

## О показаниях к спленэктомии.

Проф. Н. К. Горяев.

Не вдаваясь в историю вопроса, начну со следующей даты. 12/1 1914 г. в Берлине вопрос о спленэктомии был предметом обсуждения на соединенном заседании О-ва внутр. мед. и педиатрии и О-ва хирургического. Выступивший в качестве докладчика — терапевт W. Türk говорил, что, если мы отмечаем некоторый прогресс в наших знаниях о функциях селезенки за последние годы, то этим прогрессом мы обязаны не столько гистологическим и биологически-экспериментальным исследованиям, сколько смелому вмешательству отдельных клиницистов, которые, первое время без достаточных теоретических оснований, просто по их клиническому убеждению предложили при известных заболеваниях удалять селезенку.

Прошло 20 лет. Терапевтический успех спленэктомии при ряде заболеваний повел к накоплению большого клинического материала. Однако, в клинике спленопатий, в частности в развитии вопроса о с.-э., как лечебном методе, положение принципиально мало изменилось. За это время с.—э. была предложена и применена при ряде новых заболеваний. Наблюдение результатов с.-э. выявило ряд новых фактов, свидетельствующих в ряде случаев о зависимости болезненных явлений от патологического состояния селезенки.

Одновременно накапливающийся экспериментальный материал дополняет и освещает факты клинич. наблюдения, но в общем дает пока что немного для понимания клинических фактов. Правда, эксперимент поставил перед клиникой новые, большой важности, вопросы, напр., о роли селезенки, как резервуара крови, о кровяных депо. Однако, эти последние факты пока не нашли еще приложения в клинической патологии селезенки.

Удаление селезенки, как лечебное мероприятие, имеет следующие основания.

1. Возможность длительного сохранения жизни, отсутствие видимых, по крайней мере грубых, расстройств в организме после удаления селезенки экспериментально и в клинической практике; в последнем случае особенно ценны, приближаются к условиям эксперимента, наблюдения при удалении до того здоровой селезенки, подвергшейся разрыву при травме.

2. Вначале большую, во многих случаях решающую, роль играли субъективные расстройства, связанные с наличием селезеночной опухоли и заключающиеся не только в ощущении постороннего тела, чувства тяжести, но и в выраженных болях (при перисплените, особенно при перегибах и перекручивании ножки смещенной селезенки).

3. Накопившийся материал не оставляет сомнений в том, что патологически измененная селезенка может обуславливать развитие болезненных процессов и вести к расстройству функций различных органов и систем, приводя в конце концов к тяжелым общим расстройствам организма. Назовем важнейшие из них.

а) *Анемии* различного характера, которые объясняют (не всегда с достаточным основанием) или усилением гемолиза или угнетением эритропоэза или — как думал Banti, а теперь выказывается Фаерман — задержкой эритроцитов в костном мозгу. В известных случаях ведут к

анемии или усиливают уже имевшуюся анемию различные кровотечения, наблюдающиеся при спленопатиях.

б) *Лейкопения*—как показатель подавленного миелопоеза. Что инертное состояние костного мозга есть следствие „сковывающего“ влияния со стороны патологической селезенки, доказывается быстрым восстановлением норм. реактивной способности костного мозга после с.-э.

в) Реже наблюдаются в связи с патологическими процессами в селезенке явления, свидетельствующие об усилении кроветворения: *полицит-эмии*, соответствующие лейкоцитарные картины (до лейкомоидных)—здесь может идти речь не только о непосредственном участии селезенки в процессе образования тех или других форменных элементов крови, но и о расстройстве гормональной функции селезенки—гипофункции ее в смысле ослабления тормозящего влияния на костный мозг (M o g a w i t z).

г) *Явления геморрагического диатеза*. Встанем ли мы на сторону гипотезы F r a n k'a о расстройстве образования кров. пластинок гигантскими клетками костного мозга или гипотезы о тромбастении, примем ли гипотезу K a z n e l s o n'a об усиленном разрушении кров. пластинок в селезенке или гораздо более вероятное объяснение кровоточивости патологическим состоянием сосудов (капилляров)—быстрое и стойкое исчезновение кровоточивости после с.-э. в большом числе случаев так назыв. Верльгофовой болезни заставляет думать о расстройстве, находящемся в какой-то зависимости от патологического процесса в селезенке.

д) *Задержка общего физич. развития*—наблюдающаяся при спленопатиях и устраняемая спленэктомией.

е) *Расстройство функции желез внутренней секреции*, напр. половых—также отмечено выравнивание функций. состояния после спленэктомии.

ж) Из отдельных органов наиболее привлекает к себе внимание печень, структурные изменения и функциональные расстройства которой связываются, как явление вторичное, с патологическим состоянием селезенки.

Обычно указывается на появление у спленэктомированных телят Jolly, как на показатель того, что удаление селезенки не остается совсем без влияния на организм.

Некоторыми обращено внимание на развитие после с.-э. злокачественных новообразований.

2 таких случая приводит M c N e e: 1. Ж., 28 л., с.-э.; через 3 года рак языка. 2. Ж., 34 л., погибла от рака глотки через 3½ года после с.-э. Один случай приводит R a n z i: M., 46 л.; с.-э. по поводу гипертрофического цирроза печени. Через 6 мес. после операции установлен рак гесты, которого не находили до операции.

Эти клинические факты представляют интерес, так как могут быть сопоставлены с данными экспериментальными, заставляющими думать, что селезенка задерживает рост злокачественных новообразований, поддерживает известный иммунитет по отношению к злокачественным новообразованиям. Эти клинические наблюдения заслуживают внимания. Накопление таких фактов может послужить—на ряду с операционной смертностью—сдерживающим моментом при постановке показаний к с.-э.

