

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 лунартовой 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 кетгуттовых 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. тестикулярно. 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. тестипетально. 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,

Горкун—1 сл. тбк. Куперовой железы. Таким образом, на основании клинических наблюдений можно считать доказанным существование первичного тбк придатка, уретры и т. д. Перехожу к изложению наших случаев.

Материал нашей клиники охватывает 65 случаев тбк придатка и яичка за время с 1925 по 1938 год. По возрасту больные распределяются следующим образом: до 20 лет 9, от 21 до 30 лет—34, от 31 до 40 лет—10, от 41 до 50 лет—7 и свыше 50 лет—5 чел. По нашим данным, как и по материалам других авторов, тбк поражение половой системы встречается чаще в возрасте между 20 и 40 годами.

Продолжительность болезни можно указать только приблизительно. По нашему материалу — от 2 недель до 1 мес. 6 случаев, от 1 до 2 мес. — 19, от 2 до 6 мес. — 12, от 6 мес. до 11 года—5, от 1 до 2 лет — 9, от 2 до 3 лет—3 и свыше 3 лет — 1 случай.

В анамнезе наших больных перенесенная гоноррея отмечена в 10,4%. Травма половых органов—в 8,4%. В согласии с большинством авторов, перенесенной гоноррее и травме мы не придаем большого значения, как этиологическому фактору.

На нашем материале мы наблюдали тбк придатка и яичка в 23 сл. справа; в 27—слева, в 4 сл. с обеих сторон и в 11 случаях—в сочетании с тбк почек и мочевого пузыря. У 43 из 65 больных в историях болезни отмечено поражение простаты и семенных пузырьков—60,6%.

По вопросу о лечении тбк придатка и яичка, как и о патогенезе заболевания, нет единого взгляда. Одни авторы высказываются за консервативное лечение, другие—за консервативно-оперативное лечение пораженного тбк придатка и яичка. Наконец, некоторые авторы высказывались за радикальное удаление пораженного тбк всего полового аппарата (Воскресенский). За последнее время сторонников радикальных широких операций при половом тбк становится все меньше. Радикализм, говорит Керопиан, сейчас сводится к удалению половой железы, явно пораженной при распространенном тбк процессе.

Нами в 6 случаях была произведена эпидидимэктомия по способу Разумовского; в 5 сл. произведена односторонняя, в одном—двусторонняя эпидидимэктомия. Гемикастрация произведена в 20 случаях, через год у 11 больных наступил рецидив на другой стороне. Из 20 у 3 больных была сделана профилактическая перевязка протока на здоровой стороне с хорошими отдаленными результатами.

На основании своих наблюдений, мы считаем наиболее эффективным лечением при тбк придатка и яичка операцию-гемикастрацию с перевязкой с профилактической целью на здоровой стороне ductus deferens. У трех наших больных, подвергнутых гемикастрации, как указано выше, с перевязкой протока на здоровой стороне отдаленные результаты хорошие. В течение 10 лет нет поражения второго яичка. Таким путем в части случаев удается предохранить от заболевания вторую сторону. Изменения со стороны простаты и семенного пузырька после гемикастрации обычно затихают.

Иод-иодоформенная инъекция по Готцу—Грекову применена в 13 случаях. Однократная доза 1—5 см³ вводилась внутримышечно в ягодичную область. Впрыскивание иод-иодоформенной эмульсии не дало ни в одном из 13 случаев удовлетворительного результата.

Ободряющие результаты некоторыми авторами получены от гелиотерапии в сочетании с санаторно-климатическим лечением. Проводя систематическое наблюдение над влиянием климато-гелиотерапии на туберкулезный очаг, авторы могли констатировать некоторое уменьшение болезненности, улучшение самочувствия и уменьшение опухоли, но на полное излечение, как сами сторонники солнцелечения указывают, рассчитывать не приходится (Шулутко и др.)

В наших 6 сл. также получалось кратковременное улучшение от гелиотерапии, однако в последующем эти больные подвергались оперативному лечению.

На нашем материале, правда небольшим, в 20 случаях была применена рентгенотерапия. Мы могли отметить удовлетворительные ближайшие результаты. Как и другие авторы, мы применяли малые дозы—5—10 НЕД, предпочтительно под 4 мм алюминия.

Подвергая больных с тбк полового аппарата рентгенотерапии, необходимо помнить о влиянии рентгенолучей на половые железы, т. е. о возможности лучевой кастрации.

В ы в о д ы

1. Тбк придатка и яичка встречается чаще в возрасте 20--40 лет в период наиболее интенсивной половой жизни.

2. Из лечебных методов в ранних стадиях заболевания применяется консервативная терапия (рентгеногелио- и физиотерапия); из оперативных методов, по нашим наблюдениям, наиболее эффективным является гемикастрация с перевязкой протока на здоровой стороне. Гемикастрация в известных случаях может влиять на улучшение процесса в простате и семенных пузырьках.

Казань, Б. Галактионовская, д, 19, кв 48,