

Из кожно-венерической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (консультант—проф. М. С. Пильнов).

Случай остро протекавшего спонтанного гангренозного баланопостита.

А. Лейзеровский.

Гангренозные и фagedенические баланопоститы являются в большинстве случаев осложнением язв венерического происхождения: *ulcus durum*, *ulcus molle* и *ulcus miltum*. Изредка они появляются после извращенного *coitus'a*, при болезнях полости рта (*stomatitis*, *angina Vincenti*), после *coitus'a per rectum* (при болезни прямой кишки). В отдельных случаях причины могут быть травматические, термические, химические, нецелесообразная терапия. Часто при нечистоплотном содержании гениталий у партнеров после *coitus'a* могут появиться вульгарные эрозии, которые служат причиной баланопостита. Но зачастую гангренозные и фagedенические баланопоститы могут возникать и совершенно самостоятельно (спонтанно), когда нельзя найти ни одной из вышеуказанных причин, даже без предшествующего *coitus'a*. Такой спонтанный гангренозный баланопостит впервые описан в 1883 г. Fournier; характеризуется он тем, что возникает при полном здоровье и протекает крайне интенсивно. Причину такого спонтанного баланопостита надо искать в вульгарной флоре смегмы; так, по наблюдениям Grams'a и Pilota в нормальной смегме в 51% находят фузиформные бактерии и спирохеты, в 90% *staphylococcus aureus*, в 17% стрептококк, в 50% дифтерийные псевдобациллы и в 3% *bac. coli*. Вышеуказанная вульгарная флора под влиянием различных причин (пониженное питание, хронический алкоголизм, нечистоплотность) может стать патогенной и вызвать баланопостит. Scherberg описывает много наблюдавшихся им спонтанных баланопоститов. Мы также имели возможность наблюдать случай остро протекавшего спонтанного гангренозного баланопостита, закончившийся полной ампутацией препуциального мешка.

19/XI 28 г. в клинику поступил больной Р. (истор. бол. № 299/2991), 42 лет, женатый, имеет одного ребенка; венерические болезни отрицает; хронический алкоголик (пьет запоем); последние 3 недели *coitus'a* не имел; до сего времени чувствовал себя совершенно здоровым. За шесть дней до поступления в клинику, т. е. 13/XI у больного без всякой причины появилась на *penis'e* опухоль, краснота и болезненность; на следующий день чрезвычайно сильные боли в области *penis'a*, тяжелое общее состояние с повышенной т°.

15/XI больной обратился в частную лечебницу, где ему было сделано промывание препуциального мешка. Опухоль *penis'a* продолжалась, появился гангренозный участок. 18/XI гнаеритиум стал самостоятельно отделяться в виде черного лоскута.

При поступлении больного отмечается: среднего роста, нормального телосложения, костно-мышечная система развита правильно, питание понижено, слизистые бледны, лимфатические железы в норме. Общее состояние больного тяжелое, с повышенной т°. Две трети поверхности *penis'a*, начиная с головки, отечны, инфильтрованы и красны; кожа блестяща, складки сглажены. Гнаеритиум черного цвета, почти отделен от *penis'a* (держится на тонкой ножке) и издает сильно гнилостный запах. На местах отделившегося препуция имеется циркулярная язвенная поверхность с неровными краями, покрытая гнойным отделяемым. *Glans penis* сильно отечен, красного цвета, поверхность его эрозирована, несколько кровотоцит и местами покрыта белесоватыми бляшками. *Sulcus coronarii* сплошь занят густой желто-гношной массой. Кожа мошонки в норме. Со стороны внутренних органов почти никаких отклонений от нормы. Моча N. WR и SGR отрицательны. Гемограмма: лейкоцитов 9.200; эритроцитов—4,9 милл., Hb 85%, Index—0,87. Со стороны лейкоцитарной формулы отмечается небольшая эозинофилия и лимфоцитоз. При бактериоскопическом исследовании отделяемого язв *sulci coronarii* и *glandis penis* *Spir. pallidae* и палочки *Ducroeu'a* не найдено; в большем количестве вульгарная флора. Посев из язв на асцит-агаре, простом агаре и сахарном бульоне дал рост стафилококка. В день поступления в клинику—19/XI—больному сделано вливание Neo 0,45 и назначены местные ванночки из *Kal. permag.* 20/XI

