

Серія докторських дисертацій, допущенихъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи въ 1912—1913 учебномъ году.

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ 4200
Шифр 285

КЪ ВОПРОСУ

О

ПОЛНОМЪ УДАЛЕНИИ

ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ПРИ, ТАКЪ НАЗЫВАЕМОЙ,

ГИПЕРТРОФИИ ЕЯ.

ПЕРЕВЕРЕНО 1936

616.65-089

Г-85

Изъ госпитальной хирургической клиники проф. С. П. Федорова.

ДИССЕРТАЦИЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
А. П. ГРИНЕНКО.

ПРОВЕРЕНО

Цензорами диссертации, по поручению Конференции, были:
проф. С. П. Федоровъ, проф. А. И. Моисеевъ и проф. В. Н. Шевкуненко.

Библиотека № 1413

№ 3636
1913
Ивр.
1966 г.

Ивр. № 1413
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института
Мат. кн. № 14304
Шифр. дес. 85
петтер

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отдѣльн. Корп. Поправочной Стрѣлы (Н. О., у Барн. в.).

1913.

1950
Переучет-60

7 - ноя 2002

Докторскую диссертацию врача Аристарха Прокофьевича Гриненко — под заглавием: «Къ вопросу о полномъ удаленіи предстательной железы при, такъ называемой, гипертрофії ея» печатать разрешается, но съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію 500 экземпляровъ ея и 100 сброшюрованныхъ вместе съ заглавнымъ листомъ диссертации экземпляровъ: 1) curriculum vitae автора диссертации, 2) аутореферата ея, 3) выводовъ изъ диссертации (резюме) и 4) положеній (theses), при чемъ 175 экземпляровъ диссертации и всѣ 100 брошюръ должны быть доставлены въ канцелярію конференціи академіи, а остальные 325 экземпляровъ диссертации — въ бібліотеку академіи.

С.-Петербургъ, 3 января 1913 года № 36.

Ученый секретарь

Профессоръ *М. Ильинъ.*

О Г Л А В Л Е Н І Е .

	Стр.
Введение	3
I. Анатомическія и физиологическія замѣчанія	3
II. Измѣненія въ железѣ при, такъ называемой, гипертрофії ея.	25
а) Литературный обзоръ	26
в) Собственныя изслѣдованія	32
с) Результаты собственнѣхъ изслѣдованій	51
д) Общій обзоръ измѣненій въ железѣ при развитіи въ ней аденоматозныхъ узловъ	55
III. Операция по Freyer'у на трупѣ	71
IV. Критика операции Freyer'a	81
V. Краткое описаніе оперированныхъ случаевъ	103
VI. Оперативные способы и оцѣнка ихъ съ анатомической точки зрѣнія	113
VII. Преимущества чрезпузырного способа надъ промежностнымъ.	130
Выводы	137
Литература	139

ВВЕДЕНИЕ.

Со времени появления в 1901 году статей Freyer'a о полном удалении предстательной железы через пузырь при ее увеличении с хорошим результатом, накопилась обширная литература. Были возбуждены вопросы о преимуществах промежностной или чрезпузырной операции, о самом строении предстательной железы, как в нормальном ее состоянии, так и при ее увеличении, и о целесообразности удаления всего органа. За это время изменился и самый взгляд на гипертрофию предстательной железы; сначала прибавили к термину гипертрофия „так называемая“, а в последнее время уже стали говорить, что при, так называемой, гипертрофии предстательной железы развивается в ней опухоль, даже не из самой ткани железы, а из периуретральных железок.

Къ выясненію этихъ вопросовъ я, по предложенію глубоковажаемаго профессора Сергія Петровича Федорова, и хотѣлъ приложить свой посильный трудъ.

Анатомическія и физиологическія замѣчанія.

Подъ именемъ предстательной железы или простаты подразумѣвается мускульно-железистая масса, окружающая выходъ мочевого пузыря и начало мочеиспускательнаго канала. Какъ секреторный органъ, предстательная железа принадлежитъ къ половому аппарату, но по своему топографическому положенію можетъ быть причислена и къ мочевому аппарату. Формой своей она напоминаетъ усѣбренный, сильно сплюснутый спереди назадъ, конусъ, съ широкимъ основаніемъ обращеннымъ къверху и къзади и остриемъ книзу и кпереди; въ виду закругленности краевъ ея, ее сравниваютъ съ каштаномъ. Сверху внизъ ее прободаетъ мочеиспускательный каналъ, располагаясь эксцентрично, ближе къ ея передней поверхности. На предстательной железнѣ различаютъ шесть поверхностей: основаніе (*facies vesicalis* по Mercier), переднюю поверхность (*facies rubica* по Mercier), заднюю (*facies rectalis* по Mercier), двѣ боковыхъ и наконецъ нижнюю или *apex prostatae* по Mercier. Чтобы рассмотреть основаніе, нужно удалить пузырь отъ предстательной железы, разъединивъ мускульныя волокна, соединяющія эти органы, а сѣменные пузырьки и сѣмявыводящіе протоки отрѣзать возможно ближе на самой железнѣ, тогда мы увидимъ на основаніи идущую поперекъ борозду, не доходящую до боковыхъ краевъ ея и раздѣляющую ея на два отрѣзка, передній болѣе значительный и задній меньшій; на последнемъ по срединѣ ея имѣется вырѣзка—*incisura prostatica*; на первомъ также имѣются двѣ болѣе или менѣе выраженныя бороздки, отходящія отъ краевъ поперечной борозды кпереди, которыя и раздѣляютъ эту пресперматическую часть на три сегмента, средній сегментъ и есть средняя доля (*Albaggan*). Здѣсь же видно, что основаніе предстательной железы лежитъ позади

уретры; уретра лежит спереди, окруженная мышечными волокнами, идущими съ пузыря.

Передняя поверхность коротка, почти отвѣсна, содержитъ въ себѣ поперечно идущія мышечныя волокна.

Задняя поверхность длиннѣе передней и наклонена къ ней подь острымъ угломъ; она гладка, но если отъ нея отдѣлить покрывающую ее фасциальную пластинку, то посрединѣ на ней замѣчается неглубокая, продольно идущая бороздка, которая книзу теряется, а къверху, углубляясь и расширяясь, переходитъ въ вышеупомянутую на основаніи вырѣзки *incisura prostatica*; въ такомъ видѣ задняя поверхность напоминаетъ фигуру сердца игральной карты (*Henle*).

Боковыя поверхности никакихъ особенностей не представляютъ, онѣ наклонены также подь острымъ угломъ и безъ рѣзкихъ границъ переходятъ въ переднюю и заднюю поверхности.

Такимъ образомъ тѣло железы книзу не только въ поперечномъ, но и въ сагитальномъ размѣрѣ уменьшается и оканчивается притупленной верхушкой (арехъ) съ небольшою переднею выемкой.

Размѣры предстательной железы таковы:

	Thompson.	Henle.	Albarran.
Наибольшій поперечный размѣръ	44 mm.	32—45 mm.	40—45 mm.
Расстояние отъ верхушки до основанія	34 „	25—35 „	28—30 „
Наибольшій передне-задній размѣръ	15 „	14—22 „	20—25 „
Вѣсъ	17 gr.	16 gr.	20—25 gr.

Имѣетъ ли нормальная предстательная железа истинную фиброзную капсулу? Вопросъ является до сихъ поръ спорнымъ. Многие анатомы, *Таренекій*, *Паншъ*, *Spaltheholz*, *Broesike*, *Toldt*, совсѣмъ о ней не упоминаютъ или говорятъ вскользь, такъ *Henle* говоритъ, что предстательная железа только съ задней поверхности отдѣляется отъ окружающихъ ее частей гладкой фиброзной оболочкой. *Denonvilliers* впервые описавшій капсулу предстательной железы говоритъ, что висцеральная фасція окружаетъ предстательную железу подобно, тѣсно съ ней связана, причѣмъ ея передняя поверхность, верхушка и основаніе остаются непокрытыми. *Зерновъ*, *Bardleben*, *Krause*, *Sobotta*, *Waldeyer* присоединяются къ мнѣнію *Denonvilliers*. *Albarran* пишетъ: „простатическая капсула образована апоневротическими листками, которые

окружаютъ открытое вверхъ къ пузырю простатическое пространство, и о собственной капсулѣ, не можетъ быть и рѣчи. Если предстательную железу изолировать изъ ея апоневротической оболочки (покрова), то становится ясно, что ея основаніе плотно прикрѣплено къ шейкѣ пузыря и съменнымъ пузырькамъ и что ни спереди, ни сзади, ни съ боковъ не существуетъ листка, который можно было бы изолировать такъ, чтобы можно было бы говорить какъ о собственной капсулѣ органа. Такимъ образомъ обозначеніе—простатическій покровъ предпочтительнѣе”.

Wallace пишетъ: Терминъ „чехоль“, который примѣняется *Thompson*’омъ—это есть фиброзная покрывка, происходящая отъ *fasciae recto-vesicalis*, содержащей въ себѣ венозное сплетеніе; терминъ „капсула“ примѣняется тѣмъ же авторомъ,—это тонкій наружный, нежелезистый слой органа, и на самомъ дѣлѣ—это есть наружная часть стромы органа, которая содержитъ и мышечную и фиброзную ткань. Это не есть капсула въ смыслѣ отдѣльной пластинки, на подобіе той, которая одѣваетъ почку, и потому предстательная железа не можетъ быть выдѣлена изъ окружающихъ частей на подобіе лимфатической железы или щитовидной. *Schattock* предложилъ, чтобы наружная нежелезистая ткань предстательной железы называлась „*cortex*“. Я предлагаю, чтобы „чехломъ“ называлась покрывка отъ *fasciae recto-vesicalis* и „*cortex*“’омъ по *Schattock*’у—называлась капсула”.

T. Walker, описывая чехоль предстательной железы, съ расположенными между слоями его венозными сплетеніями и указывая при этомъ, что венозные сплетенія отдѣлены отъ собственной простатической капсулы слоемъ этого чехла, говоритъ: „капсула предстательной железы, соответствующая капсуламъ другихъ железъ, является непосредственнымъ продолженіемъ стромы железы и представляетъ дѣйствительно наружный слой ея, который невозможно отдѣлить отъ самой железы. Этотъ слой колеблется въ своей толщинѣ не только въ различныхъ железахъ, но даже и у одной и той же железы въ различныхъ мѣстахъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ железистыя трубочки такъ близко приближаются къ поверхности, что остается лишь очень тонкій слой ткани, въ другихъ же мѣстахъ трубочки отступаютъ отъ поверхности и относительно широкой слой фибромускульной ткани представляетъ тогда оболочку”.

Bingham and Schuttlerworth говорятъ: „По периферіи органа, образуя нѣчто вродѣ „*cortex*“, имѣется фибро-

мускульный слой, концентрически расположенный, без железок, и по развитию одинаковый со стромой. Кнаружи от этого слоя и частью с ним соединяясь, имѣется покровъ, происходящій изъ fascia recto-vesicalis, части fasciae pelvis; онъ рыхлый по структурѣ и содержитъ немного гладкихъ мышцъ. Между этими двумя покровами, а также и въ веществѣ самой фасции спереди и по бокамъ идетъ венозное сплетеніе¹⁾.

Freyer¹⁾ въ 1901 году въ своей работѣ: „A clinical lecture on total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ“, ссылаясь на Thompson'a, пишетъ: „предстательная железа состоитъ изъ двухъ железистыхъ тѣлъ; каждое изъ этихъ тѣлъ заключено въ тонкую плотную фиброзную капсулу. Капсула эта за исключеніемъ той части, гдѣ она обращена къ другой долѣ и гдѣ она видѣруется и исчезаетъ въ веществѣ предстательной железы, дѣйствительно представляетъ истинную капсулу въ цѣломъ, она распространяется надъ большею частью этого органа, отсутствуя только вдоль верхней и нижней комиссуръ или мостиковъ ткани, которая соединяетъ боковыя доли выше и ниже уретры; для цѣлей описанія я представляю болъного въ лежачемъ положеніи;“... „предстательная железа, заключенная въ свою истинную капсулу, является заключенной во вторую капсулу, образованную фасциями таза и многочисленными связками; въ пространствѣ между этими двумя капсулами идетъ венозное сплетеніе, особенно спереди и по бокамъ предстательной железы“.

Southam также указываетъ, что предстательная железа одѣта капсулой изъ плотной фиброзной ткани, перегородки отъ которой идутъ внутрь ея, а кнаружи отъ нея имѣется вторая покрывка — чехолъ, происходящій отъ тазовой фасции; между капсулой и чехломъ, соединенными между собой многочисленными фиброзными связками, лежитъ венозное сплетеніе.

Но защитниковъ присутствія на предстательной железе собственной фиброзной капсулы оказалось мало и уже самъ Freyer²⁾ въ 1906 году пишетъ, что каждая изъ боковыхъ долей предстательной железы окружена ясной фиброзно-мускульной капсулой, эта капсула распространяется черезъ весь органъ, за исключеніемъ передней и задней комиссуръ, гдѣ она въ расщелинѣ между обѣими боковыми долями впереди и позади уретры ис-

¹⁾ Freyer. Brit. med. Jour. 1901. Juli 20.

²⁾ Freyer. Clin. lectur. on enlargement of the prostate. Third edition. 1906. London. p. 36.

чезаетъ. Эта капсула такъ тѣсно связана съ субстанціей предстательной железы, что ни ножомъ, ни ножницами ее отдѣлить нельзя. Предстательная железа, окруженная тѣсно этой собственной капсулой, на периферіи окружена еще второй капсулой — фасціей, которая преимущественно образована fascia recto-vesicalis. Въ этой то наружной фасции — капсулѣ и лежатъ между ея слоями, именно спереди и съ боковъ, проходящая венозная сплетенія.

Такимъ образомъ почти всѣ авторы сходятся въ томъ, что истинной фиброзной капсулы предстательная железа не имѣетъ, а железистая ткань окружена фиброзно-мускульнымъ слоемъ, являющимся продолженіемъ самой межжелезистой стромы, накопляющейся иногда на периферіи органа до ясно выраженной оболочки. Но можно ли эту фиброзно-мускульную оболочку считать за капсулу органа? Freyer, Israel считаютъ, что да. Albarran, Rotschild, Tandler und Zuckerkandl думаютъ, что нельзя.

Rotschild считаетъ, что субстанція подслизистой ткани стѣнки мочевого пузыря и уретры непосредственно переходитъ прямо въ субстанцію предстательной железы, строма предстательной железы, выражаясь схематически, есть простое утолщеніе стѣнки мочевыхъ путей на этомъ мѣстѣ, никакой особенной капсулы между тканью предстательной железы и подслизистой нѣтъ.

Tandler und Zuckerkandl говорятъ, что между отдѣльными железистыми долями находятся мускульныя перегородки, периферія железистыхъ долей покрывается различной толщины слоемъ гладкихъ мускульныхъ волоконъ, тѣмъ слоемъ, который въ видѣ лучей расходится къ пузырю, къ лобковой кости и можетъ быть обозначенъ, какъ поверхностный слой, но не какъ капсула въ тѣсномъ смыслѣ слова. *Капсула предстательной железы въ духѣ анатомовъ представляется: соединяющимися въ соседствѣ съ предстательной железой тазовыми фасциями.*

Вопросъ о томъ, имѣетъ ли нормальная предстательная железа ясно выраженную собственную оболочку, которая изолировала бы ее отъ окружающихъ тканей и тѣмъ давала бы возможность удалить эту железу въ цѣломъ, является въ настоящее время очень важнымъ. Съ цѣлью выяснитъ этотъ вопросъ, я, по предложенію профессора В. Н. Шевкуненко, поступалъ такъ: на трупѣ взрослого человѣка послѣ предварительнаго промыванія мочевого пузыря слабымъ

раствором карболовой кислоты, вскрывалась брюшина полость и затѣмъ вырѣзывался мочево́й пузырь съ предстательной железой, частью прямой кишки, окружающими ихъ фасціями и частями прилегающихъ къ нимъ мышцъ, причемъ уретра перерѣзалась въ перепончатой части. На удаленномъ такимъ образомъ препаратѣ имѣвшаяся часть прямой кишки легко отдѣлялась въ рыхломъ слоѣ кѣтъчатки отъ фасціальной пластинки, покрывающей заднюю поверхность предстательной железы. Затѣмъ черезъ торчащую часть перепончатого отдѣла уретры мочево́й пузырь наполнялся изъ большого металлическаго шприца горячимъ растворомъ желатинны и для избѣжанія обратнаго вытекания раствора отверстіе уретры закрывалось лигатурой. Препарат помѣщался на двое сутокъ въ крѣпкій растворъ формалина, послѣ чего на шарообразно растянута́мъ твердомъ пузырьѣ ясно выступала предстательная железа съ покрывающими ее фасціями и остатками мышцъ, что представляло большія удобства для препаровки.

На приготовленныхъ такимъ образомъ препаратахъ намъ всегда удавалось изолировать только одну фасціальную оболочку железы, причемъ эта оболочка на наружной своей поверхности только сзади была гладка, по бокамъ же и спереди железы—шероховата, съ остатками на ней окружающихъ тканей. При изолированіи этого фасціальнаго покрова мы сравнительно легко могли его отдѣлить на задней, кромѣ средней линіи, и отчасти на боковыхъ поверхностяхъ железы; на передней же поверхности только иногда и то съ большимъ трудомъ; при изолированіи этого покрова всегда приходилось разрывать спайки, иногда довольно крѣпкія, между внутренней поверхностью его и наружной поверхностью железы, которая послѣ этого всегда бывала шероховата, мелко бугриста и напоминала своимъ видомъ туютовую ягоду. Прослѣдить переходъ этого покрова на основаніе или верхушку железы намъ не удавалось, такъ какъ онъ на этомъ мѣстѣ или отрывался или вверху переходилъ на поверхность пузыря. Изолировать какую-либо вторую оболочку „истинную“ железы намъ никогда не удалось. Видѣть вокругъ железы, кромѣ фасціальнаго ея покрова, еще какую-либо гладкую фиброзную оболочку, хотя бы напоминающую фиброзную капсулу почки, намъ также никогда не приходилось. Такимъ образомъ подъ капсулой въ духѣ анатомовъ нужно подразумѣвать „чехоль“ или покровъ, образованный листками тазовой фасціи, которые, прилегая тѣсно къ

железѣ, охватываютъ ее всю за исключеніемъ основанія и верхушки, образуя такимъ образомъ какъ бы простатическое пространство, открытое вверхъ къ пузырю. Я позволю себѣ здѣсь привести цѣлкомъ описание этого покрова, какъ его изображаетъ въ своемъ трудѣ Albarran: „Operative Chirurgie der Harnwege. 1910“. „Простатическій покровъ образуется сзади ароневрозе *prostate-peritoneale*, по бокамъ ароневрозе *laterale prostatae*, спереди тонкимъ листкомъ, такъ называемымъ, *lamina prae-prostatica* и внизу ароневрозе *perineale media*. Ароневрозис *prostate-peritonealis* тянется, какъ продолженіе верхняго листка влагалища *musculi transvers. profundi*, на основаніе предстательной железы, гдѣ онъ расщепляется, чтобы окружить сѣменные пузырьки и конечную часть сѣмяпроводовъ прежде чѣмъ дойти до *recto-vesical'*наго слѣпago мѣшка брюшины. Этотъ листокъ по средней линіи предстательной железы прикрѣпляется крѣпко, въ то время какъ на боковыхъ поверхностяхъ болѣе рыхло. Наоборотъ, его задняя поверхность отъ прямой кишки отдѣляется рыхлой соединительной тканью, легко разрываемою пальцемъ. Боковые листки принадлежатъ къ переднезадней системѣ соединительной ткани, которая иды отъ крестца тянется на прямую кишку и предстательную железу, чтобы прикрѣпиться на задней поверхности лобковой кости. Эти листки въ дѣйствительности расщепляются и содержатъ между собою большія перипростатическія вены, которыя на препарованныхъ трупахъ кажутся сплюснутыми. Внутренній листокъ стоитъ въ соединеніи съ железистой тканью и прикрѣпляется на ней достаточно крѣпко, такъ что отдѣленіе его пальцемъ представляетъ извѣстную трудность; наружный листокъ стоитъ въ соединеніи съ *musculo levator. ani*. Предпростатическій листокъ—это тонкій, отъ верхней поверхности средняго апоневроза идущій листокъ, который въ своей предупредательной части (*ligamentum transv. pelvis*) загибается впереди железы и прилегающаго на этомъ мѣстѣ къ нему *musculi sphincter. urethrae*; этотъ листокъ такимъ образомъ отдѣляетъ предстательную железу отъ венознаго сплетенія, ложно описанаго подъ именемъ *plexus Santorini*. Снизу простатическое пространство ограничено среднимъ промежностнымъ апоневрозомъ, въ дѣйствительности тамъ ничего нѣтъ кромѣ уретрального отверстія и это есть основаніе тому, чтобы только приблизительно можно было говорить о кубической формѣ простатическаго пространства. Какъ расположенная въ немъ железа, контуры которой довольно опредѣ-

ленны, так и простатическое пространство конической формы съ притупленной нижней верхушкой*.

Невольно напрашивается вопрос: можно ли удалить целиком нормальную железу изъ вышеописаннаго ея покрова на трущъ черезъ пузырь? На основаніи моихъ изслѣдованій тупымъ способомъ удалить железу невозможно, при помощи же рѣжущихъ инструментовъ только съ большимъ трудомъ. Съ этимъ согласны и многие авторы: Albarran, Browne, Roberts, Tandler und Zuckerkandl, Taylor, Wallace и др.

Albarran говоритъ: „нормальную железу удалить черезъ пузырь очень трудно“. Tandler und Zuckerkandl, пишутъ: „предстательную железу въ цѣломъ можно выдѣлить только ножомъ, такъ мѣстами она тѣсно связана съ окружающими частями“. Browne, какъ анатомъ, говоритъ: „невозможно вполне удалить предстательную железу, оставляя нетронутыми вены, капсулу, уретру и выбрасывающіе протоки“.

Заклученная въ вышеописанный покровъ, образованный листками тазовой фасціи, предстательная железа своей верхушкой внизу покинтся на musculo trigoni urogenitale, вверху своимъ основаніемъ тѣсно спаяна съ выходомъ мочевого пузыря въ его задней и боковыхъ частяхъ.

Чтобы представить себѣ положеніе предстательной железы въ тазу, мы приведемъ описаніе ея по Waldeyerу: „Передняя поверхность предстательной железы лежитъ позади симфиза лобковой кости, за края котораго она немного заходитъ; ея верхній край достигаетъ въ горизонтальной плоскости по большей части середины симфиза, но можетъ иногда лежать выше или ниже ея; ея верхушка лежитъ нѣсколько ниже (на 0,5 см.) срамной дуги, иногда въ одинаковой плоскости, иногда выше. Между нею и симфизомъ находится plexus venosus pudendalis, отъ срамной дуги она отстоитъ только на 4—8 милл., выше же на 10—12 милл.“ „Вверху шейка мочевого пузыря покинтся на предстательной железе и занимаетъ передніи двѣ трети ея, задняя же треть служитъ ложемъ для сѣменныхъ пузырьковъ и расширеній сѣмявыводящихъ протоковъ, которые тѣсно соприкасаются на предстательной железе. Внизу органъ покинтся на musculo trigoni urogenitale, на покрывающей его тазовой фасціи, тянущейся подъ свободнымъ краемъ musculi levatoris ani. Тамъ гдѣ впереди лежитъ мочевоі каналъ, верхушка предстательной железы проникаетъ въ musculus trigoni urogenitale, волокна котораго, какъ m. sphincter vesical. exter-

pus Henle, продолжаются на переднюю поверхность предстательной железы. Здѣсь такимъ образомъ находится тѣсное соединеніе между предстательной железой и тазовымъ дномъ. Нижний свободный край musculi levatoris ani сбоку подходить немного подъ предстательную железу“... „По бокамъ предстательной железы въ слояхъ ея фасціальной капсулы лежать съ каждой стороны венозныя сплетенія, они занимають особенно верхнюю часть железы и выполняютъ желобъ между ней и мочевымъ пузыремъ. Спереди мы имѣемъ въ такомъ же положеніи plexus pudendalis, который состоитъ изъ непарной средней и двухъ боковыхъ частей, переходящихъ безъ рѣзкихъ границъ въ plexus venos. vesicoprostaticus. Plexus pudendalis сверху и спереди покрываетъ тянущейся отъ пузыря и предстательной железы къ лобковой кости ligamenta et musculi pubovesicalia et puboprostatica. Эти обѣ связи образуютъ вмѣстѣ лежашій слой“... „Здѣсь мы должны еще упомянуть о musculo levatoris ani, нижній край котораго тѣсно прилежитъ къ предстательной железе. Нѣкоторые авторы признають, что отдѣльныя волокна его переходятъ на капсулу предстательной железы“... „Но особенно важно отношеніе задней поверхности предстательной железы къ прямой кишкѣ и именно дѣло идетъ о нижнемъ отрѣзкѣ ея; между стѣнкой прямой кишки и предстательной железой лежитъ здѣсь немного рыхлой, лишенной жира соединительной ткани и тонкая „Prostata kapsel“, такъ что черезъ прямую кишку можно свободно изслѣдовать предстательную железу. Сначала мы ощущаемъ верхушку, затѣмъ ея заднюю поверхность съ боковыми долями и наконецъ основаніе съ ея вырѣзкой и сѣменными пузырьками съ ихъ расширениями“.

Предстательная железа главнымъ образомъ снабжается кровью отъ 1) arteriae genito-vesicales и добавочными вѣтвями отъ 2) arteriae haemorrhoidalis mediae.

Изъ вѣтвей первой arteria prostatica идетъ по боковому апоневрозу и снабжаетъ кровью боковую поверхность железы и arteria vesicalis inferior къ основанію ея. Вѣтви же отъ arteriae haemorrhoidalis mediae снабжаютъ задне-боковые края.

Здѣсь нужно замѣтить, что развѣтвленія перваго порядка расположены внутри фасціальнаго чехла, въ железу же вступаютъ только вѣтви втораго порядка (Albarran).

Вены предстательной железы сильно развиты, какъ внутри, такъ и по окружности; онѣ связаны съ венами сѣменныхъ пузырьковъ, сѣмявыводящихъ протоковъ, мочевого

пузыря и прямой кишки и впадают в *plexus venos. vesico-prostaticus* обѣихъ сторонъ. Этотъ *plexus* самый большой изъ газовыхъ сплетеній, — парный и лежитъ въ углубленіи между мочевымъ пузыремъ и предстательной железой, выполняя его; спереди онъ соединяется съ *plexus pudendal.*, азади съ *plexus haemorrhoidal.* Главный оттокъ крови изъ него черезъ *venam vesical. infer.* въ *venam hypogastricam.*

Спереди предстательной железы, между нею и *ligamentum arcuatum pubis* лежитъ непарный *plexus pudendalis*, сообщающийся, какъ сказано выше, съ *plexus vesico-prostatic.* Эти перипростатическія вены расположены внутри апоневрозовъ и вены, идущія отъ предстательной железы, какъ вены малаго калибра, подобно артеріямъ прободаютъ внутренней листокъ апоневроза (*Albarran*).

Многочисленные лимфатическіе сосуды образуютъ сѣть на задней и нижней окружности предстательной железы, изъ этой сѣти выходятъ четыре главныхъ ствола. Два верхнихъ болѣе тонкихъ идутъ къ лимфатическимъ железамъ на верхней окружности *canalis obturatorii*, а два боковыхъ, одинъ справа, другой — слѣва, болѣе развитыхъ къ *glandulae hypogastricae* (*Waldeyer*). Предстательная железа богата нервами отъ сплетенія симпатическаго нерва и нитями отъ 3 и 4 крестцовыхъ нервовъ.

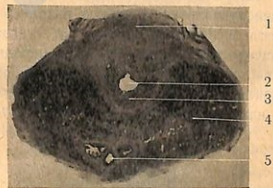
Покончивъ съ общимъ описаніемъ предстательной железы, мы перейдемъ къ описанію строения ея.

Обычно предстательную железу описываютъ въ видѣ каштана съ двумя боковыми долями и иногда съ третьей средней долей, вопросъ о существованіи которой породилъ цѣлую литературу. Еще въ 1806 году *Horne* описалъ третью долю „*Third lobe*“. Въ 1857 году *Thompson* доказалъ, что какъ правило третьей доли въ нормальной железе не существуетъ и назвалъ эту часть *portio intermedia*. *Cruveilhier*, *Mercier*, *Henle*, *Griffith* и другіе согласились съ этимъ. Былъ предложенъ цѣлый рядъ названій для этой доли, такъ: „*Isthmus prostatae*“ (*Huschke*), „*Lobus inferior*“ (*Vidal de Cassis*), „*Portion transversale*“ (*Amussat*), „*Portion mediane*“ (*Cruv*), „*Portion submontal*“ (*Mercier*), „*Lobus pathologicus*“ (*Velpeau*) — цитировано по *Henle*.

Henle называетъ часть железы, располагающуюся впереди выбрасывающихъ протоковъ, между ними и *musculo sphinct. vesicae intern.* „*Comissura posterior*“.

Паншъ, *Таренецкій* считаютъ среднюю долю патологической, съ этимъ соглашается большинство авторовъ. *Toldt*, *Sobotta*, *Bardeleben*, *Krause* указываютъ, что если перешеекъ, особенно у стариковъ, существуетъ въ видѣ выступа, тогда можно говорить о средней—третьей долѣ. *Зерновъ* въ своемъ руководствѣ пишетъ: „железа съ поверхности не дольчата, но всетаки говорятъ о трехъ ея доляхъ—двухъ боковыхъ и средней. Это дѣленіе съ анатомической точки зрѣнія не оправдываемо“.

Дѣйствительно, если мы будемъ разсматривать микроскопически послѣдовательно серію поперечныхъ срѣзовъ отъ основанія нормальной предстательной железы взрослого человека до ея верхушки, то мы увидимъ слѣдующее: сейчасъ же у мѣста выхода мочеиспускательнаго канала изъ пузыря на



Фиг. 1.

Микрофотографія ув. въ $1\frac{1}{2}$ раза. Поперечный срѣзь черезъ всю нормальную предстат. железу 42 лѣтн. мужчины на уровнѣ внутреннего отверстия уретры. Въ центрѣ отверстія уретры (2), вокругъ него периретральная железка (3), расположенная внутри круглаго кольца гладкаго сфинктера, казая и по бокамъ постыднаго подковообразной формы железистая ткань самой предст. железы (4), въ которой видны сѣмывающіеся протоки и сѣменные пузырьки на мѣстѣ ихъ слиянія (5). Спереди поперечно-полосатый сфинктеръ (1).

препаратъ немного кпереди отъ центра отверстія мочеиспускательнаго канала, неправильной кругловатой формы, вокругъ него слизистая съ поперечно-перерѣзанными продольными гладкими мышечными волокнами и съ грубымъ слоемъ маленькихъ периретральныхъ железокъ, не всегда хорошо развитыхъ, вокругъ нихъ довольно правильное кольцо внутреннего гладкаго сфинктера, позади и по бокамъ масса железистой ткани въ видѣ подковы, особенно развитой по бокамъ; спереди мочеиспускательнаго канала концы этой подковы соединяются

волокнами поперечно-полосатой мускулатуры, тѣсно прилегающей къ круговому слою гладкихъ мышечныхъ волоконъ; по средней линіи позади въ этой железистой массѣ видны отверстия поперечно-перерѣзанныхъ сѣмьявыолящихъ протоковъ и сѣменныхъ пузырьковъ въ мѣстѣ ихъ соединенія. Вся железистая подковообразная масса представляетъ одно цѣлое и о какомъ-либо дѣленіи ея говорить нельзя. Спускаясь ниже мы видимъ, что железистая ткань увеличивается въ объемѣ, масса ея накапливается спереди, концы подковообразной формы ея начинаютъ сливаться, уретральное отверстие какъ бы отодвигается къ центру, принимая видъ полудунной щели вогнутой кзади, слой круговыхъ гладкихъ мускульныхъ волоконъ уже не обозначается такъ рѣзко и границы между періуретральными железками и остальной железистой массой теряются, поперечные разрѣзы выбрасывающихъ протоковъ приближаются къ отверстию мочеиспускательнаго канала, находясь по всему своему ходу въ массѣ железистой ткани, не всегда между этими протоками виденъ *sinus prostaticus*; на передней поверхности железы начинается слой поперечно-полосатой мускулатуры. Дойдя до уровня средины сѣменнаго бугорка, мы уже видимъ, какъ железистая ткань образуетъ замкнутое спе-



Фиг. 2.

Тоже. Поперечный сѣзъ черезъ средину сѣменнаго бугорка. Въ центрѣ полудунной формы отверстіе уретры (2). Вокругъ него сплошное кольцо железистой ткани (3). Волокна гладкаго сфинктера неразличимы, періуретральныя железки слились съ остальной железистой тканью. Спереди и сбоку виденъ венозный сосудъ (1).

реди кольцо, слой гладкихъ круговыхъ мышечныхъ волоконъ совсѣмъ уже не обозначается, періуретральныя железки какъ бы слились съ остальной железистой массой, щелевидное отверстие уретры приняло болѣе изогнутую впереди полудунную

форму и этимъ ясно обрисовало поперечный разрѣзъ средины сѣменнаго бугорка съ продольно идущими по немъ перерѣзанными сѣмьявыбрасывающими протоками, обрисовывается картина распредѣленія железистой ткани въ видѣ мелкихъ долекъ съ радіально направленными ихъ выводными протоками къ задне-боковой стѣнкѣ уретры у основанія сѣменнаго бугорка.



Фиг. 3.

Тоже. Поперечный сѣзъ на уровнѣ ниже средины сѣменнаго бугорка. Вокругъ отверстія уретры (3) замѣчаются волокна гладкаго сфинктера и внутри его спереди отъ уретры періуретральныя железки (2). Железистая ткань (4) опять принимаетъ форму подковы. Спереди виденъ венозный сосудъ (1).

Спускаясь ниже уровня средины сѣменнаго бугорка, мы видимъ, какъ железистое кольцо опять какъ бы разрывается спереди, принимая прежнюю свою подковообразную форму и уменьшаясь въ общей своей массѣ; опять система періуретральныхъ железокъ, видимая только впереди уретры, является слегка изолированной отъ остальной железистой ткани посредствомъ гладкихъ круговыхъ мускульныхъ волоконъ, уже не такъ рѣзко очерченныхъ, какъ у начала уретры; поперечнополосатая мускулатура уже обильна и спереди и по бокамъ.

Если мы будемъ разсматривать сѣзъ предстательной железы, произведенные въ сагитальномъ направленіи, то по мѣдиальному разрѣзу увидимъ: почти посрединѣ препарата сверху внизъ проходитъ мочеиспускательный каналъ, съ располагающимися мѣстами непосредственно возлѣ него железками, слегка изгибающаяся кзади; спереди и позади него поперечно перерѣзанный внутренний гладкій сфинктеръ, ясно выраженный только вверху и сзади на мѣстѣ выхода канала изъ мочевого пузыря; впереди уретры предуретральная группа железокъ, расположенная почти противъ сѣменнаго бугорка, и поперечно полосатая мускульныя волокна наружнаго сфинктера; позади уретры

находится главная масса железистой ткани, дѣлящаяся посредствомъ косо-идущихъ сверху и сзади внизъ и впередъ выбрасывающихъ протоковъ, на двѣ части: передне-верхнюю и задне-нижнюю. Позади сѣменного бугорка виденъ sinus prostaticus. По мѣрѣ приближенія срѣзовъ къ боковой поверхности железы и исчезанія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и уретры съ поля зрѣнія, железистая масса сливается въ одно цѣлое безъ всякаго дѣленія на вышеуказанныя части.

Вокругъ железы, или вѣрнѣе вокругъ фибро-мускульнаго слоя, охватывающаго железистую ткань, называемаго англичанами cortex'омъ, располагается чехоль, отсутствующій на основаніи и у верхушки железы, образованный фасціальнымъ покровомъ, состоящимъ изъ фиброзной соединительной ткани съ примѣсью гладкихъ мышечныхъ волоконъ, иногда въ такомъ обильномъ количествѣ и настолько спаяннымъ съ cortex'омъ, что даже трудно сказать, гдѣ кончается одинъ слой и гдѣ начинается другой. Иногда ясно выступающая соединительно-тканная пластинка на границѣ этихъ слоевъ вдружь теряется между слоями мышечной ткани и не можетъ быть прослѣжена на значительномъ протяженіи. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ чехоль состоялъ изъ болѣе рыхлой ткани и расщеплялся какъ бы на два слоя. Въ слояхъ чехла находятся значительныя венозныя полости и мякотные нервные стволы. Такіе же нервные стволы, только болѣе мелкіе, находятся и въ cortex'ѣ.

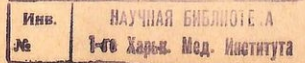
Такимъ образомъ на основаніи изученія поперечныхъ и продольныхъ срѣзовъ черезъ всю предстательную железу (микроскопически изслѣдовано было мною шесть железъ) мы можемъ сказать, что железистая ткань предстательной железы представляется до нѣкоторой степени въ видѣ двухъ группъ—центральной и периферической, — причѣмъ центральная группа болѣе мелкихъ періуретральныхъ железокъ, съ короткими выводными протоками, открывающимися прямо въ уретру, располагаясь по ходу всей простатической части мочеиспускательнаго канала, ограничивается отъ периферической группы болѣе развитыхъ железокъ круговымъ слоемъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, между которыми иногда также попадаютъ мелкія железки, слоемъ ясно выраженнымъ у выхода уретры изъ пузыря, слабо выраженнымъ ниже у верхушки железы и особенно плохо различимымъ на уровнѣ средины сѣменного бугорка, вслѣдствіе обильнаго прободенія его здѣсь сѣмявыбрасывающими и выводными протоками железы. Периферическая же группа образуетъ

собственную железистую ткань предстательной железы; представляя одну общую железистую массу, она на основаніи предстательной железы подковообразно окружаетъ мочеиспускательный каналъ сзади и съ боковъ, накопляясь въ передне-боковыхъ своихъ отдѣлахъ, а на уровнѣ средины сѣменного бугорка охватываетъ уретру почти полнымъ кольцомъ; спускаясь внизъ, она уменьшается въ объемъ, опять окружая уретру только сзади и съ боковъ и наконецъ сходитъ на нѣтъ. Спереди концы этой железистой массы какъ бы скрѣпляются поперекъ идущія отъ одного конца къ другому волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ, накопляющіяся книзу и у верхушки железы уже охватывающія ее спереди и съ боковъ. Фибро-мускульный слой, распредѣляясь между отдѣльными железами, увеличивается въ количествѣ между дольками, придавая имъ радиальное расположеніе, съ верхушками, направленными къ основанію сѣменного бугорка, и наконецъ продолжается на периферію, образуя мѣстами значительное утолщеніе на ней, мѣстами же едва прикрывающая железистую ткань. Сѣмявыбрасывающіе протоки, начинаясь въ железахъ въ срединѣ верхне-задняго края ея направляются къ верхушкѣ сѣменного бугорка, идя въ самой массѣ железистой ткани.

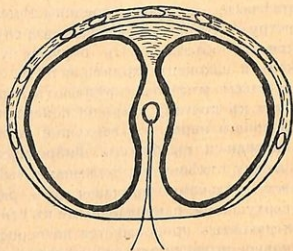
Такимъ образомъ периферическая группа железъ до известной степени изолированная отъ центральной группы, какъ предложилъ дѣлить ихъ Albarran, представляетъ у взрослого человѣка одну общую массу и для дѣленія ея на доли нѣтъ данныхъ. Къ этому выводу пришли и многіе авторы, изучившіе расположеніе железистой ткани въ предстательной железахъ (Hentle, Albarran, Motz, T. Walker, Bingham and Shuttleworth, Lendorf).

Поэтому намъ представляется непонятнымъ описаніе строенія железы Freyer'омъ 1): онъ говоритъ: „железа въ дѣйствительности представляетъ парный органъ; у нѣкоторыхъ низшихъ животныхъ она остается таковой на всю жизнь, въ то время какъ у человѣка только въ первые четыре мѣсяца развитія плода она раздѣлена; позднѣе обѣ железы сливаются, внутренне края ихъ спаиваются, за исключеніемъ части, которая окружаетъ уретру“... „каждая изъ этихъ железъ окружена ясно фиброзно-мускульной капсулой“... „мочевой каналъ окруженъ „true capsule“ и внутренней поверхностью обѣихъ железистыхъ

1) Freyer. Clin. lect. on enlarg. of the prostate. 1906. London. p. 36.



частей "... сѣмывабрасывающіе протоки вливаются близко другъ возлѣ друга, протекая по внутренней поверхности боковыхъ долей въ междолевой соединительной ткани безъ того, чтобы



Фиг. 4.

Схемат. рисунокъ по Freyergy.

Видны двѣ боковыя доли железы, заключенныя каждая въ своей собственной капсулѣ и кромѣ того еще въ общемъ фасциальномъ чехлѣ. Между долями проходитъ уретра съ спадающими въ нее сѣмывабрасывающими протоками.

прободать истинную капсулу (true capsule)*. Такого изолированного положенія железистой ткани въ видѣ двухъ долей, окруженныхъ каждая въ отдѣльности фибринозно-мускульной оболочкой съ междолевой соединительной тканью и проходящими въ ней сѣмывабрасывающими протоками, мнѣ ни разу не удалось видѣть на срѣзахъ нормальныхъ железъ у взрослыхъ людей.

Изъ исторіи же развитія железы извѣстно, что на 4-мъ мѣсяцѣ утробной жизни плода она дѣйствительно состоитъ изъ двухъ боковыхъ массъ, но извѣстно также и то, что уже въ слѣдующемъ мѣсяцѣ обѣ боковыя части сливаются въ одну железистую массу (Kölliker).

Marquis ¹⁾ хотя и описываетъ предстательную железу въ видѣ двухъ ясно раздѣленныхъ боковыхъ долей, особенно выраженныхъ у ея основанія, соединенныхъ фиброзной тканью съ прободающими ее сѣмывабрасывающими протоками, но и онъ говоритъ, что въ промежуткахъ этой соединительной ткани

¹⁾ Marquis. Revue de Chirurgie. 1910. № 12.

выше сѣмного бугорка находятся островки железистой ткани, а на уровнѣ его обѣ доли даже соединены тонкой железистой спайкой. Становится яснымъ, что анатомически никакого дѣленія на доли железистой ткани не существуетъ, если же можно говорить о доляхъ железы, то только въ видахъ практическихъ удобствъ.

Такъ называемую „среднюю долю“ т. е. часть железы, расположенную спереди сѣмывабрасывающихъ протоковъ, между ними, дномъ мочевого пузыря и мышечнымъ слоемъ, окружающимъ начало простатической части уретры, лучше всего обозначать, какъ предлагаетъ Albarran—pars praespermatica, признавая за ней только значеніе спайки, связывающей обѣ боковыя железистыя части. Увеличеніе же этой пресперматической части, какъ бы въ видѣ отдѣльной доли, нужно считать за патологическое явленіе.

Несмотря на все вышесказанное Tandler und Zuckerkandl на основаніи эмбриологическихъ данныхъ и расположенія железокъ съ ихъ выводными протоками предлагаютъ всетаки дѣлить предстательную железу на двѣ симметрическія периферическія доли, на расположенную между ними среднюю долю и маленькую переднюю долю.

Благодаря работамъ Tourneaux, Michalkovicz, Kuznitsky, Regnault'a, Ewat'a и особенно Pallin'a мы имѣемъ данныя о развитіи предстательной железы. Pallin ¹⁾ пишетъ: „простатическая железа у человѣческаго эмбриона на 3-мъ мѣсяцѣ образуется черезъ отшнурованіе солидныхъ продольныхъ складочекъ на наружной сторонѣ эпителиальной стѣнки уретры. Различаютъ три группы железокъ: 1) краниально отъ полового тѣла лежащія—дорзальныя, 2) каудально отъ него расположенныя—дорзальныя и 3) вентральныя... Обѣ первыя группы происходятъ изъ простатической борозды. Отъ краниально-дорзальныхъ образуется главная масса основанія предстательной железы, „lobus tertius“ образуется не изъ самостоятельныхъ железокъ, но изъ развѣтвленія краниальныхъ железокъ, которыя, разрастаясь къ средней линіи, обуславливаютъ образованіе этой части железы. Каудально-дорзальные зачатки образуютъ боковыя и заднія части боковыхъ долей. Вентральные зачатки занимаютъ вначалѣ большую часть пе-

¹⁾ Pallin. „Beiträge zur Anatomie und Embriologie der Prostata und der Samenblase“. Archiv für Anatomie und Entwicklungsgeschichte 1901.

редней стѣнки, но ихъ число на 4-мъ мѣсяцѣ уменьшается и они образуютъ тогда по средней линіи переднюю долю, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ уменьшеніе ихъ идетъ до полной атрофіи этой доли*.

Относительно того же „lobus tertius“ Pallin говорить, что образованія этой части изъ самостоятельныхъ железокъ ни разу не было видно, наоборотъ, отъ самыхъ большихъ железокъ правосторонней группы отходить вѣтвь, которая расширяется между сѣмывыбрасывающими протоками и шейкой пузыря, образуя родъ спайки.

Нужно согласиться, что это описание схематическое и другіе авторы (Michalkovicz, Kuznitzky) не рисуютъ столь ясной картины и даже нѣкоторые указываютъ на трудность вообще рѣшить вопросъ, происходитъ ли предстательная железа изъ эпителиальной стѣнки уретры, или, какъ думаютъ G. Walker и Mullin, изъ Вольфовыхъ ходовъ. Что же касается дѣленія железистой ткани на доли по положенію выводныхъ протоковъ, то ввиду сложности строенія предстательной железы и разногласія авторовъ по этому вопросу, какъ увидимъ ниже, въ нормальной железнѣ взрослого человѣка, гдѣ вся железистая масса представляетъ одно цѣлое, трудно представить себѣ такое дѣленіе на доли, какъ предлагаютъ Tandler und Zuckerkandl.

Всѣ авторы, изучавшіе предстательную железу, указываютъ, что строеніе нормальной железы взрослого человѣка представляеть большое разнообразіе, то превалируетъ железистая ткань, то строма ея въ видѣ мышечной или фиброзной ткани. Rüdinger и G. Walker считаютъ, что иногда железистая ткань съ выводными протоками составляетъ $\frac{3}{4}$ всего органа, по Kölliker'у железистая субстанція образуетъ $\frac{1}{2}$ или $\frac{1}{3}$ всего органа.

Число железокъ по количеству отверстій выводныхъ протоковъ ихъ также разнообразно:

Svetlin считаетъ ихъ отъ 15 до 32, Kölliker—30—50, Hessling—15—16, Luschkа—16—25, Jversen—12—15, Beaunis et Bourhard—30, Гиртль—22—32 (цитировано по Ляховскому).

Riolan считалъ 3 отверстія на каждой сторонѣ отъ сѣмненного бугорка, Jarjaуа—7—8 на каждой сторонѣ отъ него. Sarpey доказалъ, что въ каждое отверстіе открывается 3—4 протока, что даетъ 40—50 железъ (цитировано по Albarran'у).

Железки эти изливаются черезъ выводные протоки, открывающіеся преимущественно на задней и боковой поверхностяхъ уретры вокругъ сѣмненного бугорка, но нѣкоторые и на передней стѣнкѣ его (Pallin). Henle описываетъ два главныхъ большихъ выводныхъ протока, которые преимущественно берутъ начало у основанія железы и открываются по бокамъ сѣмненного бугорка, каждый изъ нихъ принимаетъ впереди короткую вѣтвь, которая окружаетъ уретру и выводитъ секретъ изъ впереди лежащихъ долекъ; болѣе тонкіе протоки числомъ около 7 проробаютъ слизистую у подножія сѣмненного бугорка. Grifits нашель на задней стѣнкѣ уретры выше сѣмненного бугорка устья железокъ, образующихъ группу отъ 10 до 12 и хотѣль видѣть въ этихъ железкахъ даже изолированную среднюю долю, но Albarran думаетъ, что эти железки представляютъ подшеечную группу, расположенную внутри сфинктера и должны быть отнесены къ уретральнымъ железкамъ. Подобныя же устья существуютъ и на передней стѣнкѣ уретры, ихъ также нельзя описывать какъ отверстія дѣйствительныхъ простатическихъ железокъ. Къ этой группѣ уретральныхъ железъ нужно отнести и описанныя Henle, существующія въ самомъ сѣмнномомъ бугоркѣ добавочныя простатическія железки, состоящія изъ маленькихъ пузырьковъ. Testut указываетъ, что большіе простатическіе протоки исходятъ изъ задней части предстательной железы, но еще большіе изъ боковыхъ частей, самые же маленькіе существуютъ и на передней стѣнкѣ. На сѣмнномомъ бугоркѣ открывается и sinus prostaticus по Шевкуненко всегда существующій, а по многимъ изслѣдованіямъ иногда совершенно отсутствующій. Этотъ органъ, подробно описанный Rüdinger'омъ, представляетъ собою полость со славившимся стѣнками, очень разнообразной формы; сдвинутый спереди назадъ въ своемъ верхнемъ отдѣлѣ и представляющій щель въ сагитальномъ направленіи въ своей нижней части; иногда длина его достигаетъ до 1,2 см. По бокамъ сѣмненного бугорка изливаются сѣмывыбрасывающіе протоки, иногда открывающіеся и въ полость sinus prostatici, эти протоки, войдя въ ткань железы, конвергируютъ по направленію впереди, имѣя на поперечномъ разрѣзѣ овальную форму, проходить по бокамъ sinus prostatici, а иногда даже въ стѣнкѣ его, постепенно суживаясь. Вся эта железистая ткань заключена въ строма, состоящую изъ гладкихъ мускульныхъ волоконъ и соединительной ткани съ примѣсью эластическихъ волоконъ. Мускульныя волокна по Штёру

составляють четвертую часть всей железы. „Ни один железистый орган не содержит такого количества мускульных волоконъ на такомъ ограниченномъ пространствѣ, какъ предстательная железа“, говоритъ Rüdinger. „Эти мускульныя волокна, образуя цѣлыя пласты, если sinus prostaticus сильно развитъ, отходятъ отъ стѣнокъ его, какъ отъ центра, расходясь къ покрывающему предстательную железу слою, съ которымъ они тѣсно соединяются; тамъ, гдѣ онъ плохо развитъ, для этихъ пластовъ служить центромъ свободная отъ железистой ткани область, преимущественно собранная изъ фронтально проходящихъ слоевъ, частью же исходнымъ пунктомъ служатъ слои, окружающіе уретру“. Всѣ эти мускульныя пласты связаны въ одно цѣлое, какъ въ центрѣ, такъ и на периферіи, представляя собою систему перегородокъ, въ пространствѣ между которыми лежатъ железистыя ацины и ихъ выводные протоки. Мускульныя волокна подходятъ къ самому эпителиальному слою, tunicae propriae—нѣтъ (Rüdinger, Kölliker, Штеръ), хотя нѣкоторые авторы признають ee (Henle). G. Walker: мускульныя волокна подходятъ къ самымъ эпителиальнымъ клѣткамъ, разединены отъ нихъ только капиллярами и membrana basilarе, но въ иныхъ мѣстахъ появляется между ними и соединительная ткань. Эпителій, выстилающій эти железистыя полости, иногда однослойный, а иногда многослойный, но чаще приходится встрѣчать однослойный высокій цилиндрической, съ ясно выраженнымъ ядромъ у его основанія и круглыми замѣщающими его клѣтками по периферіи.

Kга use пишетъ: „эпителій цилиндрической и между крѣпко сидящими концами двухъ клѣтокъ вставлены круглыя или конусообразныя замѣщающія клѣтки“. Langerhans описываетъ во всѣхъ железистыхъ пузырькахъ двухслойный эпителій, а въ большихъ простатическихъ протокахъ эпителій подобенъ эпителию уретры въ его простатической части, т.е. многослойный. Эпителій sinus prostatici и сѣмявыбрасывающихъ протоковъ многослойный, цилиндрической, напоминающій эпителій самихъ железокъ.

Железистыя ходы вѣтвятся на подобіе тубуло-ацинозныхъ железъ; просвѣты этихъ вѣтвящихся трубочекъ чрезвычайно измѣнчивъ и стѣнки ходовъ часто образуютъ складки и снабжены щеткообразными возвышеніями, состоящими почти изъ одного эпителія, относительно высокаго (Kölliker).

Въ просвѣтахъ железокъ и ихъ протоковъ часто встрѣчаются слоистыя камешки, различной величины, иногда въ очень

обильномъ количествѣ, заполняя совершенно просвѣтъ ихъ. Кромѣ того на срѣзахъ часто встрѣчаются кисты, различной величины, съ жидкимъ содержимымъ.

Кровеносныя сосуды предстательной железы многочисленны вокругъ железистыхъ элементовъ цѣлыя сплетенія капилляровъ. Подслизистая богата венозными сосудами.

Лимфатическія сосуды предстательной железы сильно развиты, они идутъ вокругъ каждой железки, sinus prostatici и сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и собираются на периферіи железы. Простатическая часть уретры также обильно снабжена ими (Caminiti).

Множество нервовъ образуетъ въ предстательной железе широкопетлистое сплетеніе, заключающее нервныя клѣтки; волокна переходятъ въ концевыя аппараты (Штеръ).

Обиліе мышечной ткани въ этомъ железистомъ органѣ дало поводъ думать, не играетъ ли предстательная железа, въ виду ея тѣснаго соприкосновенія съ мочевымъ пузыремъ и уретрой, роль аппарата, замыкающаго мочевого пузыря, защитникомъ чего является Harrison.

По позднѣйшимъ изслѣдованіямъ G. Walker'a ¹⁾ мускулатура предстательной железы хотя и происходитъ изъ продольнаго слоя уретры и круговаго слоя мочевого пузыря, все-таки должна быть разсматриваема какъ нѣчто самостоятельное, а не какъ часть мускулатуры пузыря или уретры. G. Walker считаетъ внутренній гладкій сфинктеръ и наружный поперечнополосатый сфинктеръ (по Henle) за одинъ musculus prostaticus; онъ говоритъ, что основаніе предстательной железы окружено толстой мускульной массой, волокна которой проходятъ частью продольно, частью кольцеобразно, частью косо, отъ этой массы идетъ отростокъ между обѣими половинами железы спереди и сзади, значительный же пластъ отходитъ на поверхность железы, чтобы покрыть ея переднюю, заднюю и боковыя части. Срединный задній пластъ распространяется до верхушки железы и тамъ расширяется на ея поверхности, отъ этого мускульнаго отдѣла и проникаютъ перегородки въ железу и окружаютъ дольки въ кольцеобразномъ и продольномъ направленіи. Этотъ мускуль, состоящій изъ двухъ слоевъ, расположенъ такъ, что каждая долька можетъ быть сама по себѣ сжата и въ то же

¹⁾ G. Walker. Archiv für Anatomie und Entwicklungsgeschichte. 1899. S. 313.

