довольно глубоко въ оба главныхъ бронха.

Таблица II.

Рис. 1 представляет собою форму *дѣтскаго надгортанника*. Сближеніе заднихъ боковыхъ частей часто еще болѣе сильное, такъ что входъ въ гортань закрытъ совершенно.

Рис. 2. Шея 65 л. мужчины значительно утолщена (окружность $51\frac{1}{2}$ стм.) зобною опухолью.

Гортань смѣщена влѣво на $3\frac{1}{2}$ стм. отъ срединной линіи, верхній край щитовиднаго хряща находится справа выше, чѣмъ слѣва. Сильный *stridor* и *ціанозъ* указываютъ на стенозъ.—Голосъ нормальный.

Надгортанникъ отклоненъ справа болѣе кзади, а также и правая задняя стѣнка. Правая голосовая и карманная связки совершенно не видны въ виду того, что спайка находится, вмѣсто того что ниже середины *retioli*, у праваго угла надгортанника.

При фонаціи переходитъ лѣвая голосовая связка далеко вправо, черпаловидный хрящъ перемѣщается сильно кнутри. Эта странная картина зависитъ такимъ образомъ только отъ *механическаго положенія гортани* вслѣдствіе зобной опухоли.

Рис. 3. Женщина, 46 л., замѣчаетъ уже съ годъ усиливающееся затрудненіе глотанія, безъ всякой боли, затруднено лишь проглатываніе большихъ комковъ.

Со стороны зѣва не замѣчается особыхъ ненормальностей.

Гортань: Она измѣнена лишь очень мало, лишь на задней стѣнкѣ виднѣется широкая красная опухоль.

При фонаціи опухоль неподвижна, напротивъ, изъ-подъ нея восходитъ задняя стѣнка, такъ что теперь замѣчается, что опухоль вовсе не исходитъ изъ этой стѣнки.

При ощупываніи пальцемъ оказывается, что опухоль находится надъ самымъ входомъ въ гортань, но не находится съ ними въ связи, а переходитъ широко въ сторону, а также кверху и книзу въ заднюю стѣнку зѣва. Консистенція весьма твердая, слиvistая оболочка надъ опухолью почти неподвижна. Значитъ, эта опухоль находится въ связи исключительно съ тѣлами позвонковъ. Но мало вѣроятно, чтобы затрудненія глотанія были обусловлены этой опухолью, такъ какъ палецъ проникаетъ сбоку нея совершенно свободно въ *sinus pyriformis*. Кромѣ того ошупы-

(Табл. II).

ваніе совершенно безболѣзненно. Въ дѣйствительности мы имѣемъ дѣло съ (старымъ)

лордозомъ шейной части позвоночнаго столба.

Затрудненіе глотанія находить себѣ объясненіе при введеніи зонда, которымъ на уровнѣ бифуркаціи натываемся на препятствіе въ пищеводѣ.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

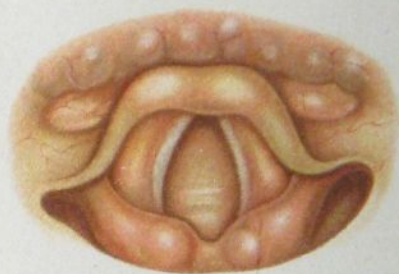


Fig. 1.

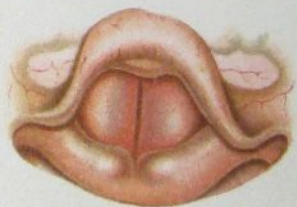


Fig. 2.

Таблица III.

Рис. 1 представляет картину нормальной гортани, которая имѣетъ слегка странный видъ вслѣдствіе того, что при дыханіи голосовыя связки оттягиваются особенно сильно кнаружи подъ карманныя связки, причемъ послѣднія идутъ сзади дугообразно кнутри.

Рис. 2. Мужчина, 27 л., съ грубымъ низкимъ голосомъ, который указываетъ кромѣ того еще на сильное напряженіе при фонаціи. Достаточно замѣтить, что изъ анамнеза и на основаніи изслѣдованія ясно вытекаетъ, что у больного туберкулезъ легкихъ и гортани въ начальномъ періодѣ (незначительный инфильтратъ задней стѣнки, блѣдныя, дряблыя голосовыя связки).

При *фонаціи* исчезаютъ внезапно голосовыя связки подъ выдающіяся кнутри карманныя связки, которыя, слегка покраснѣвшія по краю, образуютъ прямо верхнюю глотку и подвергаются грубымъ яснымъ колебаніямъ при прохожденіи тока воздуха. Такимъ образомъ получается картина такъ наз.

викарирующей фонаціи карманныхъ связокъ.

Таблица IV.

Рис. 1. Мужчина, 54 л., дѣлающій впечатлѣніе кутилы, охрипъ уже 6 недѣль. Примѣненіе домашнихъ средствъ не принесло никакой пользы.

Въ полости рта, носа и зѣва ничего не найдено ненормальнаго.

При ларингоскопическомъ изслѣдованіи оказывается утолщенной правая сторона края надгортанника и слегка покраснѣвшей. Утолщеніе состоитъ изъ нѣсколькихъ равномѣрно-круглыхъ, величиною въ зерно узловъ. Правая карманная и голосовая связки представляются покраснѣвшими и слегка утолщенными.

Опуханія железъ и ненормальностей со стороны кожи или скелета не удастся констатировать, легкое и сердце нормальны. Кромѣ триппера не было другой инфекции. Узелки на надгортанникѣ нельзя считать простымъ опуханіемъ (имѣющихся на этомъ мѣстѣ) фолликуловъ, уже пораженіе одной стороны говоритъ противъ этого; это, а также одностороннее воспаленіе болѣе глубокихъ частей указываетъ на инфекціонный или злокачественный процессъ. Противъ послѣдняго говоритъ появленіе двухъ, различнаго вида высыпаній на извѣстномъ разстояніи. Остаются туберкулезъ или сифилисъ. Первая болѣзнь мало вѣроятна у здороваго на видъ мужчины, въ виду непродолжительнаго существованія и безусловно воспалительныхъ явленій. Въ пользу послѣдняго процесса говоритъ все, отверганіе инфекции не имѣетъ никакого значенія. Мы имѣемъ дѣло съ начальнымъ стадіемъ третичнаго процесса, съ *свѣжей гуммой на epiglottis* и съ *сифилитическимъ инфильтратомъ правой голосовой связки*.

Рис. 2. Мужчина, 32 л., сильный *potator*, охрипъ $\frac{1}{2}$ года тому назадъ, повременамъ наступаетъ раздражительный кашель. Мокроты не имѣется. О семействѣ нельзя получить болѣе точныхъ свѣдѣній. Голосъ совершенно беззвучный. Въ полости зѣва ничего ненормальнаго, лишь утолщеніе и интенсивная краснота сливистой оболочки, какъ это бываетъ у *потаторовъ*.

Гортань: Надгортанникъ на мѣстѣ перегиба болѣе широкій, поверхность его покрыта многочисленными, густо расположенными, плоскими, блѣднокрасными узелками. Подобные-же узелки наблюдаются и на голосовыхъ связкахъ, и на передней поверхности черпаловид-

(Табл. IV).

ныхъ хрящей; на послѣднемъ мѣстѣ они образуютъ ясныя опухоли.

Подвижность обѣихъ голосовыхъ связокъ уменьшена лишь очень мало. Хотя изслѣдованіе легкихъ не даетъ ничего ненормальнаго, тѣмъ не менѣе мы вправѣ на основаніи хроническаго, узловатаго и разлитаго инфильтрата на различныхъ мѣстахъ поставить діагнозъ:

туберкулезъ мопозной формы.

Рис. 3. Дѣвушка, 17 л., подвергается изслѣдованію въ виду жалобъ на носовыя кровоточенія и боль во лбу; причиной оказываются глубокія третично-сифилитическія язвы въ полости носа. Дефекты мягкаго неба и uvulae указываютъ на законченные процессы. Голосъ звучный, но съ носовымъ оттѣнкомъ въ виду вышеприведенныхъ дефектовъ.

Со стороны гортани бросается немедленно въ глаза разрушеніе большей части надгортанника, осталась лишь передняя, основная часть. Но и на этой части замѣчается глубокій желобъ по серединѣ и многочисленныя выемки на лѣвой сторонѣ. Остатки блѣдно-желтокраснаго цвѣта, край слегка волнистый, поверхность равномерно плоскобугристая.

Остальныя части блѣдныя, нормальныя. Что эти измѣненія *остатки сифилитическихъ язвъ,* ясно вытекаетъ при обращеніи вниманія на остальныя данныя изслѣдованія.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Таблица V.

Рис. 1. Мужчина, 45 л., страдает $\frac{1}{2}$ года постепенно усиливающейся охрипостью, причем в последнее время присоединилось еще незначительное затруднение дыхания (одышка) при подымании на лестницу и т. д. Больной самъ указываетъ, что болѣзнь происходитъ от зараженія шанкромъ (4 года тому назадъ).

Голосъ грубый, почти беззвучный, тѣлосложеніе крѣпкое и упитавное, легкія здоровы, железы опухши лишь въ паховой области, и то лишь слегка. Въ носу ничего ненормального; но зато въ зѣвъ имѣются полосовидные рубцы на задней стѣнкѣ, въ *юртани* имѣются значительныя измѣненія.

Надгортанникъ утолщенъ, края его, въ особенности передній, неровны, отчасти узловаты.

Лѣвая половина представляетъ глубокое расщепленіе, такъ что отъ болѣе глубокаго остатка вещества можно изолировать болѣе высоко лежащій лоскутъ. Въ заднюю часть послѣдняго врѣзается еще грязножелтаго цвѣта дефектъ.

Вмѣсто лѣвыхъ карманной и голосовой связокъ имѣется толстая, волнообразная, плотная, интенсивно краснаго цвѣта перекладина, правая карманная связка представляетъ еще болѣе интенсивную красноту, причемъ представляется опухшей спереди и сзади, такъ что ею покрывается утолщенная, свѣтлокрасная голосовая связка. На задней стѣнкѣ имѣется справа толстый, красный выступъ, слѣва болѣе низкій и изрытый, на верхней поверхности котораго и на покровѣ лѣваго черпаловиднаго хряща имѣется звѣздчатый бѣлый рубецъ.

Въ давномъ случаѣ, безъ гистологическаго изслѣдованія экстирпированныхъ частичекъ или наблюденія дальнѣйшаго теченія нельзя рѣшить вопросъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ

сифилисомъ или *туберкулезомъ*.

(Впослѣдствіи оказался чисто сифилитическій характеръ процесса. Разрощенія сзади обуславливались скрытымъ воспаленіемъ надхрящницы).

Рис. 2. Мужчина, 32 л., годъ тому назадъ былъ пользованъ отъ третичнаго сифилиса носа. Въ настоящее время страдаетъ горломъ, причемъ голосъ исчезъ почти совершенно.

Въ зѣвъ ничего ненормального.

На мѣстѣ надгортанника имѣется безформенный кусокъ ткани: широкая, утолщенная на свободномъ краѣ пластинка выступаетъ надъ правой половиной гортани, контуры ея не ясны. На верхней поверхности имѣются два, окруженные воспалительными поясами, углубленные, величиною въ чечевицу дефекты съ высокими краями и съ грязноватожелтымъ налетомъ на днѣ; лежащій болѣе къ серединѣ повелѣ также къ дефекту свободного края. Вся эта часть отдѣляется глубокой сагиттальной щелью, неправильной формы, отъ лежащаго слѣва, меньшей величины выступа, который представляетъ собою очевидно остатокъ лѣвой половины надгортанника.

Правая голосовая связка кажется болѣе узкой вслѣдствіе опуханія карманной связки, представляется инъецированной и неровной, лѣвая голосовая связка скрыта совершенно опухшей и покраснѣвшей карманной связкой. Отъ связки остался лишь трехугольный выступъ, виднѣющійся изъ-подъ дефекта такого-же характера; это можетъ быть остатокъ голосового отростка. Обѣ *ligg. ary-epiglottica* представляются опухшими и покраснѣвшими, правая желтоватаго цвѣта, блестящая. Изъ-подъ послѣдней выступаетъ въ просвѣтъ красная тупая пирамида, величиною въ половину чечевицы.

Уже безъ анамнеза можно на основаніи наружнаго вида этихъ рѣзко ограниченныхъ язвъ поставить діагнозъ:

третичный инфильтрирующий и деструктивный сифилисъ.

Рис. 3. Мужчина, 40 л., заразился 17 л. тому назадъ сифилисомъ; съ тѣхъ поръ болѣзнь проявилась на кожѣ спины, голеней, въ носу и въ послѣдній разъ, 6 лѣтъ тому назадъ, въ гортани. Между тѣмъ какъ послѣднее пораженіе, что касается болѣзненности, было устранено общимъ леченіемъ, выступаетъ теперь на первый планъ усиливающаяся одышка.

Вся гортань представляетъ измѣненія формы. Надгортанникъ состоитъ изъ болѣе толстаго праваго и болѣе тонкаго лѣваго валика, имѣетъ прибол. чалмообразную форму. Въ остальномъ надгортанникъ гладкій

и красный. На мѣстѣ карманныхъ связокъ видны толстые, дольчатые, блѣднокрасные валики, отъ лѣвой голосовой связки видна лишь маленькая часть, отъ правой—ничего (даже при фонаціи). Вся задняя стѣнка превращена въ толстую подкову, отъ передней поверхности которой отходятъ два широкихъ выступа, изъ которыхъ лѣвый представляетъ углубленіе. Подъ ними, съ передней поверхности перстневиднаго хряща, отходятъ многочисленные перекрещивающіеся маленькіе выступы, на-подобіе ряда холмиковъ. Все покрыто нормальной на видъ слизистой оболочкой.

Голосъ слабый и грубый. (Фонація карманныхъ связокъ).

Все это можно объяснить остатками гумозныхъ разрушеній, но во всякомъ случаѣ въ глаза бросается сильное утолщеніе задней стѣнки.

Разрощеніе опухолей необходимо уменьшить съ цѣлью облегченія дыханія; микроскопическое изслѣдованіе экстирпированныхъ частичекъ разрощеній показываетъ лишь простую соединительную ткань и разрощеніе эпителия (см. табл. XII, рис. 1).

Но они рецидивируютъ и часто наступаютъ боли при глотаніи и рѣчи.

Такъ продолжалось дѣло въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Не такъ гистологическая картина, какъ именно это продолжительное теченіе безъ особыхъ измѣненій типа исключаютъ существованіе злокачественнаго новообразованія. Далѣе мы не имѣемъ дѣла съ проявленіемъ сифилиса, такъ какъ не наступаетъ болѣе реакціи на ртуть и іодистый кали, и не имѣется другихъ явленій. Въ виду этого болѣе правильно считать эти рецидивирующія разрощенія выраженіемъ реакціи на существующее еще воспалительное раздраженіе, на что указываетъ также утолщеніе задней стѣнки.

Мы вправѣ предположить съ вѣроятностью, что имѣемъ дѣло съ

ползучимъ вторичнымъ (послѣсифилитическимъ) перихондритомъ, обусловленнымъ еще не законченными некрозами.

Таблица VI.

Рис. 1. Мужчина, 47 л., былъ когда-то пользованъ отъ сифилиса полости рта; въ настоящее время жалуется на боль при глотаніи, появившуюся 5—8 дней тому назадъ. Въ первые дни не было лихорадки.

Въ полости зѣва ничего особеннаго. Что касается *гортани*, то надгортанникъ представляется сильно по-

(Табл. VI).

краснѣвшимъ и опухшимъ чалмовидно; кромѣ того сильно опухшей и покраснѣвшей представляется также regio arytaenoidea, такъ что внутрь гортани нельзя проникнуть глазомъ. Краснота особенно сильна вокругъ маленькаго, съ желтоватымъ налетомъ, плоскаго дефекта на правомъ переднемъ краѣ надгортанника и на покровѣ лѣваго черпаловиднаго хряща. Кромѣ того имѣется въ лѣвой valescula небольшая группа маленькихъ бѣловатыхъ налетовъ, окруженныхъ весьма интенсивно инъецированнымъ поясомъ.

Это группообразное распределение съ остролихорадочнымъ теченіемъ, съ сильной жгучей болью и интенсивной реакціей указываютъ намъ, что имѣемъ дѣло съ

Herpes.

Это подтверждается тѣмъ, что полное выздоровленіе наступило по прошествіи нѣсколькихъ дней при простомъ мѣстномъ леченіи.

Рис. 2. Мужчина, 27 л., весьма крѣпкаго тѣлосложенія, обращается за помощью вслѣдствіе затрудненія глотанія. Уже 4 недѣли сопровождается принятіе жидкостей болью, въ особенности на лѣвой сторонѣ шея. На дальнѣйшіе распросы больной заявляетъ, что въ послѣдніе 6 мѣсяцевъ имъ было отхаркиваемо обильное количество желтой мокроты. Кашель незначительный. Незначительный упадокъ силъ, съ тѣхъ поръ и легкое исхуданіе.—Одинъ изъ братьевъ тоже страдаетъ уже нѣкоторое время горломъ. При изслѣдованіи груди удается констатировать мышечное исхуданіе и уменьшеніе жирового слоя. Сзади и сверху, на обѣихъ сторонахъ, болѣе ясно справа, тупо-тимпаническій звукъ. Здѣсь-же обильные влажные, звучные, крупнопузырчатые хрипы и болѣе жесткое, даже бронхіальное дыханіе.

Ларингоскопія: Изъ всей гортани видна только ериглоттис. Послѣдняя значительно «чалмообразно» утолщена, на лѣвой сторонѣ замѣчается на задней поверхности постепенно углубляющаяся, слегка сѣрозеленаго цвѣта выемка. Въ остальномъ представляется вся поверхность бѣлой съ свѣтлокрасными пятнами. Весь входъ въ зѣвъ закрывается опухолью.

Видъ этой громадной инфильтраціи безъ признаковъ рѣзкаго воспаленія и съ ясной на основаніи окрашиванія мацерацией эпителия говоритъ за

инфильтрирующій туберкулезъ.

Изслѣдованіемъ мокроты констатируются бациллы туберкулеза.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 1.



Fig. 2.

Таблица VII.

Рис. 1. Дѣвица, 31 года, заболѣла 2 дня тому назадъ, при явленіяхъ лихорадки, болью въ горлѣ и охрипlostью. Одышки не имѣется. Мягкое небо и обѣ миндалины представляются слегка покраснѣвшими, лѣвая слегка опухши и покрыта отдѣльными гнойными точками. Задняя правая небная дужка тоже слегка утолщена.

Подчелюстные железы слѣва прощупываются и чувствительны.

Ларингоскопія: Вся лѣвая половина надгортанника, а также *lig. glosso-epiglotticum sin.* превращены въ твердые, желто-сѣрые, блестящіе опухоли. Лѣвая *lig. ary-epiglott.* слегка утолщена. Голосовыя связки, напротивъ, бѣлыя.

Подвижность ихъ значительно уменьшена, такъ какъ при фонаціи остаются недостаточными какъ движенія кнутри, такъ и напряженіе.

Эту картину легко признать за
острый воспалительный процессъ,
обусловленный тонзиллярной инфекціей.

Рис. 2 представляетъ трупное изображеніе гортани весьма тучнаго мужчины, который умеръ послѣ непродолжительнаго хворанія отъ асфиксіи. Весь надгортанникъ и покрывающая правую половину перстневиднаго хряща слизистая оболочка представляютъ значительное колбасовидное опуханіе и красноту. Здѣсь, какъ и въ предыдущей картинѣ, играетъ роль весьма интенсивный процессъ:

острая инфекціонная флегмона,
по всѣмъ вѣроятіямъ рожистаго характера.

Таблица VII.

Рис. 1. Представился намъ мужчина съ анамнезомъ остраго катарра, съ слабымъ, высокимъ голосомъ. Это состояніе длится уже 10 дней.

Интенсивную красноту представляетъ черпаловидная область, но и вся остальная слизистая оболочка гортани представляется болѣе сильно инъецированной. При фонаціи остается задняя часть голосовой щели трехугольной формы, между тѣмъ какъ передняя часть представляетъ судорожное сжатіе.

Значить, мы имѣемъ

воспалительный параличъ m. arytaenoidci transversi.

Рис. 2. Мужчина, 38 л., охрипъ 2 дня тому назадъ, простудившись на балу. Сильное царапаніе въ горлѣ при глотаніи и чувство сухости.

Въ зѣвѣ лишь незначительная краснота uvulae.

Краснота ограничивается болѣе внутренними краями голосовыхъ связокъ, но зато довольно интенсивна между обоими черпаловидными хрящами. При попыткѣ фонировать не получается почти никакого звука, черпаловидные хрящи недостаточно сближаются, голосовая щель образуетъ двойной эллипсъ, точка соприкосновенія которыхъ приходится на верхушкѣ обоихъ голосовыхъ отростковъ.

Мы имѣемъ

воспалительный параличъ mm. thyreoarytaenoidci interni и m. arytaenoidci transversi.



Fig. 1



Fig. 3



Fig. 1.

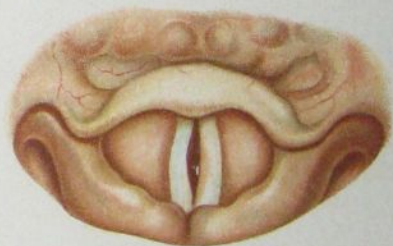


Fig. 2.

Таблица IX.

Рис. 1. Дѣвица, 25 л., съ такимъ-же анамнезомъ, какъ и въ рис. 2 на табл. VIII, представляетъ до нѣкоторой степени другую картину.

