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

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

Протекавшее поведение хирурга в подобных случаях различно. Возможно консервативное лечение—произвести попытку закрытия свища брюшной стенки после освежения его краев и радикальная лапаротомия с последующим ушиванием матки и брюшностволного свища, или полной экстериапией конгломерата заинтересованных органов.

Простое зашивание свища брюшной стенки, имея в виду обширную гноящуюся полость, с большей наклонностью 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 острый развитившись 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. Родевич на 600 перфоративных язв нашел множественные перфоративные язвы в 3 случаях.

В нашей клинике в 1929 г. д-ром Гулеевичем обнаружено в одном случае 2 перфоративных язвы.
Множественность язв подтверждает положение, что язвенный процесс не является местным процессом, а является выражением общеконституционного 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 рентген-анализом. Считает себя больным с 1923 г. В 1926 году находился на излечении в таерпеватической клинике Олгского медицинского института, где, несмотря на длительное медикаментозное лечение, облегчения не получал. В 1929 году в Омске подвергался 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 воду; желудочные боли, наступавшие обычно через час — полтора после еды, и иногда продолжались; мало того, с начала 1936 года боль в подложечной области усилилась; болью 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, появлявшихся после 1923 года, большой низом 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 бляшки; 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, тон слегка глуховаты, Живот мягкий; поверхностная пальпация безболезненная; при глубокой же пальпации отмечается болезненность в эпигастриальной области. Перед поступлением в клинику рентген-анализ поджелудки РОКК г. Казани указал на отсутствие язв в области желудка и 12-перстной кишки.

Рентген-анализ, проведенный при Госпитальной хирургической клинике 21/11 1936 г. (доц. Гольдштейн), устанавливает наличие язвы в области привратника и начальной части 12-перстной кишки.

31/11 1936 г. исследование желудочного сока натощак: ОК—О, свобод. HCI—О. После пробного алкогольного завтрака: ОК—28; свобод. HCI—22.

При исследовании мочи — ничего патологического не обнаружено.

Давность страдания, усилившаяся за последнее время болезненность и появление рвоты, исчезновение больного, клинический диагноз язвы, подтвержденный рентгеном — дали основание считать показанной операцию. 22/11 36 г. операция (проф. Н. В. Соколов) под местной инфилтрационной анестезией (1/4%е новокаина).

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 глушие 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 ке 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 выходящим значительным количеством жидкости, похожей на желудочное содержимое. Предположено расхождение швов в области культи желудка, хотя это не вполне встало 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 изъянным диффузным перитонитом. В области же культи 12-перстной кишки и в области анастомоза полное заживление, и недостаточности шивов 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 недостаточность шивов в культе 12-перстной кишки и анастомоза, а перфорация язв на остаточной части желудка, не распознанных при развитшейся 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 рентген-анализа. Данные анамнеза, данные лабораторных исследований у язвенных больных всегда у нас в клинике увязываются с рентген-анализом. У данного больного на коротком сроке три рентген-анализа (производные, правда, различными рентгенологами) дали различные указания. Оперативное вмешательство подтвердило правильность первого и последнего рентгенанализа. Во-вторых, в данном случае интересным является вопрос о развитии двух язв, давших в послеоперационном периоде перфорацию. Существовали ли синдо операции или развивались потом?

Данные микроскопии говорят за свежий характер язв. Возможно, что они развивались в послеоперационном периоде и, в частности, язва, расположенная близко к анастомозу, могла развиться в связи с наложением на желудок при резекции клюмма. 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 проведении массового обезболивания родов, научные медицинские силы Советского Союза заняты интенсивными поисками лучшего нового обезбо-