время возможно уменьшение и всей железы в цѣломъ. Непіе считается, что слой поперечныхъ волоконъ позади уретры образуетъ исходный пунктъ мускуловъ стромы, которые, расходясь казди и къ бокамъ, дѣлятъ железу на конусовидныя дольки, верхушкой обращенныя къ уретрѣ.

Взглядъ на мускулатуру предстательной железы многихъ авторовъ различенъ, многіе даже не признаютъ существованія истиннаго сфинктера пузыря (Guthrie, Taylor, Bedford, Haucocck, Griffiths; авторы приведены у G. Walker'a). Но большинство авторовъ считаютъ за внутренней гладкій сфинктеръ утолщеніе циркулярныхъ волоконъ вокругъ внутреннего отверстия уретры. По Waldeyerу начальная часть уретры находится въ стѣнкѣ мочевого пузыря; онъ ее называетъ pars intramuralis urethrae, и мускулатура этой части образуетъ annulus urethralis. Несмотря на разногласіе, все же въ предстательной железѣ можно различать три слоя гладкихъ мышцъ: два періуретральныхъ, внутренний—продольный и наружный—круговой, и разсѣянныя волокна въ самой железѣ, образующія вмѣстѣ съ соединительной тканью и эластическими волокнами строму ея, и слой поперечно-полосатыхъ волоконъ, находящихся вверху только спереди, а внизу и по бокамъ железы. Вся эта мускульная ткань представляетъ одно цѣлое съ железистой тканью. Изолировать железистую ткань отъ мускулатуры уретры нѣтъ возможности. „Во многихъ железахъ железистыя кѣтки такъ близко подходятъ къ уретрѣ, что отъ стѣнокъ ея ничего не остается, какъ только тонкій слой подслизистой ткани“, говоритъ G. Walker. Вверху гладкая мускулатура предстательной железы находится въ непосредственной связи съ таковою же мочевого пузыря, внизу же поперечно-полосатая мускулатура съ таковою же перепончатой части уретры, съ которыми ни анатомически, ни физиологически разъединена не можетъ быть (Waldeyer). Пучки гладкой мускулатуры предстательной железы разсѣяны и въ покрывающей ее фасціи. Благодаря этой мускулатурѣ предстательная железа находится въ тѣснѣйшей связи съ окружающими ее частями.

Такая тѣсная связь предстательной железы съ мочевыми путями и заставляла думать о ея участіи въ актѣ мочеиспусканія, но въ настоящее время можно считать доказаннымъ принадлежность ея къ половымъ железамъ, такъ какъ видѣлемый ею секретъ возбуждаетъ подвижность сѣменныхъ нитей (Fürbringer, G. Walker), отрицать участіе ея мускулатуры

въ актѣ мочеиспусканія на основаніи вышеуказанной тѣсной связи ея съ мочевымъ пузыремъ и уретрой однако также нельзя. Въ томъ обстоятельствѣ, что предстательная железа послѣ кастраціи атрофируется и ея мышечная ткань замѣняется соединительной тканью, тоже хотятъ видѣть принадлежность ея къ половому, а не къ мочевому аппарату (G. Walker).

II.

Измѣненія въ железѣ при, такъ называемой, гипертрофіи ея.

Какъ обыкновенно думаютъ, въ старческомъ возрастѣ предстательная железа увеличивается въ объемѣ сравнительно съ среднимъ возрастомъ, но возможно ея уменьшеніе и даже атрофія.

Я произвелъ измѣреніе 60 железъ, взятыхъ на трупахъ. Прилагаемая при семъ таблица показываетъ среднюю цифру величины железы по возрастамъ и по этимъ даннымъ можно говорить только о едва замѣтномъ увеличеніи ея въ старческомъ возрастѣ.

Возрастъ.	Ширина.	Длина.	Передне-задн. разм.	
Отъ 40—50 л.	3,9 см.	3,5 см.	2,4 см.	20 случаевъ.
" 50—60 "	3,8 "	3,4 "	2,5 "	24 "
" 60—70 "	3,9 "	3,5 "	2,5 "	12 "
" 70—80 "	4,0 "	3,5 "	2,5 "	2 "
" 80—90 "	4,0 "	3,5 "	3,0 "	2 "

Thompson на трупахъ людей за 60 лѣтъ. нашель предстательную железу гипертрофированную въ 34%. Изслѣдья микроскопически увеличенную старческую железу, авторы находили столь разнообразную картину, что установить типъ ея строенія до сихъ поръ не удастся. Какъ обычное явленіе въ старческомъ возрастѣ, железистая ткань гибнетъ, кѣтки ея атрофируются, эластическія волокна и иногда мышечная ткань уменьшаются въ количествѣ, соединительная же ткань наоборотъ увеличивается (Ястребовъ). Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ железистая ткань преобладаетъ въ предстательной железѣ, располагаясь въ видѣ различной величины узловъ, видимыхъ даже простымъ глазомъ въ центральной части ея, нарушая тѣмъ болѣе или менѣе правильное дольчатое строеніе ея. Послѣднія формы достигаютъ иногда значительной величины, измѣняя видъ самой железы и придавая ей совершенно новую шарообразную форму.

Между этими двумя крайними формами строения железы существует масса переходных. Это разнообразие картин заставляло многих авторов задаться вопросом: что же следует подразумевать под гипертрофией предстательной железы с патолого-анатомической точки зрения?

Но чтобы разобраться в этом вопросе, нужно заметить, что часто клинические явления, характеризующая так называемую „гипертрофию“ предстательной железы и известные под именем простатизма, и патолого-анатомические картины не совпадают друг с другом; известно, что иногда значительное увеличение предстательной железы не вызывает явлений простатизма и случайно обнаруживается на вскрытии трупа, и наоборот, при неувеличенной предстательной железе, но даже и при ее уменьшении.

а) Литературный обзор.

Guon¹⁾ считал, что больные, которых обыкновенно называют „простатиками“, все одержимы больше или меньше сильной гипертрофией предстательной железы и симптомы их страданий находятся в непосредственной зависимости от этого явления; сама гипертрофия предстательной железы представляет лишь один из того множества патогенных факторов, из которых складывается болезнь; изучение патолого-анатомических изменений одной лишь предстательной железы не дает нам достаточных объяснений симптомов данного заболевания; истинная причина гипертрофии предстательной железы состоит в перерождении сосудов; сущность простатизма складывается из двух моментов: склероза и гиперемии. Так думал Guon. Дальнейшие исследователи не находили склероза сосудов, как обязательного явления при гипертрофии предстательной железы и поэтому взгляд Guon'a считается теперь оставленным.

Н. Thompson²⁾ говорит об увеличении во всех тканях, существующих в нормальной железе, причем различает четыре формы:

- 1) равномерное увеличение всех составных тканей органа,
- 2) преобладание увеличенной стромы над железистой тканью,
- 3) преобладание увеличенной железистой ткани над стромой,

¹⁾ Guon, Клиника болезни мочевого пузыря и предстательной железы. 1896 г.

²⁾ Н. Thompson. The diseases of the prostate. 1868.

4) группировка той и другой ткани в формы опухолей, причем в этих опухолях всегда находилась железистая ткань; последняя форма встречалась в $\frac{3}{4}$ увеличенных желез.

По Lannois под гипертрофией нужно понимать только узловатые формы, по строению своему „adeno-fibro-myomes“, или „fibromes glandulaires“.

Socin¹⁾ пишет: „гипертрофия“ предстательной железы есть имя собирательное, под которым подразумевают различные процессы, не воспалительного характера и не злокачественное новообразование (carcinoma, sarcoma), но и не простую гипертрофию, а „Geschwulstbildung“. С этим взглядом соглашается теперь большинство авторов.

В большинстве учебников принято описание миоматозной и железистой форм новообразования. Некоторые добавляют и смешанные формы (Socin, Orth). Casper говорит о миоматозной, ограниченной или узловой гипертрофии простаты; о гипертрофии фибромиоматозной, разлитой и железистой гипертрофии; к нему присоединяется F r i s c h. Что касается частоты этих форм, то на миоматозную форму уже со времени Вирхова смотреть как на очень редкую форму, считая значительное участие мускульной ткани в гипертрофии за позднейшую стадию развития ее, вследствие гибели железистой ткани. Вирхов говорит: „по моему мнению начало процесса, как правило, в железистых частях, а участие стромы присоединяется уже потом“.

Jores при своих исследованиях уже ни разу не видел настоящих миом, и специально исследуя гипертрофию так называемой „средней доли“ находил разроение железистой ткани.

Дальнейшие исследователи отмечают уже обилие железистой ткани в гипертрофированных предстательных железах, так Albarran et Hallé²⁾ различают уже три анатомических формы, при чем на 100 исследованных желез они нашли: чисто железистых — 32 случ., смешанных — 51 случ., чисто фиброзных только — 3 случ. (в остальных 14 случаях они видят эпителию, переход в злокачественное новообразование), и считают, что первично поражается железистая ткань, явления же в строме вторичны. При этом они говорят, что если рассматривать аденому, как доброкачествен-

¹⁾ Socin und Burckhardt. Deutsche Chirurgie. Lief. 53, 1902.

²⁾ Albarran et Hallé. Annal. d. malad. d. org. génito-urinaires. 1900.

ную опухоль, развивающуюся в видъ нормальной железистой ткани безъ атипической пролиферации эпителия, то большинство гипертрофированныхъ предстательныхъ железъ входитъ въ отдѣлъ такъ называемыхъ аденомъ.

Что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ аденоматознымъ разрощеніемъ ткани, на это указываетъ цѣлый рядъ авторовъ, изслѣдовавшихъ железы, взятые на трупахъ, такъ и особенно изслѣдовавшихъ железы удаленныя оперативнымъ путемъ на живыхъ (Jores, Motz et Perearnau, Titze, Wallace, Richardson, Daniel, Lloyd, Thomas, A. Thomson, Tzunoda, Runge, Lissauer, Bingham and Schuttleworth, Pilcher, Upcott, Freyer, Cahn, Veszprémi, Marion, Marquis, Lendorf, Nogueira и др.

Motz et Perearnau ¹⁾, производившіе изслѣдованіе на трупномъ матеріалѣ, пришли къ заключенію, что обычно наблюдаемые узлы—сфероидальныя тѣла, *corps spheroides*—(франц. авторовъ) состоятъ изъ новообразованія железъ и мускуловъ, но иногда они наблюдали и чистыя аденомы; они даютъ и описание образованія этихъ сфероидальныхъ узловъ: „въ началѣ эти новообразованія представляются въ формѣ собранія нѣсколькихъ слѣпыхъ мѣшечковъ, наполненныхъ эпителиемъ и окруженныхъ стромой болѣе толстой, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Группы болѣе организованныя представляютъ слѣпые мѣшечки, съ центральнымъ просвѣтомъ и выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ. Новообразованіе железистыхъ слѣпыхъ мѣшечковъ происходитъ обычнымъ способомъ—почкованіемъ. Первая фаза почкованія состоитъ въ появленіи внутри слѣпого мѣшечка ворсинокъ, которыя сливаются съ другими и подраздѣляютъ первичный мѣшечекъ на нѣсколько новообразованныхъ слѣпыхъ мѣшечковъ. Разростаніе железистой ткани сопровождается обыкновенно реакціей соединительно-мускульной стромы, которая, гипертрофируясь, проникаетъ между слѣпыми новообразованными мѣшечками и ихъ раздѣляетъ. Эти прорастанія железистой и соединительно-мускульной ткани вмѣстѣ и образуютъ сфероидальныя тѣла, болѣе или менѣе развитыя. Появленіе этихъ аденомиомъ вызываетъ сдавленіе и вытяженіе въ длину слѣпыхъ мѣшечковъ, которые ихъ окружаютъ, эти то атрофированные слѣпые мѣшечки и образуютъ вокругъ сфероидальныхъ тѣлъ широкія щели, что дѣлаетъ вылученіе ихъ столь легкимъ. Въ

¹⁾ Motz et Perearnau. *Annal. d. malad. d. org. genito-urinaires*, 1905.

чистыхъ аденомахъ способъ почкованія тотъ же, разница только въ томъ, что отсутствуетъ реакція со стороны стромы. Новообразованные слѣпые мѣшечки отдѣляются тонкими прослойками рыхлой соединительной ткани“.

Runge ¹⁾ изслѣдовалъ 29 железъ и нашелъ въ 22 случаяхъ аденому, причемъ дѣлится ихъ на три типа: 1) *adenoma papillare intracanalicul.* 2) *fibro-adenoma papillare intracanalicul.* 3) *adenoma tubulare.*

Tzunoda ²⁾ указываетъ, что при, такъ называемой, гипертрофій предстательной железы подразумеваютъ очень разнообразныя анатомо-гистологическія формы, дѣлится гипертрофированныя предстательныя железы по строенію ихъ узловъ на чисто железистыя и фибрино-железистыя формы, а иногда переходъ ихъ и въ чисто фиброзныя формы—фибромы. Наняче встрѣчается железистая деформация, съ переходомъ отъ мѣшеччатой къ трубчатымъ формамъ: эти железистыя деформации имѣютъ одно или много-слойный цилиндрической или кубической эпителий, протоплазма его слегка зернистая, круглыя ядра богаты хроматиномъ. Ядра обнаруживаютъ фигуры дѣленія. На основаніи своихъ изслѣдованій (21 случ.) онъ пришелъ къ слѣдующему заключенію: при, такъ называемой, гипертрофій предстательной железы дѣло идетъ о родѣ струмы, аденоматозномъ образованіи. Можно различать: *struma glandularis, fibro-glandularis, fibro-myoglandularis, рѣже fibrosa, fibro-myomatosa, cystica et carcinomatosa.* Первая стадія—есть образованіе аденомы, но эта железистая гипертрофія часто сопровождается вторичнымъ фибрознымъ, фибрино-мускульнымъ или кистовиднымъ перерожденіемъ. Расширеніе и задержка секрета въ железахъ въ начальной стадіи не играютъ никакой роли, но въ позднѣйшихъ стадіяхъ они обусловлены недостаточнымъ развитіемъ выводныхъ протоковъ новообразованныхъ железъ и вторичной атрофіей отъ сдавленія уже существующихъ выводныхъ протоковъ“.

Lissauer ³⁾ изслѣдовалъ 32 железы въ возрастѣ отъ 1 года до 73 лѣтъ, при чемъ 17 гипертрофированныхъ, и пишетъ: „многіе авторы говорятъ уже о патологическихъ явленіяхъ, если находятъ железистыя трубочки въ значительной степени расширенными, но надо помнить о возможномъ физиоло-

¹⁾ Runge. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, 1909. Bd. XX.

²⁾ Tzunoda. *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1910, Bd. 9.

³⁾ Lissauer. *Virchows Arch.*, Bd. 204, 1911. S. 220.

гическомъ расширеніи* (авторъ нашелъ расширеніе железъ въ 3-хъ случаяхъ у дѣтей въ возрастъ отъ 1 года до 5 лѣтъ)... „довольно правильное расположеніе железокъ въ нормальной предстательной железѣ, при, такъ называемой, гипертрофій нарушается и сильно расширенныя железки часто бросаются въ глаза; при первомъ взглядѣ получается впечатлѣніе гиперплазии, но при болѣе близкомъ изслѣдованіи въ подэпителиальной ткани находимъ значительныя измѣненія; въ нормальныхъ железахъ находимъ вокругъ железокъ красивый правильно расположенный мускульный слой, въ „гипертрофированныхъ“ же органахъ находимъ часто довольно широкія кольца соединительной ткани, которая по богатству ядрами очень различна, мускулатура сдавлена, иногда имѣются только ея остатки, а иногда она и совсѣмъ исчезаетъ“... „эпителий часто цилиндрической, не смотря на то, что железистыя пространства содержатъ много конкрементовъ и секрета. Это обстоятельство, кажется мнѣ, указываетъ на то, что эпителий принимаетъ участіе въ опухолеобразномъ ростѣ“... „Vorst принимается для аденомы, что соединительная ткань слѣдуетъ за эпителиемъ и Henle, что для аденомы можно принять обозначеніе фибро-эпителиальной опухоли“... „Состояніе эпителия, какъ и расположенной подъ эпителиемъ соединительной ткани говоритъ за образованіе аденомы или цистоаденомы; болѣе сильное развитіе соединительной ткани ведетъ къ образованію фибро-аденоматозной формы гипертрофій“.

Если къ этому мы прибавимъ изслѣдованія авторомъ пользовавшихся матеріаломъ уже взятомъ на живыхъ, страдавшихъ тѣмъ заболѣваніемъ, которое называется гипертрофій предстательной железы, то здѣсь уже нѣтъ разногласія, всѣ признаютъ разрощеніе железистой ткани. (Cahn, Veszprémi Urcott, Pilcher. Cahn изслѣдовалъ 40 железъ, Veszprémi 37 жел., Urcott 33 жел., Pilcher 23 жел.). Вопросъ только въ томъ: считать ли эти узловыя разрощенія железистой ткани за истинное новообразованіе—аденому или за гиперплазію съ гипертрофій, или всѣ явленія въ предстательной железѣ считать результатомъ бывшихъ здѣсь процессовъ воспаленія, какъ это дѣлаетъ Ciechanowsky¹⁾. Не занимаясь столь сложнымъ вопросомъ о патогенезѣ гипертрофій предстательной железы, мы позволимъ себѣ вкратцѣ остановиться на литера-

¹⁾ Ciechanowsky. Mitteilungen aus den Grenzgeb. d. Medic. und Chirurgie, 1901. Bd. 7.

турныхъ данныхъ по поводу теорій Ciechanowsky. Hering, Daniel, Ballenger защищаютъ воспалительную теорію происхожденія гипертрофій предстательной железы. Standon присоединяется къ этому взгляду, но въ рѣдкихъ случаяхъ указываетъ и на существованіе новообразованій въ железѣ.

Герценъ придерживается того мнѣнія, что измѣненія при гипертрофій предстательной железы имѣютъ воспалительно-подобный характеръ, но допускаетъ въ рѣдкихъ случаяхъ и существованіе аденомъ. Rothschild, Thomas допускаютъ воспалительную теорію только для нѣкоторыхъ случаевъ, но большинство авторовъ указываетъ, что наблюдающіяся иногда воспалительныя явленія вторичны (Albarran, Motz et Peareau, Wallace, Frisch, Tzunoda, Lissauer и др.), что объяснять увеличеніе железъ закрытіемъ выводящихъ протоковъ железистыхъ долекъ съ послѣдующимъ расширеніемъ ихъ полостей содержимымъ, какъ думаетъ Ciechanowsky, нельзя; что здѣсь дѣло идетъ не о пассивномъ расширеніи железокъ, а объ активномъ ростѣ эпителиальной ткани съ участіемъ окружающей ихъ соединительной ткани. Да и самъ Ciechanowsky говоритъ, что ему иногда приходило дѣлать много срѣзовъ, чтобы найти воспалительный фокусъ. Связь гоноррей, какъ наиболее частаго заболѣванія мочевыхъ путей, съ гипертрофій предстательной железы тоже не удалось доказать, такъ какъ въ своихъ препаратахъ самъ Ciechanowsky не нашелъ гонококковъ, а въ тоже время по изслѣдованіямъ Munn'a¹⁾ оказалось, что на 1.000 лицъ, страдавшихъ увеличеніемъ предстательной железы, только четверть имѣла гоноррею. По даннымъ Götzl'a²⁾ въ 334 случаяхъ гипертрофій только около 30% больныхъ продѣлало гоноррею; по Rovsing'u—на 142 простатита только 40% имѣли гоноррею; а Rascai³⁾ въ 139 случаяхъ, никогда не имѣвшихъ гоноррею, нашелъ 21 случай гипертрофій предстательной железы.

Здѣсь мы невольно вспоминаемъ слова Guyon'a, который говоритъ: „воспаленіе предстательной железы—простатитъ—никогда не ведетъ къ гипертрофій, а напротивъ, какъ и въ другихъ органахъ лишь къ сморщиванію и атрофій или къ болѣе или менѣе полному сморщиванію перерожденію органа,

¹⁾ Munn. Brit. med. Journ. 1909. V. II, p. 350.

²⁾ Götzl. Zeitschrift für Urologie. 1910, Bd. IV. S. 258.

³⁾ Rascai. Zeitschrift für Urologie. 1908. Bd. 2. H. II.

следовательно къ рѣзко выраженному уменьшению его объема". (Guyp, Клиника болѣзней мочевого пузыря и предстательной железы, 1896 г., стр. 81). Ко всему сказанному нужно добавить, что Ciechanowsky производил свои изслѣдованія на трупномъ матеріалѣ и его описаніе препаратовъ далеко не сходится съ картиной, наблюдаемой на препаратахъ, добытыхъ оперативнымъ путемъ на живыхъ.

Такимъ образомъ съ чѣмъ же мы имѣемъ дѣло при клинически наблюдаемой, такъ называемой, гипертрофіи предстательной железы? съ истиннымъ ли новообразованиемъ или гиперплазіей съ гипертрофіей железистой ткани? Я объ этомъ скажу послѣ описанія изслѣдованныхъ мною препаратовъ.

в) Собственные изслѣдованія.

Когда стали удалять предстательную железу при, такъ называемой, гипертрофіи черезъ пузырь, то всѣмъ хирургамъ удивляла та легкость, съ какой происходитъ это вылученіе, несмотря на тѣсную связь ея съ окружающими тканями; явилась мысль, что удаляется не вся железа, а только измѣненная часть ея, а быть можетъ развивающаяся въ железу опухоль, достаточно изолировано лежащая въ ней. Цѣль нашихъ изслѣдованій и была: дать возможную картину измѣненій въ железу, опредѣлить—поражается ли при данномъ заболѣваніи вся железа или только часть ея, гдѣ гнѣздится самое заболѣваніе и является ли оно изолированнымъ отъ самой железы.

Для этихъ цѣлей я бралъ на трупахъ общевеличинныя железы или съ увеличеніемъ какой либо части ея, какъ съ прижитеннымъ діагнозомъ гипертрофіи простаты, а также и безъ него, и въ цѣляхъ топографическихъ произвелъ микроскопическіе срѣзы по возможности черезъ всю железу или черезъ половину ея и затѣмъ дѣлалъ также микроскопическіе срѣзы изъ удаленныхъ оперативнымъ путемъ „железъ“ на живыхъ людяхъ. Указывая на топографическія отношенія тканей, я старался по возможности дать и микроскопическую картину ихъ, описывая форму железокъ въ такомъ видѣ, въ какомъ онѣ представлялись на срѣзахъ.

Препараты изслѣдовались слѣдующимъ образомъ: необходимая часть железы фиксировалась въ 10% растворѣ промѣннаго формалина втеченіи двухъ сутокъ, затѣмъ по суткамъ проводилась черезъ спирты 70%, 85%, абсолютный, затѣмъ въ смѣси абсолютнаго спирта съ эфиромъ по равной части, также на сутки, послѣ чего помѣщалась въ жидкій целлоидинъ, причѣмъ оставалась тамъ возможно дольше, иногда съ мѣсяцъ, а затѣмъ въ густой, дней на шесть.

Срѣзы дѣлались отъ 10 до 20 микровъ смотря по величинѣ препарата. Окраска преимущественно по Van Gieson¹⁾.

Препараты, взятые на трупахъ.

Препаратъ № 1. т. м. 48 лѣтъ, безъ прижитеннаго діагноза гипертрофіи предстательной железы. Железа немного увеличена въ объемѣ; размеры ея: наибольшій поперечный—5 см., передне-задній—3 1/2 сант. и продольный—3 1/2 сант. Часть пузыря вокругъ начала уретры немного приподнята вверхъ, но яснаго выступленія железы въ пузырь не замѣчается, пузырь слегка трабекулярный. Предстательная железа разрѣзана по средней линіи на двѣ половины. Уретра имѣетъ большій изгибъ казди, чѣмъ нормально. Съ одной половины срѣзы взяты сагитальные въ части, расположенной выше сѣмявыбрасывающихъ протоковъ съ мѣстомъ перехода мочевого пузыря въ уретру, казди отъ нея, и части расположенной въ области сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и ниже ихъ. Со второй половины железы взяты поперечные срѣзы цѣлкомъ, приблизительно на уровнѣ полусантиметра ниже начала уретры. На сагитальныхъ срѣзахъ подъ микроскопомъ, иля отъ уретры казди (см. табл. II, рис. 4), эпителий съ подъэпителиальнымъ слоемъ, слой продольныхъ мышечныхъ волоконъ, затѣмъ обильная железистая ткань въ видѣ пузырьковъ различной величины и формы; просвѣты послѣднихъ мѣстами пусты, мѣстами выполнены безформенными массами, иногда содержатъ слоистые конкременты; эти пузырьки иногда выстланы однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ съ замѣщающими его кѣтками, а иногда многослойнымъ; кое-гдѣ въ просвѣты ихъ выступаютъ сосочки, покрытые ясно выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; болѣе значительные пузырьки растянуты безформенной массой и выстланы утолщеннымъ эпителиемъ; строма, окружающая железистые пузырьки,—богата блѣдно окрашенными опалными ядрами, придающими сѣроватый цвѣтъ этимъ мѣстамъ; верху между расширенными железами находятся крупныя поперечно-перерѣзанныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, которые въ главной своей массѣ расположены выше этой железистой ткани. Позади вышесказанной железистой группы находится другое скопленіе железокъ, не расширенныхъ, выстланныхъ многослойнымъ эпителиемъ; эта группа отдѣлена отъ предыдущей консолидными гладкими мышечными волокнами.

Рассматривая срѣзы взятые ниже подъ микроскопомъ мы видимъ, что расположенная надъ выбрасывающими протоками и спереди изъ выбрасывающихъ протоковъ железистая ткань не измѣнена, железки не расширены, пусты, только кое-гдѣ содержатъ конкременты, имѣютъ неправильную угловатую форму и выстланы многослойнымъ эпителиемъ. На поперечномъ срѣзѣ второй половины железы немного ниже уровня начала уретры замѣчаемъ сбоку и казди отъ нея растянутыя железки, различной формы и величины, лежація близь самой слизистой ея,

¹⁾ Всѣ микроскопическіе препараты изготовлялись мною въ лабораторіи городской больницы Св. Маріи Магдалины въ С.-Петербургѣ.

фибро-мышечная строма их богата ядрами; обычно расположенного здесь в нормальных железах гладкого внутреннего сфинктера не замечаем, а видим только более правильно расположенные круговая гладкая мышечная волокна на периферии, сзади и с боков от этих измененных железок. В задних и задне-боковых частях периферии этих срѣзов находим неизменную железистую ткань. Ззади от этой железистой ткани по средней линии видны поперечно перерезанные начала сѣмявыбрасывающих протоков.

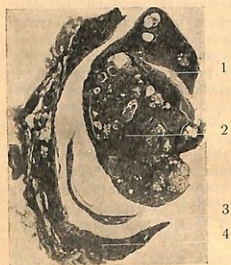
Препарат № 2 взятъ послѣ смерти отъ больного 60 лѣтъ, поступившаго въ больницу Св. Маріи Магдалины въ тяжеломъ состояніи съ крупознымъ воспаленіемъ лѣваго легкаго и серознымъ перикардитомъ; раньше больной всегда мочился самъ свободно, теперь около сутокъ мочиться не можетъ; при ощупываніи черезъ прямую кишку предстательная железа не увеличена и не болѣзненна, пузырь слегка растянутъ; ни мягкій, ни обыкновенный металлическій катетръ ввести не удалось, введенъ сильно изогнутый катетръ; мочи выпущено около полу-литра. Черезъ полъ-сутки смерть. Открытіе: у задняго края начала уретры опухоль въ голубиное яйцо величиною, выдающаяся кпереди въ полость мочевого пузыря и слиящая на широкомъ основаніи, сама предстательная железа не увеличена. Предстательная железа разрѣзана на двѣ половины въ сагитальномъ направленіи по средней линіи. На сагитальномъ срѣзѣ, взятомъ черезъ всю опухоль и часть железы лежащую выше уровня средины сѣменного бугорка и ззади отъ уретры, подъ микроскопомъ видимъ: подъ самой слизистой, слегка только прикрытая продольно идущими гладкими мышечными волокнами, находятся узловатая масса, овальной формы, довольно изолированная, ясно различимая даже простымъ глазомъ, мѣстами съ расширенными полостями величиною въ просяное зерно; узлы состоятъ изъ обильнаго количества железистыхъ пузырьковъ, различной величины и формы, въ просвѣтъ которыхъ выступаютъ сосочки, покрытые мѣстами однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, съ замѣщающими его клѣтками, мѣстами многослойнымъ; въ просвѣтъ пузырьковъ много слоистыхъ конкрементовъ; сильно расширенные пузырьки выполнены безструктурной массой и выстланы однослойнымъ утолщеннымъ эпителиемъ, иногда въ видѣ каемки, отстоящей отъ стѣнки; межуточная ткань богата ядрами; прослойка между узлами железистой ткани состоитъ изъ фибриозной ткани съ обильной примѣсью гладкихъ мышечныхъ волоконъ, расположенныхъ безъ всякаго порядка по всѣмъ направленіямъ; кое-гдѣ въ стромѣ на периферіи узловъ попадаются вытянутыя железистыя трубочки, выстланныя несно выраженнои формы эпителиемъ. Позади этой узловатой массы располагаются поперечно перерезанные пучки гладкихъ волоконъ внутренняго сфинктера; затѣмъ еще ззади отъ этихъ пучковъ видимъ группу железокъ въ скудномъ количествѣ разсѣянныхъ въ фибриозно-мышечную стромѣ, выстланныхъ многослойнымъ эпителиемъ и содержащихъ конкременты, группу, соответствующую въ нормальной железн пресперматической части, и наконецъ въ задней части предстательной железы просвѣты перерезанныхъ сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, и ззади нихъ железистую ткань самой железы. Разсмотрѣвъ препаратъ книзу и ззади отъ узловато измененной ткани, мы нахо-

димъ мало измененную ткань железы, только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ попадаются сдвинутыя железки съ отслоившимся, въ видѣ каемки въ просвѣтъ ихъ, эпителиемъ, и кое-гдѣ расширенныя железки, выполненныя безструктурной массой. На поперечномъ срѣзѣ другой половины железы, взятомъ на уровнѣ начала уретры, видно, что сейчасъ же подъ слизистой, покрытая наибольшимъ слоемъ поперечно-перерезанныхъ продольныхъ мышечныхъ волоконъ, располагаются узловатая масса съ вытянутыми по периферіи ихъ железистыми трубочками, а ззади отъ этихъ узловатыхъ массъ ясно выраженный довольно правильно расположенный слой круговыхъ волоконъ гладкаго сфинктера.

Препаратъ № 3. т. м. 58 лѣтъ. Немного увеличенная железа безъ прижизненнаго діагноза, размѣромъ въ $4\frac{1}{2}$ сант. въ поперечникѣ, $3\frac{1}{2}$ сант. длины и $3\frac{1}{2}$ с. въ передне-заднемъ размѣрѣ. На разрѣзѣ макроскопически узловатости не замѣчается; срѣзъ поперечный у начала уретры черезъ всю железу. На срѣзѣ подъ микроскопомъ преобладаетъ строма. Железистая масса въ меньшемъ количествѣ, железки выстланы многослойнымъ эпителиемъ, слегка расширены, просвѣты ихъ мѣстами пусты, мѣстами выполнены слущившимися эпителиальными клѣтками; ззади по периферіи органа атрофированныя железки, возлѣ отверстія уретры ззади, внутри гладкаго сфинктера небольшая группа железокъ также растянутыхъ и выполненныхъ слущившимися эпителиальными клѣтками, вправо отъ уретры небольшой узловатый инфильтратъ круглыми клѣтками.

Препаратъ № 4. т. м. 83 лѣтъ. Діагнозъ при жизни—гипертрофія предстательной железы. Размѣръ железы: поперечный $5\frac{1}{2}$ сант., передне-задній— $4\frac{1}{2}$ сант., продольный—3 $\frac{1}{2}$ с. Выпячиваніе вокругъ уретрального отверстія въ видѣ воротника, пузырь трабекулярный. Сдѣланъ сагитальный разрѣзъ по средней линіи. Ходъ уретры изогнутъ ззади подъ тупымъ угломъ. На одной половинѣ железы въ ея верхней части взятъ поперечный срѣзъ гдѣликомъ, а на другой половинѣ несно выраженная узловатая ткань выдѣлена, что удалось довольно легко, при чемъ отслоилась небольшая пластинка ткани, и сдѣланъ поперечный срѣзъ черезъ нее и прилегающую къ ней въ данномъ случаѣ оболочку и заключенную между ними отслоившуюся пластинку. Микроскопически: на первомъ препаратѣ у передняго края шелевиднаго, дугообразно изогнутаго отверстія уретры видны были два узлообразныхъ скопления мышечной ткани, съ обильнымъ количествомъ клѣточныхъ элементовъ и остатками железистой ткани, окруженной розоватымъ кольцомъ безструктурной массы; а съ боку и позади уретры, непосредственно къ ней прилегаая, располагалась сплошная железистая масса, мѣстами въ видѣ узловъ мелкихъ пузырьковъ, мѣстами въ видѣ пузырьковъ значительной величины; болѣе мелкіе железистые пузырьки имѣли ясно цилиндрической эпителий, располагавшійся въ нѣсколько слоевъ, просвѣты ихъ кое-гдѣ были выполнены конкрементами; болѣе значительной величины железистые пузырьки сильно растянутые, выстланные утолщеннымъ эпителиемъ, иногда только располагающимся въ одинъ слой и выполненные коллоидной массой, часто такъ подходили другъ къ другу, что перегородки ихъ какъ бы разрывались, образовывались полости болѣе значительной величины, въ просвѣтъ которыхъ и выступали остатки этихъ перегородокъ. Строма содержала значительное количество гладкихъ мышечныхъ

элементов, скопившихся в более правильные круговые слои на периферии этой измененной массы. На периферии с боков и сзади этих расширенных железок мы замечали более сдвинутые, вытянутые железки неправильной формы, содержавшие ясно слоистые конкременты, иногда с еще сохранившимся эпителием, а иногда с совершенно погибшим, так что о присутствии железистой ткани можно было судить только по оставшимся конкрементам в едва заметном просвете в ткани. Обращая внимание на расположение мускульных волокон, мы замечаем, что обычно существующего, ясно выраженного сзади и по бокам уретры гладкого сфинктера не было, и измененная железистая ткань, лежащая непосредственно под слизистой, отделяясь от нее только небольшим слоем поперечно перерезанных, продольных волокон, как бы оттягивала этот сфинктер к периферии на границу между ней и сдвинутой железистой тканью, где и замечалось



Фиг. 5.

Микрофотография ув. в $1\frac{1}{2}$ раз. Справа видны: уретра шееобразной формы (1) и вокруг нее неясно узловатая масса, легко выщипываемая из железы. Сверху «капсула» этой массы, также содержащая железистую ткань (4). Между ними отделившаяся пластинка (3) железистой ткани с обильной примесью фибро-мускульных волокон.

более правильное расположение мускульных волокон. Разсматривая второй препарат, почти напоминающий картину предыдущего, мы видим, что линия выщипывания прошла почти на границе вышеописанных двух родов железистой ткани в плоскости сдвинутых железок, причем отделившаяся пластинка представляла фибромускульную ткань с располагающимися кое-где в ней расширенными железистыми пузырьками.



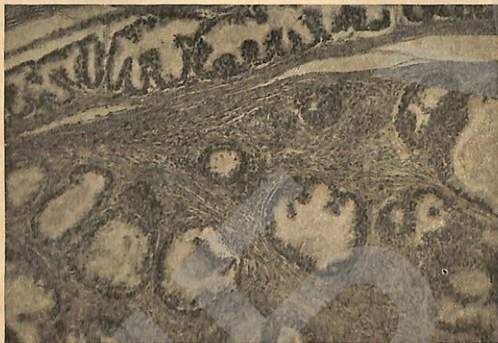
Фиг. 6.

Часть предыдущего препарата (фиг. 5) в увеличенном виде; 1) железистая пластинка с обильной фибро-мускульной тканью; 2) железистая ткань «капсулы»; 3) кровеносный сосуд.

Препарат № 5. т. м. 62 летъ. Гипертрофия предстательной железы. Железа ясно увеличена. Задняя борозда сглажена. Небольшое выступление в полость мочевого пузыря боковых долей, пузырь трабекулярный. Разрезъ сагитальный на две половины; ясно видно изменение хода уретры с перегибом ее до прямого угла на месте впадения сфинктерных протоков; при взгляде на поверхность сагитального разреза макроскопически видно, как боковая доля как бы в виде опухоли выступает из предстательной железы в полость пузыря, приподнимая прилегающую часть его; левая половина «железы» выщипана, что удалось легко, и произведен срезъ через нее в фронтальном направлении, а через оставшуюся часть выщипывания оболочку сверху вниз в задне-боковой ее части. С правой половины железы взят срезъ в сагитальном направлении по возможности через уретру и выбрасывающие протоки. Под микроскопом на 1-мъ срезе железа представляет нѣкоторую узловатость, фибро-мускульная строма преобладает над железистой тканью. Просвѣты железокъ очень разнообразной формы, мы здѣсь встречаемъ и небольшие кружки, съ ясно выраженнымъ однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ съ зашнурованными его клетками, съ небольшой прослойкой между этими кружками почти только одной соединительной ткани, и неправильной формы просвѣты съ выступающими в нихъ довольно толстыми сопочками, покрытыми многослойнымъ эпителиемъ; сильно растянутыхъ полостей не замѣчается; въ просвѣты железокъ попадаютъ то коричневатые слоистые конкременты, то желто-зеленого цвѣта, какъ бы в видѣ колючекъ. Вокругъ неясно выраженныхъ узловъ кое-гдѣ видны изогнутая железистая трубочка, съ уплощеннымъ эпителиемъ; на периферии этого препарата строма, располагаясь болѣе правильными слоями, какъ бы обхватываетъ железистую ткань на подобие оболочки, но в нѣкоторыхъ мѣстахъ железистая ткань лежитъ на самой периферии и частью в разорванномъ видѣ. На срезѣ, взятомъ изъ оболочки, мы замѣчаемъ сверху, въ части лежащей у пузыря, группу еще сохранившихся железокъ съ хорошо выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, лежащую въ неправильно расположенныхъ по всемъ направлениямъ фибро-мускульныхъ слояхъ; спускаясь ниже, видимъ, что железистая ткань представляетъ уже в видѣ сдвинутыхъ трубочекъ, въ довольно правильно продольно расположенныхъ слояхъ фибро-мускульной стромы; спускаясь еще ниже, находимъ, что отъ железокъ уже остаются только небольшие просвѣты неправильной угловатой формы, въ которыхъ лежатъ каемки уплощенного отделившагося эпителия; вокругъ нихъ виденъ розоватый слой, почти безструктурной массы; кое-гдѣ попадаютъ узловые инфильтраты круглыми клетками. На третьемъ препаратѣ, сдѣланномъ, какъ уже сказано, въ сагитальномъ направлении по возможности черезъ уретру и сфинктерные протоки, видно, что измененная ткань съ обильно развитой стромой и малымъ количествомъ включенныхъ въ нее железистыхъ образований находится позади слизистой уретры, спереди и надъ сфинктерными протоками, причемъ непосредственно надъ этими сфинктерными протоками имѣется еще небольшой слой вытянутыхъ железистыхъ трубочекъ, а ниже и сзади этихъ протоковъ неизмѣненная железистая ткань, или только немного какъ бы сдвинутая.

Препарат № 6. м. т. 47 летъ. Железа нормальной величины, только на задней поверхности перехода мочевого пузыря въ уретру замѣчается небольшое выпячиваніе въ пузырь. Отъ уретры казди взять сагитальный срѣзь. Подъ микроскопомъ: непосредственно подъ слизистой, позади продольныхъ мышечныхъ волоконъ, начиная съ мѣста перехода пузыря въ уретру, соответственно вышеописанному выпячиванію и ниже по ходу ея до мѣста впаденія въ нее сѣмянвыбрасывающихъ протоковъ, замѣчается обильное количество железистой ткани, представляющей въ видѣ кружковъ, мѣшечковъ, кое-гдѣ трубочекъ, высланныхъ цилиндрическимъ однослойнымъ эпителиемъ съ замѣщающими его кѣлками, и располагающейся въ видѣ узелковъ въ стромѣ богатой соединительной тканью, съ значительнымъ количествомъ кѣлочныхъ элементовъ и съ небольшою примѣсью гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Железистые просвѣты частью пусты, частью выполнены коллоидными массами, кое-гдѣ попадаются и неясно слоистые конкременты; позади этой измѣненной железистой ткани располагаются ясно выраженные поперечно перерѣзанные пучки внутреннего гладкаго сфинктера, особенно замѣтные вверху, еще казди неизмѣненной железки пресперматической части и наконецъ на заднемъ планѣ перерѣзанные сѣмянвыбрасывающие протоки. Ниже этихъ протоковъ нормальная железистая ткань.

Препаратъ № 7. т. м. 67 летъ. Железа немного увеличена въ передне-заднемъ размѣрѣ. Сагитальный разрѣзь по средней линіи черезъ всю железу, впереди уретры въ ея верхней части—ясно выра-



Фиг. 7.

Увел. въ 150 разъ. Микрофотографія; вверху видна железистая трубочка съ ясно выступающими въ просвѣтъ ея сосочками. Шелкообразная отверстія, видныя выше и ниже трубочки—искусственное образование.

женный узелокъ стѣнчатой массы на фонѣ болѣе розовой ткани, въ горошину величиной,—подъ микроскопомъ узелокъ состоитъ изъ обильнаго количества железистой ткани въ фибро-мускульной стромѣ; железистая ткань представляется въ видѣ пузырьковъ, частью неправильной формы, въ просвѣты ихъ выступаютъ обильные сосочки, покрытые ясно выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, расположеннымъ въ одинъ или много слоевъ, просвѣты частью пусты, частью содержатъ коллоидныя массы, а кое-гдѣ и неясно слоистые конкременты; по периферии этого узла видны вытянутыя железистыя трубочки съ ясно сохранившимися сосочками; окружающая этотъ узелокъ строма мѣстами разошлась на пласти. Остальная часть железы измѣненій не представляетъ.

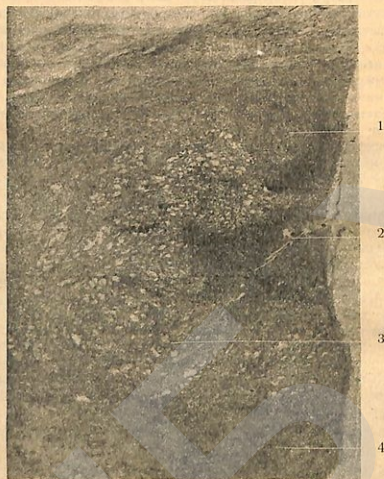
Препаратъ № 8. т. м. 79 летъ. Предстательная железа немного увеличена въ своихъ размѣрахъ, на сагитальномъ срѣзѣ взятомъ въ части железы, выше средины сѣменнаго бугорка подъ микроскопомъ сзади отъ уретры, непосредственно подъ слизистой обильное количество железистой ткани; железистые просвѣты различной формы и величины, высланные одно- или многослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; нѣкоторыя железки расширены до образованія маленькихъ кистъ съ уплощеннымъ эпителиемъ; нѣкоторыя же, болѣе неправильной угловатой формы, какъ бы сдавлены окружающей ихъ стромой, съ отслоенной въ просвѣтъ ихъ эпителиальной каемкой, въ железистыхъ просвѣтахъ видны коллоидныя массы, а въ нѣкоторыхъ и конкременты. Между железками значительное количество соединительной ткани съ небольшою примѣсью мышечныхъ волоконъ; позади этой железистой массы гладкія мускульныя волокна расположены безъ всякаго порядка, железки пресперматической части не расширены, а мѣстами сдавлены и даже атрофированы.

Препаратъ № 9. т. м. 51 г. Железа нормальной величины, у задняго края начала уретры небольшое выпячиваніе въ пузырь. Сагитальный срѣзь отъ уретры казди черезъ выпячиваніе. Подъ микроскопомъ видимъ переходъ слизистой мочевого пузыря въ уретру, затѣмъ тонкій слой продольныхъ мышцъ, поперечно-перерѣзанные пучки круглыхъ волоконъ гладкаго сфинктера, ясно здѣсь выраженнаго, за нимъ обильное количество железокъ, значительно расширенныхъ, доходящихъ вверху позади гладкаго сфинктера почти до самой слизистой пузыря, причемъ здѣсь видно расширеніе макроскопически величиною въ просное зерно; железки высланы многослойнымъ эпителиемъ; просвѣты ихъ нѣкоторые пусты, нѣкоторые выполнены слущившимися эпителиальными кѣлками и конкрементами, фибромускульная строма бѣдна кѣлочными элементами.

Препаратъ № 10. т. м. 50 летъ. Размѣръ поперечный— $4\frac{1}{2}$ передне-задній— $3\frac{1}{2}$ и продольный— $3\frac{1}{2}$. Увеличеніе передне-задняго размѣра. На поперечномъ разрѣзѣ немного выше сѣменнаго бугорка видна узловатость въ боковыхъ частяхъ возлѣ отверстія уретры, просвѣтъ которой представляется копейвидной формы; взять поперечный срѣзь черезъ половину железы на вышеуказанномъ уровнѣ и на препаратъ подъ микроскопомъ видимъ сбѣку и отчасти спереди уретры непосредственно возлѣ слизистой ея три узловатыхъ скопленія желе-

зистой ткани; эта ткань представляется в видѣ кружковъ или мѣшечковъ, выстланныхъ многослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, и выполненныхъ коллоидными массами; по периферии этихъ узловъ кое-гдѣ попадаются изогнутыя железистыя трубочки, межжелезистая ткань богата клѣточными элементами съ преобладаніемъ фиброзной ткани надъ мышечной; остальная ткань железы не изменена, на этомъ же препаратѣ видны лежащіе казди отъ уретры поперечные разрѣзы *sinus prostatæ* и сбоку отъ него расположеннаго выбрасывающаго протока совершенно независимо отъ измененной железистой ткани.

Препаратъ № 11. т. м. 66 лѣтъ. Размѣры: поперечный— $4\frac{1}{2}$ см., передне-задній— $3\frac{1}{2}$ см., продольный— $3\frac{1}{2}$ см. Железа на разрѣзѣ представляетъ узловатость вокругъ уретры. Взять поперечный срѣзъ черезъ половину железы на уровнѣ начала уретры. Подъ микроскопомъ видимъ спереди уретры узлообразное скопление мышечной ткани, затѣмъ сбоку и сзади нѣсколько узловъ железистой ткани, расположенныхъ



Фиг. 8.

Микрофотографія; увелич. около 40 разъ часть горизонтальнаго срѣза. Вверху отъ целообразной уретры (2) видно узлообразное скопление мышечной ткани (1), вверху, слѣва и снизу отъ уретры аденоматозные узлы (3); книзу видна отъисненная ткань самой железы (4).

сейчасъ же подъ слизистой съ ея тонкимъ слоемъ поперечно-перерѣзанныхъ продольныхъ мышечныхъ волоконъ; железистая ткань узловъ представляется в видѣ расширенныхъ пузырьковъ, кое-гдѣ в видѣ вѣтвящихся мѣшечковъ съ цилиндрическимъ однослойнымъ эпителиемъ и замыкающими его клѣтками, вокругъ узловъ вытннутыя сдланная железистыя трубочки, но съ ясно сохранившимся цилиндрическимъ эпителиемъ. Фибро-мускульная строма богата клѣточными элементами. Вокругъ этихъ железистыхъ узловъ замѣчаются еще болѣе расширенныя железистыя пузырьки, но не имѣющие уже узловатого расположения. Еще дальше къ периферии видны железистыя просвѣты совершенно неправильной угловатой формы, какъ бы сдланнные окружающей ихъ тканью. Въ просвѣтахъ узловато расположенной железистой ткани содержимаго почти нѣтъ, только кое-гдѣ попадаются въ нихъ коллоидныя массы и конкременты неясно слоистой формы. Въ болѣе расширенныхъ пузырькахъ и мѣшечкахъ, лежащихъ къ периферии, замѣчаемъ, что иногда они почти сплошь выполнены слущившимся эпителиемъ, и кое-гдѣ видимъ въ нихъ конкременты. Въ задней части препарата, идя отъ уретры, мы видимъ узловато измененную ткань, затѣмъ довольно хорошо выраженную мускульную волокна гладкаго сфинктера, далѣе неизмѣненную железистую ткань и наконецъ въ самой задней части препарата видны поперечно-перерѣзанные выбрасывающіе протоки.

Препаратъ № 12. т. м. 64 лѣтъ. Размѣры поперечный—4 см., передне-задній— $2\frac{1}{2}$ см., и продольный—3. Железа не увеличена, но у задняго края начала уретры видно небольшое выпячиваніе въ пузырь. Взять сагитальный срѣзъ казди отъ уретры въ верхней части железы, макроскопически уже замѣчается соответствено положенію пресперматической части неясная узловатость. Подъ микроскопомъ, идя спереди назадъ, видимъ слизистую уретру, слой продольныхъ мышечныхъ волоконъ, затѣмъ поперечно-перерѣзанные пучки хорошо развитаго гладкаго сфинктера и нѣсколько узловъ съ слегка расширенными железками, съ плохо выраженнымъ, выстилающимъ ихъ, цилиндрическимъ эпителиемъ и обильно развитой соединительно-тканной стромой.

Къ описанію этихъ препаратовъ нужно еще прибавить изслѣдованіе кусочковъ, взятыхъ изъ музейныхъ препаратовъ, железя, узловато увеличенныхъ до размѣровъ немного менѣ кулака, добытыхъ на трупахъ (изъ этихъ препаратовъ я имѣлъ возможность получить только кусочки). На одной железѣ (кусочекъ взятъ съ передней части ея недалеко отъ уретры) видимъ сплошную узловатую ткань, железистыя полости расширены, просвѣты ихъ разнообразной формы выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ; по периферии узловъ изогнутыя вытннутыя железистыя трубочки; железистая узловато измененная ткань подходит непосредственно къ мышечному слою. Съ другой железы срѣзъ былъ взятъ въ задней части; здѣсь видимъ такъ же узловато расположенную железистую ткань, съ расширенными полостями и на периферии ея слой сдланнныхъ железочекъ, доходящихъ мѣстами до полной атрофії.

**Препараты, добытые на живых оперативным путем.
Изъ клиники проф. С. П. Федорова.**

Препарат № 13—по музею № 239. б. В. Гипертрофия предстательной железы. Железа удалена в виде двух кусков, величиною в общей массе в голубиное яйцо;—под микроскопом обильное количество железистой ткани, в виде расширенных трубочек и мѣшечков, иногда принимающих форму пузырьков, иногда вѣтвящихся мѣшечков; кое-гдѣ на периферии этой неясно узловато расположенной железистой ткани встречаются изогнутые, какъ бы сплюснутые железистыя трубочки. Цилиндрической эпителий, выстилающий эти железистыя полости, располагается в один или много слоев, просвѣты этихъ полостей выполнены коллоидными массами, мѣстами пусты, конкрементовъ почти не встрѣчается; окружающая ихъ фибро-мускульная строма хорошо развита.

Препарат № 14—по музею № 349. б. Д. Гипертрофия предстательной железы. Два куска в общей массе в голубиное яйцо; под микроскопом обиле железистой ткани, железистыя полости расширены, самой разнообразной формы, выстланы то многослойнымъ, то однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ съ замѣщающими его клетками, послѣдняя форма встрѣчается начаше; полости в большинствѣ случаевъ пусты, но иногда в нихъ встрѣчаются безформенныя массы и конкременты, в железистые просвѣты выступаютъ кое-гдѣ сосочки, строма богата клеточными элементами.

Препарат № 15—по музею № 350. б. Р. Гипертрофия предстательной железы, в виде двухъ кусковъ, величиной в общей массе в куриное яйцо; под микроскопомъ железистая ткань обильна, железистыя полости расширены, большею частью в виде пузырьковъ, мѣстами такъ близко подводящихъ другъ къ другу, что между слоями покрывающаго ихъ однослойнаго цилиндрическаго эпителия съ замѣщающими его клетками, остается только едва замѣтный слой соединительной ткани; иногда стѣнки ихъ разрываются и образуются болѣе значительныя полости, причѣмъ видны выступающіе в просвѣты ихъ остатки перегородокъ; в стромѣ преобладаетъ соединительная ткань.

Препарат № 16—по музею № 361. б. С. 66 лѣтъ. Гипертрофия предстательной железы в одномъ кускѣ величиною в куриное яйцо. Под микроскопомъ обиле железистой ткани, она значительно преобладаетъ надъ стромой, расширенныя железистыя полости очень разнообразной формы, выстланы онѣ цилиндрическимъ эпителиемъ въ один или нѣсколько слоев; просвѣты ихъ то пусты, то выполнены коллоидными массами и слущившимися эпителиальными клетками; но периферии препарата видны вытянутыя железистыя трубочки, кое-гдѣ в стромѣ замѣчаются инфильтраты круглыми клетками.

Препарат № 17—по музею № 391. б. Л. 55 лѣтъ. Гипертрофия предстательной железы, удалена средняя доля черезъ пузырь, в общей массе в куриное яйцо. Под микроскопомъ, не смотря на присутствие сильно расширенныхъ железистыхъ полостей, замѣтно значительное преобладаніе стромы, которая какъ бы вворочена въ

просвѣты этихъ полостей в виде толстыхъ мясистыхъ сосочковъ на широкоемъ основаніи, покрытыхъ многослойнымъ эпителиемъ; кое-гдѣ встрѣчаются и слегка расширенныя железистыя полости; просвѣты ихъ выполнены коллоидными массами, иногда содержатъ и слоистыя конкременты; на одной сторонѣ периферии препарата замѣчается сохранившаяся слизистая оболочка съ многослойнымъ эпителиемъ, кое-гдѣ в ней инфильтраты круглыми клетками; измѣненная железистая ткань подходить непосредственно къ слизистой оболочкѣ.

