

### III.

## Опухоль фаллопиевой трубы съ жидкимъ содержимымъ, вскрывшимся выше пупка. Удаленіе мѣшка. Выздоровленіе.

Пріѣз.-доц. А. Н. Соловьѣва.

10 марта 1894 года, въ больницу Императора Павла I, была принята жена унтеръ-офицера О. О. М—на, приходившая ко мнѣ за недѣлю въ лѣчебницу для совѣта. Больная 35 лѣтъ; первыя регулы появились 16 лѣтъ и затѣмъ продолжались по 2—3 дня черезъ каждыя 3 недѣли. Имѣла пять срочныхъ родовъ, изъ которыхъ послѣдніе въ маѣ 1893 года. *Девять* лѣтъ тому назадъ были первыя боли въ правой половинѣ живота, выше паха, продолжавшіяся около мѣсяца; боли эти сопровождались лихорадочнымъ состояніемъ. *Пять* лѣтъ тому назадъ послѣ 3 родовъ боль въ указанномъ мѣстѣ повторилась, но скоро исчезла. За два или три мѣсяца до послѣднихъ родовъ (въ маѣ 1893 г.), т. е. *годъ* тому назадъ, было третье обострѣніе этихъ болей въ правой сторонѣ живота, сопровождавшееся лихорадочнымъ состояніемъ. Послѣ легкихъ родовъ лихорадочное состояніе продолжалось. Спустя мѣсяць post part. нѣсколько выше пупочнаго кольца образовался нарывъ, вскрывшійся безъ искусственнаго вмѣшательства. По словамъ больной изъ полости нарыва вытекло большое количество жидкаго, вонючаго гноя съ примѣсью темной отчасти сгустившейся крови. Съ этого момента, т. е. втеченіе девяти мѣсяцевъ отверстіе не закрывается и черезъ него вытекаетъ постоянно тягучій дурно пахучій гной. Количество вытекающаго гноя различно, хотя иногда выдѣленіе его прекращается, что вызываетъ лихорадочное состояніе. За послѣдніе шесть мѣсяцевъ больная похудѣла и чувствуетъ упадокъ силъ; по ночамъ часто потѣетъ. Аппетитъ плохъ; запоровъ нѣтъ. При движеніи отдышка, быстрое утомленіе. Небольшой кашель.

При осмотрѣ больная представляется истощенною; слизистыя оболочки и кожа блѣдны. Сердцебиенія нормальны. Въ заднихъ доляхъ немного влажныхъ и сухихъ бронхіальныхъ хриповъ. Притупленія нигдѣ не замѣтно. Температура, измѣнявшаяся втеченіе нѣсколькихъ дней, 36,8°—37,3°. Моча нормальна.

Въ нижней половинѣ живота, надъ лоннымъ соединеніемъ, ощущается кругловатая опухоль, величиною въ голову новорожденного ребенка; консистенція опухоли мягкая, нѣсколько упругая, поверхность гладкая; флюктуируетъ. Верхняя граница опухоли на два пальца выше пупка. На 1 см. выше пупочнаго кольца замѣчается фистулезное отверстіе среди кровотоочивыхъ грануляцій. Черезъ это отверстіе, въ полость опухоли, можно провести зондъ болѣе чѣмъ на 8 см. внизъ и вправо (по направленію къ соесум). При надавливаніи на опухоль снизу изъ фистулезнаго отверстія вытекаетъ густая, тягучая гноевидная жидкость съ отвратительнымъ запахомъ. По временамъ опухоль какъ бы увеличивается, причемъ изслѣдованіе болѣзненно; подвижность опухоли въ стороны ограничена. Матка невелика, правую стороною прилежитъ къ описанной опухоли; подвижность ея также ограничена. Нижний сегментъ опухоли прощупывается очень высоко черезъ правый сводъ рукава. Лѣвый сводъ свободенъ.

Діагнозъ колебался между *нагноившеюся кистой* яичника и *perityphlit'*омъ. Противъ послѣдняго говорило отсутствіе явленій со стороны кишечника, а также anamnesis. О скопленіи жидкости въ фаллопиевой трубѣ было трудно думать, потому что больная не страдала заразными бѣлями и не указывала симптомовъ, хотя и не обязательныхъ, какъ напр., безплодія. Правда, обострившіяся боли въ правой сторонѣ живота могли дать поводъ думать о *заболѣваніи трубы*, но большая величина и форма опухоли говорили скорѣе за *кистому яичника*.

Съ этимъ діагнозомъ мы и приступили къ операціи чревосѣченія 16-го марта съ помощію д-ровъ: *Н. А. Живописцева, В. М. Медвѣдева* и *И. М. Серебровскаго*.

Наркозъ хлороформомъ. Разрѣзъ по бѣлой линіи нѣсколько выше пупка и не доходя на два пальца выше лоннаго соединенія. Фистулезное отверстіе оставлено вправо отъ разрѣза. По вскрытіи брюшины тотчасъ же въ отверстіи показался сальникъ и кишечныя петли, выступая въ него наружу. Опухоль лежала въ правой половинѣ таза и непосредственно примыкала къ правому углу и боку матки и была крѣпко сращена съ этою послѣднею. Вверху опухоль была сращена съ брюшною стѣнкою по направленію замѣченнаго теперь фистулезнаго канала, а съ боковъ и сзади представились сращенія съ сальникомъ и тонкими кишками.

