

К казуистике кровяных кист селезенки.

Л. М. Цацкина (Бузулук).

Случаи кровяных кист селезенки в высшей степени редки на операционном столе (Финкельштейн мог собрать из литературы лишь 28 таких случаев), еще более редки—на секционном столе (всего 3 случая у Финкельштейна) и эксквизитно-редки—в порядке правильного предварительного распознавания.

Этиология этого страдания во многих отношениях недостаточно выяснена, но не подлежит сомнению, что ближайшею причиною его очень часто (у Финкельштейна в 7 случаях из 28) является травма, притом иногда очень незначительная, как, напр., имеющая место при езде по тряской дороге (Тыхмас), при чиханье (Solieri) и т. п. Что касается моментов, способствующих возникновению этих образований, то из них на первом месте бесспорно должна быть поставлена малярия. Уже тот факт, что кровяные кисты селезенки встретились на операционном столе уездной больницы дважды за какие-нибудь 7—8 месяцев, — как то было у нас, — определенно говорит, что причину их надо искать в распространении у нас за последние 2 года особенно тяжелых форм малярии.

В самом деле, известно, что пораженная малярией селезенка особенно ранима. В местностях, где распространена эта болезнь, разрывы селезенки наблюдаются от таких незначительных причин, как удар ребенка, врачебное исследование (Березнеговский), кашель (Щербатов), рвота (Chaix, Kleunig), судороги (Gramfort) и т. п. Наблюдаются разрывы селезенки и при других болезнях, как брюшной тиф (Berger), рекуррент (Петерсен) и пр., но очень редко. Еще реже способствующими разрывам селезенки и образованию кровяных кист ее моментами являются беременность (Richter, Яковлев, Финкельштейн), роды (Орлов), выкидыш (Gletti) и т. п.

По Тихову в образовании кровяных кист селезенки видное место занимает предшествующее кистозное перерождение этого органа (серозные и лимфатические кисты), Березнеговский же в образовании этих кист приписывает большое значение селезеночному инфаркту.

Разрывы селезенки, ведущие к образованию кровяных кист этого органа, Финкельштейн подразделяет на 1) внутриселезеночное, 2) подоболочечные и 3) околоселезеночные. Вторые, по Березнеговскому, встречаются чаще других; первые сплошь и рядом являются неотличимыми от вторых (Березнеговский); третьи никакого отношения к кровяным кистам селезенки не имеют,—это просто внутрибрюшинные гематомы (Березнеговский).

Обычно разрывы селезенки наблюдаются в возрасте полного расцвета сил; тоже относится и к кровяным кистам этого органа, причем у женщин последние наблюдаются гораздо чаще, чем у мужчин (у Финкельштейна среди 26 больных 19 были женщины и лишь 6—мужчины).

Раз возникши, кровяные кисты селезенки растут с различной быстротою. Наиболее медленный рост имел место в случае Jordan'a где кровяная киста селезенки росла 7 лет, наиболее быстрый— в случаях Цейдлера и Subbotic'a, где киста выросла в 2 недели; иногда рост кисты идет как-бы скачками.

Величина разбираемых образований колеблется в весьма широких пределах. Самый большой объем опухоль имела в случае Hertoux, где она содержала 9 литров жидкости. Обычно, однако, при кровяных кистах селезенка бывает увеличена лишь в 2—3 раза. К сожалению, в литературе не зафиксировано, каких размеров была селезенка до образования кисты. Допустимо сделать предположение, что в большинстве случаев кровяной кисте предшествовала splenomegalia malarica.

Положение кровяных кист селезенки бывает различно в зависимости от положения самой селезенки, в которой образовалась опухоль. Одна из наиболее крупных кист, отмеченных в литературе (случай Solieri), располагалась от реберного края до гребешка подвздошной кости; в случае Финкельштейна киста заполняла большой таз, поднимаясь до пупка; в случае Reimann'a тупость печени сливалась с тупостью селезенки, а внизу немного не доходила до гребешка подвздошной кости.

Кровяные кисты селезенки всегда однокамерны, имеют овальную форму; капсула их состоит обычно из плотной соединительной ткани, внутренний покров никогда не содержит эпителиальных элементов, но нередко—эндотелий, покрывающий внутреннюю поверхность то сплошь, то островками (впрочем, по Березнеговскому, на внутренней поверхности этих образований эндотелия никогда не встречается); содержимое их—кровь, в большей или меньшей степени измененная, в более старых случаях—водянистая жидкость цвета жидкого кофе, в которой плавают то плотные сгустки, то хлопьевидные массы.

Правильное распознавание кровяных кист селезенки до операции представляет, как уже было сказано выше, чрезвычайно большую редкость. Особенно трудно бывает распознать кисты малых размеров и, наоборот, весьма больших, которые у женщин обычно смешиваются с кистами яичников. Более возможен диагноз при опухолях средних размеров, где пальпация и перкуссия позволяют, с одной стороны, установить, в качестве исходного пункта опухоли, селезенку; а с другой—исключить связь ее с половой сферой.