Препарат № 18—по музею № 407. б. П. 63 лѣтъ. Гипертрофия предстательной железы. Удалена железа в нѣсколько кусковъ, в общей массе в куриное яйцо. Микроскопическая картина: железистая ткань преобладаетъ надъ стромой, железистыя полости расширены, расширение ихъ в нѣкоторыхъ мѣстахъ доходитъ до образования болѣе значительныхъ полостей съ разрывомъ перегородокъ между ними; эпителий многослойный, цилиндрической, а в сильно растянутыхъ полостяхъ—уплощенный; просвѣты ихъ содержатъ в значительномъ количествѣ конкременты, кое гдѣ между расширенными полостями попадаются и сдавленные, а на одномъ мѣстѣ периферии препарата неизмѣненная железистая ткань.

Препарат № 19—по музею № 509. б. Б. Гипертрофия предстательной железы. Удалена железа в одномъ кускѣ, величиною в куриное яйцо. Под микроскопомъ видно обильное количество эпителия, выполняющаго пространство между стромой, яснаго отграниченія железистой ткани отъ окружающей стромы не замѣчается, эпителий какъ бы инфильтрируетъ ее; эпителиальныя клетки полиморфны, в стромѣ обильное количество круглоклеточныхъ элементовъ.

Препарат № 20—по музею № 593. б. С. 73 лѣтъ. Гипертрофия предстательной железы. Удалена железа в трехъ кускахъ, в общей массе величиною в куриное яйцо. Под микроскопомъ много железистой ткани, но ясной узловатости в расположеніи ея не замѣчается, она какъ бы разбросана въ хорошо развитой стромѣ. Железистыя полости значительно расширены, представляются въ очень разнообразной формѣ, в виде пузырьковъ, то в виде вѣтвящихся трубочекъ, в просвѣты ихъ выступаютъ сосочки, мѣстами состоящие почти изъ одного эпителия; эпителий ясно цилиндрической, располагающейся в одинъ слой, съ замѣщающими его клетками; в нѣкоторыхъ железкахъ эпителий располагается в нѣсколько слоев; железистые просвѣты пусты, конкрементовъ нигдѣ не замѣчается. Вокругъ нѣкоторыхъ железистыхъ пузырьковъ видны круглоклеточные инфильтраты, кое гдѣ замѣчаются такіе же инфильтраты, лежащіе изолированно в стромѣ.

Препарат № 21—по музею № 637. б. П. Гипертрофия предстательной железы. Удалены черезъ пузырь узловатыя массы величиною в средней кулакъ. Микроскопически—обиле железистой ткани разнообразнаго вида: здѣсь встрѣчаются и трубчатая и мѣшчатая формы съ развѣтвленіями и выступающими в просвѣты ихъ сосочками. Железистыя полости расширены, иногда в виде пузырьковъ, иногда эти расширенныя пузырьки подходить близко другъ къ другу, перегородки ихъ разрываются, и образуются еще болѣе величины по-

лости с торчащими в просвѣтъ ихъ остатками перегородокъ; эпителий цилиндрической, однослойный с замѣщающими его кѣтками, въ болѣе же растянутыхъ полостяхъ значительно уплотненный. Железистые просвѣты то пусты, то выполнены коллоидными массами, кое-гдѣ попадаются и слоистые конкременты. На периферии этой железистой, узловато расположенной ткани, сильно вытянутыя, изогнутыя, какъ бы сдвинутыя железистыя трубочки; фибро-мускульная строма богата кѣточными элементами.

Препаратъ № 22—по музею № 652. 6. П. 72 лѣтъ. Гипертрофія предстательной железы. Удалена железа въ пяти кускахъ, въ общей массѣ величиною въ среднее яблоко. Подъ микроскопомъ видимъ на ряду съ неизмѣнными железками узлы расширенныхъ железистыхъ полостей, съ ясно выступающими въ просвѣтъ ихъ сосочками, эпителий ихъ однослойный, цилиндрической съ замѣщающими его кѣтками, просвѣты ихъ пусты, только кое гдѣ попадаются конкременты. На периферіи узловъ изогнутыя, сдвинутыя железистыя трубочки.

Препаратъ № 23—по музею № 734. 6. X. 66 лѣтъ. Гипертрофія предстательной железы. Железа удалена черезъ пузырь въ одной массѣ какъ бы въ видѣ трехъ долей, спаянныхъ вмѣстѣ. Срѣзь поперечный черезъ большую часть железы, расположенной въ видѣ различнаго количества железистой ткани, расположенной въ видѣ различной величины узловъ, видимыхъ даже простымъ глазомъ, какой-либо правильности въ ихъ расположении замѣтить не удается. Между ними идутъ довольно толстыя перекладины фибро-мускульной стромы, и мускульная волокна которой пересѣкаются во всѣхъ направленіяхъ и только на периферіи препарата приобретаютъ болѣе правильное расположение въ видѣ циркулярныхъ слоевъ, образуя какъ бы подобіе фибро-мускульной оболочки вокругъ всей массы узловъ железистой ткани. Узлы представляютъ скопление всевозможнаго вида расширенныхъ железокъ, то въ видѣ пузырьковъ съ выступающими въ просвѣтъ ихъ сосочками, то въ видѣ вѣтвящихся трубочекъ и мѣшечковъ. Эпителий однослойный цилиндрической, иногда эпителий выполняетъ совершенно просвѣтъ небольшихъ железистыхъ пузырьковъ. Нѣкоторыя железки расширены до образованія кистъ; эти расширенныя железистыя полости иногда близко подходят другъ къ другу и тогда стѣнки ихъ истончаются, разрываются, и образуются полости болѣе значительной величины; эпителий въ сильно расширенныхъ полостяхъ значительно уплотненный. Железистые просвѣты въ большинствѣ случаевъ пусты, иногда содержатъ коллоидныя массы и только кое-гдѣ въ нихъ попадаютъ слоистые конкременты. По периферіи этихъ узловъ въ обильномъ количествѣ расположены вытянутыя, дугообразно-изогнутыя железистыя трубочки. Межжелезистая строма въ узлахъ значительно богаче кѣточными элементами, чѣмъ строма, окружающая узлы; въ этой послѣдней замѣчаются кое-гдѣ железки неправильной формы, какъ бы сдвинутыя, съ неясно выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. На этомъ препаратѣ, соответственно мѣстоположенію мочеиспускательнаго канала, т. е. на передней поверхности опухоли, видна слизистая, мѣстами хорошо сохранившаяся, и видно, какъ узловато измѣненная железистая ткань подходит совершенно къ

ней, отдѣляясь отъ нея только небольшимъ слоемъ поперечно-перерѣзанныхъ продольныхъ мышечныхъ волоконъ. На периферіи препарата, соответственно задней и боковой поверхностямъ опухоли, не только въ слѣб болѣе правильно расположенныхъ фибро-мускульныхъ волоконъ, замѣчаются сдвинутыя железки, но также и на периферіи его, гдѣ онѣ представляютъ какъ бы остатки разорванной железистой ткани, мѣстами даже еще сохранившей хорошо свою структуру. Присутствія на этихъ препаратахъ картины, хотя бы напоминающей перерѣзанные сѣмявыбрасывающіе протоки не замѣчается.

Препаратъ № 24—по музею № 790. 6. 3. 53 лѣтъ. Гипертрофія предстательной железы. Удалена железа черезъ пузырь въ трехъ кускахъ, въ общей массѣ величиною въ куриное яйцо. Подъ микроскопомъ: обиліе железистой ткани, но ясной узловатости въ расположеніи ея не замѣчается. Железистая ткань представляется въ видѣ различной величины пузырьковъ съ выступающими въ просвѣтъ ихъ сосочками, иногда состоящими только изъ одного эпителия. Эпителий цилиндрической, однослойный съ замѣщающими его кѣтками, мѣстами эпителиальная каемка отделилась отъ окружающей стромы и сдвинулась въ просвѣтъ пузырьковъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ расширенныя пузырьки такъ болѣе подходят другъ къ другу, что между ними остаются только едва замѣтныя соединительно-тканныя перегородки; иногда эти пузырьки настолько расширяются, что перегородки ихъ разрываются и образуются болѣе значительныя полости. Просвѣты большинства железистыхъ полостей пусты и только кое-гдѣ замѣчаются конкременты. На одномъ изъ трехъ кусковъ найдены остатки слизистой уретры.

Препараты док.-мед. Н. Ф. Лемнева.

Препаратъ № 25. 6. 71 года. Гипертрофія предстательной железы. Вылущенная черезъ пузырь железа узловатой формы, величиною въ среднее яблоко, съ циркулярно идущими вокругъ нея ободкомъ. Железа разрѣзомъ черезъ уретру въ передне-заднемъ направленіи раздѣлена на двѣ равныя половины. Съ одной половины железу взять срѣзь въ поперечномъ направленіи цѣликомъ по ходу ободка, а съ другой половины взять срѣзь сагитальный, по возможности черезъ уретру во всю половину железу. Подъ микроскопомъ на поперечномъ срѣзѣ обиліе железистой ткани, въ видѣ различной величины узловъ, располагающихся безъ всякаго порядка по всему препарату. Узлы (см. табл. II рис. 3) подходят къ самой слизистой уретры, отдѣляясь отъ нея только небольшимъ прослойкой поперечно-перерѣзанныхъ продольныхъ мышечныхъ волоконъ, слизистая хорошо сохранила и мѣстами виденъ ея многослойный эпителий. Здѣсь же возлѣ уретры видны одно сзади нея, другое спереди, узловатая образованія со значительнымъ преобладаніемъ стромы надъ железистой тканью; мѣстами въ нихъ замѣчаются только остатки железистой ткани, строма ихъ богата кѣточными элементами. Между узлами отъ уретры къ периферіи идутъ довольно значительныя тяжи фибро-мускульной стромы, пересѣкающіеся по всѣмъ направленіямъ и только на периферіи они

принимают более правильное круговое расположение, охватывая целиком узловатую массу. В этом периферическом слое замечаются кое-где совершенно сплюснутые железистые трубочки с едва сохранившимся эпителием, в этом же слое попадаются и угловатой, неправильной формы железистые просветы, мстами с едва сохранившимся эпителием, а мстами и без него, иногда только по присутствию в просвете слоистых concretов можно думать о существовавшей здесь железистой ткани. Занимающая центральную часть узловато расположенная железистая ткань представляет очень разнообразную картину, здесь мы встречаем разнообразной формы и величины железистые просветы, от маленьких до значительно расширенных полостей, доходящих до образования настоящих кист, величину в маковое зерно, видимых даже простым глазом, кое-где перегородки между соседними расширенными полостями истончаются, рвутся и образуются еще более значительные полости, в просвет которых торчат остатки бывших стенок их. В сильно расширенных полостях эпителий уплощенный, располагается в один, а иногда и в несколько слоев; в менее расширенных полостях выступают в просвет их сосочки, иногда сильно развитые, втянувшиеся, иногда более мелкие, состоящие из одного эпителия. Эпителий ясно цилиндрический в большинстве случаев, располагающийся в один слой с замещающими его клетками. В просветах железок замечаются кое-где коллоидная масса, а иногда и concretы. По периферии железистых узлов видны изогнутая железистая трубочка с ясно сохранившимся в них цилиндрическим эпителием, иногда с выступающими даже в просвет их невысокими сосочками. Строма в узлах между железками богата клеточными элементами; в строме же, расположенной между узлами, клеточных элементов меньше и попадают железистые трубочки как бы сдвинутые, с неясно выраженным цилиндрическим эпителием; кое-где попадают инфильтраты круглыми клетками, иногда изолированно лежащие в строме, иногда вокруг железистых просветов. На сагитальном срезе почти посредине видим просвет уретры с кое-где сохранившейся слизистой, затмевая слой продольных мышц, а за ним узловато располагающуюся ткань; большинство узлов состоит из железистой ткани, в некоторых узлах строма преобладает над железистой тканью; строение узлов вполне напоминает картину, описанную на горизонтальном срезе. Замечать где-либо правильно расположенные, поперечно перерезанные пучки кругового сфинктера не удается, на периферии препарата сзади видно много сдвинутых железок, мстами доходящих до полной атрофии; спереди обильное количество гладкой мышечной ткани, на периферии которой кое-где попадает и поперечно-полосатая мускулатура. Ни на поперечных, ни на продольных срезах присутствия сфинктерных протоков не замечается.

Препарат № 26. б. Н. Гипертрофия предстательной железы. Удалена предстательная железа через пузырь в одной массе, ясно узловатой формы, величиною в среднее яблоко, с проходящим по длине ее каналом, макроскопически напоминающая предыдущий

препарат. Взято для исследования три куска, один сзади, соответственно средней части железы, другой с передне боковой поверхности на мсте ясно видимого пояска, окружающего железу, третий возл канала, соответствующего простатической части уретры; на срезе из первого куска мы видим под микроскопом обильное количество стромы с малым количеством железистой ткани. Железистые просветы как бы сдвинуты ввертывающейся в них соединительной тканью в виде толстых сосочков, на массивном основании. Эпителий, покрывающий их, многослойный, мстами еще сохранивший свою цилиндрическую форму. Строма богата клеточными элементами. Замечать здесь присутствие хотя подобия по строению сфинктерных протоков не удается. На срезе из второго куска видим преобладание над стромой железистой ткани, располагающейся узлами, железистые полости расширены, в просвет их выступают сосочки, покрытые ясным цилиндрическим эпителием, иногда в один, иногда в несколько слоев, просветы полостей пусты; по периферии этих узлов располагаются железистые трубочки, изогнутые, с иногда выступающими и в просвет их сосочками. Фибро-мускульная строма хорошо развита между узлами и продолжается на периферии, окружает железистую ткань слоем значительной толщины, здесь же на периферии замечаем и присутствие волокон поперечно-полосатой мускулатуры. И наконец на срезе из третьего куска видим слизистую с ее многослойным эпителием и располагающиеся возл нея аденоматозные узлы.

Препараты док.-мед. Б. Н. Хольцова.

Препарат № 27; б. А. Гипертрофия предстательной железы. Железа удалена через пузырь, величиною в куриное яйцо. Срез взят через большую половину железы в горизонтальном направлении в верхней части ее. На срезе микроскопически видим щелеобразное отверстие уретры с вполне сохранившейся слизистой; из от этого отверстия, видим слизистую с ее подслизистой, слой продольных волокон поперечно перерезанных, и затмевая железистую ткань в обильном количестве, располагающуюся узловато, без всякого порядка, совершенно не напоминающая дльчатого строения нормальной железы; между железистыми узлами идут прослойки фибро-мускульной ткани по всем направлениям и только на периферии препарата вокруг всей железистой ткани приобретают более правильное расположение в виде довольно толстого слоя циркулярных гладких мышечных волокон. Железистая ткань представляет очень разнообразную картину, видны и небольшие пузырьки и втянувшиеся мшечки и сильно расширенные полости, иногда сливающиеся между собой. По периферии узлов втянутая изогнутая железистая трубочка. В просвет многих полостей выступают сосочки, покрытые ясно выраженным цилиндрическим эпителием, таким же эпителием выстланы и самая полости. Железистые просветы большей частью пусты, иногда выполнены коллоидными массами и слизистыми эпителием, кое-где встречаются и concretы. Между узлами в

стромъ попадаются и отдѣльныя желѣзистыя трубочки, съ ясно выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, а иногда сдвоенныя, съ плохо сохранившимся эпителиемъ.

Препаратъ № 28. 6. Мавр. 61 года. Гипертрофія предстательной железы, удалена черезъ пузырь средняя доля, величиною въ голубиное яйцо. Подъ микроскопомъ: желѣзистая ткань преобладаетъ надъ фибро-мускульной стромой, ясно узловатости въ расположеніи желѣзистой ткани не замѣчается. Желѣзистая ткань имѣетъ видъ по большей части расширенныхъ пузырьковъ, иногда совершенно круглой формы съ яснымъ однослойнымъ низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, пузырьки иногда лежатъ такъ близко другъ къ другу, что перегородки ихъ составляютъ только эпителиальные слои, въ просвѣтѣ многихъ пузырьковъ выступаетъ обильное количество сосочковъ, покрытыхъ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, располагающимся въ одинъ слой; иногда просвѣты желѣзокъ расширяются до образования небольшихъ кистъ. Строма обилна клеточными элементами.

Препаратъ № 29. 6. С. Гипертрофія предстательной железы, железа удалена въ видѣ двухъ кусковъ, въ общей массѣ величиною въ куриное яйцо; срѣзы взяты изъ обоихъ кусковъ, подъ микроскопомъ видно обильное количество узловато расположенныхъ, преимущественно сильно растянутыхъ, желѣзистыхъ пузырьковъ, съ истонченными стѣнками, иногда съ разрывомъ ихъ и образованіемъ значительныхъ полостей; въ просвѣты ихъ выступаютъ сосочки съ ясно выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; въ болѣе же значительныхъ полостяхъ эпителий сильно уплощенный; просвѣты ихъ содержатъ коллоидныя массы. По периферіи узловъ обильное количество вытянутыхъ желѣзистыхъ трубочекъ.

Препаратъ № 30. 6. Мов. 64 л. Железа удалена черезъ пузырь въ видѣ трехъ кусковъ, вѣсомъ 46 гр. На всѣхъ срѣзахъ, взятыхъ изъ трехъ кусковъ, видно подъ микроскопомъ обиліе желѣзистой ткани въ видѣ всевозможной формы желѣзистыхъ пузырьковъ, выполненныхъ сосочками, состоящими почти изъ одного только цилиндрическаго эпителия, но рядомъ замѣчаемъ и желѣзистые просвѣты угловатой формы съ выступающими въ нихъ сосочками, сидящими на толстомъ основаніи, состоящемъ изъ фиброзной ткани и какъ бы ввероченными въ нихъ, отъ чего и получается такая угловатая форма ихъ; въ этихъ мѣстахъ строма значительно преобладаетъ надъ желѣзистой тканью. На этихъ препаратахъ видны и длинныя желѣзистыя трубочки, выстланныя многослойнымъ эпителиемъ и вокругъ нихъ инфильтраты круглыми клетками. Мелкіе желѣзистые просвѣты пусты, болѣе же значительные выполнены коллоидными массами, кое-гдѣ попадаются и слоистые конкременты.

Препаратъ № 31. 6. Ш. Гипертрофія предстательной железы; железа удалена черезъ пузырь. Подъ микроскопомъ: узловатое расположение желѣзистой ткани, представляющей въ видѣ различной формы пузырьковъ, мѣстами значительно расширенныхъ, выстилающей ихъ эпителий цилиндрической, мѣстами фибро-мускульная строма преобладаетъ надъ желѣзистой тканью. Къ периферіи отъ узловато расположенной желѣзистой ткани мы замѣчаемъ совершенно другого вида желѣзистую

ткань; здѣсь мы видимъ много желѣзистыхъ просвѣтовъ угловатой формы, какъ бы сдвоенныхъ окружающей ихъ стромой, которая непосредственно подъ эпителиальнымъ слоемъ представляется въ видѣ каемки розоваго цвѣта (при окраскѣ по van Gieson'у), почти безъ ядѣры и безъ ясной структуры; эпителий въ нихъ сильно уплощенный, мѣстами отдѣлившійся отъ своей подкладки въ пустые просвѣты, а мѣстами и совсѣмъ отсутствовать; о существованіи здѣсь раньше желѣзистой ткани можно судить только по оставшимся въ расщелинахъ стромы конкрементамъ. Между узловато расположенной тканью и только что описанной рѣзкой границы, хотя бы въ видѣ болѣе правильно расположенныхъ мышечныхъ волоконъ, не замѣчается, вокругъ этой ткани какого либо изолирующаго слоя также не замѣчается и видно какъ на периферіи препарата въ нѣкоторыхъ мѣстахъ желѣзистая ткань прямо разорвана.

Препаратъ № 32. 6. Л. Гипертрофія предстательной железы; удалена железа черезъ пузырь въ одномъ кускѣ. Микроскопически: обильное количество желѣзистой ткани, съ сильно расширенными полостями, мѣстами выполненными слущившимся эпителиемъ и конкрементами; кое гдѣ въ просвѣты ихъ выступаютъ сосочки. Эпителий цилиндрической, въ болѣе расширенныхъ полостяхъ уплощенный.—Въ расположеніи желѣзистой ткани неясная узловатость.

Если мы исключимъ два препарата № 9 и № 12, какъ взятые на трупахъ въ виду выпячиванія части железы въ области внутреннего отверстия уретры и по микроскопическому строенію своему, кромѣ расширенія желѣзистыхъ полостей, не напоминающіе картину остальныхъ препаратовъ, то на основаніи своихъ препаратовъ мы можемъ сказать, что при, такъ называемой, гипертрофіи предстательной железы мы имѣемъ дѣло съ увеличеніемъ желѣзистой ткани, которая значительно преобладаетъ надъ стромой; только въ одномъ препаратѣ № 17 мы отмѣтили преобладаніе стромы. Но здѣсь нужно упомянуть, что взята была часть препарата для изслѣдованія, а если мы обратимъ вниманіе на препараты, сдѣланные черезъ половину железы, то мы увидимъ, что въ поле зрѣнія попадаютъ мѣста, гдѣ строма преобладаетъ надъ желѣзистой тканью, но въ общей массѣ послѣдняя беретъ перевѣсъ надъ первой. Эта желѣзистая масса располагается по большей части въ видѣ узловъ различной величины, замѣтныхъ даже макроскопически на разрѣзахъ увеличенныхъ желѣзъ въ видѣ сѣроватыхъ массъ на розоватомъ фонѣ остальной желѣзы, и извѣстныхъ подъ именемъ сферонидныхъ тѣлъ — corps spheroides — французскихъ авторовъ. Эти узлы располагаются безъ всякаго порядка, совершенно не напоминающаго дольчататаго строенія желѣзистой ткани, которое замѣчается,

хотя и не всегда, въ нормальной железнѣ. Железистые просвѣты расширены, представляются столь разнообразной формы, что трудно поддаются описанію, они по большей части пусты, иногда выполнены безструктурной, однородной массой, иногда слущившимися эпителиальными клѣтками, кое-гдѣ содержатъ и слоистые конкременты. Въ просвѣты этихъ расширенныхъ железистыхъ полостей выступаютъ сосочки, иногда въ очень обильномъ количествѣ, покрытые въ большинствѣ случаевъ ясно выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, съ хорошо окрашивающимся ядромъ у основанія клѣтки, располагающимся чаще въ одинъ слой, съ замѣщающими его клѣтками, а иногда и въ нѣсколько слоевъ. Сосочки иногда состоятъ изъ одного только эпителия, иногда они длинны, вѣтвятся, а иногда съ хорошо развитымъ основаніемъ; (на препаратъ № 17 видно, какъ выпячиваясь въ железистые просвѣты эти толстые сосочки почти выполняють ихъ). Можно ли считатьъ ихъ за истинные сосочки, мы на основаніи своихъ изслѣдованій сказать не можемъ; яснаго вхожденія въ сосочекъ сосудистаго капилляра намъ видѣть не удавалось, а на послѣдовательныхъ срѣзахъ было видно, какъ сосочки, выступая въ просвѣтъ железокъ, увеличивались, сливались, образуя новыя железистыя полости. На этихъ же срѣзахъ удавалось видѣть, какъ небольшія железистыя образования совершенно выполненныя эпителиальными клѣтками, затѣмъ давали по срединѣ просвѣтъ, причѣмъ получалась картина попеременно-перерѣзанной железистой трубочки. Благодаря выступленію сосочковъ въ просвѣтъ железокъ, получалась наиболѣе часто встрѣчавшаяся картина, напоминающая вѣтвящіяся мѣшечки или трубочки. Иногда сосочковъ было мало и тогда полости являлись совершенно круглой формы, маленькія съ низкими цилиндрическимъ эпителиемъ; иногда полости болѣе значительно расширились, близко подходили другъ къ другу, перегородки ихъ истончались, разрывались и образовывались еще болѣе значительныя полости, съ выступающими въ просвѣтъ ихъ остатками перегородокъ, эпителий, выстилавшій ихъ, являлся сильно уплощеннымъ. За исключеніемъ этихъ сильно расширенныхъ полостей, эпителий почти всегда былъ высокой цилиндрической, вполне сохраняя свой видъ, несмотря на то—пустъ ли просвѣтъ железки, выполненъ ли онъ безструктурными массами, или содержитъ конкременты. По периферіи железистыхъ узловъ, особенно если они были ясно выражены, всегда замѣчались въ значительномъ количествѣ изогнутыя, какъ бы

сдавленные железистыя трубочки, иногда съ ясно сохранившимся цилиндрическимъ эпителиемъ, а иногда даже съ эпителиальными сосочками. Если железистая ткань не представляла такой ясной узловатости, то и вышеописанныя железистыя трубочки очень рѣдко попадались, а въ железистыя полости не такъ часто выступали сосочки и самые просвѣты ихъ являлись болѣе круглой формы. Атипическаго роста эпителия за исключеніемъ одного случая (препаратъ № 19) мы не наблюдали. Строма, лежащая въ самыхъ узлахъ между железистыми полостями, почти всегда представлялась болѣе богатой клѣточными элементами съ преобладаніемъ соединительной ткани надъ мышечной, чѣмъ строма, лежащая между узлами; въ послѣдней часто попадались отдѣльныя железистыя трубочки неправильной формы, не расширенныя, съ несно выраженной формой эпителия. Иногда намъ удавалось видѣть въ стромѣ инфилтраты кругло-кѣлочными элементами, то лежащіе изолированно, то вокругъ железистыхъ просвѣтовъ.

е) Результаты собственныхъ изслѣдованій.

Вышеописанныя картины даютъ намъ право говорить, что въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ не о пассивномъ расширеніи железистыхъ полостей, вслѣдствіе закрытія ихъ протоковъ и накопленія въ нихъ содержимаго, какъ думаетъ Siehanowsky и др., а о новообразованіи железистой ткани. Сравнивая это обиліе железистой ткани, расположенной часто въ видѣ узловъ, безъ всякаго порядка, со строеніемъ нормальной железы, мы видимъ, что увеличеніе извѣстной части органа виситъ не только отъ расширенія просвѣта железокъ, но и отъ увеличенія количества ихъ. Расширеніе железокъ не пассивно, а активно; полости ихъ въ большинствѣ случаевъ пусты, а иногда хотя и имѣютъ содержимое, все же въ просвѣтъ ихъ выпячиваются сосочки съ ясно выраженнымъ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Вокругъ узловъ располагаются железистыя трубочки, сильно изгибающіяся отъ давления на нихъ растущихъ узловъ и въ то же время сохраняющія свой цилиндрической эпителий. Къ сожалѣнію найти фигуры дѣленія ядеръ, на что указываютъ другіе авторы, намъ не удалось. Обиліе клѣточныхъ элементовъ въ стромѣ узловъ, иногда какъ бы расслоніе стромы въ видѣ щелей вокругъ узловъ, все это говорить за активный ростъ тканей.

Вся эта измененная ткань, как видно из препаратов, располагается в центральной части железы, непосредственно под слизистой уретры. На периферии же железы картина совершенно иная: здесь в железистых просветах сосочков не замечается, просветы как бы уменьшены, сдавлены, эпителий то многослойный, то однослойный, значительно уплотненный, иногда отслоившийся в виде каемки, а иногда только сохранившиеся конкременты указывают на бывшую здесь железистую ткань, окружающая ткань содержит мало клеточных элементов и вокруг атрофированных железистых просветов представляется часто в виде колец безструктурной массы.

Что же это за процесс, происходящий в железах?

Конечно, на основании небольшого количества собственных исследований делать обобщение невозможно, но присоединяя сюда литературные данные и некоторые соображения теоретического характера, можно сказать, что в большинстве случаев, так называемой, гипертрофии предстательной железы дело идет о новообразовании железистой ткани — об аденоме.

С тех пор как начали оперировать больных, страдающих, так называемой, гипертрофией предстательной железы и исследовать микроскопически материал, добытый оперативным путем, стали сомневаться в истинности гипертрофии, почему и прибавили к термину: гипертрофия предстательной железы „так называемая“ (sogenannte). Микроскопические исследования показали, что во всех случаях наблюдается разрастание железистой ткани, но считать ли это разрастание гипертрофией с гиперплазией или аденомой — являлось вопросом.

Riicher исследовал 23 железы, удаленные при операциях на живых, и говорит: „увеличение железистой ткани нельзя считать за аденому, так как она функционирует“. Veszprémi (37 желез) указывает, что изменение в предстательной железе нельзя рассматривать как истинное новообразование, но и не как простую гипертрофию, а можно понимать их как старческие явления и обозначать их: „Intuscescentia senilis nodosa und diffusa, glandularis, cystica oder fibrosa“; но уже Урсотт (33 железы) говорит о фибро-аденомах и аденомах, а Сапп (40 желез) во всех случаях — об аденомах. За тем целый ряд хирургов говорит уже

прямо, что они удаляли аденомы или фибро-аденомы или фибро-аденомы (Albarran, Audry, Barnard, Bowers, Bryson, Cathelin, Clarke, Lilienthal, Leguen, Loumeau, Proust, Schlesinger, Tuffier и др.).

Но посмотрим, что пишут об аденомах Borst, Ribbert и Aschoff.

Borst): „Под аденомами мы понимаем самостоятельное новообразование, построенное по типу железистой ткани. При этом понятие железы — чисто морфологическое, так как аденомами мы называем такие опухоли, в которых рост эпителия при помощи соответствующего развития соединительной ткани создает правильные, снабженные соединительнотканью ствнками, скопления эпителия, представляющиеся в форме простых или ветвящихся трубочек и т. д.“... „Для аденом, как зрелых форм опухоли, необходимо возможно полное сходство с типом желез материнской почвы“... „Аденомы образуют отграниченные опухоли, развивающиеся внутри органа в виде узлов, и нередко отделяются по окружности капсулой“... „Некоторые аденомы функционируют, насколько этот секрет качественно нормален — сказать трудно“... „Во многих случаях трудно провести границу между аденомой и железистой гиперплазией“... „К гиперпластическим новообразованиям принадлежат многие случаи и так называемых аденом предстательной железы, но все же не все“.

Ribbert): „Известная гипертрофия предстательной железы по большей части диффузная, но на самом деле довольно или узлово отграниченная увеличения органа; собственно к опухолям их причислить нельзя, но если отграниченные формы являются внутри доли или в виде увеличения средней доли, то благодаря своей отграниченности или относительной самостоятельности, они производят впечатлительные опухоли — аденомы, фибро-аденомы или аденомы“.

Aschoff) в своем учебнике патологической анатомии, говоря о гипертрофии предстательной железы, пишет: „доброкачественные образования эпителиального характера — аденомы описаны, они стоят близко к наблюдаемому разрастанию желез при железистой форме гипертрофии. Резкое разграничение между ними невозможно“.

¹⁾ Borst, Die Lehre von den Geschwülsten. 1902. Bd. 2. S. 537.

²⁾ Ribbert, Geschwulstlehre. 1904. S. 420.

³⁾ Aschoff, Pathologische Anatomie. 1909. Bd. 2.

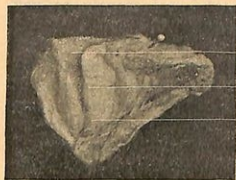
Ссылаясь на взгляды этихъ авторовъ, должно сказать, что хотя и трудно провести границу между железистой гиперплазией и аденомой, но тѣмъ не менѣе имѣется много данныхъ въ пользу послѣдней. На препаратахъ мы наблюдаемъ обиліе железистой ткани, хотя и повторяющей строеніе материнской ткани, но въ то же время имѣющей и нѣкоторыя особенности: железистыя полости расширены, нѣтъ дольчатаго расположенія ихъ, присущаго нормальной ткани, полости въ большинствѣ случаевъ пусты (отсутствіе функции железокъ?), эпителий цилиндрической ясно выраженный, однослойный, въ то время какъ въ нормальныхъ железахъ соответствующаго возраста наче чаще многослойный, обиліе сосочковъ, реакція со стороны стромы, обильное количество кліточныхъ элементовъ въ ней. Измѣненная ткань изолирована отъ остальной ткани железы подобіемъ фибро-мускульной оболочки; аденоматозные узлы легко выщипываются, каждый въ отдѣльности, а иногда и въ общей своей массѣ; эти узлы при ясномъ выступленіи ихъ въ полость мочевого пузыря вполне производятъ впечатлѣніе опухоли. Если къ этому прибавимъ клиническія явленія: постоянно прогрессирующее заболѣваніе, возможность перехода въ злокачественное новообразованіе, допустимость возвратовъ послѣ удаленія „железы“, восстановленіе функции железы послѣ удаленія изъ нея аденоматозныхъ узловъ, то намъ кажется, что здѣсь можно говорить не о железистой гиперплазії, а объ аденомѣ (и смотря по преобладанію той или другой ткани говорить объ аденомѣ, фибро-аденомѣ или фибро-міо-аденомѣ). Въ пользу послѣдней говорятъ и нѣкоторыя другія соображенія. Гиперплазія и гипертрофія тканей есть процессъ цѣлесообразный, распространяется обычно на весь органъ, чего мы въ данномъ случаѣ не наблюдаемъ; всегда на периферіи препарата находится неизмѣненная, сдавленная или даже атрофированная железистая ткань, смотря по величинѣ развитія новообразованія. Воспалительныхъ процессовъ, наиболее частой причины гиперплазій, въ начальныхъ стадіяхъ не наблюдается, существованіе ихъ считается большинствомъ авторовъ вторичнымъ явленіемъ. Допустить гиперплазію при недостаточномъ количествѣ железистой ткани, хотя бы при предьявленіи къ ней повышенной функции — нѣтъ данныхъ, въ органѣ въ начальныхъ стадіяхъ увеличенія его достаточно железистой ткани и напротивъ наблюдается атрофія ея отъ давленія уже при сильномъ развитіи новообразованія. Если нѣкоторые авторы, признавая новообра-

зованіе железистыхъ узловъ и не считаютъ его за аденому, въ виду присутствія между этими узлами нормальной ткани, то нужно помнить о возможности диффузнаго роста аденомъ.

д) Общій обзоръ измѣненій въ железахъ при развитіи въ ней аденоматозныхъ узловъ.

По мнѣнью выясненія вопроса о томъ, что при, такъ называемой, гипертрофіи предстательной железы въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ объ аденомѣ—невольно возникалъ и другой вопросъ: изъ какихъ же железъ развиваются эти аденомы? Обратимся сначала къ своимъ препаратамъ. Разсматривая распредѣленіе железистой ткани на поперечныхъ срѣзахъ на уровнѣ внутренняго отверстия уретры мы видимъ, что въ то время, какъ на нормальныхъ железахъ получаемъ почти посредитѣ отверстіе уретры съ ея слизистой, подслизистой съ поперечно-перерѣзанными продольными мышечными волокнами и маленькими железами, вокругъ нихъ гладкій сфинктеръ ясно выраженный, особенно сзади и съ боковъ, и затѣмъ уже железистую ткань самой предстательной железы, подковообразно располагающуюся сзади и съ боковъ—на „гипертрофированныхъ“ железахъ получаемъ совсѣмъ иное, вокругъ отверстія уретры, обыкновенно разнообразно измѣненнаго въ своей формѣ, растянуто соотвѣтственно растущимъ узламъ,—сейчасъ же находимъ измѣненную, въ вышеописанномъ видѣ железистую ткань, только отдѣленную хорошо развитой подслизистой съ поперечно-перерѣзанными продольными мышечными волокнами. Эта измѣненная ткань иногда занимаетъ значительное пространство, смотря по степени ея развитія и непосредственнаго присутствія ясно выраженныхъ „круговыхъ волоконъ“ внутренняго гладкаго сфинктера на обычномъ его мѣстѣ мы не находимъ, а только замѣчаемъ неправильно располагающуюся мышечная волокна между узлами, скопляющіяся на периферіи узловато измѣненной ткани въ болѣе правильные концентрическіе круги, гдѣ они совмѣстно съ соединительной тканью образуютъ подобіе фибро-мускульной капсулы, между слоями которой замѣчаются сильно вытянутыя сдавленные железистыя трубочки; вокругъ этой какъ бы капсулы по бокамъ и сзади мѣстами мало измѣненная, мѣстами сдавленная, атрофированная железистая ткань.

Разматривая теперь увеличенную железу при сагитальном разрезе макроскопически, мы невольно замечаем изменение простатической части уретры; в то время, как нормальный ход ее сверху вниз представляется идущим почти по



Фиг. 9.

Фотограф. снимок сагитального разреза предстательной железы показывает, как уретра, выходя из мочевого пузыря (1) под влиянием развивающихся вокруг нее аденоматозных узлов (2) начинает изгибаться на месте семенного бугорка (3).

отвѣсной линіи съ легкимъ дугообразнымъ изгибомъ спереди назадъ, здѣсь мы видимъ перегибъ уретры на мѣстѣ впаденія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ почти подъ прямымъ угломъ; сравнивая длину уретры отъ внутренняго ея отверстія до мѣста впаденія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, находимъ значительное удлиненіе именно этой части. Причемъ уголъ, образованный уретрой и сѣмявыбрасывающими протоками значительно увеличивается, сѣмявыбрасывающіе протоки какъ бы отдавливаются къзади и книзу. Разматривая микроскопическую картину этихъ препаратовъ, мы замечаемъ, что измѣненная железистая ткань именно и занимаетъ это пространство въ углу между уретрой и сѣмявыбрасывающими протоками, причемъ часть предстательной железы, лежащая непосредственно впереди протоковъ, а также позади и книзу отъ послѣднихъ представляетъ сдавленную железистую ткань. Подобную картину мы имѣемъ при увеличеніи всей железы. На препаратъ № 1 (см. таб. II рис. 4) мы видѣли еще начальную степень аденоматознаго разрошенія возлѣ уретры, гладкій сфинктеръ при этомъ въ общей своей массѣ отдавливается вверхъ, но все же между его пучками попадаютъ и расширенныя железки и часть



Фиг. 10.

Тоже. Мочевой пузырь (1); начало уретры (2); сѣмявыбрасывающіе протоки (3); семенной бугорокъ (4).

его пучковъ отдавливается къзади. При изолированномъ же увеличеніи, такъ называемой, средней доли, картина получается своеобразная; здѣсь вся измѣненная ткань, начинаясь у слизистой надъ мѣстомъ впаденія въ уретру сѣмявыбрасывающихъ протоковъ въ видѣ тонкаго слоя, къверху все увеличивается въ объемѣ и, отдавливая и смѣщая гладкій сфинктеръ къзади, выпячивается въ видѣ опухоли въ полость мочевого пузыря, покрываясь сильно истонченнымъ слоемъ продольныхъ мышечныхъ волоконъ и слизистой.

Такимъ образомъ на основаніи нашихъ препаратовъ мы можемъ сказать, что во всѣхъ случаяхъ мы имѣли аденоматозные узлы возлѣ уретры, въ одномъ случаѣ впереди уретры (препаратъ № 7), въ остальныхъ сбоку и съзади или вокругъ всей уретры. Эти аденоматозные узлы располагаются непосредственно подъ слизистой съ тонкимъ слоемъ продольныхъ мышечныхъ волоконъ, тѣсно съ ней связаны—слизистая какъ бы слѣдуетъ за ними,—располагаются они вокругъ части уретры, лежащей выше впаденія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ; иногда узлы, являясь до нѣкоторой степени каждый изолированнымъ, окружены еще и въ общей массѣ своей подобіемъ фибро-мускульной оболочки. Получается всегда впечатлѣніе, что эти аденоматозные узлы располагаются внутри гладкаго сфинктера, иногда отдавливая его кънаружи и къверху, а иногда даже проростая пучки его. Сама железа какъ бы не принимаетъ никакого участія въ этомъ новообразованіи, а оттягивая къ периферіи образуетъ вокругъ узловъ родъ скорлупы—оболочки. Мы никогда не видѣли, чтобы аденоматозные узлы располагались ниже или къзади отъ сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, или на периферіи железы, отдавливая гладкій сфинктеръ внутри.

Какъ мы уже упоминали въ началѣ работы, на срезѣхъ нормальной предстательной железы мы имѣемъ двѣ группы железокъ: центральную и периферическую, довольно ясно изолированныя другъ отъ друга внутреннимъ гладкимъ сфинктеромъ; первая группа состоитъ изъ железокъ, располагающихся близъ слизистой уретры между продольными и круговыми мышечными слоями и существующихъ по всей простатической части уретры, какъ спереди, съ боковъ, такъ и съзади, и особенно скопляющихся на задней стѣнкѣ у шейки пузыря и въ области семеннаго бугорка. Эту центральную группу относятъ къ слизистой уретры, а не къ самой предстательной железн

и называют их периретральными железами. Соответственно положению этих железок развиваются аденоматозные узлы, как думает большинство авторов. Къ этому вполне можно присоединиться, такъ какъ тогда легко можно объяснить существование всевозможныхъ формъ аденоматозно-увеличенныхъ железъ. Относительно изолированного увеличения, такъ называемой, средней доли послѣ работъ Jores'a можно сказать съ положительностью, что оно происходитъ на счетъ железокъ, лежащихъ подъ слизистой, на задней стѣнкѣ перехода мочевого пузыря въ уретру — быть можетъ мѣстомъ развитія этого увеличения и служить группа добавочныхъ подшеечныхъ железокъ, описанныхъ Albarган'омъ. На имѣющихся у насъ двухъ препаратахъ №№ 2 и 6 ясно, что аденоматозные узлы лежатъ непосредственно подъ слизистой съ продольными гладкими мышечными волокнами, отдавленная гладкій сфинктеръ кнаружи, сама же железа не принимаетъ никакого участія въ образованіи этой опухоли. Увеличеніе боковыхъ долей, всѣхъ трехъ долей и передней доли — всѣ эти различныя формы также объяснимы съ точки зрѣнія развитія аденоматозныхъ узловъ изъ периретральныхъ железокъ. Какъ видно на препаратѣ № 7 изолированный аденоматозный узелокъ лежитъ впереди уретры возлѣ нея; на препаратѣ № 11 — на поперечномъ срѣзѣ — узелки располагаются вокругъ уретры, особенно сзади замѣтно, какъ узловато измѣненная ткань отдѣляется круговыми волокнами гладкаго сфинктера отъ неизмѣненной железистой ткани, соответствующей положенію пресперматической части железы; сзади этой части видны поперечно перерѣзанные сѣмявыбрасывающіе протоки, подобная же картина видна и на сагитальномъ срѣзѣ препарата № 6. Эти препараты, намъ кажется, наглядно показываютъ, что аденоматозные узлы развиваются изъ периретральныхъ железокъ.

Motz et Perearnau ¹⁾ еще въ 1905 году пришли къ заключенію, что, такъ называемая, гипертрофія предстательной железы идетъ исключительно насчетъ центральныхъ периретральныхъ железокъ и окружающей ихъ стромы, сама же предстательная железа не принимаетъ никакого участія въ новообразованныхъ массахъ, а претерпѣваетъ только болѣе или менѣе сильно выраженную атрофію и при большихъ предста-

¹⁾ Motz et Perearnau. *Annal. d. mal. d. org. génit.-urinair.* 1905. p. 1523.

тельныхъ железахъ отдавленная на периферію составляетъ ложную капсулу. Къ этому мнѣнію присоединяются Lendorf, Marquis, Marion, Cunéo и др. Lendorf ¹⁾, резюмируя свои изслѣдованія, пишетъ, что въ окружности выхода мочевого пузыря и по всей простатической части уретры существуютъ добавочныя простатическія железики, изъ этихъ железокъ и происходитъ гипертрофія, въ то время какъ сама предстательная железа, отдавленная къ периферіи, образуетъ капсулу вокругъ гипертрофированныхъ адено-фиброматозныхъ массъ. Marquis ²⁾, задавшись вопросомъ: имѣетъ ли что-нибудь общее, такъ называемая, гипертрофія предстательной железы съ железой того же названія? — на основаніи своихъ анатомическихъ изслѣдованій и клиническихъ результатовъ, приходитъ къ слѣдующему заключенію: „началомъ интересующей насъ опухоли болѣею частью бываетъ не предстательная железа, а подуретральныя железики и установившійся терминъ „гипертрофія предстательной железы“ долженъ быть въ большинствѣ случаевъ замѣненъ названіемъ „опухоль подуретральныхъ железъ“, а Marion ³⁾ въ заключеніи своей статьи пишетъ: „нѣтъ ничего удивительнаго, что опухоль, развивающаяся изъ периретральныхъ железъ, обыкновенно обозначаемая какъ гипертрофія предстательной железы, расположена въ предстательной железн“.

Cunéo ⁴⁾ также присоединяется къ этому взгляду и прямо уже говоритъ о периретральной аденомѣ, расположенной внутри гладкаго сфинктера.

Такимъ образомъ мы видимъ, что авторы послѣдняго времени говорятъ уже прямо объ опухоли и указываютъ, что она развивается изъ железокъ, лежащихъ возлѣ уретры, давая имъ только различное названіе: парауретральныя, периретральныя, подуретральныя. Считать ли эти железики добавочными простатическими железами или принадлежащими самой уретрѣ, сказать трудно, такъ какъ эти железики, какъ мы уже указали, гистологически не различимы, да и вся железистая масса имѣетъ одинъ источникъ развитія, именно уретральный эпителий, какъ думаетъ большинство авторовъ. Конечно, нужно помнить, что въ данномъ случаѣ мы руководствуемся топографическими ихъ

¹⁾ Lendorf. *Archiv für klinische Chirurgie.* 1912. T. 97. H. 2.

²⁾ Marquis. *Revue de Chirurgie.* 1910. p. 1137.

³⁾ Marion. *Zeitschrift für Urologie.* 1911. Bd. 5.

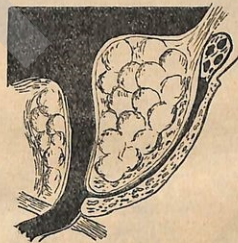
⁴⁾ Cunéo. *An. d. mal. d. org. génit.-urinair.* 1911. p. 2074.

отношениями, главным образом внутренним гладким сфинктером, который может быть и нормально слабо развит, а при значительном развитии аденоматозных масс настолько изменен и сдавлен, что о существовании его можно судить разве только по присутствию небольшого количества больше или меньше правильно расположенных круговых волокон, поэтому некоторые авторы, признавая, что аденоматозные узлы развиваются в центральной части железы вокруг уретры, считали началом их развития не только перипретральные железки, но и пресперматическую группу железок (Albarran et Motz¹⁾), как бы указывая, что и железистая ткань предстательной железы принимает участие в образовании аденоматозных узлов; а Tandler und Zuckerkandl²⁾ идут еще дальше и для предстательной железы на основании эмбриональных данных и расположению железок по их выводным протокам на две симметрические периферические доли, на расположенную между ними среднюю долю и маленькую переднюю долю, говоря: „гипертрофии всех частей железы, как hypertrophiae prostatae totalis не существует, рядом с гипертрофированными частями существуют части, которые нужно назвать атрофированными; мы ни разу не наблюдали гипертрофию задней доли и в то же время ни разу не видели, чтобы средняя доля не принимала участия в новообразовании. Гипертрофия предстательной железы исключительно распространяется на часть железы, которая простирается в длину от внутреннего отверстия уретры до впадения смявывбрасывающих протоков“. Таким образом все гипертрофии Tandler und Zuckerkandl производят из средней доли по их терминологии. Последняя теория происхождения аденоматозных узлов из этой средней доли, хотя и подкупает в свою пользу, — макроскопически как бы все говорит за нее, но как уже и раньше было указано, такое деление нормальной предстательной железы на доли, с чем и сами авторы согласны, довольно схематично, да и микроскопические препараты в начальных степенях развития аденоматозных узлов показывают, что эти узлы развиваются возле уретры внутри сфинктера и пресперматическая часть не принимает участия в этом развитии, а при значительном развитии даже отдавливается, судя по тому, что позади этих узлов и спереди от смявывбрасывающих протоков имется группа сдавленных железок, как видно на препарате № 5 (сагитальный срез через всю железу). Действительно получается впечатлительное, что сама предстательная железа не принимает участия в образовании аденомы, а служит только ее вмещателем. Legueu et Parin дают и общие черты для положения аденомы: 1) все они сращены с уретрой, 2) все расположены впереди смявывбрасывающих протоков, и 3) все развиваются выше семенного бугорка. К этому вполне можно присоединиться. Тут

¹⁾ Albarran et Motz. Annal. d. mal. d. org. génit.-urinaire. 1902. p. 769.

²⁾ Tandler und Zuckerkandl. Folia Urologica. 1911. Bd. V.

вается, судя по тому, что позади этих узлов и спереди от смявывбрасывающих протоков имется группа сдавленных железок, как видно на препарате № 5 (сагитальный срез через всю железу). Действительно получается впечатлительное, что сама предстательная железа не принимает участия в образовании аденомы, а служит только ее вмещателем. Legueu et Parin дают и общие черты для положения аденомы: 1) все они сращены с уретрой, 2) все расположены впереди смявывбрасывающих протоков, и 3) все развиваются выше семенного бугорка. К этому вполне можно присоединиться. Тут



Фиг. 11.

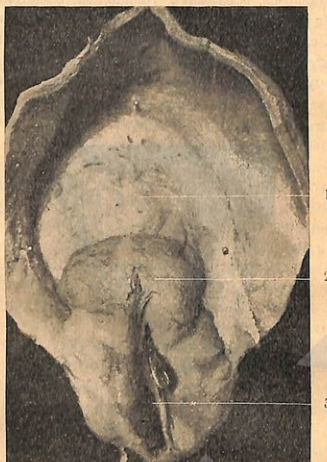
Схемат. рисунок (по Albarran'y).

Продольный разрез через гипертр. предст. железу. Аденоматозные узлы, развиваясь вокруг уретры, располагаются выше семенного бугорка и впереди смявывбрасывающих протоков, отдавая последние в ткань железы издали и книзу.

факты, что аденомы лежат всегда возле уретры, будучи тесно с ней связаны, и никогда не располагаются изолированно вдали от нее где-нибудь на периферии железы или позади и ниже смявывбрасывающих протоков, что эти аденомы сравнительно легко выдвигаются через пазухи из самой железы, что удаление их дает возможность иногда самой железе начать функционировать — дают нам право говорить, что здесь растут

опухоль из периретральных железок по топографическим условиям в самой предстательной железе, но не из нея.

Эти аденомы, развиваясь в предстательной железе, из-



Фиг. 12.

Фотографический снимок с препарата из патолого-анатомического музея Императорской военно-медицинской академии.

Гипертрофия простаты, выступающая в мочевой пузырь (1) в вид воронки (2), мочеиспускательный канал (3). Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал вскрыты по передней стенке.

меняют ее величину, в общем сохраняя ее контуры. Действительно, если мы взглянем снаружи на увеличенную железу, вынутую из трупа вместе с мочевым пузырем, то

увидим, что контуры ее очень напоминают нормальную железу, причем задняя борозда слегка как бы сглажена и железа приняла более шарообразный вид. Наичаще увеличение идет насчет передне-заднего ее размера, за исключением тех случаев, как например при изолированном увеличении „средней доли“, где вся она растет в пузырь. Для объяснения этих явлений нужно помнить, что железа при своем увеличении, встречая препятствие спереди со стороны лобковой кости,



Фиг. 13.

Фотографический снимок с препарата из патолого-анатомического музея Императорской военно-медицинской академии.

Гипертрофия „средней доли“; (1) мочевой пузырь, (2) „средняя доля“, (3) мочеиспускательный канал.

а снизу со стороны мочеполовой диафрагмы, может расти назад, отчасти в стороны, а свободнее всего в мочевой пузырь, отсюда увеличение ее передне-заднего размера, отчасти поперечного и наичаще изменение ее поверхности, обращенной в мочевой пузырь. Но главным фактором изменения формы увеличенной железы, конечно, являются аденоматозные узлы, развивающиеся в известном месте возле уретры, тогда будут понятны все формы увеличения и особенно увеличение части железы, обращенной в пузырь. Здесь наблюдаются очень разно-

образныя картины, смотря по тому, въ какой части развиваются аденоматозныя узлы. Увеличение железъ можетъ итти и насчетъ всѣхъ „трехъ долей“, и насчетъ „боковыхъ долей“, и насчетъ



Фиг. 14.

Фотографическій снимокъ съ препарата изъ патолого-анатомическаго музея Императорской военно-медицинской академии.

Гипертрофія всѣхъ трехъ „долей“; (1) мочевоы пузырь, наполненный камнями, (2) „средняя доля“, (3) „боковая доля“.