Значение спленэктомии в клинической патологии селезенки, мне кажется, подчеркивается тем, что хирургами сделаны попытки классифицировать относящиеся сюда заболевания с точки зрения показанности, resp. эффективности операции (E d w a r d H a n g h a n) или с учетом спленэктомии, как одного из основных факторов (J a m e s W a l t o n).

На вопросе о классификации считаю уместным остановиться. Прежде всего нужно отметить, что внимание наше селезенка начинает привлекать обычно лишь тогда, когда мы констатировали ее увеличение, особенно если это увеличение значительно. Поэтому клиника спленопатий почти совпадает с клиникой спленомагалий (мегалосплений). Объясняется такое положение тем, что мы не имеем сколько-нибудь надежных функциональных проб для селезенки.

Исключением являются пока случай Morawitz'a и 2 случая, приводимые V. Schilling'ом. Morawitz в случае очень тяжелой пневмонии предположил на основании наводнения крови нормобластами—значительное поражение селезенки. Вскрытие подтвердило распознавание—оказался инфаркт всей селезенки на почве эмболии. В случаях Schilling'a подтвердившееся анатомически распознавание повреждения селезенки было сделано по картине периферической крови: в 1-м на основании массового накопления телец Jolly, во 2-м—на основании паразитического вымывания нормобластов и миелоидных элементов.

В клинике мы применяем термин спленомагалия не к каждой прощупываемой селезенке, а лишь в случаях, когда увеличение селезенки достигает известной степени. Barron и Litman относят к истинным спленомагалиям селезенки весом в 600 гр. и более.

С точки зрения интересов клиники, мне кажется, может иметь смысл такое подразделение спленопатий, resp, спленомагалий.

г) Увеличение селезенки—*только симптом*, имеющий большее или меньшее значение, гл. обр., с диагностической точки зрения: а) острые и хронические инфекции; б) хрон. лимфатическая лейкемия; в) лейкомоидные заболевания (лимфогранулематоз и др.); г) амилоидоз.—Селезенка может быть значительно увеличена, однако, б. ч. не достигает размеров истинной спленомагалии. Вопрос о с.э. не ставится.

2) Увеличение селезенки, обычно спленомагалия, как наиболее выступающий симптом, при *системных заболеваниях ретикуло-эндотелиальной системы*; а) *хронич. миелоидная лейкемия*; б) *спленомагалическая форма хрон. лимфат. лейкемии*; в) *острые лейкемии*. Здесь спленомагалия не только ведущий симптом, но и главное место приложения нашего вмешательства—в первую очередь рентгенотерапия, а в последнее время иногда и спленэктомия.

г) *Болезни Gaucher и Niemann—Pick'a*. Спленомагалия наиболее ранний и наиболее выраженный симптом. Иногда с.э.

3) Увеличение селезенки (часто настоящая спленомагалия)—при *гепатомиелолиенальных синдромах*. Здесь мы не только учитываем увеличение селезенки и степень его, как дифф. диагностически важный симптом, но и думаем об известном влиянии патологических процессов, разыгрывающихся в селезенке, на развитие изменений и в печени, и в костном мозгу, и в крови и в других органах и системах. Отсюда постановка вопроса о вмешательстве в виде спленэктомии. Сюда относятся *спленомагалии, формы циррозов печени*.

4) Спленопатии—заболевания, при которых есть достаточно оснований видеть в патологич. состоянии селезенки главную или по крайней мере существенную причину расстройств и изменений в др. органах и системах. а) *Гемолитические желтухи* врожденная и приобретенные. Спленомагалия—один из важнейших симптомов. С.э. б. ч. дает резкое и длительное улучшение.



б) „Первичные спленомегалии“. Синдром *an. splenica* и болезни *Banti* как неизвестного происхождения, так и развивающийся в определенной связи с инфекцией (малярия, сифилис, м. б. некоторые случаи *endocarditis lenta* и *sepsis lenta*). Спленопатия, развившаяся в определенной зависимости от инфекции, перерастает в страдание, при котором не только увеличение (обычно очень большое) селезенки является основным симптомом, но и не подлежит сомнению зависимость других расстройств и симптомов от патологического состояния селезенки,—иначе трудно понять блестящий во многих случаях результат спленэктомии, при недействительности других видов лечения, в частности специфического (противомалярийного, противосифилитического и т. д.).

в) *Полицитемия*. Увеличение селезенки—один из основных симптомов. Влияние селезенки на развитие заболевания весьма вероятно, но понимается различно. С.-э., как метод лечения, большинством авторов отвергается.

г) *Тромбопеническая пурпура* (Верльгофова болезнь). Селезенка м. б. не увеличена. Результаты с.-э., прекращающей явления кровоточивости, заставляют думать, что кровоточивость развивается в связи с патологическим направлением какой-то функции селезенки. Сущность связи понимается различно.

5) *Изолированные заболевания селезенки*.<sup>1)</sup> а) аномалии положения и формы (множественные селезенки), б) травматические повреждения, в) инфаркт, г) абсцесс, е) кисты непаразитарные и паразитарные, ж) опухоли, з) „изолиров.“ туберкулез, и) „изолиров.“ лимфогранулематоз. Слабые стороны приведенной группировки спленопатий прекрасно сознаю.

1) Двойственность положительного в основу принципа—понимание патогенетических взаимоотношений, характер и результаты нашего вмешательства (спленэктомии).