После этих кратких замечаний общего характера перейду к описанию двух случаев кровяных кист селезенки, наблюдавшихся за последнее время в Бузулукской уездной больнице и оперированных мною.

Случай I имел место у 30-летней замужней женщины, начавшей менструировать с 13 лет, причем месячные приходили через 3—4 недели и продолжались по 4—5 дней. Замуж больная вышла 16-ти лет, беременна была 8 раз, последняя беременность кончилась срочными родами, бывшими за 4 месяца до поступления пациентки в больницу. За несколько месяцев до этой последней беременности больная заболела малярией и вскоре заметила у себя в левом под-реберье опухоль. При беременности имел место необычно-быстрый рост живота, который за последние месяцы перед родами был настолько велик, что ждали двойней. После родов живот уменьшился сравнительно мало; месячных после родов не было.

Произведенное довольно поверхностно об'ективное исследование показало, что мы имели дело с крайне ослабленною больною с огромным животом, при ощупывании которого можно было определить внутри шаровидное тело туго-эластической консистенции. Размеры этого тела были настолько велики, что при пальпации не представлялось возможным проникнуть между этим телом и краями ребер с той и с другой стороны, а равно нельзя было пройти и в полость малого таза. Перкуссия на площади наибольшей выпуклости опухоли давала тупой тон, по бокам же получался тимпанит; заглушенный тимпанит имел место и в *scrobiculum cordis*. Исследование *per vaginam* и *per rectum* показало, что матка атрофична, лежит в *retroversio*, связи между опухолью и *genitalia* определить не удалось.

На основании этих данных я предположил, что у больной имеется об'емистая киста яичника, которую и решил удалить оперативным путем, через небольшой разрез брюшной стенки, предварительно опорожнив троакар. Остановившись на этой мысли, я начал операцию разрезом в 8—10 сант. длиною, проведенным по средней линии тотчас над симфизом. Введя через этот разрез руку в брюшную полость, я тотчас, однако, убедился, что опухоль не имеет никакого отношения к половой сфере, и что имеются обширные спращения ее с передней брюшной стенкой. Вместе с тем стало ясно, что через сделанный разрез опухоль удалить нельзя, почему я зашил его и сделал новый разрез по *l. alba* в 20 сант. длиною, одинаково вверх и вниз от пупка. Через этот разрез была вскрыта полость кисты, в которой оказалось водянистое содержимое цвета жидкого кофе и значительное количество губчатых, кофейного цвета масс, в неко-

торых местах плотно сидевших на стенке кисты. При осмотре внутренней стенки опухоли, после удаления ее содержимого, выяснилось, что каких-либо разрывов на ней нет, снаружи стенка большею частью имеет коричневый цвет, и только одно место на ней, в кисту руки взрослого человека, отличается розовым цветом; толщина стенки, поскольку это можно было определить, складывая ее в дубликатуру, была незначительна, но в том месте, которое отличалась розовым цветом, стенка видимо переходила в какое-то тело. Ориентировавшись в этом, я разделил сращения опухоли с брюшной стенкой, — не без некоторой травматизации брюшного покрова последней, после чего убедился, что киста принадлежит селезенке, увеличенной раза в три против нормы. Тогда я решил вместе с опухолью удалить и селезенку, что удалось очень легко, так как она была очень подвижна. При экстирпации селезенки особое внимание было обращено на перевязку селезеночной ножки — не только в видах надежного гемостаза, но и в целях обезопасить себя от возможности перевязать хвост поджелудочной железы. После спленэктомии и туалета брюшной полости, я тщательно растянул сальник в области сращения кисты с передней брюшной стенкой и зашил последнюю послойно бумажными нитками. Вся операция продолжалась 1 ч. 35 мин. Произведена она была под хлороформным наркозом, причем хлороформа было израсходовано 35,0.

В послеоперационном периоде имели место два приступа малярии, которые без труда удалось прервать, и выгнаивание двух швов из числа наложенных на апоневроз. В остальном послеоперационный период протек вполне благополучно. Больная замечательно быстро поправилась и в настоящее время, — через 1½ месяца после операции, — является совершенно здоровым человеком.

Случай II. Больная 38 л. Мenses появились с 14 лет, приходили ежемесячно, продолжаясь по 4 дня; за последние 2 года месячные сделались слабее, продолжаясь всего по 2 дня; последние месячные были за несколько дней до поступления пациентки в больницу. Больная — замужняя женщина, вышла замуж 18 лет, родила 7 раз в срок, в последний раз 11 лет назад, и имела один самопроизвольный выкидыш, 8 лет тому назад. Жалобы ее сводятся на боли в животе, опухоль в последнем и общую слабость. По словам больной опухоль впервые появилась 8 мес. тому назад, в нижней части живота, но затем распространилась и на верхние части. Месяца 3 назад у больной внезапно развилось обморочное состояние, и одновременно с этим она заметила значительное увеличение живота.

