

617,5

Ш 885

17.5 1927

Штайндль Г.

Клиническ.

дифференц.-диаг.

опухлей

ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Д-р Н. STEINDL

КЛИНИЧЕСКАЯ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



★

ИНВЕНТАР

№ 10779

1952 г.

ИЗДАТЕЛЬСТВО НАРКОМЗДРАВА
МОСКВА • РСФСР • 1927

10479

617.5

~~XXXXXXXXXX~~

О Т П Е Ч А Т А Н О
в типографии Нижполиграф.
Варварка, 32, в количестве
2000 экз. Главлит № 90227.
Зак. № 5391.

ПЕРЕОБЛІК

2FHOI

Для того, чтобы поставить клинический дифференциальный диагноз опухоли брюшной полости, необходимо исходить из определенных основных принципов исследования. Хотя я и знаю, что здесь я, прежде всего, должен буду коснуться общеизвестных положений, все же мне кажется, что это необходимо в интересах дальнейшего изложения. Совершенно ясно, что в практической жизни следует отдавать предпочтение всем методам исследования, которые при помощи наших органов чувств, следовательно, путем осмотра, ощупывания, перкуссии, аускультации и т. д. — дают нам возможность правильно диагностировать заболевания, в данном случае ведущие к образованию опухолей в брюшной полости. Недостаточно часто указывается, что исследователь должен полагаться, прежде всего, только на эту возможность совокупности ощущений, получаемых по определенным правилам. В новейшее время появилось стремление для установки диагноза и для правильного истолкования существующих опухолей — придавать слишком большое значение

результатам подкрепляющих исследование вспомогательных методов и даже выдвигать их на первый план. Из методов исследования секретов, экскретов и крови едва ли имеется дюжина, которые могли бы рассматриваться как действительно необходимое дополнение к основным способам исследования. Было бы несовместимой с новейшими данными несправедливостью желание умалять диагностическое, гесп. дифференциально-диагностическое значение определенных клинических методов исследования, каковы рентгеновское исследование, различные эндоскопии, цистоскопия, катетеризация мочеточников, ректоскопия, методы исследования крови, определенные реакции (Wassermann и т. д.), однако, их применение правильно только в тех случаях, когда хорошо разработанные, многократно испытанные и продуманные нашими учителями способы исследования оказываются недостаточными или когда, при поставленном уже диагнозе, необходимо выяснить важные детали.

Вспомнив, прежде всего, относящиеся сюда основные правила, мы должны сначала установить, где лежит опухоль, какой орган поражен ею или из какой части тела она исходит. Опухоли брюшной стенки, опухоли, расположенные в брюшной полости и опухоли забрюшинного пространства, — вот те три группы, в одну из которых может быть отнесена опухоль, найденная при исследовании. Хотя и не всегда удается абсолютно точно

установить принадлежность такой опухоли к одной из трех упомянутых групп, тем не менее, в случае удачи, такое, большей частью возможное разделение является основным моментом для дальнейшего диагностического анализа.

На что опираться, следовательно, при выработке этих основных положений? Опухоли брюшной стенки диагностируются обыкновенно уже на основании своей локализации. Фибромы, атеромы, липомы брюшной стенки не представляют никаких дифференциально - диагностических затруднений. Так назыв. десмоиды — опухоли фиброзно-мышечного слоя брюшной стенки (фибросаркомы, опухоли Nelaton') — имеют для своего распознавания достаточное количество диагностически важных наружных признаков в виде их плотной консистенции, большей частью гладкой поверхности, безболезненности, а главным образом, излюбленной локализации ниже пупка. Если заставить больного подняться из лежачего положения со скрещенными на груди руками, то опухоль, исходящая из мышц или фасции, становится несмещаемой. Эти опухоли брюшной стенки могут, и это практически важно, менять свое положение при дыхании, в том смысле, что соответственно движениям брюшной стенки, они перемещаются спереди назад или, наоборот, в противоположность респираторной подвижности лежащих в брюшной полости органов, параллельной дыхательным экскурсиям диафрагмы, — в направлении сверху

вниз и обратно. Мы не будем здесь останавливаться на эпителиоме, излюбленной локализацией которой является область пупка. Практически важны появляющиеся в брюшной стенке раковые узлы. Располагаясь в виде отдельных узлов на пупке или в виде плотных пластинок в пупочной области, а также нередко в форме концентрических, ленткулярных образований вокруг пупка, они направляют исследование на совершенно определенный путь и правильно распознаются как вторичные метастазы, так как подобные новообразования представляют обыкновенно отдаленные очаги совершенно скрытого до сих пор рака лежащих в брюшной полости органов, в частности желудка. Многочисленные, рассеянные в брюшной стенке, большей частью одинаковой величины раковые узлы, имеющие исходным пунктом раковые опухоли пищевода, наблюдаются сравнительно редко. Атипические грыжи и предбрюшинные липомы, грыжи белой линии, *lin. Spigelii*, рецидивирующие грыжи брюшной стенки (патологически они не могут считаться опухолями) клинически могут симулировать глубоко лежащие опухоли брюшной стенки, но их локализация, способ и время появления и объективные данные, — при чем кажущаяся опухоль при натуживании выходит и становится больше, а при покойном положении иногда уходит назад, — дают возможность распознать их истинный характер.

Как сказано, правильное распознавание опухоли брюшной стенки удается большей частью без особых затруднений. Сложнее диагностика опухолей, лежащих внутрибрюшинно или забрюшинно. Решение вопроса о том, к которой из этих двух категорий относится данная опухоль, часто наталкивается на неожиданные затруднения.