2) Стертость границ между отдельными группами—так, спленопатии при одних и тех же инфекциях входят в различные группы; нельзя провести грань между гепатомиелоэлаенальными заболеваниями и „первичными“ спленомегалиями.

3) Наоборот в одной группе, напр. в 1-й или 4-й мы встречаем заболевания, достаточно далеко стоящие друг от друга в нозологической классификации.

Предлагая такую группировку, я не думаю противопоставлять ее другим как более совершенную, но склонен думать, что на ряду с другими классификациями и группировками она поможет иногда разобраться в случае, относящемся к трудному, не разработанному клиническому отделу спленопатий.

Недостатки, отмеченные в нашей группировке, не чужды и классификациям других авторов. Тот факт, что один и тот же автор одновременно или почти одновременно пользуется для освещения клиники спленопатий различными группировками их (*Aubertin*, *Naegeli*) свидетельствует о невозможности дать при современном уровне наших знаний совершенную, удовлетворяющую всем запросам клиники классификацию.

Этиологический принцип не м. б. строго выдержан.

<sup>1)</sup> Термин „изолированный“ м. б. применен лишь условно не только по отношению к туберкулезу, лимфогранулематозу, но и к ряду других заболеваний, вошедших в эту группу: абсцесс, инфаркт и др.

1. Очень часто, если не в большинстве случаев, мы не знаем причины спленонатии.

2. Одну и ту же клиническую картину мы наблюдаем в случае неизвестной этиологии и в случаях, где спленопатия связана с определенным этиологическим моментом, при этом различные этиологические моменты могут давать одинаковую клиническую картину.

3. Один и тот же этиологический момент может давать различные патолого-гистологические изменения селезенки и различные клинические картины.

Если изменение величины, консистенции, формы селезенки стоят в более или менее понятной для нас связи с изменениями структуры органа, т. клиническая картина в целом, поскольку мы имеем основание связывать ее с патологическим состоянием селезенки, зависит от патологического направления, качественного или количественного изменения ее функций. Связь между структурными изменениями и функциональными расстройками более или менее ясна для нас далеко не во всех случаях.

Наибольшую практич. важность представляют заболевания, которые могут быть объединены, как широко понимаемый симптомокомплекс *Banti*.

Попытки выделить болезнь *Banti*, как самостоятельную нозологическую единицу, не убедительны; поэтому будем говорить о симптомокомплексе *Banti* (с.-к. В.) Как известно, в с.-к.-се В. различают 3 периода: 1-й—анемический, 2-й—переходный и 3-й—асцитический (период спленомегалического цирроза печени).

Остановимся подробнее на 1-м периоде, как чаще всего встречающемся, как наиболее постоянном—2-й период может не выступать и при полном развитии с.-к.-са. 3-й п. может *еще* не наступить или *вообще* не наступить, если течение прерывается преждевременной смертью или если развитие процесса останавливается после удаления селезенки. Практическое значение 1-го периода особенно выступает при учете результатов спленэктомии (меньшая смертность, надежды на длительное восстановление здоровья).

*Клиническая картина 1-го периода. Селезенка*—сильно увеличена, до 1 кг. и больше, плотна, гладка, сохраняет свою форму, обычно не болезненна. *Анемия*—гипохромная, различной выраженности,—то тяжелая с понижением Hb до 50—30% и ниже (ухудшение состава красной крови может наступить в связи с теми или другими кровопотерями), то с незначительным понижением Hb в 60—80% и с содержанием эритроцитов, близким к норме или даже превышающим последнюю. Важным гематологическим признаком спленомегалии в этом, как и в ряде других случаев, является *лейкопения*. *Печень*—увеличения нет или незначительное. Со стороны *желудочно-кишеч. тракта*—отсутствие болезн. явлений (по *Banti*). По некоторым уже в этом периоде могут наблюдаться *жел.-киш. кровотечения* (*Fiessinger* и *Brodin*, *Lanqueron*, *Galiegue* и *Turgu*). Чаще указываются *носовые кровотечения*.  $t^{\circ}$  может представлять отдельные повышения; по *Erpinger*'у иногда интермиттирующий тип лихорадки с знобами. Со стороны *мочи*—норма; подчеркивается отсутствие уробилина, как один из показателей того, что нет повышенного гемолиза.

Не останавливаясь на клинической картине 2-го переходного и 3-го цирротического периодов, отмечу только, что в последнем может наблю-

даться картина то атрофического цирроза (L a ê n п e с'а), то—чаще—смешанного; а также напомины, что асцит может развиваться и при отсутствии цирротического процесса в печени.

Гистологически по Banti селезенка при его болезни—и в 1-м и в более поздних периодах—представляет картину фиброадении (склероза) не только пульпы (здесь склеротич. изменения встречаются часто и при других заболеваниях), но и фолликулов (Мальп. телец). Специфичность для „болезни Banti“ фиброадении фолликулов отрицается или ставится под сомнение целым рядом авторов.

Что касается возможности клинического выделения с.-к. Banti, диагностического отграничения его от других случаев, идущих под названием „anaemia splenica“, „bantiähnliches Zustandsbild“ (M o r a w i t z) и т. д., то, насколько я знаю, нельзя указать определенных этиологических и патогенетических разграничений, как и надежных дифференциально-диагностических признаков. С.-к. Banti может развиваться на почве малярии, сифилиса, Kala-azar. Не будем говорить о микотических спленомегалиях, значение которых и положение среди других спленомегалий вызывает такое расхождение в мнениях. Отметим только, что грани стираются также между „бол. Banti“ и подострыми септическими заболеваниями (Erpinger, Veil и др.): болезнь может начаться остро в связи с инфекцией или кишечным расстройством; причем может выпадать и 1-й период; быстро развивается картина, связывающая с.-к. Banti, то с гемолитической желтухой, то со спленомегалическими циррозами. Могут наблюдаться случаи спленомегалического синдрома, в которых не так легко исключить пернициозную анемию.

