

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Разрывы селезенки въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

В. П. Неболюбова.

(Окончаніе *).

Оставляя теперь въ сторонѣ разрывъ селезенки Гр—вой, попытаемся вырѣшить еще нѣкоторые вопросы, связанные вообще съ разрывомъ внутреннихъ органовъ и въ частности селезенки. Такъ, напр., практически важно знать, при одномъ ли только остромъ опуханіи селезенка удоборазрывается, или есть и другія состоянія, благопріятствующія этому.

Путемъ наблюденій установлено, что къ разрыву селезенки располагаютъ также: милиарная бугорчатка, абсцессы, сифилитическое пораженіе, а также „растяженіе венозныхъ пазухъ селезенки кровью, вслѣдствіе механическихъ препятствій къ оттоку крови, напр., при зернистой атрофіи печени, при закупориваніи *venaе portae* тромбами“¹⁾.

Наряду съ этимъ не безынтересно знать, какъ относится къ травмѣ хроническая опухоль селезенки, при которой органъ бываетъ также значительно увеличенъ на счетъ разрастанія соединительной ткани, отчего и мякоть селезенки становится плотной, хотя и хрупкой.

Беллинъ, имѣвшій, какъ выше сказано, въ своей судебно-медицинской практикѣ 12 случаевъ смертельнаго разрыва селезенки, во всѣхъ этихъ случаяхъ наблюдалъ хроническую опухоль селезенки, почему онъ и заключаетъ, что съ этимъ состояніемъ селезенки „повидимому, исключительно приходится считаться намъ при происходящихъ у насъ (въ Харьковѣ?) травматическихъ разрывахъ селезенки“²⁾. Тѣже измѣненія констатированы и въ

*) См. т. II. Апрель, 1902 г.

1) Касперъ. Практ. руков. къ суд. мед. Перев. съ нѣм. Спб. 1873. ч. II стр. 197.

2) Беллинъ. Цитир. раб. стр. 22. 180.

случаяхъ Сладковского и Степанова, приводимыхъ Беллинымъ въ своей работѣ. „Во всѣхъ этихъ случаяхъ,—поясняетъ онъ,—селезенка представляется гипертрофированною, уплотненною... но, не смотря на гипертрофію остова, ткань селезенки ломкая, хрупкая. Въ этой хрупкости ткани и нужно искать наиболѣе благопріятное условіе для разрыва такой селезенки“. Между тѣмъ, въ остальныхъ 340 случаяхъ собранной имъ казуистики были на лицо явленія остраго опуханія. Точно также и врачи-практики говорятъ о разрывахъ селезенки только при остромъ ея припуханіи (Eichorst. l. c., p. 748).

Нуссбаумъ ¹⁾ категорически утверждаетъ, что „консистенція селезенки имѣетъ очень важное значеніе въ этиологіи разрывовъ... селезенку, имѣющую кашицеобразную консистенцію, легко можно раздавить пальцемъ“.—„Припухлости остраго происхожденія обыкновенно сопровождаются значительною рыхлостью селезеночной паренхимы; напротивъ опухоли хроническія всегда отличаются увеличенною плотностью селезенки“,—говоритъ и патологическій анатомъ ²⁾. Въ числѣ приведенныхъ восьми нашихъ случаевъ разрыва увеличенной селезенки одинъ только представлялъ хроническую опухоль селезенки, а остальные семь острое опуханіе.

Не менѣе важно для судебнаго врача еще знать, всегда ли разрывы селезенки сопровождаются смертельнымъ исходомъ, а также—скоро ли наступаетъ смерть.

Патологическіе анатомы и судебные медики при вскрытіяхъ нерѣдко находили рубцы въ капсулѣ и ткани селезенки, которые можно объяснить только зажившими разрывами органа. Въ то же время извѣстны случаи, гдѣ разрывы селезенки при жизни были распознаны и представляли рѣзкіе и несомнѣнные признаки кровоизліянія въ брюшную полость, и, тѣмъ не менѣе, больные выздоравливали. Гофманъ (руков. цитир. стр. 226), обращая вниманіе на возможность заживленія разрыва въ паренхиматозныхъ органахъ, ссылается на два препарата зажившаго разрыва селезенки, хранящіеся въ его музеѣ. Шесть такихъ случаевъ прижизненнаго діагностированія и заживленія разрыва селезенки приводитъ изъ медицинской литературы докторъ Беллинь ³⁾ Tillmanns доказалъ экспериментально, на кроликахъ, что „паренхиматозныя кровотеченія печени, селезенки и почек останавливаются сами собой, если только не повреждены большіе сосуды“ (l. c. p. 589). Конечно,

¹⁾ Билльротъ и Люкке. Руков. къ общей и частной хирургіи. Перев. Спб. 1882 Отд. 53, стр. 49.

