

Д. Н. НИКОЛАЕВ

О раке полового члена

Из 1-й хирургической клиники (дир. заслуж. деятель науки проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

Рак полового члена, по литературным данным, составляет в среднем 1—3% общего числа раковых заболеваний.

В нашей клинике за последние 17 лет (1924—1940 гг.) было 10 случаев рака полового члена, что составляет 1,21% по отношению к общему количеству раковых больных (824) и 1,66% к числу раковых заболеваний мужчин (601).

По возрасту больные распределяются следующим образом: 31-40 лет — 5, 41-50 — 2, 51-60 — 2, 61-70 — 1.

Этиология рака неизвестна. Некоторую роль в происхождении и развитии рака полового члена играют фимоз и венерические заболевания; наши больные отмечают в анамнезе фимоз — 4, сифилис — 1, гоноррею — 1. Травмы (ушибы, ссадины, расчесы, укусы и т. п.), могут быть причинным моментом развития рака полового члена. В анамнезе наших больных травма фигурирует в 3 случаях: в 1 — ушиб, в 1 — рубец на месте раны, в 1 — послеоперационная рана. Доброкачественные опухоли: папилломы, бородавки, разрастания, кондиломы могут злокачественно переродиться.

В качестве иллюстрации может служить нижеследующая история болезни:

Больной Л., крестьянин, 65 л., поступил в клинику 16/V 1924 года. Заболел в 1923 году. После сильного зуда на головке полового члена образовалась маленькая „бородавка“. В местной сельской больнице бородавку удалили. Вскоре на месте послеоперационного рубчика появилась плотная, безболезненная, быстро увеличивающаяся изъязвленная опухоль. По поводу этого заболевания больной обратился в нашу клинику, где у него был диагностирован рак полового члена, захватывающий всю головку полового члена без поражения пещеристых тел; паховые железы были увеличены с обеих сторон. Биопсия и гистологическое исследование подтвердили диагноз — плоскоклеточный эпителиальный рак. 3/VI 1924 г. больному под общим хлороформным наркозом произведена ампутация полового члена у основания с одновременным удалением паховых лимфатических желез. Через 21 день больной выписался из клиники в хорошем состоянии. Диагностика рака полового члена в начальной стадии заболевания представляет большие трудности. Рак члена смешивается с твердым шанкром, гуммой, туберкулезом, кондиломами, а также с саркомой. Раковые больные с начальными формами, обычно, попадают под наблюдение венерологов, длительно и безуспешно лечатся от несуществующего венерического заболевания. Из 10 наших больных лечились с ошибочным диагнозом 4. Как пример приводим следующий случай: больной Х., 40 л., заболел 1/XI 1937 г. Участковый врач, заподозрев у больного сифилис, направил его в вендиспансер, где он лечился 2½ месяца. 5 раз исследовалась кровь на РВ с отрицательным результатом. Успеха от противовенерического лечения не было.

Спустя 3 месяца 10 дней больной поступил в хирургическое отделение одной городской больницы, где ему была произведена операция по поводу фимоза; под крайней плотью была найдена язва с гнойным плотным дном, с неровной поверхностью, уплотнение ткани головки. Язву лечили ваннами, перевязками еще 2 месяца. По истечении 5 месяцев и 10 дней этот больной поступил в нашу клинику с большими метастазами в паховые железы. В клинике больному произвели ампутацию полового члена с одновременным вылушением паховых желез. Выписался с хорошим результатом.

В диагностике рака полового члена возможны ошибки и другого характера, а именно: нахождение рака там, где его нет. Маякн сообщает о случае, где авторитетным врачом была произведена ампутация полового члена по поводу предполагаемого рака, а при гистологическом исследовании была найдена гумма. Тирш и Федерль описали случаи, где вместо диагностированного рака оказался туберкулез.

Для диагностики рака характерны следующие данные: 1) начало с безболезненного узелка, 2) плотный валикообразный край язвы; бугристое дно, где наряду с распадом имеются регенеративные процессы, 3) неодинаковое увеличение паховых лимфатических желез, 4) пожилой возраст, 5) неравномерный рост опухоли, 6) зловонные выделения из-под крайней плоти при наличии фимоза.

