

лезненные ощущения в брюшной полости, которые приобретают нередко чрезвычайно атипичскую субъективную локализацию у больного благодаря переносу болевых ощущений и иррадиации.

Этот вопрос достаточно изучен Боткиным, Нотнагелем, Гедом, Фабером, Образцовым, Лапинским и в последнее время Бергманом, Маркеловым и др.

Насколько отдаленной бывает локализация болевых ощущений при заболевании брюшной полости, свидетельствует случай, наблюдавшийся мною в 1918 году в моей клинике, в Киеве. Больная, невропатка страдала сужением конца подвздошной кишки на почве сдавления фиброзным тяжом кишки после аппендицита, что было доказано операцией. Каждый раз во время тетанического сокращения ilei ощущалась боль не на месте, а в большом, указательном и среднем пальцах обеих рук, причем в это время наблюдалось их судорожное сгибание. На месте же, в правой подвздошной, боль почти не ощущалась, а только урчание; констатирование каждый раз во время припадков боли в пальцах резкого напряжения ilei (darmsteifung) обнаружило причину болевых ощущений. Все припадки судорог и боли в пальцах исчезли после операции, устранившей стеноз кишок. В этом случае иррадиация болей вышла не только за пределы брюшной полости, но даже туловища. Что же касается иррадиации в брюшной полости при заболевании кишок, то в настоящее время мы знаем, что при заболевании отростка слепой кишки и ее самой боль нередко ощущается и в подложечной области, при заболевании слепой кишки — в левом подреберье и пр. Истинную локализацию и причину этих болей можно бывает установить только при помощи пальпаторного метода. Нечего говорить о том, что ощущение боли на месте при пальпации в большинстве случаев говорит об определенном анатомическом процессе в кишке, чаще всего воспалительного характера. Здесь же мы должны упомянуть о том, какое важное значение имеет пальпация слепой кишки и отростка при постановке дифференциального диагноза аппендицита и тифлита, аппендицита и правостороннего сальпинго-офорита у женщины, о чем мы говорили подробно в VI и VII лекциях.

Насколько важна методическая пальпация кишок для диагностики различных заболеваний самих кишок и брюшной полости вообще, можно было бы привести еще не мало доказательств. Это выступит еще рельефнее в конце наших лекций, когда мы закончим разбор успехов физической диагностики в отношении всех органов брюшной полости. Но и изложенного сейчас, мне думается, достаточно для того, чтобы сказать, что тот врач, который не владеет методической пальпацией желудка и кишок, лишен возможности правильно диагностировать не только разнообразные заболевания кишок, но и многие заболевания брюшной полости вообще.

ЛЕКЦИЯ ДЕВЯТАЯ

РЕНТГЕНОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИШОК. ИНСУФЛЯЦИЯ КИШОК. ПАЛЬПАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ. РЕКТО-РОМАНОСКОПИЯ

На предшествующей лекции мы стремились показать, что главным диагностическим методом при распознавании различных заболеваний кишок является методическая глубокая пальпация. Однако же при всех своих преимуществах этот метод имеет тот существенный недостаток, что он слишком субъективен и зависит в некоторой степени от индивидуальных, специальных способностей исследующего. Более объективным методом и притом более доступным для изучения является рентгеновский, который в наши дни все больше и больше входит в клиническую практику.

Если поставить человека перед флуоресцирующим экраном, то в большинстве случаев со стороны кишечника видеть почти ничего не удастся. В немногих случаях в 12-перстной кишке на месте перехода верхней горизонтальной части в нисходящую удастся видеть газовый пузырь; между тем по тракту толстых кишок, именно в правой и левой кривизне, а часто и в S-гопанум, накопление газа удастся обнаруживать почти как правило.

Чтобы посредством рентгеновских лучей иметь возможность изучать топографические и морфологические отношения, необходимо наполнить кишки какой-нибудь контрастной массой. Для этого больному дают съесть контрастную пищу и следят за постепенным продвижением ее по кишечнику, производя наблюдения через определенные промежутки времени; затем применяют контрастную клизму, которая завершает рентгеновское исследование кишок. Перед исследованием больной получает слабительное, в предшествующей исследованию день получает исключительно жидкую кашицеобразную пищу, дающую мало остатков, а за два-три часа перед исследованием ему делают теплую клизму из настоя ромашки. Затем больной утром съедает какой-либо из пробных контрастных завтраков (Ридера, Гределя, Шлезингера), и наблюдения над ним, а также снимки производятся в течение суток через определенные промежутки времени.

Нормальную обычную легкую пищу в течение периода наблюдения больному разрешается принимать не ранее, чем через 4 часа, когда к этому времени желудок освободится от контрастной массы.

Гредель в своем руководстве (Grundriss und Atlas d. Röntgendiagnostik, München, 1921) советует после бариевого завтрака исследовать больного следующим образом:

Непосредственно после завтрака	—	пищевод и желудок
Через 16 мин.	»	— duodenum
Через 1 час	»	— тонкие кишки
Через 2 часа	»	— двигательную способность желудка
Через 4 часа	»	— colon ascendens
Через 10 часов	»	— colon transversum
Через 24 часа	»	— colon descendens

После ридеровского завтрака (Vi) исследование каждого отдела производится на 1—2 часа позже; но все исследование обычно заканчивается к концу суток и только по особым поводам запаздывает (исследование при запорах, при задержке продвижения кашицы вследствие сужения кишок).

Затем делается специальная контрастная клизма, причем на трюскопе следят за вхождением ее в толстые кишки. Этим и заканчивается исследование общего характера. По освобождении кишечника больным снова производится рентгеновское исследование и на этот раз рельефа слизистой, так как почти всегда после естественного освобождения остается в толстой кишке еще достаточное количество контрастной массы, дающее именно изображение слизистой. Наблюдать одновременно рельеф слизистой всего кишечника удается довольно редко и обычно приходится рентгенографировать подозрительные участки для большей ясности.

Контрастная клизма состоит из Vi или Va, взвешенных в 1 л воды с прибавлением белой глины, миндального молока, крахмала или картофельной муки с целью удержания контрастного металла в взвешенном состоянии. Шлезингер предлагает готовить клизму из 200 г серноокислого бария, 30 г миндального молока и 1 500 г воды. Кестле во избежание раздражения кишки пользуется меньшим количеством (50—75 г Vi, 250—300 г bolus albi, воды до 1 000)¹.

Во время всего периода наблюдения в большинстве случаев наносят на экран каждый раз рисунок карандашом и затем переводят его на кальку; но еще лучше пользоваться целой серией снимков, что применяется редко ввиду дороговизны подобного исследования. Для специальных целей можно пользоваться и кинематографическими снимками.

Применив только что описанную методику исследования, удалось до настоящего времени не только получить возможность диагностировать разнообразные заболевания кишечника, но и расширить наши представления о физиологии кишок (Канон, Гольцкнехт, Иоласе и др.).

Применяя рентгеновские исследования, мы получаем очень ценные данные для диагностики язвы 12-перстной кишки, стеноза и вос-

¹ Подробности техники можно найти у Fr. Groedel'я, I. c. и E. Schlesinger'a, I. c.

палительного процесса вокруг кишки (periduodenitis), которые так живо стали нас интересовать в последнее время, особенно после работ Мейо—Робсонов, Монигана, Пайра и др. Здесь действительно рентгенология может праздновать свой триумф, давая во многих случаях доказательства ad oculos существования заболевания duodeni. Мы не можем здесь вдаваться в подробности; прилагаемые рисунки, взятые мною из монографии Шлезингера, достаточно убеждают в том, как ясно бывают заметны изменения в duodenum при старых язвах в ней и при осложняющих язву процессах (рис. 48а и б).

В большинстве случаев, однако, при существовании язвы duodeni мы таких резких симптомов ее не имеем; зато имеем косвенные доказательства, заставляющие признать наличие язвы. К ним принадлежит боль при пальпации duodeni, гиперперистальтика и гипертензия желудка и спазмы, resp. недостаточность привратника, затем продолжительное наполнение bulbus duodeni, правостороннее положение и частую расширение привратниковой части желудка, а в других случаях и эктазия всего желудка. К симптомам, указывающим безусловно на присутствие язвы, являются симптомы ниши, стойкое обезображивание 12-перстной кишки, инфильтрат стенок ее, увеличение объема bulbus duodeni и, наконец, явления стеноза.

Далее рентгеновское исследование позволяет по замедлению прохождения пищи по тому или другому отделу кишок и скоплению и задержке в каком-либо участке их пищевой кашицы констатировать присутствие сужения. Особенно ясно выступают сужения толстых кишок при наполнении их per clusam. Этот метод позволяет глазами наблюдать прохождение и задержку контрастной клизмы у суженого места толстой кишки, подобно тому как мы диагностируем рентгенологическое сужение пищевода. Далее то же наполнение кишок посредством клизмы позволяет судить о функциях баугиньевой заслонки и констатировать ее недостаточность (Кестле, Врүлге, Герц и др.), видеть червеобразный отросток и диагностировать его заболевания (Йордан, Григорьев, Шварц, Гольцкнехт и др.); изучать изменения морфологических свойств кишок, особенно толстых (туберкулез, язвы, рак кишок) и, наконец, определять изменения положения их и

даже аномалии перистальтики. В последние годы благодаря талантливым работам Блоха, Герца, Гердля, Шварца, Гольцкнехта и особенно Штирлина удалось выяснить, наконец, причину так называемых первичных запоров и установить несколько типов их. Словом, успехи рентгенологии в деле диагностики заболеваний кишок огром-

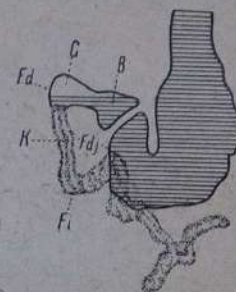


Рис. 48а. Нормальная 12-перстная кишка (полусхематически). B—bulbus; G—воздушный пузырь; Fd—flexura duodeni sup.; K—кёркинговы складки; Fi—flexura inferior; Fdj flexura duodeno-jejunalis.

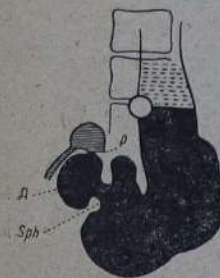


Рис. 48б. Язва 12-перстной кишки. P—pylorus; Sph—sphincter antri. Сужение просвета 12-перстной кишки вследствие спазма вокруг язвы.

ны (рис. 49—56). Однако же базировать свой диагноз на основании исключительно рентгенологических данных не следует. Во избежание ошибки при диагностике болезней кишок необходимо пользоваться всеми доступными нам методами клинического анализа, при-

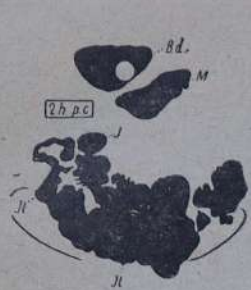


Рис. 49.

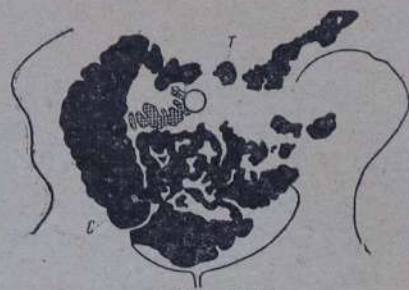


Рис. 50.

Рис. 49. Картина тонких кишок.

М—желудок; Vd—bulbus duodeni; I—jejunum; il—Ileum. Ileum сильно наполнен, слепая кишка пуста (Шлезингер).

Рис. 50. Картина тонких кишок (Шлезингер).

чем, как мы в своем месте уже указывали, главным методом является прощупывание и функциональная диагностика по методу А. Шмидта.

Дополняющим и притом очень простым методом диагностики, которым мы пользуемся для распознавания главным образом положения петель толстых кишок и спаек их между собой и с брюшиной, является инсуффляция, т. е. вдувание воздуха per anum.

Техника этого способа очень проста. Больной лежит на спине, обнажив свой живот. В прямую кишку вводится на глубину

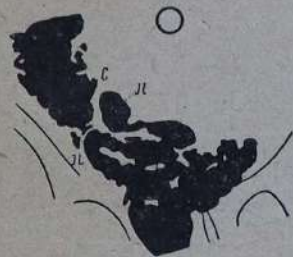


Рис. 51. Сокращение musculi ileo-coecalis (замыкание valv. Bauhinii). Снимок произведен в момент приостановки перехода кашицы из подвздошной кишки в слепую. Ileum отделен от coecum щелью вследствие сокращения m. ileo-coecalis (Шлезингер).



Рис. 52. Недостаточность valv. Bauhinii. Наполнение клизмой.

I—ileum; S—sigma (Шлезингер).

6—7 см мягкий наконечник, который соединен с двойным воздушным баллоном.

Для специальных целей, при существовании сужения на месте перехода S-romani в rectum или при чрезмерном накоплении плотных фекальных масс в ампуле или в S-romani за 1—2 часа до инсуф-

ляции ставится очистительная клизма из теплой воды. Введя наконечник на желаемую глубину, постепенно вгоняют воздух в кишку отрывистыми короткими сжиманиями баллона и следят, как он проходит по толстым кишкам, которые постепенно начинают вырисовываться от дистального конца coli до coecum включительно. При нормальных условиях даже при чрезмерном раздувании под высоким давлением не удается вогнать воздух в тонкие кишки ввиду того препятствия, которое оказывает ему баугиньева заслонка; но в некоторых случаях при недостаточности илео-цекального клапана это все-таки удается. Наступает максимальное растяжение слепой кишки, вырисовывающейся в правой подвздошной области, и обычно больной ощущает боль от чрезмерного растяжения всего coli. Вдруг замечается появление вздутия в области тонких кишок между пупком и лобком, что зависит уже от раздувания петель тонких кишок. Вскоре появляются довольно значительные боли, из-за чего дальнейшее раздувание приходится прекратить.

В некоторых случаях, особенно при определенном положении S-romani mobilis, полезно бывает соединить раздувание кишок с пальпацией. В этом случае исследующий, определив посредством методической пальпации положение дистального участка S-romani, например, в правой подвздошной ямке, фиксирует его своей левой рукой, придавив его к задней стенке брюшной полости, а правой рукой в левой подвздошной ямке фиксирует таким образом отрезок S-romani, идущий по направлению к colon descendens. Помощник же, зажав предварительно трубку баллона и раздув его ad maximum, быстро разжимает трубку: тогда воздух сразу энергично врывается в S-romanum. Пузыри воздуха (ructus) проходят в S-romanum

Рис. 54. Obstipatio atonica ascendens.

сначала под левой рукой исследующего, а затем попадают и под правую, что дает исследующему убеждение в том, что в правой подвздошной



Рис. 53. Наполненный контрастной массой червеобразный отросток.



действительно расположен дистальный отрезок S-romani. Затем следующий снимает свои руки с живота больного и дальнейшее раздувание продолжается обычным способом. Весь тракт толстых кишок, особенно при тонком и вялом брюшном прессе, вырисовывается на поверхности живота, и положение всей ободочной кишки мы видим простым глазом. Результаты исследования можно проверить перкуссией, которая в этом случае дает удовлетворительные результаты ввиду того, что colon искусственно растянут газами. Таким образом способ инсуфляции, так же как пальпация, дает нам ясное представление о положении и форме ободочной кишки.



Рис. 55. Colitis ulcerosa.

Однако ввиду того, что при форсированной инсуфляции кишки меняют свое место, мы определяем топографическое расположение подвижных отделов ободочной кишки при искусственных условиях; нечего говорить о том, что растянутые ad maximum кишки не могут дать верного представления о толщине и форме их.

Применяя этот способ, можно не только получить представление о положении coli, но иногда при высоких степенях сужения кишки диагностировать местоположение сужения. Однако же в большинстве случаев даже при значительных сужениях воздух проникает по другую сторону сужения и диагностировать его нам не удастся. Этим способом удается определить уменьшение подвижности и фиксацию подвижных отделов coli (S-romani mobile, colon transversum) и сращение между дистальным отделом coli transversum и colon ascendens (болезнь Пайра).



Рис. 56. Дефект наполнения в colon transversum. Cr. coli transversi.

Но особенно применима инсуфляция в тех случаях, когда приходится диагностировать различные «тумор кишок и определять, принадлежат ли они толстой кишке или нет. В этом случае, фиксируя «тумор» рукой, в случае принадлежности его толстой кишке удается во время толчкообразного вдувания проследить в нем прохождение воздуха (ructus), а затем перкуссией отметить увеличение его воздушности. В том же случае, если кишка только прилежит к опухоли, удастся заметить исчезновение «тумора» или же определенно установить положение раздутой кишки над ним или сбоку его, как это наблюдается при опухолях брыжейки, опухолях поджелудочной железы или почки.

Словом, если нельзя ждать от применения инсуфляции очень больших результатов, то игнорировать этот метод при диагностике заболеваний органов брюшной полости все-таки не следует.

Еще меньшие результаты дает вливание per anum больших количеств теплой воды. В большинстве случаев вскоре опыт приходится прекратить ввиду появления у больного позывов. Лучше теплой воды переносятся теплые вливания крахмального клейстера, наподобие того как это делается при рентгеновском исследовании, но, конечно, без прибавления контрастного вещества.

Пользуясь всеми изложенными методами, мы в большинстве случаев имеем полную возможность распознать топографические отношения и изучить морфологические свойства и некоторые функциональные особенности почти всего тракта толстых кишок. Не поддается только обследованию pars praerectalis S-romani и сама прямая кишка.

С целью изучения анатомо-морфологических свойств этого отдела пользуются исследованием пальцем и ректо-романоскопом.

Этим исследованиям обычно предшествует простой осмотр заднепроходного отверстия, для чего ставят больного в положение à la vache и раздвигают обеими руками ягодицы, обращая внимание на состояние кожи вокруг anus'a, на наружные фистулезные ходы, наружные геморроидальные шишки, трещины вокруг anus'a и пр.

Осмотрев anus, приступают к ощупыванию пальцем прямой кишки, для чего вводят в том же положении больного смазанный каким-либо жиром указательный палец и медленно вращательными легкими движениями стараются продвинуть его сколько возможно глубже, — обыкновенно до 3-го сфинктера plica transversalis Kolrausch'a). Большинство врачей одевает резиновый палец или резиновую перчатку на всю руку, что, правда, гарантирует врача от загрязнения руки и от возможности различных инфекций — сифилиса, туберкулеза, гнойных инфекций и т. д., но, с другой стороны, значительно уменьшает осязательную способность и мешает тонкости распознавания. Проведение исследующего пальца через наружный сфинктер, особенно при существовании различных воспалительных явлений около него, трещин и воспаленных, resp. гангренизирующихся, шишек, может вызвать у больного нестерпимую боль; для устранения ее приходится иногда за несколько минут смазать наружный проход 2% раствором кокаина и ввести на короткое время (2—3 мин.) в прямую кишку ватный тампон, смоченный тем же раствором.

Введя палец в прямую кишку, мы прежде всего составляем представление о характере ее наполнения и свойствах содержимого ампулы. Если она переполнена твердыми, иногда плотными, как камень, фекальными массами, что мешает исследованию, приходится его прекратить и очистить кишку посредством клизмы из теплой воды или масла, отложив иногда исследование до полного опорожнения ампулы.

Обследование введенным пальцем ведется таким образом, что сперва ощупывается передняя стенка кишки, причем у мужчины мы при этом свободно прощупываем предстательную железу, которую мы можем обойти со всех сторон и даже продвинуть палец выше ее верхнего края; можно изучить ее форму, величину, чувствительность, консистенцию и т. д. У женщины можно прощупать *portio vaginalis uteri* и обследовать со всех сторон дугласово пространство и всю слизистую оболочку передней стенки прямой кишки. Затем мы переходим на заднюю стенку прямой кишки и, продвигаясь вверх по вогнутости крестца, ощупываем слизистую оболочку задней стенки.

Пользуясь ощупыванием кишки, мы легко составляем себе представление о состоянии слизистой, отмечаем степень ее раздражения, степень отека, присутствие на ней язв, бородавчатых раздражений—папиллом и полипов, развивающегося новообразования, рубцовых и неопластических сужений, внутренних геморроидальных шишек и пр.; вместе с тем мы обследуем и состояние околоректальной клетчатки (перипроктиты) и состояние костей таза. Во время исследования обращают внимание на чувствительность слизистой оболочки и стенок прямой кишки, а также на чувствительность брюшины, выстилающей дугласово пространство.

Что касается клинического значения исследования пальцем прямой кишки, то оно необходимо не только для распознавания патологических процессов в самой кишке и органах, размещенных по соседству (простата, мочевого пузыря, матка с придатками, кости таза), но в некоторых случаях оно позволяет диагностировать те заболевания, которые встречаются в органах, в сущности не соприкасающихся с прямой кишкой, как, например, червеобразного отростка, тонких кишок и пр. Так, например, при локализации аппендикулярного экссудата в тазу (*appendicitis pelvica*—Образцов) без исследования прямой кишки иногда и диагноза нельзя поставить. Так как эта форма аппендицита развивается иногда без предварительной ясной локализации экссудативного воспаления в частях брюшины, доступных нам при исследовании живота, то в клинике Образцова было принято за правило при подозрении на аппендицит всегда производить детальное обследование прямой кишки. В том случае, если экссудат образовался в малом тазу, исследование прямой кишки приходится производить систематически каждый день, для того чтобы следить за изменениями в свойствах экссудата, например, нагноения, *resp.* рассасывания. В этом случае образование так называемого газового нарыва распознается по отеку слизистой оболочки на месте образующегося экссудата (*proctitis bullosa*), болезненности самого экссудата, размягчения в нем и флюктуации.

Исследование прямой кишки позволяет иногда распознавать опухоли тонких кишок. Так, я вспоминаю четыре случая рака тонких кишок, наблюдавшихся в клинике Образцова и моей, где небольшие опухоли, дававшие, однако, уже явления сужения, лежали в малом тазу, и только исследование пальцем дугласова пространства через прямую кишку позволило их там обнаружить. Вообще, надо сказать, игнорировать обследование пальцем прямой кишки не нужно. Во всяком сомнительном или непонятном случае, не только касающемся заболевания брюшной полости, но и при общих явлениях, например, беспричинной лихорадке, болях, не имеющих своего объяснения,

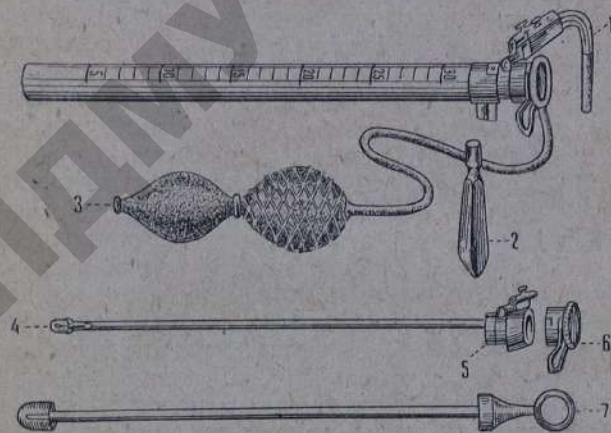


Рис. 57. Проктосигмоскоп Штрауса.

1—провод; 2—ручка; 3—воздушный баллон; 4—лампочка; 5—носитель освещения; 6—окно; 7—обтуратор.

анемии, психоневрозах и т. д., исследование прямой кишки обязательно. «Упустить это исследование—это нередко значит сделать грубую диагностическую ошибку. Поэтому правильнее будет произвести это исследование лишних много раз с отрицательным результатом, нежели пропустить один необходимый случай» (Ахиезер).

Но еще большие услуги диагностике оказывает ректоскопия, которая благодаря развитию техники позволяет производить не только обследование прямой кишки, но и большую часть S-gomani (романоскопия). Развитием и усовершенствованием этого способа клиника обязана главным образом Шрейберу, Штраусу, Розенгейму, Алдору.

Принцип этого способа заключается в том, что в прямую кишку и дальше в S-gomani на 30 см от *anus*'а вводится длинная прямая трубка (проктосигмоскоп) при помощи расправления кишки вдвиганием воздуха и одновременного осторожного продвижения инструмента под контролем глаза; это возможно сделать ввиду того, что на конце трубки помещена электрическая лампочка (рис. 57).

Перед введением романоскопа, приблизительно за час, больному ставят очистительную клизму из теплой воды, а в случае диареи дают после клизмы достаточную дозу опия. При спазме сфинктера

или при болезненных тенезмах вливают в кишку предварительно 25 см³ 1% раствора кокаина.

Введение производится в коленно-локтевом или грудино-коленном положении пациента, причем на 10 см введение производится в темную со вставленным в прибор obturator. Затем последний удаляют и заменяют его частью со стеклом, которая снабжена осветительной лампочкой на длинном стержне, и плотно укрепляют ее в наружном отверстии романоскопа. Дальнейшее продвижение производится под контролем глаза без всякого форсирования при медленном вдувании воздуха через романоскоп с целью расправления складок слизистой оболочки и раскрытия перед романоскопом кишки. При введении прибора руководствуются анатомическим ходом кишки, отклоняя

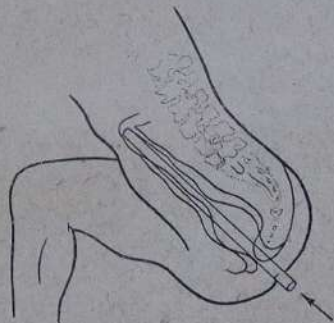


Рис. 58. Направление трубы при прохождении через S-гопанит у больного, находящегося в грудино-коленном положении (Strauss).

кишечный конец романоскопа то вперед, то назад, то в стороны. При известном навыке все затруднения преодолеваются сравнительно легко, и мы имеем полную возможность, вводя и затем вынимая прибор, осмотреть слизистую оболочку значительного участка S-гопанит и всей прямой кишки¹ (рис. 58).

Этот способ является большим приобретением для диагностики, позволяя безошибочно распознавать всякие воспалительные заболевания, а равным образом диагностировать геморроидальные внутренние узлы, полипы, сужения и новообразования. Он особенно незаменим для распознавания новообразований и стриктур, локализующихся в pars praerectalis S-гопанит, ввиду того что этот

участок кишки совершенно недоступен исследованию ни при помощи прощупывания через живот, ни при исследовании пальцем прямой кишки.

На этом мы и закончим изложение физической методики исследования кишок и в следующих лекциях коснемся физической диагностики других органов брюшной полости. Все изложенное относительно современной диагностики кишок приводит к заключению, что за последние 20—30 лет диагностика сделала большие успехи. Если нельзя еще сказать, что мы уже обладаем такими методами, которые всегда гарантируют от ошибок, все-таки нужно признать, что в настоящее время, пользуясь методами физической диагностики, химико-микроскопическими исследованиями и приемами функциональной диагностики, мы в громадном большинстве случаев имеем возможность при заболевании кишок поставить точно диагноз.

¹ Подробности ректо-романоскопии и обзор успехов этого способа можно найти: 1) у Н. Strauss'a, Die Proctosigmoidoscopy, Leipzig, 1910; 2) у J. Schreiber'a, Der Wert der Recto-romanoscopy für die Erkennung und Behandlung der tief-sitzenden Darmerkrankungen, 1908 и 3) у Th. Rosenheim'a, Die Erkrankungen der Flexura Sigmoidea, 1910.

ЛЕКЦИЯ ДЕСЯТАЯ

ФИЗИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Некоторые топографо-анатомические замечания. Осмотр, постукивание, выслушивание и прощупывание печени и желчного пузыря. Рентгеновское исследование печени и желчного пузыря. Результаты исследования и значение их для распознавания болезней печени и желчного пузыря.

Закончив исследование кишечника, мы у каждого больного обязательно стараемся составить себе возможно точное представление о форме, величии, положении и о физических свойствах печени и желчного пузыря. Мы делаем это с двойной целью. С одной стороны, различные изменения в форме, величии и консистенции печени наблюдаются при большинстве заболеваний самой печени, а следовательно, подобного рода исследование играет выдающуюся роль в диагностике болезней печени и пузыря, с другой стороны, изменение морфологии печени и ее положение важно и для распознавания заболеваний органов, расположенных по соседству, следовательно, и для дифференциальной диагностики. Мало того, ввиду важной роли печени в экономии организма, а также разных последствий заболеваний печени на отправления и состояния других органов и систем (панкреатиты при заболевании желчных путей, вторичные изменения в селезенке, заболевания нервной системы, Strümpel-Westphal pseudosclerosis, morbus Wilsonii, участие печени при болезнях обмена и пр.),—констатирование анатомических изменений печени имеет огромное значение для клиники вообще.

Что касается умения распознавать положение печени, то надо сказать, что это важно как для оценки особых конституциональных состояний и связанных с ними многих болезненных явлений, так равным образом нередко для понимания патогенеза некоторых заболеваний брюшной полости (желчнокаменной болезни, локализации поддиафрагмальных нарывов и пр.).

С целью изучения физических свойств печени и желудочного пузыря, а также для распознавания их формы, величины и положения в клинике мы пользуемся обычными нашими методами физической диагностики, именно инспекцией, перкуссией, пальпацией, изредка аускультацией и в самое последнее время рентгеноскопией или рентгенофотографией. Эти способы в опытных руках дают достаточно данных для диагностики разнообразных заболеваний ее.

Однако ограничиться только физическим исследованием печени и желчного пузыря в клинике невозможно. Изучение функций печени и содержимого желчного пузыря является крайне необходимым и обязательным в каждом случае, когда физическое обследование их указало на известное их патологическое состояние и даже в том случае, когда явных симптомов со стороны печени нет, но весь клинический синдром заставляет предполагать возможность заболевания как самой печени, так и желчного пузыря или же желчных протоков и расстройство функций этих органов, например, при хроническом аппендиците, заболевании поджелудочной железы, парадуодените и пр.).

Введение в клиническую практику Эйнгорном дуоденальной зонды, позволяющего получить содержимое 12-перстной кишки, а после вливания в 12-перстную кишку 25% $MgSO_4$, прованского масла или, наконец, 1—3% раствора пептона — содержимое желчного пузыря, а после введения эфира, 0, 25% соляной кислоты — панкреатический сок, расширило наши диагностические возможности и сейчас в клинике мы распознаем совершенно точно те заболевания, о которых порой только догадывались или о которых лишь предполагали, например, холециститы, ангиохолиты, дисфункции мускулатуры пузыря и желчных протоков, нарушение иннервации пузыря и сфинктеров, например, сфинктера Люденса, Одди, панкреатиты, закрытие винсундиева протока и пр. Мало того этот способ в связи с одновременным изучением обмена веществ, состава крови при разных пищевых нагрузках, создав возможность исследовать выделительную функцию печени значительно улучшил также функциональную диагностику печени (Евтухова и Яновский¹⁾ и позволил ближе подойти к пониманию, как это показано в наших клиниках, некоторых сложных патологических процессов, например, декомпенсации кровообращения, уремии, утомления и пр. И тем не менее основной методикой при распознавании разнообразнейших заболеваний печени и ее придатков еще и в настоящее время остается физическая диагностика.

Но прежде чем приступить к изложению методики исследования печени и оценки ее результатов, я позволю себе, хотя бы в кратких чертах, коснуться анатомии печени и тех топографических отношений, знакомство с которыми необходимо бывает каждый раз, когда мы изучаем индивидуально брюшную полость.

Как известно, печень имеет овоидную форму, располагается в правом подреберье (г. hypochondriaca dextra), в подложечной области и отчасти в левом подреберье (г. hypochondriaca sinistra), непосредственно под куполом диафрагмы, и занимает поперечное положение, будучи прикрыта в большей своей части косым скелетом грудной клетки. Она весит у человека от 1 450 до 1 500 г. Поперечный ее диаметр равен 24—28 см; передне-задний—18—20 см и вертикальный—6—8 см (Тестю). Она сохраняет свое положение и форму благодаря своему связочному аппарату (ligamentum coronarium и ligamentum

suspensorium hepatis), нижней полой вены, которая, будучи вращена в диафрагму, укрепляет печень благодаря тому, что короткие печеночные вены непосредственно в нее впадают тотчас по выхождении их из печени, затем в силу присасывающего влияния легких, и наконец благодаря внутрибрюшному давлению.

Благодаря влиянию этих моментов и будучи поддержана снизу воздушными подушками, которые образуют прилегающий к печени желудок и кишки, а также правой почкой с надпочечником, печень при нормальной конституции занимает более или менее определенное положение; в лежачей позиции на спине нижний край печени по сосковой линии при остановке дыхания в среднем положении находится по реберному краю, по подмышечной линии в X, редко в IX про-

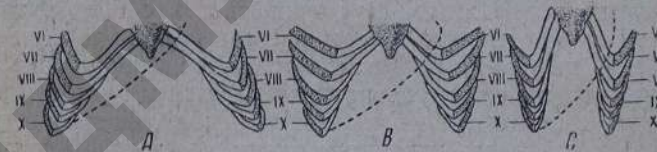


Рис. 59. Схема, показывающая различные отношения печени к брюшной стенке в зависимости от формы грудной клетки (Larger). А—широкая грудная клетка; В—грудная клетка средних размеров; С—узкая грудная клетка.

межутке. Что касается верхней поверхности печени, то в лежачем положении по сосковой линии верхний пункт печени располагается в IV промежутке, по подмышечной линии по VIII ребру и около позвоночника на высоте XI позвонка. В стоячем положении все границы печени понижаются на 1—2 см, а при дыхании нижний ее край опускается на 1—1½ см в зависимости от силы вдоха; при форсированном вдохе понижение края по Гергарту достигает 2 см.

Влево печень выходит на 5—6—7 см от средней линии, причем положение этой границы крайне изменчиво не только в зависимости от конституции человека, но также от степени наполнения желудка.

Верхняя передняя выпуклая поверхность печени на большем своем протяжении соприкасается с диафрагмой, причем ligamentum falciforme делит ее на две доли: правую и левую. Часть выпуклой поверхности печени соприкасается с передней брюшной стенкой, причем согласно исследованиям Ларгера площадь этого участка резко варьирует в своей величине в зависимости от телосложения (рис. 59). Нижняя граница этого участка печени при нормальной грудной клетке ограничена выпуклой книзу линией, которая тянется от хряща IX или X ребра правой стороны к VII или VIII хрящу левой стороны (Тестю). У более плотных субъектов (habitus apoplecticus) эта линия доходит почти до верхушки мечевидного отростка, в то время как у людей с паралитической грудной клеткой она опускается значительно ниже, отстоя от processus xiphoides на 6—7 см. Таким образом этот участок верхней поверхности печени, который непосредственно прилежит к брюшной стенке, а следовательно доступен непосредственному клиническому исследованию, бывает различной величины и протяжения. Что касается задне-нижней вогнутой поверхности печени, то она, прилегая к различным органам,

¹ 1) М. Л. Евтухова и Д. Н. Яновский, Про вагу визначення амоніаку у клініці, Ювілейний збірник акад. М. Стражеско, Медичний журнал УАН, т. IV, В. 3—4; 2) Д. Н. Яновский, О роли печени в расстройстве циркуляции, Труды II Научной конференции врачей в Чернигове.