²⁾ Рокитанскій. Цитир. соч. стр. 556, ч. II.

³⁾ Цитиров. раб. стр. 65—68.

нѣтъ основанія сомнѣваться въ основательности этого заключенія, но нельзя забывать, что эксперименты автора касались кроликовъ съ неизмѣненными патологически органами, а это не имѣетъ полной аналогіи съ разбираемымъ нами вопросомъ.

На 83 случая подкожнаго поврежденія селезенки Edler опредѣлилъ только 13% выздоровленій ¹⁾. Albert къ этому присовокупляетъ, что „разрывъ больной селезенки даетъ лучшее предсказаніе, такъ какъ кровотеченіе не такъ обильно“.

Что касается времени наступленія смерти, то она наступаетъ обыкновенно очень быстро отъ кровотеченія и большею частью въ теченіе первыхъ 24 часовъ, хотя есть случаи, когда потерпѣвшіе умирали даже чрезъ нѣсколько дней (3 нед.) ²⁾. Въ болѣе затяжныхъ случаяхъ ближайшей причиной смерти чаще бываетъ перитонитъ.

Въ случаяхъ смертельныхъ поврежденій внутреннихъ органовъ, какъ извѣстно, перѣдко возникаетъ еще вопросъ: могъ ли субъектъ, послѣ причиненнаго ему поврежденія, производить сознательныя дѣйствія, какъ, напр., ходить, обороняться, говорить и т. п.

Уже выше сказанное позволяетъ заключать, что такія сознательныя и произвольныя дѣйствія для потерпѣвшихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ возможны, особенно, конечно, тамъ, гдѣ поврежденія довольно поверхностны и смерть наступаетъ не скоро. Даже и въ тяжелыхъ случаяхъ разрыва селезенки, вдобавокъ осложненныхъ важными поврежденіями другихъ органовъ, больные несомнѣнно могутъ подняться и ходить. Особенно убѣдительны въ этомъ отношеніи случаи, приводимые Гофманомъ (цитир. руков. стр. 225), а именно, когда субъектъ съ разорванной селезенкой и совершенно размятой почкой прошелъ около 20 шаговъ и умеръ, спустя 7½ часовъ послѣ паденія на него бревна, или,—еще поразительнѣе,—когда сдавленный между вагономъ и стѣной и получившій полный разрывъ селезенки и правой почки, а также нѣсколько надрывовъ печени, послѣ приведенія его въ чувство, просилъ отнести его въ гостинницу, по дорогѣ куда онъ и умеръ.

Д-ръ В. О. Бушуевъ ³⁾ сообщилъ въ Обществѣ Кіевскихъ врачей объ одномъ такомъ же случаѣ тяжелаго поврежденія селезенки. Сильнымъ порывомъ вѣтра одна половинка тяжелыхъ воротъ захлопнулась и ударила въ лѣвый бокъ рядового З. Тотъ упалъ, но тотчасъ поднялся, жалуясь только на боль въ животѣ,

¹⁾ Albert Цитиров. руков., стр. 20—21.

²⁾ Беллинъ: таблицы случаевъ разрыва.

³⁾ «Врачъ» 1896 г. № 47.

и послѣ того ходилъ по двору. Черезъ 3 часа послѣ удара онъ однако умеръ при явленіяхъ остраго малокровія. При вскрытіи было обнаружено большое кровоизліяніе изъ громадной (1100 грм.) селезенки, на которой было 3 разрыва: „на наружной поверхности въ одномъ мѣстѣ и на внутренней въ двухъ“. Разрывы были до 5 сантим. въ длину, 1,5 сантим. въ ширину и 0,5 въ глубину; ткань селезенки очень рыхлая. „Ни въ кожѣ, ни въ мышцахъ кровоизліяній не было: всѣ ребра цѣлы“.

Всѣ затронутые вопросы касаются однако случаевъ несомнѣнно прижизненного разрыва селезенки, но судебному врачу иногда приходится наталкиваться на ея разрывъ совершенно неожиданно, а потому, для такихъ случаевъ, имѣютъ большое значеніе и другіе вопросы, какъ напр.: возможно ли на трупѣ отличить произвольный разрывъ отъ травматическаго?