Уже надгортанникъ представляетъ довольно сильную инъекцію, слизистая оболочка надъ черпаловидными хрящами представляетъ красноту, въ особенности же объ голосовыя связки. При попыткѣ фонировать остается между ними довольно широкая эллиптическая щель; голосъ при этомъ грубый и почти беззвучный.

Мы имѣемъ дѣло съ
острымъ катарромъ гортани съ воспалительнымъ парезомъ тт. thyreo-arytaen. int.

Рис. 2. У мужчины съ еще меньшимъ туберкулезнымъ инфильтратомъ обѣихъ легочныхъ верхушекъ бросается въ глаза сильное разстройство голоса.

На надгортанникѣ, который отличается особой блѣдностью, видно слѣва два маленькихъ узловатыхъ возвышенія, прерывающія контуры свободного края.

Голосовая щель зияетъ во время фонаціи, такъ какъ pars phonatoria правой голосовой связки представляетъ при этомъ эллиптическую вогнутость свободного края. Лѣвая голосовая связка хотя и напрягается совершенно, но на средней ея трети замѣчается выпуклая снаружи, ограниченная краснота.

Этотъ «односторонній катарръ» является здѣсь особенно подозрительнымъ. Атонія мышцы, напрягающей правую голосовую связку, зависитъ не только отъ мышечной слабости, какъ это наблюдается въ раннемъ стадіи туберкулеза, а, напротивъ, такъ какъ односторонняя, отъ туберкулезнаго инфильтрата *m. thyreo-arytaen. interni*. Характеръ узелковъ на epiglottis является совершенно яснымъ.

Значить, мы имѣемъ
множественные бугорковые инфильтраты въ раннемъ стадіи.

Таблица X.



Рис. 1. Мужчина, 65 л., страдает уже годами появляющейся повременамъ весьма сильной охрипlostью. Въ настоящее время охрипlostь продолжается уже 6 недѣль. Кромѣ того больной страдаетъ сильными «разстройствами желудка», которыя выражаются сильной тошнотой и рвотой по утрамъ, между тѣмъ какъ аппетитъ совершенно нормальный. Спиртные напитки и табакъ употребляются умеренно годами.

Со стороны органовъ груди удается констатировать лишь незначительную эмфизему съ слѣдами бронхіального катарра.

Звѣвъ представляетъ интенсивную красноту, слизистая оболочка всюду слегка неровная, пронизана расширенными венами, но и корень языка представляетъ интенсивную красноту и утолщеніе.

Въ носоглоточномъ пространствѣ немного вязкой слизи. Въ носу имѣются подобныя-же отложенія на днѣ и septum.

Передніе концы обихъ среднихъ раковинъ представляютъ дольчатое утолщеніе.

Гортань представляетъ въ общемъ интенсивную красноту. Съ середины задней стѣнки возвышается гладкая складка слизистой оболочки, такая-же отъ нижнихъ краевъ голосовыхъ отростковъ. На заднихъ частяхъ голосовыхъ связокъ видны кромѣ того неправильной формы черноватые пятна, лежація плоско и не смѣщающіяся при кашлѣ.

Общая картина *сторицнаго хроническаго ларингита* приобретаетъ особый характеръ вслѣдствіе *воспалительныхъ гиперплазій и геморрагій*.

Рис. 2. Дѣвушка, 17 л., страдаетъ уже 6 мѣс. охрипlostью и отсутствіемъ аппетита. Въ теченіе этого же времени она откашливаетъ по утрамъ большое количество вязкой желтой слизи. Послѣ послѣдняго акта она становится часто совершенно афоничной. — Отецъ страдаетъ туберкулезомъ гортани. — Голосъ весьма грубый, хриплый, часто переходитъ въ другой тонъ. Общій видъ усталый, цвѣтъ лица грязновато-блѣдный, слизистыя оболочки рта не представляютъ особаго окрашиванія. Исслѣдованіе лег-

(Табл. X).

каго и сердца дало отрицательный результат. Въ мочѣ нѣтъ бѣлка.

Задняя стѣнка зѣва и его куполъ покрыты вязкими гнойно-слизистыми массаами, а также и передніе концы обѣихъ среднихъ раковинъ. (При болѣе тщательномъ изслѣдованіи констатировано фокусное нагноеніе передней носовой щели съ обѣихъ сторонъ).

Гортань: Въ общемъ незначительная васкуляризація. Обѣ голосовыя связки представляются сѣро-желтаго цвѣта, пятнистыми и неровными, какъ бы разрыхленными, внутренніе края шероховатые, такъ что при фонаціи (рис. 2а) не получается плотнаго замыканія.

Поставленный на основаніи этихъ объективныхъ данныхъ діагнозъ:

*вторичная мацерация голосовыхъ связокъ стекающимъ изъ носа
гноемъ,*

вполнѣ подтверждается теченіемъ, послѣ того какъ всѣ явленія исчезли послѣ леченія носового фокуса.

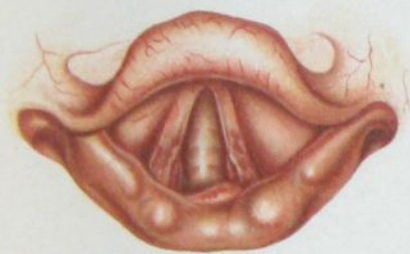


Fig. 1.

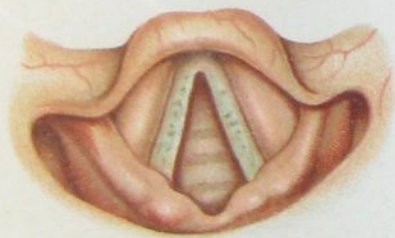


Fig. 2.



Fig. 3.

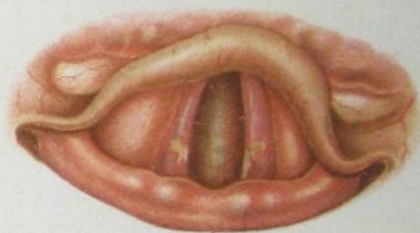


Fig. 1.



Fig. 2.

Таблица XI.

Рис. 1. Мужчина, 55 л., представился намъ съ просьбою вылечить охриплость, которая продолжается уже 6 мѣс. Голосъ низкій, беззвучный и грубый, поврежденъ совершенно афоничный. По наружному виду большой крупкаго тѣлосложенія, не слишкомъ тучный для своихъ лѣтъ, немного красне въ лицѣ. Относительно довольно рѣдкій кашель, слабый и беззвучный и слегка болѣзненный. Кромѣ того больной жалуется главнымъ образомъ на сухость въ горлѣ и поврежденъ на колотье.—Больной сильно курилъ, мало пилъ.—При изслѣдованіи груди, удастся констатировать незначительное расширеніе легочной границы, въ остальномъ ничего особеннаго.

Вся гортань представляется сильно покраснѣвшей, въ особенности объ голосовыя связки. Въ области верхушекъ голосовыхъ отростковъ связки представляютъ желтоватое окрашиваніе, которое рѣзко ограничено и не измѣняется послѣ кашля; оно распространяется по верхней поверхности и по внутреннему краю.

Значить, мы имѣемъ не только отложенія отдѣленія, но и измѣненія эпителия, эрозиі. Такъ какъ не имѣется другихъ причинъ, какъ яснаго катаррального состоянія, то мы вправѣ поставить діагнозъ:

катарральныхъ эрозивныхъ язвъ,
главнымъ образомъ декубитальнаго характера (вслѣдствіе сдавленія голосовыхъ отростковъ).

Рис. 2. Мужчина, 62 л., здоровый на видъ, потерялъ 3 недѣли тому назадъ голосъ послѣ того, какъ въ теченіе нѣкотораго времени страдалъ охриплостью. Онъ заявляетъ, что никогда не хворалъ. Со стороны носа и зѣва ничего ненормальнаго. Голосъ афоничный.

Объ голосовыя связки на видъ сжаты въ задней половинѣ, между тѣмъ какъ передняя часть выступаетъ въ видѣ дряблыхъ, неровныхъ долекъ. Эти дольки матовобѣлаго цвѣта, между тѣмъ какъ остальная видимая часть голосовыхъ связокъ и срединная часть краевъ карманныхъ связокъ представляются сильно покраснѣвшими. Воспалительное опуханіе послѣднихъ служитъ также причиной, что нижележащія складки кажутся болѣе узкими.

Эти остро развившіяся измѣненія допускаютъ лишь одно толкованіе, это

сифилитическія папулы.

Ни возрастъ больного, ни его отрицаніе не могутъ служить опроверженіемъ для этого діагноза.

Таблица XII.

Рис. 1. Молодой человекъ, заболѣвшій 10 недѣль тому назадъ сифилисомъ, началъ въ послѣднее время страдать горломъ и одновременно охрипъ, простудившись 14 дней тому назадъ.

Въ полости рта бросаются тотчасъ-же въ глаза plaques слизистой оболочки щекъ. Вся гортань слегка инъецирована. Обѣ голосовыя связки представляются покрасившимися, правая больше. Надъ правымъ грое. vocalis виднѣется блѣжелтый бугорокъ съ рѣзкимъ краснымъ поясомъ; это настоящая

сифилитическая папула.

Рис. 2. Мужчина, 30 л., страдающій уже годами туберкулезомъ легкихъ и, по его заявленію, получивъ значительное облегченіе отъ климатическаго леченія, желаетъ отдѣлаться и отъ постоянной охриплости.

Голосъ грубый, но звонкій.

Съ обѣихъ сторонъ лишь притупленіе надъ верхушками, немного хриповъ и бронхіальное дыханіе.

Гортань въ общемъ скорѣе блѣдная. Утолщенная задняя стѣнка представляетъ на передней поверхности нѣсколько рядовъ плоскихъ, волнообразныхъ возвышеній. Лѣвая голосовая связка представляетъ узкую полосу, правая болѣе широкая, съ неровнымъ краемъ, представляетъ по срединѣ, окруженное свѣтлокраснымъ узкимъ воспалительнымъ поясомъ, блѣловатое возвышеніе; позади него виднѣется еще два маленькихъ, величиною въ просіяное зерно, блѣднокрасныхъ узелка. Правая карманная связка переходитъ повидимому въ послѣдніе, въ остальномъ представляетъ волнообразное утолщеніе.

Мы имѣемъ, по всемъ вѣроятіямъ, дѣло съ остатками разрушенія лѣвой голосовой связки, законченное рубцеваніе котораго становится яснымъ отсутствіемъ въ настоящее время всякаго разрушенія или воспаленія. На правой сторонѣ, напротивъ, ясно распространеніе процесса, между тѣмъ какъ утолщеніе задней стѣнки, вслѣдствіе имѣющихся поверхностныхъ разрушеній, обуславливается, по всемъ вѣроятіямъ, болѣе глубокими измѣненіями. Вся картина, вмѣстѣ съ анамнезомъ, указываетъ намъ на

смѣшеніе разрушающихъ и принимающихъ обратное развитіе туберкулезныхъ инфильтратовъ.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 1.



Fig. 2.

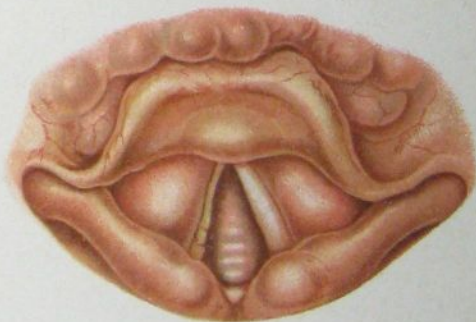


Fig. 3.

Таблица XIII.

Рис. 1. Женщина, 28 л., жалуется на боль в левой стороне шеи, распространяющуюся в ухо; боль появилась на прошлой недѣль. Голосъ при этомъ былъ совершенно беззвучный, причемъ поврежденная больная могла говорить лишь шепотомъ. Въ настоящее время голосъ хриплый, слабый, почти афоничный. Хорошо упитанная женщина имѣетъ совершенно здоровый видъ и заявляетъ, что никогда не хворала.

Въ гортани все нормально, исключая лѣвой голосовой связки. Последняя почти въ два раза шире правой, при этомъ закруглена и сильно инъецирована.

Подвижность, хотя и уменьшена, но въ общемъ сохранена.

На видъ это чисто катарральныя явленія, но одностороннихъ катарровъ не имѣется; въ основѣ подобныхъ всегда лежитъ болѣе глубокое страданіе, обыкновенно инфекціонное. На послѣдній характеръ процесса указываетъ несомнѣнно незначительная продолжительность, причемъ послѣдняя, въ свою очередь, говорить за сифилисъ, чему отвѣчаетъ также сильное воспаленіе. Хотя анамнезъ и не даетъ точныхъ указаній, тѣмъ не менѣе мы вправѣ думать о третичномъ періодѣ. Значить, мы имѣемъ передъ собою:

гуммозный инфильтратъ голосовой связки.

Рис. 2. Дѣвушка, 16 л., страдаетъ охрипlostью 9 лѣтъ, послѣ перенесенія дифтеріи. Она стройная и нѣжная, немного блѣдная, но при изслѣдованіи легкихъ и сердца не находимъ ничего ненормальнаго; незначительное малокровіе объясняется пребываніемъ въ закрытомъ учебномъ заведеніи. Голосъ почти афоничный, ясно замѣчается фонаторный непронизводительный расхоль воздуха.

Въ (косо стоящей) гортани бросается немедленно въ глаза трупное положеніе лѣвой голосовой связки. Последняя кромѣ того значительно уже и слегка блѣднѣе, чѣмъ правая. Край представляетъ легкую вогнутость.

При фонаціи эта связка остается неподвижной, между тѣмъ какъ правая надвигается. Въ глаза бросается въ особенности при этомъ болѣе сильное выступаніе праваго голосового отростка. На лѣвой сторонѣ представляется болѣе узкой и вся задняя стѣнка (вверху).

Это несомнѣнная картина
паралича лѣваго п. recurrens съ вторичной атрофіей парализованныхъ мышцъ.

Рис. 3. Мужчина, 47 л., заболѣлъ 21 годъ тому назадъ сифилисомъ; съ тѣхъ поръ были многочисленныя высыпанія на мо-

(Табл. XIII).

шонкѣ, въ мышцахъ плеча, на ладони, которыя всегда проходили отъ употребленія іодистаго кали.

5 мѣсяцевъ тому назадъ онъ внезапно охрипъ послѣ сильной простуды, причѣмъ появилась сильная боль, распространившаяся въ правое ухо. При употребленіи іодистаго кали и втираніи ртутной мази въ область шеи исчезла боль, но охриплость осталась.

Въ настоящее время имѣются въ обоихъ углахъ рта бѣлыя, возвышенныя, морщинистыя plaques, которыя не отдѣляются и не кровоточатъ при дотрогиваніи. На внутренней сторонѣ праваго бедра имѣется на расширенной вѣвѣ темно-буро-красная полоса, съ слабымъ слущиваніемъ.

Въ гортани представляется правая голосовая связка довольно значительно суженной вслѣдствіе того, что выдается правая карманная связка. Одновременно представляется первая по краю и на поверхности неровной и сѣро-желтаго цвѣта, въ особенности въ задней половинѣ.

Движенія голосовыхъ связокъ происходятъ равномерно и въ достаточной степени.

Характеръ болѣзни трудно опредѣлить сразу. Возрастъ больного, а также оставшіяся, невзирая на противосифилитическое леченіе, явленія инфильтраціи заставляютъ насъ подозрѣвать злокачественную опухоль. Но послѣднее предположеніе умаляется еще тѣмъ, что еще и другія безусловно сифилитическія или послѣсифилитическія явленія (bucoplakia и psoriasis) на тѣлѣ не поддались леченію. Такъ какъ именно подобныя формы излечиваются нерѣдко по прошествіи долгаго времени послѣ прекращенія леченія, то вопросъ можетъ быть выясненъ исключительно на основаніи теченія.

Дѣйствительно, по прошествіи 2 мѣсяцевъ картина гортани представилась совершенно нормальной. Значить, мы имѣли дѣло съ

остатками сифилитическихъ язвъ.

Таблица XIV.

Рис. 1. Мужчина, 34 л., заболѣлъ 4 года тому назадъ шанкромъ, характеръ котораго сталъ совершенно яснымъ появившейся сыпью. 10 мѣсяцевъ тому назадъ сыпь рецидивировала и съ тѣхъ поръ существуетъ боль въ горлѣ, охриплость до полной, временамъ, афоніи.

Голосъ весьма грубый.

Въ зѣвъ иѣется разлитая и сильная краснота.

Гортань всюду сильно иѣецирована. Карманныя связки представляются сильно опухшими, такъ что голосовыя связки кажутся сѣуженными. Послѣднія представляютъ разлитую красноту, на внутреннихъ ихъ краяхъ имѣются въ передней трети дольчатые гладкія возвышенія.

Послѣднія выступаютъ при фонаціи еще болѣе ясно. Такъ какъ сифилитическій характеръ страданія можно считать несомнѣннымъ, то является вопросъ, къ какой категоріи слѣдуетъ отнести эту картину. Мы имѣемъ, очевидно, дѣло не только съ опуханіями, а съ настоящими гиперплазіями. Отъ обыкновенныхъ кондиломъ онѣ отличаются гладкой поверхностью безъ измѣненной эпителии. Если принять во вниманіе, что подобныя воспалительныя новообразованія, хотя обыкновенно и на другихъ мѣстахъ, могутъ развиваться на почвѣ хроническаго катаррального раздраженія, то и эти образованія мы вправѣ считать за

соединительнотканныя гиперлазіи вследствие затяжного сифилитическаго катарра,
значить, за *постсифилитическій* процессъ.

Рис. 2. Женщина, 32 л., представилась съ почти беззвучнымъ, слабымъ, весьма охриплымъ голосомъ.

Эта охриплость продолжается уже $\frac{1}{2}$ года, появилась, какъ заявляетъ больная, послѣ смазыванія гортани, между тѣмъ какъ до смазыванія голосъ былъ временамъ еще чистый. Уже нѣсколько лѣтъ появляется у нея внезапный и весьма сильный кашель, безъ всякой мокроты.

Больная на видѣ цвѣтущаго здоровья. Со стороны зѣва имѣются granula на задней стѣнкѣ и утолщенія боковыхъ пучковъ. При доѣтрогиваніи къ этому мѣсту зондомъ появляется немедленно кашель.

Гортань: Лѣвая голосовая связка гладкая, слегка изогнута въ переднихъ $\frac{2}{3}$ внутреннего края, красноватаго цвѣта. Правая голосовая связка блѣдножелтаго цвѣта, слегка зерниста на всей верхней поверхности,

(Табл. XIV).

на границѣ между передней и средней третью отходить отъ свободнаго края плоскій кругловатый двойной бугорокъ, величиною въ просяное зерно.

При фонаціи этотъ бугорокъ является препятствіемъ для расхожденія голосовыхъ связокъ, такъ что и свяди получается отверстие. При фонаціи ощущается рукой выходящій воздухъ.
Діагнозъ:

доброкачественное новообразование голосовой связки.

Микроскопическая картина послѣ экстирпаціи вполне отвѣчаетъ этому предположенію.

Рис. 3. Мужчина, 59 л., охрипъ 2—3 года тому назадъ, но никогда не жаловался ни на боль, ни на одышку. Голосъ хриплый, легко переходитъ въ фальсетъ.

Гортань блѣдная. На лѣвой сторонѣ, надъ и подъ голосовой связкой, отъ которой видна лишь узкая полоса, виднѣется по одному блѣдносѣроокрасному, мелкобугристому, довольно равномерному толстому выступу.

При фонаціи остается лѣвая голосовая связка неподвижной въ трупномъ положеніи.

Средина лѣвой пластинки щитовиднаго хряща на-ощупь слегка неровная. Железы не прощупываются.

Со стороны легкихъ и сердца, кромѣ старческихъ измѣненій, ничего не найдено.

Инфекція отвергается.

Возрастъ больного, видъ опухоли, которую окружаетъ съ двухъ сторонъ здоровая часть, далѣе доказанный вслѣдствіе фиксаціи голосовой связки инфильтратъ болѣе глубокихъ частей вокругъ сустава, а также очевидное пораженіе щитовиднаго хряща съ одной стороны, отсутствіе всѣхъ, указывающихъ на сифилитическую или туберкулезную инфекцію моментовъ съ другой — дозволяютъ поставить діагнозъ злокачественной опухоли, по всѣмъ вѣроятіямъ,

раковой.

Пробное вырѣзаніе, а также операція не были разрѣшены.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 1.



Fig. 2.

Таблица XV.*

Рис. 1. Мужчина, 56 л., желаетъ подвергаться изслѣдованію въ виду существованія одышки и приступовъ астмы. Эти разстройства вполнѣ объясняются существованіемъ значительной эмфиземы и хроническаго катарра бронховъ; но голосъ больного слишкомъ грубый, чтобы разстройство объяснить только имѣющей хронической гипереміей верхнихъ дыхательныхъ путей.

Ларингоскопіей установлена причина: величиною въ булавочную головку, кругловатая, блестяще-бѣлая опухоль на свободномъ краѣ правой голосовой связки, на границѣ передней и средней трети. Голосовая связка представляетъ незначительную красноту и болѣе широкая, чѣмъ лѣвая.

Движенія не нарушены, разстройство голоса обуславливается ущемленіемъ маленькой опухоли въ голосовой щели. Странный видъ опухоли, возрастъ больного, а также малая (съ $1\frac{1}{2}$ года) продолжительность охриплости допускаютъ подозрѣніе злокачественности. Пробная экстирпація, до здоровой ткани, даетъ успокоительный результатъ, какъ это видно изъ табл. XXXIII, рис. 3: мы видимъ

твердую бородавку.

Но безусловно необходимо дальнѣйшее наблюденіе теченія.

Рис. 2. Мужчина, 32 л., крѣпкаго тѣлосложенія, замѣчаетъ съ годъ разстройство голоса. Въ настоящее время голосъ низкій, грубый, часто совершенно беззвучный, вибрирующий.

