

Г. Мондор

Неотложная диагностика

Живот. Том 2

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 58
Г11

Г11 **Г. Мондор**
Неотложная диагностика: Живот. Том 2 / Г. Мондор – М.: Книга по Требованию, 2023. – 366 с.

ISBN 978-5-458-25228-7

Настольная книга нескольких поколений советских и российских хирургов. Издание 2-е, 1940 г.

ISBN 978-5-458-25228-7

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Под этим заголовком я рассмотрю: 1) внутрибрюшные кровотечения генитального происхождения у женщин: а) внематочную беременность, б) разрывы матки; 2) другие внутрибрюшные кровотечения: а) разрывы аневризм, б) внутрибрюшные кровоизлияния.

1. ДИАГНОЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Уже со времени работ Лаусона Тета (Lawson Tait, 1885) известно, что главной причиной внутрибрюшных кровотечений у женщин является разрыв беременной трубы. Имеется немало афоризмов по этому поводу: «Всякая распознанная внематочная беременность настоятельно требует хирургического вмешательства» [Пинар (Pinard)]. «Всякая внематочная беременность должна быть рассматриваема как злокачественная опухоль и, следовательно, удаляема».

Теперь уже нет больше надобности объяснять необходимость операций в этих случаях—это уже хорошо известно. Сознание того, что при внематочной беременности немедленная операция еще нужнее, чем даже при аппендиците, и почти так же нужна, как и при ущемленной грыже, сейчас является уже почти всеобщим достоянием. Но в настоящее время необходимо сосредоточить все усилия на изыскании способов раннего диагноза, так как и теперь с операцией часто опаздывают.

Я начну с описания простых случаев, с тех, где признаки ясны; это будут: 1) признаки внематочной беременности до выкидыша или до разрыва и 2) симптомы внутрибрюшного кровотечения, а затем займусь трудными случаями, клиническими формами с неясными признаками.

1. НЕСЛОЖНЫЕ ДИАГНОЗЫ

Бывают больные, не внимательные к себе или не чувствующие никакого недомогания и которые ничего не подозревают. Они являются к врачу, ничего не зная о своем состоянии или не обращая на него внимания вплоть до наступления тяжчайших осложнений. Болезнь как бы начинается несчастным случаем и им же кончается.

Но довольно часто больные бывают не предупреждены о грозящих им опасностях, потому что врач терапевт или хирург во-время не обеспокоился их состоянием. Это его недосмотр, себя он должен винить или упрекать.

Спроут Хини (Sproat Heaney) напечатал статью, в которой он поздравляет себя с тем, что аппендицит достаточно изучен, достаточно хорошо втолковывается учащимся и настолько пережеван, что всякий врач и даже просто «обыватель» достаточно осведомлен об этой болезни и что теперь больше почти не встречается случаев неоперированного аппендицита, оканчивающихся смертью, но в вопросе о внематочной беременности прогресс науки кажется ему далеко не столь несомненным, не таким достоверным. По его мнению, большинство случаев этой беременности обычно остаются нераспознанными. Он берет на себя роль обвинителя.

Другие авторы повторяют его доводы, причем кое-кто просто-напросто приводит доводы Хини, не упоминая его имени. Он нападает на учебники, он хотел бы, чтобы в них эту главу переделали заново. Он находит, что в них слишком тщательно изложены тяжелые формы и осложнения и недостаточно—внематочная беременность до ее осложнения.

Я не так уверен, как он, будто число нераспознанных аппендицитов так ничтожно, а учебники написаны так плохо. Вероятно, их плохо читают; их слишком скоро забывают. У практикующего врача, будь то терапевт или хирург, очень скоро от всей его книжной премудрости остаются чрезвычайно скудные воспоминания. Различные степени и формы болезни и ошибки с их последствиями понемногу убедят его в том, что для распознавания внематочной беременности недостаточно только одной голый «схемы» и памяти с ее провалами.

