

В-19
4638

616.6
В-19

Серія докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно - Медицинской Академіи въ
1912—1913 учебномъ году.

7-НОЯ 2012

№ 26.

БИБЛИОТЕКА
Харьковского Медич. Інституту
№ ~~4638~~
Шифр ~~В-19~~

53

ЗАБОЛѢВАНІЕ ПЕРЕВІРНОГО 1936
СЪМЯННОГО БУГОРКА.

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

4-136
1914

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

А. И. Васильева.

Библиотека-Чит. зал
Учеб. Зап. Библ. Харьк. Мед. Инст.
~~1713 16778~~
Шифр. дсс. _____
каттер _____

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: профессора
С. П. Федоровъ и Т. П. Павловъ и прив.-доц. В. Н. Шевкуненко.

Получено
1966 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отдѣльнаго Корпуса Жандармовъ, В. Вульфа уз., 23.
1912.

1950

Поручет-60

7 - NOV 2012

82 M

ЦИНАРКОДАС

Докторскую диссертацию автора А. И. Васильева под заглавием: «Заболвание сфинктера мочевого пузыря у мужчин», по специальности «Урология» было представлено в ИМПЕРАТОРСКОМУ Военно-Медицинскую Академию 500 экземпляров ее и 100 сброшюрованных с заглавным листом экземпляров: 1) сургислим vitae автора диссертации, 2) авто-реферата ее, 3) выводов из диссертации и 4) положений (theses), при нем. 175 экземпляров диссертации и все 100 брошюр должны быть доставлены в канцелярию конференции Академии, а остальные экземпляры диссертации — в библиотеку Академии.

С. Петербург, 23 ноября 1912 года.

Ученый секретарь, профессора, статский советник М. Павлов.

ИМПЕРАТОРСКОМУ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМУ УЧЕБНОМУ ЗАВЕДЕНИЮ

КАНЦЕЛЯРИИ КОНФЕРЕНЦИИ

№: _____
 ПАУЛ СЛКА

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	стр.
Краткий исторический очерк развития учения о заболва- нии сѣм. бугорка	1
Анатомический очерк строения сѣм. бугорка и органов, заключенныхъ въ немъ	8
1. Эмбриология	8
Основы мочеполювой системы	8
Роль протоковъ при развитіи половыхъ органовъ	9
Uth. mass. и органы, развивающіеся изъ него по Деву	10
Uth. mass. взрослого есть rudimentъ uther. prim.	11
2. Постепенное развитіе Col. sem. со времени утро- ной жизни до в. пош. возраста и строеніе Col. sem.	14
3. Анатомія задней части Urethr'a вообще и въ част- ности строеніе Col. sem. у взрослыхъ	17
Макроскопическая анатомія. Pars prostatica и p. membran. Col. sem.	17
Fossa prostataica	18
Отверстіе Col. sem. и ихъ взаиморасположеніе	22
Макроскопическая анатомія Col. sem.	24
Uth. masculinus	26
Форма и величина полости Uth. mass.	26
Слѣпки Uth. mass.	29
Ductus e-jrii	31
Направленіе d-us e-jrii	32
Форма и развитіе d-us e-jrii	34
Строеніе d. e-jrii	35
Сосудистая система Col. sem.	35
Нервная система Col. sem.	36
Уретроскопія	39
1) Инструментарій и техника	39
Уретроскопы	40
Уретроскопы съ увеличительнымъ стекломъ	47
Уретроскопы Wossido	48
Приготовленіе уретроскоповъ	48
Инструментарій, необходимый при Уретроскопіи	49
Техника уретроскоп. изслѣдованій задней части канала по- лового и Col. sem. въ частности	58

№: _____
 ПАУЛ СЛКА

Специальное местное лечение	243
Эндотеранія консервативная	244
» оперативная	248
Возможность осложнений при эндотераніи	251
Исходъ лечения	252
Отдаленные результаты лечения	254
Заключеніе	254
Литература	

Краткій историческій очеркъ развитія ученія о заболѣваніи сѣмянъ бугорка.

Въ мужской мочеиспускательный каналъ открываются двѣ системы разнородныхъ важныхъ для жизни органовъ.

Одна—система мочевыхъ органовъ, служащая для удаленія изъ организма продуктовъ отработанныхъ, сдѣлавшихся для него лишними, негодными и даже вредными, ибо задержка ихъ вызываетъ тяжелое, часто смертельное отравленіе человѣка, извѣстное подъ именемъ уремій.

Другая система — система половыхъ органовъ, вырабатываетъ элементы, обладающие въ соединеніи съ элементами женскими особеннымъ свойствомъ: изъ двухъ клѣтокъ, соединенныхъ въ одну въ женскомъ организмѣ, давать новый индивидуумъ.

Соединеніе этихъ системъ происходитъ въ простатической части канала. На задней стѣнкѣ послѣдняго, на перекресткѣ ихъ, виситъ небольшой холмикъ, названный еще въ 1668 году Regnerus de Graafомъ куликовой головкой.

Это странное названіе дано авторомъ за сходство холмика и прилегающей къ нему длинной и тонкой складки съ головкой кулика, имѣющаго тонкій и длинный клювъ; складка слизистой и напоминала автору этотъ клювъ.

Впоследствии входят въ практику новые синонимы: *veru montanum*, *Colliculus seminalis*, *cristae urethrae* и очень рѣдко встрѣчающійся *Caruncula urethrae* *Bauchini*.

Въ настоящее время чаще всего встрѣчаются первыя три названія, а изъ нихъ «*Colliculus seminalis*» является болѣе излюбленнымъ авторами.

Въ 1818 году Е. Нотте, первый изъ клинiciansовъ, обратилъ вниманіе на этотъ маленький холмикъ, признавъ его виновникомъ особаго заболѣванія, описаннаго имъ подъ именемъ «болѣзненное пораженіе предстательной железы».

«Боли, говорит Номе, бывают до того сильны, что со словъ пациента можно написать цѣлый томъ. Эти боли выносятся только въ лежачемъ положеніи».

Такъ какъ боли усиливаются вслѣдствіе задержанія мочи, а, кромѣ того, въ это время къ нимъ присоединяется судорожное сокращеніе мочеиспускательнаго канала, то страданіе это легко можетъ быть принято за стриктуру уретры. Введеніе бузга вызываетъ боли до чрезвычайности.

Причины страданія кроются: 1) въ половых изліященіяхъ; 2) въ прижигающихъ вспрыскиваніяхъ при трипперѣ и при болѣзняхъ предстательной железы; 3) и, наконецъ, въ непотрѣнной верховой ѣздѣ.

Сущность болѣзни заключается въ ограниченномъ воспаленіи куликовой головки*.

Возможно, что это предположеніе Номе'a и заставило анатомовъ заняться изученіемъ Col. sem.

Въ 30-хъ годахъ прошлаго столѣтія появляется рядъ работъ Weber'a, Huschke, Лейкера, Kretzschmar, Morgagne, Boetza, Deen'a и др., проливающихъ свѣтъ на эмбриональное развитіе Col. sem. и заключеннаго въ немъ органа Utricularus masculinus, sive vesicula prostatica, sive Sinus proclaris sive Organ. Weberi, названнаго въ честь описавшаго его автора. Kölliker, Sarrey, Robin, Cadiat, Сазидцевъ и др. подробно описываютъ макро- и микроскопическое строеніе его и инороднаго тѣла въ немъ.

Не довольствуясь анатомическимъ изученіемъ, авторы пытаются опредѣлить, вѣрнѣе предположить, и физиологическую функцію сѣмяннаго бугорка. По Henle функція его наступать при coitus†: имѣя въ стромѣ большое количество кавернозной ткани, Col. sem. набухаетъ при эрекціи, получается своего рода барьеръ, препятствующій прохожденію сѣмени въ мочевую пузырь.

Мнѣніе это и до сихъ поръ, видимо, считается за неопровержимую истину; по крайней мѣрѣ, мы встречаемъ его даже въ последнемъ изданіи физиологіи Gley'a.

По Sarrey за счетъ полости Uthr. masc. *) расширяются просветы d-um. ej.-gogum **) при выбрасываніи сѣмени.

*) Utricularus masculinus.

**) Ductus ejaculatorius.

Пока работали анатомы, клиницисты стали забывать о Номе'овской формѣ; такъ, Барделебенъ въ своемъ руководствѣ частной и оперативной хирургіи говоритъ уже о какомъ то сомнительномъ заболѣваніи, описанномъ Номе'омъ.

Съ введеніемъ, а главнымъ образомъ, съ усовершенствованіемъ уретроскопа снова начинается проявленіе интереса къ заболѣванію сѣмяннаго бугорка. Практики вочую начинаютъ убѣждаться въ возможности болѣзненныхъ измѣненій на Col. sem. Во главѣ всѣхъ нужно поставить Grünfeld'a.