Глубоко важное значеніе поставленнаго вопроса не требуетъ комментаріевъ, а потому и неудивительно, что врачи уже давно заняты разрѣшеніемъ его.—Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда есть на лицо знаки насилія, особенно кровоподтеки въ области селезенки, напр., подъ брюшиной, плеврой и т. д., опредѣлить происхожденіе разрыва селезенки не трудно. Но возможны и извѣстные случаи, гдѣ разрыву ея предшествовала даже довольно сильная травма, вслѣдъ за которой послѣдовала и смерть, а знаковъ насилія ни на тѣлѣ, ни внутри не было (напр., наши случаи 4-й и 6-й, а также случай Бушугева). Подобное явленіе, конечно, легко объяснимо, когда травма произведена тупымъ орудіемъ и представляла кратко-временное, хотя и значительное, насиліе и притомъ только въ брюшныя стѣнки. Эластичность послѣднихъ, какъ извѣстно, позволяетъ безъ всякаго нарушенія ихъ цѣлости, или разрыва заложенныхъ въ нихъ сосудовъ, произвести значительное разрушеніе внутреннихъ органовъ. Но кромѣ свойства стѣнокъ здѣсь можетъ имѣть значеніе рефлекторное раздраженіе вазомоторовъ и временный спазмъ сосудовъ, причемъ кровоизліянія даже и изъ разорванныхъ мелкихъ сосудовъ можетъ не быть, тѣмъ болѣе, если вслѣдъ за разрывомъ селезенки, особенно сопровождающимся и разрывомъ ея крупныхъ сосудовъ, наступаетъ обильное внутренне кровотеченіе. Въ тоже время нельзя, конечно, ждать какихъ либо кровоподтековъ въ брюшныхъ стѣнкахъ и въ клѣтчаткѣ при разрывахъ селезенки, напр., отъ надавливанія кулакомъ, пальцемъ и пр., хотя, по существу, и такіе разрывы травматическаго происхожденія. При такихъ то обстоятельствахъ, особенно при отсутствіи какихъ либо предварительныхъ свѣдѣній, весьма важное значеніе имѣютъ даже самые незначительные слѣды травмы, или особенности положенія тѣла, условія нахожденія его и т. п., почему такіе случаи и должны быть особенно тщательно изслѣдованы.

Нѣкоторые авторы считали возможнымъ опираться въ своемъ мнѣніи на количество надрывовъ или разрывовъ, на ихъ направленіе, глубину, положеніе и т. п. Такъ, еще д-ръ Сладковскій, на основаніи 7 случаевъ разрыва селезенки изъ своей судебно-медицинской практики, находилъ возможнымъ рѣшать вопросъ о травматизмѣ разрывовъ по количеству послѣднихъ, такъ какъ,—по его мнѣнію,—при травматическомъ разрывѣ бываетъ по нѣскольکو глубокихъ надрывовъ и иногда разрываются селезеночные сосуды, а при произвольныхъ (патологическихъ) разрывахъ наблюдается только одна, и притомъ неглубокая, трещина. Но казуистика рѣдко даетъ подтвержденія такому мнѣнію. При несомнѣнно травматическихъ разрывахъ органа наблюдались надрывы или трещины, одиночныя и множественныя, поверхностныя и глубокія, продольныя и поперечныя, проникающія только пульпу селезенки и сопровождающіеся разрывомъ сосудовъ, что можно видѣть, напр., изъ таблицы случаевъ разрыва селезенки въ работѣ д-ра Беллина.—Обращаясь къ своимъ случаямъ, мы также не находимъ въ нихъ подтвержденія высказанному взгляду. Въ случаѣ 5-мъ, напр., нѣсколько разрывовъ твердой, хотя и увеличенной, селезенки и „два изъ нихъ довольно значительны“, а никакихъ указаній на травму. Въ тоже время при несомнѣнной травмѣ (случ. 6-й) и на тѣлѣ нѣтъ никакихъ знаковъ насилія и разрывъ селезенки всего на-все одинъ.