Но я вполне согласен с Хини в том, что число случаев нераспознанной внематочной беременности и до, и во время самых тяжелых проявлений ее огромно. До них потому, что совершенно ошибочно ожидают ясных признаков беременности и топографических признаков опухоли с боку матки; во время же них потому, что дожидаются появления тягчайших, катастрофических симптомов, что вовсе не является правилом. От болезни требуют слишком законченной симптоматологии уже с самого начала ее, а от осложнений—тягости, которая вместо того, чтобы быть явной, часто скрыта.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

(До осложнений)

Диагноз внематочной беременности—диагноз неотложный. Сначала я рассматриваю признаки ее, но не сгруппировав их все вместе, а, напротив, разобрав по отдельности, ибо у одной больной часто бывает налицо только один из признаков, у другой—какой-нибудь иной. Я стану рассматривать их не у тяжких больных, которые умоляют о немедленной помощи, а у больных ежедневной консультации, у тех, которые спокойно ждут приема у гинекологов в поликлиниках, у тех, которые заходят к врачу во время прогулки, между прочим, чтобы просто посоветоваться с ним. И вот между подобными больными попадают случаи внематочной беременности, требующие немедленной операции.

Затем я останавлиюсь на эволюции простых, обычных, легких случаев и после этого на эволюции более темных. Тут не может быть и речи о каком-нибудь «набрасывании» картин болезни; тут надо указать на ловушки, надо перечислить их, осветить: никаких фресок, никаких картин, вообще никакой живописи. Надо просто сделать указания и предупредить, что здесь можно попасть в ловушку.

Одни из этих больных являются, жалуясь на к р о в и, другие на б о л и, на ж е л у д о к, п о ч к и, п у з ы р ь. Нечего рассчитывать сразу на более ясное указание.

Первой причиной ошибки является то, что ожидают отсутствия менструаций, существенного признака беременности, второй причиной—представление, будто боли при внематочной беременности, т р у б н ы е к о л и к и, отличаются чем-то особенным.

Очень юный возраст тоже не может служить серьезным аргументом для того, чтобы воздерживаться от операции. В подтверждение приведу случай, которым я обязан А. Мартену (Martin): девушка, 14 лет, накануне почувствовала острую боль внизу живота справа и слева от средней линии. Врач прописал лед и камфору. На следующий день А. Мартен видит больную. У нее 37,6°, покровы бледны,

живот вздут, но не напряжен, боль в левой подвздошной области, пульс хороший. Исследование через прямую кишку дает возможность распознать болезненную припухлость в дугласе. Операция. Оказался разрыв левосторонней внематочной беременности... Последняя менструация была короче, чем обычно, и в этом состояло все ее отклонение от нормы.

Критический разбор функциональных симптомов

Два симптома наиболее обычны—это **н е п р а в и л ь н о с т ь м е н с т р у а ц и й и б о л и**.

Н е п р а в и л ь н о с т ь м е н с т р у а ц и й. «О задержке менструаций в книгах говорят слишком напыщенно» (Спроут Хини). Действительно, только мало опытный врач может ожидать, что больная, явившись к нему, скажет: «У меня задержка месячных». Это последнее, что ей придет к голове, хотя бы даже так и было на самом деле.

Н а д о р а с с п р а ш и в а т ь б о л ь н у ю о ч е н ь т щ а т е л ь н о , о ч е н ь п о д р о б н о и т е р п е л и в о, потому что она сама взволнована, сбивается, путается в своих ответах.

Переберем один за другим три последних месяца и познакомимся с историей месячных за этот период, и только тогда будем судить. Но если просто спросить: «Была ли у вас задержка?», то на подобный вопрос очень часто вам дадут отрицательный ответ, удовлетвориться которым было бы ошибкой, потому что более подробный опрос тотчас же покажет, что это не так.

Если эта ретроспективная проверка длительности менструаций за последние 3—4 месяца сделана хорошо, то обнаруживается, что была **н е п р а в и л ь н о с т ь**, чаще всего **к о р о т к а я з а д е р ж к а**, а иногда преждевременное наступление месячных. Но «с тех пор я все время теряю кровь», говорит больная, и это надо запомнить, это важно.

Пинар говорил: «Беременная женщина не имеет месячных при внематочной беременности точно так же, как и при нормальной». Эта формула могла бы вводить в заблуждение, если бы он не позаботился добавить, что «кровотечения же при внематочной беременности всегда отличаются от нормальных месячных отсутствием периодичности, качеством и количеством теряемой крови». То же сказал и Пажо (Pajot). «Это не обычные месячные; они изменены в своем качестве, в количестве, сроках наступления и длительности».

Нечего ожидать, что больная сама сумеет различить это. Это—дело врача. И как часто молодая женщина после окончания опроса бывает поражена этой задержкой, обнаруженной врачом.

Было изменение в сроке: легкое опережение, короткая задержка. Это—первое предостережение.