Онъ конструировалъ болѣе легкія и удобныя уретроскопы, и прежніе громоздкіе аппараты, которыми, кромѣ авторовъ, наврядъ ли кто пользовался, постепенно отходятъ въ область забвенія.

Grünfeld, по-истинѣ, можетъ считаться отцомъ уретроскопіи. Онъ первый заговорилъ и о патологіи Col. sem., первый описалъ картину болѣзнь органа и первый предложилъ мѣстное леченіе его.

За нимъ идетъ рядъ авторовъ: Oberländer, Kollmann, Подрезъ и др., отмѣчавшихъ тѣ или иные измѣненія на Col. sem. и устанавливавшихъ связь этихъ измѣненій съ субъективными жалобами больныхъ.

Наблюдатели не довольствовались макроскопическимъ описаніемъ, а производили и микроскопическое изслѣдованіе больныхъ органовъ. Finger, въ 1896 г. производя систематическое изслѣдованіе, въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, всѣхъ мужскихъ труповъ въ прозекторской залѣ проф. Weichselbaum'a въ Рудольфской больницѣ, описалъ гистологическую картину хроническихъ процессовъ на Col. sem. Къ этой единственной работѣ нужно прибавить еще изслѣдованіи Oberländer'a, которая касалась, правда, болѣе другихъ частей канала, чѣмъ интересующаго насъ органа.

Въ работѣ этихъ двухъ авторовъ и до сего времени заключается вся патологическая гистологія Col. sem. Потребность въ мѣстномъ леченіи и, по всей вѣроятности, отсутствіе уретроскопической техники натолкнули Даллеманна на мысль устроить для леченія спертатореи особый прижатель, имѣющій въ настоящее время только историческое значеніе.

Р. Tillaux въ своемъ руководствѣ говоритъ: «Основываясь на вышеприведенныхъ анатомическихъ данныхъ, я предлагаю для этой операціи слѣдующіе пріемы: сначала инструменты вводятся въ мочевую пузырь, а затѣмъ онъ вытяги-

вается постепенно до тех пор, пока конец инструмента не будет находиться в шейке. Так как чашечка в прижатом состоянии находится на 15 мм. от конца, то следует ввести конец инструмента на 3 см., начиная от шейки пузыря, что определяется движениями на рукоятке. Если в таком положении открыть чашечку прижигателя, то можно быть уверенным, что дикарственное вещество соприкоснется с выбрасывающими протоками.

Энергически прижигания «в темную» наши немногие последователи Лаллемана

До 1908 года можно найти в литературе немало авторов, отмечавших заболванье Col. sem., но замечки эти носят «мимоходный характер», только с 1908 года начинают появляться работы, посвященные этому вопросу (Wossidlo, Орловский, Вуергер, Михайлов, Зданович и др.).

На первом и втором урологич. съездах члены начинают интересоваться этим вопросом, а на третьем съезде уже горячо дебатировать его. Этому немало способствует развитие ирригационной уретроскопии, благодаря чему у Col. sem. иногда удается увидеть причудливая разрастания, ускользавшие раньше от внимания урологов.

Goldschmidt, Wossidlo, Вуергер, Schlenzki зарисовали изображения патологически измененного Col. sem. и представили их в виде таблиц в соответствующих работах.

На заседаниях Российского Урологического Общества в течение 1908—1910 года д-р Лежнев, первый в СПб., несколько раз демонстрировал присутствующим полинообразные разрастания на с.м. бугорке, которые причинял т.к. или другим субъективным ощущениям пациентов.

Авторы, сопоставляя жалобы больных с патологическими изменениями на с.м. бугорке, и наблюдая улучшение субъективных ощущений при постепенном исчезновении последних под влиянием местного лечения, приходят все больше и больше к заключению, что Col. sem. действительно является причиной той формы заболвания, которое ялет под названием «половая неврастения» и характеризуется различными расстройствами в общей нервной системе и нервах половой сферы (в виде ауто, жара, иррадирующих болей и т. д.), и различными ненормальностями как в сфере мочевоы, так и в половой жизни.

Rosenberg говорит, что, благодаря уретроскопии, представляется возможность легко обнаружить изменения на Col.

sem., вследствие этого диагноз половых неврозов терять свою неопределенность и источник их должно искать в Col. sem.

Создаются теории (П. А. Михайлов, Зданович), объясняющие появления слабости на почве заболвания с.м. бугорка: застой крови в задней части канала, главным образом, в с.м. бугорке, вызывает отек в этих тканях; постыдй, безпрерывно и сильно раздражая нервные окончания, заложенные там (N. erig.), истощает их и лишает их обычной возбудимости, результатом чего является половая слабость, часто возобновляющаяся после соответствующего лечения.

Наблюдения Wossidlo указывают, что это заболвание иногда проявляется в такой тяжелой форме, что может дать повод к серьезным диагностическим ошибкам.

Автор приводит историю больного пациентом, присланного к нему после долгого странствования изь от одного врача к другому, сь готовым диагнозом: один — сь пиаэтомом, другой — сь опухолью пузыря.

Тщательное и всестороннее исследование убедило автора в заболвании только с.м. бугорка, а соответствующая терапия уничтожила симптомы пиаэнта и tumor'a.

Итак, мы видим, что, кроме нервных расстройств, могут быть тяжелые симптомы при страдании Col. sem.

На основании литературных данных и собственных наблюдений, нам кажется, мы постепенно подходим к Номе'овской форме «болкнианного поражения предст. жел.», но только в большем масштабе и под другой вывеской — «колдкунит или воспаление veri montanae». Это название мы встречаем, возможно даже впервые, у Emile Forgue.

Номе, локализуя очаг болкнии в Cap. galin., дал заболванью другое название, указывая на болкнианное поражение предст. железы; очевидно, одно заболвание он не хотел отделять от другого, иными словами, процесс, проявлившийся сь болкнианной интенсивностью в Col. sem., совпал сь и изменениями в предст. железе. Современная наблюдения указывают на подобное соотношение. Это дает право некоторым авторам оспаривать причину заболвания.

Notthafft, описавший большой материал простатитов, отмечает вышеописанный расстройство в зависимости от постыдних Porosz, называя с.м. бугорок «der arme Sündenbock», является горячим противником заболвания его; все половым расстройством он объясняет только слабостью мышц

предстательной железой и несовершенством ихъ дѣятельности. Съ помощью фарадическаго тока онъ восстанавливаетъ функцию, и всѣ расстройства исчезаютъ почти въ томъ же порядкѣ, въ какомъ они появились. Онъ пишетъ: «интереснымъ указаніемъ на постоянно прогрессирующее ухудшеніе служили намъ также сновидѣнія во время ночныхъ поллюцій. Страдающіе ночными поллюціями больные въ большинствѣ говорятъ, что у нихъ поллюція наступаютъ обычно безъ сновидѣній. Во время леченія поллюціи начинали сопровождаться и соответствующими снами. Дѣло шло обыкновенно слѣдующимъ образомъ: пациентъ видитъ, напр., женщину, которая ему нравится, и у него наступаетъ сразу поллюція; поздѣе къ этому присоединяются объята и поцѣлуи; потомъ уже нужны некоторыя приготовления къ половому акту для того, чтобы вызвать поллюцію: еще поздѣе сѣмя извергается лишь въ то время, когда больной (во снѣ) готовится ввести членъ. Очень часто сновидѣнія, раньше вызывавшія поллюціи, теперь проходятъ безъ нихъ.

Потомъ наступаетъ періодъ, когда во время ночной поллюціи переживаемый во снѣ половой актъ уже снится до конца. Въ началѣ онъ заканчивается послѣ 1—2 фрикціи, потомъ тянется еще дольше, а въ концѣ уже никакой поллюціи не бываетъ, несмотря на очень живо приснившіяся, какъ доведенный до конца, половой актъ. Проснувшійся больной пишетъ слѣдующее «поллюціи», но ничего не находить».

Такъ красиво и картинно описываетъ Rogosz постепенное ухудшеніе у своихъ больныхъ!

Rogosz, отрицая участіе сѣм. бугорка въ дѣлѣ развитія половой неврастеніи, къ сожалѣнію, въ своемъ трудѣ «Половая жизнь» не указываетъ на уретроскопическія наслѣдованія.

Если бы послѣдній былъ, то къ несовершенству простаты ему во многихъ случаяхъ пришлось бы прибавить и измѣненія на сѣм. бугоркѣ.

Улучшеніе болѣзненныхъ явленій послѣ фарадизаціи простаты не есть еще доказательство, что только она одна является причиной страданій тѣхъ несчастныхъ пациентовъ, которые блуждаютъ отъ одного врача къ другому, не находя облегченія.

Если прійти въ вниманіе опыты К Schindler'a, то станетъ ясно, что фарадическій токъ, укрѣпляя тонусъ простаты, является раздражителемъ и для сѣм. бугорка, и для Vas. def., и для Vesic sem., а, слѣдовательно, и сѣмявыбрасывающихъ протоковъ.