Вопроса о спленэктомии при с.-к. Banti или an. splenica, мы уже касались выше. Пусть результаты с.-э. во многих случаях дают врачу полное удовлетворение. Все же мы имеем дело с серьезной, а нередко—благодаря сращениям—и трудной операцией (иногда сращения вынуждают даже отказаться от удаления селезенки). Естественно, что прежде, чем остановиться на оперативном вмешательстве, пробуют другие—консервативные—методы лечения. При имеющейся связи с малярией—противомалярийное лечение может иногда устранить достаточно полно представленный ярко выраженный с.-к. Но в ряде случаев не получается никакого эффекта. То же нужно сказать о сифилисе и противосифилитическом лечении. Много слабее мы вооружены в борьбе с септическими заболеваниями. Однако, и здесь мобилизуют сначала имеющиеся в нашем распоряжении средства, тем более, что при септич. заболеваниях опыт с оперативным лечением в виде с.-э. еще несравненно меньше, чем при сифилисе, и особенно при малярии.

На ряду с мобилизацией средств борьбы с этиологическим фактором пробуют симптоматическое лечение. Наличие анемии ведет к применению соответствующих лечебных методов. В прежние годы я привык думать—на основании своего опыта и литературных данных—, что малокровие, связанное со спленомегалией, упорно противостоит применению железа (в пржней дозировке) и мышьяка. Несомненно, очень значительный прогресс в деле лечения малокровия, возможно, даст и в интересующей нас области некоторые сдвиги. Железо в больших дозах. Печень. Едва ли хоть один случай интересующих нас заболеваний попадает на операционный стол для спленэктомии без того, чтобы не было применено пере-



ливание крови, то как попытка восстановить длительно дефицитный состав крови, то для остановки тех или других кровоточений или для выравнивания острого малокровия, вызванного кровопотерей, то, наконец, как мера предоперационной подготовки или послеоперационного ухода. Имеются попытки применения рентгенотерапии.

Спленэктомия—серьезная операция. Операционная смертность колеблется, конечно, в очень широких пределах в зависимости от характера заболевания.

Но и общая смертность у различных хирургов весьма различна. Nissen и V. Schilling дают такое сопоставление: Mayo на 424 случая с.-э. потерял 10,1%, Ranzi на 62 сл.—20%, Mühsam на 50 сл.—58%. Смертность в материале Banti: I период—25% (4 сл.); II—40% (22 сл.), III—65% (45 сл.).

Во всяком случае значительная, у некоторых хирургов громадная смертность ставит вопрос об уточнении показаний к операции, о выявлении отдельных факторов, влияющих на высоту смертности. Естественно стремление найти признаки, которые облегчали бы правильный прогноз операции.

Конечно, при с.-э., как и при каждом хирургическом вмешательстве, много значит техника; опыт—по мере накопления—понижает смертность. На основании некоторых своих впечатлений хотел бы подчеркнуть значение ухода за оперированным. Послеоперационное течение при с.-э. богато осложнениями. Высоко поставленный уход за б-м в послеоперационном периоде может сохранить жизнь б-му там, где при отсутствии такого ухода дело кончается смертью или нагромождаются осложнения, чрезвычайно затягивающие послеоперационное течение, и, конечно, вредно сказывающиеся на отдаленных результатах.

Высокую смертность в материале Mühsam'a, Nissen и Schilling объясняют тем, что германские клиницисты поздно обращаются к этому оперативному методу. Ставя показания к ранней операции, Nissen и Schilling на 12 с.-э. не имели ни одной операционной смерти, тогда, как смертность при оперировании спленомагаликов, присланных другими, оставалась попрежнему высокой. В пользу ранней операции высказываются Emile-Weil и Grégoire, Cohn и др.

Rosenthal и Evans придают большое значение содержанию тромбоцитов (до операции) думают, что в случаях спленомагалий с нормальным или несколько повышенным содержанием тромбоцитов до операции спленэктомия сопровождается резким и стойким повышением содержания тромбоцитов, а это увеличивает наклонность к тромбозу, т. е. увеличивает угрозу одного из опаснейших осложнений, наблюдающихся после с.-э. Т. обр., в указанной—тромбоцитемической (по Rosenthal'ю)—группе случаев спленэктомия противопоказана. Мне кажется, материал Rosenthal'я и Evans'a недостаточен, чтобы делать категорические выводы. Поставлен вопрос, который делает желательным дальнейшие наблюдения в этом направлении. В двух случаях Вгусе результат после с.-э. получился диаметрально противоположный тому, какого нужно было ожидать по Rosenthal'ю.

Фаерман делит интересующие нас заболевания на 2 группы:

I—миело-лиенальная; спленэктомия—абсолютно показана;

II—гепато-лиенальная; спленэктомия—противопоказана (см. ниже).

Вопрос о принадлежности к той или др. группе решается на основании трех показателей: картины периферической крови, пунктата селезенки и пунктата костного мозга.