«Какого цвета кровь, которую вы теряете?» Больная знает это и говорит: «Она черновата, цвета шоколада, кофейной гущи, бурого или ржавого, слизистоводяниста или прозрачна». Врач просит показать белье, которое больная носила последний раз, и находит признак, с которым он знаком по учебникам,—кровь цвета сепии. Это уже **и з м е н е н и е в к а ч е с т в е** и вместе с тем второе предостережение, но и его тоже надо было выпытать у больной.

Наконец, **и з м е н е н и е в к о л и ч е с т в е**: либо менструация предпоследнего месяца была укорочена и прекратилась в первый же вечер, либо у больной со времени первой замеченной неправильности необильное слизистое, грязное кровотечение, либо у нее бывают кровотечения, сохранившие подобие периодичности.

Как же при таких обстоятельствах больная может думать, что у нее прекратились месячные? Наоборот, последняя менструация, по ее мнению, все еще без конца длится.

Как могла бы она ответить: «Да» на вопрос: «Была ли у вас задержка?»,

когда она думает, что у нее постоянное кровотечение, ненормально продолжительная менструация? Она думает (чаще всего) не о задержке, а об этом кровотечении, длительном, нечистом, дурно пахнущем, грязного цвета.

Несомненно, в большинстве случаев дело происходит именно так. Если только мы случайно не попали на маниакальную особу, все внимание которой устремлено на мелочи и на календарь, или на женщину беспокойную, страшущуюся беременности, то обычно перед нами больная, озабоченная тем, что она «теряет», и не спрашивающая нас о «задержке».

Вследствие того, что она уже много недель носит специальное белье и ежедневно вся в крови, ее часто очень трудно убедить в том, что у нее была настоящая задержка, а сейчас у нее не месячные, а нечто иное. Вот именно этого и должен добиться врач. Пусть он не даст сбить себя с толку ни обильными кровотечениями (ведь наблюдались в подобных случаях и такие, которые требовали тампонады), ни обрывками оболочек, которые ему показывают, пусть он не ждет изгнания последа в виде слепка с полости матки или бесформенных остатков; это не признак смерти плодного яйца, да и вообще это признак, встречающийся не часто (не чаще одного раза на пять). Трудно разобратся только в том случае, когда, вследствие смерти плодного яйца и его осумкования (киста плодного яйца), стало возможным возвращение правильных месячных, но это наблюдается так редко, что об этом вполне достаточно только упомянуть.

И вот, в результате этого, часто нелегкого, опроса выясняется следующее: это—либо прерванное, либо скудное кровотечение во время одной из последних менструаций, либо кровотечение неправильное, перемежающееся после 6—8-дневной задержки, либо незначительное, но постоянное кровотечение, длящееся уже более или менее долго после некоторой неправильности (опережения или задержки). И это—все. Почти никогда ничего больше добиться не удастся. И все-таки, как очень хорошо указал Брешо (Brécho), это уже наилучший признак: незначительная задержка, прерыв менструации с неправильным кровотечением после него. Следовательно, первым признаком является не отсутствие менструации, а неправильное кровотечение, как бы оно ни казалось маловажным¹.

Боли. Если этот второй признак является сигналом тревоги, то тем лучше. Большое счастье для больной, если боли так сильны, что начинают заставлять ее беспокоиться за себя, но это бывает очень, очень редко. «Настаивать на интенсивности болей как на патогномическом признаке внематочной беременности это приблизительно то же, что настаивать на исхудании как на признаке рака матки. Ожидать их—это значит любить катастрофы» (Спроут Хини).

Как прав Хини! Авторы слишком размашисто описывают пресловутые трубные колики: боль, от которой подкашиваются ноги; боль, разрывающая больную на части, во время которой больная застывает в ужасе, которая заставляет ее скрючиваться, прижав к животу или пояснице руки... Больная извивается, волнуется, стонет, вопит, а после припадка совершенно уничтожена, разбита и т. д. (я употребляю ходячие выражения).

Но это чересчур драматично! Часто боли бывают так незначительны, что больная думает, а врач подтверждает, что это лишь газы. Это односторонние спазмы с левой или с правой стороны, отдающие чаще всего в область поясницы,

¹ Из 100 случаев, обследованных Риччи (Ricci) и Сальватором (Salvator) из Пальмы 28 не было никакой задержки месячных.