На раздраженіе эти органы отбѣчаютъ сокращеніемъ своихъ / мускульныхъ волоконъ.

Col. sem. массируется, вѣрнѣе аутомассируется, и воспалительныя явленія постепенно исчезаютъ.

Еще разъ повторимъ, что если бы Rogosz изслѣдовалъ уретроскопомъ во время леченія, онъ нашелъ бы улучшеніе и въ сѣм. бугоркѣ.

Отрицать то, чего не видишь, дѣло не трудное.

Теорія Rogosz'a о несовершенствѣ простаты должна сыграть значительную роль въ дѣлѣ ученія о «Колликулитѣ». Она является для урологовъ сдерживающимъ оръдіемъ увлеченія авенюмъ и заставляетъ всесторонне изучать какъ физиологію, такъ и патологию сѣм. бугорка.

Мы надѣялись, что у урологовъ, находившихъ измѣненія въ сѣм. бугоркѣ, возрастаетъ интересъ къ заблѣванію его, но рѣшеніе этого вопроса, намъ кажется, придетъ къ концу только тогда, когда невропатологи и урологи пойдутъ рука объ руку; когда увеличатся число наблюдений и число работъ по этому вопросу; когда анатомы и физиологическія познанія, которыя имѣются у насъ въ настоящее время и которыя при сравненіи съ клиническими наблюденіями являются недостаточными, будутъ расширены.

Въ настоящее время мы уже имѣемъ солидное дополненіе къ анатоміи Col. sem.

Многоуважаемый В. Н. Шевкуенко, благодаря своему богатому анатомическому матеріалу, даетъ клиницистамъ болѣе точное и опредѣленное представленіе о формѣ, величинѣ и постоянствѣ Uthg. masc., о направленіи сѣмявыбр. протоковъ и измѣненіи ихъ въ зависимости отъ возраста, о расположеніи и отношеніи отверстій Uthg. masc. и ductus'овъ.

Мы съ особымъ удовольствіемъ пріяли предложеніе многоуважаемаго проф. С. П. Федорова заняться вопросомъ о заблѣваніи сѣм. бугорка.

Въ нашемъ распоряженіи имѣется 680 случаевъ патологическихъ измѣненій на сѣм. бугоркѣ, отбѣченныхъ главнымъ образомъ при помощи Valentín'овскаго эндоскопа и пробирныхъ въ некоторыхъ случаяхъ ирригаторными уретроскопомъ Goldschmidt'a.

Матеріалъ заимствованъ изъ Урологическаго амбулаторія Госпитальной Клиники проф. С. П. Федорова, изъ урологическаго отдѣленія Ник. В. Госпиталія (завѣдующій Н. О. Деж-

нэвъ); изъ частнаго Урологическаго Института (завѣд. В. А. Горашъ), изъ амбулаторіи Городской Алафузовской больницы (завѣд. Н. С. Перешивкинъ) и нѣскольکو случаевъ изъ своей практики.

Анатомическій очеркъ строенія сѣмяннаго бугорка и органовъ, заключенныхъ въ немъ.

1) Эмбриологія.

Основы мочеполовой системы.

Чтобы яснѣе представить эмбриональное развитіе *Col. sem.*, мы невольно должны уклониться въ сторону и сказать нѣсколько словъ и о тѣхъ органахъ, которые играютъ роль въ дѣлѣ развитія его.

У Гертвига мы читаемъ, что основу будущей мочеполовой системы составляютъ 3 пары каналовъ: 1) протоки первичныхъ почекъ—Вольфовы протоки; 2) Мюллеровы каналы, 3) мочеточники и 4) пары железистыхъ образований, а именно: первичная почка, надпочка, постоянная почка и половой железъ.

По этому автору, у 8-недѣльнаго человѣческаго зародыша, когда еще нѣтъ достаточныхъ данныхъ, опредѣляющихъ принадлежность его къ тому или другому полу, тогда железистыя образования лежатъ по обѣмъ сторонамъ поясничной части позвоночника такъ, что впереди всего находится постоянная почка въ видѣ бобовиднаго тѣла; на нее налегаетъ очень большой надпочечникъ; латеральнѣе къ послѣднему прилежатъ первичная почка—Вольфово тѣло—въ видѣ удлиненной узкой полосины—брыжжевка первичной почки. На нижнемъ концѣ почки имѣется вторая подобная складка, идущая къ паховой области и впоследствии превращающаяся у мужчинъ въ *gubernaculum Hunteri*, а у женщинъ въ *ligam. teres uteri*.

Медальнѣе первичной почки лежатъ овальныя маленькія тѣльца, будущіе яичники и яички. Они также имѣютъ собственную брыжжейку (*mesorchium, mesovarium*), соединяющую ихъ съ первичной почкой.

Мы оставляемъ въ сторонѣ мочеточники и переходимъ къ Мюллеровымъ и Вольфовымъ протокамъ. Первые имѣютъ свою

закладку (начало) у первичной почки, на переднемъ концѣ ея съ латеральной поверхности. На этомъ мѣстѣ вначалѣ появляется желобокъ, выстланный цилиндрическимъ клетками; дальнѣе желобокъ переходитъ въ эпителиальный тяжъ, затѣмъ онъ отпиуровивается отъ перитонеальнаго эпителия; образуется слѣпая краивальная часть Мюллера протока, прилегающей къ висцеральной стѣнкѣ протока первичной почки. Протокъ постепенно увеличивается въ длину, прилега своимъ заднимъ концомъ къ протоку первичной почки, пока не достигнетъ клоаки, куда и открывается свободнымъ концомъ.

У 8-недѣльнаго зародыша выводные протоки тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, причѣмъ Мюллеровы каналы лежатъ обычно впереди всѣхъ; по мѣрѣ приближенія ихъ къ тазу послѣдніе подходятъ другъ къ другу тѣснѣе, ближе къ средней линіи, и идутъ медальнѣе протоковъ первичной почки, тогда какъ раньше они лежали латеральнѣе; затѣмъ они располагаются свяди послѣднихъ.

Въ маломъ тазу эти 4 протока составляютъ генитальный тяжъ, къ нему прилежатъ и пупочная артерія.

Центрально расположенные и плотно прилегающіе другъ къ другу Мюллеровы протоки теряютъ медальную стѣнку, образуя одну трубку—*sinus genitalis*. Послѣдній вмѣстѣ съ протоками первичныхъ почекъ переходитъ въ *sinus uro-genitalis*, который въ свою очередь открывается въ остатокъ клоаки перѣдъ копчиковой кишкой.

По мѣрѣ роста плода и дифференціаціи пола протоки при-Роль протоковъ при развитіи пол. органахъ.

Вольфовы протоки постепенно переходятъ въ *vas. def.*, передній отдѣлъ первичной почки переходитъ въ *epididymis*, а задній редуцируется въ *paradidymis*. У женскихъ особей передній отдѣлъ превращается въ придатокъ яичника (*parovarium*), задній редуцируется въ *paroorchion*, а самъ протокъ остается въ видѣ мало замѣтнаго образования въ широкой маточной связкѣ, сбоку матки.

Средняя часть Мюллера протока, заложенная въ бошиную складку, у женскихъ особей превращается въ яйцеводъ съ трубной воронкой; часть периферическая, заключенная въ генитальный тяжъ, идетъ на образование матки и влагалища; у краивальной части образуется мюллерова гингала—маленькій цуамрекъ, соединенный ножкой съ бахромою яйцевода.

У мужскихъ особей послѣдняя часть протока остается на

придатки яичка въ видѣ стебельчатой гидатиды, высланной внутри мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

Средняя часть исчезаетъ безслѣдно, а периферическая остается въ видѣ *utricleus masculinus*.

Uthr. masc. Деенъ ту часть Мюллеровыхъ ходовъ, которая заключена въ генитальномъ тѣлѣ, называетъ первичной, основной развивающейся изъ матки, различая въ ней всѣ составныя части ея—зѣвъ, пологость, стѣнки и дно.

При этомъ авторъ, проведя многочисленныя наблюденія надъ зародышами животныхъ и человѣка, отмѣтилъ большую величину ея у будущихъ мужскихъ особей, чѣмъ у женскихъ.

Пытаясь опредѣлить причину появленія *Col. sem.*, авторъ пришелъ къ тому заключенію, что послѣдній развивается именно изъ первичной матки.

Способъ развитія оны описываетъ такъ: «Въ нижней или задней части зѣва первичной матки образуется сперва складка, которая вдаётся въ заднюю стѣнку *canalis pro-genitalis* въ видѣ продольнаго выдвиганія—это будущій *Caput gallinag.*»

Зѣвъ первичной матки, по Деену, у мужскихъ особей значительно уже, чѣмъ у женскихъ.

Стѣнки, составляющія его, не равны: передняя или верхняя узка и надъ зѣвомъ находится, какъ бы, въ патаутомъ состояніи; задняя—значительно шире.