Въ нормальной въ остальномъ гортани имѣются на границѣ средней и передней трети обѣихъ голосовыхъ связокъ, на свободныхъ краяхъ, два маленькихъ, величиною въ чечевицу, сѣро-желтаго цвѣта, блестящихъ возвышенія, сидящія другъ противъ друга и переходящія на верхнюю поверхность. Остальная часть голосовыхъ связокъ представляется слегка покраснѣвшей.

При фонаціи зіяетъ, конечно, задняя часть голосовой щели, такъ какъ полному соприкосновенію препятствуютъ обѣ опухоли.

Въ виду полнаго отсутствія другихъ болѣзненныхъ явленій и существованія опухолей на обѣихъ сторонахъ, можно ихъ признать за доброкачественныя соединительнотканныя новообразованія, именно:

отечныя фибромы.

Произведенное в послѣдствіи микроскопическое изслѣдованіе показало, что отекъ повелъ къ полному образованію кистъ. (Табл. XXXIX, рис. 1).

Таблица XVI.



Рис. 1. Мужчина, 24 л., охрипъ до полной потери голоса, кашляетъ много и съ трудомъ, пока не отхаркаетъ небольшое количество, нерѣдко засохшей мокроты.

Слизистыя оболочки зѣва представляются интенсивно покраснѣвшими и утолщенными.

Повади небной занавѣски виднѣется небольшое количество сѣро-желтаго слизистаго отдѣленія. То же самое въ носоглоточномъ пространствѣ. *Forix* занятъ увеличенной миндалиной зѣва. Въ носу имѣется подобное-же болѣе густое отдѣленіе, задніе концы обѣихъ нижнихъ раковинъ утолщены.

Внутренняя поверхность гортани интенсивно красная, но болѣе всего голосовыя связки. Обѣ связки представляются кромѣ того кругловато утолщенными, въ особенности лѣвая. Одновременно имѣется кажущееся удвоеніе лѣваго *proc. vocalis*, такъ какъ слизистая оболочка надъ нимъ ложится въ высокую, слегка отступающую назадъ складку, такъ что получается типичная картина *нахидерматическаго утолщенія*.

Обусловившее его воспаленіе очевидно вторичное, вслѣдствіе носоглоточнаго нагноенія.

Рис. 2. Жѣнщина, 36 л., потеряла 6 недѣль тому назадъ голосъ. При подробномъ распросѣ оказывается, что она охрипла уже гораздо раньше. Мокроты не имѣется, но зато сильный раздражительный кашель, а также боль при глотаніи, распространяющаяся въ правое ухо. Мать больной умерла отъ болѣзни гортани, одна изъ сестеръ страдала въ дѣтствѣ «золотухой». Два года тому назадъ больная перенесла воспаленіе плевры.

Больная стройная, но не худая. При изслѣдованіи грудной кѣтки замѣчается ясное ослабленіе звука надъ правой нижней долей, а также болѣе низкое стояніе правой верхушки. Здѣсь слышно также слабое экс- и инспираторное треніе, которое не исчезаетъ послѣ кашля, между тѣмъ какъ дыханіе надъ нижнимъ поясомъ притупленія ослаблено, но везикулярно.

Гортань: Надгортанникъ и входъ въ гортань представляются болѣе красными, чѣмъ нормально. Лѣвая карманная связка представляется неровно опухшей и

(Табл. XVI).

покраснѣвшей. Голосовая связка той-же стороны представляетъ подобное-же измѣненіе, но неровности доходятъ до ясной узловатой формы. Правая голосовая связка кажется раздѣленной на двѣ части продольнымъ, съ грязноватымъ дномъ дефектомъ, въ особенности верхней поверхности. Края дефекта представляютъ узловатое утолщеніе.

Эта язва, развитіе которой безусловно вслѣдствіе декубитальнаго размягченія, показавшагося спереди инфильтрата, а также узловатая форма послѣдняго, представляются весьма характерными для

инфильтративнаго и язвеннаго туберкулеза.



Fig. 10



Fig. 11

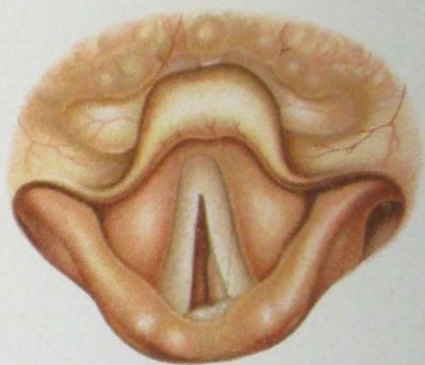


Fig. 1.



Fig. 2.

Таблица XVII.

Рис. 1. Мужчина, 45 л., страдает за послѣдніе мѣсяцы усиливающейся одышкой, голосъ сталъ грубымъ еще раньше. Худощавый, но крѣпкій мужчина съ ціанозомъ носа, ушей, подбородка и пальцевъ. Послѣ сильныхъ движеній слышенъ инспираторный stridor. Грубый голосъ. На легкихъ нигдѣ притупленія, эмфизема съ незначительнымъ сухимъ катарромъ. Артеріосклерозъ, сердце слегка увеличено. Видимыя слизистыя оболочки блѣдныя, лишь слегка синеватыя.

То-же самое и въ гортани. Въ глаза бросается значительная узость голосовой щели. Обѣ голосовыя связки находятся почти по срединной линіи. Подъ лѣвой связкой, вдоль processus vocalis, выступаетъ блѣдная перекладина. Позади нея отходить отъ задней стѣнки блѣдное, слегка блестящее, широкое возвышеніе. (При фонаціи приближается правая голосовая связка къ совершенно неподвижной лѣвой связкѣ. Подобное-же отношеніе представляютъ и черпаловидные хрящи. Ощупываніе гортани не даетъ ничего особеннаго).

Ненормальная фиксація обѣихъ голосовыхъ связокъ (мы имѣемъ дѣло именно съ фиксаціей, а не съ параличемъ, на что указываетъ подвижность правой и положеніе лѣвой) обуславливается воспалительнымъ или опухолевымъ инфильтратомъ или разрушеніемъ суставныхъ поверхностей. Участіе черпаловидныхъ хрящей мало вѣроятно, такъ какъ надъ ними не имѣется никакого опуханія. Значить, мы вправѣ предположить поражение перстневиднаго хряща, преимущественно лѣвой стороны. Видъ поверхностныхъ перекладинъ не отвѣчаетъ неопластическому образованию, а скорѣе ползучему воспалительному процессу.

Остаются туберкулезъ и сифилисъ, причѣмъ все говорить скорѣе за первое пораженіе, такъ какъ постоянное развитіе указываетъ на острый еще процессъ, который при сифилитическомъ происхожденіи представлялъ бы болѣе сильныя явленія воспаления и разрушенія. Въ ожиданіи дальнѣйшаго теченія мы вправѣ диагностировать

Perichondritis cricoidea tuberculosa.

Рис. 2. Дѣвица, 38 л., страдаетъ уже въ теченіе 2 лѣтъ одышкой при подыманіи по лѣстницѣ; въ послѣднее время одышка достигла особой силы.

5 лѣтъ тому назадъ больная перенесла тифъ, послѣ котораго голосъ сталъ хриплымъ въ теченіе продолжительнаго времени.

При инспираціи слышенъ громкій stridor, при экспираціи болѣе нѣжный шумъ дуновенія. Лицо слегка отечное, не ціано-

(Табл. XVII).

тичное, но блѣдное. Голосъ громкій и чистый, лишь повременамъ слегка хриплый. Гортань подымается и опускается инспираторно, голова занимаетъ нормальное положеніе.

Корень языка покрытъ расширенными синебагровыми сосудами, слизистая оболочка гортани въ общемъ блѣдная. Голосовыя связки слегка инъецированы, занимаютъ трупное положеніе; подъ ними выступаютъ одинаковой ширины блѣднокрасныя перекладки, которыя въ самомъ заднемъ отдѣлѣ голосовой щели отклоняются слегка внаружи. Край ихъ неровный, поверхность гладкая. Онѣ переходятъ почти непрерывно на переднюю поверхность перстневиднаго хряща.

При фоваціи происходитъ полная *juxtapositio*, между тѣмъ какъ субхордальныя перекладки остаются неподвижными.

Со стороны легкихъ лишь незначительное увеличеніе емкости; сердце и т. д. нормальны. Нигдѣ опухавій железь, анамнезь не указываетъ ни на что подозрительное. Новообразование можетъ быть или злокачественнаго характера, или обусловлено хроническимъ пластическимъ воспаленіемъ. Двусторонность не исключаетъ перваго предположенія, между тѣмъ какъ свободная подвижность голосовыхъ связокъ, во всякомъ случаѣ вкнутри, говорить противъ него. При дальнѣйшемъ наблюденіи не обнаружено увеличенія. Мы имѣемъ:

стенозь вследствие хроническаго перихондрита cart. cricoideae пост. тифа.

Таблица XVIII.

Рис. 1. Мужчина, 28 л., крѣпкаго тѣлосложенія, охрипъ болѣе 6 мѣсяцевъ тому назадъ. Другихъ жалобъ не имѣется. Сифились отвергается. Грудные органы здоровы.

Вся гортань представляетъ картину хроническаго воспаления. Въ особенности голосовыя связки представляются утолщенными и интенсивно покрасѣвшими. Середина лѣвой связки покрывается переходящей въ карманную связку гладкой, темнокрасной, веретенообразной опухолью. Опухоль лежитъ, повидимому, прямо на голосовой связкѣ.

Зондомъ удается маленькую опухоль смѣстить въ сторону, такъ что она исчезаетъ почти совершенно подъ карманной связкой, въ Morgagni'евомъ желудочкѣ.—Всѣ обстоятельства указываютъ на воспалительное ея происхождение. Это—равслабленная и гипертрофированная слизистая оболочка нижней поверхности карманной связки, которая выпала и даетъ картину
выпаденія ventriculi Morgagni.

Рис. 2. Женщина, 54 л., страдаетъ охрипlostью уже 8 лѣтъ, поврежденіямъ совершенно безъ голоса. Другихъ разстройствъ не имѣется.

Голосъ грубый, слабый, переходитъ въ фальсетъ, получается лишь съ трудомъ.

Въ довольно широкой гортани торчитъ изъ праваго Morgagni'ева желудочка интенсивно красная, полуэллиптическая гладкая опухоль, на поверхности которой видны расширенныя сосуды. Большая часть голосовой связки покрыта этой опухолью.

При фонаціи опухоль упирается въ лѣвую карманную связку. Зондированіемъ опредѣляется широкое основаніе опухоли на верхней поверхности голосовой связки.

Доброкачественность новообразованія вполне подтверждается наружнымъ видомъ, мѣстомъ и другими наружными обстоятельствами. Мы имѣемъ:

мягкую фиброму,

что вполне подтвердилось послѣдующимъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

(Табл. XVIII).

Рис. 3. Мужчина, 38 л., пользовавшийся уже раньше отъ сифилитическихъ изъязвленій въ зѣвѣ, жалуется на появившуюся въ последнее время охриплость и сухость въ горлѣ.

Надгортанникъ представляется слегка покрасившимъ, но зато весьма сильно правая голосовая связка, на поверхности которой имѣются кромѣ того еще желтоватыя пятна. Самая передняя ея часть, въ особенности-же передняя половина карманной связки, покрываются исходящей, повидимому, съ задней поверхности надгортанника, полуовальной, темнокрасной, гладкой опухолью.

Хотя эта опухоль имѣетъ видъ совершенно невиннаго новообразованія, тѣмъ не менѣе указываетъ одностороннее, сопровождающееся разрушеніемъ эпителия воспаленіе голосовой связки, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ болѣе сложнымъ, сначала инфильтрирующимъ, потомъ разрушающимъ процессомъ; передъ нами

третично-сифилитическія отложенія,

что вполне выясняется и анамнезомъ.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



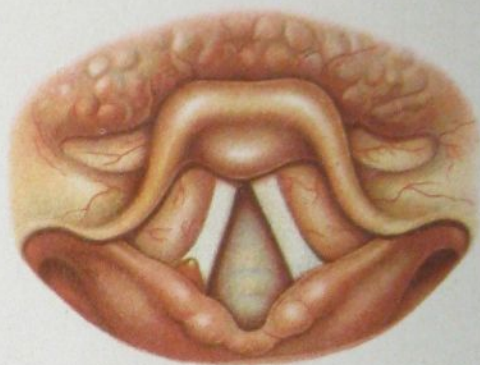


Fig. 1.

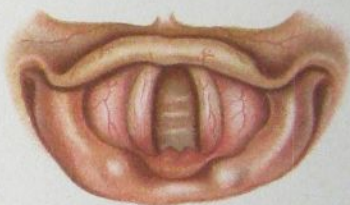


Fig. 2.



Fig. 3.

Таблица XIX.

Рис. 1. Мужчина, 30 л., ощущает съ недѣлю колющую боль въ правой сторонѣ шеи при глотаніи и утромъ послѣ сна. Не имѣется ни кашля, ни лихорадки. Эти явленія наступили послѣ бала, на которомъ больной простудился послѣ танцевъ. Кромѣ того больной помнитъ, что имъ былъ проглоченъ твердый леденецъ.

Область правой *artic. cricoarytaenoideae* чувствительна къ давленію снаружи. Въ зѣвъ не имѣется ни красноты, ни опуханія.

Гортань: Надъ заднимъ концомъ правой голосовой связки происходитъ въ области передней поверхности праваго *cart. Wrisbergii* широкое возвышеніе съ желтой верхушкой.

Зондированіемъ не удается констатировать ненормальной резистентности или что-нибудь, указывающее на инородное тѣло. Подвижность правой голосовой связки, а также голосъ совершенно нормальны. По прошествіи недѣли исчезли всѣ явленія безъ особаго леченія. Значитъ, мы вправѣ поставить діагнозъ:

ограниченное абсцедирующее воспаленіе,
неизвѣстнаго, по всѣмъ вѣроятіямъ травматическаго, происхожденія.

Рис. 2. Мужчина, 27 л., крѣпкаго тѣлосложенія, страдаетъ съ недѣлю приступами сухого кашля, при которомъ ничего не выдѣляется или лишь незначительное количество сѣрой слизи.

Со стороны носа, зѣва и легкихъ ничего ненормальнаго не найдено.

Гортань въ общемъ слегка покраснѣвшая. Въ глаза бросается сильная краснота задней стѣнки, съ которой отходятъ два, еще болѣе красныхъ плоскихъ выступа.

Такъ какъ больной былъ изслѣдованъ недавно, причѣмъ не было констатировано ничего подобнаго, то мы вправѣ высказать предположеніе, что эти образования развились остро. Для

Laryngitis interarytaenoidea acuta
представляется характернымъ и судорожный кашель.

Рис. 3. Дѣвица, 23 л., худая, блѣдная, замѣтила измѣненіе голоса за послѣдніе 3 мѣсяца, причѣмъ развился также упадокъ силъ; весьма легко потѣть. Мать больной умерла отъ болѣзни легкаго. Незначительный кашель, безъ мокроты.

(Табл. XIX).

Conjunctiva, ротъ и зѣвъ очень блѣдны. Грудная клетка увкая съ небольшими дыхательными экскурсіями, безъ притупленія и особыхъ аускультативныхъ явленій, лишь очень слабое дыханіе. Тупость сердца немного уменьшена, пульсъ 85, слабый. Въ носу и въ верхней части зѣва ничего ненормальнаго не найдено.

Гортань, въ общемъ довольно блѣдная, представляетъ на задней стѣнкѣ незначительныя острыя образования и слѣва *petioli epiglottidis* красноватое утолщеніе.

Фонація ведетъ лишь при самомъ усиленіи къ особому замыканію голосовой щели.

Эта *атонія* мышцъ указываетъ намъ, что воспаленіе надгортанника, а также образование зазубринъ на задней стѣнкѣ не является результатомъ простого раздраженія слизистой оболочки вслѣдствіе наружныхъ причинъ, а отвѣчаетъ:

первому стадію туберкулезнаго инфильтрата.

Отсутствіе пораженія легкаго нисколько не умаляетъ значенія этихъ данныхъ, которыя подкрѣпляются еще общимъ упадкомъ силъ.

Таблица XX.

Рис. 1 и 2. Больная (предыдущій случай) вскорѣ умерла отъ легочнаго кровотеченія.

Рис. 1: Вскрытая спереди гортань показываетъ по срединѣ задней стѣнки дефектъ, величиною въ чечевицу, съ валикообразными, слегка узловатыми краями, въ глубинѣ дефектъ сѣро-зеленаго цвѣта. (На трупѣ представляются края болѣе плоскими, чѣмъ при жизни). Разрѣзами, произведенными въ сторону, обнаруживается болѣе сильное, чѣмъ предполагалось, разрушеніе.

Рис. 2: Слизистая оболочка подрыта за область черпаловидныхъ хрящей. Дно этой язвы грязноватаго цвѣта, сѣро-зеленоватое, покрыто небольшимъ количествомъ жидкаго гноя.

При ощупываніи и зондированіи оказывается дно твердымъ и шероховатымъ, значитъ, хрящъ обнаженъ и извѣденъ, причемъ превращенъ въ кость.

Это обыкновенное явленіе при туберкулезѣ.

Perichondritis и *Chondritis ossificans* и *rareficiens*.

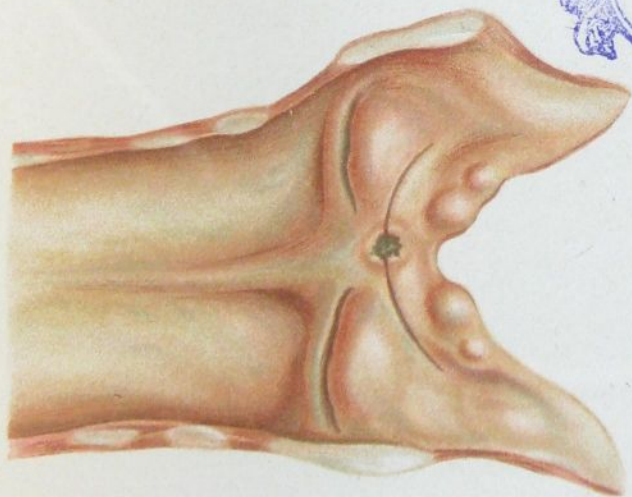


Fig. 1.

Новоросійскій Університет
Бібліотека
Студентська
Книжка

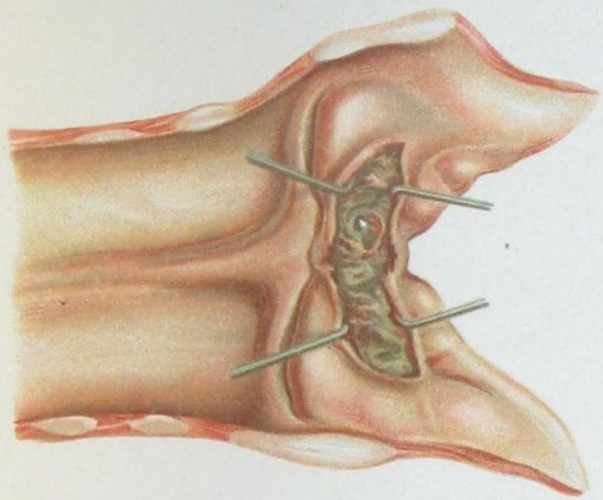


Fig. 2.

Lith. Anst. F. Reichhold, München.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Таблица XXI.

Рис. 1. Мужчина, 35 л., сильно кашляет уже 3 мѣсяца, за послѣднія двѣ недѣли появились самостоятельныя боли и при глотаніи. Мокроты не имѣется.

Блѣдный цвѣтъ лица и плохое питаніе бросаются въ глаза. Грудная кѣтка плоская, лѣвая верхушка легкаго стоитъ ниже, на этомъ мѣстѣ притупленіе и болѣе жесткій затяжной выдохъ.

Сердце маленькое, слабое. На груди нѣсколько звѣздчатыхъ рубцовъ. Съ середины задней стѣнки исходитъ сидящій на широкомъ основаніи, заканчивающійся остро, слегка неровный конусъ.

На задней поверхности надгортанника, надъ *petiolus*, представляется слизистая оболочка сильно покрасѣвшей, посреди этого пояса имѣется желто-сѣраго цвѣта дефектъ съ гладкими высокими краями.

Хотя общее состояніе всего тѣла и легкихъ вполне согласуется съ пораженьемъ задней стѣнки, которая представляетъ типичный видъ туберкулезной гиперплазій, но зато совершенно не отвѣчаетъ остро протекающая язва безъ инфильтрата окружности.

Болѣе подробный анамнезъ показываетъ намъ, что больной заразился годъ тому назадъ, имѣлъ сыпь и язвы на кожѣ груди, такъ что возникшее по наружному виду подозрѣніе существованія сифилиса подтверждается вполне. Но этимъ не объясняется пораженье задней стѣнки (инфильтратъ). Здѣсь (какъ это подтвердилось дальнѣйшимъ теченьемъ) играютъ роль два процесса:

туберкулезъ и третичный сифилисъ въ разгарѣ.

Рис. 2. Женщина, 25 л., пришла къ намъ вслѣдствіе полной потери голоса. Въ остальномъ она чувствуетъ себя здоровой, «небольшой кашель», по ея мнѣнію, ничего не значить. При дальнѣйшемъ распросѣ выясняется, что этимъ небольшимъ кашлемъ выделяется громадное количество желтой слизи. Отецъ умеръ отъ «воспаленія легкихъ». Сколько времени онъ хворалъ? «Только 1½ года». Мужъ больной совершенно здоровъ, двое дѣтей постоянно хворають.

