

В. Н. ПОМОСОВ

Случай спонтанного разрыва селезенки, симулировавшего разрыв мочевого пузыря

Из хирургического отделения больницы затона „Память тов. Кирова“ Камского водоздрава (ст. врач Маштаков, научный консультант—асс. клиники неотложной помощи и военно-полевой хирургии Казанского ГИДУВ В. Н. Помосов).

„История болезней не может считаться просто только любопытным предметом для изучения. Знания, которые приобретаются путем подобного изучения и которыми к сожалению слишком пренебрегают в настоящее время, ведут к тому, что мы знакомимся с „совершенными ошибками и узнаем, каким образом избежать повторения их“.

Следуя этим весьма поучительным словам Гезера и Леверена, мы решили поделиться одной историей болезни, знакомство с которой действительно может предупредить от повторения ошибки.

Дело касается случая спонтанного разрыва селезенки, который нам пришлось наблюдать и который по клинической картине и течению симулировал разрыв мочевого пузыря.

27/VII 1936 г. в терапевтическое отделение больницы затона „Память т. Кирова“ поступил больной в тяжелом состоянии с едва прощупываемым пульсом. Анамнез собран со слов больного и его жены. История болезни № 546.

Больной, 60 лет, русский, по профессии вахтенный. С 25 по 30/VI 1936 г. по поводу острых приступов малярии находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении названной больницы. Малярией страдает несколько лет. Лечение хинином купировало приступы. Выписался в удовлетворительном состоянии. По выписке первое время чувствовал себя также удовлетворительно. Вскоре приступы малярии возобновились. На этот раз лечился дома домашними средствами. Накануне печальной катастрофы, с целью лечения, по совету жены, больной выпил около $1\frac{1}{2}$ литра горячей водки. На утро, 25/VII, т. е. за 2 дня до поступления в больницу, внезапно, без всякой видимой причины, почувствовал жестокие, схваткообразные боли в животе. Боли сопровождались тошнотой и императивными, учащенными, болезненными и безрезультатными позывами к мочеиспусканию. Газы отходили. Отмеченные явления наблюдались в течение всего 25 и 26/VII и постепенно прогрессировали. 27/VII вечером больной на подводе доставлен в больницу. Раньше подобных приступов боли и задержек к мочеиспусканию никогда не было. До настоящего заболевания болел кроме малярии, сыпным тифом и повторно „простудой“. Патологическую наследственность и венболезни отрицает. Не алкоголик, но иногда понемногу выпивает.

Status praesens. Жалуются на жестокие, схваткообразные боли в животе без определенной локализации, тошноту, частые, сильно болезненные и безрезультатные позывы к мочеиспусканию. Последний раз мочился утром 26/VII; стул был накануне, вечером; газы отходят.

Объективно. Одышка, бледность, заострившиеся черты лица, холодные, цианотичные конечности. Легкие—выраженное опущение нижних границ, коробочный оттенок перкуторного звука, жесткое дыхание с многочисленными сухими и меньшим количеством влажных хрипов. Сердце прикрыто легкими, тоны еле выслушиваются, пульс нитевидный—136 уд. в 1 минуту. Дыхание животом сохранено. Живот резко вздут. Печеночная тупость налицо. Селезенка увеличена перкуторно. Болезненность разлитого характера. Симптом Блюмберга отсутствует. Т—40°.

Вызванный на консультацию, примерно, часа через два по поступлении, я нашел больного в следующем состоянии.

Больной беспокоен, сильно стонет. Лежит на спине с разведенными ногами, согнутыми в коленных суставах; периодически хватается руками за нижнюю часть живота. Главные жалобы на сильно болезненные, частые и бесплодные позывы к мочеиспу-

сканию. „Мне бы помочиться, я был бы здоров“—многократно повторяет больной. Помимо ранее отмеченных данных, мною констатировано: нерезкое напряжение всей передней брюшной стенки, относительное приглушение перкуторного звука в левой половине живота, меняющееся при поворачивании больного, выраженная болезненность по всему животу и в области мочевого пузыря; мочевой пузырь не определяется. Произведена катетеризация, мочи не добыто. Вторичная катетеризация металлическим катетером, мочи также не получено. Предположен спонтанный разрыв мочевого пузыря. Больной и жена от операции наотрез отказались. Назначены камфора, кофеин, лед на живот, морфий, покой. Взята кровь для исследования на малярию. При повторном исследовании обнаружены кольца и шизонты *plasmod. malariae*.

К ночи температура с потом пала до $36,3^{\circ}$. Ночь провел беспокойно, не спал, не мочился.

Утром 28/VII— $t=36^{\circ}$. Состояние тяжелое. Пульс весьма слабого наполнения. Жалобы те же. Живот, как и раньше, вздут, болезнен и напряжен—нерезко. В брюшной полости ясно определяется умеренное количество свободной жидкости. Блюмберг отрицательный. Газы не отходят.

