

инфильтрата — флюктуация, а на левой ягодице — свищевое отверстие 2×1 см с умеренным гнойно-геморрагическим отделяемым. При исследовании отделяемого найдены дружки луничного грибка и высеян гемолитический стафилококк.

За 88 дней больной получил парентерально 79 200 000 ед. пенициллина, 44,0 стрептомицина, внутрь 204,0 сульфадимезина, 130,0 фтивазиды, 25,2 биомидина. Проведен курс глубокой рентгенотерапии (750 р). Пятикратно производилась трансфузия крови по 250 мл. В результате инфильтрат в промежности рассосался, свищ закрылся, больной смог свободно передвигаться, прибавил в весе 2 кг. Рекомендовано через месяц повторить курс лечения.

2. М., 35 лет, поступил впервые 15/XII 1959 г. с диагнозом «состояние после операции по поводу абсцесса печени, гнойный свищ в правом подреберье». В марте 1959 г. был вскрыт абсцесс правой доли печени, из полости абсцесса удалено 3 л гноя. Выписался со свищом в правом подреберье. С 15/XII 1959 г. по 18/IV 1960 г. по поводу гнойного свища в правом подреберье находился на лечении в нашей клинике. 29/XI 1960 г. произведена ревизия свища, контрапертура в IX межреберье и тампонада обширной остаточной гнойной полости правой доли печени. При гистологическом исследовании диагностирован актиномикоз.

Консервативная терапия — стрептомицин, ПАСК, сульфадимезин, пенициллин, витамины — дала положительный результат. Свищ закрылся почти полностью. В 1961 г. состояние больного ухудшилось, и он вновь поступил в нашу клинику. Через 24 дня выписался с улучшением. В 1962 г. больной в третий раз поступил в клинику. После проведенного лечения свищ в правом подреберье закрылся. В январе 1964 г. больной в четвертый раз поступил в клинику с гнойным свищом в IX межреберье по передне-аксиллярной линии, возникшим на месте вскрытого 6 мес. назад абсцесса. Проводилась комплексная терапия: пенициллин 22 500 000 ед., стрептомицин 12,5, биомидин 10,0, сульфадимезин 200,0, четырехкратная гемотрансфузия по 250 мл, курс рентгенотерапии в 250 р, йодистый калий и хлористый кальций. Свищ полностью закрылся. Больной выписан на амбулаторное лечение.

УДК 616. 62—003. 7

М. М. Газымов (Ленингорск). Выпадение мочеточника с камнем через наружное отверстие мочеиспускательного канала

Ж., 50 лет, доставлена в гинекологическое отделение 28/IX 1962 г. с диагнозом «опухоль матки», «полип уретры» (?). Жалуется на боли в правой половине живота, особенно при мочеиспускании, и кровянистые выделения из половых путей. Заболела 3 дня назад.

Последние 4 года лечилась у терапевтов по поводу заболевания почек, гипертонии.

При поступлении $T^{\circ} 36,8^{\circ}$. Органы грудной клетки в норме. Живот мягкий, болезнен в правой подвздошной области. Симптом Пастернацкого справа положительный. Из уретры выпадает опухолеподобное образование величиной с грецкий орех, багрово-красного цвета, с кровянистым отделяемым по всей поверхности.

После обработки наружных половых органов в мочевого пузырь введен цистоскоп. Емкость пузыря 200 мл, устье левого мочеточника расположено нормально, сокращения ритмичные, устье правого не обнаружено. Справа по боковой стенке к уретре тянется тяж с синеватым оттенком. Предполагено правостороннее уретероцеле с камнем, выходящее через уретру.

Выпавший через уретру правый мочеточник вскрыт, и из него удален камень 2×2 см, желто-бурого цвета, с шиповатой поверхностью. В мочеточник введен катетер на 20 см, по которому вытекает мутная моча желтоватого цвета, со слегка гнилостным запахом. Мочеточник промыт раствором фурациллина, катетер оставлен в мочеточнике для дальнейшего промывания.

30/IX катетер удален, мочеточник сократился и ушел в полость мочевого пузыря. В течение 6 дней моча была мутная, с красноватым оттенком. При цистоскопии выпавшая часть мочеточника справа лежала в пузыре в виде колбасообразного утолщения; часть его некротизировалась и выпала.

Анализ мочи, собранной через катетер после операции: реакция кислая, белок 2,6‰, эритроциты 10—15, лейкоциты сплошь в поле зрения.

9/X произведена экскреторная урография. Через 10 мин. после введения 40% раствора сергозина контраст хорошо заполнил лоханку и мочеточник слева, а справа — в виде отдельных пятен. Через 20 мин. справа контраст заполнил расширенные бокалы, лоханку и резко расширенный правый мочеточник.

20/X контрольная хромоцистоскопия: емкость пузыря — 200 мл, индигокармин слева выделяется на 5-й мин. Справа устье мочеточника в виде трубки вдается в полость пузыря с широким щелевидным отверстием, индигокармин выделяется менее быстро — на 10-й мин.