Послѣдняя, чтобы уместиться въ узкомъ зѣвѣ, должна непременно сдѣлать складку, которая будетъ тѣмъ больше, чѣмъ уже зѣвъ.

У мужскихъ особей зѣвъ первичной матки уже и складка рѣзче выдѣляется, а у женскихъ она слабо выражена: обычно въ видѣ 2-хъ едва замѣтныхъ складочекъ, намѣчающихъ границы будущего расщепленія *Canalis uro-genitalis* на уретру и влагалище.

Это обстоятельство служитъ для автора убѣдительнымъ доказательствомъ того, что складка развивается изъ стѣнки зѣва и способомъ вышеописаннымъ, такъ какъ въ это время нѣтъ ни одного органа, который бы могъ вліять на образованіе ея. Поэтому Деенъ говоритъ: 1) гдѣ есть нормальный *uterus primar.*, тамъ есть и нормальный *Caput gallinag.* 2) послѣдній находится даже у очень раннихъ зародышей будущихъ самцовъ-кроликовъ.

Uther. prim. содѣйствуетъ также и развитію простаты и сѣмян. пузырьковъ. Въ то время, когда *Uther.* еще великъ, въ

нижне-заднемъ отдѣлѣ его, гдѣ онъ переходитъ въ уретру (авторъ называетъ это мѣсто *radix prostat.*) между *tunica muscosa et cellulosa uteri*, является простата въ видѣ едва замѣтной железистой ткани, впоследствии вырастающей вверхъ и назадъ въ *Uthr. masc.* и окружающей его по направлению вверхъ въ уретру.

Изъ *uther. prim.* снаружи складки—*caput. gallinag.*—начинаютъ, почти одновременно съ простатою, развиваться и сѣмян. пузырьки, распространяясь между тѣми же слоями.

Prostata и *vesicul. sem.* развиваются быстро и энергично, чѣмъ *uther.*: послѣдній не только отстаетъ въ своемъ развитіи, но постепенно начинаетъ рудиментироваться.

Авторъ, послѣдую зародившей животнымъ въ періодѣ, когда трудно различить полъ, нашелъ, что протоки Вольфовыхъ тѣлъ, будущіе *vasa deferentia*, открываются у дна первичной матки.

У животныхъ же взрослыхъ, съ низкою степенью развитія половыхъ органовъ (кроликовъ, зайцевъ и др.), протоки открываются уже въ нижней части передней стѣнки матки, тогда какъ у млекопитающихъ съ хорошо развитыми половыми частями *vasa def.* открываются въ *caput. gallinag.*

На основаніи вышесказаннаго сравнительнаго расположенія *vasa def.* авторъ предполагаетъ, что перемѣщеніе послѣднихъ въ эмбриональной жизни, по мѣрѣ развитія зародыша, происходитъ по передней стѣнкѣ, такъ какъ по задней этому процессу сильно мѣшали бы простата и сѣм. пузырьки.

По мѣрѣ развитія простаты и сѣмян. пузырьковъ передней отдѣлъ *uterus'a* проникаетъ между нижними отдѣлами *vasorum def.*, вслѣдствіе чего послѣдніе постепенно отходятъ другъ отъ друга и приближаются къ развивающемуся *vesicul. sem.*, наконецъ соединяются съ ними; часть протока, лежащая впереди отъ мѣста слиянія, заключающая большую частью въ *cap. gallin.*, и есть *ductus ejaculat.*

Задняя стѣнка *uther.* постепенно приближается къ передней *Uthr. masc.* вольдѣстьное *ostium* его либо совершенно закрывается, либо взрослого остается въ видѣ маленькаго отверстія; самъ органъ такимъ образомъ постепенно уменьшается, становится рудиментарнымъ, тогда какъ стѣнка канала надъ будущимъ *col. sem.* развивается, увеличивая строму послѣдняго. Что *uther. mascul.* дѣйствительно является рудиментомъ первичной матки, это доказали и другіе еще до изслѣдованія Деенъ'a. Первымъ изъ нихъ былъ Веберъ, — въ память его, какъ мы уже раньше говорили, этотъ органъ и называется его именемъ.

рудимент *uther. prim.*

Мы считаем уместным привести здесь те доказательства, которые послужили прочным основанием, чтобы признать *utric. masc.* за рудимент перичной матки.

Weber на съезде натуралистов в Брауншвейге, в сороковых годах прошлого столетия, демонстрировал найденную им у самца бобра в брюшной складке между пузырем и правой кишкой опухоль, которая всеми присутствующими на съезде была признана за другую матку.

Впоследствии и Husehke описал подобную матку у самца кролика. Найденны были рудиментарная матка у жеребцов, псов, котов, боровов. Прямое наблюдателями отмечалось, что у жеребцов устье матки в зародышевой жизни открыто, с возрастом же совершенно зарастает, тогда как у котов, псов и боровов оно почти всегда закрыто с самого начала.

Weber говорит, что у новорожденных кроликов на столько велико сходство между женскими и мужскими половыми органами, что полъ можно отличить только по присутствию *vas. def.* и фаллопиевых трубъ.

Да и у гермафродитов (мужичья), по Weber'y, можно также доказать, что имбция у них матка есть не что иное, как хорошо развитый *utric. masc.*

Описанная Аккерманомъ матка у мужского гермафродита имѣла не только положение *vesiculae prostaticae*, но даже у устья матки открывались съвивающаеся протоки, какъ они обыкновенно открываются въ *caput gallinag.*

Проф. Breit въ Тюбингенѣ въ 1850 г. представилъ Boetz'y рѣдкій экземпляръ 8-мѣсячнаго мертворожденнаго плода, у котораго при почти нормальныхъ наружныхъ половыхъ органахъ имѣлась матка, какъ нельзя болѣе свидетельствующая, какія измѣненія встрѣчаются во внутреннихъ мужскихъ половыхъ органахъ въ зависимости отъ недостаточнаго обратнаго развитія перичной матки, это во-первыхъ; во-вторыхъ, что этотъ *uterus* при нормальномъ развитиіи внутрен. пол. органовъ былъ бы имѣлъ инымъ, какъ обычно встрѣчающимся у мужичья *utric. masc.*

Boetz такъ описываетъ препаратъ: «Между пузыремъ и правой кишкой, въ складкахъ брюшины, находилась опухоль высотой въ 2^{'''}, шириной въ 5^{'''}. Съ правой стороны отъ нея къ яичку, лежащему ниже почти, отходила два толстыхъ шнуръ.

Верхній, на мѣстѣ отхождения отъ матки, представлялся толстымъ, цилиндрич. формы. Постепенно утончался, онъ напри-

влялся къ правому яичку, образуя рядъ толстыхъ и тонкихъ пучковъ соедин. ткани, которые въ видѣ пластинокъ терались въ оболочкахъ придатка яичка.

Нижній тяжъ, вышачлѣ прямой, потомъ извитой, шелъ тоже къ придатку яичка, переходя въ хвостъ его и представляя ничто иное, какъ *vas. def. dextr.*

Последній, слегка извиваясь, располагался на стѣнкѣ матки, плотно срастаясь съ ней, хотя и могъ быть изолированъ безъ нарушенія цѣлости ткани матки. Съ дѣвой стороны *uterus'a* шелъ къ яичку, соединяющемуся въ момонѣ, тяжъ шивъ *vas. def. sin.*

На *uterus'ѣ* отпрепаровать его нельзя было, такъ какъ онъ плотно слился съ массой матки, тѣмъ не мене, глазомъ былъ различимъ въ видѣ шнуроподобной борозды.

Внутри *uterus* была выстлана слизистой оболочкой; подъ ней находилась слой мышечной ткани, толщиной въ мышечный слой мочевого пузыря. Съ соединенными органами спереди и сзади *utric.* былъ плотно срастъ при помощи соедин. ткани.

При вскрытіи матки изъ полости ея вытекала блѣдная, клейкая, безъ запаха жидкость.

Полость у дна была шире = 4^{'''}, переходила выше въ полость верхняго тяжа, просвѣтъ котораго равнялся 3^{'''}.

Зондъ толщиной въ 1¹/₂^{'''}, пронзенный черезъ нижній, узкій отдѣлъ *utric.*, прошелъ въ уретру въ срединѣ *Col. sem.* сквозь *vesicula prostatic.*

Правый *v. def. podij.* оканчивается въ складкѣ *Col. sem.*; лѣвый былъ на всемъ протяжении безъ просвѣта. *Urethra* была совершенно нормальна.

У животныхъ (самцовъ), у людей гермафродитовъ, въ препаратѣ Boetz'a встрѣчаются, какъ аномаліи, болѣе или мене развитыя матки тамъ, гдѣ находится *vesicula prostatic.*; отсюда можно вывести такое заключеніе: обычно встрѣчающаяся въ сѣм. бургой полость дѣйствительно есть рудиментарная матка.