Въ числѣ существенныхъ признаковъ травматическаго разрыва селезенки Беллинъ придаетъ особенное значеніе травматическимъ гематомамъ, происходящимъ отъ кровоизліянія въ ткань селезенки изъ разорванныхъ сосудовъ, такъ какъ—по автору—„онѣ служатъ выраженіемъ несомнѣннаго насилія и, притомъ, насилія болѣе или менѣе значительнаго“¹⁾. Нельзя, конечно, оспаривать того, что вслѣдствіе травмы не всегда происходятъ полные разрывы селезенки, т. е. разрывы ткани одновременно съ капсулой. Возможно, что въ иныхъ случаяхъ происходятъ разрывы одной только мякоти, и такимъ путемъ образуются фокусныя кровоизліянія, причемъ при значительномъ скопленіи крови подъ капсулой, послѣдняя можетъ отслоиться, чрезмѣрно растянуться и лопнуть уже спустя болѣе или менѣе долгое время послѣ насилія. Этимъ, вѣроятно, обстоятельствомъ объясняются случаи болѣе или менѣе запоздалаго наступленія смерти несомнѣнно вслѣдствіе разрыва селезенки, но много позже травмы.—Беллинъ въ этомъ отношеніи обращаетъ особое вниманіе на одинъ свой (5-й) случай, гдѣ микроскопически было доказано, что излившаяся кровь представляла уже признаки

¹⁾ Цитиров. раб. стр. 191.

измѣненій, свойственныхъ болѣе или менѣе давнему кровоизліянію; такъ: „волокнина свертковъ и бѣлые шарики помутнены и пропитаны мелкими жировыми капельками, а красные кровяные шарики отчасти обезцвѣчены и сморщены“ ¹⁾).

На нашъ взглядъ, руководствоваться этими гематомами при рѣшеніи вопроса о насильственномъ или произвольномъ разрывѣ селезенки все-же рискованно. Въ приведенныхъ самимъ же Беллинымъ случаяхъ далеко не вездѣ были такія кровяныя гнѣзда. У насъ онѣ не наблюдались ни разу, хотя, конечно,—какъ каждому извѣстно,—легче и чаще можно найти то, что предрѣшено, или чего особенно сильно желаешь найти. Серьезнымъ предостереженіемъ противъ увлеченія гематомами, какъ показателями несомнѣннаго травматизма, служить случай С. Н. Делицина ²⁾). Рабочій былъ сброшенъ и придавленъ движеніемъ громаднаго колеса на фабрикѣ и втеченіе 1-го часа умеръ при явленіяхъ внутренняго кровоизліянія. При вскрытіи обнаружено: большое число кровоподтековъ и ссадинъ, переломъ костей лѣваго плеча и реберъ, нѣсколько разрывовъ на печени, а селезенка почти перервана пополамъ, при чемъ „нижняя почти совершенно оторванная часть едва держалась въ связи съ остальною селезенкою посредствомъ небольшого, уцѣлѣвшаго мостика селезеночной ткани“ у hilus'a. Сосуды въ hilus'ѣ не были разорваны. Ткань селезенки нормальна и малокровна. Никакихъ гематомъ не было. Сходны съ этимъ случаи Riegner'a и Троянова (см. стр. 447—48).

Мы знаемъ также, что при быстромъ опуханіи селезенки въ ткани ея образуются кровавые очаги въ видѣ мелкихъ гнѣздъ темно-краснаго цвѣта ³⁾. По Гризингеру ⁴⁾, напр., при перемежающейся лихорадкѣ „вскорѣ послѣ начала опуханія образуется выпотѣніе въ самую ткань селезенки, сопровождаемое въ иныхъ случаяхъ множествомъ небольшихъ, подъ часъ впрочемъ и довольно значительныхъ, кровоизліяній“. Образованіе апоплектическихъ гнѣздъ въ селезенкѣ въ періодъ ея опуханія констатируется и другими авторами, напр., въ руководствахъ Цимсена, Эйхорста и др. Оставляя въ сторонѣ кровоизліянія въ селезенкѣ, зависящія отъ эмболической закупорки или отъ остановки въ мелкихъ сосудахъ селезенки разнаго рода микроорганизмовъ и имѣющія характерныя, присущія имъ, признаки, мы только на основаніи сказаннаго можемъ заключать, что присутствіе гнѣздныхъ кровоизліяній въ се-

¹⁾ Тамъ же, стр. 129.

²⁾ Врачъ, 1896 г. № 32.

³⁾ Ивановскій. Цитир. руков. стр. 231.

⁴⁾ Гризингеръ. Горячечныя болѣзни. Перев. съ нѣм. Спб. 1866 г. т. I, стр.

лезенкѣ далеко не всегда указываетъ на бывшую травму, а слѣдовательно они могутъ сопутствовать, или быть найдены, какъ при травматическихъ, такъ и при самопроизвольныхъ разрывахъ селезенки. Въ тоже время и при несомнѣнной, и даже очень значительной, травмѣ ихъ можетъ не быть, особенно, если селезенка нормальна по строенію.