I группа—гиперплазия ретикуло-эндотелия селезенки (иногда экстрамедуллярный гемопоез); близкое к норме анатомическое состояние костного мозга; по картине крови регенераторная анемия (функциональное поражение кост. мозга); печень часто увеличена, но без всяких признаков цирротических изменений; асцит—часто, является результатом чрезмерной функциональной нагрузки печени и чрезмерно о увеличения селезенки; б-ые часто выглядят истощенными и слабыми. После с.-э. б-ые быстро выздоравливают (асцит исчезает).

II группа—склероз селезенки; костный мозг и периферическая кровь без изменений (признаки повышенной регенерации—красный мозг в длинных костях); печень—атрофический цирроз; нет постоянного соотношения между асцитом и степенью цирротических изменений в печени. Б-ые, которые имели асцит, получают некоторое облегчение после операции (с.-э. уместна); б-ые без асцита неизменно гибнут сейчас же после с.-э. При картине гипертрофического цирроза печени с желтухой с.-э. уместна.

И другие авторы указывают, что, ставя вопрос о с.-э. необходимо интересоваться состоянием печени, в частности ее функций (Emile Weil и Grégoire, Montemartini).

Ввиду большой авторитетности Фаермана в трактуемом вопросе необходимо считаться с его мнением. Однако, меня смущает следующее. Во первых, фиброзно-склеротические спленомегалии здесь фигурируют в группе, для которой Фаерман считает с.-э. противопоказанной или условно показанной. Между тем, насколько мне известно, большинством авторов такие спл.-мег. относятся к числу тех, при которых с.-э. дает хорошие результаты и при том применяется наиболее часто—в виду сравнительной частоты их.

Второе сомнение, возникающее у меня в связи с предлагаемой Фаерманом методикой обследования б-х со спленомегалиями, объясняется тем, что в это исследование входит, как существенная часть, пункция селезенки. Опыт с пункцией у меня очень небольшой. Хотя мы сами не видели дурных последствий, все же знакомство с литературой, в частности некоторые формулировки самого Фаермана и v. Nagy, у которого Фаерман заимствует метод прокола (внося некоторые изменения),—не позволяют мне относиться к проколу селезенки, как совершенно безопасной операции. Результаты прокола—получение надлежащего материала, умение его правильно оценить—требуют, мне кажется, б. ч. значительного опыта.

Считаю уместным в непосредственной связи с с.-к. Banti остановиться на тромбофлебитической спленомегалии—спленомегалии с тромбозом селезен. вен. Клиническая картина этой формы чрезвычайно близка к картине „Banti“: спл.-мег., анемия, лейкопения, желуд.-киш. кровотечения (иногда и другие явления кровоточивости), позднее асцит. Диагноз между названными формами чрезвычайно труден. Самая самостоятельность тромбофлебитической спл.-мег., как болезненной формы, многими оспаривается (Naegeli, Epstein, Grégoire и E. - Weil, Rivoire). Эти авторы считают спл.-мег. первичным явлением, изменения в стенках вен с последующим тромбозом вторичным. Однако, не мало авторитетных имен можно указать и среди защитников первичного тромбоза (на почве инфекции, травм) (Eppinger, Фаерман, W. Türk, Dziembowski, Frugoni, Bruce, Fried). В клинической картине особенно важное место занимают желудочные кровотечения, которые сопровождаются значительным уменьшением объема селезенки.

Greppi и Villa предложили пользоваться—с диагностич. целью—адреналиновой пробой—впрыскивание адреналина в этом случае по авто-



рам ведет к особенно выраженному сокращению селезенки. Я высказался против применения этой пробы, которая, мне кажется, особ. неуместной здесь—при заболевании, выявляющем такую большую склонность к желудочным кровотечениям, нередко очень обильным. Однако, некоторые позднейшие сообщения поддерживают эту пробу, как имеющую практическое значение и не дававшую до сих пор кровотечений (Klages—хотя автор указывает положительное выпадение пробы и при других патологич. состояниях селезенки (tbc miliaris и др.).

Я скорее р-шилсЯ бы на пробную лапоротомию. При тромбфлеб. спл.-мег. имеет место обильное, иногда колоссальное развитие коллатералей—вен извитых, до толщины пальца.

Что касается уместности спл.-экт. в данном случае, то здесь мнения чрезвычайно расходятся. Это и понятно. Заболевание ставит б-го под постоянную угрозу не только инвалидности, но и преждевременной смерти (гл. о. от желудочных кровотечений). С другой стороны, опасность послеоперационного тромбоза, распространения его на ствол и другие корни v. portae—очень велика. Случаи тромбфлебит. спл.-мег. не часты. Материал отдельных авторов исчерпывается единичными или во всяком случае немногочисленными наблюдениями. Мнения расходятся—в зависимости от результатов вмешательства, полученных тем и др. автором. Принципиально высказываются Grégoire и E. - Weil. По их мнению благоприятные результаты с.-э. не вяжутся с представлением о первичном тромбозе—насколько по их мнению должна быть велика опасность послеоперационного тромбоза в случаях тромбфлебитической спл.-мег. По Frugoni с.-э. показана в 1-м (anémo splénomégalique) периоде, но крайне опасна и мало сулит во 2-м периоде (кровотечений и осложнений).

Размеры журнальной статьи позволяют мне лишь вкратце коснуться применения с.-э. при других заболеваниях.

*Гемолитическая желтуха.* Различают, как известно, 2 формы: наследственно-семейную и приобретенную. Однако, не все находят возможным провести отчетливую грань между этими двумя формами, как по патогенезу и клинической картине, так и по результатам с.-э.