Больная выписана 2/XI 1962 г. в хорошем состоянии.

При осмотре в январе 1965 г. самочувствие удовлетворительное, отмечает временами ноющие боли в правой поясничной области. АД 140/85 мм.

На обзорной урограмме тени от конкрементов нет. Хромоцистоскопия: емкость пузыря — 200 мл, устье мочеточника слева без изменений, индиго выделяется интен-

сивно на 4-й мин., справа устье в виде голенища сапога с широким отверстием, индиго выделилось на 6-й мин. Анализ мочи: удельный вес 1016, следы белка, лейкоциты 10—15, эритроциты 0,1 в поле зрения, оксалаты.

УДК 616. 66—007. 26

В. П. Колеватых (Куйбышев-обл.). Мошоночная гипоспадия в двух поколениях

В урологическое отделение поступили два брата Б., старшему, Н., 16, младшему Е., 8 лет.

Старший брат развит соответственно возрасту. Растительности на лице нет, на лобке она выражена по мужскому типу. Опорно-двигательный аппарат и органы грудной клетки и брюшной полости без отклонений от нормы. Половой член развит удовлетворительно, но резко искривлен, подтянут головкой к промежности и лежит между складок мошонки, как клитор. Мошонка расщеплена, в обеих ее половинах прощупываются нормальной величины яички. Наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается в виде воронкообразной щели по мошоночному шву. Предстательная железа нормальной формы, величины и консистенции. Диагноз: мошоночная гипоспадия. Совершенно аналогичная картина и у младшего брата.

Отец больных родился с гипоспадией и в 18-летнем возрасте был оперирован. В отечественной литературе описания подобных случаев мы не встретили, в зарубежной литературе описан ряд наблюдений, где гипоспадия передавалась по наследству как по отцовской, так и по материнской линии.

Оба брата оперированы 15/1 1965 г.

15/1 1965 г. через продольный разрез на вентральной поверхности тщательно иссечен фиброзный рудимент спонгиозного тела от проксимального края головки полового члена до наружного отверстия мочеиспускательного канала. Обнажены стволы кавернозных тел и межкавернозная перегородка. Иссечение фиброзных тяжей полного выпрямления не дало. После частичного иссечения межкавернозной перегородки половой член полностью выпрямлен. Тщательный гемостаз. Раневая поверхность зашита. Половой член на пластмассовой желобовидной лонгете фиксирован к лобку.

Послеоперационный период гладкий. Швы сняты на 6-й день.

29/IV 1965 г. обом братьям была произведена операция по созданию запаса пластического материала. Во всю длину полового члена на дорзальной поверхности сделан линейный разрез, кожа сдвинута на вентральную поверхность, ею обернут катетер № 16 (по шкале Шарьера) и прошит редкими провисорными швами.

Послеоперационный период у обоих гладкий. Лоскуты хорошо прижились. Создан достаточный запас пластического материала. Оба выписаны в хорошем состоянии 8/V 1965 г.

Формирование уретральной трубки произведено 26/VI 1965 г.

На катетере, вложенном между свисающими складками кожи, очень экономно срезаны края кожи, созданы раневые поверхности, которые после тщательного сопоставления шиты нитями из полиамидной смолы. Катетер удален, половой член фиксирован кверху. Послеоперационный период гладкий. Оба брата выписаны 7/VIII 1965 г. в хорошем состоянии.

Заключительная операция — создание анастомоза между уретральной трубкой и гипоспадическим отверстием уретры — произведена 11/VIII 1965 г. По уретральной трубке соответственно ее диаметру (№ 16) заведена фторопластовая трубка до отверстия естественной уретры. Края кожи гипоспадической уретры и уретральной трубки экономно срезаны и сшиты край в край.

Большим все время разрешалось самостоятельно мочиться. Заживление первичным натяжением. Трубочка удалена на 4-й день. 17/VIII 1965 г. оба выписаны в хорошем состоянии. Струя мочи сильная. Созданная уретра у обоих братьев хорошо растягивается при кровенаполнении кавернозных тел.

УДК 618. 31

Н. И. Пушкарев (Бижбуляк, Башкирской АССР). Трубно-брюшная беременность

Г., 35 лет, поступила 5/IX 1963 г. с подозрением на внематочную беременность. Замужем 11 лет. Беременность первая.

Т° 36,9°, пульс 90, живот мягкий, болезненный внизу. Наружный зев шейки матки закрыт, тело несколько увеличено; задний свод укорочен, обнаруживается ограниченно подвижная заматочная опухоль. При пункции заднего свода получена кровь. Диагноз: нарушенная внематочная беременность.

Под местным обезболиванием через нижний срединный разрез вскрыта брюшная полость, в которой обнаружены кровь и порванное плодовместилище, располагающееся частично в ампуле левой трубы и на кишечной поверхности матки. Плодовместилище отделено от матки и удалено вместе с утолщенной в перешеечном отделе трубой. В нем находился плод 11 см длины.

Послеоперационное течение гладкое; выписана 21/IX в хорошем состоянии,