Последующіе анатомы не отрицали этого факта и въ современныхъ анатоміяхъ (Раубера, Зернова, Папша, Еворта и др.) мы находимъ тотъ же взглядъ.

Иного взгляда держится итальянскій изслѣдователь Balli.

Къ сожалѣнію, мы не могли достать специальную статью по этому вопросу и пришлось довольствоваться кончными выводами самого автора, сведенными имъ въ одну статью изъ нѣсколькихъ работъ по вопросу о *Col. sem.*

Авторъ, задавъ вопросъ, какое значеніе надо придавать *utric. prostaticus (utric. masc.)*, отвѣчаетъ:

«Из моих исследований, направленных для подтверждения того, что сказано было другими авторами (о происхождении *utr. masc.*) вытекает, что дистальный сегмент генитального канала, соответствующий совершенно или частично *vagin'a* женщины, в мужском органе превращается в *utr. prostat.*, которому поэтому, как я уже доказал, благодаря характерной функциональной деятельности его эпителиа, по структуре стенок (кератогиалин и гликоген) и по специальной структуре его (мышечные, соединительные и эластич. вол.) присуще вполне обозначение *corp'us vagin'a masculina*, чья *utr. masc.*»

На критическом разбор подобнаго взгляда мы не имеем возможности останавливаться по вышеуказанной причине.

Доводы вышеперечисленных авторов об *utr. masc.* кажутся нам довольно убедительными, поэтому мы до поры до времени будем держаться прежняго воззрѣнія Deen'a, Boetz, Weber'a и др.

2) Постепенное развитие *Col. sem.* со времени утробной жизни до юношескаго возраста и строение *Col. sem.*

Ляховской, изучая у дѣтей измѣненія въ строеніи простаты въ зависимости отъ возраста, одновременно отмѣчала и явления, которыя пришлось ему замѣтить въ *Col. sem.*: «у 4-мѣс. человеческого плода *Caput gal.* представляется на разрезѣ образование овальной формы, состоящее изъ богатой клетками соединит. ткани и окруженное нѣжно-волокнистой соединительно-тканной капсулой. Въ центрѣ этого образования находится полость, выстланная цилиндрич. клетками. Эпителиа, покрывающей *caput gal.*, многослойный».

«У 8-мѣс. ребенка *Cap. gal.* состоитъ также изъ волокнистой соедин. ткани; въ центрѣ своемъ онъ содержитъ полость вытянутой формы, выстланную цилинд. элементами и окруженную соедин.-тканною капсулой.»

«У 2¹/₂-лѣтняго въ соедин. тк. *Cap. gal.* находится большое количество железнатыхъ элементовъ, которыхъ совершенно нѣтъ у 4-мѣс. плода и зачатки которыхъ видны у 6-мѣс. плода».

«У 8-лѣтняго реб. *Cap. gal.* состоитъ изъ волокнистой соедин. ткани. Подъ слизистой оболочкой, выстланной многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, находимъ порядочно число венозныхъ сосудовъ, выполненныхъ кровяными элементами.

Въ центрѣ находится длинный узкій протокъ съ боковыми развѣтвленіями; просвѣтъ протока свободенъ. Въ развѣтвленіяхъ находимъ круглой и овальной формы массы, окрашивающіяся (по Van Gieson'y) въ блѣднооранжевый цвѣтъ и заполниющія просвѣтъ. По бокамъ длиннаго протока расположены отдѣльные железнатые полости, неправильной формы, съ боковыми развѣтвленіями, также заполненныхъ аморфной массой.

Исследование *Col. sem.* у другою 8-лѣтн. дало ту же картину, только найдено было значительно больше кровеносныхъ капилляровъ, лежащихъ непосредственно подъ слизистой оболочкой.

Окраска по Veigert'y отмѣтила наиболее толстые пучки эластич. тк. въ окрестности выходныхъ протоковъ (d. ej-rii).

У 10-лѣтняго появляются железнатые элементы въ видѣ круглыхъ, хорошо различимыхъ пузырьковъ, напоминающихъ такыя же предст. желези; величина первыхъ значительно меньше вторыхъ.

Количество эластическихъ волоконъ въ окрестности сѣмявыбрасывающихъ протоковъ значительно больше.

«У 14-лѣтняго *Cap. gal.* заключаетъ въ себѣ железнатые образования, въ видѣ протоковъ и конечныхъ пузырьковъ.

«У 15-лѣтняго въ *Cap. gal.* подъ слизистой оболочкой уретры находится ясно выраженное кавернозное сплетеніе. *Uthr. masc.* имѣетъ видъ узкой щели, ограниченной соединительной тканью и выстланной слоемъ цилиндрическихъ клетокъ, центральный конецъ которыхъ (обращенный къ просвѣту) представляется въ видѣ нѣжной каемки, окрашивающейся по Van Gieson'y въ красный цвѣтъ. У 16-лѣтняго *Caput gal.* богато железнатою тканью.

«У 20-лѣтняго железнатый элементъ развитъ значительно сильнѣе; отдѣльные пузырьки отграничены отъ слизистой оболочки уретры лишь узенькой полосою соединительной ткани».

«По нашимъ наблюденіямъ», говоритъ другой авторъ изъ той же дѣтской клиники покойнаго проф. Гундобина, Цинневъ, «строение *Col. sem.* у грудныхъ дѣтей рѣзко отличается отъ строения послѣдняго у взрослыхъ».

Ткань, изъ которой построены *Col. sem.*, состоитъ изъ нѣжной стѣи волокнистой соединительной ткани съ очень небольшимъ содержаниемъ эластическихъ волоконъ; нѣсколько больше эластическихъ волоконъ встрѣчается вокругъ *sinus prostaticus* и *ductus ej-rii*.

Щедрѣйшій слой *Col. sem.* развитъ крайне слабо; вокругъ же *sinus prost.* и *d. ej-rii* его и совсѣмъ нѣтъ. Нѣтъ въ *sin. prost.* и желези».

У этого автора мы находим и макроскопическое описание Col. sem.: «В предстательной части мочеиспускательного канала детей чаще всего мы встречаем позади crista urethrae site Col. sem. отъ 5 до 7 складок, идущих из пупыры и сходящихся у crista ureth., образуя какъ бы frenulum. На средней нижней поверхности предстательной части встречается возвышение Col. sem., начинающееся у officium vesicae дуга продольными конвергирующими къ средней складкамъ. Col. sem. круто поднимается со стороны offi. vesicae, на средней протяжения part. prost. достигаетъ наибольшей высоты и затѣмъ образуетъ постепенный уклонъ въ сторону part. membr. и идетъ влообразно расщепившись».

Какъ мы видимъ, наблюдения этихъ авторовъ знакомятъ насъ съ постепеннымъ развитіемъ Col. sem., который уже у 4-мѣс. плода является замѣтнымъ, овальной формы образованиемъ, состоящимъ изъ волокнистой соединительной ткани съ полостью въ центрѣ его.

Къ 8 мѣсяцамъ вокругъ послѣдней появляются зачатки кавернозной ткани въ видѣ нѣсколькихъ полостей, наполненныхъ кровяными элементами. Къ 8-лѣтнему возрасту сосудистая система этого органа значительно увеличивается; подъ слизистой уретры находятъ уже много венозныхъ сосудовъ, которые къ 15 лѣтнему возрасту образуютъ ясно выраженное кавернозное сплетеніе.

Къ 2½ годамъ въ Col. sem. начинаютъ обривовываться железистые элементы, зачатки которыхъ нѣмкого только послѣ 6 мѣс. утробной жизни; къ 10 годамъ они принимаютъ круглую форму железистыхъ пупырыковъ, получающихъ протоки къ 14 годамъ. Къ 20 годамъ они превращаются въ развитые железистые элементы. Uthg. mass., какъ и слѣдовало ожидать на основаніи работъ Deep'a, замѣтнѣе уже у 4-мѣс. плода и загоднѣе аморфной массой.

Къ 8 годамъ начинаютъ появляться на слизистой его оболочки развитѣеіи — железистыя образования.

Ничтожное количество эластическихъ волокъ строма Col. sem. въ утробной жизни плода постепенно замѣщается у ребенка большимъ количествомъ ихъ, а у 10-лѣтняго въ стромѣ нѣмкого толстые пучки этой ткани, расположенные главнымъ образомъ въ окружности сѣмьяобразныхъ протоковъ. Съ дальнѣйшею жизнью ребенка, съ постепеннымъ приближеніемъ его къ половому возрасту, количество эластическихъ волокъ продолжаетъ увеличиваться.

3) Анатомія задней части Ureth'ы вообще и въ частности строеніе Col. sem. у взрослыхъ.

Предиславъ краткій очеркъ развитія Col. sem., мы переходимъ къ анатоміи его у взрослыхъ. Такъ какъ заболѣваніе сѣмьяного бугорка, какъ мы потомъ увидимъ, сопровождается измѣненіями со стороны слизистой всей задней части канала, то мы считаемъ не лишнимъ коснуться анатомическаго строенія и этой части.