Больная съ сильно развитымъ скелетомъ, но значительно исхудала. Дыханіе поверхностное. Правая сторона отстаетъ при вдыханіи. Звукъ надъ обѣими верхушками слегка укорочень, болѣе справа. Надъ правой нижней долей, свади, немного внутри отъ скапулярной линіи имѣется поясъ высокаго тимпаническаго звука. Здѣсь-же звучные, крупнопузырчатые хрипы и бронхиаль-

(Табл. XXI).

ный выдохъ. Надъ верхушками жесткій *inspiration*, саккадированный *expiration*.—Зъвъ очень блѣдный, десны сильно оттянуты.

Гортань: Передняя поверхность праваго черпаловиднаго хряща превращена въ два блѣдныхъ маленькихъ бугорка. Подъ ними имѣется мелкобугристая, толстая, величиною въ чечевицу, съ острымъ концомъ опухоль, торчащая свободно въ просвѣтъ. Обѣ голосовыя связки кругловато утолщены и представляютъ дефекты почти всей внутренней половины верхней поверхности. Дно этихъ дефектовъ сѣро-зеленаго цвѣта, окружность неправильно бугристая, изъязвленіе проникаетъ очевидно еще въ глубину подъ имѣющіеся остатки, такъ какъ подъ ними замѣчается тѣнь. Край представляется слегка покраснѣвшимъ.

Комбинація опухолей и язвъ на различныхъ мѣстахъ, наружный видъ измѣненій и, наконецъ, сомнительное пораженіе легкихъ допускаютъ постановку діагноза:

Tuberculosis hyperplastica et ulcerosa.

Рис. 3. Мужчина, 48 л., пришелъ на пріемъ вслѣдствіе «охриплости». Онъ сильно кашляетъ и немного истощалъ, легко поѣть.

Наружный видъ усталый, лицо слегка одутловато и цианотично, кожа тѣла дряблая, а также и мышцы. Грудная клѣтка слегка увеличена въ передне-заднемъ діаметрѣ, въ верхнихъ частяхъ поднимается при инспираціи немного сильнѣе, но въ общемъ все-таки очень слабо. При перкуссіи получается въ *regio suprascapularis*, которая покрыта толстыми мышцами, слегка укороченный, въ другихъ всюду болѣе ясный звукъ. Границы легкаго слабо измѣняются, значительно закрываютъ сердце. Что касается дыханія, то выдохъ всюду удлинень, надъ верхними долями неопредѣленное, въ остальныхъ частяхъ болѣе жесткое, причемъ мѣстами, въ особенности между лопатками, имѣются отдѣльные сухіе хрипы. Измѣреніе температуры невозможно вслѣдствіе наружныхъ причинъ. Мокроту не удается получить.

Въ гортани, которая въ общемъ представляетъ болѣе интенсивный цвѣтъ, отходитъ отъ середины задней стѣнки опухоль, величиною въ половину боба, круглой формы, на широкомъ основаніи. Поверхность мелкобугристая, синебагроваго цвѣта.

(Табл. XXI).

При попыткѣ фонировать ущемляется опухоль между головными связками, такъ что послѣднія соприкасаются между собою лишь съ трудомъ.

Голосъ соотвѣтственно беззвучный, повременамъ слышенъ лишь грубый слабый тонъ. Мѣсто и видъ опухоли допускаютъ диагнозъ

туберкулезной опухоли;

но и разлитое пораженіе легкаго сомнительно, хотя можетъ быть объяснено хроническимъ катарромъ бронховъ.

Вопросъ рѣшается лишь гистологическимъ изслѣдованіемъ удаленной гальванокаустической петлей весьма твердой на основаніи опухоли, которая послѣ вырѣзанія сильно сморщилась, причемъ поверхность разрѣза покрыта бурокрасными пятнами. Мы имѣемъ передъ собою

ангиому;

это весьма рѣдкая опухоль, которую неоднократно смѣшивали съ другими новообразованіями.

Таблица XXII.

Рис. 1. Женщина, 47 л., съ сильно развитымъ туберкулезомъ легкихъ; страдаетъ кромѣ того еще одышкой, недостаточно объясненной легочнымъ процессомъ; давно страдаетъ полной потерей голоса. Боли при глотаніи не имѣются, но зато весьма частое захлебываніе.

Гортань въ общемъ довольно блѣдная, желто-сѣраго цвѣта. Отъ свободнаго края правой голосовой связки отходитъ буро-желтая, бугристая, довольно плоская и, повидимому, твердая опухоль, лишь мало ясно отдѣленная отъ здоровыхъ частей. Подобная-же, но еще большей величины опухоль исходитъ въ формѣ тупой пирамиды между обоими черпаловидными хрящами. Задняя стѣнка представляетъ довольно равномерное утолщеніе, слѣва съ неправильными границами.

При попыткѣ фонировать все передвигается очень медленно, все какъ бы одеревенѣло, что указываетъ на плотность инфильтрата. Что мы имѣемъ дѣло съ

бурокровыми опухолями и съ туберкулезнымъ инфильтратомъ вытекаетъ не только на основаніи данныхъ со стороны легкихъ, но и наружнаго вида измѣненій.

(Табл. XXII).

Рис. 2. Мужчина, 28 л., обратился за помощью вследствие продолжительной охриплости. 3 тысяча тому назад он продолжал противосифилитическое лечение в виду твердого шанкра. Рот и зъвъ свободны.

Въ гортани, глубоко подъ надгортанникомъ, отходить съ передней поверхности задней стѣнки полушарообразная, темнокрасная гладкая опухоль.

Ее легко признать за

лужу передней пластинки перстневиднаго хряща,
такъ какъ охриплость указываетъ на то, что инфильтратъ проникаетъ довольно глубоко.

Діагнозъ вполне подтвердился тѣмъ, что опухоль быстро исчезла послѣ употребленія іодистаго кали.

Рис. 3. Мужчина, 32 л., былъ годъ тому назадъ пользованъ отъ сифилиса неба и носа. Къ язвамъ присоединилось продолжительное вторичное нагноеніе носа, причемъ отдѣленіе опускалось исключительно въ полость зъва. Голосъ, до того нормальный, сталъ весьма грубымъ въ теченіе послѣднихъ 3 мѣсяцевъ.

Гортань очень маленькая и плоская. Съ середины задней стѣнки отходить плоское, красное, слегка выпуклое возвышеніе.

Фонація безусловно затруднена этой опухолью, такъ какъ *juxtapositio* черпаловидныхъ хрящей затруднена этимъ механически.

Принять этотъ процессъ за сифилитическій заманчиво и поспѣшно. Мѣсто и видъ говорятъ даже противъ процесса, а также мало вѣроятно и то, что продолжающійся столько времени наростъ на функционально столь тревожномъ мѣстѣ могъ остаться неповрежденнымъ, не подвергаться распаденію. Связь съ другимъ вреднымъ моментомъ, напр. съ постояннымъ раздраженіемъ отъ стекающаго носового отдѣленія, представляется болѣе вѣроятной, тѣмъ болѣе, что мѣсто утолщенія отвѣчаетъ этой этиологіи одинаково, какъ и его видъ. Весьма правильно признать этотъ процессъ за

вторичную хронически воспалительную мозоль.

Это предположеніе вполне подтвердилось недействительностью дальнѣйшаго специфическаго леченія, а также полнымъ исчезаніемъ явленій послѣ излеченія носового нагноенія.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.





Fig. 1.



Fig. 2.

Таблица XXIII.

Рис. 1. Мужчина, 40 л., пришелъ весной съ жалобой на сухость въ горлѣ и грубый голосъ, появившейся съ первыхъ зимнихъ дней. Простуда не поддается леченію. Повременамъ судорожный кашель. Зѣвъ представляется слегка покрасѣвшимъ.

Гортань скорѣе блѣдная. Область подъ верхушкой лѣваго черпаловиднаго хряща слегка утолщена; кпереди переходитъ это утолщеніе въ сидящую на широкомъ основаніи, мелкобугристую, красную, повидимому твердую опухоль, которая заканчивается въ концѣ концовъ довольно острымъ шипомъ.

Замыканіе голосовой щели нарушено незначительнымъ отставаніемъ лѣвой голосовой связки. Зондированіемъ опредѣляется сильная твердость опухоли. Легкія, повидимому, нормальны. Семья не представляетъ врожденнаго предрасположенія. Сильный упадокъ силъ.

Это послѣднее обстоятельство вполне подтверждаетъ предположеніе, основанное на зернистомъ видѣ и твердости опухоли, а также на проникающемъ, повидимому, глубоко инфильтратѣ, что мы имѣемъ дѣло съ

гиперпластическимъ туберкулезомъ.

Діагнозъ вполне подтвердился пробнымъ curettement и микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Рис. 2. Женщина, 26 л., страдаетъ уже 6 недѣль охрипlostью голоса; въ послѣдніе дни появилась сильная одышка. Боль, распространяющаяся въ лѣвое ухо.

Больная представляетъ дурное питаніе. Цвѣтъ кожи грязноватоблѣдный. Инспираторный stridor. Значительная чувствительность къ давленію на верхнемъ заднемъ краѣ лѣвой половины гортани. Железы подъ челюстнымъ угломъ, а также и шейная, представляются опухшими съ обѣихъ сторонъ, но чувствительны только железы лѣвой стороны. Голосъ совершенно беззвучный. Въ послѣднее время сильное выпаденіе волосъ. Не было ни родовъ, ни выкидышей. Всегда была здорова, не помнитъ семейныхъ болѣзней.

Надгортанникъ представляетъ нормальный желтый цвѣтъ лишь у задняго края, отсюда до мѣста перегиба усиливается инъекціонная краснота, доходя до темно-краснаго цвѣта. Слизистая оболочка задней стѣнки справа краснаго цвѣта и утолщена, слѣва утолщеніе

(Табл. XXIII).

образуетъ сѣроокрасный блестящій мѣшокъ (отекъ). Лѣвая голосовая связка занимаетъ трупное положеніе. При фонаціи она остается неподвижной, какъ и вся область черпаловидныхъ хрящей.

Имѣются всѣ признаки сильнаго и глубокаго воспаленія, которое указываетъ на то, что неподвижность лѣвой, одновременно болѣе сильно воспаленной половины не зависитъ отъ нервнаго паралича, а отъ механическихъ причинъ. Послѣднія слѣдуетъ искать въ области сустава, значить, имѣется *Perichondritis* или *Chondritis crico-arytaenoidea*, на что указываютъ и вторичныя явленія. Остается выяснитъ ихъ характеръ. Противъ травмы или инороднаго тѣла, на что нѣтъ никакихъ указаній и со стороны анамнеза, говорятъ одновременное поряженіе надгортанника, что служитъ доказательствомъ существованія инфекціоннаго процесса. Острое теченіе, а также сильныя воспалительныя явленія, невзирая на отсутствіе несомнѣнныхъ анамнестическихъ данныхъ, дѣлаютъ весьма вѣроятнымъ существованіе сифилитическаго процесса, что для внимательнаго наблюдателя становится яснымъ уже по выпаденію волосъ.

Діагнозъ ставится *ex juvantibus*. Мы имѣемъ передъ собою
связій третично-сифилитическій инфильтратъ.

Таблица XXIV.

Рис. 1. Мужчина, 56 л., страдает уже болѣе продолжительное время кашлемъ, затрудненнымъ отдѣленіемъ мокроты и одышкой. 2 мѣсяца тому назадъ присоединились легкое затрудненіе глотанія и охриплость. Больной ставитъ развитіе этихъ явленій въ связь съ родомъ занятій въ чугунно-литейномъ заводѣ.

При изслѣдованіи легкихъ констатируется эмфизема съ хроническимъ бронхитомъ. Со стороны сердца явленія функциональнаго увеличенія (сердце пьяницъ). Охриплость при этомъ вещь довольно-обыкновенная, но можетъ быть обусловлена и другими причинами.

Гортань: Вся правая часть задней стѣнки утолщена, плоскомелкобугристая, въ углѣ между lig. thyreo-arytaenoid. и надгортанникомъ имѣется въ половину чечевицы плоская опухоль съ зазубринами. Подвижность правой голосовой связки уменьшена, тѣмъ не менѣе наступаетъ замыканіе голосовой щели вслѣдствіе болѣе сильнаго движенія кнутри лѣвой стороны. Эти явленія указываютъ на инфильтратъ вокругъ artic. cricoarytaen.

Сразу нельзя рѣшить, представляется-ли инфильтратъ воспалительнаго или опухолевиднаго характера. Въ послѣднемъ случаѣ дѣло можетъ идти лишь о злокачественномъ новообразованіи. Изслѣдованіе шейныхъ железъ даетъ отрицательный результатъ, сифилисъ отвергается. Вопросъ могла бы, можетъ быть, выяснить маленькая опухоль. При помощи кюретки удаляется частичка и изслѣдуется на замороженныхъ разрѣзахъ. Подъ толстымъ эпителиальнымъ покровомъ видны въ submucosa многочисленныя, съ богатой мелкокѣлочной инфильтраціей сосуды. Значитъ, изслѣдованіемъ выяснено лишь самое невинное разроженіе; субстратъ, однако, могъ бы оказаться злокачественнымъ; in dubio іодистый кали. Назначается послѣднее средство, по прошествіи 3 недѣль исчезъ инфильтратъ совершенно, отъ опухоли остался лишь наметкъ. Мы имѣли дѣло съ

Perichondritis arytaenoidea syphilitica.

Рис. 2 и 3. Мужчина, 58 л., страдаетъ уже 6 мѣсяцевъ горломъ, наступаютъ приступы задушенія. Сильный раздражительный кашель.

Ортопнея, сильный stridor. Ларингоскопія не исполнима, лишь послѣ трахеотоміи.

Просвѣтъ суженъ ad maximum вслѣдствіе juxtapositio обѣихъ голосовыхъ связокъ. Лѣвая кажется суженной вслѣдствіе утолщенія лѣвой карманной связки,

(Табл. XXIV).

Объ связки представляются цианотичными, между тѣмъ какъ надгортанникъ блѣдный. Лѣвая lig. ary-epiglot. превращена въ толстую, сѣро-желтую, блестящую, слегка волнистую опухоль, задняя часть которой (къ pharynx) представляетъ неправильно ограниченный дефектъ съ сѣро-зеленымъ дномъ.

Легкія здоровы, не имѣется опуханія железъ, сифились отвергается. Въ основѣ этого хроническаго процесса лежитъ, очевидно, весьма сильное анатомическое разстройство въ двигательномъ аппаратѣ, на что указываетъ положеніе связокъ. Имѣется ли разстройство мышцъ или хрящей, остается невыясненнымъ, такъ какъ положеніе отвѣчаетъ также параличу *mus. crico-arytaen. post.* Далѣе не становится сразу яснымъ и то, имѣется въ основѣ воспаленіе или опухоль. Хотя и преобладаютъ явленія воспаленія (воспалительный отекъ), но въ пользу второй говоритъ неровная поверхность опухоли, а также слегка узловатая ея форма. Кромѣ того язва не представляетъ типичнаго характера. Во всякомъ случаѣ мы не имѣемъ здѣсь дѣла съ туберкулезомъ. *In dubio* необходимо дѣйствовать противосифилитически.

Последнее было предпринято съ очевиднымъ успѣхомъ, такъ какъ уже по прошествіи 6 недѣль дыханіе стало до того свободнымъ, что можно было приступить къ *decapulement*. Но картина въ теченіе этого времени измѣнилась до того, что не можетъ быть никакого сомнѣнія въ истинномъ характерѣ:

(Рис. 3). Во время респирации стоитъ правая головая связка еще по срединной линіи, лѣвая абдуцирована. Объ блѣднокраснаго цвѣта. Опухоль на задней стѣнкѣ меньше, но все-таки еще довольно большая.

Рядомъ съ уменьшенной (?) на половину язвой видна на медианной сторонѣ неправильно дольчатая, величиною въ горошину, блѣднокрасная, слегка неровная опухоль, происходящая непосредственно въ большую опухоль.

Эта форма присуща исключительно
злокачественному новообразованію.

Микроскопическое изслѣдованіе экстирпованнаго куска показало, дѣйствительно, альвеолярную саркому. (См. табл. XXXVII, рис. 1 и 2).

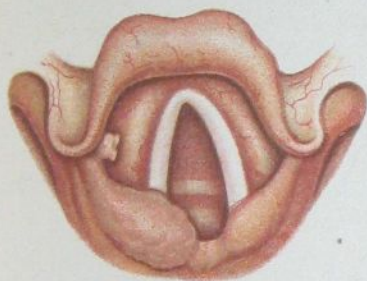


Fig. 1.

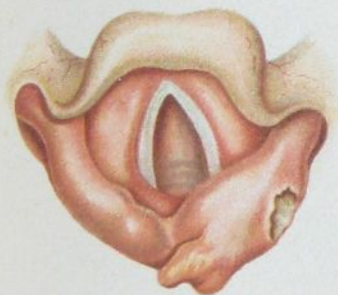


Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Таблица XXV.

Рис. 1. Дѣвушка, 16 л., заболѣла 2 дня тому назадъ затрудненіемъ глотанія, головной болью и лихорадкой. Сегодня утромъ появились охриплость и незначительная одышка. Запоръ.

Болезнь довольно слабая, щеки сильно горять, дыханіе короткое, сознание слегка помрачено. Пульсъ 110, t° 39,5 $^{\circ}$ C. Въ зѣвѣ ничего особеннаго, имѣется лишь незначительная краснота на задней стѣнкѣ. Голосъ беззвучный, но и шепотъ лишь слабый.

Гортань: Надгортанникъ представляется, хотя и не очень сильно, покраснѣвшимъ. Голосовыя связки едва гиперэмированы, находятся въ трупномъ положеніи. Задняя стѣнка состоитъ изъ двухъ сильно опухшихъ, блестящихъ, кровянистокрасныхъ выступовъ, затрудняющихъ всякое движеніе.

Подобныя явленія наблюдаются исключительно при
Erysipelas laryngis.

Рис. 2. Мужчина, 67 л., до этого всегда здоровый, хворалъ 9 мѣсяцевъ послѣ инфлюэнцы: по вечерамъ лихорадка, поты, исхуданіе, весьма обильная желто-сѣрая мокрота, нѣсколько мѣсяцевъ охриплость и сильная одышка.

Исхуданіе видно по дряблой кожѣ. При перкуссіи находятъ съ обѣихъ сторонъ сзади сверху почти полную тупость, справа подъ *clavicula* отъ 2 до 4 ребра притупленно-тимпаническій звукъ, который на мѣстѣ, гдѣ выраженъ яснѣе всего, повышается при открываніи рта. По всему легкому многочисленные хрипы, спереди сверху справа ясное бронхиальное дыханіе съ звучными хрипами. Сзади съ обѣихъ сторонъ бронхиальное дыханіе съ трескучими хрипами.

Дыханіе короткое, учащено, слегка слышно.

Вся гортань интенсивно краснаго цвѣта. Задняя стѣнка колбасовидно утолщена. На передней ея поверхности имѣется слѣва гладкій толстый выступъ. Правая голосовая связка совершенно покрыта опухшей карманной связкой, лѣвая голосовая связка въ области *proc. vocalis* на видъ раздвоена, въ дѣйствительности-же имѣется удвоеніе нормальной складки слизистой оболочки, ка-

(Табл. XXV).

жется суженной (по вышеприведенной причинѣ). Абдукція очевидно недостаточная, такъ какъ обѣ голосовыя связки не заходятъ кнаружи за трупное положеніе.

Гортань нечувствительна снаружи. Голосъ непріятный, низкій, грубый, почти афоничный, часто переходитъ въ шепотъ.

Ислѣдованіе обильной сѣро-желтой мокроты, раздѣляющейся на три слоя, даетъ между прочимъ обильное количество туберкулезныхъ бациллъ.

Такимъ образомъ не можетъ быть никакого сомнѣнія, что, невзирая на сильныя воспалительныя явленія въ гортани, послѣдняя поражена

инфильтрирующимъ туберкулезомъ.

Рис. 3. Мужчина, 27 л., съ ясными разлитыми туберкулезными разрушеніями легкихъ, въ мокротѣ содержится масса бациллъ туберкулеза. Больной жалуется главнымъ образомъ на затрудненіе глотанія, приходится часто глотать слюну, такъ какъ въ горлѣ постоянная сухость, между тѣмъ какъ съ питьемъ часто захлебывается.

Вся задняя стѣнка представляется сильно опухшей, съ бѣлыми и красными пятнами, вслѣдствіе чего нельзя проникнуть глазомъ въ просвѣтъ гортани. Отлично видимая при наклоненіи головы впередъ передняя поверхность задней стѣнки можетъ быть сравнена съ плоскохолмистой площадью, нижняя часть которой подымается въ видѣ двухъ, лежащихъ другъ противъ друга, кругловатыхъ, гладкихъ верхушекъ.

Это почти типичная картина
разлитого туберкулезного инфильтрата слизистой оболочки.

Таблица XXVI.

Рис. 1. Мужчина, 36 л., съ чахоткой легкихъ и гортани, получилъ вырскивание Кош'овской сыворотки. На слѣдующій день—картина:

Объ pl. ary-epiglotticae, а также весь верхній край задней стѣнки гортани, въ особенности слѣва, припухши въ видѣ шаровъ, блестящія, гладкія. Утолщенными представляются и карманная связка. Объ голосовыя связки находятся во время респирации близко къ срединной линіи, между трупнымъ и фонаціоннымъ положеніями, интенсивно красныя, съ неровными краями, спереди лѣваго прос. vocalis имѣется маленькій шипъ.

Весь опуханія зависятъ отъ
острого воспалительнаго отека
надъ туберкулезно пораженными частями.