К вечеру больной дал согласие на операцию. Переведен в хирургическое отделение.

В 7 часов вечера, т. е. через 86 часов от начала катастрофы, операция под общим эфирным наркозом.

Нижняя срединная лапаротомия. По вскрытии живота фонтаном хлынула темная кровь. Кровь—жидкая и сгустками—в большом количестве заполняет малый таз. Разрез тотчас продолжен вверх до мечевидного отростка. Левое поддиафрагмальное пространство так же сплошь заполнено свертками крови. Селезенка больших размеров, в обильных сращениях, не вывихивается. Добавлен поперечный разрез влево—по краю ребер. Вся передняя поверхность селезенки за исключением небольшого участка на верхнем полюсе лишена капсулы вследствие разрыва и отделения ее. Обнаженная от капсулы поверхность селезенки покрыта толстым слоем плотных сгустков. При попытках извлечь селезенку отделилась сперва одна, а затем—другая половина. Разрыв произошел по поперечнику, ближе к верхнему полюсу, во всю толщу органа. Спленектомия. Повреждений мочевого пузыря, не обнаружено. Удалены сгустки крови. Брюшная полость послойно ушита наглухо. Внутреннее заливание 1000 см^3 физраствора. Через полчаса больной, не приходя в сознание, экзигировал.

Размеры удаленной селезенки: $18 \times 11 \times 9$ см, вес 1860 г. Ткань темно-красная, дряблая, расползающаяся под пальцами.

Картина крови больного: юных форм— 1% , палочкоядерных— $16,5\%$, сегментоядерных— $55,5\%$, базофилов 1, моноцитов $4,5\%$, лимфоцитов $21,5\%$.

Таким образом, во время операции предварительный диагноз не подтвердился. Допущена на первый взгляд грубая диагностическая ошибка. Однако, неподтвердившийся диагноз разрыва мочевого пузыря не был необоснованным, симптомокомплекс страдания вполне мог быть объяснен разрывом данного органа. В самом деле, наличие таких явлений, как неудержимые и бесплодные позывы к мочеиспусканию, пальпаторная болезненность пузыря, отсутствие мочи при двукратной катетеризации при неопределяемом пальпацией мочевом пузыре и при наличии свободной жидкости в брюшной полости, положение больного, как при камнедроблении, характерное для повреждений таза и тазовых органов, постоянные подхватывания и подерживания руками нижних отделов живота, повторные заявления: „Мне бы помочиться, я был бы здоров“, отсутствие резко выраженных явлений внутреннего кровотечения, невыраженность явлений со стороны живота; отсутствие рвоты, резкого *défense muscul.*, локальной болезненности, сохранность брюшного дыхания, произвольный стул и т. д., наконец, возраст больного—60 лет, когда разрывы пузыря, вследствие склероза тканей более всего возможны, анамнестические указания о том, что накануне выпил около $\frac{1}{2}$ литра горячей водки, а алкогольное опьянение, известно, наиболее частая причина спонтанных разрывов пузыря,—все эти явления и симптомы делали высказанное предположение весьма вероятным. Для подтверждения

приведем классическое описание клинической картины разрыва мочевого пузыря, которое дал лучший знаток экстренной хирургии Лежар. „Потерпевший теряет сознание, и в течение первых часов у него все явления сильного „брюшного шока“: бледность, слабый пульс, охлаждение конечностей; несколько вздутый живот, без ясной локализации боли. Он не мочится, иногда он чувствует повторные и настоятельные позывы, делает усилия, но без результата. Вы вводите катетер и к Вашему удивлению через него не вытекает моча или появляется только несколько граммов мочи со значительной примесью крови. Вы ждете еще несколько часов, но все остается в том же положении: мочеиспускания нет, не вытекает моча и через катетер. Ко всему этому в подчревной области не прощупывают выпуклого напряженного пузыря, часто здесь констатируют тимпанит, и только сбоку по направлению подвздошных ямок выстукивание обнаруживает более или менее разлитую тупость, которая, как при асците, обыкновенно перемещается, когда меняют положение раненого. Иногда даже во всей области ниже пупка появляется разлитая припухлость, которая при ощупывании дает впечатление тестоватости с неясным заболеванием. В виду этого становится почти достоверным разрыв мочевого пузыря и свободное излияние мочи в брюшную полость, а уверенность в этом дает достаточное право признать необходимым чревосечение по белой линии“ (Неотложная хирургия, 1930, стр. 311). В сходных выражениях описывает симптоматику разрыва мочевого пузыря другой авторитетный соотечественник проф. Хольцов (Руководство практической хирургии—Хирургия мочевых и половых органов, стр. 217). Аналогичные описания пузырного симптомокомплекса можно встретить у ряда других авторов. Из приведенной классической картины клиники разрывов мочевого пузыря у нашего больного не было налицо одного лишь признака—крови в моче при катетеризации, но по мнению многих авторов (Бархардт, Гарре и др.) этот признак, так же как и ряд других, не является постоянным, обязательным, а следовательно он может и отсутствовать. В остальном же картина болезни повторяла описываемый многими авторами симптомокомплекс разрыва пузыря.