изолированной „средней доли“ и наконецъ, что бываетъ рѣдко, возможно увеличение части железы, лежащей впереди уретры. Насколько часто бываетъ увеличение различныхъ долей показываетъ статистика. По собранной Сісчановскы статистикѣ на 255 железъ: въ 69,8% увеличение всѣхъ трехъ долей, въ

29,1% увеличение только боковыхъ долей и въ 1,1% увеличение передней спайки. По Socin—Burchardty на 101 железу: въ 72 случаяхъ общее увеличение, въ 8—боковыхъ долей, въ 15—средней доли, въ 5—только лѣвой боковой и въ 1—только правой боковой. По Albarran et Motz на 111 железъ—увеличение всѣхъ долей въ 107 случ. и боковыхъ только въ 4 случ. Leguen на 333 оперированныхъ больныхъ нашелъ: исключительно увеличение средней доли въ 121 случ., всѣхъ долей въ 156 случ. и только боковыхъ въ 56 случ. При увеличении всѣхъ трехъ долей получается выступъ въ пузырь въ видѣ воротничка или напоминающій по виду своему влагалищную часть матки; увеличения боковыхъ долей даютъ соответствующіе выступы въ пузырь по бокамъ уретрального отверстия. Изолированная средняя доля является или на тонкой ножкѣ или на широкомъ основаніи, представляя собой какъ бы клапанъ для внутренняго отверстия уретры. Смотра по этимъ выпячиваніямъ опухоли въ пузырь и получается соответственное измѣненіе самого внутренняго отверстия уретры и дна мочевого пузыря. Внутреннее отверстие уретры иногда теряетъ свою правильно круглую форму, часто зияетъ и пропускаетъ кончикъ пальца. Отверстіе это смѣщается къверху, причемъ растущіе подъ слизистой аденоматозныя узлы растягиваютъ передній край trigoni Lieutaudi, который фиксированъ на предстательной железе. Эта часть trigoni и испытываетъ активное растяженіе; позади же выступа получается углубленіе, въ образованіи котораго принимаетъ участіе задняя часть trigoni и дно пузыря. За растяженіе, а не только смѣщеніе trigoni говорить увеличение разстоянія между внутреннимъ отверстиемъ уретры и отверстиями мочеточниковъ; обычно разстояніе равно 3 смт. можетъ доходить до 6 сан. и болѣе (Albarran). Но при громадномъ увеличеніи предстательной железы, какъ указываютъ Tandler und Zuckerkanl, бываетъ, что отверстия мочеточниковъ находятся на задней поверхности выступающей въ пузырь части, что важно помнить при операціяхъ на этой части во избѣжаніе возможнаго раненія мочеточниковъ. Вслѣдствіе смѣщенія вверхъ уретрального отверстия происходитъ и значительное увеличение длины простатической части уретры, доходящей иногда до 8 сантиметровъ и болѣе (Albarran). Форма канала сильно измѣняется, на поперечныхъ срѣзахъ чаще являясь въ видѣ длинной передне-задней расщелины (Albarran указываетъ на случай оперированной имъ железы, гдѣ высота этой расщелины

доходила до 8 см., сама железа вѣсила 220 гр.), иногда принимая копьевидную форму, а иногда неправильно звѣздчатую. По ходу своему каналъ иногда испытываетъ боковыя отклонения, иногда образуетъ дивертикулы, но постояннымъ явлениемъ измѣненія его нужно считать перегибъ его на мѣстѣ впаденія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ. Изъ раньше описаннаго мѣстоположенія аденоматозныхъ узловъ будетъ вполне понятно его измѣненіе; аденоматозные узлы, располагаясь вокругъ уретры впереди и выше сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, отжимаютъ ихъ книзу и къзади, чѣмъ и заставляютъ отодвигаться къзади и мѣсто впаденія ихъ, гдѣ они фиксированы въ слизистой уретры. Затѣмъ эти аденоматозные узлы, встрѣчая препятствіе своему росту спереди (os pubis), должны отодвигаться къзади, конечно, увлекая за собою къзади и часть уретры, лежащую выше впаденія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, вокругъ которой они растутъ и съ которой неразрывно связаны, или по крайней мѣрѣ ея заднюю стѣнку, что и объясняетъ наиболее частую форму уретры на поперечномъ разрѣзѣ въ видѣ щели, идущей въ передне-заднемъ направленіи. Часть уретры, лежащая ниже впаденія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ фиксирована въ своей перепончатой части, не можетъ сдѣлать смѣщенія и должна при этомъ принять горизонтальное положеніе. Вслѣдствіе всего сказаннаго и получается перегибъ уретры, иногда до прямого угла, въ области впаденія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ; если къ этому прибавимъ смѣщеніе внутренняго отверстия уретры кверху, а, при значительномъ развитіи аденоматозныхъ узловъ позади его, и къпереди, то тогда понятны будутъ и измѣненія въ ходѣ уретры, видимыя на фотографическихъ снимкахъ. Различныя изклоненія въ ходѣ уретры, а также образование дивертикуловъ ея можно объяснить различнымъ развитіемъ аденоматозныхъ узловъ, тѣсно спаянныхъ со слизистой и при своемъ ростѣ влекущихъ ее за собой. Сѣмявыбрасывающіе протоки, испытывая давленіе сверху и спереди, отгнѣются насколько возможно къзади и книзу, принимая почти горизонтальное положеніе; аденоматозные узлы, встрѣчая препятствіе со стороны этихъ протоковъ, растутъ книзу и сбоку отъ нихъ, чѣмъ и объясняется то сѣдлообразное давленіе на задне-нижней поверхности опухолей, удаленныхъ сдѣлкомъ изъ предстательной железы, какъ мы увидимъ ниже.

Здѣсь нужно еще упомянуть и объ отношеніи аденоматозныхъ узловъ къ внутреннему гладкому сфинктеру. При изо-

лированномъ увеличеніи, такъ называемой, средней доли теперь можно считать доказаннымъ, что увеличеніе это идетъ насчетъ періуретральныхъ железокъ и внутренней гладкой сфинктеръ ясно отдавливается аденоматозными узлами къзади, тоже самое мы наблюдаемъ и при увеличеніи другихъ долей железы съ наступленіемъ ихъ въ пузырь, причемъ всегда эти части находятся внутри сфинктера. При увеличеніи же железы безъ яснаго выступленія въ пузырь, мускульныя волокна этого сфинктера не только смѣщаются къ периферіи, но частью отдавливается кверху, а частью быть можетъ гибнуть, вслѣдствіе проростанія ихъ железками.

Не останавливаясь подробно на вопросѣ о причинахъ разстройства механизма мочеиспусканія при, такъ называемой, гипертрофій предстательной железы, мы все же должны сказать, что въ случаяхъ, такъ называемой, гипертрофій предстательной железы главную причину появленія симптомовъ ея нужно искать въ ростѣ аденоматозныхъ узловъ и растяженіи ими слизистой простатической части уретры и внутренняго сфинктера, такъ какъ удаленіе оперативнымъ путемъ этихъ узловъ ведетъ часто къ исчезанію всѣхъ симптомовъ и возобновленію функціи мочевого пузыря. Аденоматозные узлы, развиваясь вокругъ уретры и растягивая слизистую ея, ведутъ къ потерѣ ея эластичности, а въ то же время, помѣщаясь внутри сфинктера, растягиваютъ его и тѣмъ нарушаютъ правильную функцію его. Это постоянное присутствіе инороднаго тѣла внутри сфинктера и является причиной учащеннаго мочеиспусканія, одного изъ первичныхъ симптомовъ „гипертрофій“ предстательной железы. По мѣрѣ своего роста эти узлы являются уже механическимъ препятствіемъ для мочеиспусканія, происходитъ задержка мочи, пузырь плохо опорожняется, растягивается, стѣнки его гипертрофируются, особенно насчетъ внутренняго мышечнаго слоя, получается „трабекулярный“ пузырь. Возможная до извѣстныхъ предѣловъ функція его ослабѣваетъ и наступаетъ атонія. Конечно, однимъ механическимъ препятствіемъ объяснить всѣ явленія простатизма нельзя, такъ какъ значительную часть явленій нужно отнести насчетъ нервной системы, а также и насчетъ наружнаго поперечно-полосатаго сфинктера, роль котораго, какъ не только подкрѣпляющаго работу гладкаго внутренняго сфинктера, но и какъ бы замѣняющаго его при, такъ называемой, гипертрофій, многими признается. Наблюдались случаи, гдѣ послѣ удаленія аденомъ предстательной железы черезъ мочевой

пузырь, несмотря на ясное расширение и зияние выходного отверстия пузыря — отсутствие сокращения гладкого внутреннего сфинктера — большой свободно удерживал мочу и правильно мочился (Wallace and Page).

В то же время ранение наружного поперечно-полосатого сфинктера во время операции часто вызывало недержание мочи (Ruggles).

Нельзя также забывать и о возможных изменениях в самой стенке мочевого пузыря, наблюдаемых в старческом возрасте: атрофии мышечных волокон и исчезании или дегенеративном изменении упругих, вызывающих слабость мочевого пузыря, выражающихся в уменьшении его сократительной силы и в понижении его тонуса, что даже дало возможность говорить о первичной слабости мочевого пузыря, а механическое препятствие к выделению мочи считать фактором вторичным, усугубляющим последствия первичного ослабления (Ястребовъ); но что эти изменения в мочевом пузыре не рѣзки, доказываетъ слѣдующій фактъ: быстрое восстановление функций пузыря послѣ операции — удаления аденомы изъ предстательной железы.

Въ прежнее время, когда говорили объ истинной гипертрофии предстательной железы, много удѣляли вниманія „Klappenmechanismus“ и говорили о „musculäre Blasenklappe“, *barrière vésicale*, указывая на участіе мускульной ткани въ механизмъ закрытія отверстия мочевого пузыря въ видѣ клапана. Но въ настоящее время, знаа, что всѣ выпячивания предстательной железы въ мочевой пузырь происходятъ насчетъ аденоматозныхъ узловъ, мы, конечно, не будемъ говорить о „musculäre Blasenklappe“, тѣмъ болѣе, что и о настоящемъ клапанѣ, закрывающемъ выходъ изъ пузыря, можно говорить развѣ только въ случаяхъ существованія изолированнаго увеличенія „средней доли“ на тонкой ножкѣ; но и здѣсь говорить о мускульномъ клапанѣ мы не можемъ, такъ какъ увеличеніе этой доли идетъ насчетъ разрознена аденоматозныхъ узловъ. Повидимому авторы, описывая „musculäre Blasenklappe“, имѣли дѣло въ такихъ случаяхъ съ сильно развитымъ гладкимъ внутреннимъ сфинктеромъ, иногда дѣйствительно выступающимъ на заднемъ полукольцѣ внутреннего отверстия уретры и какъ бы отдавленнымъ вверхъ и впередъ железистой тканью, что мы видѣли на препаратахъ №№ 9 и 12, но здѣсь о „гипертрофіи“ железы, какъ мы теперь ее понимаемъ, не можетъ быть и рѣчи,

здѣсь железистая ткань совершенно не напоминаетъ того строения, которое мы описали при развитіи аденоматозныхъ узловъ. Здѣсь мы должны еще упомянуть и о томъ, что аденоматозные узлы, развиваясь вокругъ уретры, никакъ не могутъ смѣщать гладкій внутренній сфинктеръ вверхъ и впередъ, а могутъ только смѣстить его кверху и къзади и наичае прямо къзади; а при значительномъ развитіи опухоли отъ гладкаго внутреннего сфинктера, сильно отдавленнаго кнаружи, можетъ не остаться и слѣда, и судить о немъ здѣсь можно развѣ только по присутствію болѣе правильно расположенныхъ круговыхъ волоконъ. Какъ на очень рѣдкую форму препятствія для мочеиспусканія можно указать на описанную Albarran'омъ складку слизистой у задняго края внутренняго отверстия уретры, натянутую между увеличенными боковыми долями.

Такимъ образомъ аденома, развиваясь вокругъ уретры, при своемъ ростѣ отдавливаетъ къ периферіи нормальную ткань предстательной железы, которая и образуетъ какъ бы скорлупу вокругъ нея, доходящую въ толщину при поперечномъ разрѣзѣ иногда до 1 сант. Изъ этой скорлупы въ большинствѣ случаевъ аденома легко и вылучается. Вопросъ: „существуетъ ли подобная оболочка при аденоматозномъ увеличеніи предстательной железы?“ вызвалъ обширный споръ въ литературѣ. Freyer, разработавшій методъ, какъ онъ думаетъ, полного удаленія предстательной железы черезъ пузырь при, такъ называемой, гипертрофіи ея, считаетъ, что аденоматозные узлы вкраплены въ субстанцію железы и что увеличенная железа имѣетъ такую же оболочку, какъ и нормальная, а потому и линия вылученія железы проходить между истинной капсулой (*true capsule*) и чехломъ (*sheath*).

Но громадное большинство авторовъ несогласны съ этимъ взглядомъ (Albarran, Bingham and Schuttleworth, Legueu, Lloyd, Motz et Perearnau, Proust, Rotschild, Schattok, Squier, Steiner, Tandler und Zuckerkandl, Wallace, Marion, Marquis, Cunéo, Lendorff, Quervain, Wildbolz и др.).

Всѣ эти авторы указываютъ на существованіе на периферіи увеличенной железы патологической оболочки, особенно замѣтной при ясно-выраженной узловой формѣ увеличенія железы, когда эти узлы являются заключенными въ одну общую для нихъ фибро-мускульную оболочку, съ которой они и вылучаются въ общей массѣ, а ткань самой железы, отдавленная

къ периферіи, и является той патологической оболочкой, о которой говорят вышеуказанные авторы, называя ее ложной или „хирургической“ капсулой.

Дѣйствительно на препаратахъ мы видимъ, что въ то время, какъ нормально вокругъ железистой ткани имѣемъ не железистый слой фибро-мускульной оболочки съ сосудами и нервами (беря въ общей массѣ и истинную оболочку (true capsule) и фасціальныи чехоль (sheath) по англійской терминологіи), въ толщину мѣстами измѣряемой дѣлениями миллиметра, при увеличеніи железы мы имѣемъ вокругъ аденоматозныхъ узловъ оболочку, охватывающую ихъ въ видѣ скорлупы, толщиной отъ полусантиметра до 1 сант., и это получается въ то время, когда железа, увеличиваясь въ объемѣ, казалось, должна была бы растягивать и истончать ее.

Подобное явленіе будетъ понятно вполне, если мы представимъ себѣ картину постепеннаго развитія аденоматозныхъ узловъ вокругъ уретры. Эти узлы, развиваясь кнутри отъ гладкаго внутреннего сфинктера, отдаютываютъ волокна его къ периферіи, система железокъ, расположенная кнаружи отъ него, начинаетъ сдавливаться, просвѣты железокъ сильно уменьшаются, вытягиваются въ длину, частью совсѣмъ запусѣваютъ, окружающіе ихъ фибро-мускульные слои сближаются между собой, накаплиаясь на периферіи и присоединяясь къ железистому слою фибро-мускульной ткани и фасціальному покрову, что и ведетъ къ образованию того слоя, который называютъ ложной или „хирургической“ капсулой. Дѣйствительно, при микроскопическомъ изсѣдованіи мы находимъ въ этой оболочкѣ цѣлый слой сдавленныхъ, вытянутыхъ въ длину железистыхъ трубочекъ, частью съ еще сохранившимися эпителиемъ, а частью уже съ погибшимъ, и слой фибро-мускульной стромы, и на периферіи ихъ сосуды и нервы, заключенные въ слояхъ фасціальнаго покрова. Это присутствие железистой ткани или хотя бы ея остатковъ въ этой оболочкѣ встрѣчается въ задней и боковыхъ частяхъ железы—что и понятно, ибо какъ мы уже видѣли, железистая ткань въ нормальной железнѣ располагается подковообразно сзади и по бокамъ уретры, а спереди уретры ее можно встрѣтить только на уровнѣ сѣменнаго бугорка, да и то не всегда въ значительномъ количествѣ; поэтому въ передней части этой оболочки мы обыкновенно и встрѣчаемъ только мышечную ткань съ примѣсью фиброзныхъ волоконъ.

III.

Операція по Freyer'у на трупѣ.

Если мы произведемъ операцію по Freyer'у на трупѣ (способъ его будетъ описанъ ниже), то, разрывая слизистую пальцемъ надъ выдающейся въ пузырь частью предстательной железы, мы попадаемъ на аденоматозные узлы, пройдя истонченную слизистую и тонкій слой продольныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, а иногда быть можетъ и тонкій слой круговыхъ волоконъ гладкаго сфинктера, что бываетъ, если узлы, развивающіеся вокругъ уретры ниже ея внутренняго отверстия, смѣщаютъ мышечная волокна сфинктера не только кнаружи, но и вверхъ. Достигнувъ аденоматозныхъ узловъ и идя по периферіи ихъ внутри сфинктера, который въ большинствѣ случаевъ ясно выраженъ только сверху, а иногда и черезъ сдавленные слои этого мускула, разъединяя его волокна, мы попадаемъ въ слой сдавленной ткани самой железы, черезъ который и проходимъ. Здѣсь, смотря по тому, будутъ ли аденоматозные узлы ясно изолированы подобіемъ фибро-мускульной оболочки отъ остальной ткани железы или нѣтъ, линия вылушенія въ первомъ случаѣ пройдетъ по наружной поверхности этой оболочки, между узлами и ложной капсулой, и вся отдаленная железистая ткань останется на трупѣ, а аденоматозные узлы совершенно легко будутъ вылушены, во второмъ же случаѣ линия вылушенія пройдетъ черезъ самый слой сдавленной железистой ткани, и часть ея можетъ остаться на мѣстѣ, а часть будетъ удалена съ опухолью. Какая часть сдавленной железистой ткани останется на трупѣ, а какая будетъ удалена съ опухолью, сказать трудно, такъ какъ здѣсь мы уже не имѣемъ ясно изолирующаго слоя для вылушенія и идя въ темную тупымъ способомъ, ручаться за правильное представленіе себѣ слоевъ тканей мы не можемъ; и потому пройти внѣ железистой ткани подъ самымъ чехломъ, не рискуя поранить его, вскрыть венозныя сплетенія и разорвать сѣмявыбрасывающіе протоки, намъ кажется невозможнымъ, и на это мы уже указывали при описаніи оболочки железы. Freyer

говорить, что при увеличении железы вследствие растяжения, связь между чехломъ (sheath) и истинной оболочкой (true capsule) дѣлается рыхлѣе, и потому между этими слоями проходить линия вылуцения, и удаляется въ большинствѣ случаевъ легко удалить всю железу цѣликомъ или раздѣлить ее на доли, причемъ можно оставить уретру и выбрасывающіе протоки на мѣстѣ. Намъ кажется, что на трупахъ для этого у насъ не имѣется данныхъ. Если мы взглянемъ на схематическій рисунокъ строения предстательной железы, изображаемый Freyer'омъ (фиг. 4) и посмотримъ нашъ микрофотографическій снимокъ (фиг. 1), то найдемъ значительную разницу между ними. Какъ мы уже указывали при описаніи строения нормальной железы, такого дѣленія ея на двѣ доли съ проходящими между ними въ соединительно-тканной спайкѣ сѣмявыбрасывающими протоками, не существуетъ; такого изолированного положенія долей, заключенныхъ (каждая въ отдельности) въ своей собственной капсулѣ—нѣтъ, какъ въ нормальномъ состояніи железы, такъ и при аденоматозномъ увеличеніи ея; такой ясно выраженной собственной капсулы (true capsule) также не существуетъ, то что подразумѣваетъ Freyerъ подъ истинной капсулой—это есть по периферіи органа нежелезистый, фибро-мускульный слой, и по строенію и по развитію одинаковый со стромой железы—это „cortex“, какъ предлагаетъ его называть Schattock; этотъ слой соединяется съ чехломъ (sheath), образованнымъ фасціальнымъ покровомъ и являющимся въ духѣ аденоматовъ капсулой предстательной железы; чехолъ также содержитъ гладкія мышцы и даже подъ микроскопомъ найти линію разграниченія этихъ слоевъ почти невозможно, къ тому же эти слои такъ непостоянны по своему развитію, что даже ихъ демонстрація трудна, какъ говоритъ M. Pilcher. Что дѣйствительно трудно провести границу между этими слоями,—на это указываетъ описаніе различными авторами положенія plexus venosi vesicoprostatici; одни авторы (Freyer, Southam) считали, что онъ идетъ между „true capsule“ и „sheath“, другіе, что онъ располагается между слоями самаго чехла (sheath) (Wallace, Walker), а третьи, что онъ проходитъ и между „true capsule“ и „sheath“ и въ слояхъ „sheath“ (Bingham and Schuttlenworth).

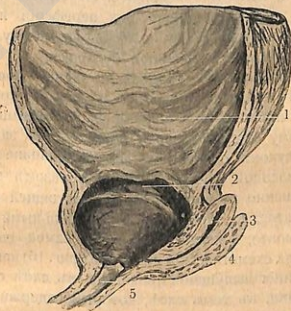
Поэтому, не имѣя ясно разграниченныхъ слоевъ, говорить о прохожденіи линіи вылуцения между опредѣленными тканями—намъ кажется нельзя. Даже допустивъ возможность

попаданія вылуцающаго пальца въ слой между „cortex“ и „sheath“ мы невольно попадаемъ въ задней части железы на сѣмявыбрасывающіе протоки и должны бы ихъ разорвать, чего не должно быть при операци Freyer'a, на что указываетъ и самъ авторъ, только неправильно объясняя это изолированнымъ положеніемъ сѣмявыбрасывающихъ протоковъ въ соединительно-тканной спайкѣ между боковыми долями. Такимъ образомъ попавъ въ слой сдвальной ткани железы, мы идемъ черезъ нее и придерживаясь ближе къ аденоматознымъ узламъ, обходимъ зокругъ нихъ, оставляя сзади нетронутыми сѣмявыбрасывающіе протоки; послѣдніе остаются заключенными въ сдвальной ткани самой железы, и въ то же время, будучи изолированными до известной степени отъ нея собственнымъ фибро-мускульнымъ слоемъ съ примѣсю эластическихъ волоконъ, могутъ даже оказывать известное противодѣйствіе вылуцающему пальцу. Обойдя аденоматозные узлы со всѣхъ сторонъ, мы получаемъ ихъ совершенно изолированными и держимися только на уретрѣ. При этомъ при вылуцении спереди мы встрѣчаемъ болѣе значительное препятствіе, такъ какъ здѣсь мы уже не имѣемъ того сдвального слоя железистой ткани, какъ съ боковъ и сзади, потому что здѣсь и нормально ея въ верхней части не бываетъ, а на уровнѣ середины железы если она и бываетъ, то въ незначительномъ количествѣ, и поэтому палецъ проходитъ въ сдвальномъ слоѣ мышечной ткани. Попытка изолировать аденоматозные узлы отъ слизистой оболочки простатической части уретры никогда не удается, и поэтому, разорвавъ ее поперекъ или лучше разрѣзавъ ножницами, мы свободно удаляемъ опухоль цѣликомъ.

Форма этой опухоли можетъ быть очень разнообразна, смотря по развитію аденоматозныхъ узловъ. Если аденоматозные узлы развиваются въ видѣ двухъ изолированныхъ массъ по бокамъ уретры, то тогда они и удаляются въ видѣ двухъ отдѣльныхъ кусковъ; если они развиваются съ боковъ и сзади, то они могутъ быть удалены или въ видѣ одной массы съ желобообразной выемкой спереди, соответствующей положенію уретры, или въ видѣ трехъ отдѣльныхъ кусковъ; если узлы развиваются вокругъ всей уретры, то тогда они удаляются обыкновенно въ одной массѣ, и часто форма этой массы напоминаетъ вполне предстательную железу, только верхушкой обращенную кверху, сама железа нормально, какъ известно, обращена своей верхушкой книзу. Иногда эта удаленная масса,

как описывают ее Albarran, Tandler und Zuckerkandl, напоминает собою грушу, с ясно выраженной круговой перетяжкой посредине (соответственно положению гладкого внутреннего сфинктера) полученной от давления на нее этой мышцы, что дает возможность дѣлить эту массу на внутрипузырную и внѣпузырную части. Но и здѣсь мы должны замѣтить, что болѣе узкій конецъ ея всегда обращенъ вверхъ, а широкій внизъ. Кромѣ этихъ типичныхъ формъ могутъ встрѣчаться и множественныя отдѣльныя изолированныя опухоли въ видѣ различной формы массъ. При вылуцении опухоли всегда удаляется и часть слизистой уретры, смотря по величинѣ самой опухоли и формѣ ея; если сама опухоль представляется подковообразной, то при этомъ удаляется слизистая задней и частью боковыхъ стѣнокъ уретры на протяжении отъ внутренняго отверстия ея до впаденія сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, въ случаяхъ же круговаго расположенія опухоли вокругъ уретры, обыкновенно удаляется цѣликомъ и вся уретра въ указанной верхней ея части. Что касается слизистой самаго сѣменнаго бугорка, то возможно, что она остается на мѣстѣ, но при разрываніи слизистой тупымъ путемъ возможно и ея удаленіе. Что при удаленіи цѣликомъ железы обязательно должна удаляться и простатическая часть уретры, на это указываетъ тѣснѣйшая связь послѣдней съ тканью самой железы въ нормальномъ состояніи; тѣ же явленія мы наблюдаемъ и при развитіи въ ней аденоматозныхъ узловъ. „Съ анатомической точки зрѣнія, говоритъ Thomas, невозможно удалить железу въ одномъ кускѣ безъ удаленія простатической уретры“. Конечно, возможно, что при удаленіи маленькихъ аденомъ слизистая уретры останется цѣлой и будетъ повреждена только часть слизистой шейки пузыря на мѣстѣ предлежанія аденомы. Roberts, заинтересованный сообщеніемъ Freyга, одинъ изъ первыхъ пытавшійся произвести операцию на трупѣ по его указаніямъ, хотя и говорить, что ему удалось вылуцить железу цѣликомъ, причѣмъ уретра осталась неповрежденной, но здѣсь же упоминаетъ объ оставшемся на задней стѣнкѣ образовавшейся полости аденоматозномъ узлѣ — значить вылуценіе было неполное, — и не даетъ ясной картины отношенія оставшейся уретры къ этой полости. Удаленная опухоль иногда настолько напоминаетъ по своей формѣ саму предстательную железу, только обращенную своимъ широкимъ основаніемъ внизъ, что даетъ поводъ думать, что железа удаляется цѣликомъ, но микроскопическіе срѣзы изъ

удаленной опухоли и микроскопическое изслѣдованіе частей, остающихся на мѣстѣ, говорятъ за то, что при простатэктомии черезъ пузырь по способу Freyга удаляется только часть предстательной железы вмѣстѣ съ опухолью. На микроскопическихъ срѣзахъ удаленной опухоли мы не находили сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, а въ частяхъ, остающихся на трупѣ, находили сдавленную железистую ткань и эти протоки. На уплотненныхъ формалиномъ препаратахъ можно ясно себѣ представить ту полость, которая получается послѣ удаленія опухоли изъ предстательной железы. Полость эта вполне соответствуетъ формѣ и величинѣ удаленной опухоли. Она окружена значительной толщины стѣнками, мѣстами доходящей до 1 сант. въ поперечномъ разрѣзѣ. Эти стѣнки и представляютъ собой патологическую (Albarran) или „хирургическую“ (Wallace) кап-



Фиг. 15.

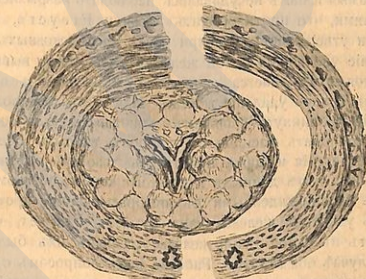
Схематическій рисунокъ. Продольный разрѣзъ черезъ нижнюю часть мочевого пузыря и предстательную железу съ полостью въ ней, образовавшейся послѣ удаленія черезъ пузырь аденоматозныхъ массъ. Вверху часть мочевого пузыря (1), подъ нимъ полость (болѣе темнаго цвѣта) (2), отграниченная отъ него разорваннымъ краемъ слизистой. Книзу отъ полости уретры (5). Справа отъ нея на рисунокѣ видны сѣмявыбрасывающіе протоки (3) съ остающейся спереди и сзади нихъ тканью железы (4).

сулу. Если мы будемъ разсматривать полость на сагитальномъ разрѣзѣ, то замѣтимъ, что въ иныхъ случаяхъ полость ясно дѣлится поперечно идущимъ валикомъ соответвенно положенію

гладкого внутреннего сфинктера на две части: верхнюю и нижнюю; это бывает там, где внутрипузырная часть опухоли сильно развита и гладкий внутренний сфинктер как бы перетягивает ее; в других же случаях, где нет рвзкого выпячивания опухоли в пузырь, опухоль смещает гладкий внутренний сфинктер вверх, и поэтому валик соответствующей положению этой мышцы близко подходит на верхнем конце полости к разорванному краю слизистой, и тогда яснаго деления полости уже не замечается. На задней стѣнкѣ этой полости видимъ гладкую мускулатуру, кзади и книзу видны не тронутые сѣмьявыбрасывающіе протоки, которые можно прослѣдить до мѣста впаденія ихъ въ уретру; подъ ними лежитъ сохранившаяся задняя часть предстательной железы, а впереди ихъ находится тонкій слой сдавленной железистой ткани, ясно видимый подъ микроскопомъ. Переднюю стѣнку полости составляетъ гладкая, а дальше къ периферіи и поперечнополосатая мускулатура. Внизу полости видны культи уретры и иногда сохраняющійся сѣменной буторок.

При фронтальномъ разрѣзѣ на задней поверхности этой полости часто остается продольно идущее по ходу сѣмьявыбрасывающихъ протоковъ валикообразное возвышеніе, соответствующее тому сѣдлообразному вдавленію на задне-нижней поверхности опухоли, о которомъ мы уже раньше упоминали при описаніи удаленной опухоли. Такимъ образомъ эти стѣнки полости совершенно не представляютъ настоящей капсулы предстательной железы, образованной фасциальными листками (въ духѣ анатомовъ), а являются тканью самой железы. Стоитъ посмотреть на схематическій рисунокъ (фиг. 16) какъ мы уже увидимъ, что линия вылуценія проходитъ въ слоѣ сдавленной железистой ткани, въ томъ слоѣ, который содержитъ кромѣ мышечной и соединительной ткани еще и значительное количество железистой ткани, мѣстами сильно сдавленной, а мѣстами совершенно атрофированной; этотъ слой и принимаетъ участіе въ образованіи „хирургической капсулы“ и остается на мѣстѣ; причѣмъ большіе венозные сосуды остаются на периферіи этой оболочки совершенно неповрежденными и отдѣленными отъ самой полости значительнымъ слоемъ ткани самой предстательной железы. Сѣмьявыбрасывающіе протоки также остаются въ этой „хирургической“ капсулѣ. Ни о какомъ вскрытіи клетчатки таза здѣсь не приходится говорить. Слѣдовательно здѣсь мы имѣемъ дѣло съ внутрипростатическимъ удаленіемъ опу-

холи, а не самой железы въ цѣломъ. Сколько при этомъ удаляется ткани самой железы и сколько остается на мѣстѣ при оперированіи въ темную тупымъ способомъ, трудно конечно



Фиг. 16.

Схематическій рисунокъ. Поперечный разрѣзъ „гипертрофированной“ предстательной железы. Видно, какъ аденоматозные узлы, располагаясь вокругъ уретры и принимая форму ее, отодвигаются къ периферіи ткани самой железы, которая и образуетъ лоханчатую или „хирургическую“ капсулу аденоматозныхъ узловъ. По периферіи этой лоханчатой капсулы виденъ фасциальный покровъ съ заключенными въ слои его (по бокамъ и сверху на рисунокѣ) перерѣзанными венозными сосудами. На нижней части рисунка показаны поперечно-перерѣзанные сѣмьявыбрасывающіе протоки, проходящіе въ этой лоханчатой капсулѣ. На правой половинѣ рисунка эта лоханчатая капсула отодвинута носѣвѣ перерѣзы, съверху и вправо, чтобы представить плоскость вылуценія аденоматозныхъ узловъ, проходящую по периферіи ихъ внутри лоханчатой или „хирургической“ капсулы.

сказать; на фиг. 5 видно, что послѣ вылуценія опухоли удалось еще отдѣлить значительную пластинку железистой ткани отъ стѣнки такъ называемой капсулы. Тѣмъ болѣе еще труднѣе отвѣтить на этотъ вопросъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эта опухоль является не ясно изолированной отъ окружающей ее железы, а представляется какъ бы инфильтрирующей ее.

Если бы мы на трупѣ попытались произвести полное удаленіе предстательной железы черезъ пузырь, т. е. между „cortex“ по Schattoky или истинной капсулой—„true capsule“ по Freyerу и фасциальнымъ покровомъ железы—дѣйствительной оболочкой въ духѣ анатомовъ или чехломъ „sheath“ по Freyerу, то мы встрѣтились бы съ значительнымъ затрудненіемъ. Какъ было уже раньше указано при описаніи

строения нормальной железы,—изолировать эти слои друг от друга почти невозможно; при, так называемой, гипертрофии предстательной железы, отношения между этими слоями остаются те же самые и нам не удавалось наблюдать разрыхления связи между ними, что противоречит взгляду Freyera, который именно и утверждает, что при росте аденоматозных узлов, вследствие увеличения самой железы, связь между вышеуказанными слоями нарушается, она дѣлается рыхлѣе, а потому и возможно полное удаление железы. Идя безъ контроля глаза, возможно проникнуть пальцемъ или въ самую ткань железы или же разорвать фасциальный покровъ, вскрыть большія венозные сплетения и даже пройти въ тазовую клѣтчатку. На трупѣ также нѣтъ данныхъ и для того: какимъ образомъ можно оставить неповрежденными сѣмявыбрасывающіе протоки при полномъ удаленіи железы, какъ думаетъ Freyer, если они проходятъ въ самой ткани железы; разрывъ ихъ былъ бы въ этомъ случаѣ обязателенъ. Работая надъ вопросомъ о полномъ удаленіи предстательной железы на трупномъ матеріалѣ, невольно приходишь къ заключенію, что *полное удаление предстательной железы въ истологическомъ смыслѣ безъ поврежденія ея фасциальнаго покрова, а также и сѣмявыбрасывающихъ протоковъ невозможно.* Съ этимъ согласны и многіе авторы: Albarran, Legueu et Papin, Marquis, Marion, Bingham and Schuttletworth, Cunéo, Lendorf, Suter, Quérvain, Rotschild, Wallace, Tandler и Zuckerkandl и др.

Albarran пишетъ: „Если вся предстательная железа признана аденоматозными узлами, то лежащая между узлами железистая ткань отдавливается и уплощается, образуя мѣстами атрофированные, мѣстами расширенныя, слѣпыя мѣшки. Периферическая часть железы отдавливается кнаружи и сдавливается между узлами и капсулой. Если въ подобныхъ случаяхъ капсулу глубоко надрѣзать, то разъединивъ одновременно железистую ткань, легко подъ нею произвести вылуценіе. Операторъ, думая, что онъ отдѣляетъ простатическую капсулу, на самомъ дѣлѣ оставляетъ болѣе или менѣе значительную часть железы. При чрезпузырной простатэктоміи палецъ достигаетъ черезъ слизистую той части железы, которая не покрыта капсулой, и если онъ обходитъ кругомъ железу, то находится между ложной капсулой и аденоматозной частью железы“... „Если же гипертрофія происходитъ безъ образованія узловъ (одна изъ болѣе рѣдкихъ формъ), то на периферіи отдаленной желез-

стой ткани не существуетъ. Въ такихъ случаяхъ вылуценіе железы много труднѣе и можетъ послѣдовать подъ истинной капсулой“... и часто на капсулѣ остаются значительныя приросты, оторванные куски железы“... „Въ противоположность взгляду Freyera железа не удаляется цѣликомъ, а палецъ проникаетъ по средней линіи только отъ пузыря до сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и не идетъ дальше ихъ впаденія въ уретру; часть железы, которая лежитъ позади и книзу отъ нихъ, остается, часть же железы, лежащая между шейкой пузыря и сѣмявыбрасывающими протоками болѣе или менѣе совершенно удаляется“.

Tandler и Zuckerkandl, описывая стѣнки полости, остающейся на трупѣ послѣ „полной простатэктоміи“ черезъ пузырь говорятъ: „ни въ одномъ мѣстѣ стѣнка не представляется фасциальными листками, окружающими нормальную предстательную железу; такимъ образомъ остающаяся такъ называемая капсула предстательной железы состоитъ изъ ткани самой железы и вѣрнѣе не имѣетъ ничего общаго съ той соединительно-тканной оболочкой, которая описывается анатомами какъ капсула“... „При чрезпузырной простатэктоміи удаляется только часть предстательной железы“.

Wallace, столь потрудившійся надъ выясненіемъ вопроса: что происходитъ при операциі Freyera?, пишетъ: „Въ заключеніе я бы предложилъ названіе „хирургической капсулы“ для оболочки, образованной предстательной железой при растяженіи ея аденомой. Это есть образованіе патологическое и представляеть собой нѣчто болѣе, чѣмъ внѣшній нежелезистый слой, названный Schattock'омъ „cortex“,—благодаря его присутствію кровотеченіе незначительно и нѣтъ возможности проникновенія мочи въ окружающія ткани. Въ дѣйствительности при, такъ называемой, prostatectomia totalis палецъ никогда не проникаетъ за границу предстательной железы и не можетъ войти въ fasciam recto-vesicalem или повредить венозное сплетеніе“.

Bingham and Schuttletworth присоединяя вполне ко взгляду Wallace говорятъ: „съ анатомической точки зрѣнія трудно понять, какимъ образомъ можетъ быть удалена вся предстательная железа изъ пространства, въ которомъ она заключена посредствомъ газовой фасціи, безъ большой травмы и безъ риска серьезнаго кровотеченія изъ венознаго сплетенія, которое безъ сомнѣнія должно быть повреждено“, a Legueu et Papin,

удаляя железу цѣликомъ на трупѣ тупымъ способомъ черезъ пузырь, указываютъ, что сади при этомъ необходимо вырвать или разорвать сѣменные пузырьки или сѣмявыбрасывающіе протоки на мѣстѣ ихъ впаденія въ железу, спереди можно продрать очень нѣжный препростатическій апоневрозъ (чехолъ), ранить толстое венозное сплетеніе и даже вырвать *vesicula rubro-prostaticum*, а снизу имѣются шансы вырвать всю простатическую уретру, которая повлечетъ за собою и часть перепончатой уретры и почти навѣрно *muscul. rectourethralem*; при способѣ Freyer'a происходитъ не простатэктомія, а вылушеніе аденомы.

Но нѣкоторые авторы (T. Walker, Steiner, Watson, Quervain, а также и Albarran) соглашались, что при наилучшей встрѣчающейся узловой формѣ, такъ называемой гипертрофіи, линия вылушенія проходитъ въ самой ткани железы, между подобіемъ фибро-мускульной оболочки окружающей узлы и слоемъ сдавленной железистой ткани, все же допускаютъ для нѣкоторыхъ случаевъ (фиброзные формы, отсутствіе узловатости) возможность полного удаленія железы, при чемъ вылушеніе идетъ между истинной оболочкой, по ихъ мнѣнію, т. е. фибро-мускульнымъ слоемъ, являющимся продолженіемъ стромы железы, и фасціальнымъ покровомъ ея; но на это можно возразить, что, какъ мы уже видѣли, именно тѣ случаи, такъ называемой, гипертрофіи железы, которые присутствіемъ своимъ вызываютъ необходимость оперативнаго пособія, и являются узловатыми формами (аденомами), хотя и не всегда въ ясно выраженной степени. Тѣ же болѣе рѣдкія формы чисто фибрознаго характера, о которыхъ говорятъ эти авторы, намъ кажется, слѣдовало бы относить скорѣе не къ, такъ называемымъ, гипертрофіямъ железы, а къ атрофіямъ ея, являющимся результатомъ, быть можетъ, бывшихъ простатитовъ, такъ какъ здѣсь наблюдается скорѣе уменьшеніе самого органа, а не увеличеніе его. Затѣмъ изолированіе этихъ оболочекъ другъ отъ друга является очень затруднительнымъ, съ чѣмъ согласны и указанные авторы, такъ какъ граница перехода продолженія стромы железы, называемой ими истинной оболочкой, въ окружающій железу фасціальный чехолъ не представляется рѣзкой, хотя Watson описываетъ препаратъ, гдѣ онъ наблюдалъ ясную изолированность этихъ слоевъ. Но эти же авторы сами говорятъ, что при аденоматозныхъ формахъ увеличенія железы—вылушеніе происходитъ легко, при фиброз-

ныхъ же формахъ приходится встрѣчаться съ значительными затрудненіями. Конечно, о полномъ вылушеніи железы можно говорить только въ случаяхъ отсутствія подъ микроскопомъ ткани железы въ частяхъ, остающихся послѣ операціи на трупѣ. Къ сожалѣнію, указаній на это у данныхъ авторовъ не находимъ, а также не имѣемъ и указаній на то, что же въ такихъ случаяхъ происходитъ съ сѣмявыбрасывающими протоками, которые ходятъ въ самой ткани железы.

Мы приведемъ еще здѣсь мнѣніе Schattok'a по вопросу: „Какъ много железы удаляется?“ онъ пишетъ: „казалось то, что удалено, не есть аденоматозное образованіе, а какъ бы цѣлая железа, такъ что операція Freyer'a является простатэктоміей, но является ли она и съ гистологической точки зрѣнія полной простатэктоміей, какъ и съ хирургической—это вопросъ. Проходитъ ли линия при энуклеаціи внѣ границъ железистой ткани? Это хотя теоретически и возможно, но при микроскопическомъ изученіи препаратовъ видно, что тамъ и сямъ по периферіи—по линіи энуклеаціи—имѣются островки железистой ткани, такъ что совершенно невозможно предположить, чтобы ничего не осталось. Съ гистологической точки зрѣнія простатэктомія не можетъ считаться полной. Вопросъ о полной простатэктоміи можетъ быть рѣшенъ только микроскопическимъ изслѣдованіемъ того, что осталось на больномъ“. Какъ мы увидимъ ниже, гистологическое изслѣдованіе удаленныхъ „железъ“, добытыхъ оперативнымъ путемъ, результаты, полученные на живыхъ, подвергшихся операціи „*prostatectomia totalis*“ по Freyer'у и изслѣдованія на трупахъ людей, умершихъ послѣ этой операціи, вполне подтверждаютъ вышеизложенныя данныя, полученныя при операціяхъ на трупахъ.

IV.

Критика операціи Freyer'a.

Не останавливаясь на исторіи развитія операціи—простатэктоміи, и на различныхъ методахъ ея, изложенныхъ въ трудахъ русскихъ авторовъ¹⁾ (Мухадзе, Рознатовскій,

¹⁾ Мухадзе: „Къ вопросу объ удаленіи пред. железы при ея гипертрофіи“. Врачебная газета. 1911 г. № 31.

Рознатовскій: „Материалы по вопросу о полномъ удаленіи пред. железы“. Диссертация. Москва. 1904 г. На стр. 190 описаны подробно случаи Freyer'a съ 1 по XXXI.

Хольцовъ: Поврежденія и заболевания пред. железы. 1909 г.

Федоровъ: Хирургическое леченіе гипертрофіи пред. железы. 8 съѣздъ русскихъ хирурговъ. 1908 г.

Хольцовъ, Федоровъ), я приведу слова Freyer'a, выказанная имъ въ Brit. med. journal. 1907 г. въ отвѣтъ Fuller'у по вопросу о приоритетѣ: „Моя операція, — пишетъ Freyer, — вызвала интересъ къ ней, о чемъ можно судить по богатой литературѣ, появившейся послѣ предложеннаго мною способа“. И дѣйствительно, послѣ появления въ 1901 г. статьи Freyer'a: „A clinical lecture on total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ“. Brit. med. journal 1901. Juli 20. p. 125, о произведенныхъ имъ четырехъ случаяхъ полного удаленія предстательной железы черезъ пузырь при ея увеличеніи съ хорошимъ результатомъ и съ сравнительной легкостью, вопросъ о возможности удаленія всей железы заинтересовалъ какъ хирурговъ, такъ и анатомовъ. Особенно послѣ опубликованнаго имъ 8-го случая изъ слѣдующей серии произведенныхъ имъ операций, когда онъ, разрѣзавъ слизистую пузыря надъ опухолью и выдѣливъ железу кругомъ изъ ея фасціальнаго покрова пальцемъ, проведеннымъ по передней спайкѣ железы, стремился раздѣлить ее на доли, съ цѣлью изолировать уретру, и въ то же время производилъ контръ-давленіе черезъ прямую кишку и „вдругъ вся железа выскочила въ пузырь“, при чемъ оказалось, что простатическая часть уретры разорвалась на мѣстѣ перехода ея въ пузырь и вся железа цѣликомъ была снята съ уретры, „какъ бусинка снимается съ нитки“. Такая легкость вылушенія, конечно, могла только удивить людей, знавшихъ съ какими трудностями приходилось имѣть дѣло при попыткахъ полного удаленія железы. Появился цѣлый рядъ работъ, указывающихъ, что удаленіе нормальной железы цѣликомъ тупымъ способомъ на трупѣ безъ значительной травмы невозможно, что при, такъ называемой, гипертрофій предстательной железы развиваются вокругъ уретры аденоматозные узлы, вокругъ которыхъ образуется подобіе фибро-мускульной оболочки, ткань же самой железы, претерпѣвая отъ давленія различныя измѣненія, образуетъ родъ патологической или хирургической капсулы, изъ которой при способѣ Freyer'a и вылушаются столь легко аденоматозные узлы иногда въ своей собственной оболочкѣ, часто по формѣ своей въ общей массѣ напоминающие вполнѣ увеличенную предстательную железу; но Freyer съ этимъ не согласился. Прослѣдимъ послѣдовательно, что пишетъ Freyer въ зачиту своего мнѣнія. Опубликовывая свой первый случай, онъ пишетъ: „Сдѣлана надлобковая цистотомія. Введя палецъ въ пузырь, я нашелъ, что опу-

холь состоитъ изъ двухъ боковыхъ долей предстательной железы, очень увеличенныхъ, вдающихся въ пузырь, тонкая перемычка изъ слизистой оболочки протянута между долями въ верхней части. Резиновый катетръ, введенный въ пузырь, лежалъ на trigonum, а отверстіе уретры помѣщалось внизу и между опухольями. Выдающаяся часть правой доли была захвачена длинными щипцами и слизистая, покрывающая ее, разрѣзана ножницами. Черезъ этотъ разрѣзъ введенъ концевъ указательнаго пальца лѣвой руки, и правая доля отдѣлена отъ окружающихъ ее частей и легко вылушена. Съ лѣвой долей поступлено было также. Средняя доля, казавшаяся раньше не увеличенной, теперь ясно прощупывалась въ видѣ выступа подъ слизистой. Введя палецъ черезъ первый разрѣзъ, я обошелъ среднюю долю и вылушилъ ее въ видѣ круглой опухоли, оставивъ слизистую, покрывающую ее, не тронутой. Во время удаленія боковыхъ долей палецъ проходилъ впередъ до ligamentum triangulare. Палецъ ассистента, введенный въ прямую кишку, выдвигалъ опухоль впередъ и, дѣлая ее болѣе устойчивой, облегчалъ удаленіе железы. Бывшее вначалѣ значительное кровотеченіе было остановлено горячей ирригаціей. Сосуды не перевязывались и на слизистую швы не накладывались. Послѣ удаленія опухоли, однимъ пальцемъ введеннымъ въ пузырь, а другимъ черезъ прямую кишку, я могъ убѣдиться, что отъ субстанции железы ничего не осталось“. Изъ подобнаго описанія вывести заключеніе о полномъ удаленіи предстательной железы невозможно.

Описывая далѣе третій случай, гдѣ имѣлась большая опухоль, выполнявшая собою пространство между лобковой дугой и прямой кишкой и со значительнымъ трудомъ отдѣленная отъ окружающихъ ее частей, Freyer говоритъ: „пальцемъ съ нѣкоторымъ приложеніемъ силы опухоль была раздѣлена на двѣ части по горизонтальной оси и удалена каждая половина опухоли отдѣльно“... „...уретра съ окружающими ее частями, отдѣленная отъ опухоли, осталась на мѣстѣ нетронутой“. Чтобы пояснить картину операціи, авторъ описываетъ рисунокъ, представляющій собою соединеніе двухъ половинъ опухоли съ горизонтальной расщелиной и говоритъ, что щель эта указываетъ на нормальное раздѣленіе между двумя боковыми долями железы, которая и разступилась передъ моимъ пальцемъ (передъ этимъ авторъ только что употребилъ выраженіе „съ нѣкоторымъ приложеніемъ силы“). И вотъ, чтобы объяснить это горизонталь-

ное расположение щели (нормально линия раздѣlenia боковых долей должна была бы пройти сагитально), онъ продолжаетъ: „Такимъ образомъ мы видимъ, что опухоль состоитъ изъ всей предстательной железы, которая при своемъ постепенномъ увеличении вслѣдствіе неизвѣстной намъ причины перешла изъ горизонтальнаго въ вертикальное положеніе (авторъ представляетъ себѣ больного въ горизонтальномъ положеніи), такъ что нижняя половина представляетъ лѣвую долю, а верхняя—правую“.

Объясненіе—очень искусственное. И затѣмъ, описать опухоль какъ бы въ видѣ трехъ долей въ одномъ кускѣ, удаленную имъ въ 4-мъ случаѣ, гдѣ по его мнѣнію: „вся железа удалена изъ подъ уретры, которая проходила вдоль опухоли по ея верхней поверхности“, Freueg для объясненія полученныхъ имъ данныхъ въ той же статьѣ пишетъ: „Предстательная железа состоитъ изъ двойного органа, каждое изъ этихъ двухъ железистыхъ тѣлъ заключено въ тонкую плотную фиброзную капсулу; капсула эта, за исключеніемъ той части, гдѣ она обращена къ другой долѣ и гдѣ она выдвигается и исчезаетъ въ вещество железы, дѣйствительно представляетъ истинную капсулу железы въ цѣломъ; она распространяется надъ большей частью этого органа, отсутствуя лишь вдоль верхней и нижней комиссуръ или мостиковъ ткани, которые соединяютъ боковыя доли выше и ниже уретры; для цѣлей описанія я представляю себѣ больного въ лежачемъ положеніи. Уретра вмѣстѣ со своими окружающими тканями, именно продольными и циркулярными мышцами, идущими отъ пузыря, со своими фиброзными и эластическими элементами, сосудами и нервами идетъ между и посреди двухъ железистыхъ органовъ, сѣмявыбрасывающіе протоки входятъ въ железу въ междольчатомъ давленіи внизу въ задней его части, причемъ каждый протокъ идетъ вдоль внутренней поверхности соответствующей доли, они не проникаютъ черезъ капсулу, а идутъ впередъ въ междольчатой ткани, чтобы открыться въ уретру. Железа, заключенная въ свою истинную капсулу, кромѣ того еще заключена и во вторую капсулу, образованную фасціями таза и многочисленными связками, въ пространствѣ между двумя капсулами идетъ венозное сплетеніе, особенно спереди и по бокамъ железы; сплетеніе это достигаетъ иногда необыкновеннаго размѣра въ случаѣ гипертрофіи предстательной железы. Большія вѣточки артерій тоже идутъ между этой истинной капсулой и

этимъ чехломъ, а многочисленныя маленькія вѣточки проходятъ для снабженія самаго вещества железы. Въ большинствѣ случаевъ увеличенія железы имѣются маленькія опухоли, чисто аденоматознаго характера, вкрапленныя въ вещество долей, мѣстами выдаваясь на поверхности ихъ въ видѣ полиповидныхъ разроженій, которыя во всѣхъ случаяхъ заключены въ истинную капсулу, которую они и отщипываютъ. Если боковыя доли увеличиваются, то они выпячиваются и имѣютъ тенденцію изолироваться, приобретаая типъ ранней жизни плода, будучи однако заключены каждая въ свою капсулу, и втеченіе этихъ измѣненій уретра съ окружающими ее частями отщипывается въ направленіи наименьшаго сопротивленія“..... „При удаленіи железы органъ энуклеируется въ своей собственной капсулѣ изъ окружающаго его чехла и отдѣляется отъ уретры, которая съ окружающими тканями остается нетронутой. Сѣмявыбрасывающіе протоки также остаются нетронутыми, если доли удаляются порознь или если уретра отщипнута ниже ихъ; но я не увѣренъ, остаются ли они нетронутыми, если железа удалена цѣликомъ, какъ было въ случаѣ 4-мъ, и доли не были изолированы другъ отъ друга по нижней комиссурѣ“..... „При вылушеніи железы изъ ея чехла, фиброзныя тяжи, которые идутъ между нимъ и истинной капсулой, разрываются, но венозныя сплетенія и крупныя артеріальныя сосуды остаются позади, причемъ разрываются лишь мельчайшіе сосуды, проходящіе въ вещество железы. Этимъ и объясняется то незначительное кровотеченіе, которое имѣетъ мѣсто при операціи“..... „Большая полость, остающаяся послѣ вылушенія железы, быстро сокращается, благодаря эластичности чехла, сократительности окружающихъ мышцъ и давленію соседнихъ частей“.

Можемъ ли мы на основаніи этого описанія операцій и удаленныхъ опухолей считать, что удаляется вся железа? Конечно, нѣтъ. Я не говорю уже о томъ, что изсѣдованіе послѣ операціи однимъ пальцемъ, введеннымъ въ пузырь, а другимъ въ прямую кишку, совершенно недоказательно для отсутствія ткани железы на этомъ мѣстѣ, а тѣмъ болѣе для того, чтобы говорить, что вылушеніе произошло между истинной капсулой железы (true capsule) и чехломъ (sheath).

Анатомическаго дѣленія на доли железистой ткани не существуетъ, и представлять себѣ железу какъ бы въ видѣ двухъ долей, да еще заключенныхъ каждая въ своей собственной оболочкѣ, у насъ нѣтъ данныхъ. Freueg же идетъ

дальше и указывает, что если боковые доли выпячиваются, то „они имѣют тенденцію изолироваться, приобретаая типъ ранней жизни плода“. На срѣзахъ увеличенныхъ железъ мы этого не наблюдали, да и подобно описанію не встрѣчали ни у кого изъ авторовъ, изучавшихъ этотъ вопросъ. По поводу собственной капсулы железы мы уже упоминали, что собственной капсулой железы въ духѣ анатомовъ нужно считать чехоль, образованный сходящимися въ соосѣдствѣ съ железой тазовыми фасціями, а „фиброзную“ капсулу (true capsule по Freyerу) нужно считать продолженіемъ стромы железы („cortex“ по Schatlock'у), неотдѣлимой отъ железистой ткани и состоящей не только изъ фиброзной ткани, но и изъ обильнаго количества гладкихъ мышечныхъ волоконъ, съ примѣсю попеременно-полосатой мускулатуры въ передней и нижне-боковыхъ частяхъ железы. Съ этимъ строеніемъ оболочки согласился отчасти впоследствии и самъ Freyer и хотя называетъ ее собственной капсулой, но уже говоритъ о фибро-мускульной оболочкѣ. Разслоить эти оболочки, какъ въ нормальномъ состояніи железы, такъ и при развитіи въ ней аденоматозныхъ узловъ, очень трудно. Ту „фиброзную“ капсулу или теперь вѣрнѣе сказать ту фибро-мускульную оболочку, о которой говоритъ Freyer, что она покрывала удаленныя доли порознь или всю „железу въ цѣломъ“, намъ кажется, нужно считать фибро-мускульнымъ слоемъ, образующимся на периферіи аденоматозныхъ узловъ изъ самой железы. Дѣйствительно, при удаленіи аденоматозныхъ узловъ изъ самой ткани железы какъ на трупахъ, такъ и при операци на живыхъ, какъ увидимъ ниже, получается опухоль, иногда напоминающая по формѣ саму железу или ея доли, покрытая оболочкой, при микроскопическомъ изслѣдованіи являющейся фибро-мускульнымъ слоемъ, похожимъ по своему строенію на „cortex“, но эту оболочку мы не будемъ считать истинной капсулой железы (true capsule), такъ какъ значительная часть железы при этомъ осталась на мѣстѣ.