иногда в крестец, в промежность, во внутренние органы, в прямую кишку, в бедра. Их нарастающую изменчивость пытались объяснить, утверждая, что это колики изгнания, боли растяжения, прижатия и т. д. Боли могут быть непродолжительные, жгучие, прерывающиеся и успокаивающиеся после кровотечения («рвота труб») или же более длительные и глубокие. Иногда боли постоянные, диффузные и т. д. Это оттенки, которые трудно перечислить.

Боли—это почти постоянный симптом, но он кажется иногда таким невинным в передаче больной: «У меня болит бок, у меня колики», «У меня болит яичник», «У меня, кажется, энтерит». Все это выражения, которые, казалось бы, должны успокаивать. И вот между ними, между этими больными, пожалуй, скорее ноющими, чем страдающими, и надо искать. Также и здесь не больная должна сказать: «У меня перемежающиеся боли, припадки» или «У меня боли, как при ложных схватках». Это дело врача постараться различить тут острые «трубные колики», непродолжительные, но повторяющиеся, боли перекручивания, больше успокаивающиеся при кровотечении, чем при покое, грозные боли вследствие реакции близлежащей брюшины с вызываемой ею бледностью покровов, тошнотой, легким вздутием живота, ускоренным пульсом. Эти боли иногда слегка заставляют согнуться больную, если она на ногах. Если же она в постели, они заставляют ее «лежать на одном боку». Но как часто больная жалуется только на чувство давления, на тяжесть, на колотье!¹

Опрос не дает других симптомов. На это нечего рассчитывать: нет ни расстройства пищеварения, ни рвоты, ни тошноты, ни изменения в грудных железах, ни раннего появления молозива, ни изменений в пигментации кожи, ни головокружений [Долери (Doleris)]. Конечно, кое-что из всего этого иногда и наблюдается, но не настолько регулярно, чтобы на этом стоило останавливаться.

Как часты эти предупреждающие симптомы? Лилиэн Феррар (Lilian Farrar) пыталась точно установить это на 186 случаях: в 74 были боли и значительное кровотечение, в 58—боли без кровотечения, в 47—боли и немного крови, в 4—кровотечения без болей. В статистических данных Брэди (Brady) (50 случаев) лучшими предвестниками были 48 раз боли, 37 раз ненормальные месячные, 24 раза отсутствие месячных.

Больные

Я указал, надеюсь, достаточно ясно, что больные, у которых можно заподозрить внематочную беременность, явившись, не заявляют тотчас же: «У меня задержка», или «Беременна ли я», или «У меня растет живот», или «У меня головокружения»...

Из десяти больных восемь абсолютно не думают о беременности. Они пришли скорее к гинекологу, чем к акушеру. Очень часто это—женщины, до сих пор не беременевшие и которые почти не верят, что могут еще забеременеть, или женщины, у которых до сих пор были только выкидыши или которых долгое длящийся сальпингит заставил считать себя окончательно бесплодными. Обычно возраст этих больных колеблется между 22 и 38 годами. По статистическим данным Урдана (Urdan), из 474 случаев оказалось только 13 больных 40 лет и старше.

Пусть позволит мне читатель снова повторить, что именно между больными, обращающимися к врачу с самыми, казалось бы, незначительными недомоганиями, можно своевременно найти случаи внематочной беременности.

И вот примеры.

¹ На 100 случаев Риччи и Сальватора из Пальмы в 32 наблюдались сильные боли с обморочным состоянием, в 33—сильные боли без обморока, в 16—сильные боли после 2—3 недель перемежающихся колик, предшествовавших им, в 19—болезненные колики.

Женщина, которая на неизбежный вопрос: «У вас задержка?», отвечает: «О нет, наоборот, после моих последних месячных я постоянно теряю кровь и такую грязную, черноватую», вот это—больная, которую надо осмотреть повнимательнее. Больная, которая говорит: «У меня болит бок уже несколько дней; боль начинается внезапно, затем исчезает; спустя час она появляется снова; то же и по ночам. Как будто колики!», это—тоже больная, которую надо исследовать особенно внимательно.

И вот еще одна: «Уже 8 дней, как мне все время хочется мочиться, а когда мочусь, мне больно». Вы думаете о гоноррее и спрашиваете: «У вас желтые бели?». Она отвечает: «Нет, я теряю кровь шоколадного цвета». Вот еще больная, которую не следует успокаивать и нельзя отпускать без серьезного осмотра.