graerutium отделен от penis'a; втечение последующих 4-х дней опухоль и краснота уменьшились, появились складки нормальной кожи, язвенная поверхность головки и sulci coroparii стали очищаться. В дальнейшем появились грануляции, и окончательное заживление головки произошло втечение 10-ти дней. Больному применялись все время ванночки из Kal. permag., примочки из $\frac{1}{2}\%$ Arg. nitg. и сделано второе вливание Neo.

Случай, таким образом, закончился вполне благополучно—ампутацией препуция.

Если вспомнить из анамнеза, что у больного втечение 3-х недель до заболевания не было coitus'a—нужно думать, что описанный гангренозный баланопостит является спонтанным, имея своим происхождением вульгарную флору препуциального мешка, которая под влиянием неблагоприятных моментов (понижение питания, хронический алкоголизм) сделалась патогенной и вызвала вышеописанный процесс.

Литература:—Scherber. Ulcus gangrenosum und phagedenicum. Handbuch d. H. u. G. Bd. 21.

Из Бугурусланской уездной больницы.

К терапии некоторых форм недержания мочи у женщин. (Д-ра Филкова¹).

В настоящем своем сообщении я имею ввиду, главным образом, лечение недержания мочи у женщины, зависящего от нарушения топографических отношений органов и тканей в малом тазу, с одной стороны, и разрыва сфинктера пузыря, с другой стороны. При анатомической целостности стенок пузыря и уретры недержание мочи может зависеть от расслабления сфинктера и растяжения стенок уретры. Пузырь в нормальном состоянии удерживается в определенных топографических отношениях при помощи лонно-пузырных связок ligamenta pubo-vesicalia. Пузырь расположен кзади и книзу от ossis pubis и связки эти прикрепляют его к неподвижному образованию—к костному кольцу малого таза или, вернее,—к gathus horizontalis ossis pubis. Помимо указанных связок на топографию пузыря влияет положение матки, а также целостность связочного и фиксирующего аппарата матки и остальных частей полового тракта, брюшинного покрова и тазового дна. Раз какая-либо группа анатомических элементов в тазу—будь то мышечные пластинки и апоневротические образования—под влиянием тех или иных insultов приходят в расслабленное состояние, наступают нарушения во взаимном топографическом расположении, что отражается непременно и на положении пузыря. Равнодействующая давления брюшного пресса проходит, как известно, от пупка к копчику—она направлена в заднюю стенку пузыря и при расслаблении связок pubo-vesicalia весь пузырь и верхний отрезок уретры под влиянием этого давления отклоняются книзу. Между тем, нижний отрезок остается на месте в нормальных топографических отношениях, удерживаемый посредством связок lig. graeurethralia, прикрепляющихся к симфизу. Таким образом, мы получаем отхождение задней стенки пузыря книзу, а вместе и начальной части задней стенки уретры, отчего отверстие сфинктера раскрывается; ввиду постоянного действия указанной силы, влекущей книзу, сфинктер не может преодолеть влечения этой силы, а потому и приходит в паретическое состояние. Отсюда недержание мочи становится постоянным. Такова в общих чертах анатомическая подкладка одного из видов недержания мочи у женщин.

Какова же должна быть терапия этого заболевания, т. е. каким образом при таком нарушении топографических взаимоотношений можно устранить недержание. Само собою напрашивается ответ, что именно установлением таких взаимоотношений, при которых сфинктер мог бы сократиться и отверстие могло бы закрыться, т. е. сближением стенок пузыря, стенок начальной части уретры, усилением действия связок pubo-vesicalia. Для достижения этой цели профессором Ширшовым разработана операция так называемой фиксации пузыря к надкостнице лонных костей.

¹) Доложено в Акуш.-гинекологической секции Общества врачей при Каз. Гос. Ун. 17 июня 1927 г.