Описаніе самихъ опухолей также не даетъ намъ указаній на то, что железа удалена цѣликомъ. Возьмемъ хотя бы первый случай, гдѣ „железа“ была удалена въ видѣ трехъ кусковъ. Даже допустивъ возможность строенія железы въ видѣ двухъ изолированныхъ долей, съ вкрапленными въ нихъ аденоматозными узлами, остается непонятнымъ, какимъ образомъ послѣ удаленія двухъ долей, правой и лѣвой, оказалась еще и третья доля. Скорѣе надо было ожидать, что она, являясь придаткомъ

одной изъ боковыхъ долей, какъ думаетъ и Freyer, должна была бы быть и удалена съ ней. Желая доказать, что при его способѣ дѣло идетъ о полномъ удаленіи железы, а не опухолей изъ железы, Freyer, принужденъ даже допустить возможность поворота всего органа на 90 градусовъ (3-ій случай). Представительная железа настолько фиксирована въ окружающіе ее тканяхъ, что трудно даже представить себѣ подобную возможность.

Но особенно интереснымъ являлось сообщеніе его о столь легкомъ изолированіи уретры отъ самой железы (особенно 8-ой случай изъ слѣдующей серіи операций), казалось, что стоило только разъединить железу по передней ея спайкѣ (а иногда даже и безъ этого), какъ уретру удавалось отдѣлить отъ железы. Но намъ известно, что простатическая уретра является неотъемлемой частью самой железы; на микроскопическихъ препаратахъ даже трудно сказать, гдѣ ткань уретры кончается и гдѣ начинается ткань самой железы; болѣе или менѣе ясная изолированность продольныхъ и круговыхъ мышцъ ея замѣчается только при переходѣ простатической части ея въ перепончатую. Въ нормальномъ состояніи уретру отдѣлить отъ железы не удастся, а при развитіи въ ней аденоматозныхъ узловъ, она, сильно истончаясь, находится въ тѣснѣйшей связи съ ними. Уретра проходитъ черезъ ткань самой железы, а не между ея „долями“, такъ какъ железистая ткань обычно находится и спереди отъ нея; тѣ же случаи открытыя спереди железъ съ расположенной въ ихъ продольной бороздѣ уретры (такія случаи Southam¹⁾) допускаетъ и тогда считается возможнымъ при операциі отдѣлить железу отъ уретры) нужно считать большой рѣдкостью, если только вообще подобныя железы существуютъ.

И вотъ мы видимъ, что многіе авторы, примѣняя на живыхъ операцию по способу Freyer'a, говорятъ уже о необходимости въ силу анатомическихъ условій удаленія уретры вмѣстѣ съ железой. Такъ Elsworth²⁾ пишетъ: „железа была удалена цѣликомъ, причемъ нельзя было найти линію раздѣленія между долями и пришлось удалить уретру“. Stoker³⁾ сообщая о случаѣ удаленія железы съ уретрой, указываетъ на

¹⁾ Southam. Brit. med. Journ. 1903. V. I. p. 901.

²⁾ Elsworth. тамъ-же. 1903. V. I. p. 124.

³⁾ Stoker. тамъ-же. 1904. V. I. p. 229.

тѣснѣйшую связь между ними. Thomas ¹⁾ говоритъ: „съ анатомической точки зрѣнія невозможно удалить предстательную железу въ одномъ кускѣ безъ удаленія простатической уретры“.

Но интереснѣ всего было заявленіе Schattock'a на засѣданіи Патологическаго общества въ Лондонѣ (Br. med. Journ. 1903. V. 2. p. 1071) по поводу препаратовъ Freyer'a къ вопросу: „какимъ образомъ остается простатическая часть уретры на живомъ“. Для иллюстраціи Schattock беретъ 8-ой и 9-й случаи, гдѣ уретра по мнѣнію Freyer'a была оставлена на живомъ, и говоритъ сначала по поводу 8-го случая: „На переднемъ (собственно нижнемъ) концѣ препарата имѣется отростокъ на подобіе тяжа, операторъ считалъ что это ligamentum rubo-prostaticum, микроскопическое же изслѣдованіе показываетъ, что это слизистая уретры, покрытая съ одной стороны цилиндрическимъ эпителиемъ, и она продолжается безъ перерыва въ каналъ железы, а этотъ отростокъ долженъ быть рассматриваемъ какъ перепончатая часть уретры, оставшаяся въ связи съ предстательной железой. Въ другомъ же случаѣ (9-мъ) предстательная железа была раздѣлена впереди уретры съ тѣмъ, чтобы послѣднюю оставить на мѣстѣ, но тщательное изслѣдованіе показываетъ, что слизистая уретры и пузырь осталась на увеличенной железѣ. Какъ оказалось въ послѣдствіи T. Walker, изслѣдовавшей 59 препаратовъ „железъ“, удаленныхъ Freyer'омъ, и его посмертные случаи, говоритъ, что простатическая уретра оставалась на препаратахъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже цѣликомъ, иногда только часть уретры надъ *vegi montanum*; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ „открытыхъ спереди железу“ осталась на больномъ. Но нужно сказать, что и самъ Freyer, встрѣтивъ затрудненіе при раздѣленіи железы на доли и очевидно понявъ необходимость удалять при этомъ уретру, что и произошло у него, какъ показали вышеописанныя изслѣдованія Schattock'a въ 8-мъ и 9-мъ случаяхъ, при чемъ несмотря на удаленіе уретры получился полный успѣхъ въ функциональномъ отношеніи (больной былъ прослѣженъ Freyer'омъ 4 года), пишетъ: „успѣхъ этого 8-го случая заставилъ меня дѣлать тоже самое т. е. удалять часть или всю простатическую уретру, когда оказывалось, что удаленіе недостаточно подвинулось, чтобы дать возможность

¹⁾ Thomas. Brit. med. Journ. 1906. V. II. p. 1262.

раздѣлить доли по передней и задней ихъ спайкѣ. Несмотря на то, что я удалялъ часть или всю уретру, я всетаки получалъ хороший результатъ. Этотъ результатъ важенъ потому, что указываетъ на возможность удалить предстательную железу въ раннихъ стадіяхъ ея увеличенія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда мы не можемъ железу отдѣлить отъ уретры, мы можемъ смѣло вырвать и удалить послѣднюю безнаказанно¹⁾. И дальше (тамъ же на страницѣ 70) возражая Moulinhan'y, замѣтившему, что если уретру оставить, то она въ большинствѣ случаевъ сама выдѣляется, Freyer пишетъ: „Я прежде сохранялъ уретру, а теперь оставилъ эти попытки и теперь удаляю ее съ органомъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ пузырьная часть уретры очень расширена и весьма слабо напоминаетъ нормальную простатическую уретру. Если даже эта часть остается, то возможно, что вслѣдствіе недостатка поддержки и кровоснабженія она омертвѣваетъ и выдѣляется при промываніи“.

Такимъ образомъ Freyer соглашается съ необходимостью удаленія извѣстной части уретры, но объясняетъ это не анатомическими трудностями отдѣленія железы, или вѣрнѣе аденomatозныхъ узловъ, отъ уретры, что было бы проще, а клиническими явленіями, что оставленная уретра съ сильно истонченными стѣнками при условіяхъ плохого питанія гибнетъ и выдѣляется кусками при послѣдующемъ леченіи. Но посмотримъ, что Freyer пишетъ далѣе: „Изслѣдованіе препаратовъ удаленныхъ предстательныхъ железу показало, что расширенная часть простатической уретры, а это—часть между *vegi montanum* и пузырьными отверстіемъ, удаляется вмѣстѣ съ железой, а уретра спереди этого (больной представленъ въ горизонтальномъ положеніи) остается“. Не напоминаютъ ли эти удаленныя „железы“ тѣ аденomatозныя опухоли, которыя, именно развиваясь изъ периретральныхъ железу, и располагаются надъ *vegi montanum*, и являясь неотъемлемой частью лежащей выше него уретры, съ ней потому и удаляются? Но Freyer объясняетъ это иначе: „Часть уретры позади мѣста, гдѣ входятъ сѣмявыбрасывающіе протоки, гораздо болѣе прикрѣпляется къ железу, чѣмъ та часть, которая находится между ними и *ligamentum triangulare*, дѣйствительно въ очень увеличенныхъ железахъ послѣдняя часть очень рыхло прикрѣплена

¹⁾ Freyer. Clinical lectures on enlargement of the prostate. Third edition London 1906. p. 64.

хъ долямъ железы съ каждой стороны". Намъ это объясненіе кажется неправильнымъ. Мы не наблюдали такого разрыхленія связи между тканью железы и частью простатической уретры, лежащей ниже *veru montanum*, а дѣйствительно мышечные слои этой части уретры хотя и являются болѣе изолированными отъ ткани железы, представляя уже здѣсь большую самостоятельность, но какъ правило при операциіи эта часть уретры должна оставаться на мѣстѣ не въ силу легкаго отдѣленія ея отъ самой железы, а потому, что и прилегающая часть железы, хотя бы въ сдавленномъ видѣ, должна остаться также на мѣстѣ, если мы представимъ себѣ картину развивающихся аденоматозныхъ узловъ изъ періуретральныхъ железокъ, расположенныхъ вкругъ уретры выше *veru montanum*, и поэтому по Freyer'у такъ легко удаляемыхъ съ этой частью ея. Поэтому Albarrao и совѣтуетъ послѣ изолированія аденоматозныхъ массъ уретру, на которой эти массы еще держатся, — осторожно перерѣзать изогнутыми ножницами, если стѣнка уретры недостаточно рыхла, а не разрывать пальцемъ, тогда и понятно, что часть простатической уретры, лежащую ниже *veru montanum*, всегда можно сохранить. Разрывая же пальцемъ, можно не только вырвать всю простатическую уретру, но и часть перепончатой уретры, что и наблюдалось на препаратѣ „железы“ (№ 8), удаленной Freyer'омъ и описанной Schattock'омъ.

Къ этому присоединилось и большинство авторовъ: такъ Barling¹⁾ пишетъ: „случайно простатическая часть уретры можетъ остаться, но въ огромномъ большинствѣ случаевъ она удаляется вмѣстѣ съ органомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ удаляется и перепончатая часть уретры“.

Но болѣе всего интересовалъ всѣхъ вопросъ о судьбѣ сѣмявыбрасывающихъ протоковъ при операциіи Freyer'a.

Въ 1901 году Freyer писалъ, что если удаляются доли железы порознь, то сѣмявыбрасывающіе протоки остаются незатронутыми, но онъ не увѣренъ, остаются ли они цѣлыми, если железа удалена цѣликомъ. Но затѣмъ, получивъ хорошіе результаты на больныхъ, гдѣ по его мнѣнію была удалена вся железа, причемъ половая функція не только улучшилась, но даже раньше отсутствовавшая восстанавливалась, и больные могли производить потомство (къ этому времени появились сообщенія и

¹⁾ Barling, Brit. med. Journ. 1904. V. I. p. 232.

другихъ авторовъ, оперировавшихъ по его же способу также съ хорошимъ успѣхомъ), Freyer¹⁾ уже въ 1906 г. пишетъ: „Когда железа отдѣлена отъ чехла и доли кругомъ изолированы концомъ пальца, то железа виситъ на уретрѣ и сѣмявыбрасывающихъ протокахъ, и конецъ пальца можетъ быть легко вдвинуть съ каждой стороны между нижними частями простатической доли и уретры; если теперь палецъ помѣститъ позади железы по средней линіи выше сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и протолкнуть железу кверху въ пузырь пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку, то уретра окажется разорванной у *veru montanum*, при чемъ сѣмявыбрасывающіе протоки обыкновенно остаются соединенными съ остающейся простатической частью уретры“.

Чтобы при полномъ удаленіи предстательной железы сѣмявыбрасывающіе протоки оставались неповрежденными — съ этимъ никакъ нельзя согласиться. Мы уже нѣсколько разъ указывали, что сѣмявыбрасывающіе протоки проходятъ въ самой ткани железы, отсюда и получило названіе тѣхъ частей железы, которая расположена сзади и спереди ихъ: *pars praespermatica* и *pars postspemmatica*; при удаленіи всей железы эти протоки должны быть разорваны на мѣстѣ своего вхожденія въ нее. Если же Freyer помѣщаетъ конецъ пальца позади железы по средней линіи выше сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и производитъ вылученіе впереди ихъ, то часть железы, расположенная сзади и ниже сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, должна оставаться на больномъ, и значить удаленіе железы является неполнымъ. Непонятно и выраженіе, что послѣ изолированія „железа виситъ на уретрѣ и сѣмявыбрасывающихъ протокахъ“, что железа — вѣрнѣе аденоматозная опухоль — виситъ на уретрѣ это фактъ, но представить ее висящей на сѣмявыбрасывающихъ протокахъ, это анатомически невозможно. Если уже допускать цѣлость этихъ протоковъ, то нужно говорить и о части той железистой ткани, которая окружаетъ ихъ. И здѣсь мы опять должны сказать, что съ точки зрѣнія удаленія не всей железы, а только аденоматозной опухоли, будетъ понятна и вышеописанная цѣлость этихъ протоковъ. Извѣстно, что аденоматозные узлы развиваются вкругъ уретры въ части железы, расположенной впереди и выше сѣмявыбрасывающихъ

¹⁾ Freyer. Clinical. lectur. on enlargem. of the prostate. Third. edition. 1906. p. 71.

протоковъ, при этомъ послѣдніе отдвливаются вмѣстѣ съ тканью железы книзу и кзади, а впереди и кверху отъ нихъ имѣется хотя и небольшой слой сдавленной железистой ткани, этотъ то слой и даетъ возможность вылучить опухоль безъ поврежденія самихъ протоковъ, которые и остаются съ частью железы на мѣстѣ. При стремленіи же удалить всю железу, гибель этихъ протоковъ обязательна.

Теперь мы перейдемъ къ вопросу: происходитъ ли полное удаление железы при операциі по способу Freyer'a?

Для рѣшенія этого вопроса мы можемъ воспользоваться данными изученія препаратовъ удаленныхъ „железъ“, а также и изслѣдованіемъ того, что остается на трупахъ послѣ операциі, такъ называемаго, полного удаленія предстательной железы. Но прежде всего обратимся къ тѣмъ даннымъ, по которымъ Freyer¹⁾ считаетъ свою операцию полной простатэктоміей. На основаніи произведенныхъ имъ еще до 1906 года 312 операций, онъ пишетъ:

1) „Общая форма препаратовъ удаленныхъ железъ показываетъ, что это была вся предстательная железа;

2) отсутствіе ощутимаго простатического вещества въ стѣнкѣ полости во время операциі между двумя пальцами, введенными въ прямую кишку и въ полость, при чемъ ощущается лишь тонкая перепонка, состоящая только изъ стѣнки прямой кишки и чехла;

3) отсутствіе чего-либо похожего на предстательную железу при изслѣдованіи больныхъ черезъ прямую кишку въ различное время послѣ операциі;

4) когда увеличенная железа выдается въ пузырь, то истинная капсула тотчасъ же достижима при разрывѣ пальцемъ слизистой оболочки; идя пальцемъ кнаружи отъ нея въ плоскость между нею и чехломъ, мы вылучаемъ органъ въ его капсулѣ. Еслибы слой предстательной железы оставался внѣ пузыря, то такой же слой долженъ былъ бы остаться и внутри пузыря, но на практикѣ его здѣсь нѣтъ, а лишь слизистая оболочка;

5) абсолютное и полное устраненіе симптомовъ независимо отъ продолжительности заболѣванія;

6) Т. Walker показалъ, что въ препаратахъ, удаленныхъ изъ труповъ лицъ, подвергшихся при жизни операциі, не обнаружено простатической ткани. Тотъ фактъ, что мельчайшій

¹⁾ Freyer. Clin. lect. on enlarg. of the. prost. 1906. p. 146.

узелокъ простатической ткани и остался, вѣроятно, вслѣдствіе воспалительныхъ сращеній между капсулой и чехломъ, еще не доказываетъ, что предстательная железа не можетъ быть вылучена цѣликомъ. Съ такимъ же правомъ можно было бы сказать, что апельсинъ нельзя очистить отъ корки на томъ основаніи, что случайно, благодаря надрыву, небольшая масса пульпы и капсулы окажется прикрѣпленной къ коркѣ“.

Обратимся сначала къ препаратамъ удаленныхъ „железъ“. Мы уже упоминали, что часто аденоматозныя опухоли, удаленныя изъ железъ, по формѣ дѣйствительно напоминаютъ увеличенныя железы и покрыты оболочкой, иногда довольно гладкой, но эти опухоли имѣютъ болѣе широкое основаніе внизу и болѣе узкій конецъ, обращенный къ пузырю, вверху, сама же железа имѣетъ совершенно обратную форму, обращенную широкимъ основаніемъ вверху къ пузырю и узкимъ концомъ внизъ (Freyer для наглядности изображаетъ на рисункахъ опухоль, пузырьнымъ своимъ концомъ обращенную книзу, что, конечно, производить впечатлѣніе вида железы). Но если мы будемъ разсматривать микроскопическіе срѣзы, сдѣланные съ этой опухоли въ поперечномъ направленіи, то мы найдемъ въ центрѣ уретру съ ея эпителиемъ и продольнымъ мышечнымъ слоемъ, затѣмъ прилегающіе къ ней узлы аденоматозной ткани, съ расположенными въ разныхъ направленіяхъ между ними тяжами фибро-мускульной стромы, заключающей въ себѣ мѣстами еще сохранившіеся, мѣстами уже погибшіе железистые мѣшечки или трубочки. Фибро-мускульная волокна стромы на периферіи аденоматозныхъ узловъ накаплиются кое-гдѣ въ значительномъ количествѣ и, приобрѣтая болѣе правильное круговое расположеніе, являются какъ бы оболочкой для этихъ узловъ; мѣстами между слоями этой оболочки попадаются сдавленные железки, а мѣстами даже на периферіи ея замѣчаются узелки железистой ткани. Это и есть та оболочка, которую Freyer хочетъ считать истинной капсулой железы (вѣрнѣе „cortex'омъ“ по Schatlock'y), но присутствіе сдавленной железистой ткани между слоями и на периферіи ея даетъ намъ право не признавать ее за оболочку железъ, подъ которой именно и подразумѣваютъ *нежелезистый* слой стромы, окружающій железу. На препаратахъ мы не находимъ и ясно выраженныхъ круговыхъ гладкихъ волоконъ сфинктера; на это, конечно, можно возразить возможностью гибели его волоконъ при ростѣ аденоматозныхъ массъ, но мы также не находимъ на препаратахъ и сѣмявыбрасывающихъ про-

токовъ, которые при полномъ удаленіи железы обязательно должны были бы быть на нихъ. Такимъ образомъ мы не имѣемъ данныхъ считать удаленную опухоль предстательной железой во всей массѣ.

Freuer даже допускалъ возможность, что на его препаратахъ удаленныхъ „железъ“ находился даже тонкій слой чехла, но когда Schattock и Wallace¹⁾ показали, что покровъ энуклеированныхъ массъ былъ патологическимъ продуктомъ, то Freuer²⁾ отвѣтилъ, что вопросъ, удалена ли капсула вмѣстѣ съ железой — чисто академической. Но обратимся къ работѣ Т. Walker'a³⁾, который старался защитить справедливость взгляда Freuer'a, однако и онъ, изслѣдовавъ удаленныя Freuer'омъ железы, говоритъ: „на нѣкоторыхъ препаратахъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ оболочки недоставало, и узлы какъ бы были на поверхности, такъ что возможно, что маленькіе узелки оторвались и остались на больномъ“.

Нѣкоторое сомнѣніе вызываютъ еще указанія Т. Walker'a, что на препаратахъ находятся поперечно-полосатая волокна и мягкотные нервные стволы; по поводу присутствія перныхъ можно сослаться на мнѣніе Wallace⁴⁾, который, описывая строеніе нормальной предстательной железы, говоритъ: „На разрѣзахъ подъ прямымъ угломъ къ продольной оси уретры видна слѣдующая картина отношенія поперечно-полосатыхъ мышцъ: на самой передней части подобно сѣченія мышцы принимаютъ горизонтальное направленіе, мышечные пучки ясно выражены и отдѣлены другъ отъ друга небольшимъ количествомъ железистой ткани, ближе къ уретрѣ пучки эти попадаютъ уже рѣже и между ними ясно видны гладкія мышцы, еще ближе къ уретрѣ поперечно-полосатая мускулатура исчезаетъ и ее замѣняетъ фибро-мускульная строма, которая уже и преобладаетъ, однако мѣстами попадаетъ и железистая ткань, и поперечно-полосатая мускулатура вмѣстѣ съ фибро-мускульной стромой; изъ этого слѣдуетъ, что присутствіе поперечно-полосатыхъ мышцъ въ удаленномъ препаратѣ не можетъ быть разсматриваемо, какъ безспорное доказательство того, что линия энуклеаціи проходитъ вѣдъ ткани железы, т. е. что проста-

¹⁾ Brit. med. Journ. 1903. V. 2 p. 1641.

²⁾ Тамъ же.

³⁾ T. Walker. Brit. med. Journ. 1904. V. 2 p. 62.

⁴⁾ Wallace. Тамъ же. 1904. V. 1 p. 1187.

тактомія была полная; послѣднее можетъ быть доказано отсутствіемъ железистой ткани въ оставшихся частяхъ“.

Отсюда будетъ понятно, почему мы можемъ встрѣтить и поперечно-полосатую мускулатуру на опухоляхъ, удаленныхъ изъ железы, такъ какъ если мы будемъ стремиться удалять всю железу и при этомъ стараться пальцемъ обойти уретру спереди, то не имѣя здѣсь ясно изолирующаго слоя сдавленной железистой ткани, такъ какъ ея и нормально здѣсь незначительное количество, мы можемъ съ ней удалить и часть поперечно-полосатой мускулатуры, и тогда на удаленной опухоли въ видѣ какъ бы цѣлой железы съ проходящей почти въ центрѣ ея уретрой, на передней части ея найдемъ и поперечно-полосатую мускулатуру, что и мы имѣли на изслѣдованномъ нами препаратѣ (докт.-мед. Леженева); но что и здѣсь не произошло полного удаленія железы, объ этомъ, какъ увидимъ дальше, свидѣтельствуетъ описаніе посмертнаго препарата этого же больного, гдѣ ясно видны остатки железистой ткани на боковыхъ и задней поверхности, такъ называемой, хирургической капсулы, оставшейся на больномъ послѣ операци, произведенной по способу Freuer'a.

Относительно же мягкотныхъ нервныхъ волоконъ можно сказать, что они, находясь въ „cortex“⁵⁾ железы на ея периферіи, при попыткѣ удалить съ опухолью побольше ткани самой железы, могутъ также оказываться на удаленномъ препаратѣ. Подобною же попыткою мы можемъ объяснить и присутствіе большихъ венъ на препаратѣ, представленномъ Т. Walker'омъ на международномъ съѣздѣ урологовъ въ Лондонѣ 1911 г. Понятно, что стремясь удалить всю железу и не имѣя яснаго слоя для изолирующаго пальца, можно не только разорвать и самый чехолъ съ венами, но и проникнуть въ клетчатку таза.

Какъ ни картинно было описаніе Freuer'омъ его первыхъ случаевъ (1901), когда онъ говорилъ, что вылучая всю железу въ ея истинной капсулѣ, онъ проходилъ между этой капсулой и чехломъ, при чемъ большіе сосуды, проходившіе между этими оболочками, оставались на внутренней поверхности чехла неповрежденными, чѣмъ и объяснилъ отсутствіе болѣе или менѣе значительнаго кровотока при его операци, но и онъ уже въ 1906 году пишетъ, что сосуды эти остаются неповрежденными въ стѣнкахъ чехла, между его слоями, а въ настоящее время можно сказать на периферіи той „хирургической“ капсулы, которая состоитъ изъ чехла, „cortex“⁶⁾ и части железистой ткани самой железы.

Кровотечение же, иногда и наблюдаемое в болѣе или менѣе значительной степени при удаленіи аденоматозныхъ узловъ изъ железы, можно объяснить не разрывомъ этихъ сосудовъ, а вѣшь слизистой шейки мочевого пузыря, иногда сильно увеличенныхъ, на что указываютъ нѣкоторые авторы и потому предлагаютъ прошивать слизистую на мѣстѣ разрыва, почему они и не наблюдали значительнаго кровотечения при этой операціи.

Не останавливаясь на 2-мъ и 3-мъ пунктѣ доводовъ Freyer'a, какъ мало доказательныхъ для полнаго удаленія железы, мы перейдемъ къ пункту 4-му. Мы теперь представляемъ себѣ дѣло такъ: аденоматозные узлы, развиваясь вокругъ уретры изъ периретральныхъ железокъ подъ слизистой съ ея продольнымъ мышечнымъ слоемъ, стремятся оттѣснить ее съ этимъ слоемъ вверхъ, иногда даже раздвигая его, а ткань самой железы къ периферіи, причемъ круговыя волокна гладкаго сфинктера, при выступленіи аденоматозныхъ массъ въ пузырь, оттѣсняются кнаружи, а при отсутствіи этого выступленія—кверху и кнаружи; понятно, что въ первомъ случаѣ, разорвавъ слизистую съ ея продольнымъ мышечнымъ слоемъ, мы попадаемъ на аденоматозные узлы, а не на капсулу железы или „cortex“, а во второмъ случаѣ для достиженія этихъ узловъ мы должны пройти кромѣ слизистой съ ея продольнымъ слоемъ еще и слой смѣщенныхъ круговыхъ волоконъ гладкаго сфинктера. Разорвавъ только слизистую надъ выступающей въ пузырь частью аденоматозныхъ узловъ, мы никакъ бы не могли попасть на „cortex“ или капсулу по Freyer'у, такъ какъ мышечные слои пузыря переходятъ въ мышечные слои стромы самой железы, а потому, чтобы пройти на периферію железы, т. е. между „cortex'омъ“ и чехломъ, мы должны разорвать и эти мышцы; поэтому трудно представить себѣ картину описываемую Freyer'омъ: „Когда увеличенная железа выдается въ пузырь, то истинная капсула тотчасъ достижима при разрывѣ пальцемъ слизистой, или пальцемъ кнаружи отъ нея въ плоскости между нею и чехломъ, мы энуклеируемъ органъ въ его капсулѣ“. Мы уже нѣсколько разъ указывали на трудность при вылушеніи пальцемъ попасть въ плоскость между этими слоями. Для доказательства своего мнѣнія Freyer дальше пишетъ: „Если бы слой железы оставался внѣ пузыря, то такой же слой долженъ былъ бы оставаться и внутри пузыря; но на практикѣ его здѣсь нѣтъ, а имѣется лишь слизистая оболочка.“

Конечно, если представлять себѣ аденоматозные узлы вкрапленными въ вещество железы, какъ считаетъ Freyer, то тогда мы находили бы ткань железы и внутри пузыря, но на самомъ дѣлѣ, при развитіи аденоматозныхъ узловъ вокругъ уретры подъ ея слизистой и при выпячиваніи ихъ внутрь пузыря, мы не находимъ ткани самой железы, которая отдавливается къ периферіи (книзу, кзади и въ стороны), а встречаемъ только одну слизистую, покрывающую аденоматозные узлы, послѣ удаленія этихъ узловъ, никакой ткани железы, кромѣ слизистой, въ пузырь не остается. Я здѣсь могу сослаться на слова Rotschild'a,¹⁾ оспаривавшаго взглядъ Cahn'a изъ клиники Israel'я, признающаго собственную оболочку железы; онъ пишетъ: „Какъ указано въ работѣ Cahn'a²⁾, лѣвый указательный палецъ идетъ между слизистой и капсулой, и въ тоже время говорится, если попадешь въ правильный слой, то энуклеация полная возможна“. Но большинство авторовъ именно и указываетъ на эту трудность нахождения при операціи правительнаго слоя для вылушенія железы, такъ какъ собственной капсулы железы въ духѣ Freyer'a нѣтъ.

На 5-й пунктъ можно отвѣтить, что многіе авторы, оперируя по способу Freyer'a и удаляя только аденоматозныя опухоли, похожія на „железы“ Freyer'a, получили такіе же хорошіе результаты въ смыслѣ абсолютнаго и полнаго устраненія симптомовъ заболѣванія.

Но самымъ важнымъ доказательствомъ, удалена ли вся железа, является, конечно, изслѣдованіе препаратовъ, взятыхъ изъ труповъ лицъ, при жизни подвергшихся этой операціи (пунктъ 6).

T. Walker³⁾, на котораго ссылается Freyer, имѣлъ четыре посмертныхъ препарата (смерть въ этихъ случаяхъ послѣдовала отъ 9 часовъ до 10 дней спустя послѣ операціи) и для примѣра описываетъ одинъ изъ нихъ въ видѣ однополостной ниши подъ мочевымъ пузыремъ, съ закругленными, безъ рѣзкихъ границъ переходящими другъ въ друга передней и боковой стѣнками, съ уплотненной задней стѣнкой, неполнымъ верхнимъ сводомъ и остатками уретры, какъ сверху, такъ и внизу у отверстія этой ниши. Внутренняя поверхность ниши гладкая, вокругъ верхней части имѣются циркулярно расположенныя волокна, что является продолженіемъ волоконъ внутренняго глад-

¹⁾ Rotschild. Deutsch. Med. Wochensh. 1909. № 33.

²⁾ Cahn, тамъ-же 1909. № 13.

³⁾ T. Walker. Brit. med. Journ. 1904. V. II. p. 62.

каго сфинктера, внизу вокруг входа въ уретру тоже имѣется циркулярно расположенная поперечно-полосатая мускулатура; эти мышечные слои не подходят другъ къ другу, и между ними вокругъ всей ниши расположенъ чехолъ. На задней стѣнкѣ ниши идетъ маленькій отростокъ въ $\frac{1}{4}$ дюйма, образованный сѣмявыбрасывающими протоками съ окружающей ихъ соединительной тканью; на другихъ препаратахъ (3-й и 4-й), какъ указываетъ T. Walker, не было и слѣда сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, и далѣе представляетъ микроскопическую картину сагитального разрѣза черезъ переднюю стѣнку чехла внизъ отъ пузыря до уретры: „видны слои стѣнки пузыря, а ниже фасциальный чехолъ, состоящій изъ плотныхъ волоконъ, расположенныхъ большею частью вертикально, видно много большихъ венъ, идущихъ между слоями, причѣмъ съ внутренней стороны онѣ защищены плотнымъ слоемъ фасции. Въ нижнихъ частяхъ разрѣза видны продолженія musculi constrictoris urethrae, причѣмъ эта поперечно-полосатая мышца вливается въ чехолъ и на нѣкоторомъ короткомъ протяженіи выступаетъ на внутреннюю поверхность его. Въ верхнихъ частяхъ круговыя мышцы пузыря продолжаютъ въ видѣ тонкаго слоя въ чехолъ, гдѣ онѣ исчезаютъ приблизительно на половинѣ пути книзу. Между мышцами, расположенными сверху и снизу, чехолъ представляется чистымъ безъ мышцъ. Въ одномъ мѣстѣ чехла имѣется маленькій узелокъ простатической ткани, приращенный къ стѣнкѣ его. Строеніе и отношеніе этого узелка требуетъ тщательнаго размысленія. Простатическая ткань состоитъ изъ отдѣльныхъ овальныхъ узловъ. Железистые пузырьки круглы, овальны или неправильной формы, имѣютъ обыкновенный эпителий, пузырьки не утолщены и не атрофированы. Кнаружи отъ этого узелка имѣется ясно выраженный слой ткани, которая является несомнѣнно частью собственной капсулы железы. Этотъ узелокъ вмѣстѣ съ дискомъ простатической капсулы между нимъ и чехломъ былъ оторванъ съ поверхности железы во время операціи и остался прикрѣпленнымъ къ стѣнкѣ чехла. Нужно отмѣтить, что между этимъ узелкомъ и чехломъ нѣтъ слоя сдавленной железистой ткани. На боковыхъ разрѣзахъ та же картина безъ венъ и железистой ткани; на 2-мъ и 3-мъ препаратахъ простатической ткани не обнаружено, а на 4-мъ карциноматозная инфильтрація стѣнки“.

Даже допустивъ возможность, что небольшой узелокъ железистой ткани остался на мѣстѣ случайно, и что здѣсь про-

изошло полное удаленіе железы, такъ какъ погибла и уретра, и сѣмявыбрасывающіе протоки, тѣмъ не менѣе мы не можемъ считать эти случаи за доказательство полного удаленія предстательной железы въ другихъ случаяхъ при типической операціи Freyer'a, такъ какъ при ней должны остаться цѣлыми сѣмявыбрасывающіе протоки и должны получиться хорошіе результаты въ функциональномъ отношеніи; первое условіе, за исключеніемъ одного случая, здѣсь отсутствуетъ, а второе не могло быть провѣрено за ранней смертью оперированныхъ больныхъ (отъ 9 часовъ до 10 дней).

Но и относительно оставшагося узелка простатической ткани, можно было бы указать, что его можно считать по строенію за аденоматозную ткань, и отсутствіе между нимъ и чехломъ сдавленной железистой ткани этому не противорѣчитъ, такъ какъ и въ передней стѣнкѣ „хирургической“ капсулы мы не встрѣчаемъ этой сдавленной железистой ткани, ввиду того, что впереди уретры вверху и нормально железистая ткань отсутствуетъ. Относительно мышечныхъ слоевъ, конечно, трудно сказать, сколько ихъ осталось на препаратѣ отъ предстательной железы, такъ какъ внутренней гладкой сфинктеръ съ круговымъ слоемъ пузыря, и наружный поперечно-полосатый сфинктеръ, переходя другъ въ друга, представляютъ какъ бы одно цѣлое.

Что же касается сравненія Freyer'омъ предстательной железы въ чехлѣ съ апельсинномъ въ его коркѣ, то при нѣкоторомъ желаніи вѣрнѣе было бы сравнить апельсинъ съ аденоматозной опухолью, а корку его съ „хирургической“ капсулой.

Въ 1905 году T. Walker¹⁾ описалъ еще препаратъ отъ умершаго черезъ два года послѣ операціи по Freyer'у; на мѣстѣ удаленія железы была полость величиной въ лѣсной орѣхъ, неправильной четырехгранной формы; на препаратѣ имѣлись два язычка слизистой, одинъ спускавшійся изъ пузыря, а другой поднимавшійся изъ перепончатой части уретры въ полость. Въ верхней части полости какъ разъ подъ верхнимъ язычкомъ существовали маленькіе круглые узлы, величиною съ горошину, при микроскопическомъ изслѣдованіи состоявшіе изъ фиброзной ткани съ простатическими (железистыми) трубочками, вкрапленными въ эту ткань. Въ фиброзной ткани изолированыя поперечно-полоса-

¹⁾ T. Walker. Brit. med. Journ. 1905. V. II. p. 865.

тия мышечных волокон. Пузырные стѣнки утолщены и постепенно переходятъ въ стѣнки простатической полости, послѣднія состоятъ изъ грубой гранулирующей ткани значительной толщины, въ ней заложено много большихъ вѣлъ; микроскопически: плотная фиброзная ткань съ большимъ количествомъ поперечно-полосатой мышечной ткани въ формѣ изолированныхъ волоконъ, „железистой ткани не обнаружено“. Боковые и заднія стѣнки значительно тоньше передней и, послѣ отсепарованія ихъ отъ прямой кишки и muscul. levatoris ani, остаются толщиной въ видѣ бумаги. Микроскопическое изслѣдование показало, что стѣнки простатической полости выстланы слоемъ клѣтокъ различной толщины, клѣтокъ расположенныхъ то въ одинъ, то въ два, то въ нѣсколько слоевъ; клѣтки имѣютъ наклонность уплощаться въ поверхностныхъ слояхъ, а въ болѣе глубокихъ мѣстахъ лѣются круглы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ клѣтки отсутствуютъ, и нельзя обнаружить ядеръ на совершенно гладкой поверхности разрѣза. Присутствие въ стѣнкахъ полости большого количества поперечно-полосатой мускулатуры, по видимому большаго, чѣмъ въ нормальной и увеличенной предстательной железахъ, T. Walker старается объяснить попыткой сокращенія полости съ цѣлью восстановления проходимости между пузырьремъ и оставшейся частью уретры. Къ сожалѣнію мы здѣсь не находимъ даже упоминаній о томъ, что же произошло съ сѣмявыбрасывающими протоками. Присутствие узелка железистой ткани даже въ горошину величиной авторъ по видимому тоже хочетъ считать случайнымъ явленіемъ, такъ какъ далѣе, описывая строеніе стѣнки, говорить: „железистой ткани не обнаружено“.

Посмотримъ теперь, что говорятъ о посмертныхъ препаратахъ другіе авторы. Richardson ¹⁾, считая, что при „полномъ вылученіи“ железы остается полное ложе изъ простатической ткани, а кнаружи отъ него неповрежденный чехоль, описываетъ свои случаи со смертельнымъ исходомъ: 1) удаленная часть имѣла видъ цѣлой железы вмѣстѣ съ уретрой—смерть въ ту же ночь—микроскопическое изслѣдование показало присутствие истонченной простатической ткани, оставшейся на мѣстѣ; 2-й случай: железа удалена въ видѣ двухъ долей—смерть—при удаленіи железы былъ разорванъ чехоль съ венами.

¹⁾ Richardson. Brit. med. Journ. 1904. V. II. p. 1174. Reviews.

L. Thomas на годовомъ собраніи медицинскаго общества въ Лондонѣ ¹⁾ заключаетъ свой докладъ такъ: „изъ посмертныхъ изслѣдованій случается съ удаленіемъ предстательной железы не оправдывается, что удалена вся железа“.

Tandler und Zuckerkandl, имѣвшие три посмертныхъ случая, даютъ изображеніе разрѣза таза оперированнаго и умершаго въ первую недѣлю послѣ операции и пишутъ: „Видна сильная гипертрофія мышцъ пузыря. На нижнемъ концѣ пузыряго пространства находится кратерообразной формы втягиваніе, покрытое слизистой, какъ входъ въ рану. Слизистая оболочка кончается на верхнемъ краѣ раны и соответственно границѣ ея проходитъ валикъ внутренняго гладкаго сфинктера. Подъ этимъ валикомъ неправильной конфигураціи, относительно маленькая раневая полость, величиною въ передне-заднемъ размѣрѣ въ 1,5 см., въ поперечномъ въ 2 см., на нижнемъ краѣ этой полости рѣзко начинается слизистая оставшейся части уретры. Поверхность раны обращенная къ полости покрыта кровяными сгустками, сама рана представляется въ слѣдующемъ видѣ: спереди мы находимъ, главнымъ образомъ, мускульную часть передней доли, позади внизу атрофированную заднюю долю, отдѣляющуюся отъ полости раны вдающимися здѣсь сѣмявыбрасывающими протоками; сзади образуетъ стѣнку пластинка, которая вставлена между полостью раны и сѣмявыбрасывающими протоками и которая по своему положенію можетъ быть принята только за оставшуюся часть средней доли предстательной железы. Верхняя стѣнка раны, какъ было уже упомянуто, прободается воронкой, покрытой слизистой оболочкой, и представлена валикомъ внутренняго гладкаго сфинктера, выступающимъ спереди и сзади надъ боковыми стѣнками. Сравнивъ форму описанной полости съ рельефомъ удаленной железы, замѣчаемъ слѣдующую разницу: прежде всего она уменьшилась и не соответствуетъ величинѣ удаленной железы, что сводится на сократительность стѣнокъ. Форма измѣнилась настолько, насколько сократилась рана въ высоту, черезъ это слизистая края пузыря и культя уретры сблизилась, исчезло пространство, которое раньше пріютило выше сфинктера пузырярную часть гипертрофированной железы, такъ какъ верхняя стѣнка, образованная слизистой, отпала вмѣстѣ съ опухолью, боковая же стѣнки стянулись такъ, что только тон-

¹⁾ Brit. med. Journ. 1906. V. II.

кая воронка осталась, как доступъ къ полости предстательной железы, расположенной ниже сфинктера. Если отпрепарировать боковую поверхность снаружи, то оставшаяся часть предстательной железы сохраняет почти нормальную форму и величину*... При рассмотрѣннн сзади железа представляет во всякомъ случаѣ почти нормальныя отношенія, такъ какъ видимая сзади задняя доля осталась нетронутой". Прибавляя къ этому описанію и данныя, полученныя на двухъ другихъ препаратахъ, Tandler und Zuckerkandl говорятъ, что „сѣменной бугорокъ только въ двухъ случаяхъ оставался цѣль, но сѣмявыбрасывающіе протоки во всѣхъ трехъ случаяхъ остались цѣлы и были отдѣлены отъ полости остатками средней доли".

Если къ этимъ случаямъ добавить случаи Nicolich'a (1 случ.)¹⁾, Küss-Hartmann'a (2)²⁾, Loumeau (1)³⁾, Marion'a (1)⁴⁾, Quervain'a (1)⁵⁾, Lendorf'a (1)⁶⁾ и три случая, приведенные въ работѣ Legueu et Papin⁷⁾, гдѣ во всѣхъ этихъ случаяхъ на вскрытіи была найдена оставшаяся послѣ операции ткань самой железы, особенно въ задней части ея съ сохраненіемъ въ ней идущихъ сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и иногда даже съ цѣлостью слизистой на мѣстѣ ихъ впаденія въ уретру, а ниже я приведу еще и изслѣдованный мною случай (докт.-мед. Лежнева), то будетъ понятно, что при типической операцин Freyer'a должно происходить вылученіе не всей железы, а только удаленіе аденоматозной опухоли изъ нея. Съ этимъ взглядомъ согласилось и большинство урологовъ на международномъ сѣздѣ 1911 г. въ Лондонѣ.

Если мы даже обратимся къ спору между Freyer'омъ и Fuller'омъ по вопросу о приоритетѣ, то и здѣсь мы увидимъ, что и самъ Fuller говоритъ, что онъ продѣлывалъ тоже, что и Freyer, и стремился удалить всю железу, но не ручается, что при этомъ удаляется вся железа въ цѣломъ съ ея капсулой и предоставляетъ рѣшать этотъ вопросъ анатомамъ и гистологамъ. Къ этому присоединился и цѣлый рядъ авторовъ,

¹⁾ Nicolich. Folia urologica 1910. S. 612.

²⁾ Küss. Bull. et mém. d. la Soc. anatom. de Paris 1905. p. 686. но въ же тамъ же—1905. p. 720.

³⁾ Loumeau. Ann. d. mal d. org. génit.-urinair 1906. 572.

⁴⁾ Marion, тамъ же 1911. p. 2081.

⁵⁾ Quervain. Correspondenz-Blatt für Schweiz. Aerzte 1911. № 23.

⁶⁾ Lendorf. Archiv für klin. Chirurgie 1912. B. 97. H. 2.

⁷⁾ Legueu et Papin. Annal d. mal d. org. génit.-urin. 1911. V. II. № 13.

Mc. Kinnon, Atkinson, Anderson, Moullin, Nicoll, Watson и др. указавшихъ, что и они еще раньше Freyer'a удаляли такія же „железы" и совѣтовавшихъ ему представлять не рисунки, а фотографическіе снимки съ своихъ препаратовъ, а Forsyth¹⁾ демонстрировалъ на засѣданіи врачей въ Лондонѣ препаратъ „железы", удаленной Mc. Gill'емъ въ 1888 году, очень напоминающій препараты Freyer'a.

Изъ всего вышесказаннаго видно, что операцию Freyer'a нужно считать за дальнѣйшую стадію разработки способа, почти одновременно предложеннаго еще въ 1888 г. Mc. Gill'емъ въ Англии и Belfield'омъ въ Америкѣ.

Подъ именемъ операцин Freyer'a впервые въ Россіи описаны въ 1907 г. въ „Русскомъ Врачѣ" случаи удаленія предстательной железы черезъ пузырь, произведеннаго докторомъ Трояновымъ еще въ 1903 году; этотъ случай въ настоящее время нужно считать не полнымъ удаленіемъ предстательной железы, а вылученіемъ опухоли изъ нея, но профессоръ Федоровъ²⁾ еще въ 1899 году вылучилъ также опухоль изъ предстательной железы черезъ пузырь и, по имѣющимся у него свѣдѣніямъ, оперированный и въ настоящее время здоровъ.

Теперь перейдемъ къ краткому описанію оперированныхъ случаевъ профессора С. П. Федорова и докт.-медич. Н. Ф. Лежнева (я привожу случаи только чрезпузырныхъ операцин).

В.

Краткое описаніе оперированныхъ случаевъ.

Изъ клиники профессора С. П. Федорова.

Случай 1). Больной Л. полковникъ 55 л., поступилъ въ клинику 17/1 1908 г. съ жалобами на затрудненное мочеиспусканіе (моча идетъ каплями) и боль при немъ. Въ анамнезѣ 30 лѣтъ назадъ уретритъ. Настоящее заболѣваніе появилось болѣе двухъ лѣтъ назадъ, сначала струя мочи была въ видѣ вѣера, затѣмъ уже каплями (хотя въ сидячемъ положеніи моча выдѣлялась и струей), появилась боль при мочеиспусканіи, теперь мочится до 15 разъ въ сутки (ночью 4—5 разъ). Годъ тому назадъ было два раза кровотеченіе при мочеиспусканіи. При ощупываніи черезъ прямую кишку предстательная железа не увеличена; остаточной мочи 200 к. с., вмѣстимости мочевого пузыря 500 к. с. Моча кислой реакціи, уд. вѣсъ 1,014; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ, въ осадкѣ ея бѣлые и красные кровяные шарики. Ци-

¹⁾ Forsyth. Brit. med. Jour. 1907. V. I. p. 1111.

²⁾ Федоровъ. Русскій Хир. Архивъ. 1903. стр. 869.

стоскопия: предстательная железа выдвигается в пузырь. Диагноз: Hypertrophia prostatica. 27/и операция под спинномозговой анестезией, через пузырь (профессор Фелорович). По вскрытии пузыря удалено два маленьких камня. Надь выходящей частью железы сделан разрез в слизистой. Указательный палец правой руки введен в пузырь, а указательный палец левой в прямую кишку. Частью пальцем, частью ножницами удалена выходящая часть железы в пузырь, при этом вылучился еще и второй небольшой кусочек опухоли. На рану слизистой наложены катуговые швы, к ней подведены Freyeg'овский дренаж и фитили. Три шва на прямые мышцы живота и несколько на кожу. 29/и фитили смѣнены. 30/и смѣнить дренаж и заведены фитили болѣе поверхностно. 3/и сняты швы; 13/и завести болѣе тонкий дренаж; 19/и дренаж вынуть, ввести через уретру катетр; 23/и рана надь лобком рубцуется, моча через нее не выдѣляется; 1/ш катетр вынуть, больному введено в пузырь 300 к. с. борнаго раствора, помочился самъ всею жидкостью (300 к. с.); 7/ш мочится большой самъ; 15/и рана зарубцевалась; 19/ш цистоскопия: на мѣстѣ раны в слизистой рубецъ; 21/ш больной выписался здоровымъ.

Вылущенная опухоль представляла довольно плотную губристую яйцевидную массу въ 7 сант. длиною и около 3-хъ сант. въ диаметрѣ; второй кусочекъ незначительныхъ размѣровъ.

Аденома—микроскопическое строение описано на стр. 42, препаратъ подь № 17.

Случай 2). Большой X., дворянинъ 66 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 28/х 1911 года съ жалобами на частые позывы на мочу и болѣзненное мочеиспускание. Въ анамнезѣ уретритъ отрицать. Больнымъ считаетъ себя около 4-хъ лѣтъ, когда сталъ замѣчать боль въ половомъ членѣ передъ и послѣ мочеиспускания; боли по временамъ проходили, но стали учащаться позывы на мочеиспускание, а затѣмъ учащенное мочеиспускание сопровождалось уже постоянно болѣзненностью; въ мочѣ ничего больно не замѣчалъ; года 1½ назадъ мочеиспускание участилось до 30 разъ въ сутки (ночью до 15 разъ); позывы иногда сопровождались быстро наступающимъ неудержимымъ мочеиспусканиемъ. Въ послѣднее время мочится до 40 разъ въ сутки; крови въ мочѣ никогда не замѣчалъ. Стулъ правильно разъ въ сутки. При ощупываньи черезъ прямую кишку предстательная железа увеличена, равномерно плотновата. Моча (1800 к. с. въ сутки), уд. вѣсь 1,014, кислой реакци, слегка мутновата, бѣла и сахара не замѣчается, въ осадкѣ подь микроскопомъ бѣлые кровяные шарикъ и небольшое количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. 30/и Цистоскопия не удается вслѣдствіе появления кровотеченія. 14/и. Повторно цистоскопия не удается по той же причинѣ. Остаточной мочи 175 к. с. Диагнозъ: Hypertrophia prostatica. 16/х 21 подь хлороформнымъ наркозомъ произведена операция профессоромъ Фелоровичемъ; надьобочное сѣчение пузыря, при осмотрѣ замѣчается выступленіе всей железы въ полость пузыря и особенно средней доли ея; отверстие мочеиспускательнаго канала зияетъ и свободно пропускаетъ конецъ пальца. По выходящей части железы сделанъ

вкругъ отверстія мочеиспускательнаго канала почти сходящейся круговой разрезъ слизистой. При помощи указательнаго пальца правой руки, введеннаго въ полость пузыря, и одноименнаго же пальца лѣвой руки, введеннаго черезъ прямую кишку, железа вылучена въ одномъ кускѣ. Толстый дренажъ по Freyeg'у. Тампоны вкругъ него въ протатическую полость. Фитиль къ передней стѣнкѣ пузыря. Частичный шовъ раны (мышцы и кожи), къ дренажу устроенъ сифонъ. 17/х 21 повязка обильно промокла кровью—смѣнена. Моча идетъ черезъ дренажъ. 18/х 21 повязка все еще промокаетъ кровью—смѣнена три раза. 19/х 21 дренажъ толстый удаленъ, замѣненъ болѣе тонкимъ, тампоны смѣнены. 20/х 21 повязка пропитана кровью и мочей—смѣнена, катетръ à demeure; съ 21/х 21 промываніе пузыря борнымъ растворомъ. 26/х 21 швы удалены. 28/х 21 въ пузырь вводится тонкая дренажная трубка безъ тампоновъ. 31/х 21 моча идетъ черезъ катетръ и дренажъ. Надьобочная рана хорошо выглядить. 5/и 1912 г. дренажная трубка еще уменьшена; при промываньи пузыря растворъ вытекаетъ совершенно чистымъ. 12/и дренажъ вынуть, рана хорошо рубцуется. 15/и удаленъ и катетръ. Черезъ свищъ надь лобкомъ моча не выдѣляется. 16/и большой мочится естественнымъ путемъ свободно. 23/и большой мочится 5—6 разъ днемъ и 2 раза ночью. 27/и свищъ надь лобкомъ совсѣмъ закрылся. 23/и цистоскопия: въ области trigoni Lieutaudi небольшая гранулирующая поверхность. 27/и остаточной мочи 10—15 к. с. 5/и цистоскопия: слизистая пузыря нормальная, въ области trigoni Lieutaudi гранулирующая поверхность около 1 сант. въ диаметрѣ, слизистая спускается на нее въ видѣ валика. 8/и больной выписался, чувствуетъ себя хорошо.

Удаленная „железа“, какъ видно на фотографическихъ снимкахъ (17 и 18) представляется какъ бы въ видѣ трехъ долей, совершенно спаянныхъ между собою, съ болѣе широкимъ основаниемъ снизу и слегка суживающейся верхушкой,



Фиг. 17.

Фотографическій снимокъ.

Удаленная „железа“—видъ ея спереди. (Шелеобразное отверстие, видимое справа на „железѣ“—мѣсто срѣза, взятаго для микроскопическаго изслѣдованія).



Фиг. 18.

Та же „железа“, видъ ея сверху.

Удаленная „предстательная железа“ (смотри фотографические снимки 19, 20 и 21) отчасти напоминает по своей форме яблоко, средней величины, с проходящим почти в средине ее продольным каналом и ясно выраженной глубокой передней



Фиг. 19.

Фотографический снимок. Удаленная „железа“. Вид ее спереди.

задней расщелиной снизу, как бы делящей „железу“ на две боковые доли. Поверхность ее довольно гладка, только снизу замечается ясная узловая бугристость. „Железа“ покрыта по-



Фиг. 20.

То же. Вид сбоку.



Фиг. 21.

То же. Вид снизу; (1) уретра.

добием оболочки с окружающим ее поперечным пояском, более ясно выраженным на передней ее поверхности. Микроскопическое исследование (смотри стр. 45 под № 25) показы-

вает сплошные аденоматозные узлы, лежащие непосредственно вокруг слизистой простатической части уретры, которой макроскопически соответствует канал, проходящий продольно через всю „железу“. Присутствия на препарате съевывбрасывающих протоков не обнаружено. Если мы теперь рассмотрим посмертный препарат этого больного, умершего на 9-ый день постъ операции (смотри фотографический снимок 22),



Фиг. 22.

Фотографический снимок.

Остающаяся полость постъ удаления „железы“ через пузырь.

1) отверстия мочеточников, 2) мочевого пузыря, 3) разорванная слизистая мочевого пузыря, 4) полость, 5) слизистая съенного бугорка, 6) уретра.