Осмотр

Этот осмотр должен быть полным, но очень осторожным. Если имеется внематочная беременность, то грубое вагинальное исследование или слишком сильное надавливание при комбинированной пальпации может ускорить разрыв и кровотечение. Форг (Forgue) рассказывает, что ему пришлось оперировать в экстренном порядке больную, у которой в кабинете одного врача из Монпелье через несколько секунд после такого вагинального исследования произошел разрыв и кровотечение в брюшную полость.

Мне пришлось оперировать больную, у которой произошел разрыв в бурной форме после исследования маточным зеркалом и гинекологической «перевязки», сделанной врачом. Об этой больной я скажу дальше.

Один из самых выдающихся акушеров помещает в частную клинику больную, у которой он заподозрил внематочную беременность. Он осматривает ее. Больная в положении Тренделенбурга; осмотр несколько затягивается, так как случай трудный. После длительного вагинального исследования и столь же долгой пальпации он успокаивает больную, говоря: «У вас ничего нет». Час спустя, больная умирает от сильного кровотечения, раньше чем успели отыскать акушера.

Многие больные теряли сознание от тяжелого кровотечения в то время, когда их уже несли в операционный зал.

Следовательно, во время осмотра не надо забывать о необходимости быть очень и очень осторожным в приемах и движениях. Это крайне важно, ибо первый осмотр нередко не дает полной уверенности, так что приходится повторять его и повторять часто, а именно, как говорил Варнье (Varnier), ежедневно и даже несколько раз в день, по возможности через короткие промежутки.

Осмотр живота не дает никаких указаний. Надо, следовательно, теперь произвести вагинальное исследование и комбинированную с ним пальпацию подчревной и подвздошной областей. Как обычно, для облегчения осмотра необходимо предварительно опорожнить мочевой пузырь больной.

Шейка матки несколько размягчена, но не сильно, «не так, как при беременности» (Пинар). Иногда она несколько утолщена и зияет, иногда находится высоко под лобком или несколько сбоку. Боль при надавливании на уровне ее не имеет большого значения.

Тело матки иногда в значительной антефлексии. Оно несколько размягчено и размягчено равномерно, не представляя симптома Гегара. Оно может оказаться в некоторых случаях несколько приподнятым кверху, как будто его подтягивает эрекция труб. Наконец, тело матки немного утолщено и тем больше, чем ближе к нему трубная беременность (Спрут Хини), но оно меньше, чем тело беременной матки того же периода беременности. Иногда оно мало, атрезировано.

Внематочная беременность должна длиться уже несколько недель, чтобы тело матки разбухло и размягчилось. Этого признака ожидать не следует. Обходясь без него, мы выигрываем драгоценное время.

Гораздо важнее исследование сводов: оно может и должно дать ключ к разгадке. Оно и дало его в 44 из 50 случаев Брэди. Но различать маленькое тело при давлении нелегко. Надо искать его далеко по сторонам матки, далеко позади нее. Оно находится иногда очень высоко, около паховой связки. Оно невелико—с пиявку, с миндалину или с орех. Иногда оно ясно отделено от матки, иногда тесно прилегает к ней. Кругло ли оно, твердо ли, плотно или эластично—точно определить это невозможно, ибо слишком сильно надавливать нежелательно. Во всяком случае это «нечто» болезненно.

Вот приблизительно и все. Это еще не решающие данные. Ректальное исследование добавляет очень немного. Находят то же самое «нечто» (склеро-кистозный яичник, аппендицит, гидросальпинкс, маленькая киста). Одни советовали для облегчения исследования оттянуть щипцами шейку матки книзу, другие говорили, что исследование гистерометром немедленно же выясняет вопрос, наконец, указывалось: сделайте пробное выскабливание и микроскопический анализ слизистой оболочки. Я считаю все эти исследования бесполезными, хотя Мак Леод (Mac Leod) и очень хвалил последнее.

Если осмотр не прибавил нам ничего нового, то сознаемся в нашем затруднении и постараемся возможно лучше организовать наблюдение за больной и ее вторичный осмотр.

Прежде всего ей надо предписать полный покой. В течение этих дней покоя мы будем наблюдать больную, и возможно, что снова осмотрим ее. Вопрос выяснится. Если, несмотря на покой, находящееся сбоку матки маленькое «нечто» увеличилось, если матка осталась без перемен, если кровотечение цвета сепии продолжается, если при той же остающейся нормальной температуре опухоль увеличилась, несмотря на покой и лед, если припадки болей не уступают покою и льду, если нет слишком значительного гиперлейкоцитоза—диагноз становится более легким: теперь уже можно с уверенностью сказать, что тут внематочная беременность. Через неделю она дойдет до брюшной стенки и лопнет. Необходимо до этого срока призвать хирурга. Неотложность операции несомненна. Таким образом, диагноз внематочной беременности будет установлен до обнаружения осложнений (рис. 1).