Рис. 2. Женщина, 24 л., сильно исхудавшая, съ гектической краснотой щекъ, съ обильной гнойной мокротой, сильной слабостью, однимъ словомъ, со всѣми признаками болѣе развитой легочной чахотки, съ чѣмъ вполне согласуются данныя физическаго изслѣдованія, страдаетъ кромѣ того еще сильной одышкой. Сильная ортопнея и stridor.

Вся гортань, исключая надгортанника, представляетъ патологическія измѣненія. Правая голосовая связка совсѣмъ не видна, отъ лѣвой лишь узкая полоска прос. vocalis. Все остальное покрывается карманными связками, превращенными въ блѣдныя, слегка, неровныя плотныя опухоли. Pl. ary-epiglotticae сильно утолщены, отчасти сѣро-желтаго цвѣта и блестящія (отечныя). Съ правой отходитъ сидящая на широкомъ основаніи, колбообразно утолщенная, величиною въ бобъ опухоль, слабо окрашенная и слегка бугристая, закрывающая заднюю половину уже безъ того суженнаго просвѣта.

Не имѣется признаковъ распадѣнія, во всякомъ случаѣ на доступныхъ глазу поверхностяхъ.

Что кромѣ доступныхъ прямоу опредѣленію процессовъ имѣются еще и протекающіе въ глубинѣ, по всѣмъ вѣроятіямъ на хрищахъ, вполне доказывается наступившимъ отекомъ.

Значить, мы имѣемъ дѣло съ
разлитымъ туберкулезнымъ инфильтратомъ всей гортани и съ подобнымъ же опухолевиднымъ образованіемъ.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 1.



Fig. 2.

Таблица XXVII.

Рис. 1. Мужчина, 47 л., крѣпкаго тѣлосложенія, пришелъ на пріемъ съ цѣлью дать себя изслѣдовать въ виду появившейся съ годъ одышки и появляющагося повременамъ затрудненія при глотаніи твердыхъ комковъ.

Голосъ грубый, дыханіе слегка стенотическое.

Входъ въ гортань, тотчасъ позади надгортанника, занятъ почти цѣликомъ опухолью, величиною въ грецкій орѣхъ, причеиъ видны лишь часть правой карманной связки и *pl. ary-epiglotticae*.

Опухоль желто-сѣраго цвѣта, неравномѣрно бугристая, покрыта многочисленными сосудами.

Подвижность, хотя существуетъ, весьма ограничена, ясиѣ всего еще въ передней части, такъ что можно предположить, что опухоль исходитъ въ области черпаловидныхъ хрящей. Характеръ опухоли опредѣлить весьма трудно; отсутствіе опуханія шейныхъ железъ, метастазовъ, а также очевидно весьма быстрое развитіе говорятъ скорѣе противъ злокачественности.

Лишь микроскопическое изслѣдованіе послѣ операціи показало намъ, что мы имѣемъ дѣло съ

плоскоклетчатальнымъ ракомъ

(см. табл. XXXIX, рис. 3).

Рис. 2. Женщина, 62 л., замѣчаетъ въ теченіе послѣднихъ 6 мѣсяцевъ постепенно усиливающееся затрудненіе глотанія, такъ что въ послѣднее время принимаетъ почти исключительно жидкую пищу. Никогда не было болей. Сильный упадокъ силъ.

Зѣвъ весьма блѣдный, а также и гортань, причеиъ задняя ея половина не видна, такъ какъ она закрывается опухолью блѣдно-синебагроваго цвѣта, слегка бугристой, величиною приблизительно въ косточку сливы, задняя часть которой исчезаетъ подъ задней стѣнкой зѣва въ *oesophagus*. Основаніе опухоли переходитъ въ верхній край гортани.

Большая блѣдная, исхудалая, безъ окрашиванія кожи или слизистыхъ оболочекъ. На шеѣ и затылкѣ не замѣчается железъ или другихъ ненормальностей при ощупываніи.

Фонація происходитъ безъ препятствій, голосъ слабый, но чистый. При зондированіи опухоль оказывается подвижной и можетъ быть приподнята отъ задней стѣнки зѣва. Дыханіе свободно. Со стороны сердца и легкихъ замѣчаются лишь извѣстныя старческія измѣненія.

(Табл. XXVII).

Въ виду своеобразнаго мѣста опухоли и возраста больной постановка діагноза возможна лишь на основаніи изслѣдованія экстирпированной частички. При последнемъ оказалось, что опухоль сидитъ широкимъ основаніемъ на задней стѣнкѣ перстневиднаго хряща. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что мы имѣемъ

невинное соединительнотканное новообразование
(см. табл. XL, рис. 1).

Таблица XXVIII.

Рис. 1. Мужчина, 56 л., страдает уже съ годъ «катарромъ звѣа» съ сильной охрипlostью; прибылъ для изслѣдованія звѣа. Въ настоящее время онъ едва въ состоянїи произнести грубый слабый тонъ, причеиъ глотаніе сильно затруднено.

Habitus въ общемъ довольно крѣпкій, но слегка малокровный. Шея въ складкахъ, но не опухши; при оцупыванїи оказывается лѣвая половина щитовиднаго хряща слегка утолщенной и грубобугристой, сросненной съ соединительной тканью. Подъ челюстью прощупываются двѣ маленькія железы.

Гортань: Нормальнымъ представляется лишь надгортанникъ, хотя сильно отклоненъ кзади, такъ что трудно проникнуть глазомъ (отклоненіе больше, чѣмъ изображено на рисункѣ). Правая голосовая связка представляется слегка покраснѣвшей, на мѣстѣ лѣвой видна мелкобугристая, слегка красная опухоль, переходящая незамѣтно въ карманную связку, формы малины. Обѣ *pl. ary-epiglotticae* сильно утолщены, въ особенности лѣвая, которая въ сравненїи съ нормальной представляетъ увеличенную въ два раза неправильной формы, неровную опухоль, на верхней и задней поверхности которой имѣется неправильной формы, углубленный кзади дефектъ съ валикообразными краями и съ сѣро-зеленымъ дномъ.

При попыткѣ фонировать остается лѣвая сторона неподвижной, что указываетъ на глубокое распространеніе инфильтрата и пораженіе сустава.

Характеръ разлитаго, повидимому, инфильтрата выясняется наружнымъ видомъ опухоли и продолжительностью процесса. Опухоль безусловно настоящее новообразование и по всему (распространеніе, распаденіе, переходъ на сосѣднія части, метастазы железъ) можетъ быть только злокачественнымъ. Мы имѣемъ дѣло безусловно съ

carcinoma.

Рис. 2. Мужчина, 47 л., приглашаетъ врача въ виду угрожающаго для жизни приступа задушенія. Одышка существуетъ уже нѣсколько мѣсяцевъ, довольно сильный кашель безъ всякой мокроты. Нѣсколько недѣль тому назадъ появилось затрудненіе глотанія, въ настоящее время проходятъ лишь жидкости.

Сильное исхуданіе, понятное на основанїи послѣдняго пункта анамнеза. Сильный влспираторный *stridor* при весьма удлиненномъ *expirium*, съ напряженїемъ всѣхъ вспомогательныхъ мышцъ. Невзирая на сильную слабость, больной сидитъ всегда прямо съ отброшенной кзади головой.

Перкуссїей опредѣляется довольно значительное расширеніе границъ легкаго, нигдѣ не имѣется притупленія. Выслушваніе невозможно вслѣдствіе заглушающаго стенотического шума.

(Табл. XXVIII).

Измѣреніе температуры въ теченіе нѣсколькихъ дней показало безлихорадочное теченіе.

Блѣдная въ общемъ гортань проходима для воздуха лишь на весьма узкомъ мѣстѣ (щель). Правая голосовая связка желто-бѣлаго цвѣта. Подъ нею тянется почти такой же ширины, гладкая, красная переკладина, которая, утолщенная въ самой передней части у края исчезаетъ подѣ спайку. Лѣвая голосовая связка превращена въ средней части въ бугристую красную опухоль, между тѣмъ какъ задняя треть исчезаетъ подѣ величиною въ бобѣ блѣднокрасной, толстой опухоли, которая сидитъ широкоимъ основаніемъ на утолщенной задней стѣнкѣ.

Шейныя железы не опухши. Лѣвая половина щитовиднаго хряща представляется утолщенной и слегка неровной, не особенно чувствительна.

При попыткѣ фонировать лѣвая голосовая связка остается неподвижной.

Анатомически мы имѣемъ пораженіе, которымъ затронута главнымъ образомъ лѣвая часть перстневиднаго хряща. Что это пораженіе перешло и на правую половину этого хряща, доказываетъ субхордальной переკладиной. Пораженіе имѣетъ преимущественно опухолевидный характеръ, лишь переკладина представляетъ повидимому воспалительный характеръ, представляя собою очевидно воспалительный отекъ надѣ *perichondritis*. Но такъ какъ опухоль находится въ тѣсной связи съ разлитымъ инфилтратомъ въ глубинѣ, причѣмъ, судя по фиксаціи сустава, пораженъ и хрящевой остовъ, то мы имѣемъ дѣло безусловно съ деструктивнымъ процессомъ. Остается рѣшить вопросъ между злокачественнымъ новообразованиемъ, сифилисомъ и туберкулезомъ.

Въ пользу перваго говорить многое, глазами-же образомъ пораженіе одной стороны, возрастъ больного, время развитія, отсутствіе общихъ явленій и со стороны легкихъ. Въ пользу сифилиса не говорить ничего, ни анамнезъ, ни данныя изслѣдованія, кромѣ того этой болѣзни вовсе не присуще постоянное и медленное развитіе. Туберкулезъ можетъ дать подобную-же картину, блѣдная, слегка неровная опухоль имѣетъ громадное сходство съ этой болѣзью, но зато весьма страннымъ представляется сохранность одной голосовой связки въ столь развитомъ стадіи. Кромѣ того отсутствуютъ мокрота и лихорадка (въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, пока больной находился подѣ наблюденіемъ).

Въ виду этого, послѣ того какъ и микроскопическое изслѣдованіе экстирпированной частички опухоли голосовой связки не дало вѣрнаго результата, остается поставить лишь вѣроятный діагнозъ

раковой опухоли?

(См. слѣдующую таблицу).

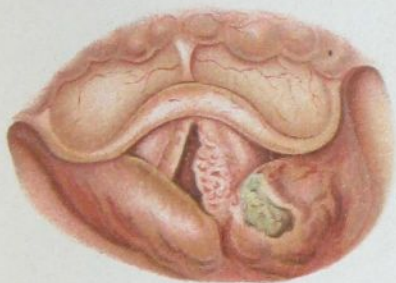


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 1.

Таблица XXIX.

Къ предыдущей исторіи болѣзни остается еще добавить, что по прошествіи нѣсколькихъ недѣль, послѣ произведенной трахеотоміи, наступила высокая гектическая лихорадка, появилась обильная мокрота, въ которой были констатированы бациллы туберкулеза. Такимъ образомъ стала несомнѣннымъ

Perichondritis cricoidea tuberculosa.

Степень развитія процесса видна изъ вскрытія, произведеннаго по прошествіи 6 недѣль послѣ перваго наблюденія.

Перстневидный хрящъ представляется всюду на разрѣзахъ сѣро-зеленаго цвѣта, содержитъ на лѣвой сторонѣ болѣе обширную язвенную полость, въ которой совершенно свободно лежитъ болѣе крупный (окостенѣвшій) секвестръ.

Въ трахеѣ видна увеличенная вслѣдствіе нагноенія краевъ рана трахеотомической трубочки.

Таблица XXX.

Рис. 1. Мужчина съ трахеотомической трубкой проситъ удалить послѣднюю, такъ какъ дышетъ опять совершенно свободно. Трубочка вставлена 6 мѣс. тому назадъ, послѣ разсѣченія гортани и производства въ ней операціи.

Дыханіе свободно даже при закрытой трубкѣ.

Въ гортани видна вмѣсто лѣвосторонней складки широкая, гладкая, красная поверхность, идущая съ задней поверхности непрерывно къ правой сторонѣ, гдѣ исчезаетъ между голосовой и карманной связками. Ни неравномѣрное утолщеніе ея, ни инъекція не даютъ никакихъ указаній на какой либо скрытый процессъ. Въ виду этого эту плоскость, на основаніи анамнеза, можно принять за

чистую рубцовую перепонку.

Но зато представляетъ задняя стѣнка равномѣрное колбасовидное утолщеніе, даже на правой сторонѣ, такъ что на основаніи этого можно предположить существованіе болѣе глубокаго болѣзненнаго процесса, по всѣмъ вѣроятіямъ *perichondritis*. Въ виду этого больному совѣтуютъ не вынимать трубочки, такъ какъ всякое усиленіе процесса можетъ во всякое время снова затруднить дыханіе.

Рис. 2. Мужчина, 62 л., худощавый, но довольно мускулистый, обратился за помощію въ виду сильной одышки. Разстройство дыханія развилось постепенно въ послѣдніе годы. Уже нѣкоторое время существуетъ и кашель съ отдѣленіемъ обильной сѣрой и желтой мокроты; ночныхъ потовъ не имѣется. Объ остальныхъ членахъ семьи нельзя получить точныхъ свѣдѣній; инфекция отвергается.

Грудная клѣтка безусловно бочковидная, легочныя границы почти вовсе не измѣняются при дыханіи, причемъ легкое затемняетъ отчасти и сердечную тупость. Замѣчается эпигастрическая тупость. При перкуссии замѣчается всюду полный и даже болѣе высокой звукъ; при аускультации замѣчается по всему легкому удлинненное, болѣе рѣзкое *ex- и inspirium*, а также средніе влажные и сухіе хрипы.

Дыханіе происходитъ при содѣйствіи всѣхъ вспомогательныхъ мышцъ съ весьма рѣзкимъ инспираторнымъ *stridor*; при инспи-

раціи гортань опускается сильно книзу.—Голосъ грубый, почти беззвучный.—Ощупываніе гортани не даетъ никакихъ указаній.

Надгортанникъ представляетъ чалмообразное утолщеніе, въ особенности на правой половинѣ. Обѣ рl. агу-epiglotticae представляются сильно утолщенными, поверхность мелкобугристая, интенсивно красная; голо-совыя связки, интенсивно красныя, отстоятъ другъ отъ друга во время респираціи не болѣе какъ на 2 мм. (у задняго отверстія голосовой щели).

При фонаціи происходитъ полное закрытіе голосовой щели. Частымъ кашлемъ выделяется обильное количество желто-сѣрой, жидкой мокроты съ плотными комками слизи. Въ мокротѣ, при повторномъ изслѣдованіи, не найдены бактерии туберкулеза, въ которой кромѣ того очень мало гнойныхъ тѣлецъ, но зато много детрита и жировыхъ зеренъ.

На основаніи этихъ изслѣдованій нельзя безусловно выяс-нить характеръ страданія.

Намъ остается пока довольствоваться анатомическимъ діагно-зомъ. Очевидно, мы имѣемъ дѣло съ воспалительнымъ процессомъ. Лишь поражена большая часть слизистой оболочки гортани. Но что процессъ проникаетъ болѣе глубоко, ясно на основаніи двига-тельныхъ расстройствъ голосовыхъ связокъ, которыя вполне отвѣчаютъ формѣ паралича шш. cricoarytaen. post. или абдукціон-ныхъ волоконъ п. recurrentis. Но подобныя двигательныя рас-стройства могутъ быть и чисто механическаго характера, если внутри и снаружи соответствующаго сустава, въ данномъ случаѣ articulatio crico-arytaenoidea, имѣются препятствія. При разли-томъ характерѣ воспаленія легко предположить, что имѣемъ предъ собою артритическій процессъ, который сопровождается воспа-леніемъ хряща или ея matrix. На это указываетъ также и силь-ное опуханіе и краснота рl. агу-epiglotticae. Значить, мы вправѣ поставить діагнозъ:

Perichondritis crico-arytaenoidea и воспалительный анкилозъ articul. crico-arytaenoid.

Теченіе выяснило причину. Послѣ трахеотоміи и большихъ дозъ іодистаго кали получилась слѣдующая картина:

Рис. 3. Опуханіе гортани исчезло. Лишь на задней стѣнкѣ имѣется незначительное опуханіе и надъ лѣ-вымъ клиновиднымъ хрящомъ шарообразное, сѣро-желтое, блестящее выпячиваніе слизистой оболочки (отекъ), между которымъ и cart. Wrisbergii видна выемка.

(Табл. XXX.

Правая голосовая связка бѣлая и гладкая, лѣвая еще слегка красная и неровная по краю. Во время респирации происходит полное расширение голосовой щели. Подъ спайкой вдается въ просвѣтъ горизонтальная, красная, гладкая, выпуклая кзади перекладина. Въ свободной части трахеи замѣчается блестящій полосовидный рефлексъ.

Этотъ рефлексъ обуславливается повидимому имѣющей еще трахеотомической трубкой. При вондированіи оказывается перекладина хрящевой твердости, гладкой, толщиною приблизительно въ 3 мм. На основаніи всего эту перекладину можно принять за *сифилитическую рубцовую диафрагму*.

Но и наше прежнее предположеніе, что затрудненіе абдукціи воспалительно-анкилотическаго происхожденія, совершенно подтверждается, такъ какъ воспалительныя и механическія измѣненія приняли равномерное и одновременное обратное развитіе; остатокъ ихъ выражается отекомъ надъ верхушками лѣваго черпаловиднаго хряща и вторичной краснотой соотвѣтствующей голосовой связки.

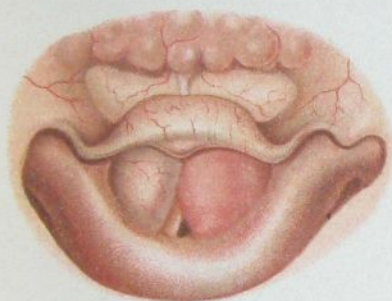


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.





Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Таблица XXXI.

Рис. 1. Мужчина, 63 л., крѣпкаго тѣлосложенія и въ остальномъ совершенно здоровый, заболѣлъ приблизительно 2 года тому назадъ разстройствомъ голоса, появилась охриплость, которая въ послѣдніе 2 мѣсяца значительно усилилась. Не имѣется боли и кашля. Голосъ грубый и беззвучный.

Гортань: Спереди подъ надгортанникомъ, совершенно покрывая *retiolus*, имѣется величиною въ горошину, слегка бугристая, кругловатая опухоль. Поверхность сѣро-красная съ бѣлыми пятнами. Остальныя части гортани не представляютъ особыхъ измѣненій, лишь лѣвая голосовая связка и задній край надгортанника болѣе сильно инъецированы. Движенія голосовыхъ и карманныхъ связокъ происходятъ правильно.

Возрастъ больного и неровный видъ опухоли допускаютъ подозрѣніе на существованіе злокачественнаго новообразованія, но, невзирая на столь продолжительное существованіе (болѣе 2 лѣтъ), не замѣтно пораженія окружающихъ частей или (на основаніи недостаточной подвижности) можетъ быть подозрѣваемо. Мы вправѣ діагностицировать

доброкачественное новообразованіе.

Но для полнаго выясненія діагноза необходимо гистологическое изслѣдованіе экстирпированной опухоли (результатъ изображенъ на табл. XXXIV, рис. 1) и наблюденіе въ теченіе послѣдующаго періода. (Не наступило рецидива).

Рис. 2. Мужчина, 56 л., крѣпкаго сложенія, страдаетъ голосомъ уже 10 лѣтъ. Другихъ жалобъ не имѣется, ни боли, ни расстройства дыханія.

Голосъ почти афоничный, грубый шепотъ; фонація предшествуетъ всегда протяжная звучная инспирація, первый экспираторный звукъ сопровождается яснымъ *хлопающимъ тономъ*. Гортань не представляетъ движеній при дыханіи, сильно вибрируетъ при фонаціи. При ощущеніи ничего ненормальнаго. Лицо интенсивно окрашено, но не цианотично, а также и слизистая оболочка полости рта и гъва.

При осмотрѣ *гортани* оказывается, что все пространство между надгортанникомъ и задней стѣнкой

(Табл. XXXI).

занято массой, подвижной при усиленномъ дыханіи; ея слегка бугристая поверхность спереди почти бѣлая, сзади болѣе красная. Остальныя видимыя части (черпаловидные хрящи, небольшія части карманныхъ связокъ и правой голосовой связки) не представляютъ особыхъ измѣненій. Масса представляетъ тѣсную связь съ передними частями входа въ зѣвъ, но мѣсто исхода трудно опредѣлить съ точностью.

Отсутствіе явленій разрушенія, очевидное нормальное состояніе окружающихъ частей, продолжительность пораженія и видъ его допускають діагнозъ

доброкачественной опухоли.

При гистологическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась твердой фибромой.

Рис. 3. Женщина, 40 л.; угрожаетъ задушеніе. Одышка, въ прежнее время иногда болѣе слабая, развилась довольно быстро въ теченіе нѣсколькихъ часовъ.

Больная сидитъ, медленно дышетъ при участіи шейныхъ мышцъ, слышенъ сильный экс- и инспираторный шумъ. Голосъ грубый, почти афоничный. При вытягиваніи языка бросается тотчасъ-же въ глаза на задней стѣнкѣ зѣва идущій кверху желто-желтый, полусухой, слизисто-гноевой комокъ.

Весь входъ въ зѣвъ закрытъ густой зелено-сѣрою, довольно сухой массой, задняя часть которой, въ виду равномернаго блеска, болѣе влажнаго характера. Она возвышается всюду надъ поверхностью покраснѣвшей слизистой оболочки.

Эта корка остается неподвижной и при фонаціи.

Носоглоточное пространство и носъ наполнены обильнымъ количествомъ жидкаго и сухого гноя, который происходитъ изъ пораженія рѣшетчатой кости.

Тѣло въ гортани представляетъ въ данное время лишь гнойную корку, мы имѣемъ передъ собою

закупорку инороднымъ тѣломъ.