Своеобразную клиническую картину у нашего больного мы объясняем следующим образом. Анурия должна быть отнесена в первую очередь за счет резкого снижения кровяного давления. Давно экспериментально установлено (Кл. Бернар, Айзендрат, Штраус и др.), что если давление в аорте падает до 40 мм ртутного столба, то отделение мочи совершенно прекращается. Другая причина анурии—резкое обезвоживание организма вследствие сильного его обескровливания. Кровопотеря у нашего больного, как мы видели, была весьма обильная. Появление анурии возможно далее вследствие висцероренального рефлекса. Что касается частых, болезненных, императивных позывов к мочеиспусканию, то они, повидимому,—влияние ряда моментов. Частые позывы к мочеиспусканию могли вызываться и поддерживаться механическими причинами—давлением на пузырь излившейся крови. В клинике нередко отмечают учащенные позывы к мочеиспусканию при резких степенях перегиба матки вследствие давления ее на пузырь матки. Далее, частые тенезмы могли быть выражением и проявлением токсического воздействия излившейся крови и принятого алкоголя. Наконец, из опыта клиники хорошо известны учащенные мочеиспускания при разного рода воспалитель-

ных процессах брюшной полости: аппендицит, сальпинго-оофорит, перитонит и т. д. Так или иначе, а данный случай учит, что возможны и наблюдаются неудержимые болезненные позывы к мочеиспусканию при прекратившейся или почти прекратившейся деятельности почек.

Занимаясь изучением вопроса о спонтанных разрывах селезенки, мы собрали из отечественной литературы за период с 1875 по 1936 г. включительно 60 случаев подобных повреждений. Присоединяя к ним собственные 4 наблюдения, мы, таким образом, располагаем 64 случаями спонтанного разрыва селезенки. Однако в неисчерпаемо богатой казуистике мы не встретили ни одного случая, который в отдаленной степени напомнил бы наш данный случай. С этой точки зрения он является чрезвычайно поучительным.

Плеврит, крупозная пневмония, диафрагматит, субдиафрагмальный нарыв, гастралгические явления, острый живот, перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки, острый аппендицит, перфорация кишок, заворот кишок, непроходимость кишок, прободный перитонит, абсцесс и эхинококк печени, абсцесс селезенки, карциноматозная опухоль, киста яичника, внематочная беременность,— вот длинный перечень заболеваний, которые ошибочно принимались за повреждения селезенки. Этот перечень должен быть дополнен нашим случаем— спонтанный разрыв мочевого пузыря.

Разбираемый случай, как целый ряд других, лишний раз убеждает в том, какое разнообразие клинических форм могут давать разрывы селезенки, какие отступления от обычного и общеусвоенного может принимать течение их. Недаром Лежар симптоматиологию разрывов селезенки называл весьма неточной, очень плохо локализованной, а Гейнеке считал, что диагноз разрывов селезенки вообще невозможен, а в лучшем случае он является ошибочным.

Поступила 31.III. 1938.

М. Б. БОРИСОВ

К вопросу о спленектомии при эссенциальной тромбопении

Из хир. отделения Орехово-Зуевской б-цы (гл. врач И. А. Гончар)

Случаев спленектомии по поводу эссенциальной тромбопении в русской литературе описано мало. Проф. Шаак приводит шесть своих случаев. В иностранной литературе таких случаев описано значительно больше. Проф. Шаак упоминает о сводной статистике Уайппла в 73 случая. Привожу свой случай:

Больной Ж., 20 лет, поступил в хир. отд. Орехово-Зуевской больницы 14/IV 1931 г. с жалобами на частые и очень сильные кровотечения из носа; жалуется кроме того на то, что у него постоянно под влиянием незначительных травм образуются на коже синяки, так что он ходит как избитый. Считает себя больным данным заболеванием „с малолетства“,— тогда у него наблюдалось очень сильное кровотечение из десен. С этим заболеванием он лежал в детском отделении Ореховской больницы. В 1922 г. больной заболел двусторонним гнойным отитом, при чем он связывает это заболевание с тем, что при сильном носовом кровотечении „кровь бросилась в уши“. В остальном ни на что не жалуется; происходит из здоровой семьи. Семья из 8 чело-