Прежде всего—основной принцип: каждый больной должен исследоваться при максимальном расслаблении брюшной стенки; следовательно—безусловное требование: больной должен быть хорошо уложен на кровати, при чем при исследовании следует избегать всякого, искусственно вызванного, рефлекторного напряжения мышц. У нервных, боязливых больных и при подозрении на особый характер определенных опухолей (спастические сокращения) исследование следует производить повторно. При исследовании пользуются постепенной, толчкообразной, легкой, глубокой и скользящей пальпацией обеими, положенными рядом или друг на друга, руками и затем так называемой бимануальной пальпацией. При производстве глубокой пальпации строго соотносятся с появляющимися во время дыхания расслаблением брюшной стенки. Мочевой пузырь должен быть перед каждым исследованием опорожнен, так как наполнение его затемняет картину или может даже вести к совершенно ложным заключениям.

Чем отличается внутрибрюшинно расположенная опухоль от лежащей забрюшинно? Вывод может быть сделан на основании степени смещаемости, герм. фиксации опухоли и положения ее по отношению к кишечнику. Что касается последнего пункта, то прикрытие опухоли желудком или кишечником относится к одному из главных признаков ретроперитонеальных опухолей, тогда как при внутрибрюшинных опухолях этот признак, конечно, отсутствует. Что касается подвижности, то обе группы обнаруживают различие в отношении четырех возможностей, а именно респираторной, ручной, мышечной и перистальтической подвижности.

Респираторной подвижностью обладают все органы, непосредственно находящиеся в соединении с диафрагмой во время ее дыхательных экскурсий — селезенка, печень, желчный пузырь, желудок и органы, сращенные иногда с ними. При воспалительных изменениях острого или хронически-слипчивого характера этот признак может отсутствовать. Расположенные забрюшинно опухоли респираторной подвижностью обыкновенно не обладают. Однако, было бы ошибкой только на основании этого симптома отрицать принадлежность к соответствующей группе опухолей, напр., расположенную забрюшинно, кистозную опухоль. Большие гидронефрозы и гипернефромы у исхудавших больных могут давать

подобную подвижность при дыхании и смешиваться с опухолью селезенки. Понятна подобная возможность при пораженной гидронефрозом блуждающей почке. Крупные забрюшинные опухоли хронически-воспалительного характера (tbc., пионефроз и т. д.) сидят плотно и никогда не дают подобных экскурсий.

Перистальтическую подвижность обнаруживают только новообразования, исходящие из желудочно-кишечного канала.

Теперь о ручной смещаемости. Пассивной подвижностью могут обладать все опухоли, исходящие из тонких кишек, брыжейки и сальника; хорошо смещаются руками опухоли желудка, желчного пузыря и блуждающей почки, colon transversum и половых органов. Некоторые из этих последних форм оказываются подвижными как бы вокруг ножки; ощупывание руками вызывает движение опухоли по дуге круга, направление которой заставляет предполагать принадлежность новообразования к тому или иному органу, напр., перемещения кист яичника и миом матки по вогнутой к симфизу дуге, опухолей желчного пузыря, напротив, — вдоль открытой кверху дуги и т. д.; опухоли забрюшинных образований, каковы почки, поджелудочная железа, задержанные яички и т. д., — плотно сидят в своем ложе. Однако, эти верные распознавательные признаки могут утратить свое диагностическое значение в том

отношении, что лежащие внутрибрюшинно опухолевидно-измененные органы могут быть фиксированы к стенке брюшной полости или к подлежащим тканям вследствие воспалительных или новообразовательных процессов и что, в противоположность этому, значительная подвижность новообразований, исходящих из блуждающих почек, может быть принята за подвижность самих новообразований. Однако, не говоря уже о результатах различных функциональных способностей исследования, другие признаки, расположение опухоли по отношению к кишечнику, далее, перкуссия и т. д. помогают разрешить вопрос. При опухолях почек характерным диагностическим признаком считают так наз. *ballotement gènal*. При бимануальном исследовании помещающейся в поясничной области опухоли кладут одну руку на эту область со стороны спины, а другой рукой производят через брюшную стенку той же стороны быстрые, точечкообразные движения; при этом находящаяся между обеими руками опухоль ударяется об руку, лежащую на спине — признак, чаще всего встречающийся при опухолях почек. Подобное же явление могут давать большие опухоли желчного пузыря, новообразования, исходящие из латеральных отделов печени или селезенки, так что его отнюдь нельзя считать характерным симптомом при исследовании почек. Я хотел бы напомнить здесь о новом вспомогательном средстве, так как оно может оказать

хорошие услуги при ограниченном применении в исключительно трудных случаях, где ни данные ощупывания, ни точные методы исследования, ни обычное исследование рентгеновскими лучами не дают возможности сделать заключение, это — исследование посредством пневмоперитонеума. Однако, необходимо настойчиво подчеркнуть, что этот совершенно специальный способ исследования должен быть оставлен лишь для очень немногих случаев и применяться только специалистами. Накладывание пневмоперитонеума производится таким образом, что, при соблюдении известных мер предосторожности и по определенным техническим предписаниям, вдувают в брюшную полость через очень тонкую иглу азот, кислород или профильтрованный атмосферный воздух, при чем после произведенного исследования этот введенный газ выпускается назад. Применение этого способа, кроме определенных противопоказаний (слабость сердца, тучность, кахексия, островоспалительные изменения), исключается при заболеваниях пищеварительного тракта, так как наполнение его контрастной массой дает достаточно верные результаты. Пневмоперитонеум имеет диагностическое значение при исследовании поддиафрагмального пространства, изменениях формы паренхиматозных органов, каковы печень, селезенка, расположенных забрюшинно органов и при внутрибрюшинных изменениях — сращения и т. п. По данным нашей клиники, этот способ не должен служить для

спасения неясных случаев от пробной лапаротомии. Лучше диагностически ценная *laparotomia probatoria*, которая при современном состоянии хирургии не представляет никакой существенной опасности, чем диагностические предположения пневмоабдоминальной рентгенодиагностики и других трудных и небезопасных способов исследования.