Таблица XXXII.

Рис. 1. Мальчикъ, 3 $\frac{1}{2}$ л., страдаетъ полнымъ отсутствіемъ голоса и сильной одышкой. Инспирація особенно затруднена, удлинена и производится съ громаднымъ трудомъ при участіи всѣхъ вспомогательныхъ мышцъ, сопровождаясь громкимъ stridor.

Гортань опускается при этомъ сильно внизъ. Экспирація менѣе трудная. Лицо сильно цианотично, а также и конечности. Это состояніе развилось въ теченіе двухъ лѣтъ послѣ коклюша.

При *ларингоскопiи* замѣчается подъ сильно смѣщеннымъ кпереди надгортанникомъ, слизистая оболочка котораго представляетъ слабое синевато-красное окрашиваніе, опухоль, занимающая весь входъ въ зѣвъ; поверхность опухоли напоминаетъ тутовую ягоду, въ остальномъ представляетъ свѣтло-красное, кирпичное окрашиваніе. Ощупывающимъ пальцемъ удается констатировать мягкую консистенцію и незначительную подвижность опухоли. Очевидно, мы имѣемъ дѣло съ

папилломой,

съ формой опухолей гортани, присущей главнымъ образомъ дѣтскому возрасту.

Рис. 2. Женщина, 30 л., жалуется на существующую 3—4 года охриплость и на усиливающуюся въ послѣднее время одышку. Больная ослабла. Появляются ночные поты и кашель, но безъ мокроты. Отецъ умеръ отъ чахотки легкихъ.

Слабая стройная женщина совершенно безъ голоса и дышетъ съ яснымъ гортаннымъ шумомъ, шитовидный хрящъ при этомъ опускается и подымается. Подъ челюстнымъ угломъ имѣется съ обвѣихъ сторонъ по одной железѣ, величиною въ голубиное яйцо.

Легочный тонъ всюду звучный, но правая верхушка стоитъ немного ниже, кромѣ того, подъ правой ключицей слышенъ болѣе рѣзкій затяжной *expirium*. По всему легкому болѣе жесткое дыханіе съ сухими хрипами. — Сердце слабое, сердечная тупость уменьшена, тоны чистые.

Гортань: Въ общемъ скорѣе блѣдная (какъ и слизистая оболочка рта), весь просвѣтъ занятъ сосочковыми, малиноваго цвѣта опухолями, сидящими на кар-

(Табл. XXXII).

манныхъ связкахъ и на задней стѣнкѣ, такъ что видна лишь задняя треть обѣихъ голосовыхъ связокъ. Последнія бугристы и сѣраго цвѣта. Нигдѣ не имѣется изъязвленій. При зондированіи оказываются опухоли весьма твердыми.

Широкое, разлитое основаніе, наружный видъ и остальные данныя допускаютъ вѣроятный діагнозъ

туберкулезныхъ опухолей.

Діагнозъ вполне подтвердился микроскопическимъ изслѣдованіемъ.



Fig. 1.



Fig. 2.





Рис. 15. Женщина, 43 л., обратилась за помощью вследствие усиливающейся одышки и затрудненія глотанія. Въ глаза бросается немедленно весьма сильный ціанозъ лица, а также грубый инспираторный stridor. Голосъ грубый, иногда афоничный.

Вся гортань закрыта величиною въ грецкій орѣхъ (темнокрасной) опухолью, слегка волнистая поверхность которой пронизана нѣсколькими болѣе крупными сосудами; сзади и слѣва она отступаетъ отъ зѣва, справа, однако, она переходитъ непосредственно въ боковую стѣнку зѣва. Спереди видны только надгортанникъ и спайка.

На наружной шеѣ замѣчается незначительное развитіе зоба. При ощупываніи замѣчается прониканіе въ глубину правой доли. При надавливаніи на эту часть замѣчается смѣщеніе внутренней опухоли влѣво. При изслѣдованіи двумя руками (правый указательный палецъ въ зѣвъ на опухоли, лѣвая рука снаружи на зобѣ) ясно ощущается передаваніе односторонняго давленія. Такимъ образомъ не подлежитъ никакому сомнѣнію, что мы имѣемъ дѣло съ

Struma retropharyngea dextra.

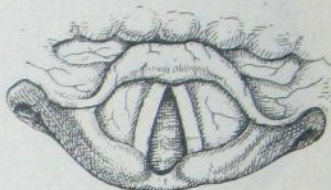


Рис. 16. Женщина, 23 л., совершенно афоничная, говорит лишь шепотомъ, причемъ послѣдній прерывается иногда болѣе звучнымъ кашлемъ. Это состояніе продолжается уже 2 недѣли, причемъ больная ощущаетъ сильную боль въ области правыхъ роговъ подъязычной кости. Гортань въ общемъ болѣе блѣдная.

Во время респирации происходитъ подергиваніе голосовыхъ связокъ кнутри.

При попыткѣ фонировать сближаются голосовыя связки лишь до трупнаго положенія.

Во время кашля смѣщаются черпаловидные хрящи болѣе кнутри (голосовыя связки при этомъ не видны).

Недостаточность замыкателей голосовой щели при произвольной попыткѣ иннервации, возможность напряженія ихъ при томъ же произвольномъ актѣ (звучный кашель) въ соединеніи съ отсутствіемъ воспалительныхъ явленій служатъ указаніемъ существованія

истерической афонии.

Впослѣдствіи оказалось, что эта афонія существуетъ съ тѣхъ поръ, какъ было сильное психическое возбужденіе.



Рис. 17. Женщина, 40 л., охрипла послѣ произведенной стру-
мэктоміи.

Правая голосовая связка сильно абдуцирована во время респирации, лѣвая находится по срединѣ между положеніями респирации и фонации. Лѣвая regio arytaenoidalis находится ближе кпереди. При фонации (пунктиръ) переходитъ правая голосовая связка къ срединной линіи, между тѣмъ какъ лѣвая остается неподвижной. Но и правосторонніе хрящи перемѣщаются, какъ обыкновенно, кпереди и кнутри, причемъ и лѣвосторонніе, хотя и въ меньшей степени, причемъ слегка напрягается и лѣвая lig. ary-epiglotticum.

Въ виду отсутствія всякаго механическаго препятствія и на основаніи анамнеза мы вправѣ діагностицировать:

травматическій параличъ n. recurrentis sin. съ сильной викарирующей функцией m. aryt. transversi.



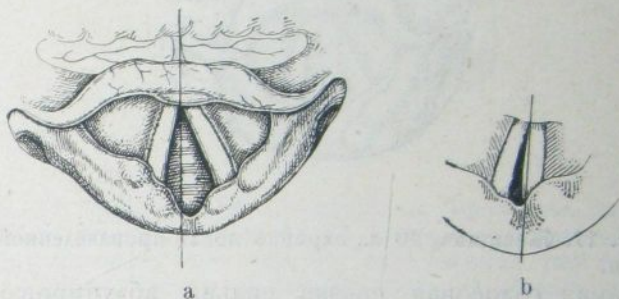


Рис. 18. У другого больного неподвижной представляется также правая голосовая связка во время респирации и фонации, оставаясь въ трупномъ положеніи. Въ первомъ фазисѣ (а) находится правый черпаловидный хрящъ болѣе впереди, чѣмъ лѣвый, между тѣмъ какъ въ послѣднемъ (b) наблюдается обратное отношеніе. И здѣсь имѣемъ дѣло съ

параличемъ праваго n. recurrentis,
но безъ функціи поперечной мышцы.

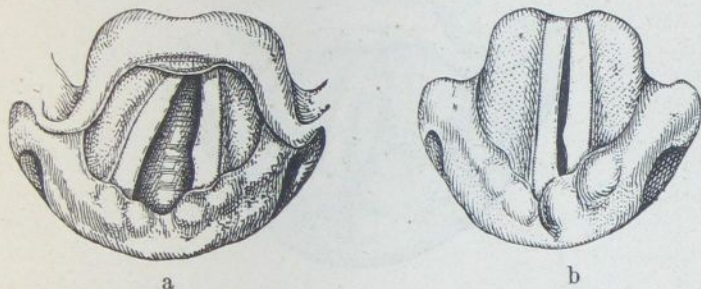


Рис. 19. Въ третьемъ случаѣ представляется парализованная голосовая связка неподвижной во время фонаціи, а также и ея хрящей. Правый черпаловидный хрящъ, однако, подходитъ во время фонаціи *подъ* лѣвый, такъ что наступаетъ болѣе сильное смѣщеніе правой голосовой связки и почти полное закрытіе голосовой щели. Соответственно этому голосъ едва хриплый.

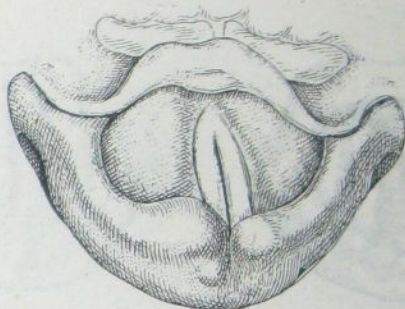


Рис. 20. Пѣвецъ, 23 л., потерялъ 8 мѣс. тому назадъ внезапно голосъ. Голосъ вернулся снова постепенно, но время отъ времени больной остается безъ голоса въ теченіе 1—2 дней. Въ промежуткахъ больной можетъ пѣть хорошо и сильно.

Объ голосовыя связки представляютъ слабое сѣро-красное окрашиваніе и легкую отечность.

Хотя при фонаціи и передвигаются объ голосовыя связки, но правая заходитъ при этомъ до того сильно за срединную линію, что лѣвая связка остается въ трупномъ положеніи. Правый черпаловидный хрящъ становится одновременно спереди лѣваго.

Во время респираціи объ связки вполне абдуцированы. Эта неправильность, въ прежнее время называемая отдѣльнымъ именемъ «*Asymmetria arytaenoidea cruciata*», сильно напоминаетъ положеніе при параличѣ *recurrentis*. Придерживаясь анамнеза, ее можно считать за

остатокъ законченнаго лѣвосторонняго паралича п. recurrentis.

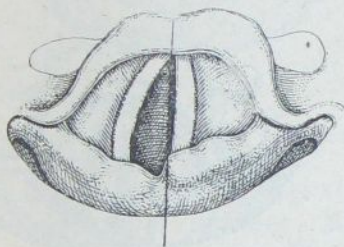


Рис. 21. Женщина, 36 л., страдает годами все усиливающейся одышкой, которая въ послѣдніе дни довольно внезапно сильно усилилась. Не особенно большой, но прощупываемый слѣва въ глубинѣ довольно ясно зобъ является несомнѣнной причиной.

Дѣйствительно, ларингоскопически представляется trachea сдавленной сбоку.

Кромѣ того бросается въ глаза положеніе лѣвой голосовой связки. Находясь при фонаціи прямо по серединѣ, она покидаетъ это мѣсто при дыханіи, становится слегка вогнутымъ лишь свободный, напряженный до того край.

Это типичное положеніе при параличѣ *m. arytaen. postici sin.*, которое въ данномъ случаѣ, какъ и почти всегда, представляетъ лишь начальный стадій паралича отъ прижатія *n. recurrentis sin.* зобомъ.

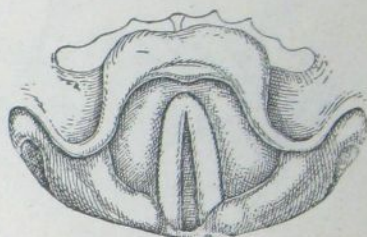


Рис. 22. Мужчина, 45 л., страдающий уже 4—5 лѣтъ спинной сухоткой, заболѣлъ 8 дней тому назадъ одышкой, которая препятствуетъ всякому болѣе сильному движенію. Голосъ громкій, звучный.

Во время респирации остаются обѣ голосовыя связки, вмѣсто передвиженія кнаружи, неподвижными, на недалекомъ разстояніи отъ срединной линіи.

Значить, въ виду отсутствія всякаго механическаго препятствія для абдукціи, мы имѣемъ параличъ размыкателей:

Табетическій параличъ тт. crico-arytaen. post.

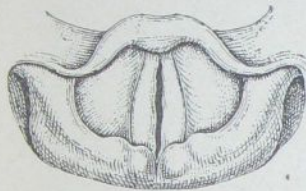


Рис. 23. Женщина, 63 л., охрипла уже давно. Голосъ соотвѣтственно слабый, грубый и беззвучный.

Нормальная въ остальномъ гортань представляетъ при фонаціи своеобразную картину. Между тѣмъ какъ въ состояніи покоя представляютъ обѣ голосовыя связки лишь слегка вогнутый гладкій край, образуетъ послѣдній при замыканіи голосовой щели слегка волнистую линію, такъ что голосовая щель не замыкается совершенно.

Введенный зондъ переносится безъ всякаго позова на кашель и даже не ощущается больною (при закрытыхъ глазахъ). Но и пальцемъ не получается рефлекса съ надгортанника и входа въ зѣвъ.

При фонаціи не ощущаетъ приложенный къ *lig. crico-thyroideum* палецъ напряженія или сближенія обоихъ хрящей.

Значить, мы имѣемъ дѣло съ параличемъ *m. crico-thyroid.* и чувствительныхъ нервовъ гортани.

Но такъ какъ они составляютъ собою всю область иннервациіи *pp. laryng. sup.*, то мы имѣемъ передъ собою *параличъ верхнихъ гортанныхъ нервовъ.*

Если тѣло не представляетъ другихъ уклоненій, то не удастся констатировать причины.

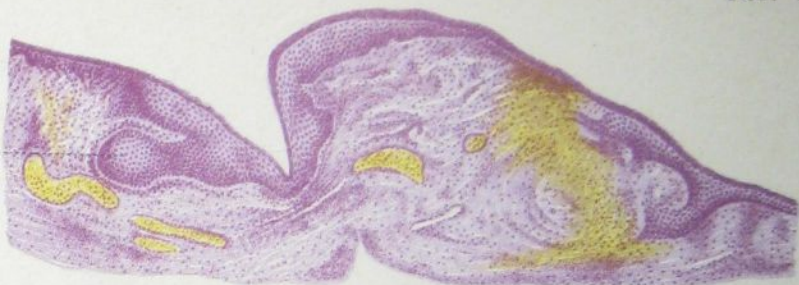


Fig. 1. Vergr. $30\frac{1}{1}$



Fig. 2.

Vergr. $25\frac{1}{1}$



Fig. 3.

Vergr. $20\frac{1}{1}$

Таблица XXXIII.

Рис. 1. Изображенные на табл. XIV, рис. 2, узлы голосовой связки были удалены и разрѣзаны горизонтально. Основаніе образуется довольно плотною соединительною тканью, сосудистыя щели которой окружены незначительными скопленіями круглыхъ клѣтокъ. Нѣкоторые сосуды сильно расширены, переполнены кровью. На правой сторонѣ ткань пронизана свободнымъ кровянымъ экссудатомъ, по всѣмъ вѣроятіямъ травматическаго происхожденія.

Поверхность представляется въ формѣ двухъ бугровъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга глубокой и крутой выемкой и состоящихъ почти исключительно изъ эпителия. Послѣдній сильно гиперпластическій, влѣво даетъ толстое утолщеніе (а) въ сторону S-образно изогнутаго расширеннаго сосуда. Вокругъ утолщенія тянется круглоклѣточный инфильтратъ. Поверхностные слои представляются ороговѣвшими.

Воспалительное происхожденіе новообразованія становится яснымъ на основаніи измѣненій сосудовъ; разрощеніе эпителия наступило, по всѣмъ вѣроятіямъ, лишь вторично, въ особенности вслѣдствіе давленія со стороны другой голосовой связки во время фонаціи. Эту опухоль въ виду этого слѣдуетъ признать за *воспалительную гиперплазію*.

Рис. 2. Въ общемъ весьма сходную картину представляетъ слѣдующій препаратъ. И здѣсь, но въ болѣе сильной степени, имѣется гиперплазія эпителия, въ этомъ случаѣ множественная, образованіе стержней, сліяніе ихъ. И здѣсь имѣется на верхней границѣ сопутствующая инфильтраціонная полоса. Болѣе яснымъ выступаетъ окружающій сосуды группообразный круглоклѣточный инфильтратъ и ороговѣніе поверхности до образованія пластинокъ. Значитъ, и эта опухоль, отходящая въ видѣ бородавки отъ задней стѣнки хронически воспаленной гортани мужчины 48 л., представляется *воспалительной фиброэпителиомой*.

(Табл. XXXIII).

Рис. 3. Препаратъ представляетъ фронтальный разръзъ изображенной на табл. XV, рис. 1, опухоли.

Соединительнотканый корень почти совершенно исчезаетъ между окружающими его съ двухъ сторонъ, сверху и снизу, эпителиальными покровами, такъ какъ въ особенности верхній, соответственно бывшимъ макроскопически видимымъ бѣлымъ узелкамъ, представляется въ видѣ громадной эпителиальной жемчужины. Главная ихъ составная часть большія полигональныя плоскія кѣтки, основаніе представляетъ еще характеръ многослойнаго плоскаго эпителия, между тѣмъ какъ поверхность состоитъ изъ многочисленныхъ, горизонтально идущихъ пластинокъ, прежній эпителиальный характеръ которыхъ узнается лишь по отдѣльнымъ сохранившимся ядрамъ. Толщиной этого пояса ороговѣнія объясняется необычайно бѣлый цвѣтъ опухоли при жизни.

Въ пропитанной кровью соединительной ткани видны многочисленныя щели, обусловленныя отекомъ набуханіемъ ткани, плохо питаемой черезъ тонкую ножку.

(При болѣе сильномъ увеличеніи видны у «а» многочисленныя эластическія волокна, происшедшія вслѣдствіе разрощенія *mediae* сосудовъ, признаковъ общаго участія всѣхъ тканей).

Доброкачественная ороговѣвшая эпителиома.

Таблица XXXIV.

Рис. 1 и 2. Изображенная на табл. XXXI, рис. 1, опухоль была разрѣзана сагиттально. Еще болѣе, чѣмъ въ трехъ предыдущихъ случаяхъ представляетъ эта опухоль мелкоклѣточный инфильтратъ хроническаго воспаленія въ соединеніи съ сильной эпителиальной гиперплазіей. И въ данномъ случаѣ мы наблюдаемъ прониканіе стержней до границы здороваго. Своеобразное отношеніе представляютъ верхніе слои. Почти всюду замѣчается вмѣсто большихъ полигональных клѣтокъ съ пузырьвидными ядрами сѣтъ, отвѣчающая приблизительно границѣ клѣтокъ, въ петляхъ которой замѣчаются лишь отдѣльныя ядра. Вмѣсто нихъ находятся многочисленные гомогенные большіе комки (а), причемъ петли часто больше прилегающихъ клѣтокъ.

Еще болѣе яснымъ становится это различіе на отмѣченной R краевой части при болѣе сильномъ увеличеніи (рис. 2). Измѣненіе отвѣчаетъ болѣе разлитому жировому перерожденію эпителія; жиръ превратился въ комки (а), между тѣмъ какъ у b имѣются еще клѣтки съ зернистымъ распаденіемъ содержимаго. Смѣшеніе жирноперерожденныхъ и здоровыхъ участковъ придаетъ поверхности пятнистый (макроскопически) видъ.

Воспалительная гиперплазія съ перерожденіемъ эпителія.

Рис. 3. Громадное сходство представляетъ изображенная здѣсь дегенеративная форма. Плоское поверхностное разрощеніе, сидящее на голосовой связкѣ (женщина 42 л.), состоитъ почти исключительно изъ эпителиальныхъ стержней, которые представляютъ перерожденіе не только вверху, но и на основаніи. Протоплазма находится въ состояніи передъ самымъ всасываніемъ, на что указываютъ многочисленные щели; мѣстами протоплазма представляется набухшей, ядра

(Табл. XXXIV).

въ большинствѣ случаевъ болѣе не видны. Но при этомъ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, границы клѣтокъ остались почти тѣми же, вмѣсто того, какъ при ороговѣніи, подвергаться сплющиванію и слоистому расположенію.

Эпителиальная гиперплазія въ состояніи перерожденія.