Другой, не менѣе важный, вопросъ, связанный съ неожиданно найденнымъ разрывомъ селезенки, будетъ: „возможны ли разрывы посмертные и какія ихъ особенности“.—Нормальные органы, какъ показали еще опыты Каспера (I. с. р. 251) противостоятъ даже очень значительной травмѣ. Сильно же увеличенная и особенно размягченная селезенка при утраченной эластичности ткани и особенно капсулы, конечно, не можетъ оказать сопротивленія насилію, а потому толчки въ лѣвое подреберье, напр., при паденіи трупа и т. п., легко могутъ причинить разрывы органа. Признаками посмертнаго разрыва, главнымъ образомъ, конечно, будетъ отсутствіе кровяныхъ сгустковъ и обескровливанія органовъ.

Кромѣ всего, до сихъ поръ сказаннаго, сама жизнь заставляетъ судебного медика интересоваться разрывомъ селезенки и при изслѣдованіи живыхъ лицъ, послѣ причиненнаго имъ насилія, и давать отвѣты на многіе, связанные съ такимъ поврежденіемъ, вопросы. Прежде всего тутъ возникаютъ вопросы: — можно ли узнать разрывъ селезенки при жизни потерпѣвшаго, какого рода медицинская помощь возможна при немъ, какъ отражается на дальнѣйшемъ теченіи жизни та или другая врачебная помощь, какъ квалифцировать такое поврежденіе и пр., и пр.

Распознаваніе разрывовъ селезенки при жизни не можетъ представлять затрудненій, когда извѣстны обстоятельства случая. Но и при другихъ условіяхъ, разрывъ ея обыкновенно узнается по рѣзкой картинѣ внутренняго кровотеченія и сдавленія нервовъ, а именно: „больные испытываютъ страшныя боли въ области селезенки, распространяющіяся по всему животу; вскорѣ на первый планъ выступаетъ малый пульсъ, блѣдность и обморокъ и увеличивающееся вздутіе живота“ ¹⁾. Въ области селезенки находятъ болѣе или менѣе обширное притупленіе.

Однако, и распознавъ разрывъ селезенки, мы не можемъ надѣяться на благополучный исходъ его, такъ какъ произвольное заживленіе разрыва, какъ мы уже говорили, представляетъ большую рѣдкость. По даннымъ, собраннымъ д-ромъ Крюковымъ ²⁾, „число

¹⁾ Albert. Цитиров. руков., стр. 20.

²⁾ М. М. Крюковъ. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи травматич. поврежденій селезенки. Спб. 1901 г., стр. 81.

всѣхъ случаевъ подкожнаго поврежденія селезенки (ушибы, осложненные и несложненные разрывы), леченныхъ неоперативно, равно 151, а изъ нихъ только 19 (3 ушиба и 16 разрывовъ) кончились выздоровленіемъ, что составляетъ всего 12,6%¹⁾. — По Эйхорсту, зарубцеванія можно ожидать только при ничтожныхъ надрывахъ селезеночной капсулы, исходъ же въ смерть „составляетъ правило“¹⁾. Однако, успѣхи хирургіи конца только лишь минувшаго вѣка измѣняютъ въ корнѣ такой взглядъ на терапію и исходъ разрывовъ селезенки. По мнѣнію Albert'a²⁾, если удастся распознать разрывъ, необходимо произвести чревосѣченіе для удаленія органа (splenectomy или splenotomy). Эта операція, какъ извѣстно, вообще представляетъ достояніе послѣдняго времени, а splenectomy по случаю разрыва начала примѣняться лишь въ послѣдніе 7—8 лѣтъ. А. Г. Подрезъ³⁾ на 2-мъ съѣздѣ русскихъ врачей (1887 г.), приводя случаи splenotomii, вскользь упоминаетъ о 20 случаяхъ „полнаго и частичнаго вырѣзыванія селезенки при показаніи травматическаго поврежденія живота и селезенки“, кончившихся полнымъ выздоровленіемъ, но относится къ нимъ съ явнымъ недовѣріемъ, такъ какъ, по автору, операціи часто производились на выпавшей, иногда ущемленной въ ранѣ, селезенкѣ, часто при остановившемся кровотеченіи, почему врачу нерѣдко приходилось только или наложить лигатуру, или отрѣзать омертвѣвшіе куски и т. п.

