

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-

век. Ни у кого из семейных таких явлений, как у нашего больного, не наблюдается. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп и лихорадку.

Stat. praesens. Телосложение астеническое, кожа бледноватая, покрыта на лице многочисленными угрями. Симптом Румпель-Леде резко положительный. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно. Лимфатические железы прощупываются под углами нижней челюсти, в подмышечных впадинах, в пахах и кубитальных ямках.

В легких: перкуторный звук всюду ясный, при аускультации жестковатое дыхание на всем протяжении. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. Ощупывание живота безболезненно на всем протяжении. Селезенка и печень не прощупываются. Мочеполовые органы—N. Нервная система N. Двусторонний гнойный отит, резкое понижение слуха. Моча: уд. вес 1,015, следы белка, лейкоц. 1—2 в п. зрения. Эритроциты вышечелочен. 1—2 в п. зрения.

Кровь 15/IV: Hb—76%; эр.—4740 00; цв. пок.—0,8. Эоз.—3%, сегм.—53%, лимф.—42%, мон.—2%; тромбоц.—2840. RW(—). Свертываемость крови, опред. на аппарате Егорова,—начало 3 м., конец 4½ м. Время кровотечения резко удлинено.

25/IV. Операция (М. Борисов). Эфирный наркоз. Положение больного на спине с валиком, положенным под спину на уровне мечевидного отростка. Разрез по средней линии между мечевидным отростком и пупком. Довольно значительное кровотечение из брюшной стенки, остановленное лигатурами.

Селезенка небольшая, плотно фиксирована под диафрагмой спайками. Удаление селезенки после предварительной перевязки ножки и спаек. Глухой шов брюшной раны. 26/IV общее состояние больного удовлетворительное. Кровь—тромбоцитов 85320. 27/IV состояние хорошее. Живот мягкий. Температура субфебрильная. 28/IV—состояние хорошее. Стул после клизмы. 29/IV—состояние хорошее. Кровь: тромбоцитов 256880. Симптом Румпель-Леде исчез. 3/V сняты швы, первичное заживление. Тромбоцитов 271700. 7/V—общее состояние хорошее. Кровь: Hb 62%, эр. 3520000, лейкоц. 9000; цв. пок. 0,9, тромбоцит.—176000. Эоз 4%, сегм. 74%, лим. 16%, мон 6%.

11/V больной выписан в хорошем состоянии.

В дальнейшем больной находился под моим наблюдением до 1934 года. Все время самочувствие было прекрасным; никаких признаков возврата болезни не наблюдалось.

Эссенциальная тромбопения впервые была выделена как самостоятельное заболевание из группы геморрагических диатезов Франком в 1915 году. Удалять селезенку при этом заболевании предложил Кацнельсон, и впервые была удалена селезенка по этим показаниям в 1916 году пражским хирургом Шлофером с блестящим результатом.

Вопрос о происхождении тромбопении не выяснен; все исследователи согласны лишь в том, что удаление селезенки при тромбопении дает прекрасные результаты, но одни из них считают, что роль селезенки в случаях тромбопении заключается в выработке гормона, тормозящего образование тромбоцитов в костном мозгу, тогда как другие думают, что происхождение тромбопении связано с чрезмерной тромболитической функцией селезенки. Таким образом существует миелогенная и спленогенная теория происхождения тромбопении.

Как бы то ни было при спленэктомии у тромбопеников, повидимому, удаляется из организма работающий во вред орган. Это подтверждается всеми наблюдениями, показывающими, что после удаления селезенки сразу же наступает быстрое увеличение количества тромбоцитов, устанавливается нормальное время кровотечения и исчезает симптом Румпель-Леде. Так было и в нашем случае. Отдаленные результаты этой операции не всегда хороши. Наш случай нужно считать в смысле отдаленных результатов хорошим.

Поступила 20. I. 1938 г.