

Из хирургического отделения Хорезмской областной больницы (зав. д-р Сергеев Н. Н.) и гинекологического отделения б-цы им. Мечникова (зав. прив.-доц. Елкин М. В.).

К казуистике гигантских опухолей женской половой сферы.

Н. Н. Сергеева.

Вопрос о гигантских опухолях женской половой сферы имеет значительную литературу. Эти опухоли исходят из различных областей женских половых органов и достигают иногда огромных размеров. В случае Barlow'a, например, опухоль достигала 298 фунтов, Bullet'a 6 пуд. 05 фун. Проще всего их подразделять на опухоли матки, придатков, широких связок и опухоли, хотя и исходящие из соседних органов, но связанные с половой сферой.

Диагностика гигантских опухолей весьма затруднительна. В то время как при небольших опухолях мы, за некоторым исключением, путем бимануального исследования можем легко установить не только характер и месторасположение их, но и источник развития, в случаях гигантских опухолей сделать это гораздо труднее. Можно, исследуя большую, определить матку, реже придатки, но установить их связь с опухолью часто бывает совершенно невозможным. Thomas, например, удалил кистому печени величиной с 7-месячную беременность, диагностировав ее, как кисту яичника. Все признаки, которые так характерны для опухолей средней величины, тут часто теряют свою картинность. Иногда даже не удается контурировать опухоль, — например, при больших кистах с тонкими стенками и большими полостями, дающими в этих случаях впечатление, ничем не отличающееся от того, которое получается при наличии свободной жидкости в брюшной полости. Так, Küstner, оперируя по поводу гигантской кисты, нашел туберкулезный перитонит. Даже в случаях гигантских фибромиом, где, казалось бы, легко установить консистенцию опухоли, встречается больше ошибочных диагнозов, чем правильных. Проф. Груздев описывает случай, где слизисто-перерожденная фибромиома матки симулировала многокамерную кисту. Гигантские фибромиомы, включая в себе часто довольно большие полости с жидким содержимым, дают явления глубокой флюктуации. Перкуссия также не облегчает диагноза гигантских опухолей. Тимпанит при них или вовсе отсутствует и всюду имеется тупой звук, или он весьма незначителен в области подреберья. На основании всего этого нужно согласиться с Кедровой, что для решения вопроса о принадлежности данной опухоли к половой сфере приходится пользоваться косвенными признаками.

В наблюдавшихся нами двух случаях гигантских опухолей удалось правильно поставить диагноз еще до операции. Позволю себе привести краткие истории болезни этих случаев.

Б-ная Балтаева Х., 49 лет, мусульманка, урож. гор. Хивы, поступила в хирургическое отделение Хорезмской областной больницы 22/V 25 г. с жалобами на опухоль живота. Больная заявила, что она беременна 6 лет и не может разрешиться. Через переводчика удалось выяснить следующее: первые menses появились на 13-м году, продолжались по 3—4 дня, без болей. Замужем 36 лет. После замужества тип менструаций не изменился. Первая беременность 17-ти лет. Роды — без осложнений в домашней обстановке. Далее рожала еще пять раз. Последние роды 35-ти лет. С Climax наступил к 40 годам, причем в течение 1½—2 лет до этого menses приходили неправильно, продолжаясь иногда до 5—7 дней через более ко-

роткие промежутки. Белей не отмечает. Шесть лет тому назад впервые заметила у себя внизу живота небольшую опухоль, которая постепенно увеличивалась. Большая думала, что у нее имеется беременность. Особенно сильно опухоль увеличилась за последние два года. Б-ная сильно похудела; у нее появилась сильная одышка, затруднение при ходьбе и усилились запоры. Мочеспускание нормально. О перенесенных болезнях кроме малярии ничего узнать не удалось.

Б-ная высокого роста, плохого питания, имеет резко выраженный лордоз. Со стороны сердца и легких особенных отклонений от нормы не отмечено. Живот в лежачем положении б-ной имеет в окружности 162 см., от мечевидного отростка до лобка—95 см., всюду равномерно увеличен, при ощупывании плотно-эластической консистенции с ясной флюктуацией, передающейся во все стороны у лобка; в верхних отделах живота флюктуация не ясно выражена. Подвижности опухоли установить не удается. При перкуссии—всюду тупой тон, доходящий кверху до края ребер и справа переходящий в тупость печени. При поворачивании б-ной на бок появляется тимпанит на небольшом пространстве по передне-подмышечной линии, почти одинаковый с обеих сторон; ниже *spina ilei anterior superior* тимпанита нет. При вертикальном положении б-ной слева и сверху от опухоли имеется тимпанический звук на ограниченном участке от *linea mamillaris* до передне-подмышечной линии. Бимануальным исследованием удалось установить, что шейка матки метрритична, смотрит слегка кзади; матка в *anteflexio*, оттеснена к лону и вправо; в левом своде ощупывается мягко-эластическая опухоль удлинненной формы, контурируемая лишь внутренней рукой и переходящая в опухоль большей величины, занимающую весь левый, задний и отчасти правый своды, причем ясной флюктуации здесь получить не удавалось. Правый свод меньше левого, и здесь лишь внутренней рукой прощупывается опухоль эластической консистенции неровная, продолговатой формы, причем консистенция ее более эластическая, чем большой опухоли. Наружной рукой всюду ощущаются движения, передаваемые внутренней рукой.