Если заболевание мало сказывается на общем состоянии б-го (а таких среди случаев наследственной г. ж. большинство), то не требуется никакого лечения. При более выраженных болезненных явлениях пробуют железо, мышьяк, лечение печенью, рентгенотерапию. Вопрос о с.-э. встает в случаях более тяжелых и прогрессирующих. Операционная смертность сравнительно низкая: 2—6% (Глигсберг), 3—5% (Santy); однако, в некоторых небольших статистиках—значительно выше, напр., у E'dwin Beer'a 2 случая смерти на 8 с.-э. Благодаря сращениям удаление селезенки может оказаться не только трудным, но и невозможным, см., напр., случай 7-й Белоноговой (опер. С. П. Федоров).

В удачно оперированных и хорошо реагировавших на с.-э. случаях, а таких, повидимому, значительное большинство (среди оперированных)—отмечается: 1. быстрое уменьшение до полного исчезания желтухи, понижение содержания билирубина в сыворотке крови, пигментов в кале, уробилина в моче; 2. улучшение состава красной крови, до нормальных или близких к норме цифр Hb и Eг; уменьшение содержания ретикулоцитов, 3. осмотическая стойкость эритроцитов повышается, но обычно не

достигает нормы, 4. отмечено повышение содержания тромбоцитов, 5. общее состояние б-х резко улучшается, трудоспособность восстанавливается. Получается практически как бы полное излечение (Gänsslen, Белогова, Walter, Egelston, Santy). Б. ч. результат получается стойкий; но отмечены и рецидивы болезненных явлений.

Случаи гемолитической желтухи, требующие хирургического вмешательства, встречаются у нас, видимо, редко. Мы не имели ни одного такого случая.

*Верльгофова болезнь, тромбеническая пурпура.* Мы будем иметь ввиду только хроническую тр-пен. пурпуру. Конечно, и здесь вопрос о с.-э. ставится лишь при известной тяжести случая: упорство кровотечений, значительная анемия. Grégoire (41 конгресс франц. хир. о-ва) так формулировал показание: пока болезнь выражается только пурпурой,—терапевтическое лечение; появились кровотечения из слизистых оболочек—с.-э. Известная мне оценка результатов с.-э. при хрон. тр-пен. п. настолько единодушна, что я считал бы совершенно излишним приводить какие-либо литературные справки, если бы рядом не печаталась статья П. Н. Степанова, где мы находим ссылку на Ж. Кеню, который отмечает нестойкость результата с.-э. при симптомокомплексе Верльгофа, а также высокую смертность. То же якобы подтверждает Владос. У меня нет в руках сообщения Ж. Кеню. Мнение же Х. Х. Владос мне известно по статье, помещенной в вып. I „Вопросов клинич. и экспер. гематологии“ 1931 г. Здесь Владос говорит, что в более тяжелых случаях бол. Верльгофа с.-э. абсолютно показана; при подостром течении с.-э.—единственная надежда. Приведу еще несколько мнений. Naegeli: „Die operationserfolge sind vielfach verblüffend“, здесь нет оснований бояться одного из опаснейших осложнений с.-э., именно послеоперационного тромбоза. По Edwin Beer'у с.-э. при ригр. haem. является одним из триумфов современной хирургии селезенки. Grégoire называет результаты с.-э. при хрон. форме: непосредственные—замечательными, отдаленные—стойкими; операционную смертность оценивает в 4%. Fiessinger и Brodin: никакое другое терапев. мероприятие не дает результатов, которые можно было бы сравнить с результатами с.-э. Результаты с.-э. стойки. С.-э.—серьезная операция; необходимо исключить недостаточность печени. Левит: с. э. в центре проблемы терапии Верльг. б. Кост.: с.-э.—радикальное мероприятие; прекрасные результаты. По Landa смертность 2%. П. Н. Степанов, повидимому, сочувственно относится к мнению, что все дело здесь в операционной травме, что удаление яичника действует также, как и с. э. Пусть травма, действительно, вызывает нарастание тромбоцитов. Этого еще недостаточно, чтобы объяснить стойкость результата. Мы имеем только один оперированный случай Верльг. б. Но и его достаточно, чтобы заставить скептически отнестись к приведенному П. Н. Степановым мнению.

Наш случай описан К. А. Дрягиным (Каз. мед. ж. № 5—6. 1930 г.). Б-ная В., явления кровотоочивости с 1924 г. В авг. 1924 г. проф. Груздевым была удалена матка по поводу упорного кровотечения. В течение года после операции (м б. в связи с ней) кровотоочивость не проявлялась. В авг. 1925 г. сильное носовое кровотечение. В виду безуспешности терапевтического лечения 12/II 1926 г. проф. А. В. Вишневым удалена селезенка. Стойкое излечение синдрома Верльгофа. 13/VI 1934 г. В-ва обследована. Никаких явлений кровотоочивости со времени операции. Время кровотечения 2'45" (до оп. 12'). Rumpel-Leede—отриц. Ретракция кров. сгустка, отсутствовавшая до операции, восстановилась. Кров. пласт. 216.000 (до оп. от 1000 до 6500).

Синдром *Banti*, гемолитическая желтуха и *Верльгофова* болезнь представляют собою группу заболеваний, при которых с.-э. применяется наиболее. Одно время видное место среди показаний к с.-э. стала занимать *пернициозная анемия*. В материале *Mayo* по с.-э. к 1928 г. п. ан. стояла по частоте на третьем месте, значительно превышая число случаев *purp. haem.* Лечение печенью, а позднее и свиным желудком, поставило с.-э. при п. ан. в числе лечебных мероприятий, отошедших в область истории.