Это же положение приложимо и к последующему изложению частной дифференциальной диагностики опухолей брюшной полости. Ведь несомненно, что, несмотря на знание техники исследований, характер и происхождение некоторых диагностированных опухолей все же остаются неясными. Слишком длительная нерешительность в таких случаях в отношении наиболее надежного и в настоящее время почти безопасного средства — пробной лапаротомии должна считаться ошибкой по отношению к больному. Само собой понятно, что, как и всякое оперативное вмешательство, пробная лапаротомия имеет свои противопоказания (общая кахексия, далеко зашедший диабет, опасность кровотечения). Равным образом она теряет свое значение дифференциально-диагностического средства в том случае, когда, при неясном характере первичной опухоли, уже имеются отдаленные метастазы.

Переходя теперь к специальным вопросам дифференциальной диагностики внутри- и забрюшинных опухолей, я не хотел бы следовать схеме, по которой характер и форма проявления заболевания, сопровождающегося развитием опухоли, рассматриваются отдельно для каждого органа; наоборот, мне кажется, лучше и нагляднее руководствоваться топографическими соображениями и вести изложение по областям тела и встречающимся в них новообразованиям.

В правом верхнем квадранте брюшной полости помещаются желудок (*pylorus, antrum pyloricum*), *duodenum*, желчный пузырь, печень, толстая кишка и почка, затем головка поджелудочной железы, — заболевания которых могут иногда проявляться образованием видимой опухоли. Исходящие из желудка опухоли лежат в медиальном отделе правой верхней половины брюшной полости и не представляют обыкновенно никаких затруднений в отношении диагноза; указывающий большей частью на заболевание желудка анамнез больного, связанный с объективно констатируемым нарушением функций его, каковы двигательные расстройства, изменения желудочного сока и т. д. и наличие плотнобугристой, неболезненной опухоли у истощавшего больного пожилого возраста — делают распознавание злокачественного новообразования желудка нетрудным. Что касается других опухолей, локализирующихся в области привратника или

выхода из желудка, то затруднения в дифференциально-диагностическом отношении может дать, прежде всего, опухоль, возникшая вследствие воспалительного раздражения каллезной язвы. Эти каллезные опухоли, захватывая сальник и образуя плотные, распространяющиеся на окружающие части мозолистые тяжи, могут достигать огромной величины. Изменения желудочного сока, в частности, в отношении соляной кислоты, значительные жалобы больных при язвенной опухоли, чувствительность последней к давлению, наконец, рентгеновское исследование (образование кратера и ниши и т. д.) часто ведут к правильному диагнозу. Но здесь же следует заметить, что в некоторых случаях даже при операции нельзя бывает отличить каллезную язвенную опухоль от карциномы, несмотря на то, что принимаются во внимание все диагностические данные (форма, консистенция, вид опухоли и желез); это отличие тем труднее, если в этих случаях хирург одновременно встречается с нередким, согласно нашим данным, раком на почве язвы. *Pylorospasmus*,—спастические сокращения *antrum praepyloricum*, представляются в виде гладкостенных, смещаемых при дыхании и хорошо подвижных опухолей, особенности которых состоят в том, что они временами самостоятельно или после повторных доз папаверина исчезают; повторное исследование, resp. назначение расслабляющих мускулатуру желудка медикамен-

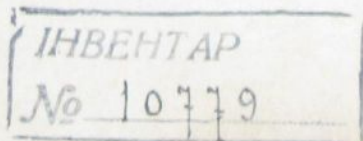
тов, конечно, принимая во внимание остальные данные, ведут к правильному диагнозу.

Так как рентгеновское исследование дает при раке и каллезной опухоли большей частью одинаковую картину, то при подозрении на обширные спастические опухоли желудка им следует пользоваться с осторожностью, ибо эти образования часто симулируют контрастное изображение рака antrum и могут подать повод к ложным рентгеноскопическим диагнозам. Дифференциально-диагностически разница между спазмом и карциномой может быть установлена только у молодых людей. Другие опухоли нижней половины желудка, как подслизистые липомы, лейомиомы значительной величины, встречаются крайне редко. То же относится к воспалительным новообразованиям сифилитического, туберкулезного или лимфогранулематозного характера. Последние протекают при явлениях стеноза pylorus'a, при чем бросаются в глаза общая бледность больных и картина белой крови их. Очень часто в новообразовательный воспалительный процесс выхода из желудка вовлекается и желчный пузырь, так что и клинически находят смесь симптомов обоих заболеваний (заболевание желчного пузыря и желудка).

Желчный пузырь может иметь вид опухоли, если он сильно наполнен скопившимся и не имеющим выхода содержимым (флюктуирующая опухоль при водянке или эмпиеме желчного пузыря), если вследствие повторных приступов холецистита

стенка пузыря мозолисто утолщается, если крупные или многочисленные желчные камни обуславливают стойкое увеличение органа, наконец, если разросшееся, большей частью полипозное новообразование повело к увеличению органа. При неосложненном застойном пузыре, водянке желчного пузыря дают возможность поставить диагноз типичные жалобы больных и симптомы этих заболеваний. Куполообразное выпячивание, соответственно положению желчного пузыря, дна его из-под часто ясно чувствительного, иногда истонченного и опущенного края печени, связанная с печенью респираторная смещаемость его, при учете анамнеза и жалоб больного, приводят к правильному диагнозу. В дифференциально-диагностическом отношении имеет значение только отличие от так назыв. шнуровой печени. Меньшая чувствительность к давлению, более плотная консистенция, более широкое, постепенно переходящее в остальной край печени, основание отшнурованной доли заставляют думать об этом изменении формы печени. Большие опухоли желчного пузыря в форме груши или огурца диагностируются на основании своей формы и констатируемой пальпаторно флюктуации, особенно в том случае, если кроме дыхательной подвижности имеется еще выраженная смещаемость руками в том смысле, что определяется дугообразное движение опухоли с направленным к воротам печени радиусом. Как уже было упомянуто, желчный пузырь, особенно увеличенный,