носит отпечаток этого соприкосновения. Левая доля покрывает малую кривизну желудка и большую часть его передней поверхности. Однако же при гастроптозе и вертикальном положении желудка, такое интимное соприкосновение нарушается и тогда между малой кривизной и нижним краем печени остается свободное пространство—*omentum minus*, вследствие чего в таких случаях малая кривизна желудка поддается непосредственному прощупыванию (см. лекцию IV).

В области правой доли печени к ее нижней поверхности спереди прилежит *colon transversum* и *flexura colica dextra*, а сзади правая почка с надпочечником. Однако же ввиду частых аномалий развития и прикрепления *flexurae hepaticae*, а также вследствие опускания *coli transversi* частое интимное соприкосновение ободочной кишки с печенью нарушается, что в свою очередь несколько влияет на ее положение. Если печень представляется вполне нормальной, то, будучи очень мягкой, она легко приспособляется к пространственным отношениям и внутрибрюшному давлению; вследствие этого она, с одной стороны, всегда находится в непосредственном соприкосновении с гладкой нижней поверхностью диафрагмы, совершая беспрепятственно свои дыхательные экскурсии, с другой стороны, она меняет свою форму, уплощаясь при вдохе.

По передне-нижнему приотстренному краю, который подымается косвенно справа и снизу, вверх и налево, печень имеет две вырезки—одну, расположенную в соседстве с средней линией, другую—правее наружного края правой прямой мышцы. В этой вырезке находится дно желчного пузыря, который выступает на 10—15 мм из-под края печени и в большинстве случаев соприкасается с лежащей здесь же поперечной кишкой и передней брюшной стенкой; к последней он прикасается в области хряща X ребра. Нужно, однако, заметить, что положение дна пузыря не представляется постоянным ввиду непостоянства положения нижнего края самой печени и зависимости его от возраста, пола, телосложения, величины самой печени, степени упитанности субъекта, а также от степени наполнения газами и содержимым желудка и особенно кишок (рис. 59).

Большое влияние на положение печени и желчного пузыря оказывает главным образом наполнение кишок, так что у одного и того же субъекта в зависимости от различных условий нахождения пищи в кишках и степени их переполнения мы находим печень в разнообразном положении в различные часы дня.

Из приведенных вкратце топографо-анатомических сведений совершенно ясно, что даже нормальная печень у человека может иметь различную форму и положение в зависимости от конституции и условий наполнения желудка и кишок. Но форма ее, величина и положение изменяются еще резче при хронических патологических процессах как в ней самой, так и в других соседних органах, а равным образом при разнообразных заболеваниях всего организма, как-то: различных инфекциях, болезнях обмена, исхудании, resp. ожирении, и пр.

Отсюда ясно, насколько важно для диагностики обладать такими методами, которые давали бы точное представление о морфологиче-

ских свойствах печени и о ее положении. По этой причине уже давно клиницисты стремились выработать такую методику исследования, которая давала бы точные результаты. Однако это было достигнуто не так быстро, как, например, в отношении сердца или легких.

Причина этого заключалась, надо полагать, с одной стороны, в расположении печени под костным скелетом и прикрытии верхней выпуклой ее части легкими, что не давало возможности точно вы perkutировать истинную границу печени; с другой стороны, в неблагоприятном влиянии на результаты перкуссии желудка и кишок, расположенных под нижне-передним краем печени.

Далее, применявшиеся способы прощупывания, которое считалось наиболее ценным в этом отношении методом, были настолько несовершенны, что у многих клиницистов даже создалось ложное представление, что нормальная печень и при этом не дислоцированную, прощупать вовсе не удастся (Яновский, Квинке, Шмидт и Лютье, Зейферт, Кабо и пр.). Не много помогло в этом отношении введение в клиническую практику рентгеновского исследования, так как оно, давая точное представление об истинном положении верхней границы печени и о конфигурации ее, очень редко, только при наполненных газами *colom* и желудке, представляло возможность судить о местонахождении и конфигурации нижне-переднего края. И только в самое последнее время (10—15 лет) благодаря усовершенствованию методов перкуссии (*Schwellenwertpercussion* Goldscheider'a, изолированной перкуссии одним пальцем Образцова), применению новых правильных приемов прощупывания (Образцов, Эвальд, Жильбер и др.) и введению газа (O_2 или N) в брюшную полость перед рентгеновским исследованием печени (способы Гетце, Раутенберга), мы получили, наконец, в клинике возможность определять точно в большинстве случаев как морфологические свойства печени, так равным образом и ее положение. Эти способы надо признать наиболее ценными для диагностики заболеваний печени.

Что касается осмотра и выслушивания, то они имеют второстепенное значение.

Инспекция дает только результаты в том случае, когда печень резко увеличена и обезображена или же значительно опущена. Нормальная печень не видна при осмотре; только при крайних степенях истощения и при вялом брюшном прессе у многорожавших женщин, когда она к тому же опущена, бывает возможно видеть через тонкие брюшные стенки контур печени и ее нижний край. Однако, если печень резко увеличена (застойная печень, цирроз Гано, рак печени, сифилитическая печень, эхинококк, нарыв и пр.), в особенности у исхудавших субъектов, иногда бывает заметно выпячивание в правом подреберье и в подложечной области соответственно нижней границе печени; бывают видны и бугры на передне-верхней ее поверхности (нарыв, эхинококк, метастатический рак, обезображенная сифилитическая печень, долька Ридле). В этих случаях удается видеть дыхательные экскурсии ее нижнего края.

В случаях резкого застоя в печени при существовании значительной недостаточности трехстворки иногда бывает возможным видеть также систолическую пульсацию печени, зависящую от набу-

хания органа каждый раз во время поступления обратной венозной волны из правого сердца.

Если нормальная печень в редких, исключительных случаях бывает все-таки видна, то нормальный желчный пузырь даже и в этих случаях не бывает заметен. Только при увеличении желчного пузыря, которое мы встречаем при камнях, водянке, эмпиеме, раке пузыря, особенно у исхудавших субъектов при небольшом метеоризме, он вырисовывается на поверхности брюшной стенки, и тогда мы отчетливо видим его респираторные экскурсии.

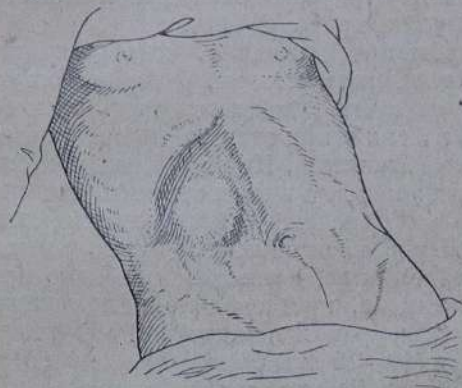


Рис. 60. Опухоль пузыря, смещенного вниз и влево (по Lejars'у).

Особенно ценным для диагностики является видимый желчный пузырь, если он бывает заметен у больного с интенсивной, иногда черной желтухой, тянущейся много недель. В большинстве случаев дело идет о новообразовании, развившемся около ductus choledochus (cancer duodeni, carcinoma papillae Vateri, cancer capitis pancreatis) и реже о закупорке камнем общего протока — симптом Курвуазье—Терье (рис. 60).

Что касается аускультации печени, то при аневризмах а. hepaticaе и при ангиокаверномах бывает возможно выслушать дующий систолический шум, при цирозах—своеобразный тихий, венозный шум, в редких случаях эхинококка—шум от дрожания гидатид, а при воспалении глиссоновой капсулы и отложении фибринозного экссудата на печени (perihepatitis)—не только выслушать, но и прощупать рукой шум трения, напоминающий нежный плевральный аффрикт.

Указанными сравнительно редкими случаями и исчерпывается значение осмотра и выслушивания для диагностики заболеваний печени.

Несравненно большие результаты дает перкуссия.

Мы перкутируем в клинике неприкрытую леками пристеночную часть выпуклой поверхности печени—так называемую абсолютную тупость. Перкуссия глубокой, или относительной, тупости в клинике не удержалась, ввиду того что на результаты ее оказывают очень большое влияние размеры и формы грудной клетки (Михайлов).

При перкуссии верхней границы абсолютной, иначе пристеночной, тупости печени мы пользуемся всегда тихой перкуссией, применяя перкусию пальцем по пальцу, гольдшейдеровскую перкусию, или, лучше всего, изолированную перкусию одним пальцем по способу Образцова. При перкуссии нижне-переднего края печени два предшествующие способа дают во многих случаях не вполне точные результаты, и только перкуссия Образцова применима во всех случаях.

Перкуссия производится по всем условным вертикальным линиям с применением приема для нанесения удара, описанного выше (см. стр. 36). Перкуссия верхней границы удается легко, так как здесь приходится устанавливать границу по контрасту между ясным легочным звуком и тупым от печени, и мы обычно находим верхнюю границу абсолютной тупости по l. parasternalis—у верхнего края VI ребра, по l. mammillaris на VI ребре, по l. axillaris—в VII промежутке, по l. scapularis—в IX промежутке, по l. vertebralis—на уровне XI остистого отростка, причем при прочих равных условиях верхняя граница абсолютной тупости печени у мужчин несколько ниже, чем у женщин. При этом надо помнить, что верхняя граница печеночной тупости обходит правую половину грудной клетки не по горизонтальной линии, а от l. axillaris anterior поднимается вверх по направлению к l. mediana, и только при энтероптозе она бывает приблизительно горизонтальной. В последнем случае печеночная тупость сзади начинается не у самого позвоночника, а только от l. scapularis (Керниг, Михайлов).

Что касается определения нижней границы печени, то для того, чтобы выперкутировать точно нижний ее край, необходимо применять ввиду соседства с кишками и желудком тот способ, которым пользовалась клиника Образцова.

По Образцову определение нижней границы печени производится следующим образом. Перкуссия ведется по l. parasternalis, mammillaris и axillaris anterior dextra, а также по l. mediana и parasternalis sinistra.

Исследуя больного в лежачем положении и пальпируя правой рукой область, расположенную под правой реберной дугой, и подложечную область, мы нередко в тех случаях, где нижний край печени проходит справа ниже реберной дуги, а в подложечной области всегда, получаем соответственно положению края печени особое впечатление повышенной резистенции. При этом мы не прощупываем острого края печени ни при спокойном, ни при усиленном дыхании больного. Затем пальцами левой руки мы фиксируем орган, обладающий этой резистенцией, а указательным пальцем правой руки перкутируем в направлении, вертикальном к линии предполагаемого печеночного края, зону этой повышенной резистенции; мы тотчас получаем абсолютно тупой звук, продолжающийся кверху в тупость печени и граничащий книзу с ясным громким тимпанитом кишок, resp. желудка. Произведя подобного рода перкуссию по всем указанным линиям, мы получаем точное представление о положении нижнего края печени. Перкуссия нижней границы печени по l. axillaris et scapularis производится снизу вверх по правилам, обычным для определения верхней границы.

Нижняя граница абсолютной тупости печени перерезает туловище и грудную клетку в следующих пунктах: по l. parasternalis, sinistra—реберную дугу; по l. mediana—на границе верхней и средней трети l. xupho-umbilicalis; по l. parasternalis dextra—на 2 см ниже реберной дуги; по l. mammillaris—реберную дугу; по l. axillaris—X ребро.

Таким образом высота печеночной тупости по l. parasternalis

равна 8—10 см, по l. mammillaris—9—11 см и по l. axillaris $10\frac{1}{2}$ —12 см (у женщин всегда уже, чем у мужчин, на 1—2 см).

Определив все точки верхней и нижней границы абсолютной тупости печени, мы строим проекционную фигуру печеночной тупости, имеющую типический вид¹ (рис. 61).

Чтобы покончить с перкуссией печени, нужно упомянуть еще о том, что Грокко перкутирует сзади печень не только справа, но и слева от позвоночника и находит слева от позвоночника район тупого звука в $3\frac{1}{2}$ —5 см, имеющий верхнюю горизонтальную границу,

являющуюся продолжением верхней границы тупости справа. При увеличении печени, преимущественно левой ее доли, эта зона может достигнуть 7—10 см. Михайлов и Эвальд придают некоторое значение этой паравертебральной левой тупости печени, я же лично в каком-либо значении ее для распознавания изменений в печени убедиться не мог.

Таковы перкуторные границы нормальной печени при правильном телосложении, среднем питании и нормальном состоянии грудной и брюшной полости.

Всякое отклонение в строении скелета, всякий патологический процесс в грудной и брюшной полости, изменяющий величину и положение размещенных в них органов, а также условия внутриполостного давления сейчас же сказываются на форме и вели-

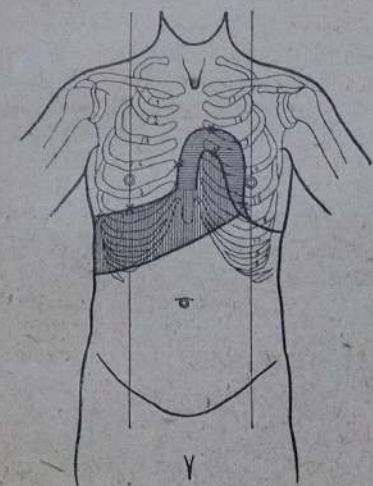


Рис. 61. Фигура абсолютной тупости нормальной печени.

чине печеночной тупости ввиду того, что печень в силу условий своей фиксации способна вращаться около фронтальной и сагитальной осей, а вследствие мягкости своей ткани приспособляться к пространственным отношениям брюшной полости.

Точно так же различные заболевания самой печени связаны с изменением ее объема и конфигурации и сейчас же оказывают заметное влияние на форму и расположение абсолютной печеночной тупости.

Мы оставим пока рассмотрение изменений в тупости печени, встречающихся в клинике, и перейдем к изучению другого метода исследования печени, именно—прощупывания. После ознакомления с ним мы вернемся к этому вопросу и тогда уже разберем, как различные уклонения в конституции и разнообразные патологические процессы грудной и брюшной полости, а также заболевания самой печени влияют на результаты перкуссии и пальпации.

Приступая к пальпации печени, мы должны помнить о тех общих правилах, которые были изложены в первых наших лекциях, так

¹ Подробности перкуссии печени можно найти у В. П. Образцова, «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Киев, 1914, стр. 249.

как без их соблюдения нам не удастся во многих случаях прощупать печень там, где это возможно. Эти правила заключаются в том, что пальпировать нужно всегда при максимальном расслаблении брюшного пресса, всегда в перпендикулярном направлении к оси или краю ощупываемого органа и притом пользуясь респираторными движениями органов брюшной полости. Несоблюдение этих правил, надо полагать, и было причиной того, что еще и в настоящее время почти во всех руководствах по диагностике (Сали, Бругш и Шитенгельм, Краузе, Зейферт и Мюллер, Левин и Плетнев, Яновский, Кончаловский, Кабо и пр.) и даже в специальных монографиях (Квинке и Гоппе-Зейлер, Жильбер и др.) категорически заявляется, что нормальная печень не прощупывается, а если она прощупывается, то только при вялом и мягком брюшном прессе и при опущении печени или же в тех случаях, когда сама печень изменена каким-либо патологическим процессом.

Взгляд этот настолько считался прочно установленным, что даже такой мастер пальпации, как Гленар, прощупав печень у 70% обратившихся к нему разнообразных больных, признал это явление ненормальностью и создал особую теорию так называемого «гепатизма». И только отдельные авторы, как Керниг и отчасти Эвальд, робко заявляли о том, что и нормальную печень прощупать можно. Но в клинике Образцова давно уже держались другого мнения, и в 1916 году Образцов решительно заявил, что нормальная печень прощупывается и что если она не прощупывается, то скорее это явление нужно считать некоторой ненормальностью, требующей всякий раз своего объяснения. Однакоже для того, чтобы прощупать нормальную здоровую печень, ее нужно пальпировать по особому приему и соблюдая те основные правила пальпации, которые были указаны выше.

При пальпации печени нас главным образом интересует прощупывание нижне-переднего края печени. По его свойствам мы составляем себе представление о самой печени, а по его положению, принимая во внимание положение перкуторной верхней границы абсолютной тупости, о величине органа. Пальпация самой печени в нормальных случаях возможна только в той части, где она прилежит непосредственно к передней брюшной стенке, между l. parasternalis sinistra и l. parasternalis dextra, т. е. главным образом левой доли печени. Но при неизмененных свойствах печени и при правильном и нормальном ее положении это удастся только в очень редких случаях, именно при мягком и тонком брюшном прессе или же при расхождении прямых мышц. Однакоже при патологическом увеличении печени мы получаем возможность ощупать и верхневыпуклую поверхность печени и убедиться в том, гладка ли она или же неровна (атрофический цирроз, foie fisselé при сифилисе, бугристая печень при раке, гуммах, местное выпячивание при эхинококке, нарыве и пр.).

Итак, нашей главной задачей при пальпации печени является прощупывание передне-нижнего края. Прощупывание печени производится в лежачем положении больного. Но я уже давно производжу прощупывание и в стоячем положении и в положении на левом боку.

Если в лежачем положении нижний край печени спрятан под реберной дугой, то при вертикальном положении больного ввиду опускания диафрагмы и по условиям тяжести печень выходит из под реберного края на $1\frac{1}{2}$ —2 см и становится иногда доступной для прощупывания. Заставив больного согнуться несколько кпереди и усиленно дышать и пользуясь тем же приемом прощупывания, что и в лежачем положении, удастся прощупать край печени между *l. mammillaris* и *axillaris anterior*. Особенно выгодно прощупывать печень в стоячем положении в патологических случаях, когда она увеличена и уплотнена и одновременно имеется повышение внутри



Рис. 62. Техника пальпации печени при положении больного на спине.

брюшного давления вследствие накопления асцита, резкого метеоризма или от других каких-либо причин, что мешает прощупать печень в горизонтальном положении. Однако главное исследование все же производится в лежачем положении (рис. 62). Я приведу описание техники пальпации в буквальном изложении Образцова.

«Больной с открытым животом ложится горизонтально на спину, со слегка приподнятой на невысокой подушке головой, с приведенными к туловищу плечами и с положенными на груди руками. Плечи приводятся к туловищу, для того чтобы затруднить больному пользование при дыхательном расширении груди большими дыхательными мышцами (*m. m. pectorales majores*), прикрепляющимися к плечевым костям, и тем заставить его при глубоком вдохании пустить в дело грудобрюшную преграду, которая при своем сокращении, особенно усиленном, сдвигает лежащие под ней органы вниз. Врач садится на стул рядом с кроватью или софой больного, лицом к нему, кладет ладонь и последних четыре пальца левой руки на правую поясничную область и отчасти на последних два ребра, большим же

пальцем левой руки сдавливает реберную дугу спереди. Сдавливание левой рукой правой поясничной области подает заднюю брюшную стенку вперед; сдавливание же реберного края большим пальцем имеет целью вообще препятствовать расширению грудной клетки. Ладонь правой руки кладется плашмя с выпрямленными 2—5-м пальцем (средний палец при этом слегка сгибается), окончания которых, лежащие на одной линии, заходят за край правой реберной дуги. После установки пальцев обеих рук больному предлагают сделать глубокое вдыхание. Вместе

с дыхательным сокращением грудобрюшной преграды передний, не фиксированный край печени обязательно будет двигаться вниз. Однако это движение при указанной выше установке обеих исследующих рук будет происходить с некоторым затруднением, а именно: скользя под влиянием сокращения грудобрюшной преграды сперва по ее поверхности, гесп. по задней поверхности брюшной

стенки край печени попадает в искусственный карман (рис. 63, B^1), образуемый вдавлением брюшной стенки исследующими пальцами. Он становится спереди их ногтевых поверхностей, но под влиянием дальнейшего сокращения грудобрюшной преграды выскальзывает из кармана, обходит верхушки исследующих пальцев и, опускаясь дальше вниз, приходит через брюшную стенку в соприкосновение с мякотной поверхностью исследующих пальцев, становясь позади их (рис. 63, B^2). Моментом обхода окончаний фиксированных пальцев при дыхательном опускании края печени пользуются для определения путем прощупывания его свойств, т. е. выясняют, мягкий ли край, гибкий, острый, закругленный, плотный, неровный, чувствительный и т. д. По этому малому кусочку прощупываемой печени можно судить о печени, как о целом, за исключением, разумеется, случаев, когда различные отделы печени имеют различную плотность, например, при эхинококке, гуммах и т. п.

«Уровень окончаний пальцев при исследовании на известной близости от реберного края не представляет, разумеется, нечто постоянное, ибо и положение переднего края печени нельзя рассматривать, как нечто фиксированное. Поэтому, если поставленные на известной высоте пальцы не встречаются при грудобрюшном дыхании края печени, мы ставим пальцы на 1 см выше; не встречая печеночного края и здесь, двигаемся вверх еще на 1 см. Иногда же, наоборот, мы спускаемся от первоначального уровня вниз на 1 и 2 см. Вообще далеко не всегда удается прощупать край печени сразу, при первом же глубоком вдыхании грудобрюшной преграды».

При патологическом увеличении печени мы пользуемся при прощупывании этим же приемом Образцова. Чтобы знать приблизи-

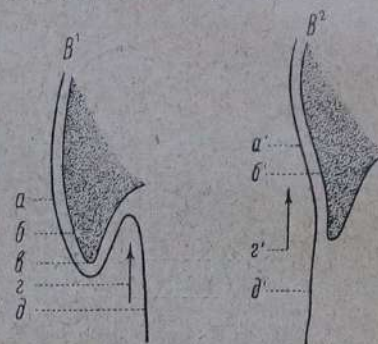


Рис. 63. Прощупывание печени по Образцову.

B^1 —первый момент; B^2 —второй момент; *a*—кожа; *б*—брюшина; *в*—нижний край печени; *г*—вдавление в стенке живота и направление пальцев; *д*—поверхность живота.

тельно место, где следует вести прощупывание, нужно предварительно выстучать нижний край или произвести поверхностное ориентировочное ощупывание. При известной привычке к пальпаторным исследованиям очень нетрудно по резистенции определить приблизительное местонахождение ее края. Для этого я пользуюсь обыкновенно следующим приемом. Поставив 4 пальца правой руки под реберной дугой и произведя легкое давление на переднюю брюшную

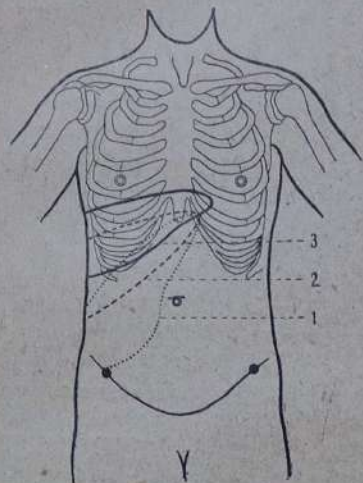


Рис. 64. Изменение положения передне-нижнего края печени при ее опущении (1, 2, 3).

стенку, я скользя пальцами от нее вниз по брюшной стенке; тогда на месте, где кончается печень, т. е. где проходит край печени, получается ощущение изменившегося сопротивления (резистенции). Здесь мы и производим прощупывание края по методике Образцова и обычно сейчас же его и находим. Но при опускании печени, когда правая доля спускается книзу, иногда соприкасаясь с подвздошной костью, а левая подымается вверх, вследствие чего край печени занимает почти вертикальное положение, прощупывание ведется по тем же правилам, как при норме, но в направлении, почти горизонтальном слева направо (рис. 64). Словом, правило для прощупывания—всегда пальпировать в перпендикулярном к искомому краю направлении—должно строго соблюдаться, и при изменении направ-

ления края нужно менять положение прощупывающих пальцев. Пользуясь вышеописанной методикой, Образцов прощупал печень у студентов в 88%, т. е. прощупываемость печени есть явление нормальное, а не патологическое. Прощупывающийся край нормальной печени представляется мягким, острым, легко подворачивающимся и в большинстве случаев нечувствительным. Однако же в некоторых случаях у клинически здоровых людей он бывает и чувствительным и слегка уплотненным (по Образцову 26%). Однако последние случаи в настоящее время надо уже отнести к области патологии, так как исследование содержимого 12-перстной кишки и функций печени в этих случаях обычно указывает или на наличие холецистоангиохолита или гепатита. Таким образом прощупать нижний край нормальной печени удастся в области *l. mammillaris*. Кнаружи этот край в нормальных условиях прячется под реберную дугу; кнутри по бокам *l. medianae* его не удастся прощупать по той причине, что здесь толща мышц довольно значительна. Однако в патологических случаях, когда печень увеличена и уплотнена, прощупать нижний край удастся и в области упомянутых линий. Мало того, в некоторых случаях асцита удастся прощупать край печени только по *l. medianae* и по *l. axillaris*. При пальпации по подмышечной линии бывает полезно положить больного на левый бок—тогда печень

и асцитическая жидкость отходят в левую половину живота, и нижний край правой доли становится доступным для прощупывания.

Здесь я должен упомянуть, что при больших скоплениях жидкости в брюшной полости можно бывает прощупать печень только при помощи толчкообразной баллотирующей пальпации, которой Керниг вообще пользовался при пальпации печени.

Что касается исследования желчного пузыря, то как перкуторно, так и пальпаторно¹, раз пузырь нормален, определить его нам не удастся. Он слишком мягок и слишком мало выступает за край печени, чтобы его можно было найти постукиванием или пальпацией. Но в тех случаях, когда желчный пузырь изменен, увеличен и наполнен ненормальным содержанием, он поддается исследованию. В этих случаях, как сказано выше, он даже выступает иногда на поверхности брюшной стенки и бывает видим. В большинстве случаев, однако, увеличенный пузырь невидим, но ясно прощупывается в форме овального эластического тела различной величины в зависимости от количества заключающегося содержимого; иногда он прощупывается в форме груши, которая совершает респираторные

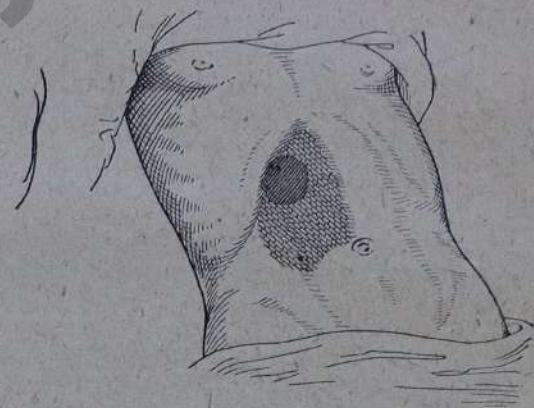


Рис. 65. Рельеф желчного пузыря, окруженный воспалительным экссудатом при перихолецистите.

движения сверху вниз вместе с печенью и в случае отсутствия спаек обладает пассивной подвижностью в стороны—совершает пассивные маятникообразные движения справа налево. Прощупывается обыкновенно желчный пузырь непосредственно под краем печени кнаружи от наружного края *m. recti dex.* Прощупывающийся пузырь имеет различную консистенцию в зависимости от состояния его стенок и характера содержимого. При уплотнении стенок в результате их воспаления (*cholecystitis chronica, pericholecystitis*) или же при развитии новообразования в нем он представляется плотным, иногда болезненным. Точно так же скопившиеся в большом количестве камни дают впечатление плотности, иногда некоторой бугристости; в редких случаях при надавливании пальпирующими пальцами можно получить своеобразный стук или хруст. Увеличенный пузырь обыкновенно прилежит к брюшной стенке и дает при перкуссии притупленный звук (рис. 65). Однако при значительных увеличениях (эмпиеме или водянке) и одновременном вытяжении протока пузыря он может располагаться вдали от печени и быть прикрытым кишками.

¹ Методика исследования пузыря обычная и особенного описания не требует.

В других случаях иногда при исследовании больного на спине не удается прощупать желчный пузырь несмотря на то, что он увеличен. Это обычно бывает тогда, когда он, будучи слишком подвижен, подворачивается под правую долю печени и там прячется; для отыскания желчного пузыря в этих случаях приходится положить больного на левый бок; в этом положении пузырь выходит из-под печени и становится пальпабельным. Надо помнить, что если желчный пузырь сильно увеличен, достигая иногда величины головки новорожденного, его легко бывает смешать с растянутой увеличенной почкой (гидро-пионефроз), тем более, что в этих случаях при постукивании под ним может получиться тимпанический тон, так как он бывает нередко прикрыт кишками, спаявшимися с ним после перенесенного перехода. В этом случае внимательная пальпация двумя руками фланка и катетеризация мочеоточника устанавливают природу опухоли.

Такова методика перкуссии и пальпации печени, которая дает наиболее точные результаты. Следовательно, пользуясь ею, можно составить себе приблизительно точное представление о морфологических свойствах печени и ее положении. Мы знаем в настоящее время, что увеличение печеночной тупости в большинстве случаев с опусканием ее края наблюдается как при увеличении самой печени (застойная печень, гипертрофические циррозы, опухоли печени, эхинококк, нарыв, гуммы, воспалительная гиперемия печени, лейкемия, амилоид, жирная печень, желтушная печень), так и при повороте ее около фронтальной оси. Это бывает в случае гепатоптоза и развития на верхней поверхности печени процессов, заставляющих ее совершать этот поворот (*anteversio*), как-то: эхинококка, абсцеса, поддиафрагмального нарыва, опухоли, развивающейся на выпуклой поверхности. Кроме того увеличение печеночной тупости бывает в случае патологических процессов, развивающихся в грудной полости, как-то: пневмонии, плеврита, эмфиземы, сморщивания легкого. Напротив, уменьшение печеночной тупости наблюдается при уменьшении самого органа (атрофия, атрофический цирроз, желтая атрофия, изредка сифилис печени) и при повороте около фронтальной оси кверху (*retroverso*); это краевое состояние печени, вызванное повышением внутрибрюшного давления и вздутием кишок, приподнимающих печень кверху, а иногда, особенно при уплотнении печени, надвигающихся на передний край печени и прикрывающих его. Наконец, уменьшение печеночной тупости наблюдается в редких случаях скопления газа под диафрагмой при перфорации органов брюшной полости, содержащих газ. Равным образом многие из означенных процессов вызывают изменение в конфигурации и ходе границ тупости печени, что в связи с изменением площади тупости дает ценные данные для распознавания. Большинство процессов, вызывающих увеличение печени, делает ее очень доступной для прощупывания; это позволяет изучить ее консистенцию, характер ее поверхности, форму и свойства ее нижнего края и убедиться в болезненности или чувствительности больного органа.

Так, при ожирении печени, нарыве, иногда при солитарном эхинококке печень бывает мягкой, а при циррозах, амилоиде, опухолях,

множественном эхинококке—твердой. Край ее представляется острым при желтушной печени, циррозе Гано, эхинококке, жирной печени, закругленным—при застое и амилоиде, неровным, изрезанным при циррозах, сифилисе, раке. Поверхность бывает гладкой при застойной печени, желтушной печени, амилоиде и циррозе Гано; напротив, она бугристая и зернистая при атрофическом циррозе, сифилисе, раке, многокамерном эхинококке, абсцесах.

Что касается болезненности, то мы ее констатируем при всех процессах, связанных с острым разбуханием печени (застойная печень, печень при припадке желчнокаменной болезни, при воспалительной гиперемии—ангиохолите), а также нередко при сифилисе, раке, эхинококке, нарыве, циррозах, особенно, если эти заболевания сопровождаются перигепатитом. Нечувствительны жирная и амилоидная печень.

Все эти обнаруженные свойства являются весьма ценными для диагностики. Однако, для того чтобы использовать полученные результаты с целью распознавания разнообразных заболеваний печени и ее придатков, необходимо предварительно осветить полученные данные с точки зрения тех условий, при которых они получены. Так как в зависимости от них различные по величине и по форме органы могут дать одни и те же результаты, приходится принимать во внимание возраст, телосложение, питание и состояние поддерживающего связочного аппарата и состояние других органов, окружающих печень, а также условия внутрибрюшного и внутригрудного давления, словом рассматривать полученные данные в свете индивидуальных особенностей больного.

Это обстоятельство до известной степени подрывает диагностическое значение перкуссии и пальпации и требует создания нового точного метода, притом совершенно объективного, который позволил бы точно установить положение печени, ее форму, величину и состояние ее паренхимы.

Кроме того в некоторых случаях заболевания печени, когда изменения в ней не особенно резки и когда они расположены непосредственно под куполом диафрагмы, т. е. в тех участках печени, которые для прощупывания вовсе недоступны, а для перкуссии только отчасти, результаты нашего обычного клинического исследования бывают не особенно убедительны.

Такая же неудовлетворенность чувствуется в тех случаях желчнокаменной болезни, при которых в силу ли происшедшего сморщивания желчного пузыря или же в силу воспалительных спаек вокруг него трудно убедиться в наличии конкрементов в пузыре. То же бывает, наконец, в тяжелых случаях, когда конкремент застревает в *ductus choledochus*, вызывая тяжелую ретенционную желтуху; когда приходится решить вопрос, имеем ли мы дело с конкрементом или же с каким-нибудь новообразованием или рубцом, вызвавшим полную облитерацию протока. Здесь и перкуссия и пальпация не могут дать ценных результатов для решения этого вопроса; желательнее было бы иметь для таких случаев метод, который бы давал точные данные. Этот метод думали найти в рентгеновском исследовании печени. Но, к сожалению, как мы сейчас увидим, и рентгенов-

ское исследование далеко не всегда дает надежные результаты. Несмотря на устройство мощных аппаратов и усовершенствование техники исследования, видеть ясно целиком все контуры печени удается только в том случае, когда желудок и кишки наполнены газами. Желчный же пузырь, даже наполненный камнями, ввиду небольшого содержания кальциевых солей и малой абсорбирующей способности холестерина и пигментов, удается видеть и фотографировать только при особо благоприятных условиях. Контур нижнего края печени и особенно желчного пузыря при нормальных условиях бывают неясны: чтобы их различить, нужно искусственно надуть желудок и colon газом. В этих условиях нижние контуры печени вырисовываются отчетливо, что позволяет каждый раз составить точное представление о ее форме, величине, положении. Конфигурацию же верхней поверхности, пролегающей к диафрагме, мы различаем совершенно ясно ввиду того, что она плотно прилежит к диафрагме, которая, будучи органом относительно податливым и растяжимым, повторяет контуры верхней поверхности печени, приспосабливаясь к ним. Простое рентгеноскопическое исследование совершенно точно позволяет констатировать захождение петель кишок между печенью и диафрагмой или боковыми отделами брюшной стенки, накопление воздуха под диафрагмой при перфорации какого-нибудь полостного органа брюшной полости, скопление гноя и газов между печенью и диафрагмой при поддиафрагмальном газовом нарыве, сращение печени по верхней поверхности с диафрагмой, резкие неровности на верхней поверхности. Это значит, что при рентгеноскопическом исследовании можно точно диагностировать эхинококк, нарыв, иногда раковую опухоль, поддиафрагмальный абсцесс, но констатировать камни в пузыре, различать более мелкие деформации печени или изменения консистенции ткани обычной рентгеноскопией не удастся. Чтобы облегчить распознавание и этих морфологических изменений, стремились, по почину Вебера, экспериментировавшего на животных, облегчить исследование вдуванием воздуха или кислорода в брюшную полость (Гетце и Раутенберг).

