Отдел III. Из практики.

Н.В. краевой венинститут (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 локализуется 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 шанкеры гнездятся иногда глубоко в самой урете, например, на расстоянии более одного сантиметра от наружного отверстия, как это было в одном случае Berkel yull'a. Однако, подобные случаи, по мнению А. Фурнье, требуют подтверждения. Неизвестно на сколько положение, уретральный шанкер, по наблюдениям А. Фурнье, все же может быть распознан по следующим трем симптомам:
1) легкой боли во время мочеиспускания,
2) незначительному серозно-кровянистому истечению, которое тогда же становится кровянистым, если надавить уретру;
3) и, главным образом, весьма частенной 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 шанкер сидит в урете обычно ребром.

Частота шанкера в урете по статистике А. Фурнье: на 151 случай первичных сифилом слюного члена А. Фурнье констатировал в 19 случаях шанкера в урете.

Аналогичные наблюдения и др. авторов: Воскресенский, Попов, Цитович, Колобакин, Рикке и др.

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

21/ХI 28 г. больной обратился в Сарат. военный госпиталь; там был поставлен диагноз гонореи, и стали больного лечить по методу Жане, что продолжалось без успеха до 8/ХII, 10/ХII 28 г. больной обратился в Сарат. венеролог. пасер с теми же жалобами.

St. praes. На наружном осмотре 10/ХII 28 г. нами было найдено следующее: набухание губ отверстия уретры в виде подушек, имеющих глянцевидную розоватую цвета слизистую, т. е. был вид такой, какой мы привыкли наблюдать при острым трипсере. При легком надавливании на канал выделялось некоторое жидкое истечение. Это отделение нами было исследовано микроскопически: было найдено 30—40 лейкоцитов в п/гр. микроскопа, гонококков не обнаружено. Принимая во внимание, что больной Г получил промывание в военном госпитале—мы большого значения отсутствию гонококков не придали, поставили диагноз гонорее и приступили к лечению промываниями по Жане. Промывание больной получал до 22/ХII 28 г., но улучшения не было. 22/ХII 28 г. во время одного из промываний, нами замечено легкое уплотнение в толще головки; при сильно растянутом отверстии уретры была обнаружена типичная эрозивная сифилюма, находящаяся на стенке уретры, миллиметров 6 отступа от наружного отверстия с левой стороны, сидящая ребром. При пальпации—ясно выраженная индурация; при надавливании на канал—серозно-кровянистое отделение. 23/ХII больной Г. был показан стар. ассист. клиники д-ру А. В. Воробьеву. Последний с нашим диагнозом согласился, но для точности рекомендовал сделать исследование на следующую сифилиту и R. W. 24/ХII была найдена бледная сифилома. Некоторый положительный результат (+)(++)(+). Был назначен обычный курс лечения и после 3—4 уколов и одного Neo—сифилома рассосалась, не оставив после себя никаких изменений в урете.