может давать так наз. ballotement, однако, все исходящие из желчного пузыря новообразования, непосредственно прилегающие к брюшной стенке, дают при слабой перкуссии в области своего распространения притупленный звук, следовательно, они расположены впереди кишечника, в отличие от опухолей почек, диагностическим симптомом которых является ballotement и которые при перкуссии оказываются покрытыми кишечником. Для отличия от опухолей печени, расположенных в непосредственной близости к желчному пузырю, служит, главным образом, всегда необходимый учет всех других факторов. Вторичные метастазы в печени распознаются на основании свойств их поверхности, плотности, формы, изменений очертаний печени, а иногда по множественности узлов. К ошибкам могут вести и лежащие близко к желчному пузырю пузыри эхинококка. Так, в последнее время я сам наблюдал и оперировал случай, где больной с диагнозом желчнокаменной болезни была произведена операция и удалена ясно подвижная при дыхании, куполообразно выдающаяся и чувствительная к давлению эхинококковая опухоль, лежащая слева от ложа желчного пузыря. Дрожания гидатид, которое считается в этих случаях дифференциально-диагностическим признаком, не было. Второй, раньше наблюдаемый случай, где был применен для исследования pneumoperitoneum, был диагностирован перед операцией как эхинококк, так как при исследовании было найдено, что



неизмененный желчный пузырь отделен от лежащей в левой доли печени кистовидной опухоли. Опухоли желчного пузыря, обязанные своим увеличением рецидивирующему холециститу, с обширным последующим вовлечением в процесс окружающих органов, а главным образом сальника, и представляющие по своему строению патологически тяжело измененный желчный пузырь, заключенный в воспалительно- или мозолисто-измененные комки сальника, конечно, не обнаруживают ни ручной, ни дыхательной подвижности. Отграничить их от желудка и кишечника удается посредством перкуссии, раздувания кишечника и рентгеновского исследования. Труднее в таких случаях исключить опухоли поджелудочной железы, тем более, что мы из опыта знаем о тесной связи обоих заболеваний.

В заключение я позволю себе остановиться на значении рекомендуемого теперь способа исследования желчного пузыря. Рентгеновские изображения желчных камней удавалось получать до сих пор только в редких случаях; рентгенологический диагноз на основании так назыв. непрямых симптомов (перидуоденальные сращения и т. д.) не дал никаких особых преимуществ. Посредством введения в кровь дающего тень красящего вещества (по Graham'у и Cole), которое переходит в желчь и поэтому, при известных условиях, временно скопляется в желчном пузыре, изображение последнего при рентгеноскопии значительно улучшается.

Точно придерживаясь правил, нагретый до температуры тела стерильный раствор 5,0 тетрабромфенолфталеина в 40 куб. см. воды медленно в два приема вводят в вену. В клинике мы вводим это контрастное средство через рот, так как при внутривенном его применении у больных наблюдались крайне неприятные явления, в виде тошноты, рвоты, головной боли и т. д. (применяется 10 полуграммовых капсул натронной соли тетрабромфенолфталеина фирмы Merck). На основании трех рентгеноскопических исследований (через 12 resp. 16 resp. 20 часов после приема капсул) ставится окончательный рентгенологический диагноз. По нашим данным (Palugyay), наблюдается следующее: нормальный желчный пузырь представляется в виде ясно заметной, равномерной и имеющей форму груши тени и притом лучше всего между 12 и 14 часом. Изменения формы между отдельными исследованиями в сторону увеличения первоначальной величины и последующего уменьшения говорят за хорошую физиологическую функцию органа. При закрытии cysticus, а также при туго набитом камнями желчном пузыре последний не наполняется (Eisler). Впрочем, при этом следует иметь в виду, что принятые капсулы не остаются непереваженными в кишечном канале. Изменения величины, постоянно наблюдаемые при всех исследованиях, и удлинение тени несомненно указывают на патологический процесс. Способ еще разрабатывается и испытывается, и в данное время

можно только сказать, что в трудных случаях он представляет хорошее вспомогательное диагностическое средство. Было бы преувеличением говорить о постоянном его применении в качестве диагностического метода при заболеваниях желчного пузыря вообще, так как, имея в виду существующие клинические способы исследования, в этом методе обыкновенно нет необходимости.

Что касается опухолей поджелудочной железы resp. головки ее (хроническая индурация, карцинома), то они характеризуются следующими признаками. Располагаясь *з а б р ю ш и н н о* в правом верхнем квадранте брюшной полости, они обнаруживаются у наружного края правой прямой мышцы и прикрыты сверху желудком и кишечником, следовательно, при перкуссии над ними слышен кишечный звук. Полное отсутствие дыхательной и лишь незначительная степень ручной смещаемости отличают их от опухолей печени, желчного пузыря и желудка. Положение их по отношению к *жé-лудку resp. colon transversum* различно, так как новообразования, исходящие из головки поджелудочной железы, имеющие тенденцию к значительному росту, как напр., кисты поджелудочной железы, могут появляться выше желудка или в области между желудком и *colon*, следовательно, через *lig. gastrocolicum*, или же ниже *colon transversum*. При одновременном обнаружении флюктуации этих столь характерных опухолей едва ли можно ошибиться в правильном диагнозе крупной кисты

pancreas. Зависящая от индукции или образования карциномы опухоль в области головки поджелудочной железы требует для правильного клинического объяснения, кроме отграничения ее от других органов, еще и обнаружения расстройств обмена веществ в результате нарушения функций pancreas (всегда необходимо исследование испражнений и мочи). Нередко следствием опухолей головки поджелудочной железы является желтуха, в виду сдавления или непроходимости choledochus. Отыскивание зон Head'a и обнаружение чувствительности к давлению рядом с восьмым грудным позвонком представляют по сравнению с другими заболеваниями этих областей (желудок, кишечник, желчный пузырь) слишком ненадежные симптомы, так же как и указанное Neuda изменение цвета мягкого неба в качестве дифференциально-диагностического признака между заболеваниями желчного пузыря и язвой желудка. Совершенно ясно и не требует повторения, что во всех указанных здесь случаях опухолей брюшной полости, в первую голову, заслуживают полного внимания анамнестические данные больных, описываемые ими жалобы и т. д., так как именно этими моментами определяется ход исследования и взятое им направление. Равным образом, общее состояние и отклонения его от нормы оставляют известное впечатление, которое не может сгладиться. В рамках короткого доклада невозможно останавливаться на деталях. От опухолей головки pancreas,