Вслѣдствіе этихъ сращеній отдѣленіе опухоли было очень затруднительно и очень продолжительно, и когда оно было окончено, то приступлено къ отдѣленію опухоли рядомъ лигатуръ на широкую связку свачало снаружи опухоли, а затѣмъ отъ самой матки. Постепенно перевязывая и перерѣзывая ткань широкой связки опухоль приподнималась кверху и затѣмъ лигатуры также постепенно подведены подъ основаніе или дно опухоли. Такъ какъ опухоли тѣсно прилегали къ боку матки, то отдѣлить всю ткань ея отъ послѣдней не удалось и рѣшено было

вшить ее въ нижній уголь раны. Въ концѣ концовъ опухоль отдѣлена отъ брюшины и весь фистулезный ходъ вмѣстѣ съ пупкомъ вырѣзаны. При отдѣленіи опухоли сверху стѣнка ея лопнула и изъ полости ея сталъ вытекать вонючій, слизистый гной, который былъ удаляемъ марлевыми салфетками и въ брюшную полость повидимому не попалъ. Этой жидкости вытекло около двухъ стакановъ.

Боковая сторона матки вшита въ брюшную рану такимъ образомъ что края оставшейся ткани мѣшка сшиты съ брюшиною брюшной стѣнки, причемъ помимо брюшины въ шовъ захвачена какъ ткань матки, такъ и брюшныхъ стѣнокъ. Лигатуры края матки, довольно коротко остриженные, выведены въ рану. Затѣмъ послѣ промыванія брюшинной полости нормальнымъ растворомъ поваренной соли брюшная рана закрыта, причемъ брюшина соединена непрерывнымъ швомъ, а кожа съ подлежащими слоями—узловатымъ. За исключеніемъ полосы іодоформенной марли, положенной на кожный разрѣзъ, вся операція велась асептически, какъ это вообще ведется при гинекологическихъ операціяхъ въ Павловской больницѣ; повязка изъ стерилизованной марли и ваты.

Вся операція длилась 1 ч. 40 м.

*Послѣоперационный періодъ.* Послѣ операціи пульсъ сталъ 68 въ 1'; темп. веч. 37,4°, пульсъ 80. Боль въ правой половинѣ живота. Рвоты нѣтъ.

*17-го марта.* Спала плохо. Позывъ на рвоту; боль въ подреберьяхъ. Дыханіе учащено. Лѣченіе: ледъ, опій, вино; снаружи—горчичники. Втеченіе дня три раза рвота. Изъ половыхъ органовъ показалась кровь. Вздутіе подъ ложечкой. Сухость во рту. Вечеромъ пульсъ 120; темп. 37,6°.

*18-го марта.* Ночь провела спокойно. Боль въ подреберьяхъ продолжается; жалуется на боль подъ ложечкой; вздутіе здѣсь усилилось. За день не рвало, хотя утромъ позывы были. Лѣченіе: ледъ, висмутъ и клистиръ cum ol. terebinthini. Вечеромъ температура 37,5°, пульсъ 80.

*19-го марта.* Спала плохо. Боль въ подреберьяхъ есть, но вздутіе меньше. Кашель. Температура 37,7°.

*21-го марта.* Кашель усилился; спала однако хорошо. При выслушиваніи сзади въ легкихъ разлитые сухіе и влажные хрипы. Лѣченіе: ипекакуана и кодеинъ. Первая перемѣна повязки (на четвертый день), которая промокла. Изъ нижняго угла раны, гдѣ выведены лигатуры—небольшой запахъ. Поверхность раны выдѣляетъ грязноватый гной. Къ вечеру температура 38,6°, пульсъ 90. Клистиромъ выведено большое количество газовъ, это доставило субъективное облегченіе больной.

*22-го марта.* Въ легкихъ явленія тѣже. Дано ol. icini, что вызвало четыре испражненія.

*23-го марта.* Температура 37,3°. Кашель меньше. Ночь провела хорошо. Нижніе слои повязки пропитались кровянисто-гноевидною жидкостью и ихорознымъ запахомъ; выдѣленія изъ нижняго угла раны вонючія. Въ области пупочнаго кольца выдѣляется значительное количество темной жидкой крови, а вокругъ пупка и въ мѣстѣ, гдѣ было фистулезное отверстіе замѣчается затверденіе приблизительно въ половину ладони величиною, по всей вѣроятности вслѣдствіе крововизліянія въ подкожную клетчатку.

*24-го марта.* Температура 37,4°—37,8°. Ночь провела беспокойно, вслѣдствіе кашля. Перевязка ежедневно. Изъ верхняго угла раны вы-

текло около стакана *темной* жидкой крови, а изъ нижняго—клочковатый, вонючій гной. За исключеніемъ верхняго угла раны заживленіе *per primam*. Удалено нѣсколько швовъ.

25-го марта удалены всѣ швы, при чемъ изъ верхняго угла раны выдавлены много кровяныхъ сгустковъ. Въ расширенное отверстіе вставлена полоска іодоформенной марли.

Дальнѣйшее лѣченіе не представляло ничего особеннаго. Больная постепенно оправлялась; рана уменьшилась. Оставались только нѣсколько лигатуръ, которыя сидѣли очень крѣпко. Отъ 5—8 мая у больной прошли регулы, безъ всякихъ болей. Больная вышла изъ больницы въ очень хорошемъ состояніи послѣ окончанія регулъ.

Интересъ случая состоитъ въ трудности постановки діагноза, т. е. отличить заболѣваніе трубы отъ кистомы яичника. По изслѣдованію вырѣзаннаго мѣшка проф. *М. Н. Никифоровымъ* оказалось, что мы имѣли дѣло съ фаллопиевой трубой.

Очень жаль, что мы не имѣли возможности видѣть больную прежде и такимъ образомъ опредѣлить время сращенія мѣшка съ брюшными стѣнками. Должно предполагать однако, что это приращеніе совершилось въ одну изъ беременностей, потому что иначе трудно объяснить то высокое мѣсто приращенія и вскрытія опухоли, которое мы наблюдали въ описанномъ случаѣ.