С. Г. Шалита⁴⁾, основываясь на статистикѣ Яковлева, сдѣлалъ подсчетъ всѣхъ спленэктомій, произведенныхъ до 1893 года, и ихъ оказалось уже 100. при чемъ 10 изъ нихъ было произведено въ Россіи. Но въ числѣ ихъ нѣтъ еще ни одной операціи по поводу скрытаго разрыва селезенки. По статистикѣ же, собранной М. Г. Черняховскимъ⁵⁾, къ 1899-му году было уже сдѣлано до 200 спленэктомій и изъ нихъ въ 4-хъ случаяхъ операція была сдѣлана по поводу разрыва селезенки, съ благополучнымъ исходомъ только въ одномъ изъ нихъ. Тѣмъ не менѣе самъ авторъ находить, что „разрывъ селезенки, по даннымъ клиническаго опыта, представляется слишкомъ опаснымъ для жизни поврежденіемъ, чтобы при видѣ его можно было, находясь въ соотвѣтствующихъ условіяхъ обстановки, уклониться отъ попытки спасти больного помощью операціи“, тѣмъ болѣе, — добавимъ мы, — что, благодаря

¹⁾ Эйхорстъ. Руков. къ частн. патол. и терапіи. Перев. подъ ред. Шапиро. Спб. 1892 г. т. IV. стр. 117.

²⁾ Albert. .. Тамъ же.

³⁾ Труды 2-го съѣзда русск. врачей. Москва. т. I. стр. 73.

⁴⁾ Южно-русс. медиц. газета, 1895 г. № 8.

⁵⁾ Лѣтопись русской хирургіи. 1899 г. кн. I. стр. 58.

анти—и асептикѣ хирурги рекомендуютъ лапаротомію даже съ діагностической цѣлюю.

Но приведенныя статистическія данныя, очевидно, страдаютъ нѣкоторой неточностью и умаляютъ успѣхи хирургіи, такъ какъ за тотъ же періодъ времени только въ русской литературѣ можно найти указанія на нѣсколько случаевъ удаленія селезенки по поводу разрыва, и въ большинствѣ съ благополучнымъ исходомъ. Такъ, напр., во „Врачѣ“ за 1893 годъ, ¹⁾ приводится случай д-ра Riegner'a, которому, будто бы, впервые удалось „произвести съ успѣшнымъ исходомъ изсѣченіе селезенки“. Случай касается мальчика 14 лѣтъ, упавшаго съ 3-го этажа и доставленнаго въ больницу въ полномъ сознаніи: больной жаловался только на сильную боль въ животѣ и рвоту. Явленія нарастающаго малокровія и скопления жидкости въ брюшной полости дали основаніе заподозрить разрывъ какого либо изъ внутреннихъ органовъ. Операнія сдѣлана на другой день: по разрѣзѣ живота вылилось около 1½ литра жидкой крови съ кровяными сгустками, среди которыхъ попадались кусочки селезенки. Селезенка оказалась совершенно разорванной; нижняя ея часть лежала свободно, отдѣлившись „отъ главнаго пучка сосудовъ“. Въ виду значительной потери крови, больному послѣ операціи влито было около 300 куб. центм. фізіологическаго раствора соли. Черезъ мѣсяць у того же больного ампутирована голень вслѣдствіе омертвѣнія ступни и, тѣмъ не менѣе, на 7-й недѣлѣ онъ выпиcанъ здоровымъ.

Д-ръ Бутцъ ²⁾, описывая благополучный исходъ изсѣченія селезенки, произведеннаго спустя ½ часа послѣ раненія, упоминаетъ еще о 2-хъ благополучныхъ случаяхъ splenectomy по случаю кровотеченія.

Хроникеръ „Врача“ за 1899 годъ ³⁾ по занимающему насъ вопросу замѣчаетъ, что операція изсѣченія селезенки съ благополучнымъ исходомъ не рѣдкость. D-r Madlener насчиталъ 11 случаевъ операціи по поводу разрыва, — въ 8 изъ нихъ наступило выздоровленіе, при чемъ черезъ ½ года послѣ спленэктоміи у одной больной онъ оперировалъ еще грыжу на мѣстѣ рубца бывшей операціи, — и больная оправилась.

Въ послѣдующіе годы splenectomy по поводу разрыва дѣлается все чаще и все успѣшнѣе. Такъ, въ 1900 году А. А.

¹⁾ «Врачъ». 1893 г. № 19, стр. 555.

²⁾ «Хирургія». 1898 г. № 15, стр. 265.

³⁾ «Врачъ». 1899 г. № 49, стр. 1471.

