

ленное увеличение его в длину. Мочепускание стало затруднительным, а струя мочи — вялой. Болей при этом не испытывал. Травму полового члена отрицает. За медицинской помощью не обращался. Половой жизнью не жил.

От времени до времени замечал слабые эрекции. Наследственность здоровая. Кожа мошонки, яички и их придатки без патологических изменений. Кожа полового члена, начиная от проксимальной трети, имеет утолщение шириною 3,5 см и при постепенном увеличении достигает в дистальной части 5 см. Общая длина полового члена 24 см, из них 17 см занимает утолщенная часть полового члена, кожный покров которого несколько гиперемирован. Выше начинающегося утолщения кожа имеет нормальный цвет. Препуциональный мешок резко отечен, загнут в виде хобота, где видны рубчики, по-видимому, после бывшего воспалительного процесса, о котором больной не помнит. Буж № 5 едва проходит. Через кожу пальпируется хорошо подвижный половой член, не спаянный с окружающими тканями, болезненный. Моча водянистая, мутноватая, реакция кислая, удельный вес — 1003, белка — 0,066%, лейкоциты в большом количестве, эритроциты свежие единичные в поле зрения.

Гем. 59%, РОЭ — 60 мм/час, Л. — 7 000, п. — 8%, с. — 64%, э. — 1%, м. — 4%, л. — 23%.

Диагноз: слоновость кожи полового члена, осложненная хроническим циститом и двухсторонним хроническим пиелонефритом.

5/IX произведена циркумизия дистального отдела кожи полового члена, отступая от его корня на 7 см. Наружное отверстие мочеиспускательного канала едва пропускает головчатый буж. Произведена меатотомия, после чего буж № 18 стал проходить свободно. Поставлен постоянный катетер на четыре дня. Послеоперационный период протекал гладко.

В послеоперационном периоде производилось бужирование уретры. К моменту выписки буж № 25 проходил свободно. Струя мочи нормальная.

Гистологически установлено избыточное развитие лимфатических сосудов и разрастание соединительной ткани с очагами лимфоидной инфильтрации (слоновость).

Выписан 21/IX в удовлетворительном состоянии. Спустя год сообщил, что чувствует себя удовлетворительно.

УДК 616.14

И. М. Березин, и Ю. С. Федоров (Ставрополь на Волге). Тяжелая венозная патология после аппендэктомии

Д., 53 лет, 10/XII 1959 г. была оперирована по поводу острого катарального аппендицита в Куйбышеве-обл. На четвертый день после операции появился тромбофлебит поверхностных вен обеих голеней, распространившийся в дальнейшем на глубокие вены. Лечение антикоагулянтами, повязками с мазью Вишневского, медицинскими пиявками, возвышенным положением конечностей эффекта не дало. Постепенно нарастали отек нижних конечностей и боли. Раньше больная тромбофлебитом не страдала.

С марта 1960 г. находится на лечении и под наблюдением хирурга нашей больницы. Консервативная терапия оказалась безуспешной. Состояние ухудшилось, отек нижних конечностей прогрессировал, появились жестокие боли в голенях. Через 5 месяцев от возникновения тромбофлебита наступило нарушение целостности кожного покрова голеней и лимфорея. На голенях и стопах образовались поверхностные мацерированные язвы. Больная теряла за сутки 1—2 л тканевой жидкости.

Состояние на 20/VII 1962 г. тяжелое. Температура 39°. У больной всю жизнь температура в пределах 38°. Пульс 88, слабого наполнения, аритмичен. АД 90/60. Сердце увеличено влево на 3 см. Дыхание везикулярное.

Стопы, голени, нижняя и средняя трети бедер резко увеличены в объеме. Окружность бедер в средней трети 58 см, левой голени — 63 см, правой — 61 см. Кожные покровы голеней и стоп воспалены, с обширными мацерированными поверхностными язвами, покрытыми гнойно-грязными корками. Отделяемое из язв зловонное, до 500—600 мл в сутки. Пальпация голеней и стоп резко болезненна. Нижние конечности сильно обезображены.

Чувствительность больной к существующим антибиотикам нулевая (раньше получала в большом количестве антибиотики). Прием лекарственных веществ через рот вызывает сразу же рвоту и нарастающую сердечно-сосудистую слабость.

Гем. — 72%, Э. — 3 350 000, Л. — 5 400, э. — 2%, П. — 5%, с. — 62%, л. — 21%, м. — 10%, РОЭ — 51 мм/час. Протромбиновое время — 20 сек. Протромбиновый индекс 125%.

ЭКГ: синусовый ритм, левограмма, нарушение внутрижелудочковой проводимости, снижение вольтажа основных зубцов.

Наблюдение по тяжести эксквизитно и является особо редким проявлением постфлебитического синдрома.