представляющей собою мочевого пузыря, раневую полость под нимъ и оставшуюся часть мочеиспускательнаго канала, вскрытые по передней стѣнкѣ по средней линіи, то мы увидимъ слѣдующее: вверху нижняя часть пузыря съ задней частью *trigoni Liehtaudi* съ отверстиями мочеточниковъ, ниже видимъ ясно выраженную полость, ограниченную сверху слизистой пузыря съ ее неровными разорванными краями; внизу полости видна культя простатической части уретры съ такими же неровными разорванными краями, причемъ по средней линіи видны остатки слизистой съенного бугорка. Сама полость представляется кругловатой формы, отчасти напоминающей форму

удаленной „железы“, хотя и не вполне соответствующей величинѣ ея, а немного уменьшенной, что нужно отнести на сократительность стѣнокъ ея. Внутренняя поверхность этой полости довольно гладка. Къ сожалѣнію на задне-нижней стѣнкѣ ея мы не имѣемъ здѣсь того продольнаго валика, котораго можно было бы ожидать соответственно расщелинѣ на удаленной „железѣ“ и соответственно ходу сѣмянвыбрасывающихъ протоковъ, что обычно встрѣчается при операціяхъ на трупахъ (быть можетъ это объясняется растяженіемъ задней стѣнки полости при послѣдовательной тампонаціи ея во время операціи). На этомъ же препаратѣ мы не видимъ и мѣста впаденія сѣмянвыбрасывающихъ протоковъ въ уретру на сѣмennomъ бугоркѣ, повидимому они были здѣсь разорваны. При осмотрѣ всего препарата снаружи, сбоку и особенно сзади мы ясно видимъ, что какъ конфигурація самой предстательной железы, такъ и отношенія ея къ мочевому пузырю совершенно сохранились. Стѣнки полости на поперечномъ разрѣзѣ представляются различной толщины, доходящей мѣстами почти до 1 сант. На микроскопическихъ срѣзахъ можно видѣть, какъ мышечные слои мочевого пузыря переходятъ въ мышечные слои стѣнокъ ниши, и ясно выраженные круговые слои гладкихъ мышцъ, соответствующіе гладкому внутреннему сфинктеру, лежатъ въ верхней стѣнкѣ полости подъ разорваннымъ краемъ слизистой пузыря. Внутри на задней и боковыхъ стѣнкахъ полости встрѣчаемъ обильное количество железистой ткани, частью съ сильно сдавленными, частью еще сохранившимися железами въ слояхъ фибро-мускульной ткани. Въ верхней части задней стѣнки видны сѣмянвыбрасывающіе протоки, но прослѣдить ихъ книзу не удается, вслѣдствіе сильной инфильтраціи тканей кругло-кѣлочными элементами.

Конечно, по препаратамъ удаленнымъ кусками мы не можемъ судить, удалена ли вся „железа“ или нѣтъ, но случай второй представляеть нѣчто похожее на „железу“ Fergus'a, открытую спереди, а случай 4-ый уже вполне напоминаетъ „железу“, удаленную Ferguson'омъ; микроскопическое же изслѣдованіе показываетъ, что эти „железы“ представляютъ собою сплошь аденоматозные узлы, безъ всякаго дѣленія на доли, покрытые подобіемъ фибро-мускульной оболочки, причѣмъ не только въ слояхъ послѣдней замѣчаются сдавленные железы, но и на периферіи ея; получается впечатлѣніе, что кнаружи

отъ этой оболочки должна существовать железистая ткань, которая и остается на больномъ, что и подтвердилось на посмертномъ препаратѣ въ случаѣ 4-омъ.

Такимъ образомъ на основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ изслѣдованій мы можемъ притти къ слѣдующимъ выводамъ:

- 1) Аденоматозные узлы, развивающіеся изъ перипростатальныхъ железокъ, расположенныхъ въ предстательной железе, доступные со стороны мочевого пузыря, чѣмъ со стороны промежности.
- 2) При чрезуретрномъ способѣ операціи, удаляются аденоматозные узлы, а не сама предстательная железа.
- 3) На больномъ при этой операціи всегда остается большая часть железы, которая и является „хирургической“ капсулой, представляющей препятствіе для вскрытія перипростатическихъ венозныхъ сплетеній и для проникновенія въ тазовую клетчатку.
- 4) Въ виду тѣсной связи слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала съ аденоматозными узлами, частью ея приходится жертвовать.
- 5) При удаленіи аденоматозныхъ массъ черезъ пузырь, сѣмянвыбрасывающіе протоки, какъ правило, остаются на мѣстѣ.
- 6) Гистологически безъ нарушенія цѣлости чезла полное удаленіе предстательной железы невозможно.

Теперь возникаетъ вопросъ: Нужно ли стремиться къ удаленію всей предстательной железы? Въ железу развивается новообразование доброкачественнаго характера, являющееся причиной затрудненнаго мочеиспусканія и большей части явлений, наблюдаемыхъ при, такъ называемой, гипертрофіи предстательной железы. Главная цѣль операціи удалить новообразованіе и сдѣлать мочеиспусканіе свободнымъ, что и достигается вылушеніемъ новообразованія, не удаляя всего органа и всегда помня о громадномъ значеніи железы въ смыслѣ стимулирующаго дѣйствія ея отдѣляемаго на сѣмненныя нити (Fürbringer, Walker), тѣмъ болѣе, когда идетъ вопросъ о заболѣваніи людей въ еще сравнительно молодомъ возрастѣ. При этомъ мы не должны забывать и о возможной внутренней секреціи предстательной железы. Конечно, можно оспаривать доброкачественность опухоли, развивающейся въ предстательной железе; вопросъ осложняется еще и тѣмъ, что начальная форма перехода доброкачественнаго заболѣванія въ злокачественное клинически не опредѣляются и въ этомъ приходится убѣждаться

только при тщательном микроскопическом изслѣдованіи удаленныхъ опухолей или на посмертныхъ препаратахъ. Если мы обратимся по этому вопросу къ даннымъ различныхъ авторовъ, то найдемъ слѣдующее: Albarran et Hallé на 100 изслѣдованныхъ, взятыхъ на трупахъ, увеличенныхъ предстательныхъ железъ нашли 14, гдѣ имѣлся атипическій ростъ эпителия, но Rotschild оспариваетъ значеніе этого атипическаго роста; эти же авторы упоминаютъ и о клиническихъ наблюденіяхъ, гдѣ больные страдали болѣе или менѣе продолжительное время (отъ 5 до 20 лѣтъ) простой гипертрофіей предстательной железы, а затѣмъ картина заболѣванія быстро мѣнялась и принимала злокачественный характеръ, и больные погибали при несомнѣнныхъ явленіяхъ рака предстательной железы. Но Socin und Burkhard наблюдали на 172 увеличенныхъ железахъ только 8 раковыхъ заболѣваній, а Orth считаетъ злокачественныя заболѣванія предстательной железы очень рѣдкими. Czerny на 143 случая гипертрофіи нашелъ въ 18 случ. злокачественное заболѣваніе. Green and Broks (цитир. по Hawley) на 48 гипертрофіи нашли 3 карциномы, Upcott на 33 гипертрофіи—5 карциномъ, Pousson на 12 гипертрофіи—2 карциномы, Meyer на 22 гипертрофіи—3 карциномы, Suter на 10 гипертрофіи—1 карциному, Kümhel на 41 гипертрофію—9 карциномъ, Rochet на 50 гипертр.—16 карциномъ (приведено у Thevenot), Freyer на 110 гип.—3 карциномы, Faldano у Thevenot, (Nicolich) на 71 гип.—6 карциномъ, Steiner на 96 гип.—12 карциномъ, Valentin на 29 гип.—2 карциномы, Sahn на 40 случаевъ нашелъ только въ одномъ случаѣ переходъ въ карциному, а Young говоритъ объ отношеніи карциномы къ гипертрофіи какъ 1:3. Lillenthal¹⁾, указавъ, что при систематическомъ изслѣдованіи удаленныхъ железъ можно наблюдать карциноматозныя формы, но при большихъ мягкихъ гипертрофіяхъ нужно считать ихъ большою рѣдкостью, приводитъ случай, оперированный имъ черезъ пузырь, гдѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась адено-карцинома, но больной прослѣженъ имъ три года и былъ здоровъ.

Трояновъ²⁾ оперировалъ больного, у котораго микроскопическое изслѣдованіе удаленной опухоли показало въ од-


¹⁾ Lillenthal Americ. Journ. of Surgery 1912; cit. Zeitschr. für Urologie 1912, S. 936.

²⁾ Трояновъ: Русскій врачъ. 1907 г.

номъ мѣстѣ на начало атипическаго расположенія эпителиальныхъ клѣтокъ, но больной наблюдался втеченіе 4-хъ лѣтъ, и общее состояніе его не оставило желать ничего лучшаго. Конечно, по этимъ даннымъ трудно судить о частотѣ раковыхъ заболѣваній предстательной железы, и здѣсь возникъ бы тогда вопросъ, нужно ли вообще оперировать при карциноматозныхъ формахъ заболѣваній железы, «все равно черезъ 2—3 мѣсяца смерть», говорить Louthau, «въѣтъ клинически діагностированныя карциномы предстательной железы операцией никогда не излечивались» добавляетъ Motz. Но мы говоримъ объ удаленіи тѣхъ аденомъ, развивающихся въ железахъ при, такъ называемой, гипертрофіи ея, доброкачественность которыхъ считается въ настоящее время внѣ сомнѣній.

VI.

Оперативные способы и оцѣнка ихъ съ анатомической точки зрѣнія.

Способовъ для удаленія предстательной железы предложено очень много. Многіе изъ нихъ теперь уже потеряли свое значеніе, и поэтому я ограничусь описаніемъ только типовъ ихъ и приведу только различные варианты чрезпузырной операціи, какъ самой рациональной въ настоящее время, въ описаніяхъ Fuller'a, Freyera, Prousta и Albarran'a. Не входя въ отдѣльную оцѣнку ихъ, мы здѣсь должны оговориться, что о полномъ удаленіи предстательной железы въ анатомическомъ смыслѣ можно говорить только въ томъ случаѣ, если она удаляется съ ея фасціальнымъ покровомъ, съ простатической частью уретры и съ сѣмявыбрасывающими протоками; всѣ же остальные способы, стремящіеся сохранить хотя бы сѣмявыбрасывающіе протоки или простатическую часть уретры съ небольшою частью окружающихъ ихъ тканей, должны считаться частичнымъ удаленіемъ железы—prostatectomia partialis или въ крайнемъ случаѣ prostatectomia subtotalis. Самый старый и самый разработанный способъ—промежностный. Сдѣлавъ кожный разрѣзъ предректальный, идущій отъ одного сѣдалищаго бугра къ другому (Albarran, Zuckerkandl) или въ видѣ  (Baudet) или лоскутной (Delbet, Verhogen, Proust), или срединный (Ferguson, Rydygier, Syme, Bryson), хирургъ, избѣгая пораненія передней стѣнки

прямой кишки, идетъ частью тупымъ способомъ, частью при помощи рѣжущихъ инструментовъ къ задней поверхности предстательной железы, покрытой фасциальнымъ покровомъ, обнажаетъ его и, разрѣзавъ его по средней линии или поперечно, стремится отдѣлить его отъ железы и произвести субкапсулярное вылушение, при чемъ, съ цѣлью сохранить уретру, на стѣнкахъ ея оставляется часть ткани железы. Съ цѣлью наилучшаго удаленія „средней доли“ простатическая часть уретры продольно вскрывается (Albarran). Нѣкоторые хирурги вскрываютъ перепончатую часть уретры и, вводя черезъ это отверстие въ мочевой пузырь специальные инструменты, низводятъ железу и тѣмъ облегчаютъ вылушение ея. Американские хирурги удаляютъ железу черезъ отверстие на промежности въ перепончатой части уретры, производя такимъ образомъ вылушение ея изнутри кнаружи. Wilms вылащаетъ железу черезъ боковой разрѣзъ, идущий параллельно нисходящей вѣтви лобковой кости. Съ цѣлью лучшаго осмотра частей железы, выступающихъ въ пузырь, и возможно полного удаленія железы, была предложена комбинація удаленія железы черезъ промежность съ предварительнымъ вскрытiемъ пузыря надъ лобкомъ (Nicolle, Alexander, Bruce-Clarke, Johnson). Но постоянное выпячиванiе железы въ пузырь, доступность ея со стороны пузыря заставили хирурговъ стремиться удалять ее черезъ пузырь, комбинируя эту операцію съ дренажемъ на промежности (Fuller), и наконецъ развившаяся хирургическая техника дала возможность Freyer'у обходиться и безъ дренажа на промежности.

Fuller ¹⁾ описываетъ свою операцію такъ: „Мочевой пузырь вскрывается надъ лобкомъ, указательный палецъ лѣвой руки вводится въ полость его; этимъ пальцемъ опредѣляется положенiе и величина выступающихъ частей железы и форма внутреннего отверстия уретры; въ правую руку берутся закрытыя ножницы съ длинными ручками, эти ножницы скользятъ по лѣвому указательному пальцу къ отверстию уретры и раскрываютъ пузырную стѣнку; разрѣзъ простирается отъ нижняго края пузырнаго отверстия къзади на 1 или 1 1/2 дюйма. Разрѣзъ мало кровоточителен. Одинъ изъ указательныхъ пальцевъ, какой оператору будетъ удобнѣе, вводится черезъ пузырное отверстие, сдѣланное ножницами, въ тоже самое время кулакъ другой руки производитъ

¹⁾ Fuller, Annals of Surgery 1905. V. XXI. p. 520.

противо-давленiе со стороны промежности; при помощи этого противо-давленiя простатическая опухоль поддается хорошо пальцу другой руки, который энуклеируетъ простатическую обструкцію „en masse“ или кусокъ за кускомъ, въ зависимости отъ случая. Эта энуклеація можетъ быть быстро и легко сдѣлана такимъ способомъ и ее не надо прекращать, пока гипертрофированная масса по бокамъ, по передней линiи и по линiи простатической уретры не будутъ удалены. Пузырная стѣнка у основанiя, какъ и вездѣ, весьма эластична и растяжима, такъ что маленькiй разрѣзъ въ днѣ пузыря оказывается настолько большимъ, чтобы черезъ него можно было провести вылушенную железу. Затѣмъ дѣлается перинеальный разрѣзъ и черезъ него вводится толстая мягкая резиновая трубка, проходящая и черезъ прежнiй разрѣзъ въ пузырь. Горячiя орошенiя втеченiе нѣсколькихъ минутъ, чтобы вымыть кровяные сгустки и остановить кровотеченiе. Затѣмъ надлобковая рана закрывается; иногда эта рана не закрывается, а только накладываются предварительные глубокие швы, захватывающiе пузырную стѣнку и всю толщу брюшной стѣнки, и вводится дренажная трубка на 4—5 дней, послѣ чего дренажъ этотъ удаляется и надлобковая рана закрывается швами. Guiteras предложилъ для противо-давленiя, вмѣсто кулака на промежность, вводить 1—2 пальца въ прямую кишку.

Freyer ¹⁾ начинаетъ операцію съ основательнаго промыванiя пузыря антисептическими растворами, затѣмъ наполняетъ пузырь борнымъ растворомъ и катетръ зажимаетъ. Разрѣзъ живота дѣлается по средней линiи отъ 2 1/2 до 3 1/2 дюймовъ въ зависимости отъ величины предстательной железы, при чемъ нижнiй конецъ разрѣза доходитъ до *agcus rubis*; разрѣзъ до предпузырнаго пространства, предпузырный жиръ оттѣсняется вверхъ и стѣнка пузыря появляется въ ранѣ, разрѣзъ пузыря продольный приблизительно въ 1 дюймъ величиною. Въ случаѣ необходимости рана пузыря расширяется. (Въ настоящее время Freyer дѣлаетъ при сильно наполненномъ пузырьѣ одно-временный разрѣзъ брюшной стѣнки и пузыря такой величины, чтобы можно было только ввести указательный палецъ). Въ пузырь вводится указательный палецъ одной руки,—опредѣленiе конфигураціи пузыря и въ случаѣ присутствiя камней удаленiе ихъ ложкой или щипцами. Указательный палецъ другой

¹⁾ Freyer, Clinic, lectur. on enlargement of the prostate. third edition. 1906 London. Овъ же. Brit. med. Journ. 1909. V. II. p. 963.

руки вводится в прямую кишку, и железа по возможности оттянется в пузырь навстрѣчу первому пальцу. Надъ наиболѣе выступающей боковой или средней долей, въ случаѣ она существуетъ, разрывается слизистая указательнаго пальца и шагъ за шагомъ освобождаются выступающія въ пузырь части железа. Послѣ отдѣленія слизистой указательный палецъ находится въ соприкосновеніи съ „true capsule“, и железа вылуцается теперь изъ окружающаго ея чехла (sheath) виѣ пузыря, сначала одна боковая доля сзади, спереди или съ боковъ, затѣмъ такимъ же образомъ и другая доля до тѣхъ поръ, пока обѣ доли не сдѣлаются совершенно свободными и подвижными. (Раньше Fergusson стремился сохранить уретру и для этого раздѣлялъ железу по передней ея спайкѣ, а иногда и по задней, тогда доли являлись совершенно изолированными отъ уретры, какъ ему казалось и, погружая палецъ вглубь позади железы, онъ отдѣлялъ нижнюю поверхность ея, какъ онъ думалъ, отъ ligamentum triangulare). Когда железа отдѣлена отъ чехла, то она „виситъ“ на уретрѣ и сѣмявыбрасывающихъ протокахъ, и конецъ пальца можетъ быть легко двинуть съ каждой стороны между нижними частями простатической доли и уретры; если теперь помѣстятъ палецъ позади железы по средней линіи выше сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и протолкнуть железу вверхъ въ пузырь пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку, то уретра окажется разорванной у сѣменнаго бугорка, при чемъ сѣмявыбрасывающіе протоки останутся соединенными съ остающеюся частью простатической уретры. Теперь железа, лежащая свободно въ пузырь, захватывается крѣпкими щипцами и извлекается изъ него черезъ рану. Затѣмъ указательный палецъ одной руки снова вводится въ пузырь, а таковой же другой руки въ прямую кишку, противоположная поверхности полости, оставшейся послѣ энуклеации железы, сдавливаются вокругъ пузырнаго отверстия между концами пальцевъ; такимъ образомъ облегчается сокращеніе полости и останавливается кровотеченіе. Послѣ чего пузырь промывается горячимъ борнымъ растворомъ 110°F ($=43,^{\circ}\text{C}$ — $34,^{\circ}\text{R}$) черезъ катетръ, введенный въ уретру для удаленія свертковъ и контролированія кровотеченія. Этотъ процессъ не долженъ продолжаться болѣе 2—3 минутъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ это орошеніе вызываетъ иногда кровотеченіе вмѣсто того, чтобы его уменьшить, что Fergusson приписываетъ расширенію простатической полости отъ давленія жидкости въ пу-

зырь. Когда пузырь такимъ образомъ очищенъ отъ кровяныхъ свертковъ, черезъ надлобковую рану вводится твердая дренажная трубка (размѣры и обращеніе съ ней Ferguson считаетъ очень важнымъ). Трубка берется калибра въ $\frac{7}{8}$ дюйма съ просвѣтомъ въ $\frac{3}{8}$ дюйма. На этой трубкѣ дѣлается два большихъ боковыхъ отверстія съ противоположныхъ сторонъ возможно ближе къ пузырному концу ея. Только лишь приблизительно около дюйма трубки должно вводить въ пузырь, какъ разъ достаточно для того, чтобы боковые поверхности ея вполне соприкасались съ простатической полостью. Когда пузырь сократится, то трубка въ надлобковой ранѣ захватывается такъ, что вся моча идетъ черезъ трубку, чѣмъ и избѣгается инфекция рыхлой кѣлѣчатки предпузырнаго пространства. Ни въ какомъ случаѣ трубка не должна быть виднѣна въ простатическую полость, чтобы всѣми способами облегчить сокращеніе этой полости. Края раны вокругъ трубки закрываются швами, при чемъ одинъ или два изъ нихъ должны быть проведены черезъ трубку, чтобы укрѣпить ее. Передъ тѣмъ, какъ вынуть катетръ изъ уретры и наложить повязку, пузырь долженъ быть снова промытъ, чтобы удалить свертки и убедиться, что дренажъ проходимъ. Наконецъ вводится иодоформенная марля въ уголь раны около края самой трубки, марля оставляется на 24 часа. На рану кладется обильное количество перевязочнаго матеріала, который смѣняется черезъ каждые 4—6 часовъ. Въ первый день послѣ операціи наблюдающіеся стуски крови въ дренажной трубкѣ должны быть удаляемы длиннымъ пинцетомъ при каждой смѣнѣ повязки. Пузырь долженъ промываться одинъ разъ въ день, а при плохомъ состояніи мочи и два раза въ день теплымъ борнымъ растворомъ или слабымъ марганцовокислаго кали. Промываніе производится подъ очень слабымъ давленіемъ черезъ дренажную трубку, чтобы полость, изъ которой удалена железа, оставалась въ покоѣ и кровяные свертки, прикрѣпленные къ ея поверхности, не отрывались—этимъ предупреждается кровотеченіе и облегчается процессъ заживленія. Это главный поводъ почему Ferguson применяетъ толстую дренажную трубку, чтобы моча и свертки могли выходить черезъ нее свободно и чтобы не было давленія, которое могло бы повлечь за собою расширеніе полости. На 3-й или 4-й день послѣ операціи толстый дренажъ извлекается и замѣняется болѣе тонкой трубкой до 12-го—13-го дня. Послѣ удаленія этого дренажа вводится ежедневно толстый катетръ

через уретру, и пузырь промывается через него до тех пор, пока надлобковая рана совершенно не закроется. При явлениях тяжелого заболвания пузыря Ferguson дѣлаетъ операцію въ два момента: сначала дренируетъ пузырь черезъ надлобковую рану, а затѣмъ черезъ 10—13 дней удаляетъ железу.

Proust¹⁾. Пузырь наполняется воздухомъ. Разрѣзъ по средней линіи въ 8 см. длиною, на поперечный палецъ отступая отъ верхняго края симфиза, освобождается отъ клѣтчатки передняго стѣнка пузыря и послоннымъ вертикальнымъ разрѣзомъ вершины образованной на ней поперечной складки открывается полость пузыря. Рана пузыря расширяется ножницами, чтобы могло войти два пальца, при чемъ необходимо избѣгать раненія шейки пузыря. Временныя лигатуры на пузырную стѣнку; осмотръ пузыря. Лѣвая рука въ перчаткѣ вводится въ прямую кишку. Ножницами по задней поверхности выдающейся части железы лучше на одинъ сантиметръ выше уровня *bas fondе* разсѣкаютъ слизистую двумя боковыми разрѣзами въ видѣ полуэллипсиса, обходящими отверстіе уретры, открывая такимъ образомъ видъ на железу, блѣдно розоваго цвѣта, покрытую тонкой пластинкой. Затѣмъ вводится въ пузырь указательный палецъ, который, скользя по наружной поверхности правой доли, отдѣляетъ ногтемъ слизистую и мало по малу идетъ все глубже, проникаетъ назадъ и вскорѣ обходитъ заднюю и нижнюю поверхность железы. Въ этотъ моментъ мякоть пальца смотритъ непосредственно вверхъ и приподнимаетъ железу вверхъ, которая теперь дѣлается подвижной; тогда проникаютъ среднимъ пальцемъ въ брешь слизистой и вмѣстѣ съ указательнымъ пальцемъ приступаютъ къ отдѣленію наружной поверхности лѣвой доли, здѣсь дѣлаютъ паузу и переходятъ къ отдѣленію передней поверхности каждой доли; для этого катетръ, остававшейся все время въ уретрѣ, вытягиваютъ черезъ пузырь и поворачиваютъ надъ симфизомъ (пріемъ указанный L o u i s e a u); вдоль катетра и по задней его поверхности указательнымъ пальцемъ изслѣдуютъ уретру, направляя мякоть его къ внутренней поверхности лѣвой доли; и затѣмъ, въ то время, какъ железа поднимается и фиксируется пальцами, находящимися въ прямой кишкѣ,—указательный палецъ скользитъ сзади напередъ, приходитъ въ соприкосновеніе съ задней поверхностью симфиза и

пытается вывернуть изнутри кнаружи выпуклую поверхность боковой доли; при этомъ движеніи тоненькій листокъ слизистой, который покрываетъ внутреннюю поверхность железы, лопается, и вылученіе передняго полуса простатической доли происходитъ легко, въ этотъ моментъ можно ввести оба пальца указательный и средний снизу съ передней стороны боковой доли и такимъ образомъ закончить вылученіе половины железы. Задобковое освобожденіе железы, которое такимъ образомъ закончено, есть основной моментъ операціи. Она представляетъ затрудненіе, если железа велика, потому что въ этомъ случаѣ палецъ съ трудомъ проникаетъ между нею и симфизомъ, къ которому железа непосредственно прилегаетъ. Палецъ снова вводится въ уретру и производитъ тоже самое съ другой стороны, и вотъ железа находится свободной въ пузырь. Теперь остается только захватить ее полной рукой и вытащить въ пузырную рану. Быстро высушиваютъ образовавшуюся полость тампонами; обыкновенно большого кровотечения не наблюдается.

Удаленіе *en masse*. Въ исключительныхъ случаяхъ бываетъ, что передняя спайка особенно плотна, пальцемъ не удается раздѣлить боковыхъ долей, въ такомъ случаѣ приходится довольствоваться круговымъ вылученіемъ, при которомъ удаляется железа въ видѣ кольца съ проходящимъ черезъ него катетромъ, но этотъ способъ хуже предыдущаго: наблюдается значительное кровотеченіе, потому что вмѣсто того, чтобы довольствоваться однимъ вылученіемъ гипертрофированныхъ массъ, какъ въ предыдущемъ случаѣ, вмѣстѣ съ ними удаляютъ и комиссуральную ткань, которая находится въ связи съ венами, позади лобка лежащими, и отдѣленіе отъ которыхъ сопровождается многочисленными разрывами сосудовъ; вмѣстѣ съ тѣмъ этотъ вариантъ операціи гораздо больше повреждаетъ уретру; при типичномъ вылученіи уретра повреждается отчасти, но это необходимое поврежденіе точно ограничено внутренней частью гипертрофированныхъ массъ, тогда какъ при вырываніи железы цѣликомъ совершенно бесполезно удаляется болѣе или менѣе значительный участокъ уретры, расположенный впереди отъ выбрасывающихъ протоковъ. Послѣ удаленія железы, въ пузырь помѣщаютъ дренажъ и пузырь частично зашиваютъ, трубка дренажная должна быть въ пузырь свободна и не достигать простатическаго ложа. Пузырь подшивается къ прямымъ мышцамъ, и этимъ способомъ никогда не получается

¹⁾ Proust. Monographies cliniques. 1906. № 44.

швица и избѣгается навѣрное инфильтрація предпузырной кѣтчатки. Въ заключеніе накладываются швы отдѣльно на мышцы и на кожу.

Albarran ¹⁾. Послѣ промыванія пузырь наполняется воздухомъ. Разрѣзъ брюшной стѣнки въ 5—6 сант., осторожное отдѣленіе предпузырной кѣтчатки; разрѣзъ передней стѣнки пузыря въ 5—6 сант. Фиксирующія нити на стѣнку пузыря, широкое раскрытіе раны его инструментами. Круговой разрѣзъ вокругъ шейки пузыря. При значительномъ выпячиваніи железы въ пузырь разрѣзъ надъ выдающейся частью, всегда придерживаясь ближе къ внутреннему отверстию уретры; разрѣзъ долженъ быть такъ глубокъ, чтобы онъ проникалъ въ самую ткань железы, что облегчаетъ нахожденіе мѣста для вылуценія; обыкновенно разрѣзъ на 1 сантиметръ глубиною. Лѣвый указательный палецъ вводится въ прямую кишку, и железа имъ отгѣсняется къ пузырю. Правый указательный палецъ введенный въ пузырь и черезъ разрѣзъ справа или слѣва идетъ подъ слизистую и въ большинствѣ случаевъ попадаетъ между аденоматозно-измѣненной тканью и капсулой ея. Обыкновенно вылуценіе начинается справа, затѣмъ сзади, слѣва и наконецъ спереди. Спереди вылуценіе производится до тѣхъ поръ, пока не почувствуется закругленная верхушка железы. Боковыя доли обходятъ пальцемъ снаружи внутрь, затѣмъ спереди назадъ и достигаютъ такимъ образомъ уретры, края которой даютъ ощущеніе давленія отъ введеннаго въ нее катетра. Если не находится ясной щели для вылуценія на правой сторонѣ, то входятъ въ другое мѣстѣ разрѣза и затѣмъ возвращаются къ прежнему мѣсту. Если такимъ образомъ железа легко вылуцается, то она и удаляется тогда вмѣстѣ съ простатической уретрой. Но ее можно удалить, оставивъ верхнюю стѣнку уретры нетронутой; въ такихъ случаяхъ послѣ освобожденія наружныхъ частей боковыхъ долей вводятъ палецъ въ уретру и разрываютъ слизистую снаружи, при этомъ идетъ вылуценіе передней поверхности боковыхъ долей, и въ такихъ случаяхъ железа удаляется въ видѣ открытаго спереди полулунія. Послѣ того какъ железа вылуцена по своей наружной поверхности, она держится только на перепончатой части уретры; если въ такихъ случаяхъ потянуть железу въ пузырь, то уретра разрывается между пузырьемъ и мѣстомъ впаденія сѣмявыбрасывающихъ

¹⁾ Albarran, Operative Chirurgie der Hamwege. 1910.

протоковъ, но разрывъ при небольшомъ увеличеніи железы можетъ произойти и въ перепончатой части уретры; для избѣжанія этого Albarran въ такихъ случаяхъ совѣтуетъ, извлекая железу щипцами, подвести подъ переднюю часть железы сильно изогнутыя ножницы и разрѣчь ими уретру, и железа удаляется изъ пузыря. Въ случаяхъ кровотеченія—сжиманіе краевъ раны между пальцами оператора, горячія промыванія или тампоны. По прекращеніи кровотеченія толстый дренажъ по Freyer'у съ отводящей трубкой для мочи, затѣмъ швы на рану вокругъ дренажа, съ предварительной фиксаціей пузыря къ нижней поверхности прямыхъ мышцъ живота кѣгутвыми швами.

Squier ¹⁾ начинаетъ вылуценіе железы со стороны уретры. Для этого, вскрывъ пузырь надъ лобкомъ, онъ вводитъ палецъ въ уретру и, идя по передней ея поверхности, проникаетъ черезъ слизистую, стараясь найти правильный слой для вылуценія, которое и производитъ снизу и по бокамъ железы и затѣмъ заканчиваетъ его у пузыря.

Duval предлагаетъ послѣ удаленія железы сшивать края раны слизистой пузыря и культи уретры.

van Stockum идетъ къ передней поверхности железы надъ лобкомъ, но внѣ мочевого пузыря.

Wullstein тѣмъ же путемъ съ временной двухсторонней резекціей ossis pubis.

Heusner подъ лобкомъ.

Разъ железа удаляется безъ своего фасціального покрова, то всѣ эти способы являются даже и не частичной простатэктоміей, а вылуценіемъ аденоматозныхъ массъ изъ железы. Былъ предложенъ способъ полного удаленія железы съ ея фасціальнымъ покровомъ (Proust, Young): со стороны промежности обнажается задняя поверхность предстательной железы съ ея фасціальнымъ покровомъ, перепончатая часть уретры перерѣзается въ поперечномъ направленіи, железа оттягивается къ прямой кишкѣ, обнажается передняя поверхность железы, и уретра на нѣсколько миллиметровъ ниже шейки пузыря вторично перерѣзается, основаніе железы отдѣляется отъ пузыря и, по разрѣченіи сѣмявыносящихъ протоковъ на мѣстѣ ихъ вхожденія въ железу, послѣдняя удаляется; перепончатая часть уретры сшивается съ пузыремъ. Только эту операцію и можно

¹⁾ Squier, Surgery, gynecology and obstetrics. September. 1911.

считать полной простатэктомией. Но она является настолько большим хирургическим вмешательством, что может быть оправдана разве только при злокачественном новообразовании в железе.

Если мы будем исходить из того взгляда, что при, так называемой, гипертрофии предстательной железы развивается доброкачественное новообразование из перипростатальных железок, расположенных в предстательной железе, то конечно мы должны стремиться удалить его, а саму железу по возможности оставить в цѣлости. Изъ патолого-анатомических данных мы видим, что опухоль растетъ изъ перипростатальных железокъ вокругъ части простатической уретры, расположенной выше сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, опухоль эта, располагаясь в железе, в силу анатомическихъ условий выдается в полость мочевого пузыря и вь большннствѣ случаевъ прикрыта только слизистой его, сюда и мы должны стремиться. Поэтому самый цѣлесообразный путь операции и является черезъ мочевой пузырь. Другимъ путемъ: надъ лобкомъ вь мочевомъ пузыре, подъ лобкомъ, или черезъ промежность мы, стремясь къ опухоли, обязательно должны нарушить цѣлость самой железы или той цѣнной „хирургической“ капсулы, которую и образуетъ железа вокругъ развивающейся вь ней опухоли, а между тѣмъ цѣлостью этой „хирургической“ капсулы и объясняются тѣ хорошие результаты, которые, какъ увидимъ ниже, были получены Freyer'омъ и другими авторами, оперировавшими чрезпузырнымъ способомъ.

Если мы подойдемъ къ железе сзади со стороны промежности, то прежде чѣмъ достигъ опухоли, мы должны пройти слой ткани самой железы, иногда въ сантиметръ толщиной, при чемъ, идя по средней лини, мы обязательно поранимъ сѣмявыбрасывающіе протоки, идя же по бокамъ отъ этой лини и стремясь оставить цѣлыми сѣмявыбрасывающіе протоки и сохранить уретру съ частью окружающихъ ее тканей, мы оставляемъ какъ часть самой опухоли, такъ и мѣсто самаго источника развитія ея; при чемъ рискуемъ оставить именно ту часть опухоли, которая расположена подъ шейкой мочевого пузыря сзади по средней лини („средняя доля“), которая и является наичаше причиной страданій больного, заставляющихъ прибѣгать къ оперативному вмешательству. При этомъ, даже стремясь сохранить цѣлость уретры, нельзя ручаться за то, что при существующихъ часто искривленіяхъ вь ходѣ ея, а иногда даже

и дивертикулахъ, не произойдетъ раненія ея (съ возможнымъ послѣдующимъ образованиемъ на промежности упорно державшихся свищей). Теперь, конечно, зная отношеніе къ простатической части уретры растущей вокругъ нея опухоли, мы не можемъ говорить не только о цѣлесообразности, но даже о возможности оставленія этой части уретры.

Если мы попытаемся подойти къ опухоли (также со стороны промежности), вскрывъ по средней лини перепончатую часть уретры, то при этомъ мы разрушаемъ цѣлость наружнаго поперечно-полосатаго сфинктера, на важную роль котораго вь мочеиспусканіи указываютъ многие авторы, чѣмъ и объясняютъ случаи недержанія мочи при раненіи этой мышцы во время операции. Если сюда прибавимъ техническія трудности при перинеальной простатэктоміи, возможность раненія прямой кишки, поврежденіе нервовъ, необходимыхъ для половой функціи, нарушение цѣлости мочеполовой діафрагмы, то преимущества чрезпузырнаго метода станутъ ясны. Здѣсь мы прямо идемъ къ цѣли; вскрывъ мочевой пузырь надъ лобкомъ и часто только нарушивъ надъ выдающейся частью опухоли цѣлость слизистой ногтемъ указательнаго пальца, какъ рекомендуетъ Freyer, или вь виду асептичности разрѣзавъ ее скальпелемъ, мы попадаемъ уже на аденоматозные узлы, къ удаленію которыхъ и приступаемъ (вѣ очень рѣдкихъ случаяхъ предлежанія внутренняго гладкаго сфинктера толщина слоя, прикрывающаго аденоматозные узлы, можетъ быть значительна, и тогда цѣлесообразнѣе болѣе глубокой разрѣзъ до 1 сантиметра, какъ рекомендуетъ Albarran). Стремленіе оставить побольше слизистой на мѣстѣ, особенно при значительномъ выступленіи аденоматозныхъ массъ вь пузырь является не только бесполезнымъ вь виду возможнаго омертвѣнія ея, но даже вреднымъ, такъ какъ слизистой всегда достаточно для закрытія дефекта, а остающаяся часть ея можетъ закупорить уретру, какъ указываетъ Rochet¹⁾, причемъ пишетъ, что, можетъ быть, этимъ и объясняется иногда существованіе упорныхъ надлобковыхъ fistулъ. Но съ другой стороны мы должны помнить, что удаляя слизистую, покрывающую выдающіяся части железы, мы можемъ встрѣтить отверстія мочеточниковъ, которыя иногда находятся на задней поверхности этихъ частей, какъ указываютъ Albarran, Tandler und Zuckerkandl. Вь виду большей

¹⁾ Rochet. Lyon medical 1911. № 42. p. 776.

частоты развития аденоматозных узлов вокруг уретры, сзади и по бокам ее, наиболее целесообразным нужно считать круговой почти сходящейся спереди разрыв слизистой, что дает возможность сохранить переднюю уретру в случаях подковообразной формы опухоли. Дойдя до аденоматозных узлов, мы должны стремиться удалить их, если возможно, в одной массе, идя по периферии их в слое сдавленной железистой ткани, быть может руководствуясь большей твердостью на ощупь этих узлов сравнительно с окружающей их тканью. Чтобы избежать возможности рецидивов и достигнуть полного удаления узлов, вполне понятно это стремление вылущить их в одной массе. К счастью эти узлы, как мы видели на трупах, часто являются настолько изолированными от остальной железы, что стоит их только обойти кругом, как „железа“, как пишут многие хирурги, от давления через прямую кишку сама выскакивает в полость мочевого пузыря, держась только на слизистой уретры, причем на все вылущение ее требуется всего 2—3—5 минут. Зная отношение этой массы аденоматозных узлов к смятывыбрасывающим протокам, как бы сидящей верхом на них, и стремясь сохранить чистоту последних и в то же время считая простатическую часть уретры, расположенную выше впадения в нее смятывыбрасывающих протоков, необходимой принадлежностью удаляемых масс, а потому и не забывая об оставлении ее на больном, нам кажется очень целесообразным следующее изолирование их: сначала вылущающим пальцем обойти боковую доли всей вылущаемой массы с боков и снизу, затѣм уже пройти впереди уретры, при чем, если аденоматозные узлы растут вокруг всей уретры, то последняя отойдет цѣликомъ съ удаляемыми массами в видѣ канала, а если узлы расположены только с боков и сзади, то слизистая уретра разорвется, и къ удаляемым массам отойдут только задняя и боковая стѣнки ее, передняя же останется на мѣстѣ; и наконец помѣстив вылущающій палец позади аденоматозных масс надъ смятывыбрасывающими протоками, произвести давление по направлению къ полости мочевого пузыря указательным пальцемъ другой руки, введеннымъ в прямую кишку, что дастъ возможность массамъ выдѣлиться въ полость пузыря, оставаясь прикрѣпленными только снизу на слизистой уретры. Затѣмъ, разорвавъ последнюю или, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ рекомендуетъ Albarran, перерѣзавъ ее сильно

изогнутыми ножницами, чтобы получить культю съ ровными краями и по возможности сохранить слизистую на сѣменномъ бугоркѣ на мѣстѣ впаденія въ нее смятывыбрасывающихъ протоковъ, мы получимъ вылущенные массы совершенно свободными въ полости пузыря, откуда можемъ ихъ удалить. ихъ цѣликомъ или, при значительной величинѣ ихъ, предварительно раздѣливъ ихъ на части. При такомъ способѣ удаленія опухоли черезъ пузырь не нарушается чистота столь цѣнной „хирургической“ капсулы, не ранятся большіе кровеносные сосуды, по возможности не удаляется ткань самой предстательной железы, остаются цѣлыми смятывыбрасывающіе протоки, сохраняется наружный поперечно-полосатый сфинктеръ, остается хотя и не всегда цѣликомъ гладкій внутренней сфинктеръ и гибнетъ только часть простатической уретры. Последнее обстоятельство даже является какъ бы целесообразнымъ и какъ показали клиническіе результаты, удаленіе этой части уретры ничѣмъ не осложняетъ операціоннаго періода и не вліяетъ на процессъ выздоровленія больныхъ—это и понятно: если бы уретра оставалась цѣлой, то стѣнки ее препятствовали бы истеченію мочи, собирающейся въ образующейся вокругъ нея послѣ удаленія аденоматозныхъ массъ полости и, не имѣя опоры, растягивались бы, образуя карманы для застоя мочи и, при отсутствіи достаточнаго питанія, совсѣмъ омертвѣвали бы, что не только усложняло бы процессъ выздоровленія, но, какъ указываетъ Deaver, давало бы возможность образованія суженій мочеиспускательнаго канала. Наоборотъ, послѣ удаленія опухоли съ прилегающей къ ней частью слизистой уретры, образующаяся полость въ силу эластичности окружающихъ тканей сокращается, что ведетъ къ тому, что разорванная слизистая у выхода мочевого пузыря приближается къ расположенной внизу культѣ уретры и какъ бы стремится къ восстановленію нормальнаго хода мочевого канала. Процессъ этотъ облегчается еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что послѣ удаленія гипертрофированныхъ массъ, весь мочевой пузырь получаетъ возможность опуститься внизъ, и такимъ образомъ разорванный край слизистой мочевого пузыря сближается съ культей уретры (Tandler und Zuckerkandl). Это и наблюдалъ Freyer на вскрытіи умершаго черезъ 22 дня послѣ операціи, когда больной началъ уже мочиться естественнымъ путемъ (8 случай операціи), но онъ объяснялъ это сокращеніемъ стѣнокъ уретры, считая, что онѣ остаются нетронутыми, причемъ сама уретра расширяется въ

видъ воронки и дѣлается частью пузыря. Насколько можетъ уменьшиться длина уретры послѣ удаления аденоматозныхъ массъ, указываетъ интересное наблюдение того же Freyer'a (5-ый случай его), гдѣ до операции, чтобы получить истечение мочи, нужно было вводить катетръ на 14½ дюймовъ, послѣ же операции всего только на 6 дюймовъ (Черезъ мѣсяць послѣ операции больной мочился естественнымъ путемъ и задерживалъ въ пузырьѣ до 6 унцій мочи). Это наблюдение наводило Freyer'a на мысль о томъ, что для удержанія мочи въ пузырьѣ кромѣ гладкаго внутренняго сфинктера существуетъ еще и наружный поперечно-полосатый сфинктеръ.

Здѣсь мы должны упомянуть и о сѣлесообразности совѣта Freyer'a—подводить къ образующейся послѣ удаления опухоли полости дренажъ, а не тампонировать полость эту, чтобы дать возможность сократиться стѣнкамъ, окружающимъ ее, и тѣмъ содѣйствовать возстановленію естественнаго мочевого канала.

Что мочевого канала послѣ вылуценія „железы“ съ прилегающей къ ней частью уретры возстановляется, на это есть данныя, полученныя на вскрытіяхъ умершихъ послѣ операции, такъ у умершаго черезъ 2 года послѣ чрезпузырной простатэктоміи (T. Walker), имѣлось хотя и не полное возстановленіе слизистой оболочки, то по крайней мѣрѣ хорошо выраженный каналъ съ гладкими, мѣстами непокрытыми эпителиемъ стѣнками, и въ случаѣ Chute ¹⁾, гдѣ на вскрытіи на 23-ій день послѣ операции полость, оставшаяся послѣ удаления опухоли, сузилась, образуя какъ бы дивертикулъ пузыря, и начала покрываться эпителиемъ; почти такіе результаты получены и при опытахъ на собакахъ (Вишневецкій ²⁾, Leotta ³⁾. Leotta произвелъ опыты на 27 собакахъ; онъ вылуцалъ железу черезъ пузырь въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ простатической уретрой, а въ другихъ только съ частью ея, сохраняя сѣмявыбрасывающіе протоки и мѣсто ихъ впаденія въ уретру, въ результатъ получалъ рубецъ, соединившій уретру съ мочевымъ пузыремъ, покрытый эпителиемъ, переходившимъ въ эпителий пузыря и уретры. Рубецъ имѣлъ форму воронки; у начальной части уретры наблюдался слой поперечно-полосатой мускулатуры, а внутри отъ него слой круговыхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. У

¹⁾ Chute. Boston med. and surg. j. 1905. 3. VIII; cit. An. d. mal. d. org. gen.-urin. 1906. p. 1828.

²⁾ Вишневецкій. Хирургическій архивъ Вельяминова. 1911 г. кн. I.

³⁾ Leotta. J. Policlinico. mars. 1912; cit. Journal d'Urologie 1912. I. p. 856.

собакъ, у которыхъ операція была произведена два года назадъ, эрекция была нормальна, половой актъ нормаленъ, только отсутствовала эякуляция сѣмени, которое попадало въ пузырь.

L. Pilcher указываетъ, что источникомъ эпителизаціи полости, остающейся послѣ удаления опухоли, кромѣ слизистой пузыря и перепончатой части уретры служатъ еще и остающіеся выводные протоки желѣзокъ, которые на извѣстномъ протяженіи выстланы уретральнымъ эпителиемъ. Но въ настоящее время Kolischer пишетъ, что при уретроскопіи послѣ чрезпузырной простатэктоміи онъ находилъ картину вполне напоминающую норму, только уменьшается расстояние между выходомъ пузыря и сѣменнымъ бугоркомъ, послѣдній же съ устьями сѣмявыбрасывающихъ протоковъ сохраняется, а Zuckerkandl говоритъ, что возстановленіе простатической части уретры, выхода пузыря и trigoni Lieutaudi такъ полно, что цистоскопомъ трудно доказать различіе въ физиологическомъ отношеніи. У наблюдавашагося нами больного въ клиникѣ профессора С. П. Федорова (случай 2-й) послѣ чрезпузырной операціи удаления „железы“ цистоскопомъ можно было констатировать только небольшую гранулирующую поверхность на мѣстѣ бывшей раневой полости.

Что касается того, что при удаленіи аденомы черезъ пузырь быть можетъ иногда и гибнетъ часть волоконъ гладкаго внутренняго сфинктера, то отъ этого еще нельзя ожидать дурныхъ послѣдствій, такъ какъ несомнѣнно, что поврежденіе и даже полное удаленіе этой мышцы само по себѣ не можетъ обусловить послѣдующее недержание мочи, такъ какъ организмъ кромѣ этой мышцы обладаетъ еще системой замыкателей мочевого пузыря, главнымъ образомъ наружнымъ поперечно-полосатымъ сфинктеромъ, достаточной, чтобы удержать мочу въ пузырьѣ. Уже тотъ фактъ, что часто у страдающихъ, такъ называемой, гипертрофіей предстательной железы аденоматозные узлы, развивающіеся внутри гладкаго внутренняго сфинктера, сильно растягиваютъ его и, быть можетъ, проростая, даже губятъ волокна его, само отверстіе выхода пузыря измѣняетъ свою форму и сильно зияетъ, а между тѣмъ мы не имѣемъ недержанія мочи, а даже задержку ея, причѣмъ иногда введеніе катетра только въ начальную часть простатической уретры уже даетъ истечение мочи, наводитъ на мысль, что роль задерживателя мочи въ подобныхъ случаяхъ беретъ на себя наружный поперечно-полосатый сфинктеръ, на что уже указывали

Freyer, Squier и др. Wallace and Page, отмѣтивъ, что хотя вопросъ о томъ, закрывается ли мочевоу пузыря гладкій внутренний сфинктеръ или наружный поперечно-полосатый, еще остается открытымъ, и указавъ, что гладкій внутренний сфинктеръ при растяженіи развивающимися внутри его аденоматозными массами не можетъ функционировать, приводятъ наблюдавшійся ими случай: больной былъ оперированъ двухъ-моментнымъ способомъ черезъ пузырь, при чемъ была энуклеирована аденома въ два дюйма въ діаметрѣ; черезъ 18 дней надлобковая рана закрылась, и больной сталъ нормально мочиться естественнымъ путемъ; рентгеновскій снимокъ, произведенный на 22-ой день послѣ операции показали, что полость мочевого пузыря продолжается въ полость, откуда была удалена аденома, такъ какъ железа до операции выдавалась въ пузырь, то гладкій внутренний сфинктеръ былъ сильно растянутъ, его положеніе вѣроятно соответствовало какъ разъ мѣсту раздѣленія между двумя полостями. Это даетъ право авторамъ думать, что гладкій внутренний сфинктеръ не имѣетъ никакого вліянія на мочеиспусканіе, такъ какъ, несмотря на зніаніе этой мышцы, больной можетъ правильно мочиться. Если мы здѣсь упомянемъ еще о случаяхъ, приведенныхъ въ диссертациі Рознатовскаго, случаяхъ Салищева, Verhoogen'a, De-раге'a и Fuller'a, гдѣ была удалена предстательная железа съ простатической частью уретры, шейкой пузыря и частью дна и стѣнокъ его, при чемъ конечно былъ удаленъ и гладкій внутренний сфинктеръ, и однако больные сохранили способность задерживать въ пузырь мочу и послѣ выздоровленія не имѣли недержанія ея, то это даетъ и намъ право допускать возможную частичную гибель волоконъ гладкаго внутреннего сфинктера безъ особеннаго вреда для больного и еще разъ указать на важность цѣлости наружнаго поперечно-полосатаго сфинктера.

Такова картина, получаемая при удаленіи аденоматозныхъ массъ въ одномъ цѣломъ кускѣ при ясно изолированномъ ихъ положеніи въ железнѣ. Но существуютъ случаи, болѣе рѣдкіе, гдѣ столь ясной изолированности не наблюдается, аденоматозные узлы какъ бы разсыяны вокругъ уретры; сращенія узловъ съ окружающими тканями, какъ результатъ воспалительныхъ процессовъ, существовавшихъ въ железнѣ, затрудняютъ вылученіе, то здѣсь нужно быть очень осторожнымъ и, удаляя аденоматозную ткань кусками, всегда помнить объ отношеніи ея къ

уретрѣ и сѣмьявыбрасывающимъ протокамъ, и не стремиться удалять много ткани самой железы, такъ какъ при этомъ уже является возможность нарушить цѣлость "хирургической" капсулы, разорвать чехоль, вскрыть перипростатическое венозное сплетеніе, что можетъ повести къ смертельнымъ кровотечениямъ (Tandler und Zuckerkandl) и пройти въ тазовую кльтчатку.

Теперь будетъ понятно съ анатомической точки зрѣнія, почему чрезпузырный способъ получилъ такое широкое распространеніе, что даже французская школа, создавшая промежуточный способъ, перешла отъ послѣдняго къ первому.

Albarran говоритъ, что хирургъ, который производитъ перинеальную простатэктомію, не долженъ упускать изъ вида множества чрезвычайно важныхъ вещей, чтобы добиться совершенно нормальнаго мочеиспусканія; операция должна быть совершенна, насколько это возможно; если оставить слишкомъ много железистой ткани вокругъ уретры, то достигаются неполные результаты; эти неполные результаты въ соединеніи съ техническими трудностями были дѣйствительной причиной того, что эта операция въ послѣдніе годы большинствомъ хирурговъ была оставлена.

Мы же можемъ теперь добавить къ этимъ словамъ Albarran'a, что промежуточная операция была оставлена еще и потому, что по топографическимъ условіямъ удаленіе періуретральной аденомы черезъ пузырь является единственнымъ рациональнымъ методомъ.

Конечно, лучшимъ способомъ является тотъ, который производится подъ контролемъ глаза, и въ этомъ отношеніи преимущество какъ бы на сторонѣ болѣе нагляднаго промежуточнаго способа. Но широкое вскрытіе надъ лобкомъ мочевого пузыря даетъ возможность установить положеніе выступающихъ въ пузырь частей опухоли, отношеніе ихъ къ отверстиямъ мочеточниковъ, сдѣлать соответствующій разрѣзъ слизистой и только самое вылученіе опухоли произвести безъ контроля глаза, но здѣсь уже помогаетъ знаніе анатомическихъ данныхъ.

Преимущества чрезпузырного способа над промежностным.

Раньше, при чрезпузырном способе хирурги боялись возможных кровотечений, которая действительно часто и наблюдалась, так как опухоли не вылучивались, а выступавшая часть в пузырь срывалась ножницами, но в настоящее время выяснилось, что при правильно произведенном чрезпузырном способе операции кровотечение из тканей, образующих стѣнку раневой полости, незначительно, если же и наблюдается иногда значительное кровотечение, то оно происходит из раненной слизистой выхода мочевого пузыря или остающейся культи простатической уретры, и то только в случаях сильного развития в слизистой на этих мѣстах венозных сосудов, что и заставляет хирургов в таких случаях обкалывать катгутными швами эти сосуды и тогда дает возможность производить операцию почти безкровно. В большинстве же случаев кровотечение настолько незначительно, что останавливается от сдавления кровоточащей ткани между пальцами или от рекомендуемых Freyer'ом горячих промываний, и в крайнем случае от тампонации марлей раневой полости и полости мочевого пузыря. По статистикѣ Ertzbischoff'a, приведенной у Замуравкина¹⁾ на 1573 случая простатэктомии через пузырь кровотечение наблюдалось только 4 раза. Съ профилактической цѣлью для предотвращения возможного кровотечения многие хирурги назначают больному внутрь за нѣсколько дней до операции chlor-calcium до 4-хъ граммъ в сутки (Thomson, Carlier, Gallois) или клизмы съ 2% раствором желатины (Kocher).

Особенно важнымъ является вопрос о наилучшемъ дренажѣ мочевого пузыря и раневой полости. Не говоря уже о защитникахъ перинеального метода, даже хирурги, удалявшие „железу“ через пузырь, считали нужнымъ дренировать его через промежность (Fuller), но теперь можно сказать, что дренажъ надлобковый при тщательномъ послѣоперационномъ уходѣ за больными вполне оправдалъ себя, — „хирургическая“ капсула оказалась хорошимъ защитникомъ окружающихъ ее

тканей отъ инфильтраціи ихъ мочей, а предложенный способъ операции въ два момента (первый моментъ — широкий надлобковый дренажъ пузыря, второй — удаление аденомы) съ промежуткомъ между ними отъ одной до нѣсколькихъ недѣль и даже до 3½ мѣсяцевъ (Хольцовъ), достаточнымъ для того, чтобы сдѣлать мочу чистой и дать отдыхъ мышцамъ пузыря, дать возможность оперировать даже тяжелыхъ больныхъ съ септической мочей (Beviera, Bevan, Bravo, Веселовзоровъ, Герценъ, Гусевъ, Cabot, Cheitwood, Clarke, Freyer, Carlier, Kummel, Lilienthal, Mollin, Muren, Pasquereau, Pardoe, Pauchet, Perrier, Pilcher, Reynard, Schachner, Smöler, Summers, Thomas, Wallace, Wiener, Wossidlo, Хольцовъ и др.