Техника этого способа очень проста. По Раутенбергу она состоит во вдувании посредством двойного балона через канюлю, проникающую в брюшную полость между лобком и пупком воздуха, пропущенного через вату, в количестве от 1 до 2 л. Но можно также пользоваться аппаратом Форланини для наложения искусственного пневмоторакса¹. Этот способ позволяет лучше рассмотреть контуры печени и в некоторых случаях видеть камни в желчном пузыре и протоках. Но по отношению к камням это обычно удается только в тех случаях, когда они содержат достаточное количество кальциевых солей или когда благоприятны естественно или искусственно созданные окружающие условия (присутствие газа) (рис. 81). С улучшением рентгеновской аппаратуры, введением двусторонних пленок и пр. стало возможным получение в норме контуров желчного пузыря и желчных камней от 88% (Георг и Ленар) до 93% исследу-

емых случаев (Кирклин) путем применения десятков снимков в различных условиях и направлениях. По другим авторам процент распознавания желчных камней значительно ниже—25. Вот почему метод Грехема и Калька—наполнение контрастным веществом главным образом желчного пузыря—привлек внимание клиницистов и рентгенологов. Эти авторы атом натриевой соли тетрафторфенолфталеина, применявшегося по Розенталю для функциональной пробы печени, заменили атомами вещества более высокого удельного веса—брома, иода. В настоящее время есть два метода введения контрастного вещества для этой цели: интравенозный и оральный с расчетом 0,1 контрастного порошка на 1 кг веса (Оттенберг и Абрамсон). Оральный метод не имеет противопоказаний; больной подготавливается небольшими приемами бедной углеводами пищи и очисткой кишечника клизмой. Производимые рентгенографические и рентгеноскопические тщательные исследования обзорного характера через 13—15 часов заменяют серией других, принимая во внимание нормальное освобождение желчного пузыря через 2 часа. Этим путем удается изучать способность желчного пузыря к опорожнению, сократимость его стенок, наличие конкрементов, дефектов наполнения и т. д.

Наконец, введение интравенозно (по предложению Окса, 1928 г.) более стойкого соединения тория—thorotrast (фирмы Гейден) по определенному методу дало возможность через 24 часа после впрыскивания получить контрастную тень печени и других паренхиматозных органов. Этот метод гепатографии ждет своего усовершенствования, в то время как холецистография при своей относительной безопасности применяется все чаще и чаще.

Словом, успехи рентгенодиагностики печени и желчных путей очень велики, но нельзя сказать, что рентгеновский снимок или рентгеноскопия во всех сомнительных случаях может разрешить наши недоумения. По отношению к печени, как и к другим органам, надо признать, что клинический диагноз ставится на основании совокупности результатов всех методов исследования, клинического наблюдения, анамнеза и анализа всего накопленного материала. Надо сказать, что в настоящее время благодаря усовершенствованию методики физического исследования и введению в клиническую практику дуоденального зонда диагностика заболеваний печени стоит на достаточной высоте. Однако это еще не значит, что мы уже умеем в клинике распознавать решительно все заболевания печени. Многие патологические процессы нами пока еще не распознаются: это те именно заболевания, где нет резких нарушений морфологических, но имеются налицо нарушения функции органа.

Распознавание нарушений функций органа не входит в задачу физической диагностики; оно является целью функциональной диагностики. Этим в отношении печени и занята в настоящее время клиника. К сожалению, результаты ее пока еще не могут удовлетворить все запросы современной клиники. Объясняется это тем, что физиология и патологическая физиология печени далеко еще не изучены; слишком сложны функции печени в организме и обширны функциональные связи с другими органами и железами, а это делает крайне трудным анализ полученных результатов.

¹ Подробности можно найти у Grödel'я, I. c., или у Assmann'a, Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen, Leipzig, 1928.

ЛЕКЦИЯ ОДИННАДЦАТАЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ

Некоторые топографо-анатомические данные. Осмотр, перкуссия, аускультация и пальпация. Рентгеновское исследование селезенки, значение результатов физической диагностики селезенки для распознавания ее заболеваний, а также для диагностики инфекционных болезней, заболеваний крови и кроветворных органов

Закончив исследование печени, необходимо у каждого больного исследовать также форму, величину, положение и состояние его селезенки; при исследовании селезенки опять-таки приходится всегда считаться с ее топографо-анатомическими отношениями, о которых, хотя бы в кратких чертах, мы сейчас напомним.

Как известно, селезенка представляет солидный орган, весом у взрослого человека от 180 до 200 г, который имеет овоидную форму и расположен в левом подреберье, латерально от желудка, непосредственно под куполом диафрагмы между IX и X ребрами таким образом, что его длинная ось почти совпадает с десятым ребром или же образует с ним острый угол. Задне-верхний, более тупой конец ее не доходит до позвоночника на 3—4 см, а передне-нижний не переходит *linea costo-articularis* (линия, соединяющая грудно-ключичное сочленение с передним концом XI ребра). Селезенка имеет три поверхности: одну наружную—выпуклую, которой она соприкасается с диафрагмой, и две внутренние, немного вогнутые, именно—задне-внутреннюю, которой селезенка соприкасается с левой почкой и надпочечником, и передне-внутреннюю, которой она сверху в большей своей части прилегает ко дну желудка, а внизу соприкасается с *flexura colica sinistra*.

В описанном положении селезенка удерживается, между прочим, с одной стороны, благодаря связочному аппарату, именно *ligamentum gastro-splenicum*, *pancreatico-splenicum* и *phreno-splenicum* и отчасти *ligamentum phrenico-colicum*, на которое упирается нижний конец селезенки; с другой стороны, ее снизу и сзади поддерживает левая почка с надпочечником. Селезенка укреплена в своем положении недостаточно прочно ввиду того, что она поддерживается связками, идущими от тех органов брюшной полости, которые сами занимают меняющееся положение в зависимости от наполнения их, а также и от положения тела больного. Однако же уходить из своего места и вываливаться селезенке не позволяет *ligamentum phrenico-colicum*,

которая действительно должна быть названа поддерживающей связкой селезенки. Только в тех случаях, когда резко меняются условия внутрибрюшного давления и связочный аппарат селезенки растягивается, она может выйти из своего ложа и занять любое место в брюшной полости (*lien mobile*). Будучи расположена непосредственно под диафрагмой, селезенка, естественно, совершает довольно значительные дыхательные движения.

При различных инфекционных заболеваниях, при заболеваниях крови и кроветворных органов, при болезнях печени и в случае развития разнообразных патологических процессов в ней самой форма, величина, консистенция, конфигурация и положение селезенки могут значительно изменяться. Поэтому для распознавания этих заболеваний в клинике нам важно иметь возможность определять изменения в ее морфологических свойствах и в положении. С этой целью издавна пользуются перкуссией и пальпацией селезенки, а в последнее время и рентгеновским исследованием. Что касается инспекции, то она, естественно, может дать только тогда кое-какие результаты, когда чрезмерно увеличенная селезенка выпячивает левую половину грудной клетки, выходит из-под костного скелета ее и, приподнимая левую половину живота, нарушает нередко симметрию обеих его половин; в этом случае она видна через покровы.

Аускультацией можно пользоваться только для диагностики воспаления покровов селезенки, когда выслушивается в ее области *affrictus peritoniticus*, который, между прочим, в таких случаях может прекрасно пальпироваться.

Главным физическим методом исследования селезенки несомненно является прощупывание. Оно производится обычно в лежачем положении больного на спине или же, что еще удобнее, в правом боковом или диагональном положении (Сали, Шустер). Врач кладет левую руку ладонью на левую половину грудной клетки в области VII—X ребра и слегка надавливает на нее; этим он достигает, фиксируя левую половину грудной клетки, увеличения дыхательных экскурсий левого купола диафрагмы. Слегка согнутыми в последнем фаланговом суставе пальцами правой руки, положенной ладонью перпендикулярно реберному краю в области X ребра, непосредственно у реберного края, и продавленными слегка в брюшную полость мы прощупываем движущийся при глубоких дыхательных экскурсиях нижний конец селезенки. Никакие движения концами пальцев навстречу опускающейся при вдохе селезенки при прощупывании не следует делать, так как при этом в случаях небольшого увеличения селезенки можно легко разминуться с движущимся краем ее и таким образом его не прощупать. Селезенка сама при глубоком вздохе больного подходит к пальцам. Следовательно, механизм прощупывания селезенки в сущности тот же, что и при пальпации печени: нижне-передний край селезенки попадает в образовавшийся от давления пальцев на брюшную стенку карман и при дальнейшем опускании при вдохе выскальзывает из него, обходя вокруг концы пальцев исследующего, или же подходит к ним и толкает. Пользуясь описанным приемом, легко прощупать селезенку не только при увеличении ее объема, но также и при простом ее опущении (рис. 66). Этот прием

также очень удобен при пальпации средне увеличенных селезенек, но при огромных селезенках (лейкемия, малярия, morbus Vaquez-Osler'a, болезнь Банти и пр.) она бывает излишня. Тогда мы ведем самое обычное прощупывание селезенки, передвигая по ней концы пальцев, между прочим, и в области прощупывающегося края, и таким образом знакомимся не только со свойствами края, но и с характером ее консистенции, поверхности и пр.

Принято считать, что нормальная, не увеличенная селезенка не прощупывается, и что раз она пальпируется, то, следовательно, она



Рис. 66. Техника пальпации селезенки.

увеличена. Это мнение вполне согласуется с нашими сведениями о положении ее передненижнего края—он обычно не заходит дальше *linea costo-articularis*. Однако при проверке оказывается, что высказанное мнение не для всех случаев правильно и у некоторых людей при нормальной величине органа все-таки прощупать селезенку удается. Это относится к тем субъектам, у которых имеется очень нежное строение тела, в большинстве случаев к женщинам с *habitus asthenicus*, у которых благодаря более низкому стоянию диафрагмы и малому объему левого подреберья селезенка расположена ниже и ближе кпереди. У них при глубоких дыхательных движениях бывает возможно прощупать нормальную селезенку. Точно так же удается прощупать нормальную селезенку при опущении левого купола диафрагмы под влиянием давления плевритического экссудата, пневмоторакса, при значительном энтероптозе, когда она, как у большого с нежным сложением, но без явного энтероптоза, пальпируется тонким, гладким, мягким краем, причем имеет более отвесное положение; передненижний конец ее прощупывается не в области IX—X ребра, как при небольшом увеличении селезенки, а больше кзади в области X—XI—XII ребер.

Но в большинстве случаев если селезенка прощупывается, то следует считать, что она увеличена. При этом обыкновенно свойства ее нижнепереднего прощупывающегося конца становятся другими, чем у нормального органа, и в некоторых случаях прощупывающаяся селезенка делается чувствительной.

В зависимости от степени увеличения всего органа прощупывающаяся часть бывает то большей, то меньшей величины, и по тому, насколько селезенка выходит из-под реберного края, можно до известной степени судить о том, насколько увеличился и весь орган.

Сравнительно небольшое увеличение селезенки, когда она выходит своим краем из подреберья на 2—5—7 см, мы наблюдаем при острых инфекционных болезнях (брюшной тиф, возвратная горячка, сыпной тиф, малярия, септические процессы, например, *endocarditis lenta*, иногда грипп, крупозная пневмония, цереброспинальный менингит и пр.), а также при хронических застоях у сердечных больных и страдающих цирозами печени, при хронических заболеваниях крови (злокачественная анемия, лейкемия, эритропения), при псевдолейкемических заболеваниях и, наконец, ее увеличение бывает иногда просто неизвестного происхождения, чаще всего у молодых субъектов, где возможной причиной может быть наследственный сифилис, рахит или *status lymphaticus*, а также флебит селезеночной вены. По степени плотности края увеличенной селезенки можно до известной степени судить о давности ее увеличения. Чем увеличение селезенки держится дольше, тем консистенция ее паренхимы становится тверже и плотнее; в общем при острых процессах селезенка мягче, чем при хронических.

В этих случаях селезенка уже прощупывается не только во время глубокого вдоха, но и при среднем дыхательном положении диафрагмы и грудной клетки.

Большие и чрезмерно большие селезенки в тех случаях, когда селезенка своим нижним полюсом спускается в полость таза, пальпируются все время. Здесь мы получаем для опознания селезенки в пальпируемой опухоли новый диагностический признак—это зазубрины—вырезки, числом от 1 до 4, на ее переднем крае (*margo crenatus*). Их мы находим в случаях спленомегалии при амилоиде, при лейкемии, особенно хронической миелогенной, при псевдолейкемии, при болезни Банти, при *anaemia splenica*, при болезни Гоше, болезни Вакеза, при болезни Greppi—Frugoni, при хронической малярии и, наконец, при эндотелиомах и кистах. В этих случаях мы получаем возможность с помощью пальпации изучить свойства поверхности селезенки, убедиться иногда в отложении фибрина при периспленитах, найти выпячивание, как при эхинококке, серозных и геморагических кистах и абсцесах (при которых, между прочим, удается иногда обнаружить и зыбление), а также имеем возможность составить представление о степени плотности ткани селезенки. Все найденные признаки являются весьма ценными как для диагноза заболеваний самой селезенки, так равным образом для распознавания тех болезней, при которых спленомегалии вообще наблюдаются.

Здесь я должен остановиться на дифференциальной диагностике опухолей селезенки. В действительности в большинстве случаев бывает легко и просто распознать увеличенную селезенку в опухоли, выходящей в свободную брюшную полость из-под левого подреберья, дающей при перкуссии тупой звук, распространяющийся на грудную клетку и совершающий дыхательные экскурсии. Диагностика облегчается нахождением на краю этой опухоли вырезок. Но в других случаях опухоли, исходящие из дна желудка и достигающие больших размеров, имитируют увеличенную селезенку; точно так же опухоли надпочечников и левой почки могут дать повод к смешению их с увеличенной селезенкой.

Что касается опухоли желудка, чаще всего рака, то сомнение в правильности диагностики новообразования поддерживается не только физическим сходством этой опухоли с увеличенной селезенкой, но и тем, что у подобного рода больных раком желудка долгое время отсутствует исхудание и всякие диспептические явления. По внешней форме и консистенции прощупывающаяся опухоль напоминает селезенку тем, что она совершает значительные дыхательные экскурсии, имеет закругленный нижний полюс и так же, как увеличенная селезенка, уходит в левое подреберье. В этих случаях точная перкуссия опухоли, особенно после раздувания желудка, показывает, что она попадает в проекционную перкуторную фигуру желудка и что если она благодаря развитию новообразования на передней поверхности желудка и дает притупленный тон, то все-таки в нем всегда имеется оттенок тимпанического звука; в отличие от селезенки это притупление не распространяется кзади дальше *linea costo-articularis*.

По отношению опухолей селезенки надо сказать, что кисты ее, особенно если селезенка бывает благодаря рецидивирующим периспленитам сращена с диафрагмой и брюшной стенкой, можно легко смешать с эпинефромами, с опухолями, исходящими из левой почки, как гидронефроз, пионефроз, эхинококк и злокачественные новообразования. Дифференциальным отличием опухоли селезенки от опухолей надпочечника и левой почки является, с одной стороны, присущая опухолям селезенки дыхательная подвижность и вырезки на крае, с другой—нахождение впереди исходящей из почки опухоли ободочной кишки, которая обычно в этих случаях прощупывается и дает при перкуссии тимпанический звук, особенно если ее раздуть путем инсуфляции через *anus*, а также положение опухоли во фланковой области и баллотирование при бимануальном исследовании. Но, как было уже сказано, при опухолях селезенки благодаря сращениям может быть потеряна подвижность, а при эпинефромах ободочная кишка может быть отодвинута при росте опухоли в сторону и не покрывать опухоли. В первом случае опухоль селезенки приобретает черты, свойственные опухолям почки, а во втором—опухоль почки приобретает признаки, характерные для опухоли селезенки. Мало того, в некоторых случаях подвижный *colon transversum* может запрокинуться на переднюю поверхность увеличенной селезенки и в этом положении фиксироваться благодаря бывшему перисплениту; иногда же вся опухоль селезенки лежит позади *colon descendens* (Эстерейх). Во всех этих случаях впереди опухоли селезенки опре-

деляется кишка, что в сущности свойственно опухоли почки. В подобного рода случаях тщательная бимануальная пальпация и перкуссия опухоли все-таки позволяет в большинстве случаев провести дифференциальную диагностику. Опухоли почки расположены больше во фланковых областях, больше выпячивают кзади поясничную область и меньше распространяются кверху под диафрагму, чем опухоли селезенки. Последние все-таки лежат ближе к средней линии, и верхний их полюс находится непосредственно под диафрагмой; нередко они отдают диафрагму значительно кверху, благодаря чему тупость опухоли подымается непосредственно в *hypochondrium sinistrum*, целиком его занимает и граница ясного легочного звука также приподымается на 3—4 см. Однакоже надо признать, что в некоторых случаях и эти признаки не вполне выясняют дело и для решения вопроса приходится обращаться к исследованию крови, катетеризации мочеточников и функциональной диагностике почки и рентгеновскому исследованию—именно пиелографии.

Большую поддержку прощупыванию при распознавании различных изменений в селезенке оказывает перкуссия; хотя мы в настоящее время не придаем в клинике большого значения постукиванию нормальной селезенки и не полагаемся исключительно на результаты перкуссии, тем не менее отрицать всякое значение ее не приходится; но, конечно, перкуссия здесь является лишь более подсобным методом для пальпации.

Из сказанного о топографических отношениях селезенки ясно, что выперкутировать всю селезенку ввиду прикрытия ее толстым краем левого легкого невозможно, и приблизительно $\frac{1}{3}$ ее объема, именно та часть, которая лежит близко к позвоночнику, выперкутирована быть не может.

Таким образом перкуссии поддается только та часть, которая непосредственно прилежит к грудной клетке, именно ее пристеночный участок. Так как селезенка прикрыта легкими, кнутри и книзу от нее лежат желудок и ободочная кишка, а кзади и книзу—почка, то мы в состоянии выстучать границу между легкими и селезенкой, селезенкой и желудком и кишкой; это и составит передневерхнюю и задненижнюю границы селезенки. Здесь надо упомянуть, что, будучи сравнительно малым органом по объему и лежа между органами, содержащими газ, селезенка при перкуссии дает только притупленный звук, а не абсолютно тупой. В силу этих же обстоятельств перкутировать нужно слабо. Перкутировать нужно всегда, пользуясь тихой перкуссией, лучше всего непосредственной перкуссией одним пальцем по Образцову. Обычно перкуссия ведется при пустом желудке и непереполенных толстых кишках в положении больного на спине или же на правом боку, причем перкуссия производится сверху вниз по средней подмышечной линии. Таким образом мы находим верхнепереднюю и нижнезаднюю границы селезеночной тупости, а передний ее край определяется уже перкуссией впереди от найденной тупости. Я лично перкутирую селезенку несколько иначе. Я иду от края реберной дуги кзади по десятому ребру и, найдя первое притупление в районе *linea costo-articularis*, на 5—6 см от реберного края, ставлю здесь карандашом метку; затем, отойдя от этой метки

кзади на 3—4 см, я перкутирую по линии, идущей перпендикулярно к X ребру, спереди и сверху, вниз и кзади. Таким образом устанавливается передняя, верхняя и нижняя границы тупости. Верхняя граница лежит обычно на IX ребре там, где легочный звук переходит в притупление, а нижняя—на XI ребре там, где притупление переходит в тимпанит кишок. Ширина селезеночного притупления равна приблизительно 4—6 см.

Чтобы выстукать всю проекционную фигуру селезенки, нужно в области найденного притупления перкутировать по радиусам от периферии к центру, отмечая всякий раз место начала притупления карандашом. Соединив все отмеченные пункты между собой, мы и получим проекционную фигуру селезеночной тупости.

Перкуссия нормальной селезенки представляется очень трудной и крайне неточна ввиду глубокого положения, малой величины и близкого соседства газосодержащих органов. Если селезенка увеличивается в объеме, то постукивание становится легче, но в этих случаях ее уже можно прощупать, и поэтому перкуссия делается как бы лишней. В таких случаях мы чаще применяем постукивание не с целью выперкутировать проекционную фигуру тупости селезенки, а чтобы убедиться, что прощупываемый орган дает тупой звук и, следовательно, не прикрыт кишками.

Итак, в тех случаях, когда селезенка не поддается пальпации, и мы должны в своих заключениях относительно величины и формы полагаться на данные перкуссии, мы этого, строго говоря, сделать не можем, так как постукивание дает неточные результаты, а в тех случаях, когда селезенка увеличена, оно в сущности является лишним. Поэтому перкуссия селезенки стала применяться в клинике все реже и реже. В таких случаях, когда мы не прощупываем селезенки, то с целью нахождения ее и распознавания ее топографических отношений мы все чаще и чаще прибегаем теперь к рентгено-скопии, resp. рентгенографии.

Нормально при рентгеноскопии видна одна только верхняя поверхность селезенки, там, где она соприкасается к диафрагме, в редких случаях, при большом газовом пузыре в желудке, видна также часть нижнепередней поверхности. Но если вздуть желудок и colon газами, то контуры селезенки вырисовываются отчетливо; отчетливо видны также ее контуры при *pneumotosis peritonei* и отчасти при наполнении желудка и кишок контрастными массами. Произведя осмотр или снимок в последних условиях, мы очень легко распознаем селезенку и изучаем ее отношения к окружающим органам. Пользуясь рентгеноскопией, мы выясняем природу опухоли в тех трудных для диагностики случаях, о которых у нас уже была речь; именно мы дифференцируем «тумор» селезенки от «тумора» дна желудка и опухолей левой почки и надпочечника. Таким образом, пользуясь тем или другим методом, чаще всего прощупыванием, мы все-таки в конце концов в состоянии составить себе более или менее точное представление о величине селезенки. Что касается гепатографии, то здесь можно повторить все сказанное относительно гепатографии. В клинике нас интересует почти исключительно увеличение селезенки, которое наблюдается при острых инфекционных

и отчасти хронических процессах, а главным образом при заболевании кроветворных органов, болезнях печени и заболеваниях самой селезенки.

Что касается острых инфекций, то появление клинически увеличенной селезенки при различных инфекционных болезнях наблюдается в различные дни от начала болезни и в различных процентных отношениях. Так, для брюшного тифа очень характерным является раннее увеличение селезенки (на 4—5—6-й день); относительно продолжительное существование увеличенной селезенки, исчезновение ее к концу лихорадочного периода и планомерное появление ее вновь при обострении и при рецидиве. По статистике Куршмана увеличение селезенки при брюшном тифе мы находим в 69,4%. Несколько реже (40—45%) встречается увеличение селезенки при паратифозных заболеваниях. Для возвратной горячки увеличение селезенки является правилом, *febris recurrens* без селезенки представляется исключением; набухание селезенки происходит чуть ли не одновременно с повышением температуры, держится в течение всего приступа, слегка уменьшается в период апиреksии, для того чтобы с новым приступом увеличиться еще больше.

Для сыпного тифа увеличение селезенки встречается уже не так часто (по нашим наблюдениям в 50—60%), появляется обыкновенно уже в первые дни болезни, держится в течение почти всего лихорадочного периода и к концу его исчезает.

Почти постоянно наблюдается также увеличение селезенки при малярии, причем уже после 2—3 приступов оно становится совершенно отчетливым. В период затишья болотной лихорадки селезенка уменьшается, но совсем исчезает редко. По статистике Маннаберга в 88% всех случаев болотной лихорадки можно пальпаторно констатировать увеличение селезенки. Также часто встречается увеличение селезенки при острых септических процессах (септический эндокардит, криптогенный острый сепсис и пр.).

В общем надо сказать, что при всякой инфекционной болезни может наступить увеличение селезенки—при одних оно наблюдается как правило (возвратный тиф, малярия), при других часто (брюшной тиф, сыпной тиф, инфекционная желтуха, мальтийская лихорадка, острый сепсис), при третьих—сравнительно реже (грипп—по нашей статистике в 12,5%, цереброспинальный менингит, острый полиартрит, корь, крупозное воспаление легких) и при некоторых очень редко (дифтерия, скарлатина, оспа, холера, желтая лихорадка и пр.).

Здесь нужно упомянуть о сильном увеличении селезенки при острой лейкемии, когда орган довольно быстро вырастает до значительных размеров и представляется мягким, тестоватым, что в связи с характерными изменениями в полости зева, кровоизлияниями на слизистой оболочке и коже, высокой температурой составляет подумать об этом заболевании.

Словом, констатированные увеличения селезенки в определенные сроки от начала острой инфекции и иногда свойства самого органа дают повод к тому или другому диагнозу. В этом заключается смысл распознавания в клинике острого увеличения селезенки. Что

касается хронического увеличения селезенки, то, найдя ее, мы прежде всего должны подумать о хронической малярии, об *endocarditis lenta* и о болезнях кроветворных органов (миелогенная, отчасти лимфатическая лейкемия, псевдолейкемия, *polycythaemia rubra megalosplenica*), а затем о заболеваниях печени (главным образом портальный цирроз, гипертрофический цирроз Гано, болезнь Банти и пр.), и только не найдя других признаков болезни печени, подумать о заболеваниях сердца и самой селезенки. Здесь я не могу не сказать несколько слов о хронически увеличенной селезенке при болезнях сердца (застойная селезенка). Не говоря уже о том, что она бывает выражением общего застоя в венозной системе и преимущественно в системе воротной вены при сердечном двувенном циррозе печени, увеличенная селезенка наблюдается очень часто при рецидивирующем эндокардите и при *endocarditis lenta*. Так как обе эти формы сопровождаются периодическими повышениями температуры, носящей нередко характер неправильной интермитирующей лихорадки, то это дает повод к смешению эндокардита с хронической малярией. В этих случаях исследование сердца и анализ крови должны решить диагноз и, к слову сказать,—обычно в сторону эндокардита при существовании уже раньше порока сердца.

Таким образом мы видим, что физическое исследование селезенки имеет огромное клиническое значение и важно для распознавания не только заболеваний самой селезенки и тех систем, в которых она функционально участвует, но и для диагностики заболевания тех органов, которые, казалось бы, непосредственного отношения к селезенке как будто и не имеют.

ЛЕКЦИЯ ДВЕНАДЦАТАЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Некоторые топографо-анатомические данные, касающиеся поджелудочной железы. Осмотр, пальпация и рентгеновское исследование. Зоны DeJardina и Chauffard'a. Результаты исследования и значение их для распознавания заболеваний поджелудочной железы

Закончив исследование селезенки, мы у каждого больного обязательно справляемся о физическом состоянии поджелудочной железы. Правда, в отношении этого органа положение наше довольно невыгодное, скажу больше, почти трагическое вследствие глубокого положения железы. Чтобы это было понятно, вспомним, каковы топографо-анатомические отношения у поджелудочной железы.

Поджелудочная железа, как известно, будучи расположена позади желудка, пересекая тело I поясничного позвонка, направляется влево кверху и подходит своим хвостом к внутренней поверхности селезенки. Более объемистая часть поджелудочной железы, именно головка, охватывается кольцом 12-перстной кишки, в которую впадают протоки, а тело железы, будучи покрыто париетальной брюшиной и снабжено артериальными сосудами от аорты и укреплено довольно основательно, благодаря постоянному положению *duodeno-jejunal* кривизны, укрепленной прочно мышцей Трейтца. Хвост же поджелудочной железы, находясь в складках брюшины и будучи прикреплен податливой связкой (*ligamentum pancreatico-splenicum*) к относительно подвижной селезенке, оказывается довольно слабо укрепленным. Однако в целом *pancreas* прикреплена к задней стенке брюшной полости довольно солидно и мало изменяет свое положение как при дыхании, так и при пассивных движениях и перемене положения тела. Но несмотря на довольно прочную фиксацию она все-таки может менять свое положение под влиянием некоторых процессов в брюшной полости (*Ranzi*, Кеню и др.), особенно если растягиваются брюшинные связки и вообще изменяется статика брюшной полости, что наблюдается при вторичном энтероптозе.

Что касается клинического определения места нахождения поджелудочной железы, то ввиду важности этого обстоятельства для диагностики некоторыми клиницистами сделана попытка облегчить нахождение различных отделов железы на живом человеке. Так, Дежарден предложил для нахождения местоположения головки

поджелудочной железы проводить линию от пупка к верхушке подмышечной впадины; местоположение головки отыскивается на этой линии на 5—7 см выше пупка, на этой же линии у места ее перекрещения с реберной дугой лежит дно желчного пузыря. Шоффар определяет положение головки панкреатической железы и впадающего позади нее общего желчного протока таким образом, что он проводит горизонтальную линию через пупок и вертикальную по средней линии тела. Тогда биссектриса полученного прямого угла определяет положение желчного протока. Он лежит на ней на 5 см от угла, а головка железы расположена выше биссектрисы в верхней половине прямого угла (Зона Шоффара—pancreatico-choledochica) (рис. 67).

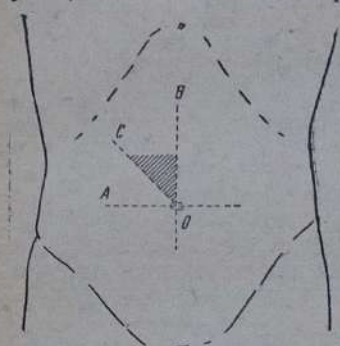


Рис. 67. Зона pancreatico-choledochica Шоффара.

CO—биссектриса угла AOB; COB—чувствительная зона при заболеваниях поджелудочной железы и общего желчного протока.

а у женщин по моим исследованиям в 4,7%, причем увеличение процента прощупываемости нормальной железы падает исключительным образом на многорожавших; у нерожавших же она прощупывается почти только в 1%, как и у мужчин. Гаусман считает, что панкреатическая железа может быть прощупана только в 0,5% и что в тех случаях, где удается прощупать железу у субъекта без резко выраженных вялых и худых брюшных покровов, нужно предполагать заболевание, вызывающее уплотнение железы и увеличение органа—панкреатит.

Прощупывание ведется по общим правилам. Лучше всего производить его утром натощак после стула или же после предварительной очистки кишечника больного слабительным. Переполненный содержимым желудок делает прощупывание железы невозможным. Необходимо предварительно прощупать нижнюю кривизну желудка и поперечную ободочную кишку; в некоторых случаях между большой кривизной желудка и поперечной кишкой справа удается прощупать тонкий урчащий цилиндр, это pars horizontalis inferior duodeni. Найдя нижнюю границу желудка и большую кривизну, мы отступаем несколько выше на 2—3 см и здесь, пользуясь глубокой пальпацией, обнаруживаем через желудок, лежащий за ним, неподвижный, с неясными контурами, мягкий по своей консистенции цилиндр толщиной в $1\frac{1}{2}$ —2 см, который имеет поперечное положение—

это будет pancreas. Однако чтобы быть в этом уверенным, необходимо прощупать рядом с ним большую кривизну и поперечную кишку, иначе их можно ошибочно принять за поджелудочную железу. При панкреатитах железа прощупывается чаще, отчетливее и представляется более плотной, а иногда и болезненной.

Таким образом прощупывание нормальной поджелудочной железы удается редко и требует особо благоприятных условий. Дру-

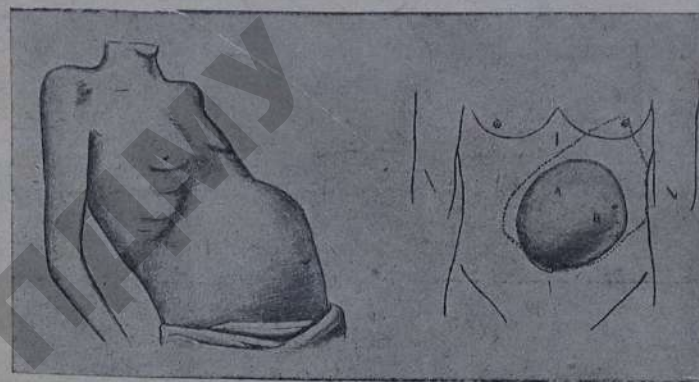


Рис. 68а. Живот при кисте поджелудочной железы (Bull).
a—зона выпячивания и тупости.

гие же методы физической диагностики в отношении к нормальной железе никогда не дают никаких результатов.

Совсем другие результаты получаются, если поджелудочная железа патологически изменена и если ее заболевание сопровождается увеличением ее объема. Тогда она ближе подходит к передней брюшной стенке, больше изменяет положение и форму окружающих ее органов и становится доступной и для осмотра, и для перкуссии, и особенно для пальпации; в таком случае и рентгеновское исследование по косвенным данным дает достаточно ценных результатов для распознавания. К такого рода заболеваниям поджелудочной железы относятся различные виды ее воспаления с образованием обширного нагноения или кровоизлияния вокруг железы, новообразования железы и кисты.

В этих случаях при больших опухолях поджелудочной железы простой осмотр больного в стоячем, лежащем или еще лучше в полужаком положении обнаруживает наличие нарушения конфигурации брюшной полости и выпячивание, которое локализуется в подложечной и пупочной области, в большинстве случаев несколько асимметрично—ближе к левому подреберью (рис. 68а).