Трояновъ удалилъ селезенку, спустя 27 часовъ послѣ паденія субъекта съ 3-хсаженной высоты, причемъ верхняя $\frac{1}{3}$ увеличенной селезенки была совсѣмъ оторвана. Селезенка по строенію нормальна, но увеличена вслѣдствіе пищеварительнаго прилива (вскорѣ послѣ обѣда). На 28-й день послѣ операціи больной выписанъ здоровымъ ¹⁾.

Въ „Хирургіи“ за тотъ же 1900 годъ ²⁾ обозрѣватель хирургическихъ работъ указываетъ еще случай благополучнаго исхода удаленія селезенки по поводу подкожнаго разрыва.

Д-ръ Крюковъ въ своей цитированной уже работѣ, между прочимъ, приводитъ неопубликованный до этого времени случай изъ Обуховской больницы. Въ іюнѣ 1889 г. въ больницу была доставлена больная, спустя болѣе $1\frac{1}{2}$ сутокъ послѣ нанесенія ей побоевъ. На лицѣ и конечностяхъ у нея были небольшіе кровоподтеки, а на кожѣ живота и груди слѣдовъ насилія не было, но была ясная картина поврежденія органовъ брюшной полости. Лапаротомія, чрезъ 42 часа послѣ травмы, обнаружила поперечный разрывъ по выпуклой поверхности селезенки, длиною около 3-хъ и глубиной до 1 сантим., и мелкіе надрывы капсулы, а въ одномъ мѣстѣ подъ ней просвѣчивалъ кровоподтекъ. Изъ разрыва было небольшое паренхиматозное кровотеченіе. — селезенка нѣсколько увеличена. Разрывы были затампонированы. Въ теченіе послѣоперационнаго періода пришлось еще сдѣлать разрѣзъ въ заднемъ сводѣ влагалища, а также резецировать 10-е лѣвое ребро по случаю скопленія крови и гноя. Чрезъ 3 мѣсяца констатировано полное выздоровленіе. — Далѣе авторъ приводитъ, вполне достовѣрныхъ, 40 случаевъ операціи изсѣченія селезенки, по поводу подкожнаго ея разрыва, неосложненнаго поврежденіемъ другихъ органовъ, изъ коихъ въ 25 (63%) послѣдовало выздоровленіе, причемъ операція была производима въ разные сроки послѣ травмы, начиная съ первыхъ часовъ до нѣсколькихъ дней (на 10-й и даже на 15-й день). — Что касается значенія спленэктоміи и преимущества ея предъ другими операціями, какъ, напр., наложеніемъ лигатуръ и тампонады, то авторъ считаетъ, что спленэктомія „останется самымъ быстрымъ и простымъ приѣмомъ“ въ смыслѣ остановки кровотеченія. Вообще же хирургическое вмѣшательство при разрывахъ селезенки отодвигаетъ на задній планъ всѣ терапевтическіе приѣмы выжидательнаго леченія и представляетъ чуть ли не единственное рациональное пособіе потерпѣвшему. Отсюда уже само собой слѣдуетъ, что въ настоящее время нельзя уже трактовать о разрывѣ селезенки, какъ о поврежденіи, неминуемо угрожающемъ опасностью жизни. Если только онъ распознанъ и есть возможность опера-

¹⁾ «Врачъ». 1900 г. № 28, стр. 866.

²⁾ «Хирургія». 1900 г. № 39, стр. 296.

тивнаго вмѣшательства, опасность значительно умалется, тогда какъ безъ оперативнаго пособія въ 40,6% наступаетъ смерть уже въ теченіе перваго часа послѣ поврежденія (Крюковъ; цитир. соч., стр. 14).

Но съ этимъ положеніемъ неразрывно связанъ вопросъ: „какъ повліяетъ на оперированнаго отсутствіе селезенки?“ — Имѣя въ виду значеніе ея, какъ органа кровеобразовательнаго, естественно усомниться въ возможности нормальнаго продленія жизни безъ нея. Однако, опыты надъ животными и наблюденія надъ оперированными приводятъ къ тому выводу, что отсутствіе селезенки не отражается на ихъ здоровьи, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ роль ея, въ смыслѣ кровеобразованія, принимаютъ на себя или костный мозгъ, или щитовидная железа, или, наконецъ, лимфатическія железы.

