

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 62<sup>2</sup>/<sub>10</sub>. Эрит. 4 000 000, лейкоцитов 15 800. Лейкоформула: сегм.—70<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, пал.—4<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, ю.—10<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, лимф.—10<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, м.—6<sup>1</sup>/<sub>10</sub>.

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—56<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, эрит. 2 790 000, лейкоцитов—15 800, лейкоформула: сегм.—65<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, пал.—5<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, ю.—4<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, лимф.—21<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, м.—3<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, Э.—1<sup>1</sup>/<sub>10</sub>, клетки Тюрка—1<sup>1</sup>/<sub>10</sub>.

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 26,7<sup>1</sup>/<sub>10</sub>.

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

## Случай lithoräädion 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,

через каждые три-четыре недели, обильны и болезненны. Больная страдала катаром желудочно-кишечного тракта и изредка резами при мочеиспускании. Половой жизнью начала жить на 24-м году и никаких отклонений от нормы не отмечает. Тип менструаций после замужества не изменился. Беременела пять раз. Первая беременность на 26-м году, последняя—6 лет тому назад; все роды срочные, аборт не было. При последних родах лежала в постели около двух недель, была лихорадка и кровотечение. С тех пор менструации стали обильнее и чаще. Четыре года тому назад была задержка менструации около трех месяцев, живот увеличивался, и больная подозревала беременность. После поднятия тяжести появились внезапные сильные режущие боли, рвота; так продолжалось две недели. Затем живот несколько уменьшился, и больная почувствовала себя значительно лучше. Временами все же ощущались боли в животе. Спустя три месяца опять внезапно резкие боли, общая слабость, кровотечение, длившееся около недели. Больная принимала лекарства и все явления стихли. Месячные установились сравнительно нормально, и больная считала себя почти выздоровевшей. Последние пять недель боли настолько усилились, что больная вынуждена была лечь в постель и, не видя облегчения, обратилась в больницу за помощью.

Больная среднего роста, правильного телосложения, питания пониженного, анемична, температура  $37,8^{\circ}$ , язык суховат, пульс частый, дыхание поверхностное. Сердце и легкие—норма. Правая половина живота выпячена и болезненна. При пальпации отмечается неподвижная, бугристая, местами каменной консистенции, опухоль, заполняющая правую половину живота, от паха вверх на два пальца выше пупка. Волосистость по женскому типу. Наружные половые органы, особенно малые губы, недоразвиты. При бимануальном исследовании найдено: стенки влагалища несколько опущены, *Maculae gon.*, зев щелевидной формы, закрыт, выделения серозно-гнойные. Матка в *anteflexio*, несколько увеличена, плотна, неподвижна, контуры трудно определяются; задний и левый своды сравнительно свободны, в правом—прощупывается упомянутая опухоль овальной формы, неравномерной консистенции, тесно спаянная с правым ребром матки и выступающая вверх выше пупка. Опухоль неподвижна, костной консистенции, при растирании не сокращается, напоминает форму плода. Исследование *per rectum* дало ту же картину.

На основании анамнеза и объективного исследования была диагностирована давно прервавшаяся эктопическая беременность и, в виду общего тяжелого состояния больной, 22/V приступлено к операции чревосечения под общим эфирным наркозом. Разрез по белой линии, от лона и на два пальца выше пупка. По вскрытии брюшной полости обнаружено незначительное количество темной жидкости, кишечник и сальник тесно спаяны с маткой и опухолью. Сальник перерезан между лигатурами, кишки отсепарированы тупым, отчасти острым путем, жидкость удалена тампонами. Опухоль овальной формы расположена справа от матки вверх выше пупка, с большим трудом высвобождена от сращений с окружающими тканями (паритетальная брюшина и кишечник). Правая труба утолщена, яичник кистозно перерожден; в истмической части левой трубы отверстие в 1,5 см яичник спаян с трубой и несколько изменен. Труба удалена. Раневая полость и культя перитонизированы, матка подвешена за круглые связки, вставлен тампон и выведен через брюшную рану. Остальная рана закрыта трехэтажным швом. На третий день тампон подтянут и подрезан, а на седьмой день удален. 4/VI больная, по семейным обстоятельствам, выписалась в удовлетворительном состоянии, при нормальной температуре, для амбулаторного лечения. Спустя месяц больная посетила больницу в хорошем состоянии.

Удаленный препарат представляет собой тело овальной формы, каменной консистенции, длиной 16 см, окружность 31 см, покрыт плотной оболочкой. По вскрытии оболочки видна окаменелая головка, длиной в 9 см, окружность 20 см с деформированными чертами лица, которые можно отличить с трудом. Ясно видны плоские и длинные косточки, сложенные в беспорядочном состоянии; тут же находится мясистое тело—послед, окруженное капсулой длиной 9 см, в окружности 30 см, толщиной в 2 см. Микроскопическое исследование препарата, по техническим условиям больницы, не произведено.

Можно предполагать, что мы имеем дело с вторичной брюшной беременностью на почве наружного разрыва истмической части левой трубы после поднятия какой-то тяжести с последующим образованием чистого литопеднона.