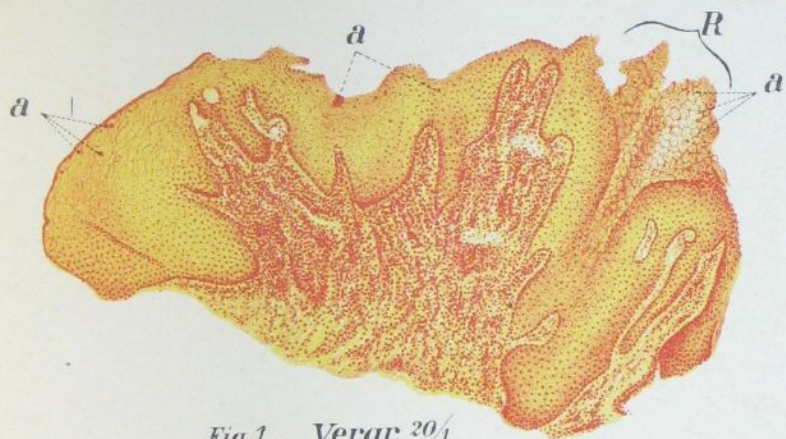


Fig. 1. Vergr. $20\frac{1}{2}$

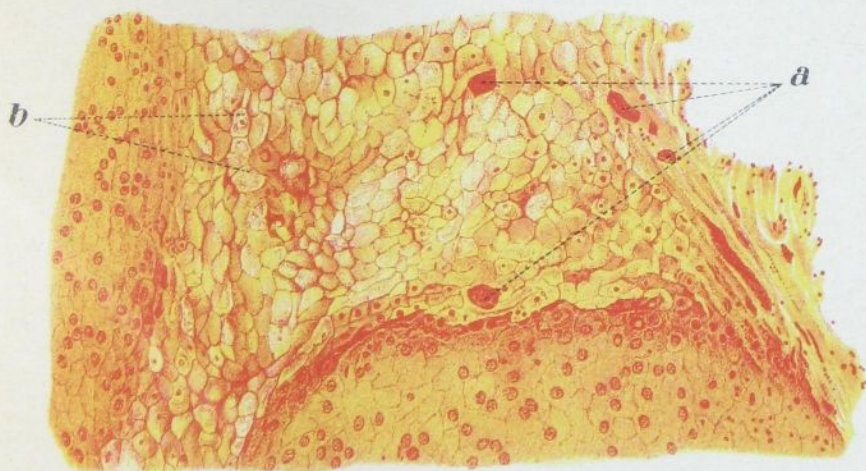


Fig. 2. Vergr. $80\frac{1}{2}$

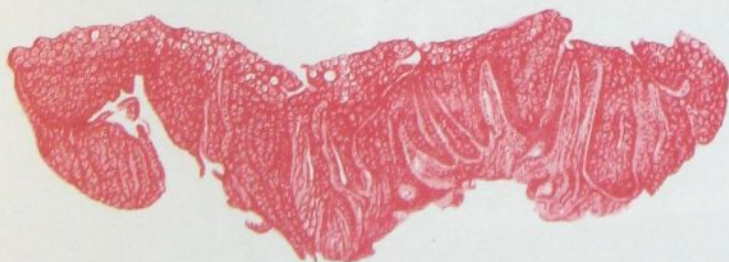


Fig. 3. Vergr. $25\frac{1}{2}$

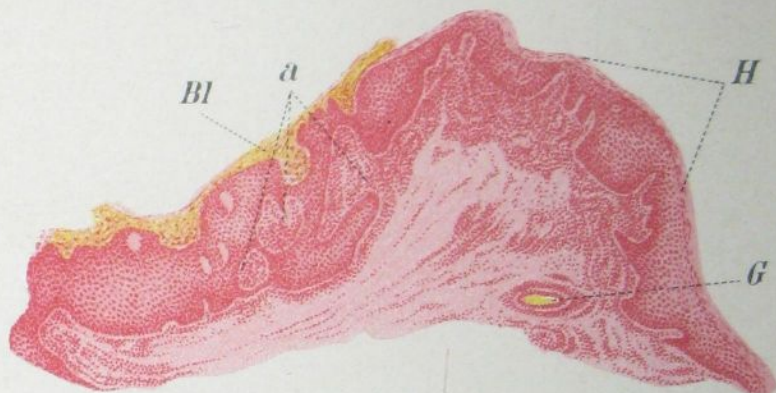


Fig. 1. Vergr. $\frac{20}{1}$

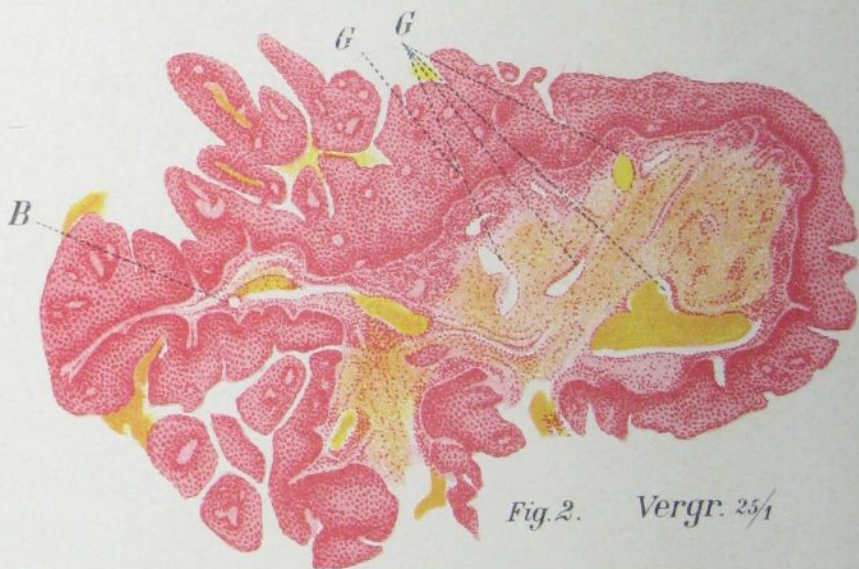


Fig. 2. Vergr. $\frac{25}{1}$

Таблица XXXV.

Рис. 1. Крупнобугристая, твердая, блѣднокрасная опухоль находилась на лѣвой карманной связкѣ (мужчина 40 л.).

Горизонтальный разрѣзь представляет холмообразную, твердую волокнистую основу, на которой отчасти сидитъ многослойный эпителий, отчасти пронизываетъ ее, такъ что получаются отдѣльные соединительнотканые островки (а). Эти, а также другія, и прилегающія къ эпителию части представляютъ значительный круглоклѣточный инфильтратъ, въ особенности вокругъ сосудовъ. На основаніи видна железа (G), окруженная богатымъ инфильтратомъ. Поверхность представляетъ сильное ороговѣніе, у «В1» покрыта толстымъ слоемъ старой крови, въ которой замѣчается уже превращеніе въ соединительную ткань.

Воспалительная гиперплазія.

Рис. 2. Блѣднокрасная опухоль, напоминающая по наружному виду туговую ягоду, находилась на лѣвой голосовой связкѣ (мужчина 50 л.). Опухоль была удалена холодной петлей; ножка тонкая и гладкая, окруженная со всѣхъ сторонъ волнистыми поверхностными разрощеніями. Вертикальный къ основанію разрѣзь, проведенный не по центру, а по боковымъ частямъ опухоли, показываетъ всюду эпителиальныя границы. Собственно остовъ состоитъ изъ плотной, волокнистой соединительной ткани съ расширенными сосудами (G), стѣнки которыхъ представляются мѣстами утолщенными. Многочисленный мостовидный эпителий распределяется на свободной поверхности горизонтальными слоями, между тѣмъ какъ базальные находятся вертикально къ основанію. Между ними происходитъ довольно быстро измѣненіе положенія. Несомнѣнно сходство съ эпидермисомъ. Линія границы эпителиального слоя отчасти прямая, отчасти волнистая вслѣдствіе выпячиваній соедини-

(Табл. XXXV).

тельной ткани въ эпителиальный слой. Слева становится подобное выпячивание до того яснымъ, что къ длинной основной нити (B) прилегають съ двухъ сторонъ толстый эпителиальный слой, съ многочисленными снизу выемками. Безъ всякой, повидимому, связи прилегають къ лѣвой поверхности многочисленные толстые эпителиальные островки. Каждый изъ нихъ снабженъ соединительнотканнымъ ядромъ. На мѣстахъ, гдѣ это имѣется, нельзя считать эпителиальный слой сплошнымъ, а лишь результатомъ слиянія сосѣднихъ стержней. Съ другой стороны, кажущіеся островки въ дѣйствительности лишь полуострова, шейку которыхъ удастся констатировать на другихъ (болѣе глубокихъ или высокихъ) разрѣзахъ. Такимъ образомъ представляется все на-подобіе многовѣтвящагося дерева съ отчасти перепутанными и сращенными вѣтвями. Необходимо еще замѣтить, что каждая изъ длинныхъ основныхъ нитей снабжена отдѣльными сосудами, что, однако, вслѣдствіе слабаго увеличенія, не всюду замѣтно, но ясно выступаетъ у G'.

Сосочковая фиброзителіома.

Таблица XXXVI.

Рис. 1. Этотъ препаратъ приготовленъ изъ надгортанника 9 л. дѣвочки, которая погибла отъ многочисленныхъ рецидивовъ на подобіе цвѣтной капусты опухолей въ гортани и trachea.

На (сагиттальномъ) разрѣзѣ видны въ глубинѣ разрѣзы хряща. Надъ ними имѣется богатый слой рыхлыхъ, раздвинутыхъ волоконъ (G) и гіалиново перерожденные островки ткани (d), далѣе слой плотной соединительной ткани, причемъ самый верхній слой представляетъ густой мелкоклѣточный инфильтратъ. Эпителиальный слой представляется и здѣсь отчасти сильно утолщеннымъ, граница его съ базальною тканью представляетъ волнообразныя и стержневидныя выпячиванія послѣдней. Видны также разрощенія, имѣющія начало въ другихъ положеніяхъ. Между тѣмъ какъ тамъ измѣненіе формы обуславливается исключительно разрощеніями основанія, значить, произошло эксцентрическое образованіе опухоли, видимъ мы здѣсь кромѣ того еще выпячиваніе самаго эпителия, образуя въ глубину стержень, которымъ достигнуть почти болѣе глубокой тканевой слой. Значить, наступило разрушеніе нормальной ткани эпителиальнымъ новообразованіемъ, что придаетъ разрощенію злокачественный характеръ. Въ виду этого мы вправѣ поставить діагнозъ:

разрушающая сосочковая эпителиома.

При болѣе сильномъ увеличеніи, въ подтвержденіе этого отношенія, представляется у b граница между эпителиемъ и круглоклѣточнымъ инфильтратомъ до того неясной, что на этихъ мѣстахъ переходитъ эпителий по видимому прямо въ соединительную ткань.

Рис. 2. Гортань 42 л. мужчины была 4 года тому назадъ впервые очищена отъ множественныхъ, на подобіе малины, опухолей. По прошествіи 2 лѣтъ никакихъ намековъ на рецидивъ. По прошествіи вторыхъ

(Табл. XXXVI).

2 лѣтъ вся гортань покрыта блѣдно-красными сосочковыми опухолями. Препаратъ взятъ изъ одной голосовой связки (на трупѣ). Здѣсь весьма многочисленны разрощенія соединительной ткани, покрытыя тонкослойнымъ эпителиемъ. Болѣе толстыми пучками (E) проникаетъ послѣдній въ глубину до железистаго слоя (D), смѣщая такимъ образомъ нормальную ткань эксцентричнымъ атипичнымъ ростомъ. Но направленіе этихъ стержней все-таки еще параллельно поверхности, такъ что мы вправѣ принять эту опухоль не за ракъ, а, въ виду равномернаго поверхностнаго разрощенія, за

разрушающую сосочковую эпителиому.

Рис. 3. Изображеніе *перекладинъ голосовыхъ связокъ*, фронтальный разрѣзъ свободнаго края голосовой связки, справа верхняя (o), слѣва нижняя (u) ея части. Перекладины, какъ видно, проходятъ главнымъ образомъ по нижней половинѣ голосовыхъ связокъ, спереди назадъ, довольно параллельно. Въ гортани, изъ которой взятъ препаратъ, наблюдаются кромѣ того явленія *хроническаго катарра* вокругъ окружающаго сосуды (G) обильнаго круглоклеточнаго инфильтрата.



Fig. 1. Vergr. 30/1



Fig. 2.



Fig. 3. Vergr. 18/1

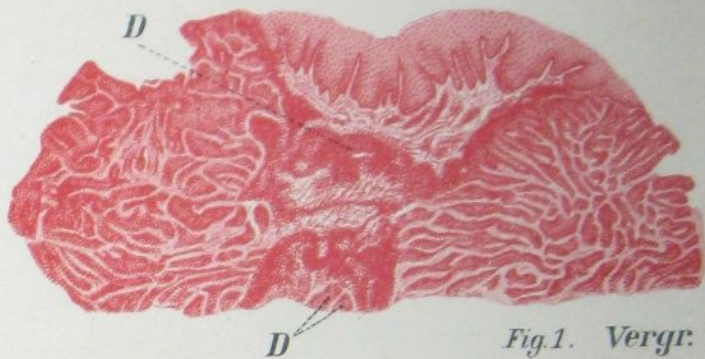


Fig. 1. Vergr. $16\frac{1}{1}$



Fig. 2. Vergr. $300\frac{1}{1}$



Fig. 3. Vergr. $20\frac{1}{1}$

Таблица XXXVII.

Рис. 1 и 2. Разрѣзъ опухоли, изображенной на табл. XXIV, рис. 3. Лишь средняя часть поверхности покрыта эпителиемъ, разросшимся въ толстые стержни; подъ эпителиемъ находится пронизанная группами круглыхъ клѣтокъ мягкая соединительная ткань съ группами железъ (D), которыя въ видѣ клина вдаются въ видимыя сбоку части. Онѣ состоятъ почти исключительно изъ неправильной сѣти эпителиевидныхъ клѣточныхъ пучковъ, раздѣленныхъ лишь тонкимъ соединительно-тканнымъ слоемъ,—опухоль альвеолярнаго характера.

При болѣе сильномъ увеличеніи (рис. 2) намъ становится яснымъ характеръ клѣтокъ, образующихъ паренхиму опухоли. Эти клѣтки имѣютъ громадное сходство съ эпителиальными клѣтками почечной лоханки своимъ комкообразнымъ тѣломъ и часто острыми выступами. Нѣкоторыя содержатъ нѣсколько ядеръ, значить, находятся въ состояніи дѣленія. Но ни одна клѣтка не прилегаетъ къ другой, между ними имѣются тонкія полоски интерстиціальной ткани, что служитъ доказательствомъ соединительнотканнаго характера и этихъ эпителиоидныхъ образований. По ихъ положенію и формѣ можно ихъ считать за перерожденія эндотелія лимфатическихъ щелей. Значить, мы имѣемъ дѣло съ

альвеолярной саркомой.

Рис. 3. По наружному виду весьма сходная съ предыдущей картина: многочисленныя, но въ отдѣльности болѣе крупныя колбы и бугры, эпителиоиднаго вида, отдѣленные другъ отъ друга небольшимъ количествомъ соединительной ткани. Слева лежащая поверхность не покрыта эпителиемъ, а представляетъ большей частью почти голую соединительную ткань, круглыя клѣтки которой сгруппировались у свободного края узкой полосой, вслѣдствіе чего получается громадное сходство съ эпителиемъ, такъ что лишь при весьма сильномъ

(Табл. XXXVII).

увеличеніи возможно опредѣленіе настоящаго характера—*ложный эпителий*.

Сами клѣтки опухоли, однако, оказываются тѣсно связанными истинными эпителиальными клѣтками. Опухоль, изображенная макроскопически на табл. XXVII, рис. 1, является такимъ образомъ

ракомъ.

Таблица XXXVIII.

Рис. 1. Толстая гладкая опухоль съ лѣваго процесус vocalis у 26 л. мужчины. Многослойный, довольно равномерно толстый мостовидный эпителий покрываетъ почти такой же слой плотной веретенообразноклѣточной ткани. Внутренняя полость состоитъ изъ рыхлой, бѣдной клѣтками, пронизанной многочисленными щелями соединительной ткани, въ которой имѣются пустыя пространства съ тонкими стѣнками; послѣднія покрыты однослойнымъ эндотелиемъ (En) и должны быть приняты за расширенныя лимфатическія щели или лимфатическіе ходы. Часть основной ткани (а) даже при болѣе сильномъ увеличеніи не содержитъ ядеръ и состоитъ вообще изъ безструктурныхъ глыбокъ, значить, находится въ регрессивной метаморфозѣ. Эти образованія щелей слѣдуетъ разсматривать какъ явленія отека. Значить, опухоль

отечная лимфангиофиброма.

Рис. 2. Свѣтлоокрасная гладкая опухоль съ правой голосовой связки пожилого мужчины представляетъ подобный-же характеръ покрова и внутренности. Отличительнымъ признакомъ является только болѣе сильное разрощеніе эпителия (E) и въ глубинѣ въ формѣ стержня, далѣе большее богатство клѣтками внутри и появленіе широкихъ щелей безъ эндотелиальнаго покрова. Значить, эти щели приходится объяснить не лимфатическими сосудами, а механическими расширениями отекомъ. Но и здѣсь имѣются признаки послѣдняго измѣненія въ связанной еще ткани (у „O“), а также разстройство питанія въ формѣ потери структуры (у «а»).

Такъ какъ лимфатическія щели лишь мало участвуютъ, то опухоль слѣдуетъ признать за

отечную фиброму.



Рис. 24. На этомъ рисункѣ изображена часть эпителиальнаго покрова вышеописаннаго препарата. Верхняя половина эпителиальной каймы подвергалась полному превращенію. Чѣмъ ближе къ поверхности, тѣмъ больше становятся довольно маленькія у основанія клѣтки, тѣмъ зернистѣе ихъ протоплазма. Въ концѣ концовъ исчезаютъ ихъ границы совершенно, причемъ исчезаютъ и ихъ ядра, такъ что удается распознать лишь отдѣльныя тѣневидныя клѣтки. Клѣтки увеличены, отчасти до 45 разъ и наполнены зернами. Все покрыто нѣсколькими слоями плотныхъ безъядерныхъ чешуекъ, продуктами ороговѣнія.

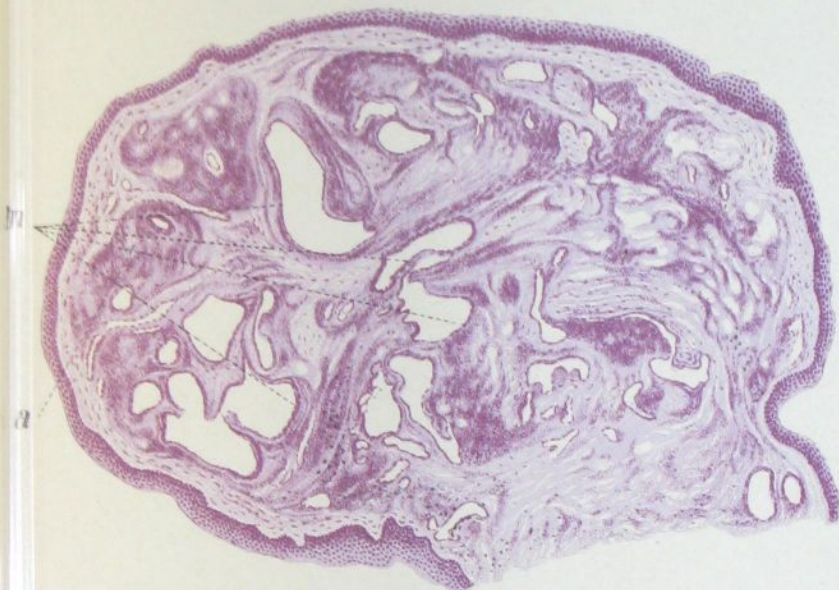


Fig. 1. Vergr. $\frac{25}{1}$



Fig. 2. Vergr. $\frac{25}{1}$



Fig. 1.

Vergr. 20/1



Fig. 2.

Vergr. 30/1



Fig. 3 Vergr. 25/1

Таблица XXXIX.

Рис. 1. Этот препарат представляет сагиттальный разрезъ одной изъ двухъ симметричныхъ опухолей голосовыхъ связокъ, изображенныхъ на табл. XV, рис. 2. Онѣ оказались полыми мѣшками, наполненными прозрачнымъ слизевиднымъ веществомъ. Полость занимаетъ почти весь объемъ. Она окружена, безъ рѣзкаго разграниченія, тонковолокнистой, не особенно богатой клѣтками соединительной тканью, не особенно богатой сосудами, покрытой слоемъ мостовиднаго эпителия,



Рис. 25.

клѣтки котораго образуютъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ болѣе толстый слой, причемъ мѣстами имѣется образование внутрь стержней. Полое пространство безусловно необходимо считать потерей вещества. Это становится намъ яснымъ при сравненіи съ рис. 25. Если мы представимъ себѣ внутреннюю, почти гомогенную часть, пронизанную малочисленными круглыми клѣтками, такою-же (вслѣдствіе всасыванія перерожденнаго), какъ это наблюдается въ ней уже мѣстами, то мы получаемъ почти тождественную картину съ предыдущей; остается

лишь краевой поясъ изъ болѣе плотной соединительной ткани. Мы имѣемъ, такимъ образомъ, дѣло съ *резорпціонной кистой въ мягкой фибромѣ.*

Въ предыдущихъ трехъ случаяхъ представлялись пораженными въ особенности лимфатическіе органы, въ слѣдующихъ, напротивъ, поражены преимущественно сосуды.

Препаратъ

рис. 2 приготовленъ изъ сидящей на лѣвой голо-
совой связкѣ 48 л. мужчины гладкой, мягкой опухоли. Толстый многослойный эпителий съ твердыми ороговѣвшими чешуйками окружаетъ овальное ядро, которое вмѣщаетъ въ себѣ многочисленныя, наполненныя кровью пространства въ трехъ группахъ, отдѣленныя другъ отъ друга соединительнотканными пучками. Стѣнка ихъ содержитъ (видно при сильномъ увеличеніи) всѣ составныя части стѣнокъ артерій, значить, это расширенныя и слившіеся между собою сосуды. Стѣнка лежащей справа полости представляетъ также утолщенія, которыя смотря даже въ просвѣтъ въ видѣ шиповъ; это признаки гипертрофическаго эндоартеріита. Мы имѣемъ передъ собою чистую

ангіому.

Рис. 3. Здѣсь выражено развитіе сосудовъ менѣе сильно, но все-таки оно придаетъ опухоли характеръ. Невзирая на замѣтное расширеніе, мы вправѣ считать каждую полость еще сосудомъ, артеріей. Но здѣсь имѣется всюду сильное разрощеніе стѣнки кнаружи и кнутри, Endo- и Periarteriitis, которое мѣстами, въ виду концентрическаго роста, повело даже къ облитерации, въ остальномъ лишь къ образованію шиповъ въ просвѣтъ.

Что сосуды разрослись при этомъ и въ длину, доказывается извилистостью куска Ep, на косомъ разрѣзѣ котораго можно различить слой эндотелія. Эта опухоль представляетъ такимъ образомъ скорѣе смѣшанный типъ и заслуживаетъ названія

ангіофибромы.

