

Отдел III. Из практики.

Н.-В. краевой венеристинститут (Саратов). Клинико-лабораторный отдел.
Руководитель проф. П. С. Григорьев.

Твердый шанкр уретры.

Б. П. Кочетов.

А. Фурнье говорит, что шанкр мочевого канала, хотя не представляет собой частого явления, наблюдается все же не так редко, как принято думать. Его считают редким явлением только потому, что сплошь и рядом он остается нераспознанным. Чаще всего он локализируется близ наружного отверстия, от которого отстоит на несколько миллиметров, и может быть замечен, если сильно растянуть отверстие мочевого канала. Гораздо реже он занимает ладьевидную ямку, где нередко его не замечают при исследовании. Говорят даже, что шанкры гнездятся иногда глубже в самой уретре, например, на расстоянии более одного дюйма от наружного отверстия, как это было в одном случае Bergel'synill'я. Однако, подобные случаи, по мнению А. Фурнье, требуют подтверждения. Несмотря на скрытое положение, уретриальный шанкр, по наблюдениям А. Фурнье, все же может быть распознан по следующим трем симптомам:

- 1) легкой боли во время мочеиспускания;
- 2) незначительному серозно-кровоянистому истечению, которое тотчас же становится кровавым, если надавить уретру;
- 3) и, главным образом, весьма явственной при ощупывании канала индурации; надо только уметь найти эту индурацию—говорит А. Фурнье. Ее открывают только тогда, когда производят давление на головку спереди назад, потому что шанкр сидит в уретре обычно ребром.

Частота шанкра в уретре по статистике А. Фурнье: на 151 случай первичных сифилом полового члена А. Фурнье констатировал в 19 случаев шанкры в уретре.

Аналогичны наблюдения и др. авторов: Воскресенский, Попов, Цитович, Колубакин, Рикке и др.

Наш случай: 20/XI 28 г. у больного Г. появилась небольшая боль при мочеиспускании и слабое выделение из канала слизистого характера; длительность инкубации установить не удалось; 6-ой все время вел беспорядочную половую жизнь.

21/XI 28 г. больной обратился в Саратовский военный госпиталь; там был поставлен диагноз гонорреи, и стали больного лечить по методу Жана, что продолжалось без успеха до 8/XII. 10/XII 28 г. больной обратился в Саратовский вендиспансер с теми же жалобами.

St. praes. При наружном осмотре 10/XII 28 г. нами было найдено следующее: набухание губ отверстия уретры в виде подушек, имеющих глянцевидную розового цвета слизистую, т. е. был вид такой, какой мы привыкли наблюдать при остром триппере. При легком надавливании на канал выделялось небольшое жидкое истечение. Это отделяемое нами было исследовано микроскопически: было найдено 30—40 лейкоцитов в п/зр. микроскопа, гонококков не обнаружено. Принимая во внимание, что больной Г. получал промывание в военном госпитале—мы большого значения отсутствию гонококков не придали, поставили диагноз гонорреи и приступили к лечению промываниями по Жане. Промывание больной получал до 22/XII 28 г., но улучшения не было. 22/XII 28 г., во время одного из промываний, нами замечено легкое уплотнение в толще головки; при сильно растянутом отверстии уретры была обнаружена типичная эрозивная сифилома, находящаяся на стенке уретры, миллиметров 5 отступая от наружного отверстия с левой стороны, сидящая ребром. При пальпации—ясно выраженная индурация; при надавливании на канал—серозно-кровоянистое отделяемое. 23/XII больной Г. был показан стар. ассист. клиники д-ру А. В. Воробьеву. Последний с нашим диагнозом согласился, но для точности рекомендовал сделать исследование на бледную спирохету и R. W. 24/XII была найдена бледная спирохета, а 25 XII R. W. дала положительный результат (+) (+) (+).

Был назначен обычный курс лечения и после 3—4 уколов и одного Neo-сифилома рассосалась, не оставив после себя никаких изменений в уретре.