Перкуссия дает различные результаты в зависимости от локализации, величины и направления роста опухоли. В том случае, если опухоль не особенно велика и не соприкасается непосредственно с брюшной стенкой, перкуторный звук притупленно тимпанический или тимпанический, обусловленный лежащими впереди опухоли желудком, толстыми, resp. тонкими, кишками. Но если больной ко-

времени исследования уже достаточно похудел, а опухоль при своем росте достигла соприкосновения с брюшной стенкой и отодвинула в стороны газосодержащие органы, то при перкуссии получается в центре зона притупленного звука, окруженная барабанным, характер которого и способ распространения зависят от величины и направления роста опухоли. Особенно характерно и более или менее закономерно распределяются перкуторные зоны при предпанкреатических гематомах, эмпиемах или кистах. Эти опухоли при своем росте чаще всего раздвигают желудок и поперечную ободочную кишку и вырастают между ними. Тогда над пупком получается при

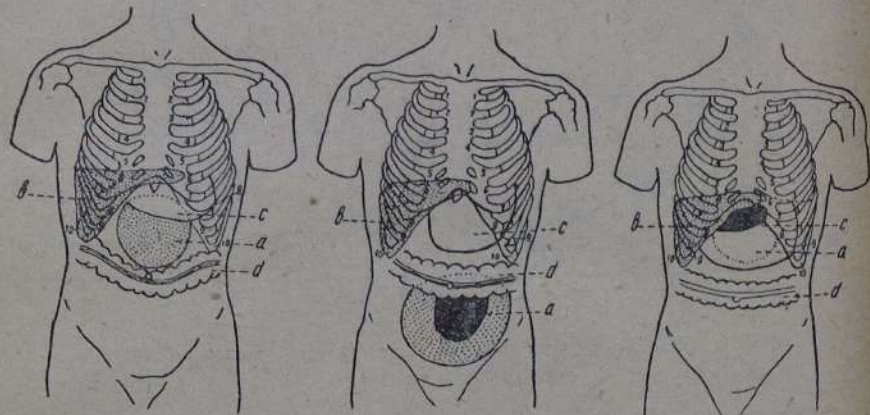


Рис. 686. Зоны тупости при кистах поджелудочной железы в зависимости от положения кисты и величины ее.

A—киста; B—печень; C—желудок; D—colon transversum (из Carnot).

перкуссии овальная зона тупого звука, ограниченного сверху в подложечной области громким тимпанитом желудка и снизу более низким тимпанитом ободочной кишки. Когда опухоль имеет наклонность расти главным образом книзу, и только тогда, когда она достигнет уже большой величины и приблизится при своем росте к передней брюшной стенке, желудок и colon transversum вместе отодвигаются и опухоль оказывается прикрытой тонкими кишками. В этих случаях тупость размещается в области пупка, вокруг нее обнаруживается зона притупленного звука, а выше между пупком и мечевидным отростком получается при перкуссии явственный тимпанит (рис. 686). В редких случаях зона тупого или притупленного звука обнаруживается справа, соприкасаясь с печенью и имитируя растянутый желчный пузырь. Это бывает главным образом в тех случаях, когда процесс начинается в области головки железы (Озлер, Карно, Вийар, Керте, Мартынов, Мейо-Робсон, Фофанов, Писемский, Лазарус, Гулеке и др.¹). Наконец в тех случаях, когда опухоль, обыкновенно

¹ Лицам, желающим более подробно ознакомиться с заболеваниями поджелудочной железы, рекомендую: 1) P. Carnot, *Maladies du Pancreas*, из *Nouveau Traité de Médecine*, 1922; 2) Cross-Guleke, *Die Erkrankungen d. Pancreas*, 1924.

киста, достигает таких размеров, что занимает уже почти всю брюшную полость, она дает обширную зону тупого звука, и только в подложечной области и во фланковых областях получается тимпанический звук. В этих случаях посреди опухоли нередко замечается полоса притупленно-тимпанического звука, перерезывающая тупость поперек или диагонально; барабанный оттенок в этой полосе зависит от газов в поперечной кишке, расположенной все-таки впереди опухоли.

Более важные для диагностики результаты дает ощупывание. Конечно, при пальпации пораженной поджелудочной железы, точно так же, как и при постукивании, мы получаем ценные данные преимущественно в тех случаях, где патологический процесс вызвал значительное увеличение объема органа и изменение в его консистенции. Только при особо благоприятных условиях для пальпации, именно при значительном исхудании и очень мягком брюшном прессе, можно прощупать железу при небольшой опухоли в ней или же при ее уплотнении (индуративный панкреатит). В большинстве же случаев результаты ощупывания бывают неопределенными, и мы, закончив пальпацию, можем формулировать свои наблюдения таким образом: «В области поджелудочной железы имеется какая-то плотность, какая-то резистенция». Надо заметить, что опухоли, развивающиеся в головке и хвосте железы, пальпируются лучше, чем опухоли тела. Однако в этих случаях рельефно выступает признак, общий для всех опухолей, непосредственно расположенных впереди и над аортой,—это передаточная пульсация аорты. Вместе с тем при ощупывании обнаруживается и другой характерный признак такого рода опухолей—это боль, иррадиирующая в спину, в подложечную область, в плечи или влево—в область селезенки, почечную область или в левую реберную дугу (Katsch).

Некоторые авторы (Шоффар и Дежарден, Кар) (рис. 31 и 32) находили определенные болевые пункты, зависящие от раздражения узлов и ствола симпатического нерва и считали эти точки характерными для поджелудочной железы, подобно тому, как это наблюдается при аппендиците, с чем, однако, нельзя вполне согласиться. Обычно при заболеваниях поджелудочной железы боль ощущается не в какой-либо определенной точке, а в целой области, причем наибольшая чувствительность не всегда совпадает с пунктами, отмеченными этими клиницистами (см. лекцию III).

Пальпацию измененной панкреатической железы также следует производить натощак, при пустом желудке и пустом кишечнике. Для этого лучше промыть больному желудок накануне вечером, затем дать слабительное и утром за 1 час перед исследованием поставить клизму. Ощупывание производится в стоячем и главным образом в лежачем положении по вышеуказанным правилам. Если нет воспалительных явлений вокруг железы, увеличивающих сопротивление брюшного пресса и мешающих глубокой пальпации из-за повышенной чувствительности, то иногда удается прощупать совершенно отчетливо поразительно небольшие опухоли (величиной с малую сливу). Наличие воспалительных явлений делает подчас невозможным прощупывание и более значительных опухолей (величиной с апельсин, с куриное яйцо) во фланковых областях, и балло-

тирование их при бимануальном исследовании, на что обращают внимание Гартман и Вайар, нужно признать во всяком случае явлением исключительным. Но, прощупав опухоль и найдя ее в зоне нормального расположения панкреатической железы, нельзя еще делать заключения, что найденная опухоль именно ей принадлежит. Для этого необходимо установить ее отношение к окружающим органам, главным образом к печени, желудку, colon transversum и селезенке, и только в том случае, если мы все эти органы находим неизменными, но изменившими свое положение в соответствии с ростом и расположением найденной опухоли (на это мы указывали, когда говорили о перкуссии), то тогда только можно делать окончательное предположение об опухоли панкреатической железы. Да и то, надо сознаться, с очень большой осторожностью, так как опухоли, исходящие из лимфатических желез, гесп. забрюшинной клетчатки и пр., могут характеризоваться теми же признаками, которые присущи панкреатической железе, и в этом случае рентгеновское исследование также дает мало данных для распознавания природы и локализации «тумора».

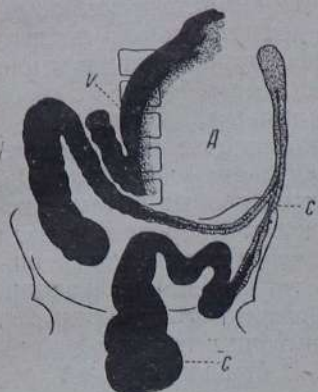


Рис. 68в. Расположенная слева от позвоночника киста поджелудочной железы (А). Одновременное наполнение желудка (V) и coli (C) (Assmann).

Рентгеновский диагноз заболеваний поджелудочной железы базируется на тех изменениях, смещениях и расстройствах функций, которые данное заболевание производит, т. е. влиянием его на желудок, 12-перстную кишку и colon transversum. Гредель, много потрудившийся над этим вопросом, считает, что в этом отношении большое значение имеет: 1) уменьшение высоколежащей тени желудка, 2) выпячивание малой кривизны желудка, 3) отсутствие дефектов наполнения, свойственных опухолям желудка, 4) явления сужения 12-перстной кишки с расширением фатерова сосочка и расстройством нормальной функции duodeni и 12-перстной кишки. Вообще надо сказать, что только камни поджелудочной железы, содержащие достаточное количество солей извести, распознаются непосредственно; о всех же других процессах приходится и при рентгеновском исследовании



Рис. 68г. Tumor pancreatis.

делать заключение по косвенным признакам. Лишь в последнее время предложен метод рентгенографического исследования непосредственно самой поджелудочной железы при раздутом воздухом желудке и различных ходах лучей (Энгель и Лисхольм из клиники проф. Гольмгрена), дающий возможность видеть поджелудочную железу как в нормальном, так и в патологическом состоянии; тень поджелудочной железы при этом видна прилежащей к тени соответственного отдела позвоночника на фоне газа в желудке. Может быть, в этом отношении для диагностики принесет некоторую пользу наполнение брюшины газами, но об этом пока еще рано говорить (рис. 68 в и г).

Итак, резюмируя все сказанное, нужно притти к тому заключению, что диагностика заболеваний поджелудочной железы на основах физического исследования представляется наиболее трудной из распознаваний заболевания органов, расположенных в брюшной полости. Методы исследования зачастую дают сбивчивые и неопределенные результаты. Отсюда естественно, что в последние 30 лет все внимание клиницистов было направлено к расширению функциональной диагностики этого органа, и в этом отношении, надо сказать, достигнуто не мало результатов. Однакоже благодаря сложности роли поджелудочной железы в организме, разнообразным и подчас совершенно неучитываемым влиянием других желез на функцию поджелудочной железы, благодаря сложности испытания железы и компенсации функции заболевшей железы другими пищеварительными железами, даже кропотливое изучение изменений функций панкреаса нередко дает неопределенные результаты, полагаться на которые нужно с большой осторожностью и осмотрительностью (Былина, Михайлов, Руткевич, Стражеско, Орловский, Фельдман, Симон, Катч, Губергриц и др.). И в настоящее время мы с уверенностью ставим диагноз заболевания железы только иногда, когда имеются классические признаки его, как-то: наличие тумора с характерным его расположением, симптом давления (желтуха, растянутый желчный пузырь—симптом Курвуазье) и резкое нарушение в химизме пищеварения и усвоения пищевых веществ¹.

¹ Многие подробности, касающиеся физической диагностики, можно найти: 1) у Carnot, Maladies des glandes salivaires et du pancreas, Paris, 1908; 2) Osler'a, Die Erkrankungen des Pancreas, Wien, 1908; 3) у А. Мартынова, Хирургия поджелудочной железы, Москва, 1897, а относительно функциональной диагностики: 1) у Н. Симон, Die Ergebnisse und Methoden der Pancreasfunctionsprüfung, Ergeb. d. Inn. med., Bd. XXXII; 2) у G. Katsch'a, Die Diagnose der leichten Pankreatitis, Klin. Wsch., 1925, Nr. 5; 3) у М. Губергрица, Функциональная диагностика заболеваний поджелудочной железы, Основы и достижения современной медицины, т. II, 1934.

ЛЕКЦИЯ ТРИНАДЦАТАЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК

Некоторые топографо-анатомические данные. Осмотр и ощупывание почек и почечных областей. Рентгеновское исследование. Значение физических методов исследования для диагностики заболеваний почек. Подвижная почка. Диагностика опухолей почек, камней почек и околопочечных воспалительных процессов.

В предшествующей лекции мы коснулись методики исследования поджелудочной железы, органа, который только отчасти лежит в брюшной полости, так как по задней своей поверхности он в большей части не покрыт брюшиной. Однако, ввиду того, что те заболевания, которые сопровождаются увеличением поджелудочной железы, очень сильно влияют на органы брюшной полости, а также вследствие того, что они могут быть распознаны путем исследования только через брюшную полость, их принято описывать в отделе, касающемся заболеваний органов брюшной полости. По этой же причине, говоря о диагностике болезней брюшной полости, нельзя обойти молчанием некоторые болезни почек и не коснуться тех методов физического исследования, которые нам позволяют распознавать их, хотя почки и расположены забрюшинно. Как известно, обе почки лежат на задней стенке брюшной полости по бокам позвоночника на высоте последних двух грудных и двух или трех поясничных позвонков, причем правая почка расположена немного ниже левой и верхние их полюсы лежат ближе друг к другу, чем нижние. Они окружены забрюшинной клетчаткой, из которой часть в виде пластинки становится более плотной и образует особую почечную фасцию (*fascia Gerot'a subperitonealis*), разделяющуюся на два листка: задний (*fascia retrorenalis Zuckerkandl'a*) и передний (*fascia praerenalis Toldt'a*), между которыми лежит почка среди жировой клетчатки (*capsula adiposa*), пронизанной пластинками соединительной ткани, идущими от фиброзной капсулы почки к геротовой фасции. Левая почка, прикрытая на большем протяжении, чем правая, ободочной кишкой, будучи укреплена предпочечным листком фасции солиднее, фиксирована в своем ложе прочнее, чем правая. Большему укреплению левой почки способствует еще то обстоятельство, что левая надпочечная вена впадает непосредственно в почечную вену, что помогает также удержанию этой почки на месте. Этим отчасти можно объяснить то наблюдение клиницистов, что левая почка реже опускается, чем правая. В своем ложе почки удерживаются согласно

классическим исследованиям Волкова и Делицина главным образом благодаря определенному внутрибрюшному давлению, хотя в фиксации почек принимают участие брюшина, геротова фасция, почечные сосуды и жировая капсула. Всякие моменты, которые вызывают уменьшение внутрибрюшного давления (как-то: растяжение брюшного пресса, быстрое и значительное исхудание, простое ослабление тонуса брюшного пресса), способствуют опусканию почек. Это является вполне возможным ввиду того, что сосудистая ножка почки может растягиваться, а почечная фасция, которая окружает жировую капсулу, совершенно открыта книзу, а потому и не может оказать противодействия почке, имеющей склонность опуститься. Будучи фиксированы достаточно солидно, почки, однако, не являются абсолютно неподвижными; при каждом дыхательном сокращении диафрагмы они опускаются книзу, а при расслаблении ее во время выдоха поднимаются кверху. Означенные респираторные движения почек физиологически наблюдаются в пределах 2—3 см, причем они делаются клинически особенно ясными при значительном патологическом увеличении почек.

Будучи расположены в таком отделе брюшной полости, который прикрыт костным скелетом грудной клетки, а также имея сзади толстый слой поясничных мышц, а спереди наполненный кишечник, почки в нормальном состоянии совершенно не поддаются клиническому исследованию. Хотя раньше клиницисты (Гергарт, Фирордт и др.) делали попытку перкутировать нормальные почки, и в старых учебниках по диагностике можно встретить изложение методики перкуссии их, но в последнее время эти попытки совсем оставлены. Выперкутировать почку через мощный слой мышц представляется невозможным, в чем легко убедиться после операции удаления почки и при эктопии почек—перкуторный звук на стороне, где почка сохранена, ничем не отличается от звука на стороне без почки. В последнее время Эденс опять поднял вопрос о перкуссии почек. Он утверждает, что при перкуссии по бокам позвоночника на расстоянии 7—8 см в стороне, ниже нижней границы тупости печени справа и ниже задненижней границы тупости селезенки слева, можно найти при наполненной газом толстой кишке зону тимпанического звука, которая у позвоночника переходит в притупление, обусловленное почками. Перкутируя в районе этого притупления сверху вниз, можно определить ее нижнюю границу, перкутируя в горизонтальном направлении от позвоночника боковую границу; верхняя граница сливается с тупостью печени и селезенки¹ (рис. 69).

С таким же трудом можно прощупать нормальную почку. Брюшной пресс и кишки, покрывающие ее, а также прикрытое и глубокое положение почек делают пальпацию нормальной почки совершенно невозможной, с чем, впрочем, не согласны Гюйон и Израэль, которые, пользуясь особой методикой, доказывают, что иногда можно бывает прощупать и нормальную почку, не изменившую своего положения.

¹ E d e n s, Lehrbuch d. Percussion und Auscultation, 1920.

Но если почка изменила свое нормальное положение или же увеличилась в своем объеме, то она становится доступной для клинического физического исследования. В тех же случаях, когда она осталась на месте и не увеличена, о положении почки можно судить по данным пиелографии, а о состоянии ее паренхимы можно судить исключительно по анализу мочи и на основании испытания ее функций.

Из физических методов исследования, которыми мы пользуемся у постели больного, нужно упомянуть об осмотре, пальпации, отчасти перкуссии и рентгеновском исследовании. Осмотр дает некоторые результаты только в том случае, когда заболевшая почка достигла очень большой величины или же когда вокруг почки развивается воспалительный процесс, который главным образом распространяется кзади в поясничную область, сопровождаясь не только изменениями ее конфигурации на больной стороне, но и вызывая особое положение больного. При развитии доброкачественной опухоли (гидронефроз, эхинококк) или же злокачественного новообразования, в тех случаях, когда опухоль достигает очень большой величины, она приходит в соприкосновение с брюшной стенкой, а также выпячивает поясничную область, а иногда, вырастая кверху, способствует расширению нижнего отверстия грудной клетки. Эти нарушения конфигурации и симметрии тела становятся видными. Прогрессирующее исхудание больного делает опухоль еще заметнее для глаза. Таким образом, для того чтобы простой осмотр дал какие-либо ценные результаты, требуется очень большое увеличение больной почки. Значительно влияют на внешний вид больного также воспалительные процессы, особенно гнойного характера, развивающиеся в околопочечной клетчатке. Здесь благодаря участию поясничных мышц и особенно *m. psoatis* больной скоро принимает определенное характерное положение. Желая уменьшить напряжение в воспаленной клетчатке и в мышцах, чем будет достигнуто уменьшение боли, больной сгибается в больную сторону и сгибает ногу в тазобедренном и коленном суставах. Это положение в связи с выпячиванием сзади поясничной области, некоторой отечностью, а иногда и покраснением кожи всегда говорит за нагноительный процесс около почки (*pararenephritis*). Несомненно, главным методом клинического исследования почек является пальпация, техника которой значительно разработана за последние годы.

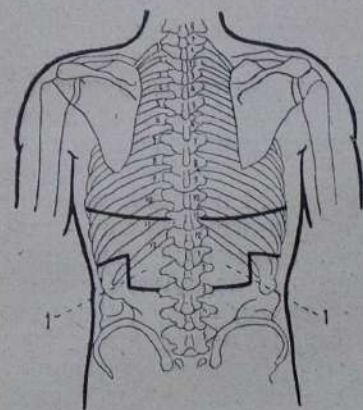


Рис. 69. Зона (1) тупости почек по Edens'у.

Что касается того, в каком положении нужно прощупывать почки, то надо сказать, что большинство клиницистов, даже лица, посвятившие себя главным образом почечной хирургии, как Гюйон, Альбаран, Марион, Израэль и др., прощупывают почки почти исклю-

чительно в горизонтальном положении больного. И только школа Образцова по почину Боткина, очень горячо в свое время отстаивавшего исследование почек в стоячем положении, пальпирует почки в обоих положениях. Всякий, кто привык прощупывать почки в обоих положениях, прекрасно знает, что при опущении почек и при блуждающей почке она прощупывается в стоячем положении и обычно значительно легче, чем в лежачем; кроме того, несомненно, существуют такие случаи небольшого опущения почек, при которых почка, которая уже может давать разнообразные ощущения и различные рефлекторные явления, не поддается прощупыванию при спинном положении больного. Она уходит в свое нормальное ложе и даже глубокие дыхательные движения диафрагмы не могут заставить ее опуститься настолько, чтобы она была доступна для прощупывания. В вертикальном же положении в силу одной своей тяжести и более низкого стояния диафрагмы почка опускается и становится пальпируемой. Такую разницу можно заметить у почки, не только слегка подвижной, но и сделавшейся в силу патологического процесса в ней более тяжелой, например, при развитии опухоли почки или при камнях.



Рис. 70а. Пальпация правой почки в стоячем положении больного.

Прощупывание почек в стоячем положении производится по методике фланковой пальпации, которую мы изложили в первой нашей лекции (рис. 70а). Фланковая пальпация дает возможность убедиться в том, что почка прощупывается, т. е. что она опущена.

Но для детального ознакомления с формой, величиной, консистенцией и конфигурацией прощупанной почки, а также для определения степени ее подвижности удобнее производить ощупывание в лежачем положении больного, так как в стоячем положении нельзя все-таки достигнуть того расслабления брюшного пресса, как в лежачем, а это обстоятельство, несомненно, влияет на тонкость пальпаторных ощущений. Перед исследованием очень полезно дать больному слабительное или же очистить толстые кишки от фекальных масс высокой клизмой (рис. 70б).

Больной лежит на спине в обычном положении, а исследующий подводит в поперечном к туловищу направлении левую руку под больного в почечной области, держа пальцы сложенными вместе

и выпрямленными. В том случае, если пальпируется левая почка, исследующему нет необходимости менять свое положение по отношению к больному. Исследующий остается в прежнем положении справа лицом к больному, но левую свою руку продвигает дальше под больного так, чтобы концы его пальцев вышли из-под поясицы больного слева, тотчас ниже последнего ребра. Правую руку со слегка согнутыми пальцами исследующий кладет на живот больному в фланковой области кнаружи от края *m. recti* так, чтобы концы



Рис. 70б. Пальпация правой почки в лежачем положении больного.

пальцев находились непосредственно ниже реберной дуги. Направление правой руки должно быть параллельным позвоночнику больного и перпендикулярным к левой руке исследующего. Словом, положение рук врача то же, как при фланковой пальпации в стоячем положении. При каждом выдохе врач стремится продвинуть концы пальцев правой руки все глубже и глубже до соприкосновения с задней стенкой брюшной полости и до появления ощущения соприкосновения пальцев обеих рук через толщу поясничных мышц. Затем приподымающим движением кпереди левой руки, лежащей на поясничной области, врач приподымает всю поясничную область, вместе с тем приближает лежащую на поясничных мышцах почку кпереди под пальпирующие пальцы правой руки. Когда получится впечатление, что пальцы рук соприкасаются, больной должен сделать глубокий вдох диафрагмой. В том случае, если почка доступна для пальпации, нижний круглый конец почки подходит под пальцы правой руки, которые его и захватывают, усилив давление кзади. Пальцы удерживают почку придавленной к задней брюшной стенке между двумя руками. Захваченная почка уже не ускользает при выдохе, а остается на месте и отчетливо ощущается между руками. Для того чтобы составить себе представление о физическом состоянии нижнего полюса,

следует, не ослабляя давления правой руки и не уменьшая сведения обеих рук, скользить пальцами правой руки вниз. Тогда почка, будучи все-таки фиксирована в своем ложе, при попытке правой руки оттянуть ее книзу в конце концов выскальзывает из-под нее. В этот момент мы составляем себе представление о толщине нижнего полюса, о форме его, о передней поверхности, о чувствительности почки и о степени ее подвижности. В том случае, когда почка значительно смещается или же блуждает, удается во время пальпации продвинуть пальцы правой руки за верхний полюс почки и прощупать всю почку целиком. Захватив почку правой рукой, можно определить степень смещаемости ее вниз, вверх и в стороны. Таким образом мы производим бимануальное исследование почек. Как мы уже сказали, при нормальной величине почку удается прощупать только тогда, когда она опущена и чрезмерно подвижна. Нормальная почка при таком исследовании не прощупывается. Но если почка увеличена не менее, чем в $1\frac{1}{2}$ —2 раза, то она уже обязательно прощупывается, причем при известной величине даже без опускания во время вдоха. Точно так же всегда прощупывается эктопированная почка. Таким образом прощупываемость почки указывает или на ее смещение или же на значительное увеличение ее объема.

Описанный метод ощупывания почек представляется наиболее простым, наиболее удобным и применимым у всякого больного, независимо от его телосложения и степени упитанности. Но другие клиницисты пользуются иногда другой методикой: то способом Гленара, то Гюйона, Израэля. Гленар¹ предложил пользоваться для прощупывания почки следующим приемом (*procédé du pouce*), который разделяется на три момента. В первый момент (*affût*) врач обхватывает фланк больного таким образом, что большой палец кладется под реберной дугой спереди, а остальные пальцы сзади; при этом правая рука применяется для ощупывания левой почки и левая—для ощупывания правой. Свободная рука врача кладется на переднюю стенку живота больного кнутри от конца большого пальца, составляя, так сказать, его продолжение. После этого больного заставляют сделать глубокий вдох, во время которого почка опускается, а рука, расположенная в форме клещей, чувствует, как под большой палец подходит круглое эластическое тело. Во второй момент (*capture*), когда врач чувствует, что подходящая при вдохе почка опустилась достаточно низко, он сжимает руку, обхватывающую фланк, и захватывает почку, другой рукой он надавливает на переднюю брюшную стенку и мешает захваченной почке выскользнуть. В третий момент (*échappement*) путем сдавливания между пальцами почки и движения большого пальца книзу почку заставляют выскользнуть кверху; в это время осязают поверхность почки. Таким образом описанные три момента состоят в изготовке к захватыванию почки, захватывании ее и выталкивании. Описанный способ удобен для прощупывания опущенных и блуждающих почек у больных с астеническим телосложением или с дряблым и мягким животом; но он мало применим у полных субъектов, с хорошей

¹ Frantz Glénard, Les ptoses viscérales, стр. 310.

мускулатурой и хорошим телосложением. Точно так же он не применим при значительном увеличении почки, которое встречается при различных опухолях. Значительно лучшим способом является метод, рекомендуемый Израэлем. Он кладет больного на бок, что вызывает расслабление брюшного пресса и приближение почки кпереди. Бедро и колена больной пригибает к туловищу и спокойно и медленно дышит с открытым ртом. При исследовании левой почки больной лежит на правом боку и наоборот. Врач поворачивается к больному лицом, кладет правую руку на поясничную область, а левую на переднюю брюшную стенку таким образом, чтобы концы пальцев отстояли от места соединения IX и X ребер на два поперечных пальца, и надавливает на стенку. Во время конца вдоха и начала выдоха правая рука надавливает на поясничную область, а придавленными пальцами левой руки путем сгибания и разгибания их старается наткнуться на опускающуюся при конце вдоха и поднимающуюся при начале выдоха почку. Израэль, пользуясь своим способом, достиг хороших результатов, но вряд ли он доступнее и удобнее описанного нами. Я, во всяком случае, по личному опыту могу сказать, что он требует очень большого упражнения, а у жирных и крепких субъектов им пользоваться совсем нельзя.

Чтобы закончить описание методики прощупывания почек, мы должны еще упомянуть о методе баллотирования Гюйона, очень удобном для выяснения многих деталей при опухолях почек. При этом приеме руки располагаются таким же образом, как при пальпации почек. Когда почка прощупана между двумя руками, тогда путем отрывистых сгибаний пальцев руки, находящейся сзади, наносят ряд толчков по поясничной области, которые передаются через почку прощупываемой руке. Эти удары наносятся всегда в углу, образуемом последним ребром и массой крестцово-поясничных мышц. При нормальной почке получить ощущение баллотирования не удается, но если она опущена или увеличена, то баллотирование чувствуется отчетливо и дает возможность судить о форме, величине, консистенции и чувствительности почки. Конечно, такое же ощущение баллотирования можно получить и при нормальной почке, но тогда, когда впереди почки находится какая-нибудь масса, соприкасающаяся с ней и поясничной областью, например, опухоль соседних органов. Во всяком случае способ баллотирования Гюйона заслуживает внимания и мы им пользуемся всякий раз при исследовании почки, которую мы прощупали обычным способом—это, так сказать, дополнительный прием при прощупывании.

Когда прощупана сама почка или когда прощупана опухоль, расположенная в почечной области, то для установления действительной природы опухоли необходимо убедиться в том, что она обладает теми свойствами, которые характеризуют «тумор» почки. К числу таких свойств относят прежде всего бобовидную конфигурацию почки, затем упруго-эластическую консистенцию ее, гладкую поверхность, стремление почечной опухоли возвращаться в свое нормальное ложе, и, наконец, отношение к кишкам. В громадном большинстве случаев эктопированная почка или опухоль, исходящая из почки или надпочечника, имеет впереди петли кишок (рис. 71), вследствие чего,

перкутируя опухоль спереди, можно обнаружить зону ясного звука (симптом Роберта). Кроме того при дифференциальной диагностике прощупанной почки приходится в отношении правой почки думать о возможности смещения ее с правой долей опущенной печени или же с увеличенным желчным пузырем, а по отношению к левой—с увеличенной или эктопированной селезенкой. Конечно все эти черты, свойственные «тумору» почки, могут иметь значение для дифференциальной диагностики только в том случае, если опухоль не особенно

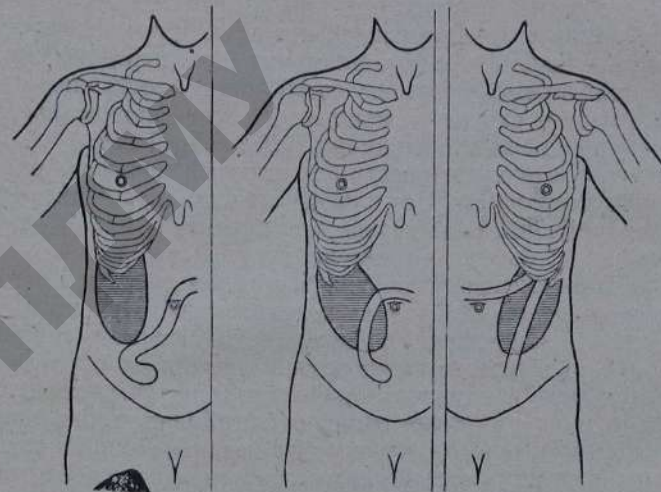


Рис. 71. Различное положение coli при опухолях почки.

велика (не больше головки новорожденного). Когда же опухоль достигает таких размеров, что занимает весь фланк, а иногда и большую половину брюшной полости, то она почти всегда теряет свою подвижность, отчасти в силу своей величины, отчасти вследствие развивающегося вокруг нее воспалительного процесса, а при злокачественном характере вследствие прорастания опухоли. С другой стороны, большие опухоли не сохраняют очертаний почки, изменяют свою нормальную консистенцию и, оттесняя при своем росте соседние органы, резко нарушают нормальные топографо-анатомические отношения. Вследствие перечисленных обстоятельств дифференциальная диагностика подобного рода опухолей путем физического исследования делается еще более затруднительной, и о характере опухоли мы судим в таких случаях больше на основании полной потери или значительной утраты функции органа и значительных изменений в составе и количестве мочи.

Что касается «опухолей» почки небольшой или средней величины, которые встречаются чаще всего в клинике, то на первом плане мы должны поставить врожденно эктопированную почку и приобретенную подвижную почку. Первая из них чаще всего встречается у мужчин и наблюдается в большинстве случаев с левой стороны. Врожденно эктопированная почка может занимать различные области брюшной полости, помещаясь иногда даже в малом тазу, но чаще всего она

остаётся во фланковой области и прощупывается легко как в стоячем положении, так и в лежачем, обнаруживая все те характерные черты, которые были выше указаны.

Приобретенная подвижная почка встречается значительно чаще у женщин и при том справа. Что касается непосредственной причины смещения почки, то в этом отношении, как известно, главное значение имеет уменьшение давления в брюшной полости и недостаток питания, resp. исхудание.

При блуждающей почке мы находим в брюшной полости плотно-эластическое тело с конфигурацией почки, которое может быть болезненно при пальпации и которое может быть передвигаемо в различных направлениях, не теряя своей дыхательной подвижности, и которое легко и охотно возвращается в свое нормальное ложе—правая почка под печень, а левая под левое подреберье.

В зависимости от смещаемости блуждающей почки мы различаем три степени подвижности. При первой степени опускания почки мы прощупываем нижний ее полюс на протяжении $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{2}$ величины почки. Эти почки совершают значительные дыхательные экскурсии и при пальпации смещаются главным образом вверх и вниз и сравнительно ограничено в боковых направлениях. При этой степени подвижности у правой почки ее очень нетрудно сместить с опущенной правой долей печени, с отшнурованной печенью и с увеличенным желчным пузырем, наполненным камнями. Однако же более глубокое положение почки, чем печени, тимпанический перкуторный звук над почкой, ускользание почки кверху при надавливании на ее нижний полюс, что совершенно несвойственно печени и, наконец, вертикально прощупываемый острый край печени позволяют всегда провести дифференциальное распознавание. Несколько труднее отличить правую опущенную почку от желчного пузыря. Однако более поверхностное расположение пузыря, непосредственное нахождение над узкой частью прощупываемого «тумора» острого края печени, а иногда и наличие под увеличенным пузырем или где-либо сбоку от него другого «тумора» со свойствами нормальной почки и более мягкая и эластическая консистенция опухоли желчного пузыря, в большинстве случаев скоро разъясняют недоразумение. Нередко опущенную в первой степени правую почку можно сместить с правой кривизной ободочной кишки, если последняя стала подвижной. В этом случае распознавание устанавливается после тщательной пальпации *coli transversi*, когда поступательным продвижением вправо удастся установить в «туморе» непосредственное продолжение правого колена *coli transversi*; кроме того более мягкая консистенция «тумора», меняющийся его объем и тимпанит всегда указывают на принадлежность к кишке. Легче, конечно, сместить новообразования этого отдела *coli* с опущенной почкой, так как опухоль кишки делает ее плотнее и при перкуссии она может не давать кишечного тона. В этом случае наличие явлений стеноза кишок решает дело.

Подвижная в первой степени левая почка может быть смешана с увеличенной селезенкой. Но почка расположена более вертикально, легко ускользает вверх, дает при перкуссии тимпанический звук вследствие прикрытия ее кишками и имеет более закругленный ниж-

ний полюс, а селезенка имеет более острый край, ближе прилежит к передней брюшной стенке и не прикрыта кишками—эти черты позволяют провести дифференциальную диагностику (рис. 72).

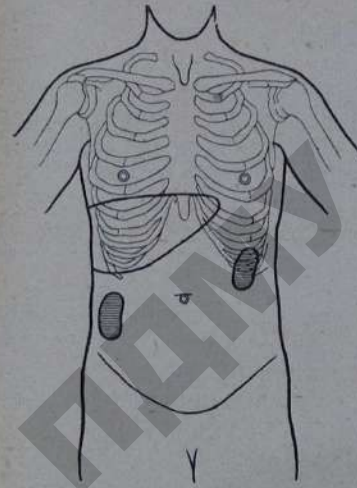


Рис. 72. Блуждающая почка—I степень.

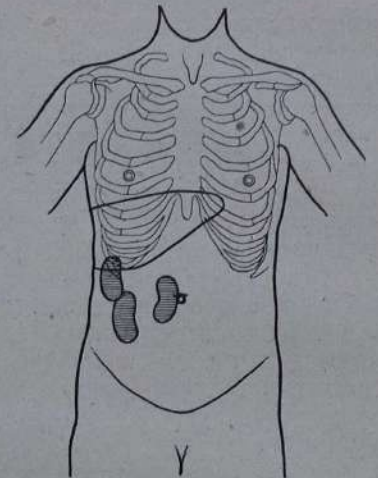


Рис. 73. Блуждающая почка—II степень.