Больная — сильно истощенная женщина. При ощупывании живота, в нем определяется шарообразная опухоль с голову взрослого человека, вверху переходящая в левое подреберье, а нижним отрезком спускающаяся в полость большого таза. Опухоль хорошо смещается кверху и влево, но проникнуть рукой ниже ее в полость таза не удается. При перкуссии над опухолью получается тупой тон, распространяющийся в область левого подреберья, по бокам же — тимпанит, слабее выраженный в нижних частях. Бимануальное исследование per vaginam позволяет определить атрофированную матку, прощупать же придатки не удается.

На основании этих данных был поставлен диагноз или кисты половой сферы, или кисты селезенки, каковую кисту и решено было удалить оперативно.

Операция, произведенная под хлороформным наркозом, была начата разрезом брюшной стенки, в 10 сант. длиною, проведенным по средней линии выше и ниже пупка. При этом разрезе была случайно разрезана и стенка кисты, и из последней излилась жидкость цвета жидкого кофе, в которой плавали хлопьеобразные массы того же цвета, отчасти плотно сидевшие на внутренней стенке полости. По опорожнении последней оказалось, что она принадлежит сильно увеличенной селезенке, сохранившей свою нормальную форму. Ткань селезенки была довольно тверда, периферия органа свободна от сращений, но сместить его книзу все же оказалось невозможным, почему к сделанному разрезу был добавлен боковой, в 10—12 сант. длиною, который и позволил постепенно вывести селезенку, причем последняя сильно оттягивалась, и сосуды ее перевязывались один за другим. Повидимому, эти манипуляции с селезенкой вызвали в ней резкие застойные явления, так как капсула ее начала лопаться, и из разрывов появилось в различных местах кровотечение. Чтобы ускорить удаление селезенки, на остатки ножки ее были положены жомы, и орган был удален, оставшись соединенным лишь в куполе диафрагмы. После удаления селезенки жомы, уже сильно изношенные, соскользнули, и сосудистый пучок ушел в глубину. Потребовалось некоторое время, чтобы рукой захватить его и наложить зажимы на каждый сосуд в отдельности, что стоило большой $1\frac{1}{2}$ —2 стаканов крови. Образовавшийся на месте удаленного органа ход в полость малого сальника был закрыт несколькими узловатыми швами, после чего брюшной разрез зашит наглухо. Кстати сказать, на брюшную стенку было при этом положено много погружных швов из бумажных ниток, которые я часто теперь употребляю за неимением шелка и кэгутута. Вся операция продолжалась 1 ч. 40 мин. Послеоперационный период протек без особенных осложнений, брюшная рана зажила *per primam*, и на 20 й день после операции больная выписалась из больницы в хорошем состоянии. Вес удаленной селезенки оказался равным 2,1 кило.

Описанные случаи заставляют подумать о целом ряде вопросов, среди которых наиболее важными практически являются вопросы о лечении кровяных кист селезенки. Нуждаются-ли, напр., в оперативном вмешательстве небольшие образования этого рода, несклонные увеличиваться и не вызывающие особых расстройств? Возможно, что в тех случаях этого рода, где в этиологии имеется малярия, будет более целесообразно выждать с удалением этих опухолей, приступив сначала к лечению малярии. Напротив, в тех случаях, где киста растет или вызывает ряд расстройств от давления, от сращений, нагноения и пр., оперативное вмешательство является вполне показанным. При этом наилучшею формою его как в свежих случаях, так и при кистах давнего происхождения, успевших хорошо организоваться, будет экстирпация селезенки. Лишь в тех случаях,

где радикальная операция представляется слишком рискованною, напр., при обширных срощениях на почве периспленита, лучше применить другие виды оперативного вмешательства—вскрыть опухоль, опорожнить ее и затампонировать, или резецировать возможно большую часть капсулы, закрыв потом поверхность селезенки, соответствующую кисте, сальником, либо пришив селезенку этою поверхностью к пристеночной брюшине. При наличии малярии после этих операций надо провести энергичное лечение названной болезни.

В качестве подготовительной меры к экстирпации селезенки в тех случаях, где операция эта представляет большие трудности, а в то же время технически-легко перевязать *art. lienalem* на протяжении, возможно думать и о такой перевязке. Это последнее предложение нуждается впрочем в предварительной разработке на трупах и животных. Не произойдет-ли, напр., при этом омертвления хвоста поджелудочной железы, который питается главным образом через посредство селезеночной артерии?

В некоторых случаях можно, повидимому, ограничиться и пункцией кисты. Содержимое последней, повидимому, не проходит стадии сгущения крови и последующего рассасывания и организации, как это бывает, напр., при *haematocoele*, и потому его можно в любое время существования кисты выпустить через троакар,—за исключением, разумеется, хлопьеобразных масс.