Среди системных заболеваний рет.-энд. аппарата нужно назвать *болезнь Gaucher*, как заболевание, при котором сравнительно нередко применяется с.-э. Трудно теоретически обосновать целесообразность удаления *лишь одного* из очагов болезненного процесса. И, однако, „почти во всех случаях можно говорить о поразительно благоприятных результатах операций“ (*Naegeli*). С.-э. устраняет анемию и явления кровоточивости, избавляет б-х от болезненных ощущений, связанных с селезеночной опухолью, делает их работоспособными. О более или менее благоприятных результатах с.-э. сообщают *Mayo, Mühsam, Bonta, Tammann* и *Deutelmöser, Welt, Rösenthal* и *Oppenheimer*. С. э. не излечивает радикально б-х, не останавливает болезненного процесса. *Болезнь Gaucher*—редко встречающееся заболевание. Мы не имели ни одного случая.

Не так давно, до последних лет 20, с.-э. при *хрон. миелоидной лейкемии* рассматривалась чуть ли не всеми, как ошибка, притом трагическая для больного. Системный характер заболевания с видимым участием в болезненном процессе—кромe селезенки—костного мозга, печени, лимфат. желез и других органов—делал как будто бессмысленным удаление селезенки. В то же время громадная операционная смертность, достигавшая до 1905 г. 86% у одних, 96% у других (по *Leséne* и *Aubertin*). От господствовавшего отрицательного отношения к с.-э. при хр. миэл. л. отступила клиника *Mayo*; к 1918 г. *Giffin* мог сообщить о 20 сл. с.-э. с одной только смертью через 6 дней после операции. В 1928 г. *W. J. Mayo* сообщил уже о 45 операциях с госпитальной смертностью в 3 случ. Б-ые были оперированы в периоде улучшения, достигнутого другими методами лечения, гл. о. рентгенотерапией. На упомянутом в начале статьи заседании в Берлине 12/I 1914 г. *Seefisch* сообщил о случае, где с.-э., произведенная им в периоде полной ремиссии, полученной путем рентгенотерапии, дала благоприятные результаты. Под впечатлением этого *Seefisch* выступил против господствовавшего, в частности в Германии, мнения, что с.-э. при хр. миэл. л. противопоказана. Для характеристики намечающихся сдвигов и во Франции отмечу, что *Aubertin*, который еще в 1926 г. считал лейкемический состав крови противопоказанием к с.-э., в 1928 г. в сообщении совместно с *Leséne* высказался уже так: с.-э. может быть произведена при хрон. миэл. л. при условии предварительного применения рентгенотерапии и достижения этим путем известных результатов (уменьшение объема селезенки, приближение картины крови к норме); в этих условиях с.-э. не только не представляет опасности, но и оказывает благоприятное влияние на течение болезни. Из авторов, высказывавшихся по данному вопросу у нас в Союзе, отмечу *Х. Х. Владос* и *Фаермана*. Первый считает с.-э. абсолютно противопоказанной при системных



заболеваниях кроветворных органов, как лейкозы, бол. Гоше. Менее категорически высказывается Фаерман: „Мне лично кажется, что с.-э. при миэлозе совершенно противопоказана“. Ф. считал нужным так высказаться гл. о. потому, что „рентгенотерапия оставляет далеко позади себя все остальные способы лечения“. Приблизительно в этом же смысле высказался и я 27/V 1926 г. на объединенном заседании IX съезда терапевтов с XVIII съездом рос. хир.: „Я разделяю здесь (по отношению к с.-э. при хрон. миэл. л.) отрицательное отношение подавляющего большинства не потому, чтобы я считал непоколебимыми и неуязвимыми наши современные представления о сущности лейкемии,—представления, которые делают с.-э. беспечальной, но потому, что мы в лучах Röntgen'a имеем лечебный фактор, позволяющий в большинстве случаев получать ремиссии и повторно и не несущий в себе тех опасностей, с которыми связана с.-э.“ Изменилось ли что-нибудь с 1926 г.? Есть основания пересмотреть высказанное мнение? Думаю, что с тех пор стали известными факты, которые оправдывают пересмотр. Операционная смертность перестала быть ужасающей и не может уже сильно влиять на решение вопроса. С другой стороны, накапливаются факты, которые позволяют говорить о известном благоприятном влиянии с.-э. на течение болезни. Как ни много дало применение лучей Röntgen'a в терапии хр. м. л., здесь нет того постоянного и исчерпывающего лечебного действия, которое подавляло бы стремление к дальнейшим исканиям. Напротив, по одному из основных вопросов, именно, продляет ли рентгенотерапия жизнь лейкемика,—как будто намечается известное разочарование. Naegeli, который в 4-м изд. капитального руководства говорил, что жизнь может быть продлена на годы,—в последнем—5-м изд.—уже не находит возможным говорить о продлении жизни. Hoffman и Craver, анализируя результаты р.-терапии, отмечают бесспорное восстановление работоспособности б-х, но находят лишь незначительное увеличение общей продолжительности жизни б-х.

Я счел нужным остановиться на вопросе о с.-э. при хрон. миэл. л., так как это сравнительно частое заболевание. Указав на новую постановку вопроса, я, конечно, не предпрещаю его дальнейшего развития. Вместе с тем я не останавливаюсь сейчас на возможных теоретических обоснованиях с.-э. при хр. м. л.