При второй степени подвижности мы прощупываем всю почку целиком, можем захватить ее рукой сверху и убедиться, что она охотно совершает движение по дуге, не переходя, однако, линии позвоночника. Подвижная правая почка второй степени дает повод к смещению ее с правой долей резко опущенной печени и водянкой вытянутого желчного пузыря. Указанные выше отличия желчного пузыря и печени позволяют в конце-концов поставить правильное распознавание (рис. 73).

Эта степень подвижности почек все же бывает в большинстве случаев односторонней. При третьей же степени подвижности почки, когда ее можно легко и свободно двигать куда угодно по брюшной полости, заходя за линию позвоночника в противоположную сторону, мы встречаем резкую подвижность у обеих почек, что облегчает правильную диагностику (рис. 74).

Из других опухолей почек, которые имеют свои характерные черты и доступны дифференциальному распознаванию, следует упомянуть о почке с камнями, туберкулезе почки, гидро- или пионефрозе, кистозной почке и злокачественных новообразованиях.

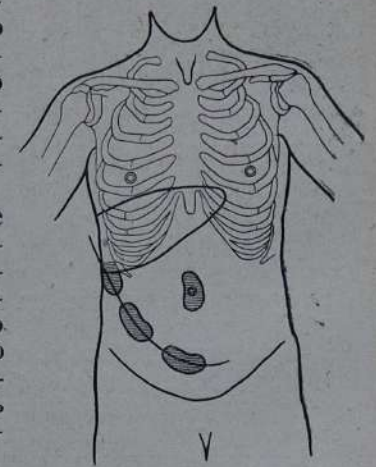


Рис. 74. Блуждающая почка—III степень.

При камнях в почке она прощупывается только в том случае, если в ней находятся несколько камней порядочной величины или же один большой конкремент, или же, когда болезнь осложняется гидро, resp. пионефрозом. В первом случае и особенно во втором почка увеличивается и становится прощупываемой, а поверхность ее неровной и неодинаково твердой в различных участках. Пользуясь обычной методикой, такую почку удастся прощупать, определить местное увеличение ее поверхности, а при наличии многих камней получить при надавливании характерный треск и убедиться в ее болезненности. Если имеется гидро- или пионефроз, то почечный тумор приобретает более овоидную форму и более мягкую эластическую консистенцию кисты, в которой при попытке вызвать баллотирование ясно удается определить флюктуацию. Такими чертами характеризуется всякий гидро- и пионефроз, причем в первом случае прощупываемая опухоль бывает мало чувствительной. Пальпаторные впечатления от почки при кистозном перерождении ее и при развитии в почке эхинококка чрезвычайно похожи на ощущения при гидро- и пионефрозах. Однако при кистозном перерождении почек при прощупывании удается установить некоторую бугристость и дольчатость почки, чего мы не находим при гидронефрозе. Помогает в этих случаях правильному распознаванию то обстоятельство, что кистозное перерождение почек нередко бывает двусторонним, а также сопровождается иногда присутствием кист в печени. Очень схожую картину по данным прощупывания дает также туберкулезная почка, значительно пораженная туберкулезным процессом, если в ней произошло обширное разрушение под влиянием казеозного перерождения и вторичной гнойной инфекции с образованием пионефроза. В этом случае пио-гематурия, наличие одновременного поражения пузыря, а главное присутствие в моче туберкулезных бацилл обыкновенно ведут к правильному распознаванию. Но в первом периоде, когда нет еще большого деструктивного процесса, туберкулез может протекать почти латентно, вызывая только небольшое увеличение ее; при пальпации почка производит впечатление гладкой и эластической, однако в некоторых случаях уже болезненной.

Что касается до распознавания новообразований почки, то увеличение почки, неровность ее поверхности и увеличенная плотность при отсутствии указаний на присутствие конкрементов дает в большинстве случаев повод заподозрить развивающиеся в почке новообразования, именно рак, и изредка аденому и саркому. В этих случаях диагностику облегчает наблюдающаяся при злокачественных новообразованиях боль в пояснице, наступающая вскоре кахексия, а иногда и наличие метастазов.

Чрезвычайно легко смешать опухоль почек с опухолями надпочечников (аденомы, аденокарциномы, перителиомы, саркомы, кисты), так как те и другие дают почти те же симптомы. Правда, Израэль стремился дать некоторые признаки для дифференцирования (сильная поясничная боль, лихорадка, гематурия при опухолях надпочечников), но на них трудно полагаться, так как те же симптомы встречаются и при опухолях самих почек. Единственными моментами, которые до известной степени могут заставить склониться в пользу

опухоли надпочечника,—это, с одной стороны, более высокое расположение его под диафрагмой, которую опухоль часто оттесняет кверху, а с другой—сопутствующее заболевание плевры при наличии отдельной пальпаторно найденной ниже опухоли нормальной почки, которая бывает смещена книзу и кнутри растущей опухолью надпочечника.

Здесь же нужно упомянуть, что чрезвычайно трудно отличить на основании данных физического исследования опухоли почек от опухолей, развивающихся из околопочечной клетчатки (липом, фибром, сарком, миксом, которые еще в некоторых случаях подвергаются кистозному перерождению). Только отсутствие изменений в моче и функциональное испытание почки позволяет склониться к тому или другому предположению.

Таким образом мы видим, что диагностика опухолей почки представляет значительные затруднения. Они делаются еще большими в тех случаях, когда опухоль достигает большой величины, когда совершенно, иногда до неузнаваемости, изменяется конфигурация и консистенция почки, когда все соседние органы резко сдвинуты со своих нормальных мест и носят следы давления выросшей опухоли и когда их нельзя разграничить от опухоли отчасти в силу интимного соприкосновения с ней, отчасти благодаря сращениям, развившимся вокруг тумора вследствие бывшего воспаления. В таких случаях перкуссия и пальпация не дают достаточных данных для решения вопроса и приходится прибегать к рентгеновскому способу. Надо сказать, что благодаря развитию техники рентгенографии (рентгеноскопия при исследовании почек имеет второстепенное значение), применению особых компрессионных бленд (Альберс-Шенберг) и так называемой пиелографии (Лихтенберг, Охлеккер, Дитлен и др.), при которой через мочеточник вводится катетр, через который вливается какая-либо контрастная масса (5—10% Collargol, 25% раствор NaBr), или же в почечные лоханки вдувается кислород и затем производится снимок, диагностика некоторых почечных заболеваний сделалась в настоящее время более точной. Так, например, диагностика камней в почках при снимке дает не более 2—3% ошибок (Асман). Ввиду неприятных ощущений больного при ретроградной пиелографии, а подчас невозможности применения ее (сужение, воспаление мочеточников и т. д.), а также растягивание при ней в большей или меньшей степени лоханки, извращающей форму таза и почечных лоханок, предложен метод интравенозной пиелографии. При последнем применяются содержащие в том или ином виде иод, бром, серебро препараты: уроселектан (органическое соединение иода) и не уступающий по качеству иностранным препаратам наш сергозин (Фельдман и Метельников). Простота применения, одновременно получение на снимке обеих нерастянутых лоханок, и главное выяснение функции почек делают интравенозную пиелографию незаменимой несмотря на меньшую контрастность рисунка. Рентгеновское исследование, обычно серийное, производится через 10—15 минут после введения препарата (рис. 75а и б). Рентгеноскопически удается наблюдать перистальтику мочеточника, сокращения лоханок, их опорожнение, что является ценным дополнением к общему ис-

следованию. Форма и положение почки и принадлежность прощупанной опухоли почке также могут во многих случаях быть распознаны рентгеновским исследованием. Нормальная почка при хорошей технике распознается во многих случаях по овальной нежной тени, которую мы видим на пластинке сбоку от позвоночника в пределах XI грудного и III поясничного позвонков. Смещенная или блуждающая почка безошибочно распознается посредством пиелографии.

При диагностике опухолей почек, с одной стороны, пиелография, а с другой—снимок брюшной полости после



Рис. 75а. Нормальная почечная лоханка при наполнении ее контрастной массой—пиелография.



Рис. 75б. Растянутая при гидронефрозе почечная лоханка.

производства пневмоперитонеума или при наполнении ободочной кишки контрастной массой, позволяют отчетливо распознать контуры опухоли и те характерные отношения кишки, которые наблюдаются при опухолях почки, облегчая этим диагностику. Пневморенография—введение воздуха в околопочечную клетчатку (*capsula adiposa*), вследствие чего отчетливо получается тень почки и надпочечника на фоне газового пузыря (Карелли-Сарделли), широкого применения не получил в силу осложнений (подкожная эмфизема, эмболии и др.) и главным образом неточности пути введения воздуха.

Однакоже как ни велика заслуга рентгеновского исследования, тем не менее и этот метод не всегда дает решающие результаты. И в клинике при диагностике заболеваний почек всегда приходится детально анализировать мочу; изучать все отклонения, имеющиеся в функциях почек, и при некоторых заболеваниях (камни, гидронефроз, пионефроз, тумор, туберкулез почки и пр.) получить из каждой почки мочу отдельно, а также испытать в отдельности функции каждой почки, что составляет предмет так называемой хирургической функциональной диагностики.

В последнее время благодаря введению в клиническую практику цисто-уретероскопии это стало вполне возможным. Это особенно важно при анализе показаний к нефрэктомии. Удалять больную почку можно только тогда, когда другая здорова и функционирует нормально. Надо сказать, что функциональная диагностика применяется теперь в клинике не только при заболевании почек, где имеется явное анатомическое нарушение почки (опухоль, туберкулез и т. д.), но и в тех случаях, где мы имеем самые ничтожные признаки нефропатии. Теперь диагностировать и лечить болезнь почек без ознакомления с нарушением их функций не принято и совершенно недопустимо. Новый принцип, положенный в основу распознавания почечных болезней, действительно позволил не только лучше диагностировать и понимать процессы, происходящие в самой почке и во всем организме вследствие нефропатии, но и стать на рациональную точку зрения при лечении почечных больных и индивидуализировать терапию на строго научных основах.

ЛЕКЦИЯ ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШИНЫ

Некоторые замечания, касающиеся анатомии, физиологии и патологии брюшины. Методика исследования больного при заболевании брюшины. Значение осмотра, перкуссии, пальпации и аускультации для распознавания заболеваний брюшины. Рентгеновское исследование. Пневмоперитонеум. Семиотика и диагностика на основах физического исследования наиболее важных заболеваний: асцита, острого перитонита—местного и общего. Диагностика общего перитонита. Семиотика и диагностика аппендицита и поддиафрагмального нарыва.

В предшествующих лекциях мы рассмотрели те методы физического исследования, которые применяются у постели больного с целью распознавания заболеваний органов, расположенных в брюшной полости, и оценили достигнутые в этом отношении результаты. Но наши беседы по затронутым нами вопросам будут незаконченными, если мы не коснемся еще распознавания заболевания самой брюшины, а также и тех состояний брюшной полости, когда на их опускаются все органы или какой-либо один орган, что создает определенный болезненный синдром или появляется какая-нибудь опухоль («тумор»), имеющая или непосредственное отношение к ней самой, или же к органам, заключенным внутри ее. Необходимость коснуться этих вопросов понятна сама по себе ввиду того, что брюшина имеет близкое отношение к органам, заключенным в брюшной полости; она их покрывает частично или по всей поверхности и влияет на их морфологические свойства, на их положение и функцию в случае ее заболевания. Всякий тумор, появляющийся в животе, требует немедленного выяснения взаимоотношения его ко всем органам брюшной полости и распознавания его природы и происхождения.

Как известно, брюшина представляет собой серозную оболочку, выполняющую всю брюшную полость с ее углублениями и покрывающую все органы и те связки, от которых до известной степени зависит их расположение и фиксация. Поперечная кишка вместе с большим сальником разделяет всю брюшную полость на два этажа, сообщающихся друг с другом во фланковых областях снаружи от восходящей и нисходящей ободочной кишки. Величина поверхности брюшины по исследованиям Вегнера приблизительно равна поверхности кожных покровов (около 1,7 м² для женщины среднего роста). Она покрыта полигональным эпителием, который на свободной своей поверхности имеет своеобразную кутикулу, несущую по некоторым авторам реснички, обладающие ритмическими движениями (Пала-

дино). Протоплазма эпителия выпускает своеобразные отростки, посредством которых клетки соединяются между собой, остаряля между отростками свободные пространства, по которым циркулирует серозная жидкость. Все клетки своим основанием расположены на особой оболочке (*membrana limitans*), которая в центральных частях брюшины, покрывающей диафрагму, имеет маленькие отверстия (4—6 мм). Через эти отверстия полость брюшины сообщается подбрюшинной клетчаткой, в этом месте исключительно богатой лимфатическими щелями и сосудами. Сама брюшина тоже чрезвычайно богата кровеносными и лимфатическими сосудами, причем последних особенно много в брюшине, покрывающей малый таз и диафрагму. Обильная сеть лимфатических сосудов диафрагмы сообщается с лимфатическими сосудами, покрывающей диафрагму плевры, причем лимфатическая сеть каждой стороны представляется совершенно обособленной. Громадная поверхность и своеобразное устройство сосудистой системы брюшины, имеющей тесное отношение ко всей сосудистой системе организма, определяют ее физиологическую роль, а также оригинальное возникновение, распространение и течение различных патологических процессов, возникающих в ней самой или в органах, которые она покрывает, в тех случаях, когда заболевание их при своем распространении затрагивает брюшину.

Благодаря обилию сосудов и большой поверхности брюшина обладает способностью чрезвычайно быстро всасывать большие количества жидкости, растворимых и нерастворимых веществ. Первые поступают преимущественно непосредственно в общий круг кровообращения, а последние попадают в кровь через лимфатическую систему, чему способствуют дыхательные движения диафрагмы. Эти движения действуют присасывающим образом на жидкость и взвешенные в последней частицы, находящиеся в верхних отделах брюшной полости; передвижению частиц, бактерий и пр. помогают также блуждающие клетки, захватывающие частички нерастворимых веществ и уносящие их в лимфатические щели. Способностью брюшины к быстрому всасыванию нужно объяснить себе то обстоятельство, что нормально в брюшной полости между обоими листками брюшины находится ничтожный, почти капиллярный, слой серозной жидкости, которая предназначена для смачивания брюшины и необходима для ее питания и для беспрепятственного движения органов. Но, с другой стороны, если затрудняется отток из брюшины серозной жидкости, что наблюдается при заболеваниях печени и сердца, или же когда в организме задерживаются вещества, имеющие очень большое сродство к воде, или же когда, наконец, наступает воспалительное раздражение брюшины, то благодаря тем же особенностям устройства сосудов в брюшной полости может накапливаться жидкость в очень большом количестве и сравнительно в короткое время. В том случае, когда имеется почти исключительное затруднение оттока, а воспалительное раздражение играет незначительную роль, количество форменных элементов, заключенных в скопляющейся жидкости, бывает ничтожным (транссудат). При превалировании среди факторов, нарушающих в брюшной полости равновесие притока и оттока жидкости, воспалительных раздражений начинает увеличиваться количество форменных эле-

ментов и различных белковых веществ (экссудат). Часть их выпадает в форме фибрина, обуславливающего сперва склеивание серозных соприкасающихся поверхностей, а впоследствии сращения, встречающиеся в брюшной полости после всяких воспалительных процессов.

Если количества накапливающегося трансудата находятся в строгой зависимости от степени затруднения оттока жидкости из брюшной полости, то количество и характер экссудата зависят главным образом от свойств раздражителя (например, вирулентности бактерий), способности к реакции больного организма, а также стадии воспалительного процесса. Поэтому клинические симптомы развивающихся процессов находятся опять-таки в определенной зависимости от тех же факторов или же от их комбинации.

Чтобы обнаружить признаки различных патологических процессов и по найденным симптомам судить о характере процесса и степени его выявления и распространения, мы должны у постели больного прибегать к обычным методам клинического исследования, т. е. осмотру, перкуссии, пальпации и аускультации, а также рентгеновскому исследованию. Осмотром при заболевании брюшины мы чаще всего обнаруживаем изменение конфигурации брюшной полости. В том случае, когда заболевание брюшины вызывает накопление большого количества жидкости или же раздражение брюшины сопровождается развитием метеоризма кишок, мы несмотря на сравнительно небольшое количество экссудата замечаем увеличение объема живота и изменение его конфигурации. Такое же увеличение живота наблюдается в тех случаях, когда в брюшине развивается новообразование, которое к тому же почти всегда сопровождается скоплением жидкости. Только при хронических заболеваниях брюшины, как, например при туберкулезе, или же в том случае, когда острое воспаление брюшины носит пластический характер, быстро вызывая склеивание висцеральной брюшины с париетальной, при участии в большинстве таких случаев сальника, может не наблюдаться выпячивание живота, а, наоборот, даже втяжение. Такое же втяжение замечается в тех редких случаях заболевания брюшины, когда после рассасывания экссудата остается много спаек, но нет еще сужения кишок, и когда больной в силу тех или других причин мало вводит пищи, причем у него одновременно бывает диарея (туберкулезный хронический перитонит и туберкулез кишок). Таким образом втяжение живота при заболевании брюшины наблюдается лишь как исключение, а правилом является увеличение объема брюшной полости. Степень увеличения объема находится в зависимости исключительно от количества и качества скопляющейся жидкости, степени метеоризма, давности заболевания и податливости брюшного пресса. По литературным данным наибольшее увеличение живота наблюдается у многогрожавших женщин при цирозах печени, когда количество асцитической жидкости достигает 25—30 л. Мне пришлось наблюдать один случай Леннековского цироза печени у многогрожавшей женщины, где при седьмой пункции удалось удалить 23,5 л жидкости. При резком исхудании всего тела и общей слабости она не могла держаться на ногах благодаря колоссальному животу. Эта женщина

в буквальном смысле слова состояла «только из одного живота» — грудь, голова, руки, ноги казались какими-то придатками к шаровидному животу. Что касается изменения конфигурации живота, то она опять-таки зависит от тех же причин, что и объем живота, а также от распределения жидкости в брюшной полости, степени ее подвижности и положения больного. Если жидкость не свободна, что наблюдается при перитонитах, или же увеличение живота зависит не только от скопившейся жидкости, а также от «тумора», развившегося в брюшной полости, то, с одной стороны, может наблюдаться некоторая асимметрия, а с другой — перемена положения больного не вызывает резких изменений конфигурации, как при свободном асците, при условии среднего (6—7 л) скопления жидкости. При чрезмерных количествах жидкости благодаря резкому напряжению брюшного пресса и высокому внутрибрюшному давлению живот в стоячем положении больного имеет шаровидно-яйцевидную форму. Более широкое основание его обращено книзу и как бы нависает на бедра; верхняя часть брюшной полости и нижнее отверстие грудной клетки представляются в сравнении с нормой расширенными, а расстояние между мечевидным отростком и пупком значительно увеличенным. Пупок сглажен, а иногда выпячен в форме большого грудного соска женщины вследствие растяжения пупочного кольца и накопления жидкости в образовавшемся грыжевом мешке (рис. 12). Около пупка в некоторых случаях видны расширения вен (*caput medusae* при цирозах); такие же подкожные расширения вен видны сбоку (*v. epigastricae*). Здесь нужно заметить, что расширенные вены наблюдаются не только при затрудненном воротном кровообращении или же при наличии препятствий в системе полых вен, но они могут быть заметны при отсутствии отека подкожной клетчатки при всяком скоплении жидкости (хроническом перитоните) и вообще при значительном повышении внутрибрюшного давления; правда, в этих случаях они бывают мало расширенными (см. лекцию I).

При изменении положения больного в случае свободной жидкости, скопившейся в умеренном количестве, конфигурация живота изменяется. Он уплощается посредине, в стороны от пупка, и расширяется по бокам (лягушечий живот), а при положении на боку уплощается в противоположной фланковой области.

Кожа при больших асцитах представляется гладкой, блестящей и бледной, особенно в тех случаях, когда имеется отек подкожной клетчатки (у сердечных больных, у нефритиков, у кахектиков). При больших растяжениях кожи на боковых областях и ниже пупка замечаются рубцы от надрыва, подобно рубцам беременных. При воспалительных острых процессах в брюшине (острый свободный общий перитонит, местный острый перитонит), при гнойном или гнилостно-гнойном характере экссудата замечается воспалительный отек, иногда покраснение кожи, а в некоторых случаях и местное повышение температуры кожи (абсцессы брюшины).

Что касается перкуссии, то для диагностики заболевания брюшины она имеет очень большое значение. Разумеется, в тех участках и областях брюшной полости, где скопляется жидкость или пластический фибринозный экссудат, перкуторный звук представляется ту-

пым или притупленным. В тех же участках, где расположены органы, содержащие газ (желудок, петли кишок), или где газ свободный или инкапсулированный, перкуторный звук ясный, тимпанический, с различными оттенками, зависящими от количества скопившегося газа, степени напряжения стенок полости, в которой он находится, и пр. В случае нахождения органов, содержащих газ, среди экссудата перкуторный звук будет притупленным—тимпаническим. Указанные свойства перкуторного звука позволяют не только распознавать присутствие экссудата, гесп. трансудата, но и выяснять его распределение среди органов брюшной полости по степени его подвижности при изменении положения больного. В том случае, если

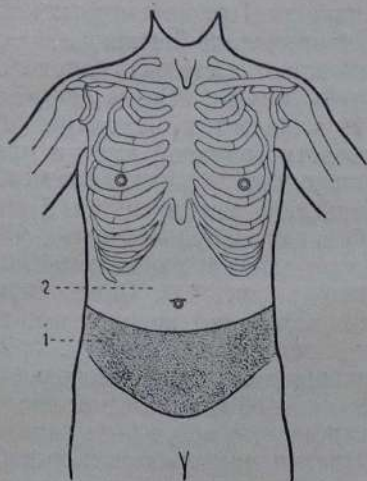


Рис. 76. Свободная жидкость в брюшной полости; вертикальное положение.

1—зона тупого звука; 2—зона тимпанита.

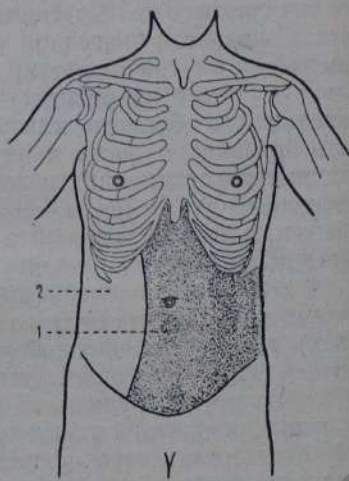


Рис. 77. Свободная жидкость в брюшной полости; горизонтальное положение на левом боку.

1—зона тупого звука; 2—зона тимпанита.

экссудат инкапсулирован, и в особенности если он близко расположен к стенкам живота, перкуссия дает возможность по притупленному или тупому звуку распознавать сравнительно небольшие количества экссудата (150—200—300 см³). Но если скопляющаяся жидкость свободна, то, распределяясь по законам тяжести в более глубоких частях брюшной полости, она может быть диагностирована благодаря тому, что над ней плавают наполненные газом петли кишок, только в том случае, если ее количество достигает довольно больших размеров (более 1 000—1 500 см³). В этих случаях в стоячем положении¹ над лобком начинает появляться притупление, которое по мере накопления жидкости поднимается все выше и выше, причем пограничная линия между тупым и тимпаническим звуком имеет горизонтальное направление или же представляется вогнутой (рис. 76). Если больной меняет положение на

¹ Перкуссия подреберных пространств в положении Тренделенбурга или перкуссия живота в коленно-локтевом положении неудобна и не имеет никаких преимуществ.

горизонтальное, то тупость появляется во фланковых областях, имея изнутри вогнутую границу (рис. 77), а при положении на боку противоположный фланк становится тимпаническим. В том случае, если между внутренними органами, особенно между петлями кишок, сальником и пристеночным листком брюшины имеются сращения, описанные закономерные распределения зон тимпанического и тупого звука нарушаются и смена тупого тимпаническим перкуторным звуком при изменении положения больного происходит не так быстро (при туберкулезном перитоните) (рис. 78 и 79). Быстрому распределению жидкости согласно законам тяжести, несомненно, мешает также уплотнение и сморщивание брыжейки, которое наблю-

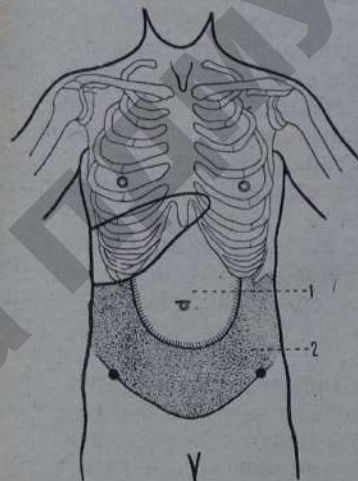


Рис. 78. Распределение ясного (1) и тупого (2) звука при асцитической форме туберкулезного перитонита (стоячее положение).

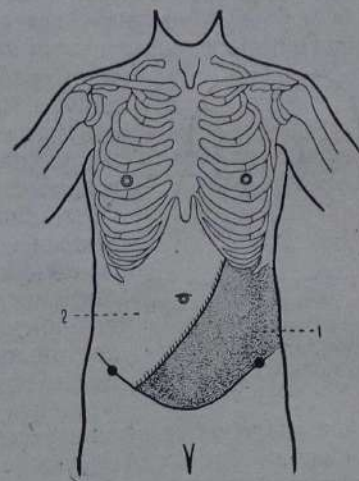


Рис. 79. Туберкулезный пластический перитонит; экссудат слева, ограниченный брыжейкой.

1—зона тупого звука; 2—зона тимпанита.

дается довольно часто при хронических перитонитах (Кохер). Здесь нужно заметить, что накопление в ободочной кишке газов или плотных масс может в некоторых случаях влиять до известной степени на границы тупого звука при асците; с этим приходится считаться при оценке результатов перкуссии. Таким образом при решении вопроса, с какого характера жидкостью, воспалительным ли экссудатом или трансудатом мы имеем дело, нам приходится обращать внимание на фигуру тупого звука, на степень подвижности экссудата и на распределение его по брюшной полости в зависимости от различных условий тяжести. При внимательном исследовании, пользуясь указанными признаками, мы в конце концов приходим в большинстве случаев к верным заключениям. Значительно большие затруднения встречаются при дифференциальной диагностике асцита и больших кист (кисты яичника, кисты сальника, кисты поджелудочной железы) в тех случаях, когда они, заполняя почти всю брюшную полость, достигают очень больших размеров и имеют вялые стенки. Единственным критерием в этих случаях бывают

выпуклые границы тупости при опухоли и вогнутые при асците, но этот признак может исчезнуть в том случае, если рядом с кистозной опухолью накопилась жидкость в свободной брюшной полости; тогда смещение кист с асцитом является до известной степени закономерным. В этих случаях разрешить сомнения может только пробный прокол и анализ пунктата.

В том случае, если в брюшной полости скопляется воздух, что наблюдается иногда при прободении полостных газодержащих органов, при развитии гнилостных газов под влиянием газообразующих бактерий (*pneumoperitoneum*) или же при искусственном вдвухании газов в целях рентгеновского исследования по способу Раутенберга над областями, где скопился воздух, получается громкий низкого тона тимпанический звук. Если количество газа не велико,



Рис. 80. Свободный газ под обоими куполами диафрагмы при прободении язвы 12-перстной кишки (1—2) (Asmann).

то он, распределяясь по законам физики, в поддиафрагмальных областях, обнаруживается по зоне тимпанического звука над печенью или желудком и селезенкой, которые скопившимся газом оттесняются вниз. В этих случаях зона тимпанического звука между нормальным легочным звуком и тупым звуком печени, гесп. селезенки, позволяет заподозрить частичный пневмоперитонеум (рис. 80). Напротив, при накоплении больших количеств газов в брюшной полости, благодаря оттеснению больших паренхиматозных органов (печени, селезенки) от стенок брюшной полости исчезают нормальные

зоны тупости печени и селезенки. Однако, делая заключение на основании данных перкуссии о накоплении свободного газа в брюшине, нужно быть осторожным, так как исчезновение тупости печени, гесп. селезенки, может зависеть и от других причин. Раздутые тонкие и особенно толстые кишки при метеоризме, давя на нижнюю поверхность печени, как указано в лекции о выстукивании печени, вызывают поворот печени около поперечной оси и обуславливают меньшее прилегание ее верхней поверхности к грудной клетке (*retroversio hepatis*), т. е. краевое стояние печени и уменьшение диаметра абсолютной тупости печени. В том случае, когда метеоризм очень велик, как, например, при перитоните, полоса прикосновения печени к грудной клетке бывает настолько узкой, что по передним вертикальным линиям (*lineae parasternalis, mammillaris, axillaris anterior*) мы вовсе не находим тупости печени, и только по задней подмышечной и лопаточной линиям можно бывает обнаружить зону при-тупления. Как известно, исчезновение тупости печени является одним из признаков воспаления брюшины, которому клиницисты в случае его внезапного появления придают большое диагностическое значение. Но как бы ни был велик парез и раздутие кишок при перитоните, если нет накопления газов в брюшной полости (*pneumatosis peritonealis*—при прободении желудка или 12-перстной кишки, при язвах, при прободении кишок, при брюшном тифе, при травме, при развитии гнилостных процессов в экссудате), всегда все-таки удается найти сзади тупость печени; напротив, при зна-

чительном пневмоперитонеуме она исчезает, и это является дифференциальным признаком острого перитонита от пневматоза.

Здесь мы должны упомянуть, что при местном перитоните, развивающемся вокруг пилорической части желудка, 12-перстной кишки, желчного пузыря и ободочной кишки, наблюдается нередко своеобразное изменение тупости печени. Благодаря спайкам, развивающимся между перечисленными органами, раздутию желудка, который в таких случаях отодвинут вправо и вверх, и вздутию правой ободочной кривизны печень должна приподняться кверху и повернуться около поперечной оси. Но, однако, этому движению мешают спайки ее с указанными органами и пристеночной брюшиной, а потому занять краевое стояние она не может. Отодвигается кверху главным образом более податливая и менее массивная часть печени, т. е. левая доля и часть правой, лежащая ближе к *ligamentum suspensorium*, остальная же часть правой доли остается на месте. Это обстоятельство в связи с более тесным прилеганием как бы припаянного к печени желудка, а иногда и ободочной кишки, которая в некоторых случаях надвигается на нижний край печени, обуславливают деформацию печеночной тупости и появление в нижней границе тупости вдавления между правой грудинной и сосковой линиями. Указанные изменения конфигурации нижней границы тупости печени являются очень ценными клиническими признаками местного перитонита в этой области (перигастрита, перидуоденита, перихолецистита).

Возвращаясь к исчезновению печеночной тупости, нужно упомянуть, что исчезновение этой тупости может обусловить не только колоссальный метеоризм кишок, но и захождение петель кишок между печенью и диафрагмой. Это явление наблюдается, правда, довольно редко и только при определенных условиях. Чтобы захождение петель кишок могло произойти, печень должна быть уменьшена в своем объеме и уплотнена; если же печень нормальна, то для этого необходимо расслабление брюшного пресса, а также увеличение подвижности печени и кишок. Такие условия бывают, с одной стороны, при атрофическом циррозе и желтой атрофии, с другой—при приобретенном спланхноптозе; в нормальных же отношениях, когда кишечные петли при метеоризме давят на печень, им не удается зайти между печенью и диафрагмой по той причине, что мягкая нормальная печень легко приспосабливается к пространственным отношениям. Она не только поворачивается, но и как бы распластывается и все время своей выпуклой поверхностью остается в соприкосновении с диафрагмой. Но если печень уменьшена, а в особенности если она к тому же сделалась плотной, то при надавливании петель кишок она не так уже плотно прилегает к диафрагме, и кишки могут попасть между ней и диафрагмой. Особенно благоприятствует надвиганию на печень кишок резкое опущение печени при спланхноптозе, когда к тому же благодаря вялости брюшного пресса нет полного тесного соприкосновения ее с брюшной стенкой, а кишки благодаря растяжению связок и брыжейки делаются более подвижными. Большинство случаев нахождения на печень петель кишок мне пришлось наблюдать именно при приобретенном спланхноптозе.

Такое захождение петель кишок (чаще всего заходит flexura hepatica, colon ascendens, иногда и петля тонких кишок) может случиться при перфоративном перитоните и при выходе газов в свободную брюшную полость, так как в этом случае газ может отодвинуть печень от брюшной стенки и диафрагмы к средней линии, а в появившееся пространство могут зайти петли кишок и даже фиксироваться там спайками.

Чтобы закончить рассмотрение значения перкуторного метода в диагностике различных поражений брюшины, нужно сказать несколько слов о боли, которую может причинить постукивание живота. Нормально даже грубая перкуссия брюшной полости не доставляет больному неприятных ощущений. Но при воспалении брюшины, особенно остром, перкуссия причиняет больному не только неприятные ощущения, но и сильную боль, нередко заставляющую больного даже вскрикнуть. Конечно, боль тем интенсивнее, чем воспалительный процесс более распространен и чем он тяжелее по характеру воспаления; так, при гнойных перитонитах она обычно сильнее, чем при серозных. Однако же при гнойно-гнилостном общем перитоните боль может почти отсутствовать в тех случаях, когда резко выражена общая интоксикация. При этом приходится отметить, что непосредственная перкуссия брюшины вызывает значительно более сильную боль, чем посредственная. Это, повидимому нужно объяснить большим раздражением кожи, которая нередко находится в состоянии гипералгезии, а также большим сотрясением воспаленной брюшины при отскакивании перкутирующего пальца. Боль носит местный характер при ограниченном перитоните и общий при свободном. По распространению болевой зоны при местном перитоните можно до известной степени судить о локализации воспалительного процесса (см. III лекцию). Боль при постукивании обычно идет параллельно с болью от давления; в тех районах или точках, где давление вызывает боль, она ощущается и при постукивании. Ощущение боли при перкуссии, несомненно имеет большое распознавательное значение. Она не только наблюдается в тех случаях, когда давление и пальпация вызывают боль, но в некоторых случаях и тогда, когда давление и ощупывание не дают ясных болевых ощущений. Так, нередко приходится убеждаться, что непосредственная перкуссия вызывает боль при язвах желудка и 12-перстной кишки тогда, когда даже глубокое давление дает неопределенные результаты; я лично придаю большое значение перкуторной боли при диагностике язв.