На основании данных исследования был поставлен диагноз кистовидной опухоли, исходящей из левых придатков, и, с некоторой вероятностью, кистовидных изменений правых придатков. Исследование мочи отклонения от N не показало; SR=2 ч. 45 м.

27/V произведена опер. (Сергеев) под хлороформным наркозом. Разрез от пупка до лобка. По вскрытии брюшной полости сразу обнаружена стенка опухоли, при проколе которой троакаром жидкости не оказалось. Из отверстия по удалении троакара показалось сало, выделение которого было немедленно остановлено наложением зажима Луэра. Для извлечения опухоли разрез продолжен кверху. После расширения раны довольно легко удалось вывести нажимом сверху опухоль из брюшной полости. При этом оказалось, что всю брюшную полость занимает опухоль, исходящая из левых придатков, с гладкой поверхностью без сращений, не вполне правильной сферической формы. На передней поверхности опухоли распластана левая широкая связка и труба длиной в 30 см. и толщиной более 4-х пальцев, наполненная прозрачным содержимым. Матка вся оттеснена вправо и кпереди. Справа имеется также *hydrosalpinx* несколько меньшей величины, чем слева, и киста правого яичника величиной с голову новорожденного. Опухоль удалена обычным способом вместе с трубой, то же сделано и справа. В виду невозможности поднять опухоль, пришлось перекатить ее в ноги больной, откуда она и была убрана. При удалении опухоли наблюдалось небольшое падение кровяного давления и легкий коллапс. Брюшная стенка зашита этажным швом. Операция длилась 58 мин., хлорформа израсходовано 25,0. Послеоперационное течение N и на 11-й день больная выписалась.

Опухоль представляла собою не вполне правильное сферическое тело—плоское снизу и вытянутое вправо и вверх. Состояла она из дермоидной кисты, наполненной салом с двумя резцами и волосами, и занимала весь малый таз; большую часть опухоли составляло две кисты с опалесцирующей жидкостью уд. веса 1010, содержащей 6% белка (по Эсбаху). У основания большой кисты была обнаружена величиной с яйцо небольшая киста с папиллярными разрастаниями. Киста правого яичника наполнена серозным содержимым так же, как и оба *hydrosalpinx'a*. Вес опухоли 2 п. 10 ф.

Случай 2-ой. Б-ная Чернигова, 30 лет, поступила 15/VI 27 г. в гинекологическое отдел. б-цы им. Мечникова с жалобами на опухоль в животе. Половой жизнью живет 11 лет, не беременела; *menses* с 13 лет, через 4 недели по 7 дней; предохранялась от беременности шариками и спринцеванием. В 1918 г.

менструаций не было 8 месяцев, последние—кончились 12/VI. Опухоль появилась 5 л. тому назад и с тех пор все увеличивалась. Мочеиспускание—учащено, стул—нормальный. В детстве болела корью. Венерические болезни отрицает. Больная небольшого роста, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов особых отклонений от нормы не найдено. При ощупывании живота определяется опухоль, величиной с доношенную беременность, подвижная, дающая ясную флюктуацию. В боковых отделах живота тимпанит, особенно ясно выраженный при положении на боку. При исследовании *per vaginam*: шейка матки смотрит кзади, матка в *ante flexio*, дно матки точно не контурируется, полость живота заполнена опухолью, доходящей до реберной дуги и дающей ясную флюктуацию.

18/VI 27 г. под скоп.-морф.-эфирным наркозом лапаротомия (прив.-доц. Елкин). Разрез длиной 7 сант. между лобком и пупком; по вскрытии брюшной полости—пункция кисты. По удалении части серозной жидкости киста выведена из раны. Опухоль принадлежала правому яичнику; труба была распластана по нижнему отделу кисты; опухоль и труба удалены обычным способом. Из левого яичника разецирована киста, величиной с французскую сливу; остатки яичниковой ткани зашиты обвивным катгутовым швом. Перитонизация. Швы на брюшную стенку. Опухоль представляла из себя кисту с серозным содержимым (уд. вес 1020) и весила 1 пуд 8 фун. Послеоперационный период N. 2/VII больная выписалась в хорошем состоянии.

Таким образом, опухоли в том и другом случаях исходили из придатков.