Макроскопическая анатомія.

Задняя часть мочеиспускательнаго канала, простирающаяся отъ пупырыжнаго сфинктера до наружнаго, дѣлится на двѣ части; ближнюю къ пупыру — part. prostatica — къ ней и принадлежитъ Col. sem., и дальнюю — part. membranac. Pars prost. прободаетъ предстательную жел. обыкновенно эксцентрически, ближе къ передней ея части, чѣмъ къ задней. Случается, что каналъ лежитъ только по передней поверхности железу, такъ что передняя стѣнка канала лишена железистаго слоя. Каналъ идетъ въ видѣ слабо изогнутой, открытой впереди дуги, хорда которой расположена почти вертикально (Рауберъ).

Pars prostatica и membran.

Длина part. prost. колеблется отъ 3 до 3,5 см., диаметръ ея = 1 см., наибольшая ширина канала — посрединѣ, наименьшая — въ передне-нижнемъ концѣ ея.

Слизистая оболочка этой части канала въ нерастянутомъ видѣ состоитъ изъ продольныхъ складокъ. Толщина ея, по Перемежко, = 0,36—0,45 мм.

Соединительнотканная часть слизистой богата эластическими, сѣткообразно расположенными, волокнами.

За подслизистой тканью находится гладкія мышечныя волокна, образующія внутренней циркулярный и наружный продольный слои; къ послѣднему подходятъ мышечныя волокна отъ Sphinct. vesicae ext.

Пучки мышечныхъ волокъ проникаютъ вглубь, доходя до самаго эпителия. Мышечный слой канала находится въ связи съ мышечнымъ слоемъ предстательной железу (Перемежко).

Слизистая оболочка выстлана многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, постепенно переходящимъ въ многослойный цилиндрической по мѣрѣ того, какъ каналъ переходитъ въ слѣдующую часть — part. membranacea. Послѣдняя тянется отъ верхняго проstatica до bulbos ureth. и помѣщается внутри trigonum urogenitale, прободая его посрединѣ.

25479

БІБЛИОТЕКА
Харьковскаго Научнаго Института
№ 4638
Шифр

Длина ее на передней поверхности около 2 см., на задней около 1,5 см. Разница в длине получается вследствие того, что р. мешг. ко. входит в part. bulb. из бугорка.

По обшзг сторонам перепончатой части лежат Куперовы железы.

В слизистой и подслизистой об., как этой части, так и первого отдѣла канала, находится шершавая ткань.

Мышечная оболочка состоит из внутреннего продольного и наружного кругового слоя гладких мышечных волокон. Снаружи къ нимъ присоединяются поперечно-полосатая мышца, составляющая наружный сфинктеръ канала.

Col. sem. Мы проходимъ молчаніемъ строеніе передней части канала, такъ какъ она почти не имѣетъ никакого отношенія къ затронутому нами органу, и возвратимся къ pars. prost., гдѣ, какъ извѣстно, и находится сѣменной бугорокъ.

«Col. sem., говоритъ Салищевъ въ своей диссертациі, появляется на задней стѣнкѣ отъ уровня самого пузыряго отверстія канала двумя постепенно возвышающимися и сходящимися продольными складками, между которыми довольно часто существуютъ еще 3—4 складки. Иногда же вмѣсто нихъ видно очень много мелкихъ складокъ, которая также постепенно увеличиваются въ ростѣ по направлению книзу; дѣсколько выше середины предстательной части образуется самое выдающееся, самое высокое и широкое мѣсто выступа сѣменной бугорка».

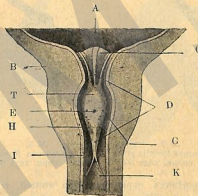
Начиная отсюда, онъ опять становится ниже и въ то же время мало-по-малу суживается въ поперечномъ размѣрѣ. Уэкимы и тонкимъ валикомъ онъ выходитъ иногда даже въ перепончатую часть канала, расплещаясь здѣсь въ видѣ валика—frenulum col. sem. Jorjavau. Въ самомъ высокомъ мѣстѣ вершина его округлена, а книзу и къверху она заостряется, а потому поперечный разрѣзъ спавшагося канала является или въ видѣ дуги, обращенной выпуклостью впередъ, или въ видѣ угла, направленного вершиной также впередъ; тамъ, гдѣ холмикъ ниже, отъ передней стѣнки канала остается избытокъ, который не укладывается на стороны этого угла.

Поэтому обшзг видъ поперечнаго разрѣза представляеть здѣсь форму звѣздочки, передній лучъ которой удлинняется на разрѣзахъ, лежащихъ ближе къ пузырю; книзу, къ мышечной части, эта трехлучистая звѣздочка замѣняется многолучистой.

Слизистая оболочка на поверхности сѣм. холмика смор-

щена въ массу складочекъ, служащихъ запасомъ для прикрытія эрегированнаго холмика».

На рис. № 1, замствованномъ у Eberth'a, мы находимъ обшзг видъ задней стѣнки канала, прилегающаго къ мочевому пузырю.



№ 1.

A—дно мочеваго пузыря. B—мускулатура urethrae. C—Средняя доля простаты. D.—Слизистая въ видѣ трехъ уретральныхъ складокъ конвергирующихъ къ Col. sem.—(F.) сзади него, и отходящая въ видѣ одной складки отъ Col. sem. къпереди. K.—уздечка Cristae; E. Uthr. masc. G.—отверстие d. ej-rii H.—отверстие d.—um. prost. I.—Слизистая канала.

Сѣмян. бугорокъ помѣщается, по Poroszy, въ 10—20 мм. впередъ устья пузыря.

Наибольшая высота его равняется 4 мм. по Салищеву, по Рауберу=3 мм. Ширина по тѣмъ же авторамъ = 3 мм.

Длина по Гиртлю=8 линиямъ, по Рауберу=2 см.

Описание этой области мы заимствуемъ у д-ра Шенкуненко. «За сѣм. бугоркомъ въ зависимости отъ его развитія и состоянія располагается карманъ уретры—fossula prostatica, который имѣетъ весьма разнообразныя размѣры также и форму, въ зависимости отъ развитія средней доли предстат. железы. Будучи выраженъ хорошо, онъ формой своею напоминаетъ одну изъ половинокъ песочныхъ часовъ, перетяжка которыхъ находится на уровнѣ Col. sem.

Fossula
prostatica.

У молодых субъектов предсперматическая доля предст. жел. (часть предст. жел., лежащая перед спермат. ходами) на



№ 2.
25 л. Малая fossula prost.;
угол сперм. хода 30°.

№ 3.
40 л. Глубокая fossulla;
угол сперм. хода 60°.

сагитальных разрезах ограничивается линией, которая своим концом на уровне *orig. ureth. interni* образует очень тупой угол, иногда до 175°. Но с возрастом, вследствие уве-

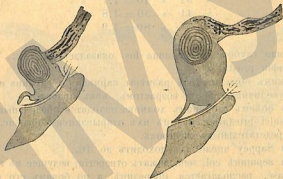


№ 4.
50 л. Малая fossula; отстояние
площадки предсперматич.
доли к ретросперматиче-
ской = 6:4.

№ 5.
49 л. Глубокая fossulla.

личения названной доли, этот угол начинает приближаться к прямому и даже переходить в острый, причем вершина его резко наклоняется вперед. Получается ясно выраженный *protopogonium*. Этот последний и обуславливает собою возник-

новение *fos. prost.*, глубина которой постепенно нарастает в зависимости от возраста и состояния *protopogonii*. Полное



№ 6.
40 л. Глубокая fossulla;
Hypertr. prost.; отн. $\frac{20}{12}$;
угол спермат. хода 65°.

№ 7.
60 л. Длинная fossulla;
Hypertr. prost.; отн. $\frac{31}{12}$;
угол спермат. хода 70°.

отсутствие кармана можно видеть у 4-х-летнего субъекта и наиболее глубокой на рис. 5 у 49-летнего, рис. 3, и при гипертрофии простаты (рис. 6, 7, 9).

Средняя глубина для возраста до 20 летъ = 2 мм.

отъ 21 до 30 летъ = 2,2 мм.	(рис. 2 и 8).
» 31 » 40 » = 2,6 »	
» 41 » 50 » = 2,7 »	(рис. 4).
» 51 » 80 » = 3,0 »	

Если очертание *fos. prost.* схематически представить в виде треугольника, основание которого обращено на сагитальных разрезах к оси мочеиспускат. канала, то длина этого основания расположится между точками *orig. ureth. interni* и отверстием *sinus'a*. Эта же величина определяется и расстоянием вершины сѣм. бугорка до *orig. int.*, которое, как показывают измерения, также изменяется параллельно с изменениями высоты треугольника или, что тоже, глубины *fos.*

Расстояние sinus prost. отъ orif inf. для возраста до 20 лѣтъ = 1,4 ctm.

