

Рентгеноскопия: Со стороны придаточных полостей носа изменений не отмечено. Сердце правильной конфигурации, пульсация нормальная, аорта в пределах нормы (д-р И. Д. Кипнис).

Нос à mouton, полное разрушение перегородки, как хрящевой, так и костной ее части, обильное количество больших сухих корок с резким запахом. Атрофия слизистой оболочки, носоглотка свободна. Сухость задней стенки глотки. Уши: барабанные перепонки ушей втянуты, правые с угнетенным рефлексом. Диагноз: озена, хрон. сухой катар средних ушей, сифилис? (д-р Р. П. Блюмберг).

Нами диагностировано гуммозное поражение орбиты и 5/II 1935 г., не дожидаясь результатов реакции Вассермана, мы начали специфическое лечение. На восьмой день резко положительный результат реакции Вассермана подтвердил правильность нашего диагноза.

Больной хорошо переносил специфическое лечение. Боли правой половины головы стали быстро утихать, диплопия исчезла. С 5/II по 25/III больной получил 22 инъекции 2% ртути и 6 внутривенных вливаний новарсенола. Субъективно острота зрения правого глаза поднималась таким образом:

v. o. d.: 5/II—0,07; 15/II—0,1; 25/II—0,1; 5/III—0,2—0,3; 10/III—0,5; 15/III—0,8; 19/III—0,9; 23/III—1,0.

25/III 35 г. больной выписался по собственному желанию в хорошем состоянии. Объективных признаков неврита правого глаза нет, сосочек уклонений от нормы не представляет. Подвижность глазного яблока восстановлена полностью. Экзофтальм исчез. Только лишь по нижнему краю орбиты прощупывается плотная бугристая опухоль величиною с орех, совершенно безболезненная и свободно уходящая вглубь орбиты.

Из хир. отд. Соликамской больницы (гл. врач П. С. Кробоко).

К казуистике эктопий яичка.

М. С. Знаменский.

15/V 1935 года в хир. отд. доставлен больной О-в с диагнозом ущемленной грыжи.

При первом взгляде на больного, мужчину средних лет, бросается в глаза круглая опухоль в лев. пах. сгире ниже пупартовой связки соответственно бедренному каналу.

По словам больного, грыжей болен 10 лет, левое яичко отсутствует в мошонке от рождения. 4 часа тому назад грыжа вышла и не вправляется обратно.

St praes.: Общ. состояние хорошее, умеренные боли в грыжевой опухоли, температура нормальная, желудочно-кишечных явлений нет. Диагноз ущемленной бедренной грыжи не вызывает сомнений.

Срочная операция под местным обезболиванием. Паховый разрез; по вскрытии апоневроза найден грыжевой мешок, опускающийся на бедро над пупартовой связкой! Грыж. мешок вскрыт. В нем оказался большой кусок сальника, приросший к дну мешка и, петля тонкой кишки нормального вида.

Кишка вправлена без особого затруднения, сальник резецирован и также погружен в бр. полость. После этого в грыж. мешке обнаружено яичко. Яичко небольших размеров, но имеет нормальную форму. Для него проделан туннель под кожей мошонки, в который оно и уложено после перитонизации. Шейка грыжев. мешка изолирована, резецирована и зашита кисетным швом. Перифер. часть мешка удалена. Швы.

Любопытные изменения представляла кожа бедренного треугольника после удаления грыжевого мешка. Она пигментирована, рыхла, складчата и поросла редкими волосами. Своим видом и консистенцией она совершенно напоминает кожу мошонки. Повидимому, присутствие здесь яичка каким-то образом оказывало влияние на модификацию кожи бедра.

Описанный случай принадлежит к редкой форме эктопии яичка, когда оно, будучи задержано в паховом канале, в дальнейшем пронизывает апоневроз

нар. косой мышцы и над пупарт. связкой опускается на бедро, увлекая за собой грос. vaginalis брюшины и создавая здесь грыжу. Таким образом, по своему происхождению эта грыжа должна быть признана паховой, а по своей топографии—бедренной.

В русской литературе мне не удалось найти указаний на такой вариант эктопии.

В „*Precis de pathologie chirurgicale*“ (Begouin et F. Papin) есть схема эктопий яичка, описанная E. le an b r a u. В процессе развития плода яичко может остановиться в разных пунктах своего пути (неполная миграция). В зависимости от того, останавливается ли яичко в поясничной области, подвздошной или паховой, говорят об эктопии *поясничной*, *подвздошной* или *паховой*.

Если яичко, опустившись в таз, уклоняется с своего пути вместо того, чтобы войти в паховый канал, говорят об *уклоняющейся миграции* (*migration aberrante*).

Различают две вариации: эктопия *позадипузырная* (*ectopie retrovesicale*) и эктопия бедренная, глубокая (*e. crurale profonde*). В последнем случае яичко выходит из таза через бедренный канал.

Наконец, если яичко останавливается в паховом канале или у его наружного отверстия, то отсюда оно может вместо мошонки опуститься под кожу бедра (*i. crurale superficielle*), что было в нашем случае, под кожу брюшной стенки или полового члена.

О частоте аномалий дает представление статистика: на 1000 призываемых во Франции встречается один моноорхист, и один крипторхист на 10.000. На 100 односторонних эктопий у взрослых имеется 67 паховых и 12 принадлежащих к подвздошным.