Кедрова в своей монографии подробно разбирает литературу гигантских опухолей половой сферы. Всего ею собрано до 1913 года 249 с. последних, из которых 36 принадлежали матке, 204 яичникам и 9 широким связкам; сюда же она включила и 11 гигантских опухолей, не исходящих собственно из женских половых органов, а расположенных по соседству с ними. Среди гигантских опухолей яичников встретилось: кистом 190, дермоидов 5, сарком 4, фибром 3, эндо-перителиом 2. Таким образом, мы видим, что наиболее часто встречаются среди гигантских опухолей кисты, другие же виды опухолей представляются более редкими. За последнее время в литературе мы встретили описание гигантских кист у Сычевой (2 пуда), Митропольского (50 фун.), Грамматикати (42 фун.), Эйбера (3 пуда).

Что касается нашего случая смешанной кисты дермоидного типа, то последние являются более редкими. В доступной нам литературе (по Кедровой) таких случаев описано только 5, а именно:

1) Случай Keith'a, наблюдавшего больную 55 лет с дермоидной кистой в 45 клг. весом, очень похожий на описанный нами выше. Здесь опухоль была многокамерной, содержала 35 клг. жидкости и имела сращения.

2) В случае Groot'a имелся дермоид в 91 фун. весом.

3) Туманов наблюдал больную 30 л. с окутанной сращениями дермоидной кистой правого яичника, весом 3 пуда 25 фун.

4) Случай Norris'a. Больная С., 57 лет. Опухоль, весом 37 клг., замечена 4 года тому назад и состояла главным образом из железистых кист, а также одной сосочковой и одной дермоидной.

5) У Zeell'я—больная 42 л.; вес опухоли 19 клг. В опухоли найден 1 резец и 8 кор. зубов.

Как отмечает проф. Грамматикати, гигантские опухоли имеют свое определение, свои клинические особенности, диагностику и прогноз и с этой стороны требуют дальнейшего наблюдения и изучения. Если рассмотреть хотя бы отдел дермоидных кист, то мы видим, что здесь патолого-анатомическая картина не имеет достаточного освещения.

Наш случай представляется интересным по целому ряду особенностей. Большинство авторов (Кедрова, Грамматикати и др.) указывают, что гигантские опухоли часто сопровождаются сращениями (у Кедровой на 144 случая в 13 были сращения). В приведенных выше двух наших случаях сращений не было, не оказалось также и асцита, почти всегда сопровождающего в большей или меньшей степени гигантские опухоли. В первом случае были поражены придатки обеих сторон, что представляется также нечастым (у Кедровой в 6 случаях на 190). Наличие же кисты другого яичника и двух гидросальпинксов в доступной нам литературе найти не удалось.

Единственная терапия гигантских опухолей—хирургическое вмешательство, хотя единства взглядов на способ такового не имеется. В то время как Грамматикати считает более рациональным производить большие разрезы, особенно учитывая возможность сращений и гнойного содержимого опухоли; другие (прив.-доц. Елкин) считает вполне возможным удалить огромную кисту в некоторых случаях через небольшой разрез после предварительной пункции ее, как это и было в нашем втором случае и в случае Эйбера.

На основании литературных данных и наблюдавшихся у нас случаев можно придти к выводам, что;

1) Диагностика гигантских опухолей трудна и чаще может быть окончательно установлена лишь во время операции.

2) Нет необходимости всегда применять большие разрезы. Иногда можно пользоваться небольшим разрезом и пункцией кисты, причем в случае необходимости разрез может быть увеличен.

Из клиники нервных болезней Гос. ин-та медицинских знаний в Ленинграде
(Директор проф. А. В. Гервер).

К вопросу о развитии паркинсоновских синдромов на почве травматических повреждений подкорковых узлов.

Д-ра В. И. Лойко.

Вопрос о развитии паркинсоновских синдромов на почве травматических повреждений подкорковых узлов до настоящего времени представляется далеко не выясненным. Одни авторы признают возможность развития паркинсоновских синдромов после травматических повреждений подкорковых узлов, другие отрицают роль травмы в развитии указанных симптомокомплексов. Мы не имеем возможности останавливаться на подробном рассмотрении литературы по интересующему нас вопросу и коснемся только нескольких работ, произведенных в этом направлении. Так, Оппенгейм и Гольдштейн признают травму возможным этиологическим моментом в развитии паркинсоновского синдрома. Согласно Леви, даже испуг следует принимать во внимание при определении условий развития дрожательного паралича. Бинк считает травму при паркинсонизме моментом, вызывающим скрытую болезнь наружу. В приводимых им 2-х случаях он указывает на то, что у вполне здоровых мужчин 31 и 42 лет после травмы (падение на спину) развился дрожательный паралич. Следует отметить, что один из его случаев является не-