имеющих твердую консистенцию и не слишком значительную величину, появляющиеся в брыжжейке при туберкулезе желез пакеты их или опухоли при tbc. intestini отличаются тем, что ручная смещаемость этих пакетов в связи с характерным ощущением при ощупывании поверхности спаянных желез, их более мягкая консистенция по сравнению с полностью опухолей поджелудочной железы и общее состояние больного (tbc. pulmonum и т. д.) ведут к правильному распознаванию. Карциноматозно-перерожденные, мезентериальные железы правильно распознаются на основании множественной локализации их в виде отдельных пакетов и обнаружения первичной опухоли.

Переходя теперь к опухолям, исходящим из почек, и к их диагностике, укажем, что увеличение почки может быть обусловлено развитием гидро- или пионефроза, опухолью почечной паренхимы (рак или саркома), разыгрывающимися в почке воспалительными процессами (tbc.), затем дегенеративными процессами в паренхиме (киста почки). При всех опухолях почек необходимо в дифференциально-диагностическом отношении иметь в виду следующее: 1) характер и частоту мочеиспускания; 2) свойства и количество выделяемой мочи; 3) характерные признаки почечных опухолей (забрюшинное расположение и т. д.). Что касается дальнейших отдельных симптомов, имеющих значение для диагноза, то можно указать на различные изменения в отношении формы,

поверхности, консистенции, а также ручной смещаемости. При гидро- и пионефрозах находят гладкую поверхность до известной степени сохранившей свою форму почки с ясно выраженной флюктуацией, увеличение объема почки и ballottement genital, связанные с резкой чувствительностью при давлении. К этому при пионефрозах присоединяются общие явления: лихорадка, озноб, ухудшение общего состояния и т. д. При прекращающемся иногда перегибе мочеточника, при перемещении камней в почечные лоханки, после отхождения камней и т. д. гидро- и пионефроты (и это характерно для них) могут исчезать и впоследствии вновь появляться (уменьшение количества мочи и затем вновь внезапное его повышение). При крупных опухолях следует обращать внимание на прощупываемость опухоли, гематурию и боли. Для диагноза туберкулеза решающее значение имеет находка бацилл в мочевом осадке, а также общий вид и состояние больного. Паранефритические тяжи и подобные процессы уничтожают ручную смещаемость. Остро-воспалительные и сопровождающиеся образованием абсцессов процессы в почках и в их ложе дают важный диагностический признак, в виде появляющегося в поясничной области коллатерального отека. Опухоли, развивающиеся выше почки, следовательно, те случаи, где почки прощупываются ниже

расположенной забрюшинно в поясничной области опухоли или располагаются у нижнего края этой опухоли, заставляют думать об опухолях надпочечников и верхнего полюса почек. На возможностях дифференциально-диагностических ошибок вследствие блуждающей почки я останавлиюсь ниже. Необходимо прибавить, что при всех заболеваниях почек главное значение в постановке детального диагноза придают методам функционального исследования почек и дополняющему иногда их — рентгеновскому исследованию.

После всего сказанного об опухолях правого верхнего квадранта брюшной полости нам остается еще упомянуть о комплексе опухолей, исходящих из толстого кишечника (*colon ascendens, flexura hepatica* и правая половина *colon transversum*). Здесь следует сказать о двух формах. Относительно чаще всего встречаются раки этого отдела кишечника; много реже — спаянные вследствие туберкулезного процесса конгломераты тонких кишок, которые, имея вид опухолевидных масс, требуют отличительного распознавания. В отношении последних довольно легко поставить диагноз, так как эти конгломераты кишечных петель не единичны, а соответственно характеру протекающего внутрибрюшинного специфического заболевания подобные находки обнаруживаются и в других местах брюшной полости. Мы далеко вышли бы из отведенных нам границ, если бы захотели подробно остановиться на вопросе о пластическом туберкулезе ки-

шечника. Что касается злокачественных новообразований colon, то они, как ясно определяемые опухоли, появляются лишь очень поздно, когда явления стеноза кишечника, колики, чередование запоров с профузными поносами, в время которых в испражнениях наблюдается примесь слизи и крови, не оставляют больше никакого сомнения в истинной природе заболевания. Коварство подобных новообразований толстого кишечника в области flexurae и состоит в том, что клинически они обнаруживаются лишь очень поздно и очень поздно определяются путем пальпации. Очень скрытое положение обеих flexurae — с одной стороны, и незначительный рост скirrosных новообразований — с другой, дают возможность поставить диагноз развившейся в этих отделах colon опухоли лишь очень поздно. Если опухоль прощупывается, то при тщательном исследовании она не представляет никаких диагностических затруднений (явления стеноза, хронический ileus, ненормальная дефекация и т. д.). В дифференциально-диагностическом отношении следует иметь в виду, что иногда, правда редко, именно в области flexura hepatica и lienalis при colitis resp. pericolitis или мельчайших перфорациях толстого кишечника, развивающихся вследствие тех или иных причин (язвы, дивертикул, рак), встречаются периколитические абсцессы, которые, обнаруживаясь под реберной дугой, благодаря своей плотной консистенции,

вследствие окутывания их сальником, с постепенно уплотняющейся, мозолистой и бугристой поверхностью заставляют думать о карциноме. Но при более длительном наблюдении, ремиттирующая лихорадка, необычная болезненность опухоли при давлении, отечность боковых отделов брюшной стенки ведут к правильному диагнозу. Отличие этих форм от скрытого холецистического абсцесса, несмотря на самое тщательное наблюдение, анамнез и другие симптомы, часто возможно лишь с трудом; и это тем более, что первичное заболевание кишечника до тех пор могло оставаться совершенно незамеченным; с другой стороны, некоторые случаи холецистита могут обнаруживаться и без предшествовавших характерных симптомов (колики, приступы болей, желтуха и т. д.).