отъ 21 до 30	= 1,5 ctm.
» 31 » 40	= 1,7 »
» 41 » 50	= 1,8 »
» 51 » 80	= 1,9 »

Самая глубокая и длинная fos. оказалась на рис. 7 при гипертрофии prostat'и.

Такимъ образомъ всѣ размѣры кармана: и глубина и основаніе — увеличиваются съ возрастомъ, какъ правило.

По обѣимъ сторонамъ холмика находятся продольная углубленія sulci prostat'ici; на днѣ ихъ открываются многочисленныя устья предстательныхъ железокъ.

По Sarrey число ихъ доходитъ до 46.

Отверстія Col. sem. и utr. masc. располагаются посрединѣ, а по бокамъ его открываются сѣмявыбрасывающіе протоки. В. Н. Шевкуненко



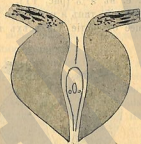
№ 8.
30 л. Малая fossula и отношение площадей на сагит. разрѣзѣ 9:42.



№ 9.
50 л. Глубокая fossula; отношение площадей на сагит. разрѣзѣ 4:3.

относительно взаиморасположенія этихъ отверстій и формы ихъ говорить: «Наибольше частымъ является тотъ типъ, когда отверстія сперматич. ходовъ помѣщаются снизу отъ отверстія sinus'a,

по бокамъ отъ средней линіи; я нашелъ его 140 разъ изъ 203, т. е. въ 70% (рис. 10). При слѣдующемъ по частотѣ типѣ находится одно общее для sinus'a и протоковъ отверстіе, почти всегда

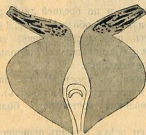


№ 10.
Три отверстія.
Col. sem.

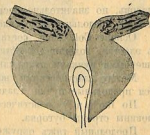


№ 11.
Sinus inversus.
Col. sem.

овальной формы съ длинникомъ по средней линіи, что встрѣчено мною 43 раза изъ 203, т. е. въ 20% (рис. 13). Притомъ въ 3 слу-



№ 12.
Поперечная форма Utr. masc.

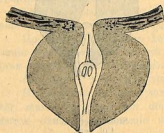


№ 13.
Продольная форма Utr. masc.

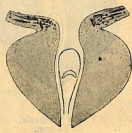
чаяхъ отверстіе имѣло подудунную форму съ рогами, обращенными къверху (рис. 12, 15). При одномъ объемѣ отверстія выходные концы протоковъ открываются какъ-разъ съ боковъ sinus'a передъ

выходным его отверстием. В значительно меньшем числе случаев наблюдаются три отдельных отверстия, но с обратным взаиморасположением; протоки открываются по бокам от срединной линии выше sinus—это situs inversus: тогда получается на бугорке подобие двух глаз и носа. Такой тип я встретил 18 раз из 203, т. е. в 9% (рис. 11).

Наконец последний, самый редкий, тип я встретил лишь дважды, т. е. в 1%: это—общее отверстие для всех трех



№ 14.
Одно отверстие с мостиком
из слизистой
на Col. sem.



№ 15.
Полуовальная форма,
Uthr. masc.

каналов, но значительно расширенное и по средней линии раздвоенное продольным мостиком из слиз. оболочки (рис. 14).

Микроскопическая анатомия Col. sem.

Основу Col. sem. составляет продольный осевой тяж из эластич. волокнистой субстанции; тяж соединяется с продольно-мышечными пучками пузыря треугольника.

Между эластическими волокнами, в просвете их, находятся продольные пучки гладкой мускулатуры (Рауберг).

По Robin'у эластические волокна составляют больше половины стромы бугорка.

Продольный тяж окружен со всех сторон перистрою тканью—тканью с венозными паузами, которая встречается, как мы раньше говорили, в подслизистом слое задней части канала, откуда она, сильно увеличиваясь, переходит в переднюю часть канала.

Некоторые авторы (Henis и др.) отмечали большее количество кавернозной ткани в Col. sem., особенно у основания его.

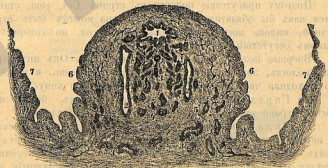
Robin и Cadiat не соглашались с этим, так как по их наблюдениям ткань у основания бугорка, какующаяся по первому взгляду губчатой, есть не что иное, как паренхима простаты.

Частую полость эти заполнены простатическими камнями. Когда деляют зрелы, простаты. камни выпадают, оставляя отверстия, которые и симулируют губчатое устройство.

Этого же мнения держится и Porgesz, так как в строме Col. sem. он часто находил железки, заполненные простатическими камнями.

Сверху поверхностного перистого слоя лежит слизистая оболочка, выстланная многослойным плоским эпителием.

Рис. № 16 (по Рауберу) представляет поперечный разрез Col. sem. 1—Vesicula prost. 2.—ductus ej-ii, разрывные наискось. 3—gland urethrales (d. prostat. abr.) 4.—con-



№ 16.

cretiones prostat. 5 — pars cavernosa colliculi; 6, 7.— Superficies urethrae interna. Между 6 и 7—sulcus prostaticus.

Рис. № 38 таб. IV представляет (по Robin'у) разрез Col. sem. 60-летнего субъекта при увеличении 90. а.—uthr. masc., дви-

гающийся между duct. ej.-тіі (b.).— Здѣсь различна эластич. стѣнка, покрытая слизистой, съ хорошо видными альвеолами; b—d. ej.-тіі—съ эластич. стѣнками сливающимися мѣстами съ волокнами *uthr. masc.*, кругомъ ихъ и *uthr. masc.* различимъ рядъ венъ (c); v.—двѣ артеріи, обычно существующія между d. ej.—тіі; m.—Мышечныя волокна, имѣющія начала съ средины *uthr. masc.* и оканчивающіяся у *ves. sem.*; f—эластическая капсула, окружающая мышцу, и f'—эластич. строма *Col. sem.*; ggg—эластич. волокна, имѣющія начала въ таковыхъ *prostateae*; q—эластич. слой ткани.

На верхнѣй *Col. sem.*, на его передней поверхности, какъ *Uthriculus* мы вышевидѣли, имѣется отверстие—*ostium*, ведущее въ полость *Uthriculus masculinus* (*sinus pocularis*, *sinus Morgagne*, *vesicula prostatica*, *organ Weberi*). *Morgagne*, заинтересовавшись этой полостью, наблюдалъ ее изъ 15 субъектовъ у 12, что составляетъ 80%.

Исследования сѣм. бугорковъ на обычномъ матеріалѣ д-ромъ В. Н. Шевкуненко убѣждаютъ насъ въ неточности наблюдений *Morgagne* и неосновательности его выводовъ; такъ, изъ 250 препаратовъ не было найдено ни одного безъ полости *uthr. masc.*

Поэтому присутствіе полости въ стромѣ *Col. sem.* становится какъ бы обязательнымъ; правда, она можетъ быть атрофичной, малой, могутъ быть даже слѣды ея, но говорить о полномъ отсутствіи ея нельзя.

Первые полость эту описалъ *Weber* *). Онъ инъецировалъ полость, помѣщающуюся въ центрѣ *Col. sem.*, и нашелъ, что выходящая часть ея имѣла видъ заостренного конуса.

По Гиртлю это маленький слѣпой мѣшокъ, болѣе или менѣе глубоко входящій въ вещество предст. железы.

По Салищеву, форма полости неправильно коническая, съ округленнымъ глухимъ основаниемъ, обращеннымъ вверхъ и назадъ и обыкновенно достигающимъ до уровня поперечной вырѣзки предст. железы; но въ случаѣ значительнаго развитія дно ея можетъ выступать кверху отъ этой вырѣзки, причемъ оно обыкновенно помѣщается подъ выбрасывающими протоками и надъ предстательно-брюшиннымъ апоневрозомъ *Denonviller* или *Paroneurose prostata peritoneale* **).

*) Изъ сожалѣнія, намъ не удалось достать оригинала и пришлось довольствоваться рефератомъ.

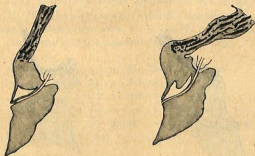
***) Этотъ апоневрозъ есть ничто иное, какъ волокнисто-мышечная перепонка, натянутая между заднимъ краемъ Каплевассовой связки и заднимъ краемъ брюшины (брюшина дѣлаетъ заворотъ съ правой стороны на мочевой пузырь). Апоневрозъ отдѣляетъ заднюю или прямиконную поверхность предстательной железы отъ передней стѣнки гості.

По Рауберу полость представляетъ карманъ, погруженный въ *Col. sem.* по средней линіи. Она напоминаетъ собой пертургу. Однако, опредѣленной формы она не имѣетъ и поддежитъ значительнымъ колебаніямъ.