*При хрон. лимфат. лейкемии* вопрос о с.-э. мог бы возникнуть только по отношению *сплено-мегаллической* форме (без видимого увеличения лимф. желез). В виду сравнительной редкости таких форм вопрос теряет в практическом значении. Укажу только, что Morawitz и Д. П. Кузнецкий приводят по одному случаю с.-э., где пат.-анатомически селезенка представляла картину лимфаденоза (алейкемического, так как в крови незначительное увеличение числа бел. телец при повышении % лимфоцитов—до 75% в сл. Кузнецкого). Обе б-е через 1½ года, resp. 1 г. 8 мес., были совершенно здоровы. Лимфоцитоз снизился до 33% в случае Кузнецкого.

Не останавливаюсь на случаях, где в удаленной селезенке было найдено более или менее выраженное кроветворение костно-мозгового типа, при сублейкемической или алейкемической картине крови (Владос, Ballin и Morse). Случаи эти не дают пока материала для обобщений. В связи с этим нужно только напомнить, что в случаях, где клинически

(путем пункции селезенки) установлено наличие в селезенке костномозгового кроветворения, нужно помнить о викарном кроветворении в случаях остеосклероза и нужно—путем рентгенологического исследования—исключить возможность такого процесса. В противном случае возможна с.-э., печальный исход которой отмечен в литературе.

Не останавливаясь на заболеваниях, которые подлежат больше ведению хирургов: разрыв селезенки, абсцесс, эхинококк и другие кистовидные опухоли селезенки, саркомы и т. д.—считаю нужным два слова сказать о с.-э. при „так назыв. изолированном“ туберкулезе селезенки. Если в литературе можно найти сообщения, которые говорят о благоприятных результатах с.-э., то с другой стороны не трудно указать и факты, свидетельствующие об обострении и генерализации процесса после с.-э. Отмечают и возможную трудность удаления селезенки из-за сращений.

Сообщаемый Е. М. Сосунцовой случай может служить иллюстрацией к занимавшему нас вопросу. Резко выраженная и достаточно типичная клиническая картина; спленэктомия с послеоперационным периодом, богатым разнообразными тяжелыми, даже угрожающими, то же в значительной мере характерными, осложнениями и, наконец, выздоровление, превратившее тяжелую, казалось, неизлечимую б-ую в цветущую девушку.

*Литература.* На рус. яз. 1) Белоногова. Н. С. Тер. арх. т. VII. вып. 6. 1929. 2) Владос X. X. Вопросы клин. и эксп. гемат. вып. 1. 1931. 3) Глигсберг Е. С. тер. арх. т. XI, вып. 4. 1933. 4) Горяев Н. К. Каз. Мед. Ж. 1931, № 11—12. 5) Кост Е. А. Геммор. диатезы. 1928. 6) Кузнецкий Д. П. Нов. хир. арх. 1928, т. 14. стр. 381. 7) Левит С. Г. Гемор. диатезы. 1929. 8) Труды IX съезда терап. СССР. 1926. 9) Фаерман И. Л. Болезни селезенки 1928. 10) Он же. Клин. Мед. т. X. № 1—2, 1932. *На иностр. яз.* 11) Aubertin. Nouveau Traité de Med. IX. 1927. 12) Banti. Fol. haem. X, 1910. 13) Eppinger. Die hep.-lien. Erkr. 1920. 14) Evans. Lancet. 1929. 9/II. 15) Frugoni. Pr. méd. 1929 № 3 и 63. 16) Gänszlén. Klin. Woch. 1927. № 20. 17) Gregoire et E.-Weil. Pr. méd. 1929. № 24 18) Langeron и др. Pr. méd. 1929. № 69. 19) Lecène et Aubertin. Pr. méd. 1928. № 4. 20). W. J. Mayo. Ann. of Surg. 1928. V. 88. № 3. 21) Там-же Edwin Beer. 22) Morawitz. Klin. Woch. 1928. № 16. 23) Mühsam. Med. Kl. 1929. № 15. Kl. Med. 1929. № 21. 24) Naegeli. XL. Kongr.—d. deut. Ges. inn. Med. 1928. 25) Mc Nee Lancet 1931. 2/V, 9 V и 16/V 2) Он же. Brit. med. j. 1932. 4/VI, 11/VI, 18/VI. 2) Nisseu u Schilling. Klin. Woch. 1932. № 13. 28) Ranzi. D med. W. 1914. № 7.—Там-же Seefisch и W. Türk. 32) Rosenthal. JMA. V. 84. 32) V. Schilling. Kl. Woch. 1922. № 16. 33) Он-же. D. Med W. 1932. № 17. 34) XIX Congr. franc. de Méd. Pr. méd. 1927. № 86. 35) XLI Congr. Assoc. Fr. Chir.—Pr. méd. 1932. № 82. 36) Welt, Rosenthal a. Oppenheimer. JAMA. V. 92. № 8. 37) E.—Weil et Grégoire. Pr. méd. 1927. № 60.

---

Из Госпитальной терапевтической клиники Казанского госуд. медиц. института. Директор проф. Н. К. Горяев.

## Случай симптомокомплекса Banti.

Д-р Е. М. Сосунцова.

29/VI-1930 г. в Еласовский санаторий М. А. О. поступила б-ная Сметаева Татьяна, 22-х лет, крестьянка—марийка, с жалобами на сильную слабость, головокружение, одышку, частые и обильные носовые кровотечения. Из расспросов выяснилось, что б-ая весной 1927 г. перенесла непродолжительное (в течение 7—8 дней) лихорадочное заболевание, после чего у нее появились частые носо-