Руководясь приведенными выше основными правилами, подходят к определению заболевшего органа; характер же заболевания устанавливается на основании течения его и учета всех остальных моментов.

Если обратиться теперь к заболеваниям правого нижнего квадранта брюшной полости, протекающим с образованием опухолей, то первую и почти единственную роль в этом отношении играют заболевания слепой кишки и appendix'a. Инфильтрат, исходящий от appendix'a, герп. аппендикулярный абсцесс, хронические, ведущие к образованию опухолей, изменения червеобразного отростка, с одной стороны, туберкулез,

актиномикоз и рак слепой кишки—с другой, могут при установлении диагноза поставить исследуемого в затруднительное положение. Хронически-специфические и неопластические заболевания червеобразного отростка практически, в смысле диагностики, не могут быть вполне дифференцированы от таковых же заболеваний слепой кишки. В утешение терапевтам следует заметить, что истинный характер заболевания не может быть установлен часто даже *in vivo* при операции. Существуют хронически-уплотненные, мозолисто-перерожденные червеобразные отростки, экстирпируемые под диагнозом застарелого, закончившегося аппендицита, патолого-анатомическое исследование которых может указывать на затихший туберкулез аппендикса. Удаляется так назыв. подострый, расширенный у верхушки appendix с небольшими сращениями, гистологическое исследование которого дает карциному. Далее, больной поступает на операцию с явлениями острого, сопровождающегося перфорацией червеобразного отростка, аппендицита; результат операции — острый аппендицит последовательного характера при наличии рака слепой кишки или туберкулеза ее в качестве основного страдания и т. д. Из этих обманчивых картин болезни, наблюдающихся в клинике, можно демонстрировать целый ряд случаев, достойных опубликования. В отношении дифференциального диагноза онухо-

лей слепой кишки я уже указал на то, что определить правильный путь в распознавании могут только оценка суммы всех имеющихся симптомов и их взаимная связь; отдельные симптомы, как напр., опухоли, лихорадка, исхудание, боли, явления стеноза и т. д., сами по себе ненадежны.

При диагносцировании инфильтратов гесп. абсцессов аппендикулярного происхождения не может быть никакого сомнения, если инфильтрат появляется после острого приступа и в месте, соответствующем *coecum, resp. appendix'u*. Картина острого или подострого аппендицита представляет настолько повседневное явление, что останавливаться на ней здесь подробнее нет надобности. Но мне кажется, что два признака заслуживают упоминания. Во-первых, развивающийся в результате острого приступа абсцесс может, в зависимости от положения червеобразного отростка, иметь различную локализацию, следовательно—в правой подвздошной ямке, медиально в Дугласовом пространстве, в левой подвздошной впадине, под печенью и т. д. Если при подобных абсцессах мы часто и должны довольствоваться лишь диагнозом абсцесса или местного перитонита, то все же тщательное выяснение процесса, помогает определить правильную этиологию. Само собою понятно, что абсцессы, расположенные позади слепой кишки, почти всегда зависят от аппендицита; кроме способа их развития, топографи-

чески они всегда обнаруживают свойства забрюшинно-расположенного образования, следовательно, при перкуссии над ними получается тимпанит. Для отличия подострого инфильтрата или локализирующегося позади слепой кишки нагноительного процесса аппендикулярного происхождения от подострых процессов, исходящих из почечной лоханки, почки или околопочечной клетчатки, служат — способ их развития, характер жалоб, свойства мочи, а иногда результат осторожного функционального исследования мочеполового аппарата. Чувствительность при поколачивании почечной области, отечность последней, могут быть одинаково выражены при обоих заболеваниях. При абсцессах, развивающихся вследствие воспаления червеобразного отростка, располагающегося латерально или вверху, существует возможность смешения с холециститом или перихолецистическими процессами. (Аппендикулярные инфильтраты этого характера располагаются большей частью латерально, справа от *incis. hepatis*, важного ориентировочного пункта в отношении положения желчного пузыря.) Нередко крайне трудным может быть отличие расположенного в правой половине таза аппендикулярного абсцесса от абсцесса, развившегося на почве параметрита. Здесь безусловно необходимо тщательное исследование половых органов (бели, участие матки, болезненность дру-

того параметрия). Разумеется, необходимо обратить внимание на наполнение мочевого пузыря, нижнего отрезка толстых кишек, а также на величину матки (беременность, миома). Редкость хронически-специфических, неопластических и ведущих к образованию опухолей процессов в червеобразном отростке делает излишним подробное рассмотрение этого вопроса. Из собственных наблюдений я считаю необходимым указать на карциному, туберкулез, миксоглобулез.

Для отличия рака слепой кишки от специфических воспалительных процессов в этом отделе кишечника имеет значение следующее: положение, форма и подвижность специфической опухоли ничем не отличаются от таковых же карциноматозной. У обеих плотная консистенция и при ощупывании плотная бугристая поверхность. Пока опухоль ограничивается слепой кишкой, она обладает значительной ручной смещаемостью; при дальнейшем росте новообразование становится неподвижным, отчасти вследствие сопутствующих воспалительных явлений, а отчасти благодаря распространению заболевания на подлежащие ткани. Однако, поразительно бледный, плохой вид больного при туберкулезе слепой кишки, хроническое лихорадочное состояние его и находка других туберкулезных очагов дают возможность установить истинную природу страдания.