Наоборот, если диагноз еще и теперь не будет поставлен, наступят осложнения, и подчас внезапность и тяжесть их проявлений вызовут много угрызений совести у недостаточно внимательного врача.

РАЗРЫВЫ

Начнем с самых тяжелых случаев. Предположим, что перед нами одна из тех больных, о которых я говорил в самом начале,—больная без болей, без кровотечений, без каких-либо недомоганий, или больная, не обратившая на них внимания.

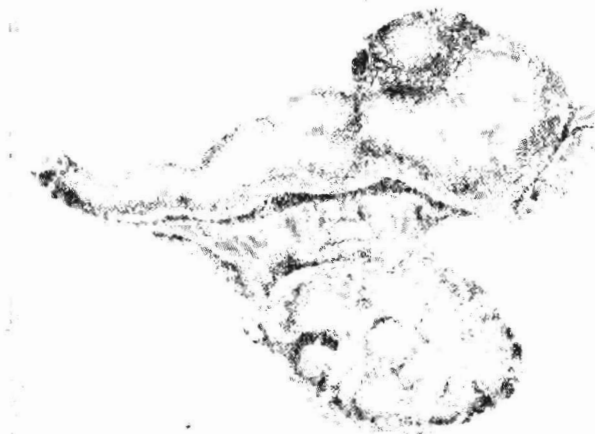


Рис. 1. Трубная беременность, распознанная и оперированная до осложнения (Лесен).

Мы вызваны по поводу тяжелого осложнения—р а з р ы в а.

Больная лежит. Она бледна, без сил, безропотна, разбита, покорна своей судьбе. Лицо страдающее, точно восковое, обтянутые черты лица. Одышка. Губы, слизистые оболочки, конъюнктивы бледны. Холодный пот. Конечности холодны, синеваты или бледны, как воск. Головокружение, шум в ушах, полуобморок. Состояние очень тяжелое—это очевидно. Пульс 140—160, нитевидный, легко сжимаемый.

В н е з а п н а я о с т р е й ш а я а н е м и я. Жара нет. Вот что вы констатируете немедленно.

Попробуйте все же разузнать еще кое-какие подробности. Если больная слишком слаба и не в состоянии добавить вам что-либо, расспросите окружающих. Больная немного кровоточит, «но очень, очень мало, и уже несколько недель». Месяца два или недель шесть назад у нее была очень короткая задержка месячных. И диагноз уже готов: вы имеете, с одной стороны, противоречие между этой тяжелой анемией и ничтожным

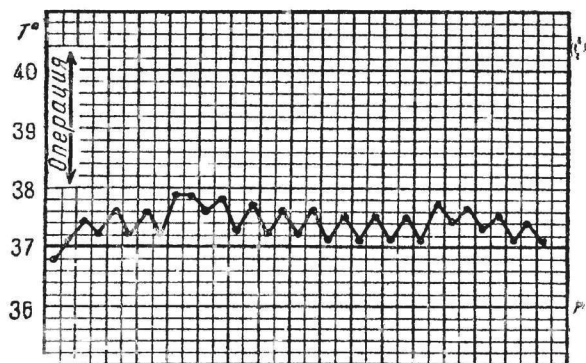


Рис. 2. Разрыв внематочной беременности с большим внутренним кровотечением.

к р о в о т е ч е н и е м, о к о т о р о м в а м г о в о р и л и и л и к о т о р о е в а м п о к а з а л и, с д р у г о й с т о р о н ы — н а л и ц о н е п р а в и л ь н о с т ь м е с я ч н ы х. Это дает вам полную уверенность в диагнозе.

Как началось заболевание? Очень острой болью в животе. В каком месте? Больная не может точно указать, но это не имеет значения. Все равно ее пришлось тотчас же уложить и заняться ее внезапным обмороком. Потеря сознания могла быть довольно продолжительной; ведь такие шоки бывают иногда очень опасны. Теперь, по мнению окружающих, больной

как будто немного лучше. Она разговаривает, жалуется на жажду, ей не хватает воздуха. Ей дали пить, но ее вырвало, и тотчас же ей стало хуже.

Осмотрим ее.