Рак полового члена чаще всего начинается с крайней плоти и с головки. В наших наблюдениях рак имел исходным пунктом головку в 6 случаях и крайнюю плоть в 4.

Рак полового члена встречается в 3 формах: 1) в виде папилломатозных разрастаний, 2) в форме раковой язвы и 3) в форме раковых узлов. У наших больных папиллярный рак был в 4 случаях, язвенный — в 4, узловатый — в 2. Микроскопически плоскоклеточный рак установлен нами в 7 случаях.

Большинство авторов высказывается за хирургическое лечение рака полового члена но полного единодушия в этом вопросе нет. Из различных операций чаще других применяется ампутация полового члена с одновременным удалением паховых и бедренных лимфатических желез.

Операцию мы начинаем с полного удаления лимфатических желез en bloc косым разрезом кожи параллельно пупартовой связке. Далее, приступаем к ампутации полового члена. Разрез кожи начинаем с тыла полового члена в здоровых частях на 2—3 см. выше ракового поражения, ведем книзу и несколько кзади и соединяем их. Пересекаемые при этом *aa. и vv. dorsales penis* перевязываем. Оттянув кожу к основанию члена, перерезаем поперечно пещеристые тела, при этом уретру выделяем и рассекаем ее на 1—2 см. впереди. Перевязываем *art. profundae penis*, проходящие в кавернозных телах. Накладываем 2—3 узловатых кетгутовых шва на белочную оболочку пещеристых тел, захватывая *septum penis*. Изолированный конец уретры разрезаем по задней (нижней) стенке и подшиваем расщепленную уретру к кожной ране, суживаем верхнюю часть кожной раны. В уретру вводим катетер à demeure, который меняем на 5—6-й день и удаляем на 10—12-й день. В нашей клинике оперировались 9 больных. У 5 произведена ампутация у основания члена, у 4 ампутация — в средней трети.

В послеоперационном периоде у наших больных наблюдали: лимфорею — в 4, краевые некрозы — в 3, нагноения ран — в 8, рожистое воспаление кожи — в 1 случае. Частые нагноения ран после операции полового члена с вылушением желез объясняются тем, что при операциях из лимфатических путей и желез инфекция поступает в операционную рану. Смертность по различным авторам от 3,8% до 15%. В нашей клинике летальных исходов не было.

По сборной статистике Асмуса на 232 случая из прослеженных 167 больных получили длительное выздоровление 49,7%, рецидив — 29,9%. Кютнер на 40 случаев отмечает выздоровление в 22, рецидив в 15, смерть в 4 случаях.

Нам удалось получить следующие данные о наших больных: у 3 нет рецидива в течение 1—3 лет, у 2 через 3—5 месяцев наступил рецидив и один из них вскоре умер, в одном случае мы наблюдали сужение мочеиспускательного канала в культе полового члена.

Казань, Б. Красная, 51,
1-я хир. клин. Гидув.

А. А. АЙДАРОВ

О патогенезе и лечении туберкулеза яичка и придатка

Из 1-й хирургической клиники (дир. проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Вопрос о патогенезе и терапии полового туберкулеза у мужчин продолжает привлекать внимание урологов, хирургов и др. Наиболее спорным до сих пор является вопрос о первичном очаге и путях распространения инфекции в половом аппарате. Большинство исследователей думает, что первичный очаг локализуется в придатке, откуда процесс по току семени распространяется восходящим путем, вовлекая в процесс простату и семенные пузырьки, т. е. тесифугально. Другая часть исследователей высказывается за первичную локализацию туберкулезного процесса в простате и семенных пузырьках, с дальнейшим его распространением на придаток в нисходящем направлении, т. е. тесипетально. Эти авторы допускают наличие антиперистальтических движений в семевыносящем протоке, благодаря которым инфекция из задней уретры может быть занесена в придаток. Непосредственное заражение половых органов так возможно в редких случаях при *coitus*. В литературе описываются единичные случаи заражения половым туберкулезом *per coitum*. Тедено наблюдал туберкулезную язву крайней плоти у молодого человека, сожительница которого страдала бугорчаткой шейки матки (цит. по Ефимову). Ефимов описал два случая так уретры,