Все, что мы до сих пор говорили о перкуссии, касалось главным образом заболевания самой брюшины. Но постукивание играет роль не только при болезнях брюшины; оно является ценным методом, применяемым при диагностике опухолей живота. Посредством перкуссии мы стараемся составить себе представление о физических свойствах найденного тумора, а также о его форме и величине. По данным перкуссии мы судим, наконец, об отношении тумора к другим органам брюшной полости и о степени прикрывания его петлями кишок, что чрезвычайно важно для диагностики опухолей. При этом надо заметить, что непосредственная перкуссия

одним пальцем по Образцову дает лучшие результаты, чем посредственная перкуссия, благодаря тому, что при ней удастся совершенно свободной левой рукой отстранить от опухоли надвигающиеся на нее соседние органы, чаще всего петли кишок, и таким образом перкутировать самую опухоль. Кроме того при чрезмерной подвижности опухоли удается фиксировать ее и, следовательно, перкутировать в наиболее благоприятных условиях.

Таким образом мы видим, что перкуссия брюшной полости имеет известное значение для диагностики как заболеваний самой брюшины, так и для распознавания опухолей живота. Несравненно большее значение, чем перкуссия, имеет ощупывание. На нем мы подробно останавливались в первых лекциях, указывая также на те признаки заболевания брюшины, которые мы находим при пальпации. Во избежание повторений мы сейчас подробно касаться ощупывания не будем. Соберем только разбросанные в разных местах сведения, систематизируем их и в последней лекции постараемся выяснить значение пальпации при распознавании опухолей живота.

При заболевании самой брюшины глубокая пальпация удается с трудом или вовсе не удается. Причина этого кроется, с одной стороны, в напряжении стенок живота и болезненности пальпации, с другой — в повышении внутрибрюшного давления, вызванного накоплением жидкости в брюшной полости, которое сопровождается большинством заболеваний брюшины. В тех случаях, где жидкости нет, как, например, при хроническом слипчивом перитоните, все-таки напряжение брюшного пресса повышено; к тому же благодаря обычному в этих случаях метеоризму кишок и внутрибрюшное давление увеличено. Ввиду перечисленных моментов в большинстве случаев поражения брюшины нам приходится ограничиваться более или менее поверхностным ощупыванием. Только при ограниченном местном фибринозном воспалении, после исчезновения острых общих явлений и уменьшения напряжения брюшного пресса удается в конце концов применить при исследовании живота глубокую методичную пальпацию.

В некоторых случаях при скоплениях жидкости в животе, когда болезненность брюшины неособенно велика (при трансудате, при хроническом туберкулезном или неопластическом перитоните), для грубого ориентирования в положении увеличенных брюшных органов или же для распознавания присутствия опухоли можно применить баллотирующую пальпацию. Но для точного топографического обследования брюшной полости в тех случаях, когда препятствием для исследования является главным образом асцит, а не воспалительное напряжение брюшного пресса, жидкость приходится предварительно удалить проколом и тогда уже, пользуясь расслаблением брюшных стенок после выпуска асцитической жидкости, производить необходимое детальное ощупывание.

При поверхностном ощупывании живота в случае заболевания самой брюшины мы сразу наталкиваемся на два явления, имеющие большое диагностическое значение, — это боль при пальпации и напряжение мышц живота (defense musculaire).

Всякое раздражение, а тем более воспаление брюшины, будет ли оно местным или общим, сопровождается ощущением боли, иногда чрезвычайно интенсивной и мучительной. Появление боли объясняется раздражением большого количества нервных волокон париетальной брюшины. Чем воспаление брюшины случается внезапно и чем быстрее оно распространяется, тем интенсивность боли обычно бывает большей, так что наиболее сильную боль мы замечаем при перфоративном перитоните. Однакоже надо заметить, что в некоторых тяжелых случаях септического перитонита боли может и не быть. Боль при перитонизме и перитонитах ощущается больным первое время постоянно и локализуется им обычно на месте воспаления. Но в этом отношении бывают и значительные исключения, и больной может локализовать боль не на месте воспаления брюшины, а где-нибудь вдали, чаще всего около пупка или в подложечной области. Гиртель предполагает, что причина этого кроется в воспалительном раздражении корня брыжейки. Интенсивнее всего боль ощущается в начале воспаления, затем она немного затихает, имея все-таки наклонность периодически обостряться. Боль перитонитик ощущает еще сильнее, когда прикасаются к брюшной полости; иногда затихшая боль сейчас же возобновляется, когда при пальпации тревожат воспаленную брюшину. Мы уже говорили, что даже слабое постукивание брюшной стенки вызывает в этих случаях боль; но еще большую боль испытывает перитонитик при давлении, которое неизбежно при пальпации. Если при здоровой брюшине даже значительное давление, как мы знаем, не вызывает болезненных ощущений, то при воспалении ее, при остром больше, при хроническом меньше, даже слабое нажатие причиняет довольно сильную боль. При местном перитоните боль ограничивается больной областью, а в здоровых невоспаленных участках брюшина остается, как нормальная, безболезненной. Этим обстоятельством приходится пользоваться в целях локализации ограниченных перитонитов. В предшествующих лекциях мы уже встречались с различными болевыми точками и целыми болевыми зонами (точка Мак Бурнея, симптом Rovsing'a, зоны Шофара, Дежардена и пр.), которые имеют распознавательное значение.

Блумберг нашел, что обнаружить болезненность брюшины легче в том случае, если особым приемом вызывать в воспаленном органе быструю смену напряжения. Это по Блумбергу делается таким образом, что, произведя давление пальцами в испытуемом месте, мы быстро отнимем их от брюшной стенки, — в момент отнятия руки больной чувствует резкую боль. Этим способом иногда можно обнаружить воспалительный процесс в тех случаях, когда обыкновенное давление и пальпация не констатируют перитонизма.

Параллельно с болью идет напряжение брюшной стенки, общее при генерализованном перитоните и местное при ограниченном. Это напряжение зависит от рефлекторного тонического сокращения мышц брюшного пресса и лучше всего может быть объяснено висцеромоторным рефлексом Мекензи. Распространение мышечного напряжения соответствует распространенности перитонитического процесса и вместе с болью при давлении и постукивании лучше всего

позволяет локализовать местный перитонит и судить о его распространенности.

Однакоже надо заметить, что боль и напряжение мышц брюшного пресса встречаются не только при заболевании брюшины. В клинике мы его наблюдаем и при истерии и при тех процессах в грудной полости, где возможны раздражения и рефлексы в области последних межреберных нервов (пневмония, диафрагмальный плеврит, переломы ребер, повреждения позвоночника, заболевания почек и надпочечника), и с этим обстоятельством приходится считаться при диагностике поражений брюшины.

Но не только боль и напряжение может обнаружить пальпация при заболевании брюшины. Она позволяет нередко констатировать присутствие воспалительного экссудата в том случае, если он ограничен и, находясь в спайках, образует настоящую опухоль брюшной полости (*tumor inflammatorius peritonei*). Конечно, при пальпации легче обнаруживаются те экссудаты, которые более плотны, т. е. содержат больше фибрина и ближе расположены к брюшной стенке. Однакоже и более жидкие экссудаты (серозные, серозно-геморагические, гнойные) и расположенные значительно глубже, например на задней стенке брюшной полости или же между петлями кишок, можно обнаружить в тех случаях, если они ограничены и осумкованы. Мы распознаем их по разнице в сопротивлении в месте их нахождения и по соседству. Далее, по изменению консистенции экссудата, по появлению в нем особой пастозности, по обнаружении в нем флуктуации мы можем судить об изменении физических свойств экссудата — о рассасывании его или о нагноении. Точно так же пальпация позволяет выявить присутствие спаек в брюшине и иногда прощупать плотный организованный тяж, тянущийся между органами брюшной полости и париетальной брюшиной, а изредка и спайку между отдельными петлями кишок.

Присутствие спаек мы подозреваем тогда, когда органы теряют свою нормальную пассивную и дыхательную подвижность, а также когда отсутствует отчетливость очертаний органов или их краев. Опытный пальпатор привыкает к определенной, свойственной каждому органу брюшной полости подвижности как пассивной, так и активной. Смещая орган в стороны, он всегда может сказать, имеется ли нормальная подвижность у органа или она ограничена, или вовсе утеряна благодаря спайкам. Привыкнув к определенным экскурсиям при дыхании прощупываемого края органа, опытный исследователь сейчас же замечает ограничение этих движений, вызванное местным перитонитом. Равным образом он легко констатирует обезображивание органа вследствие наслоек экссудата или сморщивание его, вызванное последовательной организацией экссудата. Так, пальпацией мы легко обнаруживаем всякое отложение экссудата вокруг толстых кишок (перитифлит, перисигмоидит, периколит, перихолецистит и пр.), легко распознаем обезображивание сальника при хронических, чаще всего туберкулезных, перитонитах. Но, конечно, все это удается тому врачу, который знаком в деталях с брюшной полостью и познакомился с ней, пользуясь методической топографической пальпацией.

Не меньшую услугу, чем при диагностировании воспалительных изменений в брюшине, ощупывание оказывает при распознавании опухолей брюшины. Встречающиеся здесь злокачественные новообразования (sarcoma, carcinoma) и доброкачественные опухоли (эхинококк, кисты брыжейки и пр.) легко распознаются при прощупывании и диагностируются еще до пробной лапаротомии и притом с довольно большой точностью. О пальпаторной диагностике опухолей брюшины мы сейчас говорить не будем и разберем ее совместно с диагностикой опухолей брюшной полости вообще.

Аускультация при распознавании заболеваний брюшины играет последнюю роль. Здесь нужно только упомянуть о том, что при отложении на воспаленной поверхности брюшины фибрина, особенно если это наблюдается на органах (печень, селезенка), мы легко выслушиваем шум трения (*affricus peritoniticus*), который распознается и пальпирующей рукой. Такое же трение выслушивается и над салником при его фибринозном воспалении и даже над кишками, раз на них получились наслойки фибрина. В этих случаях мы иногда получаем при пальпации совершенно своеобразное ощущение какого-то хруста, напоминающее ощущение при сжимании в руке кома снега. Далее, при перитонеальном пневматозе, если накапливается экссудат, можно иногда получить шум плеска от сотрясения. Такой же шум плеска мы выслушиваем при газовом нарыве, например, при *ruorpneumothorax subphrenicus*. Перечисленными результатами и ограничивается значение выслушивания в диагностике заболеваний брюшины.

Значительно больше для распознавания дает рентгеновское исследование. Нормальная брюшина совершенно недоступна для рентгеновского исследования вследствие капиллярности ее полости. Но если в результате ее заболевания собирается газ или жидкость, то они уже могут быть распознаны. При накоплении воздуха в брюшной полости после прободения газодержащего органа или при развитии гнилостных процессов под влиянием бактерий газ собирается в более возвышенных областях, и при просвечивании в стоячем положении мы отчетливо обнаруживаем его присутствие под диафрагмой (рис. 80).

Далее, при образовании в брюшной полости нарывов, содержащих газ, мы отчетливо распознаем их, где бы они ни размещались. Особенно характерную картину дает поддиафрагмальный газовый нарыв с правой стороны. Здесь, как и при всяком газовом нарыве, мы видим не только газ, но и уровень жидкости. Эта жидкость, подчиняясь законам тяжести, занимает различное положение при изменении положения больного и, сотрясая больного позади экрана, можно видеть, как она при этом расплескивается. Кроме того при рентгеноскопии по уменьшению подвижности органов при изменении положения больного или при смещении их ощупываемой рукой можно делать заключения о перитонитических спайках вокруг них. Об этом можно судить также по изменению нормального положения их и иногда по нарушению их функции; таковы: подтягивание желудка при перигастритах, более продолжительное пребывание пищевой кашицы в желудке при спайках вокруг него, нарушение нор-

мальной его перистальтики, более продолжительное прохождение пищи по тракту кишок при спайках вокруг них и пр.

Еще больше, чем простое исследование рентгеном, дает рентгеновское исследование при надувании воздуха в брюшную полость по способу Раутенберга или Гетце (*искусственный пневмоперитонеум*) (рис. 81). Этим приемом (при различных положениях больного) безошибочно диагностируется всякое, даже минимальное скопление жидкости в брюшной полости, прекрасно видны спайки между органами и париетальной брюшиной, легко распознаются опухоли брюшины. Но введение газа, к сожалению, имеет слишком много противопоказаний. Не только слабость сердца и заболевания легких, но и возможность заражения брюшины, опасность обострения заглохшего воспалительного процесса и опасность разрыва спаек, ранения сосудов, кишечника и других органов, или газовой эмболии не позволяют широко применять этот способ. Поэтому несмотря на все свои выгоды этот способ очень туго входит в рентгенологическую клиническую практику, гранича с пробной лапаротомией.

Резюмируя все сказанное относительно применения физических методов для распознавания различных заболеваний брюшины и оценивая получаемые при этом результаты, мы должны прийти к тому заключению, что диагностика достигла громадных успехов, и в настоящее время, в сущности говоря, уже почти не должно встречаться диагностических ошибок.

Теперь я хочу остановиться на распознавании тех двух заболеваний брюшины, которые не только для нас, интернистов, но и для хирургов и гинекологов имеют выдающийся интерес, так как неправильная и несвоевременная диагностика их стоят иногда жизни больному. Я подразумеваю воспаление червеобразного отростка слепой кишки, которое в большинстве случаев ведет к воспалению вокруг него брюшины и способствует образованию поддиафрагмального нарыва, который, в сущности говоря, является также местным перитонитом. Относительно этих двух заболеваний мы будем говорить только о тех их признаках, которые можно подметить у постели больного, пользуясь физическими исследованиями брюшной по-



Рис. 81. *Pneumoperitoneum artificiale.*

лости. Точно так же мы будем говорить о дифференциальном распознавании только на основах физической диагностики. Следовательно, всякие другие данные как анамнестические, так и признаки общего характера и симптомы со стороны других органов и систем, признаки, которыми врач также пользуется при постановке диагноза, в наших рассуждениях приниматься в расчет не будут.

При распознавании проявлений аппендицита мы будем пользоваться клинической классификацией Шпренгеля¹, в основу которой положены патологоанатомические изменения и клинические проявления. Эта классификация в настоящее время принята почти во всех странах, так как в нее действительно лучше всего укладываются все клинические формы аппендицита. Другие же классификации (Кюммель, Нотнагель, Зонненбург, Диелафуа, Моррисон, Бенар, Герстер, Ростовцев, Образцов и др.) нужно признать менее удачными и не обнимающими всех клинических проявлений аппендицита.

По Шпренгелю аппендицит разделяется на:

- а) Острый аппендицит со следующими подразделениями:
 - 1) аппендицит без участия брюшины;
 - 2) аппендицит с разлитыми начальными явлениями;
 - 3) аппендицит с ограниченным перитонитом;
 - 4) аппендицит со свободным разлитым перитонитом.

б) Хронический аппендицит.

При первой форме остро аппендицита брюшинный покров самого отростка либо совсем не принимает участия в воспалении, либо очень незначительное. Весь процесс локализуется внутри отростка, хотя может носить и гнойный характер (эмпиема отростка—*colica-appendicularis* по классификации Образцова—Талламона и катаральная форма). При этой форме физическое исследование брюшной полости в момент острого приступа уже дает определенные результаты. При осмотре живот может быть, хотя это далеко не обязательно, слегка вздут, брюшной пресс чуть напряжен, перкуссия живота в правой подвздошной слегка болезненна, исследование правого пахового канала обнаруживает болезненность при дотрагивании концом пальца к брюшине (Крымов). Но при ощупывании правой подвздошной ямки мы отмечаем легкую болезненность в точке Мак Бурнея (место соответствующих отхождений отростка от слепой кишки, проецирующееся на брюшную стенку на месте перекреста *lineae spino-umbilicalis* с наружным краем *m. recti dex.*) и иногда болезненность при ощупывании слепого мешка; в случае пальпирующего отростка мы находим его более уплотненным, иногда более толстым, а при эмпиеме он обычно имеет неравномерный диаметр по всему протяжению и значительно болезнен. Когда приступ проходит, исчезают и все объективные симптомы, но если была эмпиема, то отросток, если его удастся прощупать, надолго остается измененным, а иногда булавовидно вздутым и болезненным. Следовательно, при этой форме мы не имеем ясных симптомов со стороны брюшины.

¹ O. Sprengel, Appendicitis, 1906.

Но при второй форме аппендицита, с различными начальными явлениями, с первых же часов заболевания выступают ясные симптомы со стороны брюшины. Живот представляется чаще более выпяченным, брюшной пресс напряжен справа. Перкуссия вызывает значительную боль и дает тупо тимпанический звук, зависящий от начинающегося выпота в брюшную полость и по мнению Шпренгеля также от того, что петли кишок, расположенные в правой подвздошной области и во фланке, спастически сокращены. Правая реберная дуга во многих случаях также слегка тимпанична. При пальпации, которая в этих случаях уже болезненна, мы ввиду напряжения мышц не так легко, как при первой форме, проникаем в брюшную полость, и если это все-таки удастся, то мы уже не прощупываем отчетливо слепой кишки. Болезненность и напряжение не ограничиваются точкой Мак Бурнея, а распространяются на значительно большую область, соответственно району раздражения брюшины. С течением времени эти симптомы могут исчезнуть, когда приступ оканчивается выздоровлением.

Если же разовьется общий перитонит, или же воспаление ограничится и перейдет в третью клиническую форму—именно аппендицит с ограниченным перитонитом, то появляются новые симптомы, характерные для этой формы. Именно при физическом исследовании живота быстро выступают на сцену признаки, указывающие на воспаление брюшины—напряжение брюшного пресса и болезненность его при пальпации, при постукивании и давлении, а также заглушение перкуторного звука. По распространенности напряжения можно до известной степени судить о том, какой величины участок брюшины раздражен, что, конечно, очень важно для оценки тяжести заболевания и для суждения о течении процесса. Окснер и Шпренгель обращают внимание на то, что при второй клинической форме аппендицита уже замечается ограничение движения диафрагмы и появление реберного типа дыхания. В этом они усматривают стремление организма ограничить движения брюшного пресса, для того чтобы локализовать воспалительный процесс. Если локализация происходит благодаря склеиванию петель кишок между собой, салником и брюшиной, то уже на второй или третий день от начала приступа в брюшной полости появляется опухоль. Она может локализоваться в различных местах и занимать различное протяжение: то в правой подвздошной, то между петлями тонких кишок, то снаружи от слепой кишки, то на границе безыменной линии таза, то, наконец, в левой подвздошной впадине. При этой, наиболее типичной клинической форме общим симптомом является, следовательно, образование «тумора». Благодаря тому, что в этот период метеоризм успевает уже уменьшиться, тумор этот иногда бывает виден, если он подходит близко к передней брюшной стенке, и во всяком случае он почти всегда прощупывается. Только экссудаты, развивающиеся в области *linea innominata* и имеющие склонность распространяться в малый таз (*appendicitis pelvica*), могут не прощупываться, и для обнаружения их приходится производить пальцевое исследование прямой кишки. При перкуссии мы находим над экссудатом тупой или тимпанический звук. Все зависит от того, насколько он глубоко располо-

симптомов вопрос о том, заболевание какого органа послужило поводом к развитию местного перитонита. Еще труднее это сделать в тех случаях, если экссудат распространился в малый таз при тазовом аппендиците или же при левостороннем аппендиците. Если приходится исследовать больную в начале заболевания, то это до известной степени еще удается, при развитой же форме и обширном экссудате точная диагностика почти невозможна и в этих случаях даже гинекологическое исследование мало разъясняет возникшее сомнение. Диагностику приходится ставить поэтому по различным косвенным признакам, что, конечно, ненадежно.

Что касается четвертой, самой тяжелой формы, именно аппендицита с разлитым свободным перитонитом, развивающимся в результате прободения отростка в свободную брюшную полость ли нарыва, развившегося среди экссудата, то клиническая картина нам уже известна. Эта картина общего острого гнойного перитонита. Живот представляется резко увеличенным вследствие колоссального метеоризма и пареза или паралича всех кишок, преимущественно тонких, брюшной пресс всюду напряжен, перкуторный звук всюду тимпанический, и барабанный звук переходит на правую реберную дугу сантиметров на 3—5—7, благодаря тому что печень, отдавливаемая кверху растянутыми кишками, принимает краевое расположение. Перкуссия живота и давление, а, следовательно, и пальпация крайне болезненны, во фланках начинает появляться притупление благодаря скоплению в этих областях перитонитического выпота, у больного развивается реберный тип дыхания, — словом, вырисовывается картина острого гнойного перитонита¹.

Из приведенного краткого описания объективной симптоматики острого аппендицита ясно, что даже на основании исследования одной брюшной полости можно сравнительно легко не только диагностировать аппендицит, но и разобраться, с какой из четырех форм своеобразным клиническим проявлением мы имеем дело. Это сделать тем легче у постели больного, что для диагностики аппендицита мы имеем не только признаки, полученные при исследовании брюшной полости, но вообще все добытые от больного анамнестические сведения и разнообразные данные объективного исследования, как температура, пульс, лейкоцитоз и т. д. Шпренгель прямо говорит, «что диагноз острого аппендицита в преобладающем большинстве случаев прост и достоверен, в немногих случаях труден и только в единичных случаях невозможен».

Совсем иначе обстоит дело при диагнозе хронического аппендицита. Он легок в тех случаях, где были типичные приступы острого аппендицита, так как в этом отношении характерный анамнез позволяет скорее остановиться на диагностике аппендицита. Были такие авторы (Зигель), которые считали, что вся диагностика хронического аппендицита подобно язве 12-перстной кишки (Moynihan²) должны

базироваться на анамнестических данных и субъективных ощущениях больного. Но если с этим положением нельзя согласиться даже по отношению к язве 12-перстной кишки, где анамнез и жалобы больного в большинстве случаев действительно характерны, то для аппендицита подобного рода диагностика просто недопустима.

Хронический аппендицит может возникать незаметно без острых приступов и часто протекает при меняющихся жалобах больного и чаще всего при клинической картине какого-нибудь желудочного или кишечного заболевания. Если вспомнить еще, что у женщины хронические воспалительные процессы в придатках протекают при чрезвычайно сходных с аппендицитом симптомах и что существуют псевдоаппендициты у истеричек, то станет совершенно понятным, что диагноз хронического аппендицита должен основываться преимущественно, а может быть, и исключительно, на объективном исследовании больного (Кюммель, Диелафуа, Талламон и др.).

Как известно, хронический аппендицит чаще всего развивается из острого. Раньше предполагали, что выздоровление после острого приступа чисто клиническое и что *restitutionis ad integrum* в заболевшем отростке быть не может—другими словами, что всякий острый приступ аппендицита неизбежно ведет к хроническому аппендициту. Но в последнее время, после работ Шпренгеля, Борхарта, Альби и особенно одного из талантливейших патологоанатомов Ашиофа¹, мы должны держаться другого мнения, именно, что большинство случаев острого аппендицита оканчивается полным выздоровлением. Отсюда ясно, что наличие в анамнезе приступа острого аппендицита еще не дает права при определенных жалобах ставить диагноз хронического аппендицита. Ясно также, что по современному состоянию наших знаний мы не можем стоять на такой точке зрения, что раз был приступ аппендицита, то необходима операция. Оперировать нужно только в тех случаях, где имеется склонность к рецидивам и где острый аппендицит действительно перешел в хроническую форму, которую мы должны таким образом диагностировать на основании данных исследования больного.

При хронических аппендицитах в отростке существуют определенные анатомические изменения, как утолщение его стенок, образование рубцов, ведущих к обезображиванию отростка, иногда водянка отростка или эмпиема, и во многих случаях сращения вокруг него. Все эти изменения поддерживают хроническое раздражение и обуславливают боли либо на месте, либо переносившиеся в различные отделы брюшной полости, иногда иррадиирующие на туловище и конечности (см. лекцию III), а также способствуют рефлекторному возникновению различных раздражений со стороны отростка. Объективная диагностика хронического аппендицита должна опираться на констатировании определенных изменений в самом отростке и вокруг него, а также в обнаружении исходящих из отростка боли и рефлексов.

Осмотр и перкуссия живота в большинстве случаев ничего не дают для диагностики хронического аппендицита, хотя надо все-таки

¹ Подробности можно найти у E. Weil'a, Die acute eitrige Peritonitis, Ergebn. d. Chirurgie, Bd. II, S. 278.

² «Die Anamnese ist alles, die physikalische Untersuchung fast nichts», говорит Moynihan в своей монографии «Das Ulcus Duodeni», перевод Kreuzfuchs'a, 1913, S. 84.

¹ L. Aschoff, Pathogenese und Aetiologie der Appendicitis, Ergebnisse d. Innere Medizin, Bd. IX.

сказать, что в некоторых случаях, особенно где имеются остатки воспалительного экссудата, при постукивании подвздошной области ощущается боль. Но вряд ли этому обстоятельству можно придавать какое-либо серьезное значение, так как болезненность при постукивании может наблюдаться при заболеваниях и других органов, расположенных в правой подвздошной и по соседству. И единственным надежным способом исследования при диагнозе хронического аппендицита является прощупывание. В отличие от острого припадк мы в большинстве случаев хронического аппендицита не только не имеем напряжения мышц брюшного пресса, но, наоборот, даже некоторое расслабление, правда, далеко не во всех случаях. Волкович считает, что при хроническом аппендиците наблюдается расслабление мышц справа по сравнению с левой стороной и объясняет это атрофией их, вызванной нарушением питания вследствие повторного рефлекторного воздействия при рецидивах, а также вследствие перехода воспалительного процесса с брюшины на самые мышцы. Это расслабление и атрофия наблюдаются в области широких мышц брюшного пресса и вовсе незаметны в области прямых. Ввиду отсутствия напряжения мышц методичная пальпация удаётся не хуже, а, может быть, и лучше, чем в норме, и мы в случае хронического аппендицита сейчас же встречаемся с болезненностью в точке Мак Бурнея или вокруг нее, а затем с болью при исследовании самой подвздошной впадины и органов, в ней размещенных.

Если раньше болезненность в точке Мак Бурнея считалась безусловным признаком аппендицита, то в настоящее время после работ Килинга, Орловского и особенно Гаусмана, а также из того простого соображения, что слепая кишка и отросток, как мы видели, занимают различные положения по отношению к точке Мак Бурнея, придавать ей очень большое, решающее значение не приходится. Гораздо вернее для диагноза боль при пальпации правой подвздошной области и главное самого отростка. Пальпация ведется по общим правилам, как изложено в VI лекции, причем прощупывание по m. psoas, как указал Гаусман, действительно облегчает нахождение отростка. При этом надо согласиться с Гаусманом, что во многих случаях прощупывание поясничной мышцы бывает болезненно, и если в то же время левая поясничная мышца не болит при прощупывании, то этому можно придавать известное диагностическое значение. Иногда отыскивание отростка облегчается, как на это указывает Ситковский, глубокой пальпацией при положении больного на левом боку.

Найти отросток при хроническом аппендиците, пожалуй, значительно легче, чем при нормальном его состоянии. Утолщение и обезображивание его, а также фиксация облегчают его отыскивание. Если мы пальпаторно определяем, что он уплотнен, четкообразен или имеет овальное расширение, что встречается при водянке, кисте, resp. эмпиеме, а также плохо смещается и болезнен, то можно признать его хронически воспаленным. Я совершенно присоединяюсь к мнению Гаусмана вопреки возражениям Орловского, Яворского и Лапинского, что изолированная болезненность отростка, в то время как прощупывание ilei и coeci безболезненны, говорит

за аппендицит, так как нормальный отросток, как мы знаем, нечувствителен. Боль при пальпации ощущается на месте или в подложечной области, иногда в области пупка или в левом подреберье очевидно в силу передачи ее по нервам корня брыжейки. Однако во многих случаях трудно быть уверенным, что мы действительно прощупываем отросток, а не принимаем за него лимфатический тяж, утолщение брыжейки, воспалительный тяж в брюшине или утолщение мышечного брюшка, и это обстоятельство делает несколько шатким диагноз хронического аппендицита. Несколько подкрепляет диагноз ощущение боли при стремлении сдвинуть в стороны слепую кишку, которая при простой пальпации неболезненна. Ограничение пассивной подвижности слепой кишки и боль при пассивном ее смещении, несомненно, имеют большое диагностическое значение, так как указывают на перенесенный раньше перитифлит. Эта же боль при смещении слепой кишки может до известной степени помочь при дифференциальной диагностике хронического аппендицита от salpyngo-oophoritis'a (Руткевич).

К числу рефлекторных явлений при хроническом аппендиците нужно отнести еще одно явление, которое мы наблюдаем в клинике. Это частую прощупываемость привратника желудка. На это обстоятельство обратил внимание еще Образцов. Заинтересовавшись этим явлением, я в течение нескольких лет обращал внимание на этот признак и на основании своего амбулаторного материала, обнимающего 983 случая, могу сказать, что в 68% всех случаев хронического аппендицита мне удалось прощупать привратник. Очевидно здесь дело идет не о случайном совпадении, а о закономерном явлении.

Более легкая прощупываемость привратника очевидно зависит от более частой его перистальтики и, вероятно, от его спазма. Может быть этим спазмом следует объяснить возможность возникновения язв привратника и 12-перстной кишки, так как в клинике мы опять-таки часто наблюдаем одновременность существования язв и хронического аппендицита. Во всяком случае мне кажется, что наличие прощупывающегося привратника подкрепляет диагноз хронического аппендицита.

При дифференциальной диагностике приходится думать о возможности смещения хронического аппендицита с заболеваниями самой слепой кишки (тифлитом, туберкулезом, раком, чрезмерной подвижностью), с заболеванием правой почки, а у женщин с заболеванием придатков.

Заболевания самой слепой кишки могут быть смешаны с теми формами хронического аппендицита, где имеются остатки не вполне рассосавшегося экссудата, который отложился на самой слепой кишке или поблизости, что вызывает местное уплотнение слепой кишки и некоторое ее обезображивание.

Воспаление самой кишки, как стеркореальный, инфекционный, туберкулезный и дизентерийный тифлиты, устанавливается вполне точно методической пальпацией. Утолщение стенок самой слепой кишки, иногда бугристость их, болезненность самой слепой кишки, наличие явлений стеноза при туберкулезе, обезображивание с развитием настоящего тумора при раке гарантируют от смешения с хро-

ническим аппендицитом. Точно так же болезненность слепой кишки при чрезмерной подвижности ее больше говорит в пользу болевых припадков при *coesum mobile*, чем за аппендицит, хотя в этих случаях нередко наблюдается совпадение, т. е. хронический аппендицит при *coesum mobile*. Однако же дифференцировать все перечисленные заболевания от хронического аппендицита бывает труднее, если при них вокруг слепой кишки развивается перитонит.

Воспалительный процесс в правой почке, сопровождающийся болью (пиелит, туберкулез почки, нарыв почки), дифференцируется путем пальпации почки. Болезненность почки или почечной области при пальпации говорит в пользу заболевания последней. Дифференцирование иногда затрудняется тем, что при пиелите бывает болезнен мочеточник, проходящий также по поясничной мышце, а также довольно частая комбинация аппендицита с пиелитом. В этих случаях исследование мочи решает сомнение.

Но наибольшее затруднение при диагностике представляет дифференциальное распознавание у женщин аппендицита от хронического сальпинго-оофорита. В том случае, если отросток лежит вдали от трубы, сделать это еще можно; прощупывая болезненный отросток, мы постепенно спускаемся книзу к малому тазу, и если замечаем, что болезненность по направлению к *linea innominata* уменьшается, то это говорит в пользу аппендицита, если же она нарастает, то скорее в пользу заболевания придатков. Кроме того если при исследовании подвздошной впадины наблюдается иррадиация боли в подложечную область и в левое подреберье, то это говорит в пользу аппендицита, а если она распространяется в поясничную область и крестец, то за заболевание придатков. Гинекологическое исследование, обнаруживающее утолщение трубы, которая болезненна, и иногда отклонение матки и спайки вокруг нее, обыкновенно решает вопрос, хотя далеко не всегда. Если отросток и труба вместе находятся в спайках, то диагноз вообще стоит за пределами возможности. Тогда более или менее вероятная диагностика ставится на основании побочных данных, как анамнез и состояние половой сферы вообще (эндометриты—сальпинго-оофорит на другой стороне, стерильность и пр.). Что касается отличия хронического аппендицита от так называемого псевдоаппендицита истеричек, то диагностика псевдоаппендицита по нашему мнению должна вообще ставиться с громадной осторожностью. Если такая форма и встречается, то редко, и только у истеричек при боязни заболеть острым аппендицитом. Мнение Франке, что боль при исследовании псевдоаппендицита в точке Мак Бурнея зависит от поражения *p. ilio-hypogastrici*, обостряющегося иногда после инфекционных болезней, во всяком случае подлежит тщательной проверке.

Некоторую услугу при дифференциальной диагностике хронического аппендицита может принести рентгеновское исследование. Оно должно иметь своей задачей, во-первых, обнаружение изменений в самом отростке, характеризующих его хроническое воспаление, т. е. утолщение стенок, изменение в просвете, облитерацию отростка и рубцы, во-вторых, обнаружение спаек вокруг отростка и следы перенесенного перитонита в правой подвздошной области. Первая

часть исследования с целью констатирования изменений в самом отростке наталкивается на большие трудности. Исследование здорового отростка рентгеновскими лучами является делом самого последнего времени, и надо сказать, что в этом отношении пока нет единства взглядов у рентгенологов. Для того чтобы видеть отросток на экране и сфотографировать его, необходимо наполнить его контрастной массой (рис. 53). Это именно удается не всегда и только с большим трудом как при даче контрастной массы *per os*, так равным образом при иригоскопии. Некоторые рентгенологи утверждают, что отросток можно наполнить только при аномалиях его и при болезненном состоянии кишок (Гредель), против чего серьезно возражают другие (Казе, Шварц, Асман, Шлезингер, Григорьев и др.). Григорьев доказывает, что с помощью массажа отросток можно наполнить всегда, другим удавалось видеть отросток в здоровом состоянии только в известном проценте случаев (Казе—в 50%, George, Гербер—70%). На основании этих наблюдений пришли к заключению, что отросток обладает самостоятельными перистальтическими движениями, которые нарушаются в случае его заболевания, когда нарушается также и правильность его наполнения. Пальпируя такой отросток при рентгеноскопии и обнаружив в нем болезненность и уменьшение подвижности в связи с нарушением перистальтики и дефектами в наполнении, можно по этим авторам сделать заключение о его заболевании и о спайках вокруг него. Конечно, это исследование чрезвычайно тонкое и в силу своей тонкости, надо полагать, должно часто давать ошибочные заключения. Но косвенные доказательства перенесенного воспаления брюшины при рентгеноскопическом исследовании получить можно. Уменьшение подвижности слепой кишки и конечного отрезка *ilei*, затруднение перехода содержимого из тонких кишок в слепую диагностируется при рентгеновском исследовании удовлетворительно. Следовательно, можно получить косвенные указания на перенесенный местный перитонит. Этим и исчерпывается значение рентгеновского исследования в распознавании аппендицита.