Въ вышеприведенномъ, напр., случаѣ Riegner'a у оперированнаго мальчика черезъ 3 недѣли послѣ операціи опухли паховыя железы, а затѣмъ подмышечныя, шейныя, локтевыя и даже брыжжеечныя. Костный мозгъ ампутированной голени не представлялъ какихъ-либо особенностей, а щитовидная железа была едва замѣтно увеличена, почему авторъ и придаетъ значеніе опуханію железъ, какъ условію, компенсирующему отсутствіе селезенки. Въ то же время изслѣдованія крови показали, что количество гемоглобина, упавши въ 1-й день послѣ операціи до 20%, спустя 7 мѣсяцевъ достигло 80%. Точно также количество красныхъ кровяныхъ кружечковъ и ихъ отношеніе къ бѣлымъ постепенно возстановлялось и спустя 8 недѣль почти достигло нормы. — Д-ръ Max Madlener (см. выше) у своей оперированной черезъ 7—8 мѣсяцевъ также нашелъ нормальнымъ, какъ число красныхъ кровяныхъ шариковъ въ кубическомъ миллиметрѣ, такъ и отношеніе ихъ къ бѣлымъ. По Крюкову, на 29 выздоровленій послѣ экстирпаціи селезенки увеличеніе лимфатическихъ железъ отмѣчено 10 разъ, т. е. въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ, хотя всѣ больные вполнѣ выздоравливали и изслѣдованіе ихъ крови давало удовлетворительные результаты. Такое явленіе наводитъ на мысль, что кромѣ периферическихъ лимфатическихъ железъ селезенку замѣняютъ до извѣстной степени и другіе органы, или внутреннія железы.

Подводя итоги всему сказанному, мы можемъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Нормальная селезенка можетъ быть разорвана только при очень тяжелой травмѣ и одновременно съ другими органами и частями тѣла.

2) Въ ряду внутреннихъ органовъ она повреждается рѣже, чѣмъ печень, но чаще другихъ органовъ.

3) Патологически измѣненная и, особенно, увеличенная селезенка разрывается значительно легче.

4) Наиболѣе всего благопріятствуютъ разрывамъ измѣненія селезенки при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, какъ лихорадка, тифъ, а также міліарная бугорчатка, кавернозное расширение сосудовъ, абсцессы, опуханіе селезенки во время пищеваренія и беременности съ родовымъ періодомъ.

5) Разрывы такой селезенки, помимо грубыхъ насилій, могутъ происходить при самыхъ ничтожныхъ согрѣсеніяхъ тѣла и внутренностей, какъ, напр., при чиханіи, кашлѣ и пр.

6) Возможны и, такъ называемые, самопроизвольные разрывы.

7) Въ лихорадочныхъ мѣстностяхъ разрывы селезенки встрѣчаются значительно чаще.

8) Разрывъ можетъ быть распознанъ при жизни потерпѣвшаго.

9) Потерпѣвшій можетъ производить сознательныя и довольно сложныя движенія.

10) Исходъ разрывовъ селезенки почти всегда смертельный вслѣдствіе внутреннего кровотечения.

11) Смерть наступаетъ въ большинствѣ случаевъ въ первые часы послѣ травмы, хотя наблюдаются и исключенія.

12) Замедлившійся смертельный исходъ можетъ зависѣть отъ малой величины разрыва, особенно въ самой ткани селезенки, а также отъ спайки или закупорки раны кровяными сгустками.

13) Отторженіе сгустковъ, а также разрывъ гематомъ и абсцессовъ, происшедшихъ вслѣдствіе травмы, тоже можетъ вести къ смерти, спустя болѣе или менѣе продолжительное время послѣ насилія.

14) Въ исключительныхъ случаяхъ разрывы селезенки могутъ протекать благопріятно, заживая рубцомъ.

15) Благопріятный исходъ чаще наблюдается при оперативномъ вмѣшательствѣ, особенно при удаленіи органа.

16) Удаленіе селезенки не вызываетъ болѣзненнаго состоянія оперированнаго организма.

17) Прижизненные травматическіе разрывы часто не сопровождаются никакими другими слѣдами насилія.

18) Присутствіе кровоподтековъ въ мышцахъ или подъ брюшиной вблизи селезенки говоритъ за травматическій разрывъ.

19) Въ самомъ поврежденномъ органѣ очень рѣдко бываютъ указанія на насиліе, и ни положеніе разрывовъ, ни ихъ количество, глубина и пр. не представляютъ чего-либо опредѣленнаго въ смыслѣ указанія причины разрыва.

20) Сильно увеличенная и измѣненная селезенка можетъ быть разорвана и у трупа.

21) Посмертные разрывы легко узнаются по отсутствію кровавыхъ сгустковъ вблизи поврежденія и обезкровливанія органовъ.

22) Разрывы селезенки должны быть рассматриваемы, какъ поврежденія, угрожающія опасностью жизни и, въ случаѣ исхода, въ смерть, случайно смертельными.