Таблица XL.

Рис. 1. Значительное участие сосудов, но другого характера, представляет этот разрьз опухоли, изображенной на табл. XXVII, рис. 2.

Гипертрофированный и ороговѣвшій эпителиальный покровъ окружаетъ соединительнотканное ядро, которое, пронизанное многочисленными (расширенными) лимфатическими щелями, отвѣчаетъ вполне отечному пропитыванію, на что макроскопически указываетъ уже студенистый характеръ. Къѣтокъ имѣется очень мало. Весьма сильно, въ особенности въ правой части, развѣтвленіе мельчайшихъ артерій съ сильно инфильтрированной и утолщенной стѣнкой, но безъ расширения просвѣта. Такимъ образомъ онѣ не даютъ воспалительнаго впечатлѣнія, а чистой гиперплазіи. Концентрическая ихъ форма повела неоднократно къ облитераціямъ, что въ свою очередь къ отекамъ вслѣдствіе застоевъ. Значить, мы имѣемъ передъ собою

отечную ангиофиброму.

Рис. 2. Но и на этомъ разрьзѣ (зубцы на задней стѣнкѣ, табл. V, рис. 1) бросается намъ въ глаза, кромѣ значительнаго разрошенія мостовиднаго эпителія, еще и поражение сосудовъ. Многочисленные маленькіе просвѣты сосудовъ (d) видны совершенно ясно, нѣкоторые изъ нихъ расширены. Большинство изъ нихъ представляетъ лишь незначительное равномерное утолщеніе стѣнки (media), между тѣмъ какъ на другихъ въ глаза бросается громадное измѣненіе круглыми къѣтками. Мѣстами онѣ закрываютъ даже просвѣтъ сосудовъ, причемъ сверху справа замѣчается даже измѣненіе эпителія. Это уже болѣе не простое воспаление сосудистыхъ стѣнокъ; однообразіе густо расположенныхъ къѣтокъ и ихъ нахождение въ ареолярной тонкой ткани (видно при болѣе сильномъ увеличеніи), а также шаровидное скопленіе являются характерными, даже макроскопически, признаками процесса; мы имѣемъ

цифилитическій Meso- и Periarteriitis съ переходомъ въ образование гummъ.



Fig. 1. Vergr. $20/1$

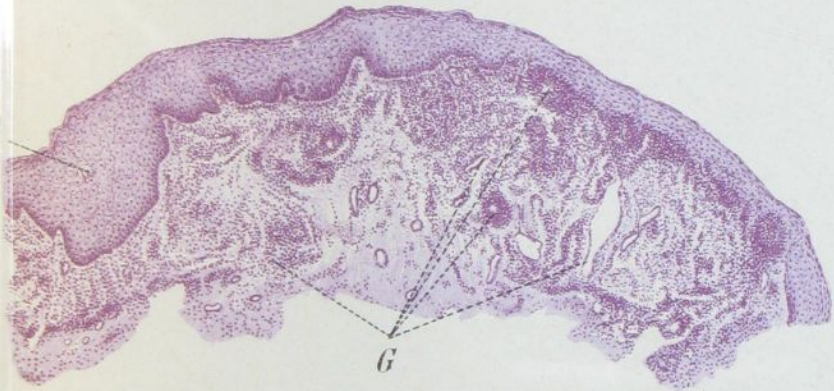


Fig. 2. Vergr. $20/1$

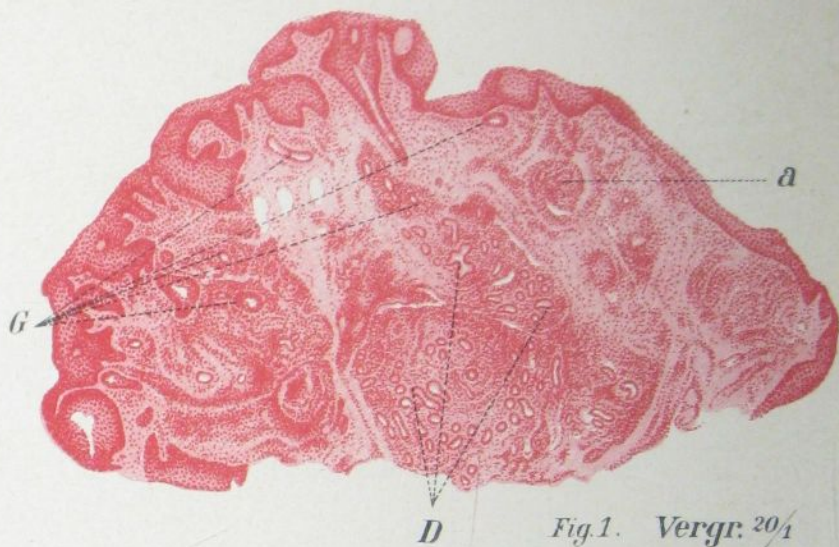


Fig. 1. Vergr. 20/1



Fig. 2. Vergr. 25/1

Таблица ХLI.

Рис. 1. Одно изъ изображенныхъ на табл. V, рис. 3 разрощенной задней стѣнки было удалено при помощи гальванокаустической петли, причемъ она оказалась весьма твердой. Горизонтальный разрѣзь показываетъ бугоръ, состоящій преимущественно изъ соединительной ткани, но покрытый мѣстами весьма толстымъ эпителиемъ, который въ особенности слѣва проникаетъ довольно глубоко въ основную ткань. Послѣдній характеръ разрощенія становится яснымъ главнымъ образомъ по гладкости свободной поверхности. Въ этой эпителиальной массѣ имѣются многочисленныя щели, которыя слѣдуетъ объяснить поперечными разрѣзами углублений. Средина основанія занята многочисленными железами (D), значительное увеличеніе которыхъ, а также измѣненіе формы въ неправильныя фигуры указываетъ на разрощеніе ихъ стѣнокъ. Железы окружены различной толщины мелкоклеточнымъ инфильтратомъ. Подобный-же инфильтратъ окружаетъ и видимые сосуды (G). Просвѣтъ нѣкоторыхъ изъ нихъ значительно суженъ громадными утолщеніями внутренней стѣнки, причемъ на одномъ мѣстѣ (a) они образуютъ даже грибовидныя выпячиванія; ясно выраженная форма гиперпластическаго эндартерита, которая, какъ и періартеритъ, вполне отвѣчаетъ собственно сифилитическому происхожденію опухоли. Въ остальномъ это происхожденіе ничѣмъ не сказывается, это, собственно говоря, превращеніе всѣхъ элементовъ слизистой оболочки безъ типичныхъ явленій, такъ что опухоль нельзя признать специфической, а лишь за

посльсифилитическую воспалительную гиперплазію.

О вѣроятной причинѣ роста нами было уже упомянуто выше (табл. V).

Рис. 2. Препаратъ взятъ изъ случая, изображеннаго на табл. XVIII, рис. 3; это фронтальный разрѣзь изъ опухоли карманной связки. На первый взглядъ она

(Табл. XLI).

представляется лишь твердой бородавкой, такъ какъ глазу представляется весьма толстый эпителиальный покровъ, поверхностные слои котораго сплющены, не представляя мѣстами болѣе окрашиванія ядеръ, т. е. ороговѣли. Справа опускается эпителий въ глубину въ видѣ сосочка. Но и ядро не представляется нормальнымъ. Оно даетъ три группы инфильтраціи: одна совершенно маленькая (b) справа и внизу и двѣ большія, лежащія другъ возлѣ друга (c, d), занимающія почти всю внутренность и состоящія, въ свою очередь, изъ маленькихъ скопищъ круглыхъ клѣтокъ, середина которыхъ болѣе свѣтлая, край—болѣе темный, такъ какъ у послѣдняго клѣтки расположены болѣе густо. Кромѣ того сопровождаются пучки мелкихъ сосудовъ болѣе плотнымъ экссудатомъ, что служитъ признакомъ періартерита.

При болѣе сильномъ увеличеніи замѣчаются лишь различной величины круглыя клѣтки, расположенныя неодинаковой толщиной, но ни одной гигантской клѣтки. Сами клѣтки находятся въ нѣжной ареолярной стромѣ, въ центрѣ лѣвой большой группы онѣ разсѣяны и мѣстами плохо окрашены.

Изъ исторіи болѣзни намъ извѣстно, кромѣ того, что больной страдаетъ сифилисомъ. Но діагнозъ можно поставить уже исключительно на основаніи данныхъ гистологическаго изслѣдованія. Мы имѣемъ

конфлюирующія гуммы въ глубинѣ съ вторичной гиперплазіей элементовъ поверхности.

Таблица XIII.

Рис. 1. Вертикальный къ поверхности разръзъ опухоли надгортанника на табл. V, рис. 1.

Въ плотной основной ткани имѣются многочисленныя артеріи; надъ ними имѣется слой туберкулезныхъ железъ, причемъ самыя верхнія изъ нихъ всасываются уже многочисленными маленькими, равномерно расположенными круглыми клѣтками. Послѣднія проникаютъ внешнею на свободную поверхность, эпителий совершенно исчезъ и образование дефекта достигло почти железистаго слоя. Равномерный (ареолярный) инфильтратъ гуммознаго характера, все

ulcus syphiliticum.

Рис. 2. Горизонтальный разръзъ гортани, взятый изъ туберкулезнаго трупа; при жизни имѣлась лишь незначительная складчатость поверхности задней стѣнки. Разръзъ показываетъ, что въ основѣ этого легкаго измѣненія лежали уже первые признаки инфекціи. КК поперечные разръзы черпаловидныхъ хрящей, М мышечные пучки, Д железы. Прямо по срединѣ представляется эпителий Е утолщеннымъ въ видѣ бородавки и образуетъ маленькій бугорокъ, который макроскопически представлялся бы въ видѣ подозрительной межчерпаловидной зазубрины. Тотчасъ подъ нимъ замѣчаются маленькія скопища круглыхъ клѣтокъ Т, которыя при болѣе сильномъ увеличеніи оказываются настоящими бугорковыми инфильтратами. Реактивное разропценіе эпителия распространяется, хотя и въ болѣе слабой степени, сбоку и на поверхность.



Fig. 2.



Fig. 1.

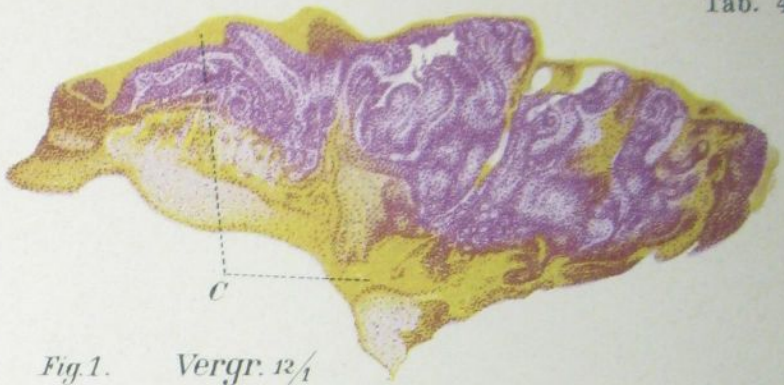


Fig. 1. Vergr. $12\frac{1}{2}$



Fig. 2. Vergr. $10\frac{1}{2}$

Таблица XIII.

Рис. 1. Разрѣзь изъ куска, полученнаго кюреткой изъ туберкулезнаго опухолевиднаго инфильтрата задней стѣнки гортани.

Мы имѣемъ главнымъ образомъ конгломератъ туберкулезныхъ разроцненій, мѣстами слившихся между собою. Они сидятъ на твердомъ соединительнотканномъ основаніи (слѣва внизу), которымъ ограничивается и поверхность разрѣза, что служитъ доказательствомъ, что граница проходитъ въ здоровой ткани. (Желтыя части не ткани, а массы для погруженія).

Рис. 2. Горизонтальный разрѣзь гортани, въ которой при жизни имѣлся твердый, блѣдный, выступающій надъ поверхностью инфильтратъ задней стѣнки; гортань взята изъ туберкулезнаго трупа.

Глубокая, покрытая тонкимъ эпителиальнымъ слоемъ щель отдѣляетъ двѣ большія группы инфильтратовъ. Въ глубинѣ щели эпителий отчасти пронизанъ инфильтратомъ, отчасти имъ смѣщенъ, такъ что послѣдній лежитъ совершенно открытымъ. Инфильтратъ представляетъ уже здѣсь совершенно ясный туберкулезный характеръ даже при слабомъ увеличеніи: краевое распределение съ болѣе свѣтлой, бѣдной ядрами серединой, что служитъ указаніемъ начавшагося распада. Но и надхрящница лежащаго выше (лѣваго) разрѣза черпаловиднаго хряща показываетъ уже инфильтрацію. Не специфическая реакція ткани сказывается здѣсь не со стороны эпителия, а со стороны сосудовъ (G), стѣнки которыхъ сильно утолщены: начало весьма частаго при туберкулезѣ процесса склерозированія.

Таблица XLIV.

Рис. 1. Разрѣзь опухоли съ лѣвой карманной связки, имѣвшей макроскопически видъ плоскобугристой, блѣдной папилломы (у мужчины 44 л.), длиною въ $\frac{3}{4}$ стм., шириною въ 6 мм. и толщиною въ $\frac{1}{2}$ сант. 3 подобныя-же опухоли сидѣли на томъ же мѣстѣ. Въ остальномъ гортань нормальная, со стороны легкихъ ничего не найдено. Мы видимъ превращенный въ многочисленные сосочки эпителий, вѣточки котораго проникаютъ также глубоко въ основаніе (E), кромѣ того, какъ и при настоящихъ папилломахъ, мы наблюдаемъ отхожденіе опухолеваго отростка, который на поперечномъ разрѣзѣ совершенно изолированъ отъ главной массы (1b). Между тѣмъ какъ подобныя развѣтвленія состоятъ обыкновенно главнымъ образомъ изъ эпителия съ тонкимъ фибрознымъ основаніемъ (табл. XXX, рис. 2), представляется, напротивъ, это отщепленіе покрытымъ лишь тонкимъ эпителиальнымъ покровомъ, подъ которымъ тонкое соединительнотканное кольцо окружаетъ ядро, состоящее исключительно изъ круглыхъ клѣтокъ. Подобныя ядра имѣются въ громадномъ количествѣ въ главной опухоли, всюду съ болѣе широкимъ краемъ и узкимъ центромъ.

При болѣе сильномъ увеличеніи замѣчаются въ послѣднихъ также эпителиевидныя и гигантскія клѣтки, выясняющія характеръ опухоли. Это

сосочковая туберкулезная опухоль.

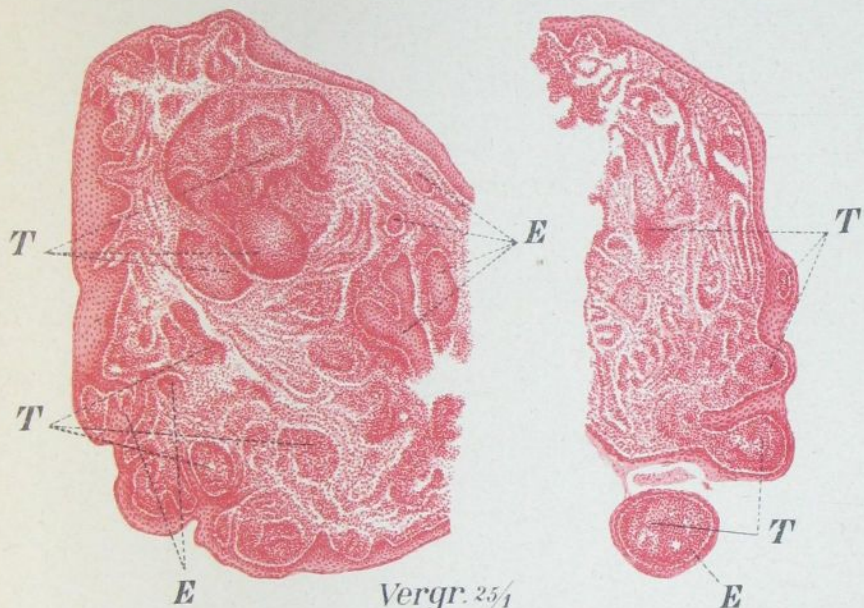
Рис. 2. Препаратъ опухоли, изображенной на табл. XXXII, рис. 2. Все представляется сначала въ видѣ богатаго клѣтками соединительнотканнаго образованія. Поверхность окружена то болѣе тонкимъ, то болѣе толстымъ слоемъ клѣтокъ, который при болѣе сильномъ увеличеніи оказывается состоящимъ изъ круглыхъ клѣтокъ, значить—ложный эпителий (см. табл. XXXVII,

(Табл. XLIV).

рис. 3). Въ центрѣ инфильтратъ сгущается, неравно-
мѣрно вокругъ сосудовъ, нигдѣ, однако, не образуя ти-
пичныхъ бугорковъ. Слегка сходная съ этимъ картина
наблюдается на поверхности лишь на одномъ мѣстѣ.
Значить, эта опухоль представляетъ собою.

разлитую туберкулезную гиперплазію.





Vergr. 25/1

Fig. 1^a

Fig. 1^b

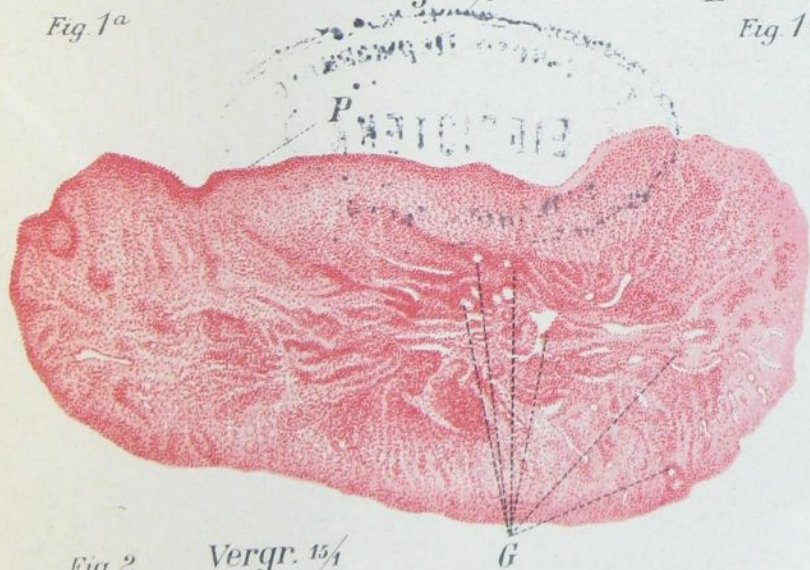


Fig. 2. Vergr. 13/1

Таблица XLV.

Рис. 1. Опухоль голосовой связки, изображенная на табл. XXII, рис. 1, разрѣзана параллельно основанію. Грубые бугры поверхности видны и здѣсь. Они не обуславливаются, какъ при индифферентныхъ опухоляхъ, эпителиемъ, напротивъ, развитіе ихъ ясно вытекаетъ изъ выступовъ кругловатыхъ инфильтратовъ въ глубинѣ. Эти инфильтраты, внутри рыхлые, снаружи болѣе плотные, пронизываютъ или образуютъ вѣрнѣе всю опухоль, причѣмъ въ центрѣ опорой представляется твердая фиброзная ткань. При болѣе сильномъ увеличеніи они оказываются настоящими бугорками. Вышеупомянутая основа служитъ объясненіемъ твердости и резистентности опухоли противъ распадѣнія. Значить, это

фиброзная форма бугорковой опухоли.

Рис. 2. Вертикальный къ поверхности опухоли, отходящій въ видѣ плотнаго, сидящаго на широкомъ основаніи, довольно остраго бугра отъ передней стѣнки праваго черпаловиднаго хряща; опухоль взята у 32 л. сифилитической и туберкулезной женщины. Верхняя часть препарата представляется въ формѣ обыкновенной бородавки: твердый соединительнотканнй пучокъ съ значительными, отчасти ихъ пронизывающими гиперплазіями мостовиднаго эпителия. Въ нижней половинѣ, однако, этотъ пучокъ замѣненъ почти цѣликомъ различной величины (настоящими) бугорковыми инфильтратами, которые тѣмъ не менѣе представляются еще окруженными плотными волокнистыми пучками. Такимъ образомъ представляется опухоль весьма сходной съ наблюдаемыми при сифилисѣ новообразованіями, въ дѣйствительности-же это

бугорковое образованіе въ фиброэпителиомѣ.

Въ предыдущемъ мы видѣли бугорковое образованіе поверхностно или болѣе глубоко въ формѣ инфильтрата; дальнѣйшіе препараты демонстрируютъ свободныя опухоли, развивающіяся довольно часто по той-же причинѣ.

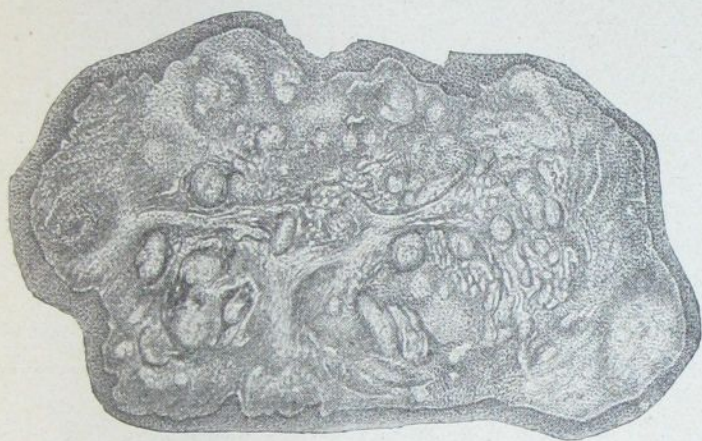


Рис. 1.



Рис. 2.