

4. Больной М., 9 лет (ист. бол. 637). Доставлен 19/VI вскоре после получения травмы. Попал под автомашину. Т-ра норм. Пульс 120, слабого наполнения. На теле никаких признаков повреждений нет. Живот резко напряжен. Сильная болезненность при пальпации. Во время осмотра—рвота.

Диагноз: разрыв кишечника. Операция: продольный разрыв стенки тонкой кишки у места впадения в слепую. Надрыв серозы сигмовидной кишки. На тонкую кишку наложен двухэтажный шов. Шов на серозу сигмы. Брюшная полость зашита наглухо. Под кожу марлевый дренаж. Выздоровление.

Два последних случая относятся к разряду внезапных травм. Внезапная травма в данных случаях привела к повышению внутрибрюшного давления, давшего разрыв кишечника.

В заключение мы позволим себе еще раз подчеркнуть необходимость:

1) исключительно серьезного отношения к травмам живота, подлежащим во всех случаях безусловной госпитализации,

2) активного вмешательства при подозрении на подкожное нарушение целостности кишки (пробная лапаротомия),

3) раннего вмешательства, дающего наибольший процент благоприятных исходов.

Из хирургического отделения Полоцкой больницы им. Ленина, БССР (зав. отделением д-р М. В. Дуньо).

Самопроизвольная гангрена наружных гениталий.

М. В. Дуньо.

Впервые самопроизвольная гангрена наружных гениталий была описана Фурнье в 1883 году под названием „спонтанной молниеносной гангрены наружных гениталий“. С тех пор эта болезнь была описана под разными названиями: „инфицированная гангрена“, „гангренозная рожа мошонки“, „стрептококковая гангрена мошонки“ и др.

Гибсон (1930), посвятивший этому вопросу на основании одного своего случая большую работу, приводит из литературы 206 случаев спонтанной гангрены наружных гениталий (цит. по Венгеровскому. Сов. хирургия, № 11, 1935).

В русской литературе до сих пор описано 9 случаев самопроизвольных гангрен наружных гениталий (включая два случая Венгеровского). Отсюда видно, что эта болезнь встречается довольно редко. Перехожу к описанию нашего случая.

Больной Б. И., 52 лет, рабочий, переведен из терапевтического отделения 20/I 1936 года с диагнозом гангрены мошонки и кожи penis'a. Больной поступил в терапевтическое отделение 24/XII 1935 г. с диагнозом „грипп“. Заболел два дня тому назад, озноб, головная боль, тошнота, рвота и высокая температура. На следующий день появились незначительные боли в мошонке, которым больной не придавал особенного значения, считая их предвестниками обострения экземы мошонки, которой он раньше страдал.

St. praesens: больной в последние дни бредит, температура 40,2°, пульс 120 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие. Частая extrasystolia. Дыхание чистое. Живот мягкий, прощупывается плотноватый край печени, слегка болезненный. Мошонка сильно отечная, покрасневшая, местами сине-

фиолетовые пятна. Болезненность незначительная. Разлитая краснота без резких границ на внутренней поверхности бедер в местах прилегания к ним мошонки. Паховые железы увеличены и болезненны.

Картина крови: РОЭ—1 ч. 15 мин. (18 мм). Гемоглобин 62²/₀. Эрит. 4 000 000, лейкоцитов 15 800. Лейкоформула: сегм.—70⁰/₀, пал.—4¹/₀, ю.—10¹/₀, лимф.—10⁰/₀, м.—6⁰/₀.

От предложенных разрезов больной отказался. В ближайшие два-три дня больной чувствует себя бодрее, сохраняет хороший аппетит. Пульс остается частым и аритмичным. Тоны сердца очень глухие, температура в пределах 38—39°. Рвота—реже. На мошонке, ближе к ее корню, черные пятна, ниже—мокнущие участки, как на мацерированном трупе с гнилостным запахом. С 28/XII прекратилась рвота. С 30/XII выравнился пульс. 31/XII гангренизированные части мошонки и penis'a резко отделяются от здоровых тканей.

5/1 36 г. вся пораженная кожа с клетчаткой отвалилась. Температура приближается к норме. Картина крови: гемоглобин—56⁰/₀, эрит. 2 790 000, лейкоцитов—15 800, лейкоформула: сегм.—65⁰/₀, пал.—5⁰/₀, ю.—4⁰/₀, лимф.—21⁰/₀, м.—3⁰/₀, Э.—1⁰/₀, клетки Тюрка—1⁰/₀.

При осмотре в хирургическом отделении отмечено: больной бледен; тоны сердца глухие. Пульс 70 в минуту, ритмичен. Кожа мошонки почти вся отсутствует. Яички обнажены, покрыты вялыми грануляциями. Левое яйцо отвисает больше правого. На нижней поверхности penis'a большой дефект кожи. Видны пещеристые тела. Безуспешность консервативного лечения в течение 3 недель вынудила нас удалить сильно отвисающее левое яичко, после чего рана стала быстро гранулировать. Произведено переливание 250 куб. см цитратной крови.

17/III больной выписался из больницы с почти зажившей раной для дальнейшего амбулаторного лечения.

Через 5 месяцев больной здоров. Мошонка отсутствует. Раневая поверхность полностью зарубцевалась. Правое яичко прощупывается у наружного пахового кольца. Дефект кожи на нижней поверхности penis'a зажил плоским рубцом, что не мешает больному иметь нормальные половые сношения.

Знакомясь с литературой о данном заболевании, мы имели возможность убедиться, что спонтанная гангрена наружных гениталий во многих случаях принималась за грипп (Линдер, Левитас), а в некоторых случаях с тяжелыми общими явлениями, температурой, бредом принималась за тифозное заболевание. Воспалительные явления со стороны гениталий с незначительной болезненностью затушевывались тяжелым общим состоянием больных.

В развитии данного заболевания играет роль анаэробная инфекция. Обширный некроз тканей вызывается воспалением и тромбозом артериальных ветвей. Кожа мошонки, как известно, имеет хорошо развитую венозную сеть, но весьма плохо снабжается артериальной кровью.

Смертность при данном заболевании весьма велика. По Гибсону она доходит до 26,7⁰/₀.

Из гинекологического отделения Кировской межрайонной больницы
(зав. отд. И. М. Геринштейн).

Случай lithorädon четырехлетней давности.

И. М. Геринштейн.

Больная С., 45 лет, крестьянка, замужняя, 15/V 1929 г. поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли и опухоль внизу живота, больше справа. Первые месячные на 17-м году, установились сразу, по 4 дня,