Скрытые кровотечения говорят больше за злокачественный процесс. Рентгеновское исследование, к которому всегда желательно прибегать в таких случаях, дает иной раз при раке слепой кишки характерную, благодаря резко ограниченным сверху и снизу светлым участкам, картину по сравнению с туберкулезными процессами, рентгеновское изображение которых не имеет резких границ, а обнаруживает обыкновенно лишь инфильтрацию colon ascendens или также и ileum. Во многих случаях ничего не дает и рентгеновское исследование. Как уже было указано, дифференциальный диагноз между скирром слепой кишки и протекающим с обширными сращениями аппендицитом, герп. тифлитом может быть невозможным, и иногда лишь гистологическое исследование показывает, что, вместо предполагаемой карциномы, была резецирована мозолисто измененная слепая кишка.

Что касается актиномикоза, то последний представляется не в виде опухоли, а скорее как спонтанно развивающийся инфильтративный процесс хронического характера, при чем прежде всего бросается в глаза особенная плотность и стойкость инфильтрата по отношению ко всем средствам, применяемым против подобных же воспалительных инфильтратов. Известно также, что актиномикоз никогда не дает явлений стеноза

кишечника и что, следовательно, наличие этого симптома может указывать только на рак или еще чаще на туберкулез. В случае, если актиномикоз при своем безостановочном инфильтративном росте распространяется на брюшную стенку, то плотность инфильтрата или, при дальнейшем росте, характер торпидного процесса, темно-фиолетовая окраска инфильтрата, в котором местами обнаруживаются медкие, большей частью несливающиеся размягчения, не оставляют никакого сомнения в природе заболевания.

Как в отношении слепой кишки, так и главным образом в отношении S-Romanum необходимо предостеречь от двух диагностических ошибок. Во-первых, так назыв. каловые опухоли, а во-вторых, состояния спастического сокращения могут имитировать новообразования. Поэтому при всех исследованиях кишечника следует требовать повторного тщательного исследования при систематически и длительно, но с осторожностью проводимом опорожнении кишечника.

Блуждающая почка, опущение почек, опухоли, исходящие из задержавшегося яичка не представляют больших затруднений в смысле дифференциального диагноза, так как в первом случае смещенный орган узнается по ненормальной подвижности опухоли, пустому, нормальному почечному вместилищу и соответствующим урологическим симптомам, дополненным рентгеновским исследованием, во втором

случае существующий врожденный крипторхизм наводит на мысль о возможности подобного заболевания.

Процессы, исходящие из полости таза, остеомиелитические или холодные абсцессы (субсерозные, натечные абсцессы) — это новообразования, которые без особого труда распознаются и отличаются от других разыгрывающихся в этой области процессов своим широким основанием, распространением, способом возникновения и клинической картиной.

В отношении опухолей, находящихся в малом тазу или у выхода из него, мы выделим здесь опухоли, исходящие из половых органов (кисты яичника, миомы матки и т. д.). Их диагноз не представляет никаких затруднений при исследовании *per vaginam* и при бимануальном исследовании; в последнем случае, — обращая внимание на положение матки по отношению к опухоли (перемещение *portio* при движении опухоли) и имея в виду указания больных на нарушение функций половых органов (дисменорея, меноррагия и т. д.). Отличие их от опухолей *S-Romanum* также не представляет головомолной задачи. Я уже указывал выше, что при всех исследованиях нижнего отдела брюшной полости необходимо обращать внимание на наполнение мочевого пузыря и нижнего отрезка толстых кишек, а также на состояние матки (беременность). Опухолей придатков мы здесь касаться не будем. Здесь

же следует упомянуть об абсцессе Дугласова пространства, иногда принимаемого за опухоль. Принимая во внимание анамнез, способ возникновения (после или при аппендиците и аднексите), течение, констатируя заполняющую все Дугласово пространство тестовато-мягкую или флюктуирующую, чувствительную к давлению опухоль, а также учитывая последовательные явления, наступающие в течение длительно существующего абсцесса Дугласова пространства, как напр., тенезмы, отхождение большого количества слизи *per rectum*, вялость *sphincter ani*, — выясняют истинное положение дела. Вопрос о дифференциальном диагнозе от калочной кисты яичника разрешается само собою.

Из опухолей, лежащих в левом нижнем квадранте брюшной полости, главную роль играют новообразования *S-Rotapunt*: в зависимости от этиологии — карциномы, воспалительные заболевания кишечной стенки, *sigmoiditis* или *perisigmoiditis*, каловые опухоли, спастические сокращения. Что касается каловых опухолей и спастических сокращений, то уже при рассмотрении заболеваний слепой кишки я указывал на необходимость повторного тщательного исследования. Но следует заметить, что как за каловыми опухолями, так и за спазмами могут скрываться медленно протекающие, стенозирующие или инфильтрирующие стенку злокачественные процессы. Каловые опухоли (как напр., при болезни *Hirschsprung's* или при упорном, хроническом поносе) характеризуются

пластичностью, сдавливаемостью и симптомом склеивания. Спазмы представляют, зависящие от различных вредных моментов, состояния судорожного сокращения мышечного слоя стенки кишки. Они представляются в виде цилиндрических, гладкостенных, слабо чувствительных к давлению, подвижных опухолей, которые временами исчезают и затем могут появляться снова. Это напоминает картину при инвагинации S-Romanum (обыкновенно обусловленной карциномой), когда появившаяся плотная, колбасовидная и спускающаяся в малый таз опухоль на другой день, после самостоятельно происшедшей дезинвагинации, совершенно исчезает (пальцевое исследование!).

