

струирующий маточно-брюшностеночный свищ, развившийся в результате осложнения после вторично перенесенной операции кесарского сечения. Повидимому, в послеоперационном периоде развился ограниченный гнойный перитонит, вовлекший в процесс, наряду с маткой, желудок и кишки. Свищ желудка и кишечника зажил самостоятельно, маточный же свищ остался.

Рассматривая данный случай как менструирующий маточно-брюшностеночный свищ, мы назвали его „истинным“, так как в дифференциально-диагностическом отношении надо иметь в виду (Батюшев) так наз. эндометриодные гетеротомии (эндометриозы немецких и эндометриомы—американских авторов), характеризующиеся менструальноподобным кровоотделением из рубцов после операций на матке и даже аппендиксе. Решающее значение для диагноза приобретает микроскопическое исследование. Отсутствие эндометриодных разрастаний, при наличии менструальных выделений, говорит за истинный маточно-брюшностеночный свищ.

Линия поведения хирурга в подобных случаях различна. Возможно консервативное лечение—произвести попытку зашивания свища брюшной стенки после освежения его краев и радикальная лапаротомия с последующим ушиванием матки и брюшностеночного свища, или полной экстирпации конгломерата заинтересованных органов.

Простое зашивание свища брюшной стенки, имея в виду обширную гноящуюся полость, с большей склонностью к выделению гноя через наружный свищ, дает рецидив, как было в случае Батюшева.

В нашем случае мы предполагали произвести радикальную операцию, от которой больная отказалась.

Из госпитальной хирургической клиники Казанского гос. медицинского института (директор проф. Н. В. Соколов).

Случай множественной перфорации язв на оставшейся после резекции части желудка.

А. С. Муромцев.

В обширной литературе, касающейся вопроса осложнений после резекции желудка, рядом авторов отмечается: кровотечение, атония желудка, недостаточность и расхождение швов и, реже всего, перфорация язв на оставшейся части желудка, не распознанных как до, так и во время операции, или же остро развившихся в послеоперационном периоде.

Множественная язва желудка встречается не так уж часто. Так, Рейнберг на 82 случая язв желудка встретился с множественными 2 раза. Райз на 111 случаев обнаружил множественные в 4 случаях. Соколов на 143 случая отмечает 13 множественных язв. Родоевич на 600 перфоративных язв нашел множественные перфоративные язвы в 3 случаях.

В нашей клинике в 1929 г. д-ром Гулевичем обнаружено в одном случае 2 перфоративных язвы.

Множественность язв подтверждает положение, что язвенный процесс не является местным процессом, а является выражением общеконституционального страдания.

Одновременное множественное прободение язв на раннем сроке после резекции желудка представляет собой еще более редкое явление, что и побуждает нас опубликовать наблюдение одного интересного случая в Госпитальной хирургической клинике.

Дело касается больного Хисматуллина Идиятуллы, 38 лет (история болезни № 376), поступившего в клинику 1 февраля 1936 г. с типичным язвенным анамнезом, подтвержденным рентгено-анализом. Считает себя больным с 1923 г. В 1926 году находился на излечении в терапевтической клинике Омского медицинского института, где, несмотря на длительное медикаментозное лечение, облегчения не получил. В 1929 году в Омске подвергнулся рентгеноскопии, при которой, согласно имеющейся справке, у больного обнаружена язва в области малой кривизны желудка. До 1936 года больной все время находился на особом пищевом режиме; пил по назначению врачей воды; желудочные боли, наступающие обычно через час—полтора после еды, и изжога продолжались; мало того, с начала 1936 года боль в подложечной области усилилась; больной значительно ослаб и похудел.

Безуспешность терапевтического лечения, которому в последнее время больной подвергался в г. Уфе, заставила больного обратиться к хирургической помощи. Кроме указанных желудочных болей, появившихся после 1923 года, больной ничем не болел и до 1923 года чувствовал себя здоровым. Венерические болезни отрицает; в наследственности ничего патологического не отмечается, курит, не пьет. Status praesens. Больной среднего роста, правильного телосложения, видимые слизистые бледны; язык слегка обложен, влажный; лимфатические железы без особых изменений; подкожная клетчатка развита слабо. Со стороны легких—слегка ослабленное дыхание на верхушках. Сердце: границы в пределах нормы, тоны слегка глуховаты. Живот мягкий; поверхностная пальпация безболезненна; при глубокой же пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Перед поступлением в клинику рентгено-анализ поликлиники РОКК г. Казани указал на отсутствие язв в области желудка и 12-перстной кишки.