Если теперь мы взглянемъ на отдаленные результаты простатэктомии, то здѣсь преимущество чрезпузырного способа обнаруживается еще сильнѣй. Въ то время какъ при промежностномъ способѣ мы получаемъ цѣлый рядъ осложнений: уретро-промежностные и уретро-прямокишечные свищи, недержание мочи, суженіе уретры, орхидо-эпидидимиты и почти обязательную потерю половой функціи (по статистикѣ Рознатовскаго (1904 г.) постоянные свищи остаются въ 7,6%, большую частью простые промежностные, рѣдко уретро-прямокишечные, по Escat (1904 г.) въ 8% промежностные и уретро-прямокишечные свищи и въ 3% недержание мочи, по Tuffier (1906 г.) орхиты въ 25%, всевозможные свищи въ 5%), при чрезпузырномъ способѣ эти осложнения почти не наблюдаются. Свищъ надъ лобкомъ обычно закрывается до 40 дня послѣ операции (въ среднемъ по Moupiham въ 27 дней), а если и задерживается, то легко поддается дальнѣйшему вмѣшательству и объясняется техническими погрѣшностями, такъ Squier указываетъ на низкій разрѣзъ мочевого пузыря, какъ на причину долгаго существованія свища и совѣтуетъ разрѣзъ этотъ дѣлать въ верхней части пузыря, а Rochet, какъ мы уже упоминали, говорить объ излишне оставленной слизистой, являющейся клапаномъ уретры, что и задерживаетъ закрытіе свища. Суженій уретры, съ тѣхъ поръ какъ стали удалять соответствующую часть ея съ опухолью, не образуется, если же они и бывають, то легко поддаются лечению (Хольцовъ, Barnard, Baviera, Casper, Götzl, Harrison, Rovsing, Steiner, Squier). Недержание мочи нужно считать рѣдкостью (Davis, Loumeau, Steiner, Squier, Watkins). Орхиты и эпиди-

¹⁾ Замуравкинъ. Военно-Медицинскій журналъ. Июнь 1912 г.

миты (Хольцовъ, Steiner, L. Pilcher), если и наблюдались чаще другихъ осложнений, то теперь при тщательномъ промываніи послѣоперационной раны о нихъ почти никто уже и не говоритъ. Половая функція не только не гибнетъ, но даже улучшается и, потерянная уже раньше, иногда восстанавливается. Последнее обстоятельство очень важно. Въ прежнее время, когда оперировали глубокихъ стариковъ, то вопросомъ о сохраненіи половой функціи мало интересовались, но въ настоящее время этой операциіи подвергаются люди, для которыхъ сохраненіе половой способности является существеннымъ, такъ Erdmann говоритъ объ оперированномъ имъ больномъ, которому было всего еще только 41 годъ. На сохраненіе этой способности при чрезпузырномъ способѣ указываютъ Albarran, Bazy, Desnos, Escat, Freyer, Kummel, Kolischer, Lequeu, Мухадзе, Loumeau, Meyer, Pouchet, Proust, Rochet, Poze, Schlesinger, Steiner, Suter, Tenney, Tuffier, Wiener и др.

Legueu et Papin¹⁾ приводятъ точно установленные факты о сохраненіи половой способности изъ литературы въ случаяхъ Hartmann'a et Lèsenèa (3 сл.), Castano (2 сл.), Parcelier'a (3 сл.), Freudenberg'a (3 сл.), Verhoogen'a (1 сл.), Luis'a (2 сл.), Steiner'a (1 сл.) и добавляютъ къ нимъ своихъ девять случаевъ, гдѣ во всѣхъ случаяхъ эрекція сохранилась, только въ 2-хъ случаяхъ была ослаблена, coitus былъ возможенъ въ шести случаяхъ и ejaculatio seminis сохранилась вполнѣ въ трехъ случаяхъ. Эти же авторы указываютъ на интересный фактъ, полученный (Papin) при экспериментахъ на собакахъ, что нарушеніе цѣлости задней части простатической уретры, по аналогіи съ операцией Freyer'a, не вызываетъ нарушенія половой функціи.

Защитники промежностнаго способа указываютъ на значительный процентъ смертности (по послѣдней статистикѣ Zuckerkandl'я 1911 года—18,5% при чрезпузырномъ методѣ, по сравненію съ промежностнымъ съ 9,6%). Насколько средний выводъ можетъ служить мѣриломъ для оцѣнки способа—трудно сказать, такъ какъ простатэктомія даетъ въ рукахъ различныхъ хирурговъ и различный процентъ смертности, часто зависящій не отъ самаго метода операциі, а отъ условій внѣ его находящихъ. По сборнымъ статистикамъ: Tuffier (1906)— смер-

ность при перинеальномъ способѣ 4%, а при чрезпузырномъ колеблется отъ 3% до 10%, причемъ Tuffier говоритъ, что смертность, выраженная въ процентахъ, не даетъ ясной картины преимуществъ одного способа передъ другимъ, такъ какъ большинство оперированныхъ больныхъ умираетъ отъ различныхъ осложнений; Rochet and Salinier (1909 г.)— при перинеальномъ способѣ 8,7% смертности, при чрезпузырномъ 10,3%. Въ литературѣ мнѣ удалось собрать 2629 случаевъ чрезпузырныхъ операций [въ это число вошли и случаи этой операциі (161 сл.), произведенные въ Россіи и собранные докторомъ Опокинымъ.] съ 252 смертями, что составляетъ 10,33%. Но если мы взглянемъ на процентъ смертности, получаемый отдельными авторами при чрезпузырномъ способѣ, то увидимъ значительное его пониженіе; у Loumeau смертность пала съ 10% до 7%; Хольцовъ имѣлъ только одинъ случай смерти на 34 случая чрезпузырной двухъ- и трехъ-моментной простатэктоміи, у Fuller'a смертность за послѣдніе два года ниже 4%, у богатыхъ больныхъ и ниже 6% у бѣдныхъ; у Freyer'a на 100 первыхъ случаевъ смертность была 10%, а на 200 послѣднихъ пала до 4,24%, причемъ Freyer говоритъ, если оперировать больныхъ съ выборомъ, то можно смертность свести на нуль.

Чрезпузырный методъ, производимый въ два момента, дѣлаетъ операцию болѣе легкой для больныхъ, уменьшаетъ продолжительность пребыванія въ отдѣльные сроки больного въ постели, что важно особенно для стариковъ, даетъ возможность производить первый моментъ подъ мѣстной анестезіей, а второй подъ спинномозговой или обшимъ наркозомъ съ применениемъ въ послѣднемъ случаѣ незначительнаго количества наркотическаго вещества. Закрытіе надлобковой раны пузыря при хорошемъ состоянн мочевого пузыря по второй моментъ или черезъ 2—3 недѣли послѣ него ускоряетъ исходъ операций.

При чрезпузырномъ методѣ попутно удаляются камни мочевого пузыря, явленіе довольно частое; по Freyer'у на 644 простатэктоміи въ 114 случаяхъ, по Sahn'у въ 30%, по Götzl'ю въ 71%. Вылущивается внутрисфинктеральная (перифетральная) аденома съ источникомъ происхожденія ея,—удаляется причина всѣхъ болѣзненныхъ явленій, сама предстательная железа остается по возможности въ цѣлости. Мочевой пузырь начинаетъ правильно функционировать, мочеиспусканіе дѣлается нормальнымъ, больные быстро поправляются, „молodyютъ“, производятъ потомство (Freyer). Wiener сооб-

¹⁾ Legueu et Papin. Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. V. II. № 13. 1911.

щаетъ о случаѣ, гдѣ больной, уже потерявшій половую способность, черезъ 8 недѣль послѣ операциі имѣлъ успѣшнѣйшій coitus, а Squier говоритъ о больномъ, который втеченіе трехъ лѣтъ былъ неспособенъ къ половой жизни и уже черезъ 5 недѣль послѣ операциі имѣлъ успѣшнѣйшій coitus. Fuller сообщаетъ о цѣломъ рядѣ случаевъ, гдѣ происходили удовлетворительные браки.

Преимущества чрезпузырного метода въ смыслѣ полученныхъ функциональныхъ результатовъ теперь безспорны. Эта операциа консервативна, такъ какъ удаляется болѣзнь, здоровая же ткань остается, и полного возстановленія функций железы всегда можно ожидать.

Въ литературѣ встрѣчаются описанія психическихъ разстройствъ, развившихся у больныхъ послѣ простатэктоміи (Rovsing, Guisy); такъ Guisy¹⁾ указываетъ на случаи Cathelin'a, Marion'a, Casper'a, Brongersma, Freudenberg'a, гдѣ послѣ чрезпузырныхъ простатэктоміи наблюдались психическія разстройства и даже два случая, Voelker'a и Rumpel'я, самоубійствъ, и прибавляетъ къ нимъ свои три случая (оперированные одинъ черезъ пузырь и два черезъ промежность), гдѣ онъ наблюдалъ измѣненіе характера, привычекъ, нравственію и склонность къ самоубійству, но онъ же говоритъ, что Freyer и Erzbischoff не только никогда не наблюдали психическихъ разстройствъ послѣ простатэктоміи, но даже напротивъ указываютъ, что больные, страдавшіе психическими разстройствами до операциі, послѣ нея излечивались. Насколько здѣсь играетъ роль отсутствіе внутренней секреціи предстательной железы, вслѣдствіе ея удаленія, какъ думаетъ Guisy, мы говорить не будемъ, такъ какъ, стремясь удалить черезъ пузырь опухоль изъ железы, теперь хирурги щадятъ саму железу, по возможности сохраняя цѣлость ея, и тѣмъ не только дѣлаютъ возможной функцію ея, но даже облегчаютъ ее, если только железа способна на это у оперируемаго больного.

Можно ли удаленіе аденомы черезъ пузырь считать радикальнымъ средствомъ для леченія извѣстныхъ случаевъ простатизма? Возможенъ ли возвратъ болѣзни послѣ этой операциі? Zuckerkandl, Proust, Marion думаютъ, что возвратъ невозможенъ. Casper, хотя и допускаетъ возможность его, но въ своихъ случаяхъ онъ, какъ и Freyer, не наблюдалъ этого.

¹⁾ Guisy. Zeitschr. für Urologie Bd. VI. H. 2. 1912.

Hedinger¹⁾ описываетъ посмертный препаратъ умершаго черезъ два мѣсяца послѣ чрезпузырной операциі, гдѣ железа была удалена in toto, на вскрытіи подъ мочевымъ пузыремъ найдена железа въ размѣрѣ 4×3×1 см., при микроскопическомъ изслѣдованіи—типическія железки, частью расширенныя, частью съ выступающими въ просвѣтъ ихъ сосочками. Hedinger'омъ и Lupert'омъ приведено еще по одному случаю промежностной операциі, гдѣ также у перваго черезъ 4 мѣсяца, а у втораго черезъ 3 года, послѣ смерти на вскрытіи оказались значительной величины железы съ ясно аденоматознымъ строеніемъ. Эти авторы думаютъ, что ихъ препараты говорятъ за чрезвычайно большую способность предстательной железы къ регенерациі. Сапп описываетъ случай, гдѣ была удалена железа черезъ пузырь in toto, черезъ годъ образовалась новая железа, которая и была удалена вторично. Во всѣхъ этихъ случаяхъ злокачественнаго характера новообразованія, какъ указываютъ авторы, не было. Такую возможность столь быстрой регенерациі железы, въ такой короткій срокъ, особенно какъ 2—4 мѣсяца, трудно допустить. Эти случаи нужно отнести не къ образованію новой железы, а къ неполному удаленію аденоматозныхъ узловъ. Они же служатъ лишнимъ доказательствомъ того, что при такъ называемой полной простатэктоміи не происходитъ удаленіе всей железы, а даже можетъ, при техническихъ погрѣшностяхъ или плохой изолированности узловъ, остаться часть аденоматозной ткани и дать матеріалъ для дальнѣйшаго развитія опухоли, что и наблюдали вышеуказанные авторы. Еще болѣе поучителенъ случай Сапп'a. Авторъ, описывая технику удаленія железы, отмѣтилъ, что железа удаляется щеликомъ въ своей оболочкѣ и вдругъ появляется новая железа черезъ годъ послѣ удаленія ея. Чтобы органъ, удаленный щеликомъ въ своей оболочкѣ, возродился, съ этимъ уже никакъ согласиться нельзя.

Теперь понятны и три случая Freidenberg'a, гдѣ авторъ, удаливъ черезъ пузырь железы, in toto, вслѣдствіи, изслѣдуя этихъ оперированныхъ черезъ прямую кишку, не только получилъ ощущеніе присутствія нормальной простатической ткани, но даже нашелъ въ мочѣ лецитиновые тѣльца, совершенно такія же какъ и въ секретѣ нормальной железы, что и дало автору возможность думать о регенерациі железы изъ той

¹⁾ Hedinger. Correspondenz-Blatt für Schweiz. Aerzte. 1906. S. 289.

ткани, которая называется капсулой железы, но это и была сама сдавленная железа, которая и осталась на больном.

Въ литературѣ уже описано много случаевъ, гдѣ оперированные этимъ методомъ наблюдались годами, и возвратовъ заболѣванія не было.

Технически болѣе легкая операція черезъ пузырь, сравнительно легкая удаляемость аденоматозныхъ узловъ, незначительное кровотеченіе при операціи, возможность хорошаго дренажа и черезъ пузырную рану надъ лобкомъ, при инфекціи мочевыхъ путей двухъ-моментный способъ, облегчающій оперировать и глубокихъ стариковъ, хорошіе отдаленные функциональные результаты, восстановление мочеиспускательнаго канала, сохраненіе и даже улучшеніе половыхъ функций нашли себѣ много приверженцевъ рациональнаго чрезпузырнаго метода (Albarran, Alligham, Axhausen, Audry, André, Ballinger, Barling, Basham, Bastos, Bazy, Boze, Belle, Berard, Bevan, Bowers, Brunner, Bryson, Cauterman, Carlier, Casper, Castano, Chochołka, Clerc, Crawford, Desnos, Duvall, Erdmann, Escat, Elsworth, Freyer, (Fuller), Fullerton, Franc, Гаръ, Геркенъ, Герценъ, Гусевъ, Haberer, Harrison, Heaton, Herring, Hill, Hunn, Hutschinson, Guitegas, Grosslik, Giani, Goebell, Goldmann, Götzl, Jacques, Israel, Kielleuthner, Kinnon, Kolischer, Kreps, Kummel, Quervain, Lanz, Lasio, Lean, Lenddorf, Leguec, Лежневъ, Laurie, Loumeau, Lilienthal, Lindenstein, Luys, Marion, Menard, Minor, Mitchell, Михайловъ, Mollin, Muren, Марьяшесъ, Newbolt, Nogueira, Neuhaus, Nicolich, Ochsner, Pilcher, Porter, Proust, Паринъ, Pasguereau, Patel et Gotte, Pauchet, Paul, Mc. Rac, Ravasini, Rebentisch, Reuton, Reynard, Richardson, Poze, Порозинскій, Roth, Rochet, Roux, Rovsing, Sheen, Schlesinger, Sherrill, Smith, Steiner, Stern, Stokes, Suter, Squier, Taylor, Tengwall, W. Thomson, Трояновъ, Tobin, Tuffier, Финкельштейнъ, White, Weiss, Беселовзоровъ, Wiener, Wossido, Wulff, Wallace, Wase, Watson, Хольшовъ, Zuckerkande, Федоровъ и др.

Чрезпузырный методъ удаленія опухоли изъ предстательной железы при, такъ называемой, гипертрофії ея не только

расширить показанія къ этой операціи, но даже далъ возможность говорить о ранней операціи (Freyer, Leguec, Porter, Squier).

Теперь эту операцію нужно назвать не полной простатэктоміей, а вылученіемъ періуретральной аденомы.

Такимъ образомъ на основаніи собственныхъ изслѣдованій мы можемъ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Предстательная железа не имѣетъ собственной капсулы, изолирующей ее отъ окружающихъ тканей.
2. Подъ капсулой ея нужно подразумевать покровъ, образованный листками тазовой фасціи.
3. Дѣленіе железы на доли съ анатомической точки зрѣнія неоправдываемо.
4. Железистая ткань предстательной железы дѣлится внутреннимъ гладкимъ сфинктеромъ на центральную группу періуретральныхъ железокъ и на периферическую группу, представляющую собственную железистую ткань предстательной железы.
5. Мускулатура железы представляетъ одно цѣлое съ мускулатурой простатической части уретры.
6. Благодаря своей мускулатурѣ железа находится въ тѣснѣйшей связи съ окружающими ее частями.
7. При, такъ называемой, гипертрофії предстательной железы развиваются аденоматозные узлы внутри гладкаго сфинктера изъ періуретральныхъ железокъ.
8. Аденоматозные узлы тѣсно связаны съ уретрой и располагаются вокругъ нея впереди сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и выше сѣменнаго бугорка.
9. Эти узлы, окруженные подобіемъ фибромускульной оболочки, могутъ быть вылучаемы изъ железы черезъ пузырь въ одной общей своей массѣ.
10. Эта узловато измѣненная масса, выступая въ мочевой пузырь, благодаря своей ограниченности и относительной самостоятельности производитъ впечатлѣніе опухоли—аденомы.
11. При чрезпузырной простатэктоміи удаляется періуретральная аденома, сама железа остается на мѣстѣ.
12. При этой операціи опухоль удаляется съ частью простатической уретры, сѣмявыбрасывающіе протоки какъ правило остаются на мѣстѣ.

13. Гистологически без нарушения цѣлости фасциального покрова полное удаленіе железы невозможно.

14. Чрезпузырный способъ удаленія опухолей изъ железы нужно считать единственнымъ рациональнымъ.

Въ заключеніи своей работы считаю своимъ долгомъ выразить благодарность глубокоуважаемому профессору **Сергію Петровичу Федорову** за предложенную мнѣ интересную тему, за разрѣшеніе пользоваться клиническимъ матеріаломъ и за его цѣнные совѣты.

Приношу благодарность многоуважаемому профессору **Александрѣ Ивановичу Моисееву** за просмотръ микроскопическихъ препаратовъ, за сдѣланныя имъ указанія и за разрѣшеніе произвести фотографические снимки съ препаратовъ изъ патолого-анатомическаго музея Императорской военно-медицинской Академіи.

Сердечно благодарю всегда любезнаго профессора **Виктора Николаевича Шевкуненко** за его совѣты при изученіи макроскопическихъ препаратовъ и за его дружеское участіе въ разрѣшеніи многихъ вопросовъ при исполненіи настоящей работы.

Выражаю искреннюю благодарность докт.-мед. **Борису Николаевичу Хольцову** за разрѣшеніе пользоваться препаратами изъ коллекціи удаленныхъ имъ железъ.

Считаю себя обязаннымъ выразить благодарность докт.-мед. **Николаю Федоровичу Лежневу** за предоставленіе мнѣ столь цѣнныхъ для моей работы препаратовъ оперированныхъ имъ случаевъ.

Пользуюсь случаемъ поблагодарить главнаго доктора городской больницы Св. Маріи Магдалины **Михаила Михайловича Чельцова** за предоставленіе широкой возможности работать въ лабораторіи завѣдываемой имъ больницы и завѣдывающаго хирургическимъ отдѣленіемъ той же больницы **Ричарда Владимировича Бутца** за его благожелательное отношеніе ко мнѣ.

Выражаю благодарность товарищамъ по больницѣ **Георгію Степановичу Кулеша** за его цвѣтовые микрофотографические снимки и **Василію Васильевичу Фанемитъ** за фотографические снимки макроскопическихъ препаратовъ.

Благодарю прозекторовъ городскихъ больницъ, оказавшихъ содѣйствіе въ собираніи матеріала.

ЛИТЕРАТУРА.

Литература по гипертрофіи предстательной железы и по ея хирургическому леченію очень обширна, я привожу только источники, которыми я пользовался, и долженъ указать на подробный перечень литературы, приведенный у Хольцова: „Поврежденія и заболѣванія предстательной железы“. 1909 г. и у Frisch: „Die Krankheiten der Prostata“. 1910 г.

- Adénot. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. Trois cas de prostatectomie. Arch. provin. de Chirurg. № 2 — 1902.
- Albarran. La prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie de la prostate. Soc. de Chirurg. 30 oct. 1901. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1902. p. 1336.
- Rapport sur la prostatectomie. Congrès de Lisbonne 1906. (Presse méd. 1906). Cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 1479.
- Operative Chirurgie der Harnwege. 1910.
- Albarran et Hallé. Hypertrophie et néoplasies épithéliales de la prostate. Annal. des maladies d. org. gén.-urin. 1900.
- Albarran et Motz. Contribution à l'étude de l'anatomie macroscopique de la prostate hypertrophiée. Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1902. p. 769.
- Alexander. The Brit. Med. assoc. Discussion. The Lancet 1902. V. II. p. 457.
- The technic of median perineal prostatectomy. An. of Surg. 1911. März.
- Allingham. Three cases of prostatectomy. The Lancet 1904. V. I. p. 1279.
- Anderson. Natting. Med.-Chir.-Society. The Lancet 1900. V. I. p. 1075.
- Total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Corresp. Brit. med. Jour 1901. V. II. p. 435.
- André. De la prostatectomie secondaire de la cystotomie. An. d. m. d. org. gén.-urin. 1905. Vol. II, № 5.
- Des prétendues récidiées après la prostatectomie pour hypertrophie simple. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. Vol. II № 13.
- Prostatectomie suspubienne dans l'hypertrophie prostatique. (Soc. de méd. de Nancy); cit. Rev. de Chir. 1910. T. II, p. 655.
- Prostatectomies transvésicales (Soc. de Méd. de Nancy). Revue de Chir. 1912. T. I, p. 511.
- Andrews. Destroying the urogenital diaphragm or pelvic floor as a means of relieving prostatic ischuria: a new operation. Annals of Surgery. 1905. V. XLII, p. 874.
- Arnaud. Hypertrophie prostatique (Soc. de Chir. de Lyon 9. I. 1908); cit. Revue de Chir. 1908. p. 264, T. I.
- Aschoff. Pathologische Anatomie. Zweiter Band. 1909.

- Atkinson. Total extirpation of the prostate etc. *Corresp. Brit. med. Journ.* 1901. V. II, p. 629.
- Audry. Sur l'énucléation des adéno-fibromes de la prostate (*Arch. prov. de chirurg. maj.* 1901). *Ann. d. mal. d. org. gen.-urin.* 1902. p. 931.
- De la prostatectomie périnéale chez les cystostomisés (*Arch. prov. de chir.* juin 1902). *Ann. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1903. p. 847.
- Augier. Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale. Paris. 1910; cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1911. p. 284.
- Averseng et Dienlafé. Aponevroses et espaces périprostatiques; suppurations périprostatiques. *Annal. d. mal. d. org. gén.-urin.* V. I. N° 1. 1911.
- Axhausen. Die Behandlung der Prostatahypertrophie (*Fortschr. der Med.* 10 Sept. 1910); cit. *Urologischer Jahresbericht.* Liter. 1910.
- Bajardi. Heilungsvorgang in der Prostata. *Gazz. med. ital.* 1903; cit. *Centralbl. f. Krank. H. u. S. org.* 1904. S. 553.
- Bakó. 5 Fälle von perinealer Prostatectomie. *Zentralbl. f. Krank. H. u. Sex. org.* 1904. S. 191.
- Balás. Ein Fall von Prostatahypertrophie durch Prostatectomy geheilt. *Pester med.-chir. Presse* 1907. N° 1; cit. *Zeit. für Urologie* 1907. S. 923.
- Baldoni. Raro caso di prostata ipertrofica (*Associazione medico-chirurgica di Parma.* Séance du 15. V. 1903); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1904. p. 857.
- Ballengier. Revue des différentes opinions sur le traitement chirurgical de la prostate (*Med. Record* 4. II. 1905); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1907. p. 551.
- L'étiologie de l'hypertrophie de la prostate. (*Med. Record* 10. IX. 1910). *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1911. p. 339.
- Ball. Royal academy of medicine in Ireland. *The Lancet* 1905. V. I. p. 295.
- Spin. anaest. Royal acad. of med. in Ireland. *The Lancet* 1911. V. 2. p. 1556.
- Bangs. Etiologie du prostatisme (*Med. Rec.* 8. IV. 1905); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1907. p. 550.
- Banks. Adenoma of Prostate. *Brit. med. jour.* 1902. V. I. p. 1274.
- Modern. Surgery of the prostate. *Liverpool. Medic. Inst. The Lancet* 1904. V. I. p. 300.
- Bardleben. *Lehrbuch der system. Anatomie des Menschen.* 1906.
- Barling. Prostatic enlargement and its treatment by Freyer's meth. *Brit. Med. Journ.* 1904. V. I. p. 232.
- Barnard. Metropolitan Hospital. A case of enucleation of prostatic adenomata. *The Lancet* 1901. V. II. p. 1264.
- *Brit. Med. Assoc. Discussion.* *The Lancet* 1905. V. II. p. 453.
- *Clinical Society of London.* *The Lancet* 1907. V. I. p. 293.
- Barker. Contribution to the Surgery of the prostate gland. *New-York. Med. Journal.* 1905. p. 1256.
- Bartrino. III Congrès Espagnol de Chirurgie. De la technique et des soins postopératoires dans la prostatectomie hypogastrique. *Revue de Chirurgie* N° 10. Oct. 1910.

- Bastos. Le traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate (Rapport au XV Congrès International de Méd.); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1906. p. 835.
- Basham. „Post operative Care and Treatment of suprapubic prostatectomy“ (*Medic. Assoc. of the Southwest.* *The Journal of the American Medic. Assoc.* 1910. V. LV. p. 1557).
- Батуевъ. Анатомическія и хирург. изслѣдованія мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала. Дисс. Пет. 1887.
- Лекціи по анатоміи. 1903 г.
- Baviera. Sur six cas de prostatectomie (*Rivista Ospedaliera* 1912); cit. *Journal d'urologie.* 1912. T. II. p. 295.
- Bazy. Prostate hypertrophiée et calculs vésicaux enlevés par voie périnéale. *Société de Chirurgie.* 18-VI. 1902; cit. *Presse Médicale* 1902. N° 50.
- Prostate hypertrophiée enlevée par voie transvésicale (*Société de chirurg.* 25 Jul. 1905); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1906. p. 1408.
- Prostatectomie. *Soc. d. Chir.* 31-X. 1906; cit. *Gaz. d. hop.* 1906. p. 1509.
- A propos de la prostatectomie (*Soc. de Chir.* 1907). *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1907. p. 1317.
- Notes sur la prostatectomie transvésicale (*Soc. de Chir.* 31-X. 1906). *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1907. p. 1029.
- Bell. Ein Fall von Prostatectomie; cit. *Centralblatt f. Kr. Harn und Sex. Org.* 1902. S. 368.
- *Corresp. Brit. Med. Journ.* 1906. V. II. p. 1578.
- Belfield. Perineo-urethral prostatectomy. *Surg. gynecol. and obstetr.* XIII. 3; cit. *Centralblatt für Chirurgie.* 1911.
- Bérard. Hypertrophie prostatique (*Soc. de Chir. de Lyon* 9-I. 1908); cit. *Revue de Chir. T. I.* 1908. p. 264.
- Prostatectomie sus-pubienne (*Soc. de Chir. de Lyon*); cit. *Revue de Chir.* 1910. p. 443. T. 2.
- Bevan. Suprapubic prostatectomy. *Southern, Surgical and gynecol. ass.* 1908. Dec. 15. *Journ. of the Americ. assoc.* 1909. V. 52. p. 160.
- Suprapubic prostatectomy. *Americ. Surgic. Assoc.* 1909. Held and Philadelph. *The Journ. of the Americ. Med. Association.* 1909. V. 53. p. 407.
- Bickersteth. *Liverpool. Medical Institut.* *The Lancet* 1905. V. I. p. 931.
- Bingham and Schuttleworth. Discussion an enlargement of the prostate and its treatment. *Brit. Med. Journ.* 1906. V. II. p. 1262.
- Binney. Bladder Atony and prostatectomy. *Transactions of the Amer. Assoc. of gen.-urinary surgeons.* 1911. V. VI. p. 88.
- Bissell. The relief of prostatic enlargement. *Med. Record.* 1900; cit. *Centralbl. f. Kr. Harn und Sex. Org.* 1901. S. 203.
- Boeckel. Nouveau procédé de prostatectomie par mobilisation temporaire du segment anté-rectal. (*Soc. de chir.* janvier 1908); cit. *Revue de Chir.* 1908. p. 886. T. 1.
- Böhm und Davidoff. *Lehrbuch der Histologie des Menschen.* 1903.

- Boehm. The prostate as a factor in nervous Disease. Journ. of the Missouri State Medical Association 1909. March. St. Louis; cit. Journ. of the Americ. Medic. Assoc. 1909. V. 52. p. 1360.
- Богдановъ. Очеркъ современ. состоянія вопроса о физиологич. функцияхъ предстат. железы. „Хирургія“. 1911 г. Сент. т. XXX. № 177.
- Bolton. Prostatectomy (New-York Society). Annals of Surgery. 1900. V. 31. p. 738.
- Borst. Die Lehre von den Geschwülsten. 2 Bd. 1902.
- Bowers. Prostatic hypertrophy in the aged. Americ. Journ. of Surg. 1908. p. 205; cit. Zeitschr. für Urologie. 1908. Bd. 2. S. 1126.
- Bravo. Prostatectomie chez un homme de 91 ans. III Congrès Espagnol de chir. Revue de Chir. 1910. T. 2. p. 931.
- Broesike. Lehrbuch der norm. Anatomie des Menschen. 1897.
- Brongersma. Quelques observations sur la prostatectomie transvésicale. XI Sess. de l'assoc. fr. d'urologie. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1907. p. 1734.
- Brown. Epicystotomie for stones and prostatectomy (New-York Soc.). Annals of Surgery 1902. V. XXXVI. p. 438.
- Browne. Total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Corresp. Brit. Med. Journ. 1901. V. II. p. 435.
- Bryson. A Tabulated Report of Twenty-seven Operations for prostatic myomectomy by the suprapubic Route with Remarks. Journ. of Cutaneous and gen.-urin. diseases 1895. Vol. XIII. № 8. p. 351. Society Transactions the Amer. Assoc. of gen.-urin. surg. May 28. 1895.
- The technique of prostatectomy. Annal. of Surgery 1902. V. XXXVI. p. 639.
- Cabot. Des opérations de prostatectomie totale (Boston med. and Surg. J. 3 Oct. 1907); cit. An. d. mal. d. org.-urin. 1908. p. 1024.
- Notes on some recent cases of prostatectomy. The Postgraduate № 10. 1908; cit. Zeitschr. f. Urologie. 1909. S. 284. Bd. 3.
- Conservative prostatectomy. New-York Medic. Journ. 29. 2. 1908.
- Cahn. Erfahrungen über Prostatectomie. Deutsche med. Wochens. 1909. № 13. S. 578.
- Caminitti. Recherches sur les lymphatiques de la prostate humaine. Annales des malad. d. org. gén.-urin. 1905.
- Carlier. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès d. I. Soc. intern. de Chirurg.; cit. Revue de Chirurgie 1905. p. 561.
- Avantages de la prostatectomie transvésicale. X Sess. de l'assoc. fr. d'urologie; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 1650.
- La prostatectomie transvésicale en deux temps chez les infectés. XI Sess. de l'assoc. fr. d'urologie. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1907. p. 1736.
- A propos de la prostatectomie transvésicale. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1908. p. 1396.
- Casper. Учебникъ урологіи 1905 года.
- Zur Therapie der Prostatahypertrophie. Berl. kl. Wochenschr. 1908. № 30.
- Berlin. klin. Wochenschrift 1910. S. 425.

- Casper. Ueber die Fernresultate der Prostatectomien. Berl. klin. Wochenschr. 1911. № 33.
- Remarques sur le traitement de l'hypertrophie prostatique (Zeitschrift f. Urologie. Beih. 2. 1912. p. 265). Journal d'urologie 1912. T. I. p. 574.
- Castano. Prostatectomies périméales et transvésicales. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. № 6. Mars 15. 1907.
- Cathelin. Deux nouvelles observations avec pièces de prostatectomie totale périméo-suspubienne. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1905. p. 822.
- Procédé mixte de prostatectomie totale. Tribune médic. p. 597. 1905.
- Valeur comparée de prostatectomie. XV Congrès Intern. d. Méd.; cit. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 849.
- Assoc. fr. d'urologie. X sess.; cit. Gaz. d. Hop. 1906. p. 1425.
- Prostatectomie transvésicale (Soc. Anat. Mars. 1906); cit. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1907. p. 548.
- Valeur comparée des diverses prostatectomies. Folia Urologica. Bd. II, № 6. Septembre 1908.
- Prostatectomie transvésicale chez un rétentionniste complet. Guérison. Soc. d. Chir. d. Paris 1909; cit. Presse méd. 1909. p. 886.
- Indications de la prostatect. chez les prostatiques jeunes (Rapp. à la Soc. d. Chir. de Paris 1909); cit. Presse médicale. 1909. p. 799.
- Cauterman. Prostatectomie totale par la voie suspubienne (Soc. Med. Chir. d'Anvers 18. IX. 1909); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1390.
- Statistique de prostatectomies périméales et transvésicales (Soc. méd.-chir. d'Anvers. 18. VI. 1909); cit. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1910. p. 1306.
- Charrasse. Indications réciproques du cathétérisme et de l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie prostatique. Thèse. Lyon. 1905; cit. Presse médicale. 1905. № 24.
- Charvet. Deux prostatectomies transvésicales (Soc. des sciences méd. de Lyon. 17 Nov. 1909. Lyon méd. 1910. T. VII. p. 349); cit. Urologischer Jahresbericht Lit. 1910.
- Chetwood. Prostatectomy in two stages: a conservative operation. With minimum hazard. Annals of surgery. 1906. V. XLIV. p. 563.
- Prostatectomie en deux temps. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1908. p. 45.
- Chetwood. Suprapubic prostatectomies. Amer. Sowm of Med. Science Jan. 1910; cit. Zeitschr. f. Urologie 1910. S. 307.
- Suprapubic prostatectomies. N. J. Med. Record. 1910. Apr. 23.
- Chocholka. Ueber die moderne Prostatahypertrophie-Behandlung. Wien. med. Wochenschr. №№ 34, 35, 36, 37. 1908.
- Chute. Etat local après une prostatectomie sus-pubienne. (Boston med. and surg. J. 3. VIII. 1905); cit. Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 1828.
- Chute. The Small fibrous prostate. Transactions of the Americ. Urological Association. 1910. Vol. IV. p. 101.

- Ciechanowsky. Anatomische Untersuchungen über die sogenannte „Prostatahypertrophie“ und verwandte Prozesse. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1901. Bd. 7.
- Cifuentes. Cas de prostatectomie avec extraction de 12 calculs vésicaux. Acad. méd. chir. Espagnole; cit. Revue de Chir. 1911. T. 2. p. 1058.
- Clarke. Prostatectomy in two stages. Brit. med. Journ. 1900. Oct. 20.
— „Some points in the Pathology and Treatment of enlarged Prostate.“
Medic. Soc. of London. The Lancet 1903. VI. p. 1372.
— Total extirpation of the prostate etc. Corresp. Brit. Med. Journ. 1903. V. II. p. 6.
— Medic. Society of London. The Lancet 1905. VI. p. 1267.
— Suprapubic prostatectomy. Clinical Journal. 1908. London. Dec. 2; cit. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1909. V. 52. p. 253.
- Clerc. Chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie. Journ. de Bruxelles № 31. 1905; cit. Deutsch. med. Wochenschr. 1905. № 34. S. 1366.
- Cooke. Total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. The Lancet 1904. V. I. p. 225.
- Couppé. Nouveau procédé mixte de prostatectomie totale (méthode périméo-suspubienne). Th. de Paris 1905; cit. Gaz. d. Hop. 1906. p. 1233.
- Crandon. The pathogenesis and pathological anatomy of enlarged prostate. Annals of surgery 1902. V. XXXVI. p. 813.
- Crawford. Adenomatous Growths of Prostate. Brit. Med. Journ. 1902. V. I. p. 1148.
— Path. Soc. of London. Discussion. Brit. Med. Journ. 1903. V. 2. p. 1334.
- Crowell. The etiology and treatment of hypertrophy of the prostate. The Journ. of the Amer.-Med. Assoc. 1908. V. 50. p. 1244.
- Culloch. Corresp. Brit. Med. Journ. 1909. V. II. p. 179.
- Cunn. Royal Acad. Med. in Ireland. The Lancet 1907. V. I. p. 294.
- Cunéo. Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique (adenomyome péniurétral). Résultats de dix cas de prostatect. par le procédé de Wilms (Soc. de chir. 22. II. 1911). Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1911. p. 2074.
- Cunningham. A study of various forms of prostatic hypertrophy from post mortem specimens and by the cystoscopy, with reference to operation. Annals of Surgery. 1905. V. XLII. p. 590.
- Czerny. Prostatectomie. Arch. f. Klin. Chir. 1905. Bd. 77. H. I.
- Dandrige. Traitement de l'hypertrophie de la prostate (New-York med. J. 3. I. 1903); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1933.
- Daniel. The pathology of prostatic enlargement. Brit. Med. Journ. 1904. V. II. p. 1140.
- Davezac et Loumeau. Les rétrécissements de l'urèthre consécutifs à l'opération de Freyer. (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Archives générales de Chirurgie. 1911. Avril. p. 415); cit. Zeitschrift für Urologie Bd. VI. H. I. 1912. p. 83.
- Davis. An Analysis of forty-six cases of prostatectomy. Medical and Surgical Papers 1911. Octobre. p. 442.

- Deaver. Chirurgie de la prostate (Americ. J. of med. Sc. Juillet 1904); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 767.
— „Enlargement of the prostate“. Brit. Med. Journ. 1906. V. I. p. 983.
— Valeur comparée de la prostatectomie sus-pubienne et périméale (Académie de chir. de Philadelphie Nov. 1908); cit. Revue de Chir. 1909. T. I. p. 872.
- Deffis. Prostatectomie périméale. Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1901. № 10.
- Delagénère. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès de la Soc. internat. de Chir.; cit. Revue de Chir. 1905. p. 568. T. II.
- Delbet. Prostatectomie périméale. Annales des Maladies des org. gén.-urin. 1902.
— Pièce provenant d'une prostatectomie périméale (Soc. anatom. VII. 1902). Annales. des mal. d. org. gén.-urin. 1903. p. 855.
— Sur un procédé de prostatectomie périméo-trans-urétrale. Soc. de Chir. de Paris. Revue de Chir. 1911. T. I. p. 813.
— Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique par Cunéo. Discussion (Soc. de chir. 1911); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1911. p. 2079.
- Démoussène. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès de la Soc. internat. de Chirurgie; cit. Revue de Chir. 1905. p. 562. T. II.
- Desnos. Indications de la prostatectomie. Presse med. 1904. p. 785.
— Résultats éloignés des prostatectomies. (Soc. de méd. 26. XII. 1908); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1909. p. 1092.
- Dudgeon and Wallace. „A Preliminary note on the bacteriological findings in severe cases of enlarged prostate“ Brit. Med. Journ. 1904. V. II. p. 1744.
- Durand. Prostatectomie pour hypertrophie de la prostate (Soc. de Chir. de Lyon avr. 1903); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1903. p. 1797.
- Duval. Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'uretère et réunion par première intention (Soc. de Chir. 1906). Revue de Chir. 1906. T. II. p. 292.
— Note sur la technique opératoire de la prostatectomie transvésicale. An. d. mal. org. gén.-urin. 1906. p. 1521.
- Edwards. Enucleation of the prostate. Med. Press. 1906. Jan.; cit. Zentralbl. f. Kr. H.-& Sex. Org. 1906. S. 683.
- Ehrhardt. Inversion eines Blasendivertikels als Komplikation der Prostatektomie. Deutsche med. Wochenschr. 1910. S. 2296. № 49.
- Elsworth. Total extirpation of the prostate; Freyer's operation. Brit. Med. Journ. 1903. V. I. p. 124.
- Enderlen. Prostatahypertrophie. (Würzburger Aerzteabend, Sitz. v. 12. Juli. 1910. Münchn. med. Wochenschr. № 35. S. 1861); cit. Urologischer Jahresbericht. Lit. 1910.
- Erdmann. Suprapubic Prostatectomy (New York Surgical Society, May 1908); cit. An of Surgery 1908. V. XLVIII.
— Prostatectomie (Soc. de Chir. de New York. Nov. 1908); cit. Revue de Chir. 1909. T. I. p. 860.

- Escat. Assoc. fran. d'urologie. VIII Sess. 20. X. 1904; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1634.
- Prostatectomie totale par la voie sus-pubienne. X Sess. de l'assoc. fr. d'urologie; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 1651.
- La prostatectomie transvésicale en deux temps chez les infectés. XI Sess. de l'assoc. fr. d'urologie. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1907. p. 1736.
- Prostatectomie transvésicale. Soc. de Chir. de Mars. 28. XI. 1907; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1909. p. 134.
- Faudento. De la prostatectomie (Wiener kl. Wochenschr. II. IV. 1912. p. 553). Journal d'Urologie 1912. T. I. p. 855.
- Fenwick. Die wichtigsten Punkte für die Technik der suprapubischen Enucleation bei benigner Prostatatypertrophie. Journ. of Americ. Assoc. 1906. № 15.
- Финкельштейнъ. Къ вопросу объ оперативн. леченіи гипертрофій предстат. железы по способу Freyera. Сборникъ посвященъ памяти Шейнина. 1909 г.; штир. „Хирургія“ 1910 г. стр. 111.
- Forsyth. An early specimen of total enucleation of the prostate, removed by the late Mr. Mc. Gill. Brit. med. Journ. 1907. V. I. p. 1111.
- Fowler. The technic of perineal prostatectomy. Med. News Marsch 18. 1905; cit. Centralbl. für Kr. H. & Sex. Org. 1905. S. 490.
- Fournier. Congr. Franc. de Chir. 17—22 Oct. 1904. Revue de Chir. Nov. 1904. p. 652.
- Frank. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès de la Soc. Internat. de Chir.; cit. Revue de Chir. 1905. p. 564. T. II.
- Freudenberg. Prostatectomie transvésicale. X Sess. de l'Assoc. fr. d'urologie; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 1652.
- Quelques observations sur la prostatectomie et la régénération de la prostate après la prostatectomie transvésicale (Annales de la Policlinique centrale de Bruxelles, févr. 1907). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1907. p. 1316.
- Freyer. A clinical lecture on total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Brit. med. Journ. 1901. Juli 20. V. II. p. 125.
- Total extirpation of the prostate for enlargement of that organ. Corresp. Brit. med. Journ. 1901. V. II. p. 285.
- Two clinic. lect. on enlargement of the prostate. The Lancet 1901. V. I. p. 79 et p. 149.
- Total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Corresp. Brit. m. J. 1901. V. II. p. 433.
- A clinical lecture on a fourth series of cases of total extirpation of the prostate for radical cure etc. Brit. m. Journ. 1902. V. I. p. 249.
- Total extirpation of the prostate. The Brit. Med. Journ. Meeting at Mauchest. The Lancet 1902. V. II. p. 457.
- Total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Brit. med. Journ. 1903. V. I. p. 898.
- Total extirpation of the prostate etc. Brit. med. Journ. 1903. V. II. p. 3.

- Freyer. A further series of 32 cases of total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Brit. med. Journ. 1903. V. II. p. 971.
- Total extirpation of the prostate for radical cure etc. Brit. med. Journ. 1904. V. I. p. 1183.
- A further series of 57 cases of Removal of Prostates. The Brit. Med. Association. The Lancet 1904. V. II. p. 456.
- 110 cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. The Lancet. 1904. V. II. p. 197.
- Total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. The Practitioner. Sep. 1904. p. 305.
- A further series of 57 cases of total extirpation of the prostate etc. Brit. med. Journ. 1904. V. II. p. 1132.
- Total enucleation of the prostate in advanced old age. The Lancet. 1905. V. I. p. 490.
- A recent series of 60 cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Brit. med. Journ. 1905. V. I. p. 1085.
- Total enucleation of the prostate for radical cure etc. Brit. med. Journ. 1905. V. II. p. 871.
- Clinical lectures on enlargement of the prostate. Third edition. Baillière, Tindall and Cox. London. 1906.
- Enucleation of the prostate for Haemorrhage. Corresp. The Lancet. 1906. V. I. p. 1854.
- Total enucleation of the prostate etc. Brit. med. Journ. 1907. V. I. p. 551.
- A further series of cases of total enucleation of the enlarged prostate. Brit. med. J. 1907. V. II. p. 889.
- When to operate for Enlarged Prostate. The Lancet 1909. May I.
- A recent series of 212 cases of total enucleation of the prostate. Brit. med. J. 1909. V. II. p. 963.
- A recent series of 200 cases of enucleation of the Enlarged Prostate, with special Reference to the Operation (1) in octogenarians and (2) in cases of Extremely Large Prost. The Lancet. 1909. V. II. p. 539.
- „Total enucleation of the Enlarged Prostate. Practical Observations on the Operation“. United Services Medic. Society. The Lancet 1909. V. II. p. 1285.
- A recent series of 200 cases of total enucleation of the prostate. The Lancet. 1911. V. I. p. 923.
- Friedländer. Die Krankheiten der männlichen Harnorgane. 1900.
- Friseh. Die Krankheiten der Prostata. 1910. Wien und Leipzig.
- Fuller. Specimen of Enlarged prostate. New Med. Akad. Sectio genit. urin. chir. 12 Mai 1895. Journ. of cutaneous and genito-urin. diseases 1895. V. XIII. № 4 p. 176.
- Six successful and successive cases of prostatectomy. J. of cutaneous and gen.-urin. diseases. 1895. V. XIII № 6 p. 229.
- Diseases of the genito-urinary System. 1900, New York, The Macmillan Company.
- Total extirpation of the prostate radical cure of enlargement of that organ. Corresp. Brit. med. J. 1901. V. II. p. 501.

- Fuller. The question of priority in the adoption of the method total enucleation, suprapubically, of the hypertrophied prostate. *Ann. of Sur.* 1905. V. XII. p. 520.
- Fullerton. Prostate weighing seventeen ounces removed by the suprapubic route. *Brit. med. J.* 1909. V. I. p. 1230.
- Gallois. La prostatectomie transvésicale dans l'hypertrophie prostatique (*Soc. de Chir. de Paris* 21. V. 1909). *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1910. p. 648.
- Гарь. Къ вопросу о простатэктомии. *Хирургия. Архив Вельяминова.* 1912 г. стр. 845.
- Gardini. Prostatectomia perineale e prostatectomia transvesicale. *Pol. urol.* 1908. Bd. II. S. 464. *Congressberichte aus Italien. Urol. Gesellsch.*
- Гершенъ. О полной промежностной простатэктомии. *Медицинское Обозрѣние.* 1903 г. стр. 701.
- О техникѣ чрезпузырной простатэктомии. „Хирургія“ 1907 г. Май.
- О гипертрофii предстат. железы и ея леченii. „Хирургія“ 1910 г. Т. XXVIII стр. 300.
- Göbell. Prostatectomie. *Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie.* Bd. 89. H. 5 & 6. cit. *Deut. med. Woch.* 1907. № 40 S. 1653.
- Goldberg. Die Anzeigen zur Radicaloperation der Prostatiker. *Deut. med. Woch.* 1906. № 32. S. 1296.
- Goldmann. Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. *Autorefer. cit. Centralbl. für Kr. Harn & Sex. Org.* 1900. S. 331
- Zur Nachbehandlung der suprapubischen Prostatectomie. *Zentralbl. für Chirur.* № 12. 1912. S. 389—390.
- Götzl. Kasuistik der Hypertrophie der Prostata. *Zeitschr. für Urol.* 1910. Bd. IV. S. 258.
- Die Hypertrophia prostatae. *Wien. med. Woch.* 1908. № 3.
- Gosset et Proust. De la prostatectomie perineale. *An. d. mal. d. org.—urin.* 1900. I. 35.
- Gowan. Chirurgie de la prostate (*New-York med. J.* 1903) cit. *An. d. m. d. org. gén.-urin.* 1904. p. 1392.
- Gray. Revival of suprapubic prostatectomy. *Ann. of Sur.* 1904. V. 39. p. 928.
- Greig. Forfarshire Medical Association. *The Lancet* 1905. V. I. p. 501.
- Griess. Hypertrophie sénile de la prostate. Symptômes et indications du traitement. (*Americ. J. of Dermat. and Gen.-Urin. Diseases* vol XVI. № 5 Mai 1912. p. 249.) cit. *J. d'urolog.* 1912. p. 292.
- Guépin. Le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate. *Paris* 1905. *Rev. de Chir.* 1905. p. 298.
- Guisy. Fernkomplikationen bei transvesikalen u. perinealen Prostatectomien. Prä- u. postoperative Geistestrübungen. *Zeitschr. für Urol.* Bd. VI. H. 2. 1912.
- Guiteras. Prostatectomy for prostatic hypertrophy, with special reference to the work done by american surgeons. *New-York Med. J.* 1906. p. 573; cit. *Zeitschr. f. Urol.* 1907. S. 163.
- Gumston. Remarks on the indications, contraindications and management of prostatectomy. *Amer. J. of Urol.* Aug. 1906; cit. *Zeitschr. f. Urol.* 1907. S. 629.

- Gunn. *Brit. Med. J.* 1907. V. I. p. 263.
- Spinalanaesthesia in prostatectomy. R. A. of M. Ireland. *The Lancet* 1911. V. 2. p. 1557.
- Гусевъ. 4 случая простатэктомии по способу Freyera. *Мед. Обозрѣние* 1910 г. кн. 5.
- Гуон. Клиника болѣзней мочевого пузыря и предст. железы. Москва, 1896 г.
- Haberern und Makal. *Physiologie und Pathologie der Prostata Zeitschr. für Urol.* 1910. Bd. IV. S. 568.
- Haberer. Seltene Indikationsstellung zur Prostatectomie. *Wien. kl. Woch.* 1910. № 45.
- Hadden and Ferguson. Total extirpation of the prostate. *The Brit. med. Assoc. The Lancet.* 1902. V. II. p. 458.
- Hamonie. Assoc. fr. d'urologie VIII Sess. 20. X. 1904; cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1904. p. 1709.
- Harrison. Total extirpation of the prostate. *The Brit. Med. Assoc. The Lancet.* 1902. V. II. p. 458.
- „Some points in the pathology and treatment of enlarged prostate“. *Medic. Soc. of London. The Lancet* 1903. V. I. p. 1372.
- Traitement de l'hypertrophie prostatique. I Congrès de l. Soc. internat. de Chir; cit. *Rev. d. Chir.* 1905. p. 558.
- Prostatectomie (*Med. Rec.* 13. V. 1905); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1907. p. 550.
- Hartmann. Traitement opératoire direct de l'hypertrophie prostatique (*Soc. de chir. de Paris* 21. VI. 1904). cit. *Rev. de Chir.* 1904. p. 429.
- Prostatectomie. *Soc. d. Chir. VI. 1904* cit. *Gaz. d. Hop.* 1904. p. 722.
- Assoc. franç. d'urologie. VIII Sess. 20. X. 1904; cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1904. p. 1706.
- Organes génito-urinaires de l'homme. 1904.
- Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès de la Soc. internat. de Chir; cit. *Rev. de Chir.* 1905. p. 560.
- Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique par Cunéo. *Discuss. (Soc. de Chir. 1911).* *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1911. p. 2082.
- Hawley. The surgical problem in prostatic hypertrophy. *Ann. of surg.* 1903. V. 38. p. 609.
- Heaton. Enlarged prostate. *Midland Med. Society. The Lancet.* 1906. V. II. p. 1788.
- Enlarged Prostate. *Brit. Med. J.* 1912. Febr. p. 364.
- Hedinger. Zwei Präparate von Prostata nach Prostatectomie. *Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte.* 1905. S. 289.
- Henle. *Handbuch der syst. anatomie des Menschen* 1862. S. 376.
- Heresco. M. Assoc. franç. d'urologie. VIII Sess. 20. X. 1904; cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1904. p. 1707.
- Prostatectomie totale par voie transvésicale (*Soc. de Chir. de Bucarest* mai 1907); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1909. p. 217.
- Herring. The cause of enlarged prostate together with a note on the prostatic glands. *Brit. med. J.* 1904. V. II. p. 1136.
- *Brit. med. J.* 1909. V. II. p. 136.

- Heusner. Ein Fall von Prostatotomia infrapubica. *Zentrabl. f. Chir.* № 8—1904. S. 217.
- Hildebrandt. Ueber suprapubische extravesicale Prostatectomie (Berl. kl. Woch. 1912. № 13); cit. *Zeitsch. für Urol.* 1912. Bd. 2 H. VII. S. 696.
- Hill. Postoperative care and treatment of suprapubic prostatectomy. *The J. of the Amer. med. Assoc.* 1910. V. 55. p. 1588.
- Hirt. Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Berl. kl. Woch. 1910. № 9. — Prostatahypertrophie. Schlesisch. Gesellschaft für vaterl. Kultur in Breslau. Sitz. Jan. 28—1910. *Deut. med. Woch.* 1910. № 31.
- Hock. Prostatectomie. *Deut. med. Wochen.* 1910. № 48. S. 2270. Verein deutsch. Aerzte in Prag Sitz. 1910. 15. Juni.
- Hock. Prostatectomy to day (Surgery, gynecol. and obstetr. XIV. 6); cit. *Zentrabl. für Chir.* 1912. № 46. S. 1588.
- Horwitz. Indications opératoires de l'hypertrophie prostatique. (Boston med. and surg. J. 24. III. 1904.) cit. *Gaz. d. Hop.* 1904. p. 897.
- The best method of operating to effect a radical cure of senile hypertrophy of the prostate gland based on the study of 150 radical operations. *N.-Yor. Med. J.* August 20, 1904; cit. *Zentrabl. für Kr. H. & Sex. Org.* 1905. S. 39.
- Hunn. *Royal acad. med. in Jreland.* *Brit. med. J.* 1909. V. I. p. 722.
- Hutchinson. *Medic. Soc. of London.* *The Lancet* 1902. V. II. p. 1324.
- Игнатовичъ. Къ вопросу объ удалении предстательной железы. „Хирургія“ т. XIX. 1906 г.
- Jaboulay. La prostatectomie périméale (Soc. de chir. de Lyon-Mars et Avr. 1902). *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1903. p. 852.
- Jacobson. Contribution to the surgery of malignant disease of the prostate gland and of the tonsils. *Ann. of surg.* 1901. V. XXXIII. p. 268.
- Joffé. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès de la Soc. internat. de Chir.; cit. *Rev. de Chir.* 1905. p. 563. T. II.
- Janssen. Prostatahypertrophie und Blasenstein, ein Beitrag zur differentiellen Diagnostik dieser Erkrankungen. *Mün. med. Woch.* 1912. № 16.
- Judd. A Review of 542 cases of Prostatectomy. *The J. of the Amer. medical Association.* 1911. Aug. 5. V. LVII. № 6.
- Suprapubic Prostatectomy (Minnesota State med. Assoc.) *The J. of the Amer. med. Assoc.* p. 743. 1912. V. LIX. № 9.
- St-Jacques. Ablation totale de la prostate (Union médicale de Canada 1904 Sept.); cit. *Presse Med.* 1904. p. 808.
- Jeanne. Prostatectomie transvésicale (Soc. de Chir. 9. XII. 1908); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1909. p. 768.
- Jores. Ueber die Hypertrophie des sogenannten mittleren Lappens der Prostata. *Virchows Archiv* Bd. 135. 1894. S. 224.
- Kallionzis. Hypertrophie de la prostate (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris 19. V. 1908); *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1909. p. 137.
- Каго. Сущность гипертрофии простаты и ея терапия. *Терапевтич. Обзоръ.* 1912 г. № 14.