Живот несколько вздут, несколько напряжен—именно напряжен; мышцы не сокращены. Кожная гиперестезия, небольшой тимпанит вокруг пупка, иногда узкая полоска притупления в боковых частях живота и в подвздошных впадинах.

При влагалищном исследовании шейка матки оказывается мягкой, тело ее несколько увеличено в объеме, но как бы погружено во что-то и трудно различимо. Попытка сдвинуть матку с места, пошевелить ее вызывает сильную боль. Еще более острая боль в дугласе.

В боковых сводах—ничего определенного. Иногда с одной стороны ощущается какое-то небольшое тело, иногда лишь некоторая резистентность; иногда—ровно ничего, так как очень широкие разрывы совершенно опорожняют трубу. В дугласе (к которому надо опять вернуться исследующим пальцем) острейшая боль, а также ощущение некоторого раздвоения, какой-то мягкой, тестообразной либо слегка эластичной резистентности, которая становится постепенно все более напряженной.

Этого совершенно достаточно для диагноза: перед вами больная без наружного кровотечения, но совершенно обескровленная, у которой влагалищное исследование вызывает «крик дугласа».

При таких обстоятельствах легко убедить всех в крайней необходимости немедленной операции. Все ясно видят грозящую опасность, и даже сама больная в страхе перед неминуемой смертью согласна на операцию, даже сама требует ее.

Пусть же врач не откладывает операции. Было время, когда принято было задавать себе вопрос, действительно ли необходимо экстренное хирургическое вмешательство и не лучше ли подождать, пока больная несколько окрепнет, чтобы не оперировать во время шока, затем долго считалось вполне доказанным противоположное мнение, и цифры в прекрасной диссертации Сестана (Cestan) убеждали в преимуществе крайней неотложности: если не делать операции—смертность 85 на 100, при операции—смертность 15 на 100.

Но вот стали опубликовывать результаты экспериментов, наблюдений. Так, Тренб (Trenb) защищает воздержание от операции: в его случаях оно якобы понизило процент смертности до 12,5, в то время как операции дали ему 31. Дорн (Dorn) стал главным защитником воздержания после опытов на собаках. Все это не заслуживает внимания. Повторим то, что ответил им Штурмдорф (Sturmdorf): «Оставим в покое собак и теории и будем оперировать в экстренном порядке». Что касается лично меня, то я непоколебимо остаюсь сторонником немедленной операции, которой я доныне обязан 100% выздоровлений. Тем более, что в том же Лионе и с той же кафедры, с которой эта теория (воздержания от операции) раньше защищалась, Тавернье (Tavernier) недавно умолял молодых коллег забыть о ней и приводил им истории двух больных, погибших вследствие воздержания от операции.

Если по той или иной причине операция была отложена, и больная по счастливой случайности не умерла, то что ждет ее впереди?

Ей станет лучше, как это довольно часто бывает после резкого начального шока. Пульс ее окрепнет. Ее речь и ясность мысли укажут на то, что страхи больной и ее астеническая протрация уменьшились. И окружающие, и больная, и врач—все могут ошибиться и думать, что либо они раньше напрасно встревожились, либо одержали решительную победу.

Если это улучшение, это затишье ввело в заблуждение и больную не оперируют, то этим далеко еще не все окончилось. Снова настанет тяжелое состояние.

Несмотря на наилучший уход, на лед, на эрготин и всякие другие кровоостанавливающие средства, припадок все же может повториться. Завтра окружающим покажется, что врач, который нашел операцию ненужной, был прав. То же и послезавтра. Больной с каждым днем будут разрешать все больше: сначала ей дадут пить, потом есть и, наконец, позволят подняться с постели. Врач уже начинает думать, что он может успокоиться; и вдруг, два часа спустя, его снова повсюду ищут в полном отчаянии. «Опять началось!» И в самом деле это возобновление припадка, тяжелый разрыв в два темпа.

Быстрое «оптимистическое» влагалищное исследование, которого вполне достаточно, чтобы опять подвергнуть больную новой смертельной опасности. И даже если все снова уляжется, все-таки на это нельзя полагаться. Это опять только временное затишье. Новый припадок, и больная погибнет.

Есть стихийные разрывы, от которых умирают в два часа. Есть разрывы в два темпа и в три темпа.

Есть случаи с кровотечениями, следующими одно за другим, опасность которых, вместо того чтобы уменьшаться, увеличивается.