Рентгено-анализ, проведенный при Госпитальной хирургической клинике 2/II 1936 г. (доц. Гольдштейн), устанавливает наличие язвы в области привратника и начальной части 12-перстной кишки.

3/II 1936 г. исследование желудочного сока натощак: ОК—0, свобод. HCl—0. После пробного алкогольного завтрака: ОК—28; свободн. HCl—22.

При исследовании мочи—ничего патологического не обнаружено.

Давность страдания, усилившаяся за последнее время болезненность и появление рвоты, исхудание больного, клинический диагноз язвы, подтвержденный рентгеном—дали основание считать показанной операцией. 22/II 36 г. операция (проф. Н. В. Соколов) под местной инфильтрационной анестезией (1/4% новокаин).

Разрезом по средней линии вскрыта брюшная полость. При осмотре желудка обнаружено: рубцовое изменение в области привратника и в области малой кривизны желудка в средней трети ее.

Произведена резекция желудка в модификации Рейхель-Поля.

На резецированной части желудка обнаружены 2 язвы: одна в области привратника, а другая в области малой кривизны желудка.

Послойные глухие швы на брюшную стенку. Послеоперационное течение до 8-го дня гладкое; пульс полный в пределах 70—75 в минуту, живот мягкий, безболезненный. На 6-й день больному разрешено сидеть. На 8-е сутки (1/III) появились резкие боли в животе, стенка живота напряжена, болезненна при пальпации, температура поднялась до 39°. Пульс 100. Больному введено 500 мг физиологического раствора с адреналином. В ночь на 3/III, т. е. на 10-й день после операции, повязка сильно промокла. 3/III при перевязке обнаружено расхождение верхнего отдела раны с выхождением значительного количества жидкости, похожей на желудочное содержимое. Предположено расхождение швов в области культи желудка, хотя это не вполне вязалось с хорошим течением болезни в первые 8 дней после операции.

16/III 1936 г.—*exitus letalis*.

На аутопсии обнаружено: две перфоративные язвы на передней стенке желудка вне анастомоза с последующим ихорозным диффузным перитонитом. В области же культи 12-перстной кишки и в области анастомоза полное заживление, и недостаточности швов не обнаружено.

Патолого-анатомический анализ стенки желудка в области перфоративных язв указывает на свежий характер этих язв.

Таким образом, причиной осложнения в послеоперационном периоде было не недостаточность швов в культе 12-перстной кишки и анастомоза, а перфорация язв на остаточной части желудка, не распознанных при развившейся картине острого живота; одна из этих язв располагалась по близости (2—3 см) от анастомоза, другая на значительном расстоянии от него.

История болезни больного представляет значительный интерес с разных точек зрения: во-первых, с точки зрения рентгено-анализа. Данные анамнеза, данные лабораторных исследований у язвенных больных всегда у нас в клинике увязываются с рентгено-анализом. У данного больного на коротком сроке три рентгено-анализа (произведенные, правда, различными рентгенологами) дали различные указания. Оперативное вмешательство подтвердило правильность первого и последнего рентгеноанализа. Во-вторых, в данном случае интересным является вопрос о развитии двух язв, давших в послеоперационном периоде перфорацию. Существовали ли они до операции или развились потом?

Данные микроскопии говорят *за свежий характер язв*. Возможно, что они развились в послеоперационном периоде и, в частности, язва, расположенная близко к анастомозу, могла развиться в связи с наложением на желудок при резекции клемма. На желудочной стенке, предрасположенной к развитию множественных язв, развитие язв после травмы исключить нельзя.

Наконец, интересным является вопрос, нужно ли было оперировать данного больного?

Если бы был установлен точный диагноз множественности язв, быть может, лучше было бы больного и в дальнейшем лечить консервативно. Резекция желудка здесь не устранила возможности развития новых язв.

Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского мединститута (дир. проф. П. В. Маненков) и Акушерско-гинекологического отделения Казанского научно-исследовательского ин-та теоретической и клинической медицины (зав. засл. деят. науки проф. В. С. Груздев).

Обезболивание нормальных родов.

Проф. П. Маненков и асс. М. Романов.

(Окончание).

В связи с приказом НКЗ РСФСР от 5/XII 1935 г. за № 1286/а и постановлением IX всесоюзного съезда акушеров и гинекологов о введении массового обезболивания родов, научные медицинские силы Советского Союза заняты интенсивными поисками лучшего нового обезбо-