- Kayser. Prostatachirurgie. *Brunn. Beitr. z. klin. Chir.* Bd. 17. H. 2; cit. *Deut. med. Woch.* 1910. S. 516. № 11.
- Erfahrungen mit der zweizeitigen Prostatectomie in Localanästhesie. *Berl. kl. Woch.* 1911. № 8.
- Klinische Beiträge zur Prostatachirurgie. *Beitr. zur klin. Chir.* Bd. 71. H. 2. 1911.
- Kiellieuthner. Neuere Anschauungen über die Behandlung der Prostata-Hypertrophie. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 76. H. 3); cit. *Zeitschrift f. Urol.* 1911. Bd. 6. H. 5. S. 415.
- Ueber Behandlung der Prostatahypertrophie. *Mün. med. Woch.* 1910. № 24.
- Kocher. *Chirurgische Operationslehre.* 1907. Jena.
- Koelliker. *Handbuch der Gewebelehre des Menschen.* Dritter Band. 1902.
- Kolaczek. La Prostatectomie. LXVI Congrès des Natural. et Médic. allem. Sept. 1904. Sect. chir.; cit. *La Presse Méd.* 1904. p. 647.
- Kolischer. Systematized technic of suprapubic prostatectomie. *J. of the Americ. Med. Assoc.* 1909. V. 52. p. 1169.
- A prostatic study. *The J. of the Amer. Med. Assoc.* 6 July 1912 p. 8.
- Internationaler Kongress für Urologie. London 1911; cit. *Deut. med. Wochen.* № 32. 1911.
- 36 Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. 3—6 April 1907; cit. *Deut. med. Wochen.* 1907. № 18. S. 700.
- Krause. *Handbuch der Anatomie des Menschen.* 1905.
- Kreps. La prostatectomie suspubienne sous anesthésie locale. *Thèse de Paris.* 1912. J. d'urolog. T. II. p. 447.
- Kümmel. Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. *Archiv. f. kl. Chir.* Bd. 77. H. 4. S. 999.
- Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès de la Soc. internat. de Chir.; cit. *Rev. de Chir.* 1905. p. 563. T. II.
- Über operative Behandlung der Prostata. *Aerztl. Ver. zu Hamburg* 16. V. 05. *Berl. kl. Woch.* 1905. № 26.
- Die operative Behandlung der Hypertrophie und des Carcinoms der Prostata. *Deut. med. Woch.* 1906. № 14. S. 537.
- Die Extirpation der Prostata. *Archiv. f. kl. Chir.* Bd. 82. Heft 4. 1907.
- Küss. Prostatectomie hypogastrique. Résultats opératoires anatomiques. *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris* 1905. p. 438.
- Prostatectomie périméale. Résultats opératoires anatomiques. *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* 1905. p. 521.
- Prostatectomie hypogastrique pour hypertrophie histologiquement simple de la prostate. Mort. Autopsie. Résultats opératoires anatomiques. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris* 1905. p. 686.
- Prostatectomie hypogastrique pour hypertrophie simple de la prostate. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris* 1905. p. 720.
- Prostatectomie transvésicale. *Soc. Anat. Oct. 1905;* cit. *Tribune med.* 1905. p. 699.
- Kuznitsky. „Untersuchungen über Richtung und Verlauf der Schleimhautfalten der ruhenden männlichen Urethra nach Plattemo-

- dellen.² Morphologische Arbeiten, herausgegeb. von Schwalbe 1898. Bd. VIII.
- Lambert. Prostatites volumineuses (85 et 135 gr.) enlevées par la voie haute. (Revue clinique des maladies urinaires Sept. 1909). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1910. p. 2195.
- Lanz. Zweizeitige Prostatectomie unter Lokalanästhesie. Deut. med. Woch. 1908. № 22. S. 965.
- Laroche. Traitement de l'hypertrophie prostatique (Boston med. and surg. J. 28. IV. 1904); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 766.
- Lasio. Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale. X. Sess. de l'assoc. fr. d'urolog.; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 1652.
- Lediard. Diverticulum of the bladder; prostatic obstruction; operation. The Lancet 1906. V. I. p. 1681.
- Legueu. Sur les indications de la prostatectomie. Soc. d. Chir. 8. V. 1904; cit. La Pres. med. 1904. p. 375.
- La prostatectomie totale. Soc. de Chir. 1904. 8. VI. cit. Gaz. d. Hop. 1904. p. 664.
- Ass. fran. d'urologie. VIII Sess. 20. X. 1904; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1715.
- Pièces de prostatectomie transvésicale. Société de Chir. 15/III—1905; cit. Pres. Méd. 1905. № 23.
- Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès de la Soc. inter. de Chir. cit. Rev. de Chir. 1905. p. 560.
- Le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. (Rapport au XV Congrès intern. de médecine). cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 908.
- Prostatectomie suspubienne. X Sess. de l'assoc. fr. d'urolog.; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906 p. 1649.
- Modification à la prostatectomie transvésicale. Soc. de Chir. 4. VII. 1906. cit. Gaz. d. Hop. 1906. p. 921.
- Prostatectomie. Soc. d. Chirurgie. 14. XI. 1906; cit. Gaz. d. Hop. 1906. p. 1579.
- A propos de la prostatectomie (Soc. de Chir. 1907). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1907. p. 1320.
- Nouveau procédé de prostatectomie par mobilisation temporaire du segment ano-rectal. (Soc. de Chir. Janv. 1908). cit. Rev. de Chir. 1908. p. 387. T. I.
- L'âge de la prostatectomie. (Paris médical 4. V. 1912). cit. J. d'urolog. T. II. p. 292. 1912.
- et Chirié. Prostatectomie transvésicale. Soc. Anat. Oct. 1905. cit. Trib. medic. 1905. p. 699.
- et Chirié. L'état anatomique de la vessie après la prostatectomie de Fuller-Freyer. Bull. et mém. d. l. Soc. Anat. de Paris 1905 p. 740.
- et Papin. Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique etc. An. d. org. gén.-urin. V. II. № 13. 1911.
- Lendorf. Was geschieht bei der suprapubischen Prostatectomie? Woraus entwickelt sich die sogenannte Prostatihypertrophie? Arch. f. kl. Chir. 1912. Bd. 97. H. 2.

- Lendorf. Ueber die Bedeutung der Prostata beim Harnlassen und über den Mechanismus der prostatischen Harnbeschwerden. Arch. f. kl. Chir. 1912. Bd. 97. H. 4.
- Leotta. Recherches expérimentales sur les suites de la prostatectomie transvésicale et sur la fonction de la prostate. (Jl Policlinico, mars 1912); cit. J. d'Urol. 1912. T. I. p. 856.
- Lewis. Eine Diskussion über die operative Behandlung der Prostatihypertrophie. Ins Deutsche übertragen v. Dreysel. Zentralbl. f. Kr. H. & Sex. Org. 1903. S. 13.
- Suprapubic prostatectomy. The J. of Amer. Med. Assoc. 1909. V. 52. p. 161.
- Postoperative Care and treatment of suprapubic prostatectomy. The J. of the Amer. Med. Assoc. 1910. V. 55. p. 1587.
- Lilienthal. La prostatectomie sus-pubienne. Soc. Méd. de l'Etat. de New-York. 1—2/II—1905; cit. Pres. Médic. 1903. № 16.
- The treatment of prostatic hypertrophy by enucleation through a suprapubic incision. Ann. of surg. 1905. T. XLI. p. 535.
- Suprapubic prostatectomy in two stages. New-York Med. J. 1908. Jun.; cit. The J. of the Amer. Med. Assoc. 1908. V. 50. p. 2155.
- „Suprapubic prostatectomy in two stages“. New-York Med. J. 1910. June 18; cit. The J. of the Amer. Med. Assoc. 1910. V. 55. p. 83.
- The prognosis in prostatic disease in the aged. (Amer. J. of Surgery 1912. p. 223); cit. Zeitsch. für Urol. 1912. S. 936.
- Lindenstein. Prostatihypertrophie. Aerztl. Ver. in Nürnberg Sitz. 3 Febr. 1910; Deut. med. Woch. 1910. № 33. S. 1548.
- Ліокумовичъ. Врачебн. Газета № 28. 1911 г. Изъ научн. совѣщ. врачей Обуховск. больницы.
- Эксперим. данныя о новомъ способѣ простатэктоміи д-ра Wilms'a. „Русскій Врачъ“ 1909 г. № 42.
- Lissauer. Zur Histologie der Prostatihypertrophie. Virch. Arch. Bd. 204. 1911. S. 220.
- Lloyd. Total extirpation of the prostate. The Brit. Med. Assoc. The Lancet 1902. V. II. p. 458.
- Brit. Med. J. 1904. II. p. 1144.
- A note on a specimen of bladder and uretra removed two years. Brit. Med. Assoc. The Lancet 1905. V. II. p. 454.
- Address in Surgery. Delivered at the Seventy-ninth. Annual Meeting of the Brit. Med. Assoc. Prostatectomy. The Lancet V. 2. 1911. p. 291.
- Loumeau. Prostatectomie totale transvésicale par la voie suspubienne; opération de Freyer. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. № 2.
- Ass. fran. d'Urol. VIII Sess. 20. X. 1904; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1714.
- Note sur la prostatectomie appliquée au traitement de l'hypertrophie de la prostate. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1905. № 12.
- Opération de Freyer suivie d'autopsie. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 572.
- Prostatectomie totale par la voie sus-pubienne. X Sess. de l'assoc. fr. d'urolog.; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 1651.

- Louveau. L'opération de Freyer appliquée au traitement de certaines suppurations prostatiques. XI Sess. de l'assoc. fr. d'urologie. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1907. p. 1731.
- Prostatectomie transvésicale pour hypertrophie de la prostate: cit. Pres. Médic. 1909. p. 639.
- La prostatectomie transvésicale totale appliquée au traitement de certaines suppurations chroniques de la prostate. XVI Congr. inter. de méd. 1909; cit. Pres. Médic. 1909. p. 688.
- Profuse hæmaturia the first symptom of hypertr. of the prostate. (Gazette Hebdomadaire des Sciences Médic. de Bordeaux 1910); cit. The Lancet. 1910. V. II. p. 1228.
- XIII. Sess. de l'Association fr. d'Urol. Oct. 1909; cit. Fol. urolog 1910. S. 612.
- Lampert. Zur Frage der recidivierenden Prostatahypertrophie nach Prostatectomie. Corresp.-Blatt für Schweiz. Aerzte. 1911. S. 89.
- Louis. Discussion sur „Résultats éloignés des prostatectomies“ par Desnos (Soc. de méd. 26. XII. 1908). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1909. p. 1098.
- La prostatectomie transvésicale et ses résultats (Soc. de l'Internat. 24. II. 1910). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1911. p. 258.
- Ляховский. Обь изменений простаты у дрябей. Дис. 1903 г. СПб.
- McC. Kinnon. Total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Corresp. Brit. med. J. 1901. V. II. p. 628.
- Med. News. Aug. 19. 1905. Zentralbl. f. Kr. d. Harn & Sex. Org. 1906. p. 655.
- Мацевен. Total extirpation of the prostate. The Brit. Med. Assoc. The Lancet 1902. V. II. p. 458.
- McC. Laren. Total extirpation of the prostate for radical cure etc. Corresp. Brit. Med. J. 1901. V. II. p. 435.
- Malherbe. Ass. fr. d'Urologie. VIII. Sess. 20. X. 1904; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1714.
- Marie. Enorme hypertrophie de la prostate. Bull. et mém. d. l. Soc. Anat. de Paris 1905. p. 815.
- Marion. Prostatectomie sus-pubienne. Pres. médic. 1909. p. 33.
- Betrachtungen über den Ursprung der sogen.“ Prostatahypertrophie“. Zeitschr. für Urolog. 1911. Bd. 5. S. 678.
- Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique par Cunéo. Discussion (Soc. de Chir. 1911). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1911. p. 2081.
- Prostatite aigue chez un prostatectomisé. J. d'Urol. 1912. T. I. p. 783.
- Marquis. Origine de l'hypertrophie de la prostate. Rev. de Chir. 1910. № 12. p. 1137.
- Mark. Post-operative care and treatment of suprapubic prostatectomy. Med. Assoc. The J. of the Amer. Med. Ass. 1910. V. 55. p. 1587.
- Mayo. „Suprapubic prostatectomy“. Southern Surg. and gynécol. As. J. of the Amer. Med. Ass. 1909. V. 52. p. 160.
- Ménard. Prostatectomie et vésicectomie par voie intravésicale (Soc. de Chir. de Lyon Nov. 1908); cit. Rev. de Chir. 1909. T. I. p. 193.

- Meyer. Wann und wie sollen wir bei Prostatahypertrophie operieren? Monatsschr. f. Urol. 1904. Bd. IX. H. 9; cit. Centralbl. f. Kr. H. & Sex. Org. 1905. S. 154.
- Methods of prostate surgery. Med. News. Febr. 18.—1905; cit. Centralbl. f. K. H. & Sex. Org. 1905. S. 490.
- Choix de l'opération dans l'hypertrophie prostatique. (Méd. Record. 7. X. 1905); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1907. p. 550.
- Zur Technik der suprapubischen Prostatectomie. Zeitschr. f. Urol. 1907. S. 845.
- Über den heutigen Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie. Dissertation. Leipzig 1908; cit. Zeitschr. f. Urol. 1908. Bd. 2. S. 1127.
- Michon. De la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1908. p. 1441.
- Mihalkovics. „Untersuchungen über die Entwicklung des Harn- und Geschlechtsapparates der Amnioten“. Internat. Monatsschr. f. Anat. und Histologie. 1885. Bd. II. Heft 10. S. 378.
- Mikulicz. La prostatectomie. LXVI Congrès des Natural. et Médec. allem. Sept. 1904. Sect. de chir.; cit. La Pres. méd. 1904. p. 647.
- Minet. Lésions rénales et prostatectomie (Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris 10. V. 1912); cit. J. d'Urol. 1912. p. 136. T. II.
- Minor. Beitrag zur Prostatectomie (Medycyna i kronika lekarska. 1910. № 41); cit. Centralbl. f. Chir. № 52. 1910.
- Mitchell. Prostatectomy during acute retention. Brit. med. J. 1911. V. I. p. 994.
- Михайловъ. Чрезвычайная простатэктомия (по Freyer'у) как избранный метод оперирования. Врачебная Газета 1912 г. №№ 18 и 19.
- Molin. De la prostatectomie suspubienne en deux temps; cystostomie préalable: prostatectomie secondaire. Lyon. médic. 1907. p. 987. cit. Zeitschr. f. Ur. 1907. S. 800.
- Moynihan. Leeds and West Riding Medico-Chirurg. Society. The Lancet 1909. V. II p. 1822.
- Correspod. Ann. of Surg. 1904. V. XL. p. 159.
- Moullin. Patholog. Soc. of London. Brit. med. J. 1903. V. 2. p. 1641.
- Motz et Pebernau. Contribution à l'étude de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1905. p. 1523.
- Moore. Complications and sequels of prostatectomy. Ann. of Surg. 1904. V. XXXIX. p. 385.
- Mudd. Operation in hypertrophied prostate. Interstate med. J. 1905. № 9. Sept.; cit. Centralbl. f. Kr. d. H. & Sex. Org. 1906. S. 339.
- Munn. Brit. Med. J. 1908. V. I. p. 1297.
- The cause and palliative treatment of enlarged prostate. Brit. med. J. 1909. V. II. p. 350.
- Muren. „Real conservatism in the treatment of the prostate“. New-York Med. J. 1908.
- Мухадзе. Хирургические способы лечения гипертрофии предст. железы. Случай полного удаления последней по спос. Freyera. „Сибирская Врачебная Газета“ 1909 г.
- Къ вопросу объ удаленіи предст. железы при ея гипертрофії. „Врачебная Газета“ 1911 г. №№ 31 и 32.

- Newbolt. *Pathol. soc. of London. Brit. Med. J.* 1903. V. II. p. 1334.
- A case of total extirpation of the prostate. *The Lancet* 1904. V. I. p. 223.
 - Enucleation of the prostate for Haemorrhage. *Brit. med. J.* 1906. V. I. p. 354.
 - *Med. Soc. of London. Brit. Med. J.* 1903. V. II. p. 1613.
- Neuhäus. *Corresp. Berl. Klin. Woch.* 1906. № 37.
- Nicol. The present position of prostatic surgery. *Brit. med. J.* 1906. V. II. p. 287.
- Total enucleation of the prostate. *Brit. med. J.* 1907. V. I. p. 779.
- Nicolich. Behandlung der Prostatahypertrophie bei inkompleter Harnverhaltung mit Blasendilatation. *Wien. kl. Woch.* № 41. 1904.
- Über die verschiedenen klinischen Formen der Prostatahypertrophie und über ihre Behandlung. *Wien. kl. Woch.* 1904. № 50.
 - *Ass. fr. d'urologie VIII. Sess. Oct. 1904*; cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1904. p. 1718.
 - Sur un cas de prostatectomie suspubienne. Ouverture du péritoine. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1908. p. 1691.
 - XIII. Session de l'Assoc. fr. d'urologie Oct. 1909; cit. *Fol. Urol.* 1910. S. 612.
- Niehaus. Bericht über einen Fall von Prostata-Excision, vollkommen glatt geheilt, bei einem Mann von 79 Jahren. *Corresp. Blatt f. Schw. Aerzte* 1910. S. 757.
- Никольский. Два случая простатаэтомии по Freyer'у, оперир. въ два момента. Извѣстия О-ва Астраханск. врачей. Январь—Февр. 1912 г.
- Nogueira. Über partielle suprapubische Prostatectomie. *Wien. kl. Woch.* 1910. № 12. S. 431.
- Orth. Патолого-анатомическая диагностика. 1896 г.
- Oppenheim. Die Nachbehandlung bei Prostatectomien. *Diss. Berlin.* 1910; cit. *Zeitschr. f. Urol.* 1911. S. 120.
- O'Neil. The sequels of prostatectomy. *Amer. J. of Urol.* Aug. 1906.
- Опокинъ. Къ вопросу о пато- и гистогенезѣ гипертрофий предст. железы и ея оперативномъ леченіи. Труды госпитальн. хирургич. клин. проф. С. П. Федорова 1913 г. (печатается).
- Pallin. „Beiträge zur Anatomie und Embiologie der Prostata und der Samenblasen“. *Arch. f. Anat. und Entwicklungsgesch.* 1901.
- Паншъ. Основы анатоміи человѣка. 1887 г.
- Paradourios. L'opération de Freyer ou prostatectomie totale par la voie sus-pubienne. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1906. p. 461.
- Pardoe. The Choice of methods for the radical cure of prostatic enlargement. *Chelsea Clinical Society. The Lancet* 1905. V. I. p. 1138.
- Pardoe. The indications for prostatectomy. *Brit. med. J.* 1907. V. II. p. 888.
- Паринъ. Сообщение о случаѣ леченія гипертр. простаты надлобковой операцией. *Казанскій мед. журн.* Т. XII. 1912 г. № 4.
- Pasquereau. Prostatectomie en deux temps. (*Soc. d'anat. path. de Nantes*); cit. *Rev. de Chir.* 1909. T. II. p. 205.
- Une prostate géante (*Gaz. méd. de Nantes*); cit. *Rev. de Chir.* 1910. T. II. p. 656.

- Pasquereau. Prostate hypertrophiée (*Soc. d'anat. path. de Nantes* I. IV. 1909). *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1910. p. 835.
- Patel et Gotte. Prostatectomie transvésicale chez un malade ayant un méat hypogastrique depuis neuf ans. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1911. V. I. № 10.
- Pauchet. Résultats éloignés de la prostatectomie pour hypertroph. de la prostate. *Rev. pratique des m. d. org. gén.-urin.* 1906. p. 373; cit. *Zentrabl. f. die Kr. d. H. und S. org.* 1908. S. 464.
- Prostatectomie suspubienne. X. *Sess. de l'assoc. fr. d'urolog.*; cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1906. p. 1649.
 - Prostatectomie. XI. *Sess. de l'assoc. fr. d'urolog.* *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1907. p. 1736.
 - Prostatectomie à propos de quelques détails de technique (*Arch. prov. de chir. dec. 1908*); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1909. p. 763.
- Paul. *Med. Soc. of London. Brit. Med. Journ.* 1908. V. II. p. 1613.
- The pathology of prostatic enlargement. *The Lancet* 1910. V. II. p. 294.
- Pedersen. „Prostatic Suggestions“. *New-York Medic. J.* 29 Juli 1911.
- Percarnau. Prostatahypertrophie. *Revist. d. medic. y cir.* № 10—11; cit. *Deut. med. Woch.* 1907. № 3. S. 117.
- Perrier. „Prostatectomie en deux temps pour cause d'atonie et dilatation vésicale accompagnant l'hypertrophie prostatique.“ (*Revue méd. de la Suisse romande* 1912. № 2); cit. *Centrabl. für Chir.* № 40. 1912. S. 1382.
- Petit. Le traitement de l'hypertrophie simple de la prostate (*Arch. med. chir. du Poitou* 1906); cit. *An. d. mal. d. org. gén.-urin.* 1907. p. 619.
- Pilcher M., Studies on the pathology and etiology of obstructive hypertrophy and atrophy of the prostate gland. *Ann. of Sur.* 1905. V. XXI. p. 481.
- Pilcher L., The Choice of operative method for the removal of the hypertrophied prostate. *Ann. of Surg.* 1905. V. XXI. p. 565.
- L. S. Pilcher and P. M. Pilcher. The suprapubic two step operation for the removal of the hypertrophied prostate. *Amer. J. of Surg.* 1912. p. 218.
- Подрезъ. Хирургическія болѣзни мочев. и полов. органовъ. ч. II. 1896 г. Харьковъ.
- Porter. Surgery of the prostate. A plea for early prostatectomy in hypertrophy of the prostate. *The J. of the Amer. Med. Assoc.* 1908. V. 50 p. 1673.
- Suprapubic prostatectomy. *Southern surgical and gynecol. As. The J. of the Amer. Med. As.* 1909. V. 52. p. 161.
- Posner. Diagnostik der Harnkrankheiten. 1902. S. 113.
- Kasuistischer Beitrag zur Prostatect. suprapub. *Berl. kl. Woch.* 1907. № 23.
- Pousson. De la prostatotomie et de la prostatectomie (*Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris.* T. XXV. 1899. p. 737.
- Руководство по болѣзн. мочев. путей. 1902 г.

- Pousson. De la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. XIV Congrès internat. de médecine; cit. Pres. Méd. 1903, № 51.
- La prostatectomie totale. Soc. de Chir. 1904. S. VI; cit. Gaz. d. Hop. 1904. p. 664.
 - Résultats comparatifs entre la prostatectomie périméale et la prostatectomie sus-pubienne. Société de chir. de Paris, 30. I. 1907; cit. Rev. de Chir. 1907. p. 515.
- Proust. La loge prostatique. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris 1902. p. 813.
- Assoc. fr. d'urologie. VIII Sess. 20. X. 1904; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1697.
 - Prostatectomie transvésicale. Bull. et mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1905. Juin. p. 473.
 - Traitement d'hypertrophie prostatique par la prostatectomie. Monographies cliniques. № 44. 1906.
- Purvis. Notes of a case of extirpation of a tumour of the prostate for retention of urine. The Lancet 1903. V. I. p. 1162.
- Quervain. Neueres zur Anatomie der Prostatahypertrophie. Correspondenzblatt für Schw. Aerzte. 1911. № 23. S. 825.
- Rafin. De la prostatectomie périméale. Folia Urolog. 1911. Bd. V.
- Raskai. Untersuchungen über die Aetiologie der Prostatahypertrophie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 2. Heft II. 1908.
- Рауберъ. Руководство анатоміи человека. Въ обработкѣ д-ра Комма. 1910 г. Юрьевъ.
- Ravasini. La prostatectomie totale transvésicale per. Pipertrophia secundo Freyer. La clinica medica 1905; cit. Centralblatt f. Kr. d. Harn. & Sex. Org. 1905. S. 494.
- Rebentisch. Die radicale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittels Prostatectomia suprapubica totalis. Mün. med. Woch. 1905. № 31.
- Rehfishch. Über den Mechanismus des Harnblasenverschlusses und der Harnentleerung. Virchow's Archiv. 1897. Bd. 150. H. I.
- Remete. Mittels prostatectomia transvesicalis geheilter Fall von Prostatahypertrophie (Budapest. Kgl. Aerzterein. 27 Oct. 1906); cit. Zeitschr. f. Urol. 1907. p. 443.
- Renton. Two enlarged prostates removed by the suprapubic operation. Glasgow med. J. 1905. April; cit. Zentralbl. für Kr. d. Harn & Sex. Org. 1906. S. 166.
- Reynard. Sur un cas d'hypertrophie isolée du lobe median. Hypertrophie prostatique dite en clapet. Lyon méd. № 42. 1911. p. 753; cit. J. d'Urol. T. I. № I. 1912.
- Quand faut-il opérer un prostatique? (Prov. méd. 1911. № 17); cit. Centralblatt für Chir. 1912. № 5. S. 152.
- Reynès. Ass. fr. d'Urol. VIII Sess. 20. X. 1904; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1717.
- Reynier. Discussion sur „Résultats éloignés des prostatectomies“ par Destos. (Soc. de méd. 26. XII. 1908); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1909. p. 1099.

- Richardson. Northumberl. and Durham Medic. Soc. The Lancet 1902. V. II. p. 1131.
- The development and anatomy of the prostata gland. Reviews. Brit. med. J. 1904. V. II. p. 1174.
- Ribbert. Geschwulstlehre. 1904.
- Riedel. Über die Exococheleia prostatae. Deut. med. Woch. 1903. № 44. S. 769.
- Riffer. Prostatectomie. Deut. med. Woch. 1907. № 36.
- Rivière. Résultats un peu éloignés de la prostatectomie périméale (Arch. prov. de Chir. 1903); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1500.
- Roberts. Total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Brit. med. J. 1902. V. I. p. 769.
- Rochet. Résultats un peu anciens de la prostatectomie périméale (Soc. de Chir. de Lyon, Avr. 1903); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1903. p. 1801.
- Les fistules uréthro-rectales consécutives à la prostatectomie périméale. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1905.
 - De la réparation de l'urètre après la prostatectomie périméale. (Arch. prov. de Chir. T. XIV. N. 5. Mai 1905). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1905.
 - Discussion sur la prostatectomie transvésicale. (Soc. de Chir. de Lyon. Séance 10. V. 1906); cit. Rev. de Chir. 1906. p. 982. T. I.
 - Prostatectomie (Soc. de Chir. de Lyon); cit. Rev. de Chir. 1910. T. 2. p. 210.
 - „Prostatectomie suspubienne“. Lyon méd. 1911. № 42. p. 776.
- Rochet et Salinier. Perineal and suprapubic Prostatectomy. 1909. Jan. № 3. Lyon Chir.; cit. J. of the Amer. Med. As. 1909. V. 52. p. 514.
- Рогозинскій. Случай чрезпузырной простатэктоміи. Казанскій мед. журн. 1911 г.
- Сообщение о дальнѣйш. случаяхъ леченія гипертрофіи простаты надлобковой операцией. Общество врачей при Казанск. университ. Хирург. Архивъ Вельяминова. 1912 г. кн. 4. с. 700.
- Rokitan'sky. Lehrbuch der Pathologischen Anatomie. 1861. Bd. 3.
- Rotschild. Ueber eine besondere Drüsenformation in der Prostata. Virchow's Arch. Bd. 180. 1905. S. 522.
- Die entzündliche Histo- und Pathogenese der Prostatahypertrophie, zugleich Erwiderung auf die Einwände „gegen die entzündliche Aetiologie.“ Fol. urol. Bd. IV. № 4. 1909.
 - In welcher Gewebsschicht findet die sogenan. Prostatectomie, insbesondere die suprapubische, die Extirpation der hypertrophischen Teile statt? Deut. med. Woch. 1909. № 33. p. 1435.
 - Lehrbuch der Urologie. Leipzig. 1911.
- Roux. Quelques cas de prostatectomie. Rev. méd. de la Suisse romande. 1905. № II; cit. Zentralblatt f. K. d. H. & Sex. Org. 1906. S. 464.
- Routier. Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique par Curnéo. Discussion (Soc. de Chir. 1911). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1911. p. 2081.
- Row'sing. Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Arch. f. kl. Chir. Bd. 68. Heft. 4.

- Rovsing. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congrès de la Soc. intern. de Chir.; cit. Rev. de Chir. 1903. p. 558. T. II.
- La prostatectomie et ses indications dans l'hypertrophie de la prostate. (The Amer. J. of Urol. v. VIII. № 2. fevr. 1912); cit. Rev. cl. d'urolog. 1912. p. 316.
- Розе. Обь оперативномъ леченіи гипертрофій предстат. железы. Харьковск. Мед. Журн. 1907 г., стр. 452.
- Рознатовскій. Матеріалы по вопросу о полномъ удаленіи предстат. железы. Диссерт. Москва. 1904 г.
- Ruggles. The cause of incontinence as a sequel of prostatectomy. Ann. of Surg. 1906. V. XII. p. 558.
- Ruggi. Prostatectomia perineale sub-capsularé (Soc. med.-chir. di Bologna 18. III. 1903); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 857.
- Dell' emiprostatactomia verticale eseguita per via perineale. La Clin. Chir. 1909. Nov. p. 2064; cit. Zeitschr. für Chir. 1910. Bd. IV. S. 625.
- Runge. Über die Pathogenese der Prostatahypertrophie. Mitteil. aus den Grenzgeb. der Medic. und Chir. Bd. XX. 1909.
- Rüdingер. Zur Anatomie der Prostata, des Uterus masculinus und der Ducti ejaculatorii beim Menschen. Fest-Schrift dem Aerzt. Verein. München 1883.
- Rydygier. Zur intracapsulären Prostataresektion bei Prostatahypertrophie. Centralblatt f. Chir. 1904. № 1.
- Traitement de l'hypertrophie prostatique. I Congrès d. l. Soc. internat. de Chir.; cit. Rev. d. Chir. 1905. p. 557. T. II.
- Über Prostatectomie. „Przegląd Lekarski“. Krakau. 1911; cit. Fol. urol. Aug. 1912. S. 52.
- Salvatore, Diliberti, Herbin. La prostatectomie transvésicale et périnéale dans les maladies de la prostate (Societa Editrice Universitaria. Palermo, 1911.) Jour. d'Urol. T. I. № 1, 1912.
- Сакаганскій. Къ вопросу о протастатоміи при гипертр. предстат. железы. Русск. Хир. Архивъ. 1904 г.
- Salinger. Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose des Prostatacarcinoms mit besond. Berücksicht. der Frühdiagnose. Fol. urol. 1909. Bd. IV. № 6. S. 431.
- Салищевъ. Топографическій очеркъ мужской промежности. Дисс. СПб. 1885.
- Savagnone. Sull ipertrofia prostatica (Policlin. sez. chir. 1909. Bd. XVI. № 11); cit. Zentralblatt f. Chir. 1910. S. 455.
- Schachner. Comparative value of various measures for relief of prostatic enlargement. Ann. of Surg. 1908. VXLVIII p. 258.
- Schattock. Hypertrophy of the prostate. Brit. med. J. 1903. V. II. p. 1071.
- Scheen. Brit. med. J. 1903. V. II. p. 1464.
- Schlesinger. Über Prostatectomie. Deut. med. Woch. 1905. № 41. S. 1638.
- Prostatectomie. (Chir. Kongress 1907); cit. Fol. Urol. Bd. I. 1907/1908.
- Schmorl. Demonstration zur Prostatahypertrophie. Mün. med. Woch. 1909. № 13. S. 678.

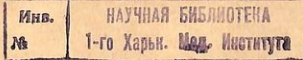
- Smith. „Treatment of Senile Enlargement of the prostate“. Indian Medical Gazette. 1910. Oct. Calcuta; cit. The J. of the Amer. Med. 1910. V. LX. p. 2411.
- Smoler. Chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie. Prag. med. Woch. № 47. 1911; cit. Deut. med. Woch. 1911. № 49. S. 2301.
- Smyth. Chronic hypertrophy of the prostate. Freyer's operation. Recovery. Brit. Med. J. 1902. J. V. I. p. 1322.
- Sobotta. Grundriss der Descriptiv. Anatomie d. Menschen. 1907.
- Socin-Burckhardt. Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. Deutsch. Chirurg. L. 53. 1902.
- Southam. On the operative treatment of prostatic obstruction. Brit. med. J. 1903. v. I. p. 901.
- Spalteholz. Handatlas der Anatomie des Menschen. 1903.
- Squier. The merits of suprapubic prostatectomy. Surg. Gynecol. and Obstetr. Sept. 1911. p. 254-268.
- Старковъ. Къ хирургич. анатоміи предстательной железы. „Хирургія“ Т. XVII. 1905. стр. 175.
- Steiner. Beiträge zur Prostatectomie nach Freyer. Fol. Urol. № 8. Bd. V. 1911.
- Stern. Verein der Aerzte Düsseldorfs. Sitz. am 14 Nov. 1904; Deut. med. Woch. 1905. № 6. S. 246.
- Van-Stockum. Prostatectomia suprapubica extravasicalis. Centralblatt f. Chir. 1909. № 2. p. 41.
- Stocker. Observations on suprapubic prostatectomy. Brit. med. J. 1904. V. I. p. 229.
- Stokes. Prostatectomie sus-pubienne ou périnéale. The Amer. J. of Urol. vol. VII. № 2. déc. 1911; cit. J. d'Urol. T. I. № 3. 1912.
- Stoney. Spinalanesthesia in prostatectomy. Royal Academy of Medicine in Ireland. The Lancet 1911. V. II. S. 1556.
- Strominger und Dimitriu. Betrachtungen über 3 Fälle von Prostatectomie vom Standpunkt des chirurgischen Vorgehens. Spital 1905. № 11; cit. Centralbl. f. Kr. d. H. & Sex. Org. 1906. S. 166.
- Syms. Treatment of prostatic hypertrophy. J. of the Am. Med. Assoc. Juli 1900.
- Ann. of Surg. 1911. v. LIV. p. 270.
- Results following perineal prostatectomy. (Surg., gynec. and obstetr. XIII. 3); cit. Centralbl. f. Chir. 1911. № 46. S. 1515.
- Süssenguth. Ein Beitrag zur operativen Behandlung d. Prostataatrophie. Deut. med. Woch. 1912. S. 1187.
- Süter. Jeber die Indicationen zur Prostatectomie. Correspondenzblatt f. Schw. Aerzte. Basel. 1910. Aug. S. 697.
- VIII-ой Съездъ Россійскихъ хирурговъ. Москва. 1908 годъ.
- Tandler und Zuckerkandl. Anatomische Untersuchungen über die Prostatahypertrophie. Die Wunde und der Heilungsvorgang nach Exstirpation der hypertrophischen Prostata. Fol. Urol. Bd. V. № 9. 1911.
- 1) Anatomische Untersuchungen über die Prostatahypertroph. II) Das Vorkommen von submucösen Knöten an der Blasenmündung und an der Pars prostatica urethrae und ihre Beziehungen zur Prostatahypertrophie. Fol. urol. Bd. VI. Juni 1912.

- Таренский. Лекции 1901 г.
- Taylor. „Suprapubic prostatectomy“. Royal Akad. of Med. in Ireland. Brit. Med. J. 1902. V. I. p. 774.
- Taylor. Royal Akad. of Med. in Ireland. Brit. med. J. 1909. V. I. p. 722.
- Tengwall. Das Resultat von 18 Prostatectomien. Mün. med. Woch. 1911. № 31. S. 1690.
- Tenney. Prostatectomie (Boston med. and surg. j. 18. V. 1905); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1906. p. 1827.
- Teuney and Chase. Mortality after prostatectomy. The J. of Amer. Med. As. 1906. May. v. 46 p. 1429.
- Tietze. Über atypische Epithelwucherungen in der hypertrophischen Prostata (Beiträge zur clin. Chir. Bd. 76. H. 3. 1911); cit. Zeitschr. f. Urol. Bd. VI. H. 3. 1912. S. 245.
- Thevenot. Cancer de la prostate. Société Chir. de Lyon. 1911. 14. XII. Lyon médie. 1912. p. 560; cit. Zeitschr. f. Urol. 1912. S. 939.
- Thomas. L. Remarks on complete prostatectomy founded on fifteen cases. Brit. med. J. 1905. V. I. p. 1083.
- L. Enucleation of the prostate. The Brit. Med. As., Brit. med. J. 1906. V. II.
- L. A simplified method of performing prostatectomy by the combined routes. Brit. med. J. 1908. V. II. p. 988.
- L. The Brit. Med. As., Brit. med. J. 1910. V. I. p. 811.
- Thomas. T. The Brit. Med. As., Brit. med. J. 1908. V. II. p. 1613.
- Thompson. H. The Diseases of the prostate. 1868.
- Thompson. A. Edinbur. Med. Chir. Soc. The Lancet 1904. V. I. p. 1660.
- Thomson. W. Remarks on the Removal of prostatic adenomata. Brit. med. J. 1902. V. I. p. 1321.
- W. Enucleation of the prostate Haemorrhage. Brit. med. J. 1906. V. I. p. 188.
- W. Royal Akad. of medicine. in Ireland. Brit. med. J. 1906. V. I. p. 1346.
- W. A further series of enucleation of the prostate. Brit. med. J. 1906. V. II. p. 67.
- Tobin. Treatment of senile hypertrophy of the prostate. Brit. med. J. 1902. V. I. p. 774.
- Toldt. Lehrbuch der syst. und topogr. Anatomie. 1897.
- Toro. Contribution à l'étude de la prostatectomie. Les indications et procédés opératoires (Thèse de Paris 1908). An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1908. p. 1067.
- Трояновъ. Къ каузистикъ полного удаленія предстательной железы по надлобковому способу Freyer'a. „Русскій Врачъ“, 1907 г. № 51.
- Tzuidoda. Beitrag zur Pathologie der sogenannten Prostat hypertrophie. Zeitschrift f. Krebsforschung. 1910. Bd. 9. S. 22.
- Tuffier. Sur la prostatectomie. Soc. de Chir. d. III. 1903; cit. Pres. Méd. 1903. № 19.
- Traitement de l'hypertrophie de la prostate. Rapport au XV Congrès internat. de méd. 1906; cit. An. d. mal. d. org. gen.-urin. 1906. p. 691.

- Tuffier. Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique par Cunéo. Discus. (Soc. de Chir. 1911); An. d. mal. d. org. gén.-urin. p. 2080. 1911.
- Upcott. Brit. Med. J. 1906. I. p. 1163.
- Valentin. Beiträge und Bemerkungen zur Prostatectomia transvesicalis suprapubica. Inaug. Dissert.; cit. Deut. med. Woch. 1910. № 50. S. 2356.
- Vallas. Discussion sur la prostatectomie transvésicale (Soc. Chir. de Lyon). Séance 10. V. 1906; cit. Rev. de Chir. 1906. p. 983. T. I.
- Voelcker. Konservative Enukleation der hypertrophischen Prostata auf pararectalem Wege in Bauchlage. Beiträge zur klin. Chirurg. Bd. 72. H. 3. 1911.
- Voiselle. Thèse de Paris 1904. De la prostatectomie périnéale; cit. Centrabl. f. K. d. H. & Sex. Org. 1905. S. 96.
- Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Urologie. III Kongress in Wien 1911; Zeitsch. für Urol. 1912. H. 2.
- Verhoogen. La prostatectomie périnéale (Annals de la Soc. belge de chir. fév.—mars 1903); cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 35.
- Ass. fr. d'urolog. VIII Sess. 20. X. 1904; cit. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1904. p. 1710.
- Traitement de l'hypertrophie de la prostate. I Congr. de la Soc. internat. de Chir. cit. Rev. de Chir. 1905. p. 562. T. II.
- Веед о взоровъ. Нѣсколько замѣчаній къ вопросу о простатэктомии. Труды и Протоколы Имп. Кавказ. Медци. О-ва. Январь—Мартъ 1912 г.
- Veszprémi. Beiträge zur Histologie der Prostatahypertrophie. Fol. Urol. Bd. V. H. 8. p. 567. 1911.
- Virchow. Die krankhaften Geschwülste. Bd. 3. 1863.
- Вишневецкій. Къ вопросу о физиологическомъ дѣятели предстательной железы. „Русскій Врачъ“ 1909 г. № 46.
- О регенерации предстательнаго отдела уретры примѣнительно къ экспериментальному изученю послѣдствій простатэктомии. Хирур. Арх. Вельяминова. 1911 г. кн. 1-я.
- Wace. Prostat hypertrophie. New-York med. J. 7 jan. 1905; cit. Centrabl. f. K. d. H. Sex. Org. 1905. S. 489.
- Waldeyer. Das Becken. Bonn. 1899.
- Wallace. An Address on tumors of the bladder and enlarged Prostate. The Lancet 1901. V. II. p. 65.
- Remarks on some points in the treatment and morbid anat. of enlarged prostate. Brit. med. J. 1902. V. I. p. 764.
- Medie. Society of London. The Lancet 1903. V. I. p. 1372.
- An anatomical criticism of the procedure known as total prostatectomy. Brit. med. J. 1904. V. I. p. 239.
- Total prostatectomy. Brit. med. J. 1904. V. I. p. 1187.
- Med. Soc. of London. The Lancet 1905. V. I. p. 1268.
- Edinburg Med. Chir. Society. The Lancet. 1905. V. II. p. 1839.
- „Prostatic enlargement“ 1907. Recensio. Brit. med. J. 1908. V. I. p. 924.
- Brit. med. J. 1908. V. II. p. 1812.
- Corresp. Brit. med. J. 1909. V. II. p. 49.
- Total Cases after Prostatect. Edinb. Med. Chir. Soc. The Lancet. 1910. V. I. p. 435.

- Wallace and Page. A note on the sphincteric control of the bladder after prostatectomy. Brit. med. J. 1911. V. II. p. 1405.
- Walker G. Beitrag zur Kenntniss der Anatomie und Physiologie der Prostata nebst Bemerkungen über den Vorgang der Ejaculation. Arch. f. Anat. und Entwicklungsgesch. 1899. S. 313.
- Walker T. The surgical anatomy of the normal and enlarged prostate and the operation of suprapubic prostatectomy. Brit. med. J. 1904. V. II. p. 62.
- T. The limits of Freyer's operation of suprapubic prostatectomy. Brit. med. J. 1904. V. II. p. 1129.
- T. A note on a specimen of bladder and urethra removed two years after suprapubic prostatectomy. Brit. med. J. 1905. V. II. p. 865.
- T. Discussion on the Surgical Anatomy of the Prostate. Anatomical Society of Great Brit. and Ireland. The Lancet 1905. V. II. p. 1690.
- T. On the surgical anatomy of the prostate. J. of Anatomy and Physiologie. 1906.
- T. Corresp. Brit. med. J. 1906 V. II. p. 395.
- Watkins. Case of Freyer's operation. Brit. med. J. 1903. V. I. p. 491.
- Watson. The operative treatment of the hypertrophied prostate. Ann. of Sur. 1904. V. XXXIX. p. 833.
- Some anatomical points connected with the performance of prostatectomy. Ann. of Sur. 1905. V. XLI. p. 507.
- White. Sheffield. Med. Chir. Soc. The Lancet 1900. V. I. p. 465.
- The present position of the surgery of the hypertrophied prostate. Ann. of Sur. 1904. V. XL. p. 782.
- Whiteside. De quelques résultats fâcheux de la prostatectomie périnéale (Amer. J. of Urol. août 1906); cit. An. d. mal. d. org. gen.-urin. 1906. p. 58.
- Weiss. Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Wiener klin. Rundschau. №№ 50 u. 51. 1910; cit. Zeitschr. f. Urol. 1911. Bd. 5. p. 223.
- Wichmann. Anatomische Untersuchungen über die Aetiologie der Prostatahypertrophie. Virchow's Archiv 1904. Bd. 178. S. 279.
- Wiener. Suprapubic prostatectomy without ether or chloroform. Ann. of Sur. 1905. V. XLI. p. 540.
- Prostatectomy in Diabetes. Med. Record 1906; cit. Zeitschr. f. Urol. 1907. S. 165.
- Wiesinger. Über die verschiedenen Methoden des Prostatectomie. Centrbl. f. Chir. № 16. 1910.
- Wildholz. Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. Correspondenzblatt f. Schw. Aerzte. 1906. № 9. S. 277.
- Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Correspondenzblatt f. Schw. Aerzte. 1910. S. 227.
- Wilms. Perineale Prostatectomie mit lateraler Incision. Deut. Zeitschr. f. Chirur. Bd. 104. H. 1. 2. 1910.
- Die Erfolge der nach meiner Methode ausgeführten perinealen Prostatectomien mit seitlichem Schnitt. Mün. med. Woch. 1912. № 47.
- Wossido. Betrachtungen über die Operationstechnik und die Nachbehandlung der Prostatectomia suprapubica. Wien. med. Woch. LXI. № 37. 1911.

- Wulff. Zur Diagnose und Behandlung der Prostatahypertrophie. Med. Klinik. 1909. № 41.
- Prostatahypertrophie mit sehr stark recidivierender Steinbildung. Deut. med. Woch. 1910. № 22.
- Хольцовъ. Повреждения и заболевания предстательной железы. 1909 г.
- Хирургическое лечение при гипертрофии предстательной железы. Русскій Врачъ. 1909 г. №№ 41, 42 и 43.
- О противопоказанияхъ къ двухмоментной надлобковой простатэктомии (Докладъ на X Съездъ Росс. Хир.). Врачебная Газета. 5 июня 1911 г. стр. 821.
- О техникахъ и результатахъ двухъ и трехмоментной простатэктомии. Хирургич. Архивъ Вельяминова. 1911 г. кн. 5-я.
- Шевкуненко. Къ хирургической анатомии colliculi seminalis. Хир. Архивъ Вельяминова. 1913 г. Январь (печатается).
- Ястребовъ. Къ вопросу объ измененияхъ въ строении предстательной железы и мочевого пузыря у стариковъ. Дисс. СПб. 1901 г.
- Федоровъ. Обь оперативныхъ вышательствахъ при опухоляхъ мочевого пузыря. Русскій Хирургическй Архивъ. 1903 г. кн. 5-я.
- Хирургическое лечение гипертрофии предстательной железы. VIII Съездъ Россійскихъ хирурговъ. Москва. 1908 г.
- Young. Conservative perineal prostatectomy. Ann. of Sur. 1905. V. XLI. p. 549.
- A report of one hundred consecutive perineal prostatectomies without a death. The J. of the Amer. med. As. 1908. V. 50. p. 518.
- Brit. med. J. 1908. V. I. p. 958.
- Le cancer de la prostate. Analyse clinique, anatomo-pathologique et postopératoire de 111 observ. An. d. mal. d. org. gén.-urin. 1910. V. II. № 19 & 20.
- Замуравкинъ. Къ вопросу о хирургическомъ лечении гипертрофии предстательной железы. Военно-Мед. Журналъ. Июнь. 1912 г.
- Зерновъ. Руководство описательной анатомии человека. 1898 г.
- Zuckerkancl. Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata. Wien. klin. Woch. № 44.—1903.
- Über die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata. Wien. kl. Woch. 1907. № 40.
- Osservazioni cliniche sul trigono vescicale. Estratto della Riv. Urol. 1910. 15/IV. An. I. № 2.
- Resultate der Prostatectomie. Wien. med. Woch. LXI. № 37, 38.—1911.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Удалить предстательную железу через пузырь тупымъ способомъ невозможно.
2. Подъ полнымъ удаленіемъ предстательной железы нужно понимать удаленіе ея вмѣстѣ съ ея фасціальнымъ покровомъ.
3. Спинномозговая анестезія заслуживаетъ широкаго примѣненія.
4. Застойная гиперемія по Bier'у въ леченіи нѣкоторыхъ хирургическихъ заболѣваній часто оказываетъ хорошіе услуги.
5. Наблюдаемый иногда послѣ операціи геморроя по способу Whithead'a выворотъ наружу хотя бы небольшой части слизистой уменьшаетъ эффектъ этой операціи.
6. Мазь изъ 6% Scharlachroth'a, примѣняемая при ожогахъ, способствуетъ болѣе быстрому закрытію обожженныхъ поверхностей эпителиемъ, въ особенности при существованіи на нихъ отдѣльныхъ островковъ послѣдняго.
7. Внутреннее примѣненіе пивныхъ дрожжей при фурункулезѣ заслуживаетъ вниманія.

CURRICULUM VITAE.

Аристарх Прокофьевич Гриненко, сын купца, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ Харьковской губ. въ 1873 году. Среднее образованіе получилъ въ Сумской Александровской гимназій. Въ 1891 году поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію. По окончаніи въ 1897 году курса наукъ въ Академіи со степенью лекаря съ отличіемъ, былъ земскимъ участковымъ врачомъ сначала въ Полтавской губ., а затѣмъ въ Харьковской. Съ ноября 1900 года по мартъ 1901 г. занимался въ клиникѣ профессора Ратимова, послѣ чего поступилъ на службу въ городскую больницу Св. Маріи Магдалины въ С.-Петербургѣ, гдѣ занималъ должность ассистента больницы до 1904 года, когда въ январѣ этого года во время русско-японской войны былъ призванъ изъ запаса на дѣйствительную службу и назначенъ во Владивостокъ младшимъ врачомъ Владивостокской крѣпостной артиллеріи. По окончаніи военныхъ дѣйствій въ декабрѣ 1905 года возвратился на мѣсто своей прежней службы, въ больницу Св. Маріи Магдалины, гдѣ и занимаетъ въ настоящее время должность амбулаторнаго врача.

Экзамены на степень доктора медицины сдалъ въ 1909—1911 г. при Императорской Военно-Медицинской Академіи.

Имѣеть слѣдующіе печатные труды:

1. „Случай ущемленной правосторонней предбрюшиннопаховой грыжи у крипторхитика“. Больничная газета Боткина 1901 г.
2. Совмѣстно съ докторомъ А. М. Рыбакъ: „Примѣненіе спинномозговой анестезіи въ хирургическомъ отдѣленіи городской больницы Св. Маріи Магдалины въ С.-Пбургѣ“. Хирургической Архивъ Вельяминова 1912 года.
3. Настоящую работу подъ заглавіемъ: „Къ вопросу о полномъ удаленіи предстательной железы при, такъ называемой, гипертрофій ея“, представляетъ въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.

ОБЪЯСНЕНИЕ КЪ РИСУНКАМЪ.

Таблица I.

- Рис. 1. Микрофотография; ув. въ 150 разъ; срѣзь взятъ изъ удаленной „железы“ (препаратъ подъ № 23); железистая ткань представляется въ видѣ всевозможной формы и величины полостей по большей части пустыхъ съ ясно сохранившимся выстилающимъ ихъ эпителиемъ.
- Рис. 2. Тоже; ув. въ 500 разъ; часть того же препарата; виденъ ясно сохранившійся эпителий, выстилающій железистую полость.

Таблица II.

- Рис. 3. Микрофотография; ув. въ 100 разъ; поперечный срѣзь взятъ изъ удаленной „железы“ (препаратъ подъ № 25); видны: уретра (у) съ ея эпителиемъ (э) и располагающіеся возлѣ нея аденоматозные узлы (а), железистая ткань которыхъ представляется въ видѣ всевозможной формы и величины расширенныхъ полостей съ выступающими въ просвѣтъ ихъ сосочками (особенно слѣва на рисункѣ).
- Рис. 4. Тоже; ув. въ 20 разъ; рисунокъ представляетъ собою сагитальный срѣзь черезъ верхнюю часть железы казди отъ уретры, справа виденъ переходящій мочевого пузыря (п) въ уретру (у), непосредственно возлѣ послѣдней (справа и внизу на рисунокѣ) располагается группа расширенныхъ железистыхъ полостей (а), отгѣсняющая вверхъ и кади (на рисунокѣ вверхъ и влѣво) поперечно-перерѣзанный внутренней гладкій сфинктеръ, кади (влѣво на рисунокѣ) отъ этой группы расширенныхъ железокъ видна сдвинутая ткань самой железы (ж), и наконецъ еще слѣва перерѣзанный сѣменной пузырекъ (с).

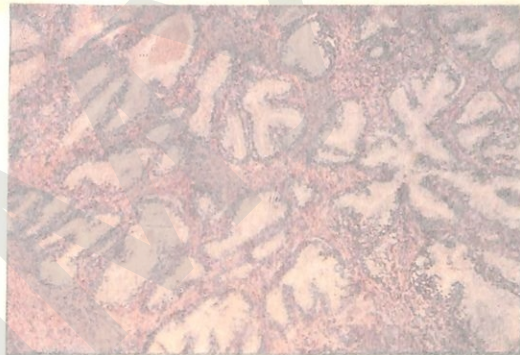


Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

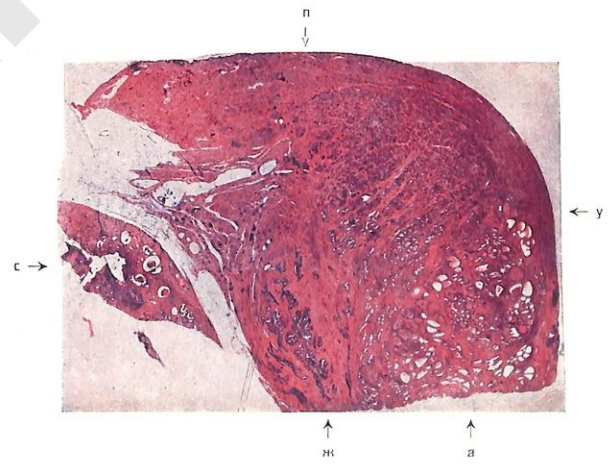


Рис. 4.