При сигмоидите resp. перисигмоидите, которые по своему характеру представляют протекающий с лихорадкой и резкой болезненностью при надавливании процесс, имеется бугристая поверхность и значительная резистентность, соединенная большей частью с неподвижностью. Карциномы довольно долго сохраняют подвижность, соответственно своему медленному росту и растяжению брыжейки. Однако, встречаются случаи перисигмоидита, развивающиеся на почве перфорации (diverticulitis, язва, инородное тело, рак), которые могут протекать совершенно без симптомов, без лихорадки и болезненности при давлении. Подобные, протекающие без симптомов опухоли S-Romanum хронически-воспалительного

характера представляют *sigmoiditis chronica hyperplastica*. Плотная, крупнобугристая опухоль, присущая обоим вышеназванным формам часто не может быть отличена от *neoplasma malignum*; не раз диагноз ставился на операции, производимой по поводу предполагаемой карциномы. Явления стеноза, отхождение слизи и крови *per rectum* могут встречаться при обоих процессах, так что диагностические затруднения в этих случаях понятны. Производимая во всех случаях операция (стеноз!) может выяснять дело; сигмоидит исчезает при правильном лечении, дренировании воспалительного очага и временном выключении кишки (колостомия); при карциноме своевременная операция представляет единственную обещающую успех терапию. Рентгеновское исследование и ректоскопия, в качестве вспомогательных методов, дают подчас возможность поставить дифференциальный диагноз, так как перисигмоидит нередко обязан своим развитием множественным дивертикулам или прогрессирующим язвенным процессам (*colitis ulcerosa!*) в *S-Romanum*, которые устанавливаются рентгенологически; с другой стороны, воспалительный процесс стенки удается отличать на пластинке от отчасти суживающего, отчасти дающего светлые пространства контрастного изображения новообразования. Сигмоидоскопия, благодаря нахождению новообразования или распространенного

язвенного процесса в S-Romanum, может оказать при исследовании существенную помощь.

Относительно послеаппендикулярных абсцессов или вторичных поздних абсцессов после аппендицита, которые могут, в виде исключения, локализоваться в левом нижнем квадранте брюшной полости resp. в левой подвздошной впадине, мною уже было вкратце сказано выше.

Что касается левосторонних опухолей почек и забрюшинного пространства, то к ним относится все сказанное о диагностике заболеваний почек. Здесь же нельзя не указать на особенно достойный внимания симптом при левосторонних опухолях, — так назыв. симптоматическое *varicoscele* (Guyon, Hochenegg); возникновение его объясняется таким образом, что при врастании опухоли в *v. renalis* одновременно поражается и *v. spermatica*, что ведет к ретроградному застою и образованию быстро развивающегося, не болезненного и не исчезающего при горизонтальном положении больного *varicoscele*. Что метастазы в лимфатических железах или крупная опухоль, благодаря сдавлению *ven. spermatic.*, может дать те же явления, — понятно само собою. Симптоматическое *varicoscele* вместе с результатами всех других способов исследования (ощупывание, функциональные методы, пиэлография и т. д.) следует считать рано появляющимся и надежным симптомом для распознавания левосторонних опухолей почек.

Симпатикобластомы представляют настолько редкие новообразования, что практически, в смысле дифференциальной диагностики они могут быть исключены.

Наконец, остается еще упомянуть об опухолях, встречающихся в левом hypochondrium, возможности их распознавания и клиническом отличии их друг от друга. Без сомнения, главный контингент всех встречающихся в этой области опухолей составляют опухоли селезенки. В понятие опухолей входят здесь воспалительные опухоли, гиперплазии, абсцессы, новообразования и т. д. Следовательно, в данном случае это понятие не совпадает со связанным с этим обозначением представлением у патологов. Увеличенная вследствие того или иного процесса селезенка (острое увеличение селезенки при инфекционных заболеваниях, сепсисе и т. д., селезенка при малярии, при лейкемии, застойная селезенка, увеличение селезенки при различных болезнях крови и т. д.) легко распознается по своему положению, опущению до пупка, а при значительном увеличении — до симфиза, подвижности при дыхании, по своей форме, прощупываемому краю лежащего внутрибрюшинно и прилегающего к брюшной стенке органа и по его гладкой поверхности. Консистенция увеличенной селезенки различна, в зависимости от имеющегося

болезненного процесса. После того как увеличение селезенки обнаружено, следует определение характера заболевания; останавливаться на деталях не входит в мою задачу.

Здесь интересны те опухоли селезенки, которые могут подать повод к смешению с заболеваниями других органов; это — эхинококк селезенки, абсцесс ее и крайне редкие, крупные, хорошо отграниченные новообразования этого органа. Практически, в отношении первых, необходимо дифференцирование их от флюктуирующих опухолей почек. По определении заболевшего органа, следовательно, почки или селезенки, диагностические затруднения устраняются сопоставлением возможных картин болезни и учетом развития и течения заболевания и всех имеющихся симптомов. Для этого определения главное значение имеют способы функционального исследования почек. Абсцесс селезенки и эхинококк ее легко отличить друг от друга по указанным выше принципам. Большие опухоли, исходящие из хвоста поджелудочной железы (обыкновенно кисты ее), отличаются от опухолей селезенки, кроме констатируемых функциональных расстройств, еще тем, что они лежат забрюшинно и более медиально. Гидронефрозы нормально лежащих почек и гидронефрозы блуждающей почки, при современных способах исследования в урологии, не могут быть смешаны с кистовидными опухолями, исходящими из других органов. Даже простые, примитивные способы

исследования согласно указанным вначале основным принципам выясняют диагноз, по крайней мере, в грубых чертах.

Я заканчиваю свой очерк. Понятно, я мог разработать предложенную тему лишь в грубых чертах. Приведение необходимых для дифференциальной диагностики основных положений теории и практики в виде краткого доклада имеет целью помочь, хотя и в незначительной степени, поставить в каждом данном случае клинический дифференциальный диагноз имеющейся опухоли брюшной полости.



10779