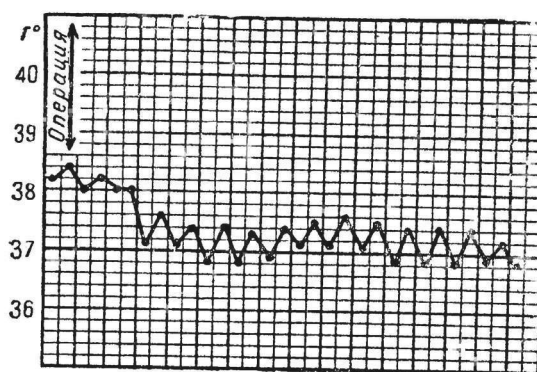


Рис. 3. Разрыв внематочной беременности на втором месяце с тяжким внутренним кровотечением. Не следует считать постоянным симптомом отсутствие жара или гипотермию.

Сколько тут причин, чтобы немедленно оперировать! Вот пример одного из этих опаснейших промедлений.

«Больная Л., 34 лет, которую я оперировал в Божоне; 30 октября она возвращается домой в 12 часов дня, проработав все утро и не чувствуя усталости. Внезапно у нее начинаются колики и тошнота. Потом жидкий стул, 2—3 раза, один за другим. Рвота. Она страдает так, что ложится, как была, не раздевшись, и остается в квартире одна, не будучи в силах подняться, чтобы кого-нибудь позвать. На следующий день приглашают врача. Он впрыскивает морфий, прописывает микстуру и обещает заглянуть завтра. Но завтра она без пульса, задыхается. Икота. В этом состоянии ее привозят в Божон в 10 часов утра. Диагноз ясен и без подробного осмотра: сильнейшая анемия, вызванная внутренним кровотечением. Живот эластичен, но болезнен, вздут, напряжен. Приглушение в подвздошных впадинах. При влагалищном исследовании шейка матки оказывается мягкой, своды эластичны, дуглас очень болезнен. На пальце после исследования кровь черного цвета. Пульса нельзя сосчитать. Температура 36,5°.

Нельзя терять ни одной минуты.

Операция. Живот полон уже дурно пахнущими сгустками крови. Трубная беременность в левой трубе, лопнувшей на расстоянии сантиметра от рога матки. Больная выздоровела».

Я не думаю, чтобы врач, имея дело с кровотечением, вызванным разрывом внематочной беременности, должен был разбираться в том, что именно следует приписать шоку и что—кровотечению. Когда Рикар (Ricard) на заседании Лионского хирургического общества сказал: «Причиной симптомокомплекса анемии большей частью является брюшина, а не кровотечение», Патель (Patel) привел в ответ очень интересный факт, который я хочу рассказать здесь. Больная женщина пришла пешком в гинекологическую консультацию госпиталя Красного креста. У нее была трубная беременность, и во время гинекологического исследования произошел разрыв. Ее перенесли в хирургическое отделение Пателя, находящееся на расстоянии каких-нибудь 100 метров. Между разрывом и операцией не прошло и 10 минут. В животе оказалось значительное количество крови: 1—1½ литра, и понадобилось переливание крови.

Между простыми случаями, которые я хотел показать тут для начала, мы видели одну больную, у которой внематочная беременность была распознана во-время, до осложнений, и другую, у которой произошел разрыв с яркими, бросающимися в глаза симптомами.

Но вот третья больная. Ее не тревожили ни недомогания начальной стадии внематочной беременности, ни даже тяжелый приступ разрыва. Возможно, что ее лечил гинеколог, доверчивый абстенционист-консерватор, говоривший, что «он не любит хирургии».

ГЕМАТОЦЕЛЕ

Я и здесь приведу в качестве первого примера легкий случай.

Больная в данный момент жалуется на целую серию недомоганий—на ощущение тяжести, на тянущие боли, на спазмы в прямой кишке, на резь при мочеиспускании. У нее повышенная температура—38,5°. При пальпации живота ощущается некоторое, не очень болезненное уплотнение в подчревной области и в подвздошных впадинах.

Влагалищное исследование на этот раз обнаруживает много интересного. Шейка матки поднялась до самого симфиза, иногда ее трудно найти. Дно матки либо совершенно невозможно отыскать, либо, наоборот, оно непосредственно прилегает к передней брюшной стенке над лобком.

В заднем своде матки какое-то очень большое уплотнение. Это не опухоль. Оно не имеет определенных границ, растянуто в ширину, имеет плотность кар-