Таким образом, резюмируя все сказанное о диагностике аппендицита путем физического исследования, мы должны сказать, что в настоящее время мы уже не так беспомощны в этом отношении и в большинстве случаев можем его диагностировать до операции как в острых случаях, так и в хронических.

Другим заболеванием брюшины, которое долгое время не поддавалось клинической диагностике и которое опять-таки в настоящее время распознается без особого труда, является поддиафрагмальный нарыв, т. е. ограниченный гнойный перитонит диафрагмальной брюшины и серозного покрова расположенных под диафрагмой органов. Я не имею в виду поддиафрагмальных забрюшинных нарывов. Поддиафрагмальные внутрибрюшинные нарывы, как содержащие газ, так и простые, развиваются чаще всего после прободения или гнойного воспаления органов, лежащих поблизости к диафрагме, как-то: желудка, 12-перстной кишки, ободочной кишки, печени, желчного пузыря и селезенки, в некоторых случаях путем распространения нагноения из плевры, ребер и забрюшинной клет-

чатки, а также метастатически. Но всякая перфорация или нагноение органа, расположенного в брюшной полости, хотя бы он лежал вдали от диафрагмы, может также дать повод к поддиафрагмальному нагноению. Это происходит или метастатическим путем через кровеносные или лимфатические сосуды, или же путем попадания бактерий под диафрагму из свободной брюшной полости благодаря присасывающему влиянию дыхательных движений диафрагмы. Наиболее частый повод к образованию поддиафрагмальных нарывов последней категории дают аппендициты, причем по статистике Грюнейзена после аппендицитов чаще развиваются нарывы простые и реже газодержащие (из 27 случаев Грюнейзена только в 5 нарыв содержал газ). Нарывы могут образоваться или под правым куполом диафрагмы или под левым, причем серповидная связка служит между ними барьером. Только в редких случаях благодаря прободению ее развившийся нарыв с одной стороны распространяется на другую, и тогда вся поддиафрагмальная брюшина и серозный покров расположенных здесь органов принимают участие в гнойном воспалении. При развитии правостороннего абсцесса гнойная полость, достигающая иногда при газовых нарывах очень большой величины, ограничена сверху диафрагмой, слева серповидной связкой, снизу верхней поверхностью печени, а снаружи и спереди теми перитонитическими сращениями, которые образуются между брюшиной, покрывающей переднюю брюшную стенку, и органами, здесь расположенными, именно—печенью, желудком и кишками. В большинстве случаев поддиафрагмального правостороннего нагноения эти склейки развиваются между диафрагмой и печенью, и полость нарыва не выходит за пределы грудной клетки, но при очень больших газодержащих абсцессах склейки могут образоваться значительно ниже, и тогда нарыв распространяется в брюшную полость ниже реберной дуги, доходя в редких случаях до подвздошной кости (Грюнбаум, Стражеско и др.). При развитии больших нарывов вследствие воспаления и растяжения мышцы диафрагмы и последующего ее пареза диафрагма отдавливается значительно кверху, а печень опускается книзу, поворачиваясь иногда также около передне-задней своей оси. Таким образом при вертикальном положении больного купол нарыва образуется диафрагмой, а дно—верхне-передней поверхностью смещенной печени. При образовании левостороннего абсцесса нагноение развивается в левом подреберье и ограничивается чаще всего сверху диафрагмой, справа—*ligamentum suspensorium hepatis*, снизу—желудком и поперечной кишкой, спереди и снаружи—спайками между этими органами и брюшиной, выстилающей переднюю брюшную стенку. Селезенка в некоторых случаях также принимает участие, срастаясь с диафрагмой и образуя часть наружной стенки. Но нарывы, развивающиеся слева, могут занимать и меньшее пространство в подреберье ввиду того, что здесь расположено несколько органов, между которыми развивается нагноение и которые ограничивают его распространение.

При образовании правосторонних поддиафрагмальных нагноений нагноительный процесс в редких случаях развивается не на всей выпуклой поверхности правой доли печени, а только на части ее;

это случается при уже существовавших спайках между печенью и диафрагмой.

В некоторых случаях благодаря переходу воспаления через диафрагму на плевру может развиваться выпотный плеврит, серозный или гнойный; в других случаях вследствие развития сухого плеврита происходит сращение между легким и диафрагмой.

Развившиеся под диафрагмой абсцессы создают известную клиническую картину и характеризуются определенными клиническими признаками. При этом простой нарыв при объективном исследовании очень легко смешать с выпотным плевритом, а газовый—с пиопневмотораксом (Лейден и описал газовый нарыв под именем *ruorpneumothorax subphrenicus*). В общем надо заметить, что диагностика нарывов тем проще, чем они больше, причем газовые и правосторонние абсцессы распознаются значительно легче, особенно в последнее время благодаря рентгенологическому исследованию. При осмотре больного, который не обнаруживает признаков легочного заболевания (нет кашля, колотья в боку, нет мокроты), если нет осложнения со стороны легких и плевры, мы замечаем небольшое выпячивание и сглаживание межреберных промежутков на больной стороне, которая меньше участвует в акте дыхания, чем здоровая. Выпячивание межреберных промежутков может и вовсе отсутствовать, но если оно и заметно, то во всяком случае меньше при наддиафрагмальном нагноении соответствующей величины. Феномен Литтена ограничен или вовсе отсутствует при больших газовых нарывах. Живот несколько вздут в области соответствующего большого подреберья, особенно в тех случаях, когда полость нарыва распространяется книзу от края ребер. При перкуссии в случае газового нарыва перкуторный звук над последними ребрами и промежутками громкий, тимпанический, причем распространение его зоны меняется в зависимости от положения больного; верхняя граница тимпанического звука ограничена выпуклой линией. При аускультации над полостью нарыва выслушивается резко ослабленный дыхательный шум с амфорическим или металлическим оттенком, причем характерным для поддиафрагмального пиопневмоторакса является резкое обрывание легочного дыхания на месте верхней границы тимпанита. При встряхивании больного выслушивается шум плеска от сотрясения. Перкуссия сердца обнаруживает небольшое смещение сердца вверх и в противоположную сторону. При простом нарыве перкуторно определяется зона тупого звука, верхняя граница которого, особенно при правостороннем нарыве, представляется в форме выпуклой линии кверху, так что верхняя граница тупости печени делается местно неправильной конфигурации. При пальпации живота в случае правостороннего нарыва мы находим повышенную резистенцию брюшного пресса около реберной дуги и вскоре находим нижний край смещенной печени. При левостороннем расположении нарыва, диагностика которого чрезвычайно трудна, бывает только напряженной и болезненной подложечная область около края ребер. По вышеприведенным признакам мы заподозриваем существование поддиафрагмального нагноения, но окончательная диагностика устанавливается проколом и рентгеновским исследованием.

При проколе, иногда во многих местах, длинной и достаточно толстой иглой мы уже получаем в большинстве случаев доказательства поддиафрагмальной локализации нарыва. При вдохе наружный конец иглы или весь шприц подымается кверху (Фюрбрингер); гной из иглы иногда вытекает струйкой, и если соединить ее с манометрической трубкой, то при вдохе давление в ней будет повышаться (Пфуль). При наддиафрагмальном нагноении движение иглы вверх и повышение давления наблюдаются, наоборот, при выдохе. Вытекающий гной при поддиафрагмальной локализации нередко бывает вонючим уже при простом нарыве и обязательно при газовом, когда к числу характерных признаков надо отнести присутствие в гное разнообразного вида бактерий. Очень подкрепляет диагностику поддиафрагмальной локализации абсцесса обнаружение при проколе в двух соседних промежутках жидкостей разного качества, в верхнем—серозной из плевры и в нижнем—гноя из нарыва.

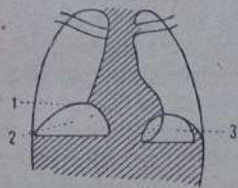


Рис. 87. Поддиафрагмальный газовый правосторонний нарыв (схематический рисунок).

1 — растянутый правый купол диафрагмы; 2 — газ в нарыве; 3 — газовый пузырь в желудке.

Однако же все перечисленные признаки при небольших нарывах бывают выражены не столь резко, а некоторые из них могут и вовсе отсутствовать; поэтому в этих случаях нельзя с уверенностью определить локализацию нагноения, особенно в случае простых и к тому же небольших левосторонних нарывов. И только рентгеноскопия позволяет с точностью установить, где находится нагноение, так как во время освещения больного совершенно отчетливо видно местоположение диафрагмы. Особенно экзаквизитна рентгеновская картина при газовом абсцессе (рис. 87): между светлым легочным полем и более светлым полем от газа узкой полоской пробегает растянутая диафрагма, совершающая дыхательные движения. Под светлым газом виден горизонтальный уровень гноя, изменяющий свое положение при наклонении больного. Картина настолько демонстративна, что сомнений относительно локализации не остается. Однако при простом нарыве хотя локализация и устанавливается, но может еще идти вопрос о том, нет ли внутривисцерального заболевания, как, например, изолированного нарыва печени или нагноившегося поддиафрагмального эхинококка. В этих случаях точный диагноз окончательно устанавливается только во время операции.

Несколько слов относительно дифференциального распознавания газового поддиафрагмального нарыва от диафрагмальной грыжи при левосторонней ее локализации. Уже при внимательном осмотре под экраном определяется положение диафрагмы. При газовом поддиафрагмальном нарыве диафрагма образует крышу нарыва, а при грыже она лежит ниже верхней стенки полости, которая образована выпяченной кверху плевры и диафрагмальной брюшиной. Но окончательно вопрос решается наполнением кишок контрастной массой. Кишки тогда безошибочно отыскиваются, часто с желудком, в полости грыжи, имитировавшей газовый поддиафрагмальный нарыв благодаря раздутию петель кишок в грыжевом мешке газами.

ЛЕКЦИЯ ПЯТНАДЦАТАЯ

ОБ ЭНТЕРОПТОЗЕ (СПЛАНХНОПТОЗЕ) И ЕГО РАСПОЗНАВАНИИ, О БОЛЕЗНИ ГЛЕНАРА

Излагая диагностику заболеваний брюшной полости посредством физических методов исследования, мы неоднократно уже во время предыдущих лекций касались опущения отдельных органов и разбирали причины этого явления. В настоящей лекции я хочу собрать все сведения воедино и осветить, какое значение имеет опущение внутренностей, если оно достигает значительных степеней, в развитии различных болезненных синдромов, знание которых и умение распознавать их природу необходимо каждому врачу, для того чтобы не впасть в ошибку при оценке тех жалоб больных, которые ему приходится слышать, и не пойти по ложному пути во время лечения.

Значение опущения внутренностей, иначе спланхноптоза, или энтероптоза в развитии различных болезненных состояний оценено клиникой в сравнительно недавнее время—именно в 90-х годах XIX века, со времени работ французского врача Гленара, который параллельно с Образцовым, как сказано выше, предложил методическую пальпацию брюшной полости. Гленар, исследуя систематически живот, заметил, что некоторые из его пациентов, у которых были значительно опущены внутренности все целиком или частично, когда опускался какой-либо орган изолированно, нередко обнаруживали своеобразные симптомы, заключающиеся главным образом в появляющихся у них болях, диспептических состояниях и расстройствах функций органов. Он сопоставил эти патологические состояния с опущением внутренностей и пришел к заключению, что все указанные расстройства находятся в прямой зависимости именно от опущения органов, так как они исчезали, как только устранялось тем или другим способом опущение. Однако же справедливость требует сказать, что опущению внутренностей в развитии некоторых болезненных состояний еще и до Гленара придавали значение Морганьи, Вирхов и наш знаменитый клиницист С. Н. Боткин. Но никто из них не обосновал своих взглядов так, как это сделал Гленар, и никто не дал так хорошо разработанной симптоматиологии этого состояния, как Гленар, а потому по справедливости это патологическое состояние сейчас вошло в медицину под назва-

нием «болезни Гленара»¹. В дальнейшем благодаря работам Ландау, Куришмана, Линднера, Волкова и Делицына, Штиллера, Образцова, Голубина, Гаусмана, Пайера, Матеса и др. все учение об энтероптозе приобрело более или менее законченную научную форму и вошло в практическую жизнь, а распознавание этого заболевания благодаря введению методической пальпации по методу Гленара—Образцова—Гаусмана и рентгеновскому методу стало возможным и повседневным.

Как мы уже говорили на первой лекции, живот представляет собой замкнутую полость, ограниченную со всех сторон мышечными стенками, именно брюшной стенкой, диафрагмой и мускулатурой таза. В этом эластическом балоне расположен второй балон, состоящий из брюшины; в последнем в свою очередь заключен третий балон, состоящий из мышечных полых органов. Мышечные стенки брюшной полости и мышечный (третий) внутренний балон находятся в меняющемся по отношению друг к другу взаимодействии. Если наружный балон (главным образом мышцы брюшного пресса и диафрагма) сокращается, то внутренний балон (полостные органы живота) автоматически сжимается и, наоборот, если внутренний балон растягивается, то брюшные стенки автоматически расслабляются и становятся мягче.

От правильной функции мышц в стенках этих балонов и зависит внутрибрюшное давление, имеющее наибольшее значение в статике и расположении органов брюшной полости. Однако один из участков наружного балона, именно диафрагма, в своем положении и функции значительно зависит от притягивающего влияния легких; следовательно, отрицательное давление в грудной полости оказывает также влияние на положение внутренностей (Матес). Не менее существенное значение имеет само состояние мышечной системы, именно—насколько она тонична, а также пространственные отношения к грудной и брюшной полости, строго зависящие в свою очередь от конституции человека (Штиллер).

Что касается связок, укрепляющих как будто бы органы, то их роль больше сводится к тому, чтобы органы брюшной полости не наваливались друг на друга, чем к укреплению органов, так как эти связки сами по себе удерживают органы в нормальном анатомическом положении не могут (Волков и Делицын) и при изменении внутрибрюшного давления легко растягиваются. Но нельзя все же отрицать того значения, которое имеет мощность и устройство всего связочного аппарата, укрепляющего каждый орган в отдельности. Чем он у органа брюшной полости прочнее, тем реже мы видим опущение этого органа; например, левая кривизна поперечной ободочной кишки смещается значительно реже, чем правая, левая почка реже

¹ Лицам, желающим подробнее ознакомиться с учением об энтероптозе, рекомендую прочесть: 1) Fr. Glénard, Les ptoses viscérales, Paris, 1899; 2) Волков и Делицын, Патогенез подвижной почки; 3) Л. Голубинин, Энтероптоз, его патогенез, симптоматология и лечение, Москва, 1912; 4) В u r s c h a r d t, Splanchnoptose, Ergeb. d. Chirurgie und Orthopädie, Bd. IV; 5) P a u r, Ueber Eingeweidesenkung, Die Chirurgie, hrsg. v. M. Birschner und O. Nordmann, Bd. V; 6) Н. Страссерко, Спланхноптоз, БМЭ, т. 31.

и меньше при прочих равных условиях, чем правая почка. А так как прочность этого аппарата нередко зависит от различных врожденных аномалий прикрепления органов, от конституции, которая в свою очередь определяет и тонус и развитие мускулатуры, как мышц брюшной стенки (наружного балона), так и мышц внутренних полостных органов (внутреннего, третьего, балона), а также пространственные отношения грудной и брюшной полостей, то естественно, что конституция и степень развития и правильность развития организма должны существенно влиять и на положение органов. С другой стороны, на пространственные отношения в брюшной полости, как и на тоничность мускулатуры брюшных стенок и состояние поддерживающих связок, должно оказывать влияние постоянное или повторное их растяжение.

Вот почему, естественно, должны существовать две формы опущения внутренностей: конституциональная и приобретенная, а также общая и частичная. Конституциональный спланхноптоз всегда связан с особым ненормальным строением тела, слабым развитием мускулатуры, с извращенной ее иннервацией и тонусом и обычно недостаточной упитанностью и неполноценностью эластических элементов организма, что в общем является характерными чертами астенической конституции. Узкая, длинная часто в форме повернутой вниз корешком груши грудная клетка (thorax pyriformis) с большим наклоном ребер и более широкими межреберными промежутками, острым грудным кифозом, развивающимся в результате слабости мускулатуры и недостаточной ее иннервации, характеризуют астеническую конституцию. Описанное строение тела связано с низким стоянием диафрагмы, появляющимся в результате недостаточности эластического напряжения легких, чрезмерной подвижности нижнего отверстия грудной клетки и вялости брюшного пресса, не могущего оказывать вместе с плохо развитой и недостаточно иннервируемой мускулатурой таза сопротивление давлению брюшных внутренностей, отчего последние опускаются и живот в профиль принимает характерную форму отвислого живота девиц (рис. 88). В этом отношении существенное значение имеет опущение тонких кишок, которые в норме заполняют всю брюшную полость, придавая ей нормальную округлую форму. Развитию спланхноптоза способствует при этом ношение старомодного корсета или чрезмерно тугое шнурование, а также исхудание, связанное с исчезновением жира брюшной полости и с последовательным изменением внутрибрюшного давления. Конституциональная форма спланхноптоза чаще всего наблюдается среди женщин, но иногда встречается и у мужчин высокого роста.

Приобретенный спланхноптоз развивается в результате ослабления брюшного пресса, почему в первую очередь наблюдается среди женщин, у которых после повторных беременностей и родов зачастую остается увеличение живота, расхождение прямых мышц



Рис. 88. Врожденный энтероптоз.

и расслабление мускулатуры живота и таза. Такому состоянию способствует недостаточный уход за стенкой живота в последние месяцы беременности после родов, а также тяжелая физическая работа вскоре после родоразрешения, когда еще не наступило сокращение мышц живота и не восстановился нормальный тонус его мускулатуры. У мужчин ввиду отсутствия указанного момента приобретенный спланхнопоз встречается значительно реже или развивается исключительно в результате резкого исхудания у тучных субъектов, особенно при наличии эмфиземы легких, а также после выпускания существовавшего длительно асцита или после удаления очень большой опухоли. Разумеется, эти же моменты играют существенную роль при развитии энтероптоза также и у женщины, способствуя образованию характерного по своей форме приобретенного отвислого живота вследствие опущения внутренностей при вялом брюшном прессе (рис. 89).



Рис. 89. Приобретенный энтероптоз.

Симптоматология. Многие случаи спланхноптоза проходят совершенно бессимптомно. Это чаще всего наблюдается при слабых степенях конституционального спланхноптоза или при приобретенном спланхноптозе. Нередко единственным признаком спланхноптоза бывает лишь склонность к запору. Конституциональная форма спланхноптоза дает часто разнообразную по своим проявлениям клиническую картину, что объясняется не столько самым спланхноптозом, сколько расстройством функций малоценной нервной системы. Изредка выраженные симптомы могут также наблюдаться у молодых нервных женщин при приобретенном спланхноптозе.

Главным симптомом спланхноптоза является склонность к запорам, которая зависит не столько от опущения толстых кишок — колоптоза — и образования перегибов в них, затрудняющих механически продвижение фекальных масс, сколько от расстройства иннервации мускулатуры кишок, последствием чего бывают спазмы или атония толстых кишок, а иногда одновременно спазмы в одних участках и атония в других (дискинезия). Одновременно с запором часто возникают различные диспептические расстройства. Способствуют запорам и диспепсии разнообразные аномалии и отклонения в секреции пищеварительных соков, обуславливающие ненормальное течение процессов переваривания и усвоения пищи. Длительные упорные запоры благоприятствуют развитию энтероколита, иногда пленчатого колита, сопровождающегося резкими болями и способствующего упорной тошноте, потере аппетита и всякого рода мучительным рефлексам, сопровождающимся иногда тяжелыми болевыми ощущениями, как кардиалгия, иногда сердцебиение, спазмы пищевода и пр. Благодаря этим ощущениям больные окончательно теряют аппетит, худеют, чувствуют себя усталыми, истощенными, становятся ипохондриками, начинают страдать головными болями и бессонницей — развиваются таким образом различные нервные расстройства. В отдельных случаях дело доходит до настоящего истери-

ческого состояния, когда больные, в особенности женщины, совершенно отказываются от еды, жестоко страдая от спазматических болей, тошноты и рвоты чуть ли не после каждого приема пищи.

К этим общим явлениям присоединяются зачастую симптомы со стороны отдельных органов, которые в силу некоторых местных аномалий в их прикреплении или после особых обстоятельств, например, травмы, опустились больше, чем соседние органы. При сильном гастроптозе таких больных мучает ощущение полноты в подложечной области, остающейся очень долго после введения в желудок пищи боли в левом подреберье, кардиалгии и спазмы пищевода, а также постоянная отрыжка.

Сравнительно редкое опущение слепой кишки наблюдается при ее чрезмерной подвижности; по Вильмсу ее опущение зависит или от чрезмерной растяжимости клетчатки позади кишки, или от врожденного ее удлинения, или, наконец, от сохранения брыжейки у восходящей кишки; больных, страдающих запорами, часто беспокоит ощущение вздутия и полноты правой подвздошной области, тупые боли здесь же — от растяжения слепой кишки и катарального ее воспаления, которое нередко переходит на слизистую оболочку червеобразного отростка. Работами Образцова, Гаусмана, Вильмса, Стражеско, Клозе и др. на это состояние слепой кишки было обращено особое внимание ввиду того, что оно дает часто повод к развитию описанного клинического симптомокомплекса, который нередко ведет к смещению «подвижной слепой кишки» (coecum mobile) с аппендицитом. Чрезмерная подвижность ее предрасполагает также к застою фекальных масс и подчас к особым болевым припадкам в правой подвздошной области, напоминающим припадки острого аппендицита. К ним присоединяются иногда симптомы кишечной непроходимости, что зависит от перегибов длинной кишки или частичного перекручивания ее (Стражеско), либо даже от полного ее заворота (Цеге фон Мантейфель).

Печеночная кривизна толстой кишки (flexura colica dextre) благодаря слабым связкам, которые ее укрепляют, и при наличии сверху такого тяжелого органа, как печень, стоит часто ниже, чем в норме. По Гленару всякий спланхноптоз начинается с опущения правой кривизны толстой кишки; напротив, другие авторы считают, что первой опускается правая почка и она уже вовлекает в процесс опущения покрывающую почку кишку, в результате чего может наступить известное затруднение в прохождении через правую кривизну кишечного содержимого, что благоприятствует застою восходящей ободочной кишки, а, следовательно, содействует возникновению в ней катара. Значительно чаще встречается аномалия в расположении поперечной ободочной кишки, которая, имея врожденную большую длину и большую ширину брыжейки, легко опускается и приобретает U-образную форму, нередко фиксируясь спайками в области таза (рис. 90), на что впервые обратил внимание Вирхов (1890) и что затем подтвердили Куршман и Симмонс. Эти спайки образуются в результате местного перитонита, причиной которого бывает перепончатый колит или аппендицит, у женщины — заболевание придатков, травма брюшной полости и пр. Такого рода аномалии

расположения поперечной кишки, особенно когда она чрезмерно длинна и располагается в виде параллельно идущих петель, благоприятствует стазу кишечного содержимого и нередко развитию тяжелых страданий в форме припадков кишечных коликов, иногда даже с явлениями непроходимости, а в редких случаях способствуют завороту поперечной ободочной кишки (рис. 91).

Селезеночная кривизна толстой кишки, будучи прочно укреплена связками, резко смещается, и благодаря этому при редком опущении поперечной кишки легко наступают тяжелые расстройства от перегиба в этом месте, типичную клиническую симптоматиологию которого описал Пайр. Застой кишечного содержимого, уже физиологически задерживающегося в области селезеночной кривизны, значительно усиливается, и тогда создаются условия для

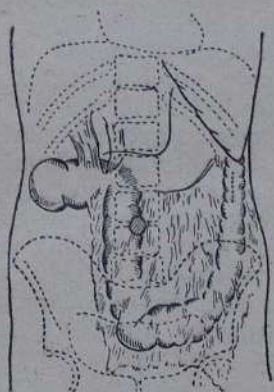


Рис. 90. Transversoptosis fixata.

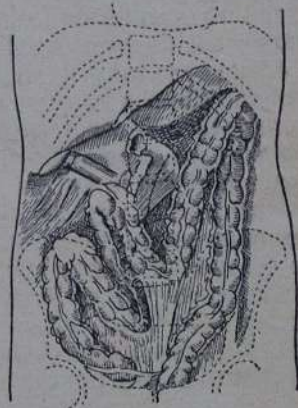


Рис. 91. Megalocolon congenitum с образованием «двустволки Пайра».

развития здесь воспалительного местного процесса—периколита, отчего зачастую срастаются опущенное левое колено поперечной кишки и нисходящая ободочная кишка, лежащие рядом. В результате сращения наступает еще большее затруднение в переходе содержимого через кривизну. Фекальные массы скопляются позади сужения в поперечной опущенной кишке, отягощают ее и способствуют усилению копростазы, распространяющегося иногда до самой баугиневой заслонки. Развивающийся стаз обуславливает не только запоры, периодически сменяющиеся поносами вследствие присоединяющегося энтероколита, но и постоянные боли в левом подреберье в форме колющих или тупой боли с ощущением постоянной тяжести и вздутия в области пупка, что сопровождается иногда рефлекторными ангиноподобными сердечными припадками, головными болями и общей вялостью. Состояние больных улучшается лишь после отхождения газов и испражнений.

Легко возникающий при этих условиях «трансверзит» делает существование таких больных тягостным. Трансверзит характеризуется болевым мезогастральным синдромом с отдачей болей в спину—в область IX—XI ребер, дисфагией вследствие рефлекторного

спазма пищевода, а иногда и механического давления на пищевод и большими рефлекторными явлениями со стороны желудка, сердца, легких, головокружениями, ангинозно-астматическими припадками (Hertz), а также своеобразным рефлексом со стороны желудка на colon. При нем усиливается нормальный двигательный рефлекс (Newton'a) после введения пищи в желудок. Появляются боли после наполнения желудка, особенно при еде кислых фруктов, трудно перевариваемой и грубой пищи. Они имеют поперечное направление в форме полосы (douleurs en bare). Боли сопровождаются отрывками благодаря сопутствующей аэрофагии саливацией, ангинозными и астматическими явлениями. Они носят характер болевой волны, идущей справа налево, и сопровождаются иногда глухим рокотом. После нескольких волн нередко наступает отхождение газов или позыв на низ и тогда наступает облегчение. После нескольких атак болей появляются болезненные спазмы желудка. Для этой локализации колита также характерны в хроническом периоде развитие пневматоза кишок, зависящего от энтероневрита и сенсорно-моторной диспепсии (Лепер).

При исследовании живота обнаруживается местное вздутие, резкий тимпанит верхних отделов, болезненность при пальпации coli transversi; твердость и спастическое состояние его при остром процессе; парез и тимпанит кишки чаще наблюдается при более хроническом течении, особенно при существовании периколита. Стул по характеру напоминает загнившее или забродившее содержимое слепой кишки при наличии поноса, но со слизью и даже кровью, или, при запоре, бывает в виде твердых масс, покрытых плотной слизью. Развитие инфильтрирующего процесса (дивертикулы) возможно, как и образование местного экссудата (пластический периколит). Иногда к этим симптомам присоединяются настоящие приступы непроходимости—кишечные кризы, наступающие часто в ночные часы, начинающиеся с болезненных коликов во всем животе, что зависит от усиленной перистальтики переполненных газами и содержимым кишок, и сопровождаются подчас тошнотой, позывами на рвоту, повышением температуры, болью в правой подвздошной области. После нескольких часов страданий все эти явления могут быстро исчезнуть, если отойдут газы и будет обильный стул; тогда больной как будто выздоравливает, для того чтобы через некоторое время вновь проделать вышеописанный припадок.

Опущение S-gomani встречается в тех случаях, когда она врожденно удлинена и снабжена широкой брыжейкой, отчего легко наступает в ней задержка плотных фекальных масс—развиваются запоры, ведущие в конце концов к воспалению слизистой оболочки сигмоидиту. В этом случае наблюдавшееся предварительно ощущение тяжести в левой подвздошной области осложняется болями и периодическими поносами с выделением большого количества слизи, иногда с примесью крови. Длинная S-gomani дает часто повод к частичному ее перекручиванию, сопровождающемуся вздутием живота, кишечными коликами с повышением температуры, а иногда к полному завороту и развитию припадков полной непроходимости кишок, требующему оперативного вмешательства.

Если желудок и кишки под влиянием указанных причин смещаются довольно часто, отчего создаются описанные нами только что различные синдромы, то из всех органов брюшной полости наиболее частое смещение и опущение мы встречаем у почек, причем правая почка, как было указано, опускается значительно легче и больше, чем левая. Легкая смещаемость и опущение почек объясняются анатомическим положением их в брюшной полости и устройством их укрепляющего аппарата (см. лекцию XIII).

Хотя анатомам было давно известно (Mesnier, 1561 г., Riolan, 1649 г.), что почки нередко на трупе бывают смещены со своего места, тем не менее клиницисты не придавали этому значения, не предполагая, что на этой почве могут возникнуть своеобразные болезненные симптомокомплексы и что смещение почек может давать повод к заболеванию самой почки. Байи первый на живом человеке нашел эктопию почки, и Райеру принадлежит заслуга поставить в связь с опущением почки группу симптомов и положить таким образом начало учению об отдельной нозологической, клинической, форме, носящей название «подвижная почка» — «*ren mobilis*». В разработке симптоматологии этой клинической формы участие принимали во всех странах как терапевты, так и хирурги (Гюйон, Гленар, Альбаран, Ландау, Израэль и др.), а у нас — Боткин, Волков и Делицын, Образцов, Федоров, Радзиевский и др.

Действительно чрезмерная подвижность почек может давать повод к развитию болевых ощущений, к страданию запорами, к появлению всевозможных рефлекторных явлений и целых синдромов, поддерживая неврастенические состояния, а также к образованию конкрементов и развитию всевозможных воспалительных процессов — пиелитов, пиелонефритов, нефросклероза. Ущемляясь или вызывая перегиб мочеточника, подвижная почка дает повод к развитию характерного симптомокомплекса — гидронефроза (пережимающийся гидронефроз), нередко ведет к инфекции почечных лоханок, т. е. к развитию пиелита, а иногда и пионефроза. Отсюда понятно, какое огромное значение приобретает умение распознавать подвижность, опущение или блуждание почек. О методике исследования почек с целью распознавания опущения, resp. подвижности, почек мы уже имели случай подробно говорить на лекции об исследовании почек. Здесь же я лишь хочу подчеркнуть, что одно установление у больного наличия подвижной почки той или другой степени еще не может, как это часто приходится видеть в практике, решить диагноза при распознавании причины многих болезненных явлений, а тем более создать показание к оперативному вмешательству, именно пришиванию подвижной почки — нефропексии. Надо заметить, что сплошь и рядом мы находим подвижную почку, даже III степени, однако больные никаких жалоб не предъявляют. Для того чтобы установить связь наблюдаемых у больного болезненных симптомов с подвижностью почек, необходимо прежде всего установить, что все болезненные явления усиливаются с увеличением подвижности почки и уменьшаются или совсем исчезают с временным устранением этой подвижности, затем нужно установить характерную локализацию периферических болей и кожной чувстви-

ности, свойственную заболеваниям именно почки (см. лекцию «О болевых ощущениях при заболевании внутренних органов») и пр. Исчезновение болевых и прочих симптомов при ручном во время пальпации восстановлении нормального положения почки, уменьшение этих же явлений при лежании больного после предварительного вправления органа в его нормальное анатомическое ложе или после фиксации подвижной почки, например специальным бандажом и пелотом, и, наоборот, появление на сцену всего симптомокомплекса, когда почка снова опускается или вывихивается, — в этих случаях позволяет отнести все наблюдающиеся у больного явления к чрезмерному опущению, подвижности или блужданию почки и таким образом установить болезнь, носящую в клинике название «*ren mobilis*».

Одновременно с опущением почек, resp. всех внутренностей, нередко приходится встречать и опущение печени, которое в отдельных случаях достигает значительной степени, причиняя разнообразные страдания и затрудняя благодаря одновременно перегибу желчного общего протока поступление желчи в кишечник, что отражается на процессе пищеварения.

Надо вспомнить, что печень укреплена в своем положении, с одной стороны, давлением на нее внутренностей и жировыми подушками, поддерживаемыми в свою очередь тоническим напряжением мускулатуры живота, а с другой — собственными связками. В зависимости от телосложения печень занимает различное положение, так как пространственные отношения в правом подреберье при различном строении грудной клетки бывают различны, что при более или менее одинаковом объеме печени вызывает разное ее положение и вариации в величине площади верхнепередней поверхности печени, не покрытой костным скелетом. Печень в физиологических условиях опускается книзу при вертикальном положении человека и при глубоком вдохе. В патологических случаях она может менять свое положение вторично при различных заболеваниях органов грудной клетки и живота. Увеличение объема правого легкого при эмфиземе, скопление жидкости или газа в правом плевральном мешке способствуют снижению печени, а накопление жидкости или наличие большой опухоли (беременной матки, кисты и пр.) в брюшной полости вызывает ее поднятие. В других случаях опущение печени может быть первичным. Этот гепатоптоз может быть полным или частичным. Опущение всей печени (*hepatoptosis universalis*), когда она становится настолько подвижной, что заслуживает даже название блуждающей, встречается относительно редко. Гепатоптоз чаще всего наблюдается у женщин при общем спланхноптозе. Рыхлое телосложение, сидячий образ жизни, отсутствие физических упражнений, повторные беременности, ношение негигиенических старомодных корсетов, перетягивающих талию, быстрое и значительное исхудание — являются главными моментами, способствующими развитию тотального гепатоптоза.

Но в практике чаще встречается частичное опущение печени (*hepatoptosis partialis*), являющееся проявлением общего спланхноптоза. При этом то опускается вниз и вперед лишь нижний край

печени, в то время как задний ее край приподымается, то опускается изолированно левая доля печени, достигая уровня пупка; в то время как правая остается почти на месте, то, наконец, снижается преимущественно правая доля. Во всех этих случаях одновременно с опущением печени происходит и ее деформация и значительно увеличивается ее подвижность в боковом направлении, смещаемость при вдохе, почему печень начинает балотировать. Небольшой гепатоптоз может не давать никаких симптомов и открывается только при физическом исследовании живота. При более значительном гепатоптозе больные нередко жалуются то на тупые ощущения в виде тяжести, то на более острые боли в области печени с иррадиацией их в плечо, под правую лопатку или в позвоночник. Эти неприятные ощущения обычно уменьшаются при подъеме печени рукой и при ношении соответствующих поясов. Значительное опущение печени, вызывая затруднение в портальном кровообращении и свободное поступление желчи в кишечник, способствует развитию различных диспептических состояний, нарушению отправления кишечника и главное, возникновению разнообразных нервных явлений, как головные боли, головокружения, шум в ушах и даже различные психические расстройства. Гленар все указанные симптомы приписывал нарушению разных функций печени и разнообразным рефлексам, идущим от печени, назвав это состояние «гепатизмом». Однако в большинстве случаев бывает трудно решить, в какой мере все эти явления зависят от опущения печени и насколько от общего спланхноптоза, сопутствующего гепатоптозу.

Наконец, надо сказать несколько слов об опущенной, resp. блуждающей, селезенке. Как мы уже упоминали в лекции об исследовании селезенки, последняя в общем укреплена хорошо и, будучи органом относительно нетяжелым, опускается среди других органов брюшной полости реже всего. И тем не менее в практике наблюдаются случаи, когда селезенка значительно смещается и занимает совершенно необычное место, например, под печенью, в малом тазу и т. д., нередко прирастая там благодаря сопутствующему перисплениту и способствуя всякого рода болям и расстройству функции соседних органов. Обычно такого рода блуждающие селезенки наблюдаются не при общем энтероптозе, следовательно, не в силу изменения факторов, определяющих нормальное внутрибрюшное давление и нормальное положение органов брюшной полости, но чаще всего изолированно. Это дает право думать, что причиной, способствующей опущению селезенки, является врожденная аномалия укрепляющего селезенку аппарата и чрезмерная длина и слабость ее связок.

Кроме перечисленных органов опущению у женщин подвергаются сплошь и рядом внутренние половые органы, создавая также целые клинические синдромы и вносящие в жизнь женщины немало страданий, изменяющих функцию ее половой сферы и влияющих в конце концов нередко на весь психический облик женщины. Касаться этого вопроса я не буду, так как этот предмет подлежит ведению скорее гинекологии и психоневрологии.

Таким образом из всего только что изложенного ясно, что

энтероптоз (спланхноптоз) действительно сам по себе составляет своеобразную клиническую форму, подлежащую ведению как интерниста, так и хирурга, который совместно с терапевтом участвует в лечении этого патологического явления. А потому на обязанности врача лежит умение распознавать спланхноптоз.

Какими же, спрашивается, методами клинического исследования и каким образом? Разумеется, только физические методы, из которых методическая пальпация и рентгеновское исследование занимают главенствующее положение, могут обнаружить общее или частичное опущение внутренностей. И тот врач, который привык у каждого больного методически исследовать брюшную полость, никогда не пропустит наличия как общего, так и частичного спланхноптоза, что можно подтвердить последовательным рентгеновским исследованием по правилам, нами изложенным уже раньше в отношении каждого органа брюшной полости. Однако диагностировать опущение внутренностей—это еще не значит поставить клинический диагноз болезни «спланхноптоз». Для этого нужно доказать, что наблюдаемые болезненные явления действительно зависят от того, что все внутренности или только какой-либо орган опустился или стал блуждать. И вот это представляется чрезвычайно трудным делом. Приходится исключать другие заболевания, могущие дать те же субъективные симптомы и расстройства функций, необходимо доказать, как было сказано в отношении диагноза *hern mobilis*, что и страдания исчезают и нормальные функции восстанавливаются, если устранить энтероптоз или по крайней мере его уменьшить. Полезно при решении этого вопроса уложить больного в постель, поставить на свое нормальное место опущенные органы и забинтовать туго живот. Если после этого у больного начинают постепенно исчезать боли, если восстанавливаются нарушенные функции органов, то это до известной степени свидетельствует о том, что действительно весь наблюдавшийся клинический синдром у больного зависел если не всецело, то хотя бы отчасти от спланхноптоза, который требует уже специального лечения.

ЛЕКЦИЯ ШЕСТНАДЦАТАЯ

ОБЩАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Из предшествующих лекций видно, что успех физической диагностики различных заболеваний брюшной полости до известной степени зависит как от планомерного исследования ее и детального знакомства с нормальными топографическими отношениями и физическими свойствами всех ее органов, так и от тщательного анализа полученных при исследовании результатов с точки зрения индивидуальных условий и соотношений в брюшной полости больного. Идя только этим путем, можно прийти к более или менее вероятным предположениям при распознавании болезней брюшной полости. Этого метода еще строже нужно придерживаться в том случае, когда приходится распознавать и проводить дифференциальную диагностику какой-либо опухоли, обнаруженной в животе при физическом его исследовании.

Но раньше чем перейти к изложению принципов «диагностики опухолей», я прежде всего должен остановиться на том, что мы понимаем в клинике под опухолью, «тумором» брюшной полости, так как клиническое понятие об опухоли не всегда совпадает с патолого-анатомическим, когда под опухолью понимают какое-либо тело, образовавшееся благодаря пролиферации клеточных элементов (новообразование).

Определение понятия «tumor» с клинической точки зрения было уже сделано не один раз (Peán¹, Дюпре², Sacconaghi³, Пагенштегер⁴, Р. Шмидт⁵), но нельзя сказать, чтобы вполне удовлетворительно и исчерпывающе.

Я полагаю, что под опухолью, «тумором» живота в клинике нужно понимать всякое образование, будет ли оно представлять

собой целиком или частично увеличенный, уплотненный растянутый или смещенный орган, новообразованную ткань или воспалительный экссудат, раз оно благодаря ограниченному выпячиванию или же в силу увеличения его объема или резистенции производит при осмотре или ощупывании впечатление отдельного тела, которое по своим свойствам и положению является необычным для брюшной полости.

С этой точки зрения мы должны, например, называть на равных правах «опухолью живота» и ненормально растянутую или местно сокращенную петлю кишок, и ограниченный экссудат, и эктопический орган, и злокачественное новообразование, выросшее из какого-либо органа или развившееся в свободной брюшной полости.

Присутствие «тумора» в животе обыкновенно обнаруживается при ощупывании посредством методичной глубокой пальпации. Только при наличии больших опухолей или же малых, но расположенных поверхностно, мы знаем о присутствии их по осмотру или после ориентировочной пальпации. Как только присутствие «тумора» констатировано, сейчас же необходимо точно установить, где опухоль находится: в брюшной ли стенке, в полости ли живота или же забрюшинно, а также определить характер ее и место происхождения и подвижность. С этой целью мы ведем планомерное исследование, пользуясь физическими методами, каждый раз оценивая полученные результаты; при этом нужно сообразоваться с определенными свойствами и поведением опухоли, зависящими от ее локализации и характера, установленными в клинике путем долголетнего наблюдения.

Опухоли брюшной стенки характеризуются тем, что они вообще расположены более поверхностно, легко обнаруживаются осмотром и довольно отчетливо пальпируются. При этом если взять в складку между пальцами брюшную стенку, то в большинстве случаев можно убедиться в том, что эти опухоли имеют именно ее своим исходным пунктом, так как при смещении в сторону захваченной опухоли она передвигается вместе с брюшной стенкой. Если придать больному несколько возвышенное лежащее положение, то можно заметить, что при вдохе и выдохе тумор не опускается сверху вниз и не подымается снизу вверх, что свойственно опухолям внутрибрюшинным, а движется сзади наперед и спереди назад вместе с брюшной стенкой. Далее, в том случае, если опухоль находится в брюшной стенке среди мышечного слоя или же перед брюшиной, она при сокращении мышц живота фиксируется, становясь хуже прощупываемой, чем раньше, но не исчезает вовсе, как это свойственно опухолям брюшной полости. Исследование в этом случае производится таким образом: захватив опухоль между пальцами одной руки, если она невелика, или между обеими руками, если она достаточно велика, предлагают больному сократить брюшной

¹ Peán, Diagnostique et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, Paris, 1895.

² Duprés, Traité du diagnostique des tumeurs, Paris, 1868 (цит. по Pagenstecher'y).

³ G. Sacconaghi, Anleitung zur Diagnostik der Abdominaltumoren, 1910.

⁴ E. Pagenstecher—Naegeli, Die klinische Diagnose der Bauchgeschwülste, München, 1926.

⁵ R. Schmidt, Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane, 1911.

пресс или же просто немного приподняться без помощи рук, исключительно путем сокращения мышц брюшного пресса; пальпируя в это время опухоль, мы по указанным выше признакам убеждаемся в принадлежности ее к брюшной стенке. Что касается результатов перкуссии, то в громадном большинстве случаев все опухоли брюшной стенки (абсцессы, фибромы, миомы, саркомы, десмоиды, эхинококки, гуммы и пр.) дают при перкуссии притупленный или тупой звук, и только газовые абсцессы и грыжи—тупо тимпанический или тимпанический. Газовые и простые абсцессы также распознаются по флуктуации и инфильтрации вокруг абсцеса, а иногда по покраснению кожи над ними. Грыжи распознаются по характерному расположению в определенных местах (пупок, *linea alba*, треугольник Petit'a), а в случае межмышечного расположения грыжи—по свойству ее краев менять свою плотность при волевом сокращении мышц брюшного пресса. Значительно труднее становится распознавание опухолей брюшной стенки в том случае, если благодаря воспалительному процессу вокруг опухоли и переходу его на брюшину она срастается с органами живота, что затрудняет установление исходного места опухоли. В этом случае, надо полагать, может оказать большую услугу рентгеновское исследование при боковом освещении брюшной полости после предварительного наложения пневмоперитонеума.

Что касается забрюшинной локализации опухолей, то многие характерные черты уже выяснены нами на лекциях о диагностике почек и поджелудочной железы и отчасти 12-перстной кишки как органов, лежащих за брюшиной. Наиболее существенными характерными чертами этих опухолей являются их глубокое расположение в брюшной полости, довольно тесное соприкосновение с задней стенкой ее, прикрытые спереди желудком и кишками, а также ограниченная пассивная дыхательная подвижность. Опухоли, расположенные за брюшиной (абсцессы, липомы, фибромы, раки, саркомы, лимфосаркомы, миксомы, гематомы, эхинококки и пр.), вырастая позади брюшины, имеют в большинстве случаев более широкое основание и при своем росте оказывают давление на окружающие органы. Будучи расположены поблизости к нервным стволам или корешкам нервов, они давят на них, а иногда разрушают позвоночник и производят давление на спинной мозг. Этим они вызывают жестокие боли в соответствующих областях, а иногда явления пареза или паралича. Вырастая по соседству с кровеносными сосудами и сдавливая их, они оказывают соответствующее действие в зависимости от характера сосуда, на который они давят. Так, давление на вены (*v. cava inferior*, *v. porta*) вызывает затруднения в венозном кровообращении в соответствующей системе с последовательным развитием коллатерального кровообращения, о чем мы говорили на I лекции. При давлении на нижнюю полую вену развивается цианоз и отек нижних конечностей, а иногда и стенок живота, а при затруднении воротного кровообращения—накопление асцитической жидкости, которая иногда приобретает характер хилозной жидкости, если к тому же сдавливаются крупные лимфатические сосуды.

При своем росте забрюшинная опухоль имеет всегда впереди себя органы, расположенные в брюшной полости, и сдвигает их в стороны и впереди, оставаясь долгое время прикрытой кишками, *resp.* желудком. Только массивные органы, как печень и селезенка, в большинстве случаев не смещаются впереди и уходят под влиянием нарастающего давления кверху в поддиафрагмальные пространства. В редких случаях они смещаются книзу, как, например, печень при развитии огромного поддиафрагмального ретроперитонеального абсцеса. Благодаря присутствию впереди опухоли органов, содержащих газ, забрюшинные опухоли долгое время дают при перкуссии спереди тимпанический или тупо тимпанический перкуторный звук. Только при достижении очень больших размеров, когда они начинают уже соприкасаться с передней брюшной стенкой, они, раздвинув полостные органы брюшной полости по сторонам, начинают давать тупой звук. Как было показано в соответствующих лекциях (см. лекции X, XI) при разборе заболеваний 12-перстной кишки, поджелудочной железы и почек, смещение желудка и кишок происходит не беспорядочно, но до известной степени по определенным законам. Нахождение впереди опухоли желудка и кишок констатируется обыкновенным прощупыванием, перкуссией после предварительного раздувания, а также рентгеноскопией при применении контрастных смесей и иригоскопией. Однако, сдвигая желудок и кишки, забрюшинные опухоли сравнительно редко вызывают клинические явления сужения этих органов. Это наблюдается только в тех случаях, когда опухоль, будучи злокачественной, начинает быстро и атипически расти во все стороны и обрастать сдавливаемые ею органы, либо при развитии вокруг нее воспаления с последовательным фиброзным перерождением эксудата. При простом же давлении симптомы стеноза в большинстве случаев отсутствуют ввиду постепенного приспосабливания желудка и кишок к происходящему смещению и давлению.

Будучи расположены за брюшиной, ретроперитонеальные опухоли смещаются сравнительно мало при дыхательных экскурсиях диафрагмы, и это является их характерным отличием от внутрибрюшинных опухолей. Но в этом отношении встречается и немало исключений. Несмещаемость забрюшинных опухолей при дыхании относится только к опухолям, исходящим из фасций, костей, лимфатических желез, мышц и забрюшинной клетчатки, но опухоли, выросшие из забрюшинных органов или брыжейки, дают в этом отношении довольно часто исключения, в особенности если они достигли средней величины и расположены поблизости к диафрагме. В этом случае движения диафрагмы через органы, расположенные непосредственно под ней, передаются и опухолям, хотя они и расположены за брюшиной, и они опускаются вниз при вдохе и поднимаются опять кверху при выдохе.

Правда, опухоли соответствующей величины, но расположенные внутрибрюшинно, дают значительно более обширные экскурсии, однако же в случае воспалительных явлений вокруг внутриполостных опухолей их респираторные движения также могут ограничиваться, что, разумеется, очень затрудняет по этому признаку дифференцирование опухолей. Респираторные движения опухолей средней величины облегчаются тем, что они по условиям тяжести растягивают

фиксирующий их аппарат, а это увеличивает как дыхательные их движения, так и пассивную смещаемость. Так, мы уже знаем, что средней величины опухоли почки несмотря на свое забрюшинное расположение бывают настолько подвижны, что их можно смещать в противоположную половину брюшной полости и значительно сдвигать кверху и книзу (например, подвижная почка III степени). Точно так же мы говорили уже, что опухоли поджелудочной железы, особенно исходящие из ее хвоста, нередко обнаруживают достаточную смещаемость. Однако подвижность некоторых забрюшинных опухолей сохраняется только до тех пор, пока они не достигнут чрезмерной величины или не произойдет в случае злокачественности их прорастание капсулы, или же не разовьются вокруг них воспалительные явления. Как только они достигнут огромной величины и начнут соприкасаться с брюшным прессом, вызвав раздражение брюшины, подвижность их сейчас же уменьшается благодаря рефлекторному тоническому напряжению мышц брюшного пресса, а также просто в силу уменьшения пространства в брюшной полости.

Все перечисленные характерные черты опухолей, расположенных за брюшиной, констатируются нами у постели больного главным образом пальпаторно или прощупыванием при одновременном освещении рентгеновскими лучами. Познакомившись со всеми перечисленными свойствами опухоли, нужно при окончательном анализе явлений и при дифференциальной диагностике всегда иметь в виду те органы, которые анатомически нормально находятся в месте расположения опухоли; топография местности помимо характерных черт для каждого органа позволяет разобраться относительно места происхождения опухоли. С этой целью мы всегда должны держать в памяти топографо-анатомические отношения брюшной полости.

При нормальной конституции, нормальном тоне брюшного пресса, нормальном развитии органов брюшной полости мы встречаем в условиях обычного внутрибрюшного давления в надчревной области (regio epigastrica) печень с желчным пузырем, желудок, малый сальник, 12-перстную кишку, а. coeliaca, нижнюю полую вену и plexus coeliacus; в правой подреберной области (regio hypochondriaca dextra) находятся печень, flexura colica dextra и правая почка с надпочечником; в левой подреберной области (regio hypochondriaca sinistra) — печень, желудок, селезенка, flexura colica sinistra, хвост поджелудочной железы и отчасти левая почка с надпочечником; в пупочной области (regio umbilicalis) расположены тонкие кишки, покрытые большим сальником, желудок, брыжейка тонких кишок, colon transversum, 12-перстная кишка, поджелудочная железа, отчасти почки с почечными лоханками, аорта и нижняя полая вена. В правом фланке (regio abdominalis lateralis dextra) находится colon ascendens, в некоторых случаях петли тонких кишок и отчасти правая почка, а в левом фланке (regio abdominalis lateralis sinistra) — colon descendens, иногда петли тонких кишок и отчасти левая почка. В правой подвздошной области (regio iliaca dextra) расположены слепая кишка с червеобразным отростком и pars coecalis ilei, а в левой подвздош-

ной (regio iliaca sinistra) — S-romanum; наконец, в надлобковой области (regio pubica) находятся тонкие кишки, мочевого пузыря, если он переполнен мочой, и у женщины увеличенная, resp. беременная, матка.

Однакоже нужно помнить, что указанное расположение органов может быть значительно нарушено при изменении внутрибрюшного давления, растяжении брюшного пресса и прикрепляющих органы связок, а также при изменении величины и объема самих органов, будет ли это явлением врожденным или же приобретенным в результате известных патологических процессов. Смещению особенно легко подвергаются те органы, которые фиксированы свободно в брюшной полости и которые даже при выполнении своего физиологического назначения меняют свою величину, форму и положение — именно желудок и кишечник. Принимая во внимание возможность смещения органов, а, следовательно, ненахождение их в надлежащем месте брюшной полости, мы и опухоли, принадлежащие этим органам, можем встретить и в действительности часто встречаем не в тех областях живота, где мы их должны найти согласно вышеприведенной анатомической топографии. При диагностике «туморов» это обстоятельство, естественно, требует знания индивидуальных анатомических отношений каждого больного, что возможно только при методическом исследовании брюшной полости. Если индивидуальное изучение у больного брюшной полости всегда должно предшествовать окончательной топической диагностике забрюшинных опухолей, то это требование по понятным причинам еще строже должно выполняться при диагностике внутрибрюшинных «туморов», которые отличаются от первых характерными особенностями.

Прежде всего опухоли, расположенные внутрибрюшинно, по сравнению с опухолями той же величины, но расположенными за брюшиной, гораздо легче разыскиваются при исследовании и производят более отчетливое впечатление при пальпации. Они обладают, далее, значительно большей дыхательной подвижностью, и чем орган, с которым опухоль связана генетически или благодаря происшедшему сращению, ближе расположен к диафрагме, тем большие экскурсии она совершает при дыхании; поэтому опухоли, исходящие из печени, желудка и селезенки, отличаются наибольшей подвижностью. Такой же почти подвижностью обладают опухоли поперечной ободочной кишки и сальника, если они не сращены с париетальной брюшиной, так как, соприкасаясь тесно с поддиафрагмальными органами, они приобретают от них движения. Чем ближе опухоль расположена к тазу, тем меньшей дыхательной подвижностью она обладает.

Что касается пассивной подвижности, которую мы определяем тем, насколько опухоль можно пальпирующей рукой двигать в стороны (ручная подвижность по номенклатуре Saccopaghi), то чем тот орган, которому принадлежит тумор, нормально подвижен, тем большей подвижностью при прочих условиях обладает развивающаяся опухоль. Отсюда опухоли, исходящие из colon transversum, flexura sigmoidea, тонких кишок, большого сальника и брыжеек, обладают наибольшей пассивной подвижностью. Самой большой ручной подвижностью обладают эктопические органы — селезенка,

иногда печень. Но принимая во внимание при дифференциальной диагностике опухолей их естественную пассивную подвижность, не нужно также забывать, что она зависит и от величины опухоли. Чем больше опухоль, тем менее она подвижна, а иногда на подвижность опухоли влияют перитонитические спайки, находящиеся вокруг. С другой стороны, при увеличении веса опухоли растягиваются прикрепляющие связочные аппараты, и нередко тот орган, который нормально ограничен в подвижности, становится при возникновении в нем опухоли довольно значительно подвижным, например, желчный пузырь, привратник, слепая кишка и пр. Не нужно забывать также, что некоторые опухоли приобретают иногда ножку, например, кисты яичника, опухоли желчного пузыря, которые вытягивают ductus cysticus, и благодаря этому также становятся подвижными. Подвижность опухолей, исходящих из нормально малоподвижных органов, иногда бывает настолько велика, что это обстоятельство зачастую долго препятствует правильному распознаванию местонахождения опухоли; чаще всего эта подвижность смущает при диагностике опухолей привратника. Эти опухоли бывают так подвижны, что они заходят в левое подреберье, в малый таз, в левый фланк (Образцов, Гаусман, Иванов).

Одним из признаков опухоли, имеющей связь с кишечником, нужно признать самостоятельную перемещаемость опухоли, зависящую, очевидно, с одной стороны, от условий внутрибрюшного давления, с другой—от перистальтики кишок. В клинике мы нередко замечаем, что опухоли, исходящие из подвижных участков кишок, самостоятельно меняют свое местоположение в брюшной полости. Этим свойством особенно отличаются новообразования поперечной ободочной кишки и петель тонких кишок. Кроме того опухоли кишечника сохраняют до известной степени цилиндричность своей формы, что отличает их от других опухолей.

Перечисленными особенностями отличаются опухоли, расположенные внутри брюшины, от опухолей, лежащих за ней. Однако, проводя топическую диагностику, нужно всегда принимать в расчет побочные обстоятельства (воспалительный процесс вокруг опухоли, прирастание ее, чрезмерную величину, атипическое расположение органов и пр.), которые подчас могут настолько изменить указанные характерные свойства опухоли, что мы лишаемся возможности не только определить, какому органу принадлежит опухоль, но даже решить вопрос, расположена ли она за брюшиной или внутри ее.

Что касается определения характера найденной опухоли, то в этом отношении имеет значение умение определить форму, очертания, величину, консистенцию, присутствие флюктуации, а также чувствительность и те акустические явления, которые могут быть констатированы в некоторых опухолях. Все эти свойства становятся нам известны на основании физического исследования. Надо сказать, что они бывают чрезвычайно разнообразны, и одна и та же по характеру опухоль, исходящая из одного и того же органа, имеет в одних случаях одни свойства, в других другие. Кроме того, стремясь познакомиться с ними посредством прощупывания, нужно всегда помнить, что толщина брюшной стенки и степень напряжения ее

мускулатуры оказывают существенное влияние на пальпаторное впечатление. Даже при благоприятных условиях для пальпации мы получаем о величине, очертаниях и состоянии поверхности опухоли не совсем точное представление, а только приблизительное, и нередко лишь на операционном или секционном столе убеждаемся, что сделали довольно грубую ошибку. Опухоли на операции оказываются и больше и бугристее, а иногда и другой формы, чем мы предполагали. Более точное представление относительно некоторых опухолей может дать рентгеновское исследование, которое в одних случаях, особенно при применении пневмоперитонеума, позволяет просто видеть самую опухоль, а в других—судить о ней по дефектам наполнения контрастной массой полых органов. Так, о величине опухоли желудка, resp. кишки, мы судим по дефекту наполнения в его тени; об опухоли между желудком и кишками—по свободному полю между очертаниями этих органов (рис. 686). Контуры и форма опухоли печени, а также «тумора», расположенного внутри брюшины, прекрасно видны при раздувании брюшной полости газом. Что касается консистенции опухоли, то в этом отношении мы получаем сведения путем ощупывания, а в случае поверхностного расположения и на основании перкуссии.

Для распознавания характера опухоли нам важно установить кроме того степень ее плотности, постоянство или изменчивость ее консистенции, присущую ей эластичность или пастозность, а также присутствие в ней флюктуации. По плотности приходится различать опухоли с очень большой плотностью, как, например, раковые новообразования или фибромы, с более мягкой консистенцией—липомы и саркомы, с тестоватой консистенцией—кисты и гематомы, а также каловые опухоли, с более мягкой консистенцией—кисты с ненапряженными стенками, воспалительные экссудаты с размягчением или нагноением в центральных частях и пр. Для диагностики очень важно определить меняющиеся при пальпации форму и консистенцию. Если опухоль при пальпации становится то больше, то меньше, то тверже, то мягче, то это всегда служит указанием, что она принадлежит органу, могущему сокращаться, т. е. желудку или кишкам. Эти же опухоли при перкуссии обычно дают тимпанический или тупо тимпанический звук, иногда с металлическим оттенком, если внутри «тумора» имеется достаточно газа, а стенки опухоли значительно напряжены (например; перекрученная петля кишок). Присутствие в опухоли флюктуации или зыбления всегда свидетельствует о жидком ее содержимом и присуще кистозным опухолям различного происхождения, а также воспалительным экссудатам при развитии в них нагноения. Насколько важно подметить, меняется ли периодически консистенция опухоли или нет, может служить иллюстрацией случай, описанный из моей клиники д-ром А. Айзенбергом. Дело шло о кистозной опухоли в подложечной области. Я до рентгена и операции определил, что киста лежит в стенке желудка лишь потому, что опухоль периодически делалась под пальцами плотней. Оказалось, что опухоль принадлежала панкреатической кисте, лежавшей в стенке желудка.

Чрезвычайно важно при пальпации «тумора» подметить в нем

урчание, так как наряду с меняющейся консистенцией оно указывает на принадлежность опухоли полостным органам — желудку или кишкам.

Не менее важно для диагностики распознавание в опухоли пульсации, которая может распространяться либо во все стороны, либо в одном направлении. В первом случае пульсация указывает на непосредственную связь опухоли с сердцем или с сосудами (пульсация застойной печени при недостаточности трехстворки, пульсация печени при недостаточности аорты, пульсация при аневризме брюшной аорты или ее ветвей), во втором, когда опухоль пульсирует только благодаря близкому и тесному прикосновению к аорте, например, опухоли поджелудочной железы, опухоли забрюшинных лимфатических желез и пр.

Что касается болезненности опухоли, то опухоли брюшной полости приобретают чувствительность только тогда, когда они начинают растягивать пристеночную брюшину или подбрюшинную клетчатку, или когда вокруг опухоли начинает развиваться захватывающий их воспалительный процесс. После классических исследований Ленандера и Дюпюитрена стало известно, что органы брюшной полости нечувствительны или, правильнее, малочувствительны, а поэтому растущая из них опухоль также не обладает чувствительностью, но только до тех пор, пока она не захватывает нервов, находящихся в субсерозной клетчатке, не раздражает их своим давлением или растяжением, или пока не возникает воспаления на пристеночной брюшине.

Диагностируя опухоль в брюшной полости, нужно помнить, что чрезмерно и длительно сокращенные части желудочного канала, как это встречается у особенно нервных людей, чаще всего у истеричек, а также скопление фекальных масс в кишечнике могут дать повод к смещению их с настоящей опухолью живота. Однако эта опасность угрожает только тому врачу, который мало опытен в ощупывании живота; кто же привык к нормальным ощущениям и кто исследует живот методично, тот, конечно, подобного рода ошибки сделать не может. Найдя спастически сокращенную часть желудка или кишки, всякий опытный исследователь уже по одному ощущению сейчас распознает их состояние. Гладкость и цилиндрическая форма опухоли, меняющаяся консистенция ее и отсутствие в большинстве случаев других клинических явлений сужения желудочно-кишечного тракта сейчас же обнаруживают истинную функциональную природу опухоли. Надо, впрочем, заметить, что в редких случаях распознать функциональный характер опухоли удается не при первом же исследовании, а при повторном и более продолжительном наблюдении. Это обычно касается тех случаев, когда истерички боятся заболевания раком и когда под влиянием этого страха спазм становится сильнее и длительнее; к этому присоединяется рвота, метеоризм, появляется боль и прочие симптомы страданий желудка и кишок.

Что касается так называемых каловых опухолей, то характерное расположение их в толстых кишках, наиболее частая локализация в S-гомапиг, множественность отдельных опухолей (scybala), овалноцилиндрическая или сферическая форма, меняющаяся

в своей конфигурации при надавливании на нее и разминании между пальцами, сейчас же обнаруживают истинную природу опухоли. Не распознать каловой опухоли можно только в том случае, если в кишечнике образовался настоящий каловый камень, который прочно занимает место, чаще всего в слепой кишке, и не удаляется из нее даже после слабительных или при очищении кишечника путем повторных клизм. Но подобного рода копролиты представляются большой редкостью и, пожалуй, заслуживают быть причисленными к настоящим опухолям живота.

Вышеописанной методикой исследования мы можем ограничиться при распознавании опухоли у мужчин. У женщин к описанному исследованию, особенно в тех случаях, когда опухоль располагается в брюшной полости ниже пупка, должно быть присоединено и гинекологическое исследование, так как не нужно забывать, что у женщин опухоли половой сферы бывают довольно частым явлением и к тому же обнаруживают такой полиморфизм, разнообразие и ectopичность расположения, что их можно легко смешать с любой опухолью нижней части живота.

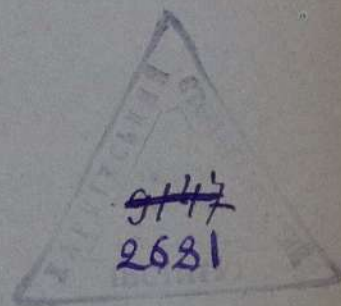
Подводя итог всему изложенному относительно распознавания опухолей живота, мы должны сказать, что процесс диагноза распадается на несколько моментов. Первый момент—это отыскание опухоли в брюшной полости при помощи ощупывания; второй—установление ее локализации, что делается на основании ее подвижности и местоположения; третий—изучение ее характера и природы и, наконец, последний момент—это точное выяснение ее отношения к органам брюшной полости, а также выяснение влияния присутствия ее на функции того органа, из которого она исходит, и влияния ее на весь организм. Только после этого диагноз устанавливается окончательно. Первые три момента уже достаточно освещены, нам остается коснуться последнего.

Как только мы пришли к предположению относительно локализации опухоли, нам сейчас же необходимо справиться, насколько присутствие опухоли изменило нормальное отправление органа, из которого она исходит или же около которого она расположена. С этой целью мы не только применяем все существующие у нас методы физической диагностики, но производим и функциональное испытание.

Нашу мысль мы постараемся сделать яснее разбором конкретного случая. Предположим, что в результате методичного исследования брюшной полости мы нашли в подложечной области опухоль величиною с апельсин, которая расположена ближе к левому подреберью, бугристая, безболезненна при пальпации, дает тупо тимпанический звук, совершает довольно значительные дыхательные движения и может быть слегка, сантиметра на 2—3, пассивно смещаемая в стороны. При выяснении характера опухоли и ее локализации ход наших мыслей должен быть таковым. Опухоль лежит в regio epigastrica ближе к левому подреберью, следовательно, она может принадлежать левой доле печени, желудку, забрюшинным железам или хвосту поджелудочной железы. Селезенка исключается ввиду того, что опухоль не уходит в левое подреберье и дает тупо

тимпанический звук, а почки—на основании того, что опухоль не распространяется в левый фланк. Железы и поджелудочная железа исключаются в силу того, что опухоль достаточно подвижна при дыхании и, будучи небольшой, расположена непосредственно под брюшной стенкой. Следовательно, она может исходить из левой доли печени (например, гумма, обезображенная сифилисом левая доля печени, метастаз в левой доле печени и пр.). Но тупо тимпанический перкуторный звук говорит несколько против этого предположения, хотя и не абсолютно; быть может тимпанический оттенок примешивается к тупому звуку от печени, вследствие простукивания через печень желудка. Для выяснения перкутируем тихо, но все-таки находим звук тупо тимпаническим. Это говорит уже в пользу желудка; но для дальнейшего выяснения принадлежности тумора желудка нужно доказать, что он только соприкасается с левой долей печени. С этой целью перкутируем печень и рисуем ее проекционную фигуру; мы убеждаемся, что печень по своей величине и форме отклонений от нормы не представляет. Пальпируем весь нижний край печени и убеждаемся, что он нормален, что поверхность печени гладка. Это косвенным образом свидетельствует против нашего предположения о принадлежности тумора печени. Но для нас важно установить, что тумор только соприкасается с печенью, и для этого мы стараемся прощупать нормальный край печени над тумором. Мы фиксируем тумор левой рукой и, пользуясь дыханием, стремимся правой прощупать над ним край печени. Наконец, находим его и отмечаем, что в то время как тумор, фиксированный левой рукой, остается неподвижным, край печени скользит над ним. Мы получаем таким образом убеждение, что опухоль не принадлежит печени и даже с ней не спаяна. Ясно, что она может принадлежать только желудку—с этим согласуются ее физические свойства, этому предположению отвечает ее дыхательная подвижность и небольшая смещаемость. Таким образом предположительный диагноз уже готов—опухоль с наибольшей вероятностью представляет рак тела желудка. Но это только предположительный диагноз. Точный диагноз мы поставим лишь тогда, когда испытаем функцию желудка, изучим свойства желудочного содержимого, из общего исследования больного получим указания на существование в организме злокачественного новообразования (бледность больного, исхудание, исследование крови и мочи) и, наконец, подвергнув больного рентгеновскому исследованию, убедимся в наличии в желудке характерного дефекта наполнения. Таким образом путем методического исследования мы сперва убеждаемся в нормальном состоянии окружающих органов, а затем уже из общего исследования больного и из испытания и исследования самого желудка получаем безусловные доказательства присутствия в нем опухоли. Словом, в этом случае мы проводим планомерное методичное исследование всей брюшной полости, которое позволяет сначала обнаружить присутствие опухоли, а затем планомерным исследованием и изучением свойств самой опухоли и соседних с ней органов и органа, которому она принадлежит, стараемся подтвердить наше первое впечатление. В методичности и планомерности кроется успех

диагностики опухолей живота. Надо сказать, что как ни трудна она бывает в некоторых случаях, тем не менее врач, владеющий всеми методами физического исследования, знакомый с функциональной диагностикой, знающий в деталях нормальные свойства брюшной полости, что дается путем методичного исследования ее годами при разнообразных заболеваниях и состояниях, и знакомый с клиникой заболеваний брюшной полости, в настоящее время в громадном большинстве случаев уже имеет возможность ставить точный топический диагноз опухоли. Вот почему при современном уровне наших знаний и современной методике исследования диагноз в виде «tumor abdominis» недопустим и не должен встречаться ни в терапевтической, ни в хирургической клинике.



Редактор *Л. Палес* Техред. *А. Демкина*.
Зав. граф. частью *Е. Сметов*. Зав. коррект.
Л. Голицына. Ответ. за вып. в типогр.
П. Маркелов.

Уполномоч. Главлита Б-22848. Биомедгиз
463. МД 4. Тираж 5200. Формат $62 \times 94 \frac{1}{16}$.
Печ. л. $141 \frac{1}{4}$. Знак. в печ. л. 48800. Авт.
л. 16,87. Сдано в тип. 22/XII 1935 г.
Подп. к печ. 19/IV 1936 г. Заказ № 101.
Цена 3 р. 70 к. Переплет 60 к.

16-я типография треста «Полиграфкнига»,
Трехпрудный пер., 9.

Бібліотека