№ 17.
65 л. *Sinus prostaticus*
изогнуто-копчат. форм.,
напоминающей крючокъ
эховидка 60%.

№ 18.
60 л. *Sinus prostaticus*
трубчатой форм., 35%.



№ 19.
44 г. *Sinus prostaticus*;
изогнуто-копчат. форма
простая.

№ 20.
51 г. *Sinus prostaticus*;
форма копчат. съ пере-
хватомъ.

Нерядко въ ней можно различить двѣ части: краниальную, имѣющую видъ сплюснутаго въ сагитальномъ направленіи пузырька, и каудальную—сплюснутую съ боковъ.

«Наиболѣе частая форма sinus prost., имѣетъ д-ръ Шевкуненко, можетъ быть представлена не въ видѣ равнобрюноцилиндрической трубки, расположенной параллельно ходу прото-



№ 21.
32 л. Одно отверстие; кистовидный Sinus.



№ 22.
50 л. Одно отверстие; кистовидный Sinus.



№ 23.
25 л. Одно отверстие; кистовидный Sinus.



№ 24.
40 л. Одно отверстие; кистовидный Sinus.

ковъ, какъ это принято считать, а въ видѣ призмы съ косвенно срезаннымъ основаніемъ, у которой одна длинная грань, слегка изогнута книзу, располагается вдоль протоковъ. Лучше всего эта фигура уясняется на сагитальныхъ разрѣзахъ, гдѣ она имѣетъ очертаніе треугольника, у котораго длинная сторона—основаніе—дугообразно согнута и лежитъ вдоль протоковъ, а короткая, передняя, сторона располагается почти параллельно слизистой оболочкѣ бургорка и задняя—болѣе длинная—расположена и смотритъ вверхъ; фигура въ разрѣзѣ напоминаетъ крыло ахинокка (рис. 17, 19, 20). Такой видъ я встрѣтилъ 120 разъ, т. е. 60%.

Карманъ въ видѣ равнобрюной трубки найденъ мной въ 71 случ., т. е. въ 35% (рис. 18). Въ остальныхъ 5% sinus имѣлъ форму трубки съ рѣзко расширеннымъ слѣпымъ концомъ и въ длину. Достоинъ замѣчанія то обстоятельство, что эта форма всегда наблюдалась при одномъ объемѣ отверстія—рис. 21, 22, 23, 24»

Длина полости по Weber'у=5 париж. лин., а ширина колеблется отъ $\frac{1}{2}$ до 2 линій.

По Гиртлю длина отъ 2 до 4''

По Эбб и длина=1 стп.

По Салицеву длина полости очень измѣнчива и колеблется отъ 5 до 15 мм., въ среднемъ 10—12 мм.

По Рауберу длина=8—10 мм.; ширина около устья 1—2 мм., а у слѣпного конца достигаетъ отъ 4 до 6 мм.

По В. Н. Шевкуненко средней калибръ не увеличеннаго sinus'a колеблется отъ 2 м. до 7 м. Глубина же, или вѣрнѣе, длина измѣняется замѣтно съ возрастомъ.

Въ возрастѣ до 20 лѣтъ = 7 мм.

отъ 21	»	30	»	=8,5	»
»	31	»	40	»	= 9
»	41	»	50	»	=9,5
»	51	»	выше	»	= 10 мм.; при увеличенномъ sinus'ѣ длина=15 мм.

По однимъ авторамъ (Салицевъ, Robin) vesicula prostatica имѣетъ свои обособленныя стѣнки, состоящая изъ фиброзной ткани съ прирѣсью мышечныхъ волоконъ, толщиною около 1 мм., снаружи окруженная губчатою тканью.

Стѣнки
Ultr.masc.

По другим (Рауберъ) vesic. prost. собственных стѣнок не имѣть, по крайней мѣрѣ, нѣтъ рѣзкихъ границъ со стороны простаты; однако, авторъ не отказывается считать слизистую оболочку полости съ гладкой мышечною тканью и съ кавернозными полостями въ окружности за стѣнки ея; следовательно, по этому автору, тоже нужно признать существованіе стѣнокъ vesic. prost.

Полость выстлана слизистой оболочкой, толщиной (Robin) до 1 мм. (обычно колеблется между $1/3$ мм. и $1/2$ мм.), покрыта призматическими не мерцательными эпителиемъ; отдѣльная кѣтка по величинѣ меньше кѣтокъ уретры, отчего слой этотъ и кажется тоньше.

По Рауберу, эпителий состоитъ изъ цилиндрическихъ кѣтокъ съ замѣшанными; по Valli, эпителий у зародыша и новорожденныхъ — плоскій, однослойный, тогда какъ у взрослыхъ цилиндрической и цилиндроконической — многослойный. Эта замѣна происходитъ не въ смыслѣ эволюціи плоской эпителиальной формы въ цилиндрическую, но является результатомъ замѣны отжившаго начального эпителия другимъ, надвигающимся со стороны уретры, однимъ изъ доказательствъ чего служитъ находка каріокепитическихъ фигуръ въ эпителиальныхъ кѣткахъ на границѣ уретры и Col. sem. По автору, замѣна начинается еще въ утробной жизни и заканчивается до $1\frac{1}{2}$ -годовалого возраста. Сама слизистая состоитъ изъ соединительной ткани, между волокнами которой разбросаны веретенообразныя и зѣбчатыя съ ядрами кѣтки, съ которыми связаны волокна соединительной ткани; мѣстами авторы встрѣчаютъ много и свободныхъ кѣтокъ. У дѣтей слизистая оболочка гладка, у взрослыхъ же бархатиста вслѣдствіе большого количества складочекъ, являющихся результатомъ присутствія альвеолъ, число которыхъ сильно варьируетъ (Robin). Альвеолы произошли какъ бы отъ вдавленія чѣмъ то въ мягкую слизистую оболочку; въ нихъ различны: 1) входное отверстіе — устье, диаметръ котораго отъ 0,1 до $1/3$ мм. 2) Дно, болѣе широкое, чѣмъ входъ. 3) Неопредѣленная форма и величина: одна альвеола отличается отъ другой, 4) Глубина ихъ: послѣдняя всегда меньше толщины эпителиальнаго слоя слизистой и никогда не доходитъ до наружной поверхности ея. 5) Отсутствие собственныхъ стѣнокъ. 6) Эпителий ихъ, ничѣмъ не отличающийся отъ эпителия *utr. masc.*

Рауберъ различаетъ двоякаго рода складки: одніе зависятъ отъ сокращенія слизистой; другія отъ анатомическаго строенія —

это суть правильные валики различной длины, снабженные добавочными, придаточными валиками. Тѣмъ не менѣе, некоторые авторы (Рауберъ, Rüdinger, Ляховскій и др.) признаютъ существованіе железъ въ слизистой *utr. masc.*, различая среди нихъ простыя и сложныя трубчатыя железы. Большое число ихъ встрѣчается въ нижнемъ отдѣлѣ (Rüdinger). Robin говоритъ, что на перпендикулярныхъ къ слизистой сѣзкахъ альвеолы оставляютъ полное впечатлѣніе гроздевидныхъ железъ, но отсутствие собственныхъ стѣнокъ, аналогичность эпителия ихъ и прочихъ частей слизистой *utr. masc.*, отсутствіе ихъ въ *utr. masc. d. det.*, у которыхъ нѣмѣются уже вполнѣ развитыя уретра и простата, заставляютъ отказаться отъ этой мысли. Скорѣе авторы согласны сравнить ихъ съ Морганьевыми лакунами уретры, какъ по развитію, такъ и по структурѣ. Такъ какъ Kölliker и Sappey въ слизистой *utr. masc.* часто находили концентрически наслоенныя желтоватые или красноватые камешки, особенно въ возрастѣ 40—50 лѣтъ, то образованіе альвеолъ Robin и относитъ на счетъ вдавленія этихъ тѣлъ въ мягкую слизистую.

Прежде чѣмъ окончить описаніе *utr. masc.*, мы упомянемъ здѣсь о той мышцѣ, которая отчасти относится къ стромѣ Col. sem., отчасти къ верхней стѣнкѣ полости ея. Отъ средины *utr. masc.*, а иногда и отъ выходнаго отверстія ея, вѣрнѣе вблизи него, вдоль верхней стѣнки тянутся гладко-мышечныя пучки назадъ и впередъ. (см. рис. № 38 таб. IV).

Вначалѣ ширина мышцы = 0,2 мм., по мѣрѣ удаленія ея отъ начала она постепенно расширяется, доходя до 2—3 мм. у дна *utr. masc.*; направляясь дальше, она болѣе расширяется въ поперечникъ и вступаетъ въ связь съ внутренней поверхностью сѣмянныхъ пузырьковъ.

Перемежку упоминаетъ о мышечныхъ пучкахъ, идущихъ въ поперечномъ направленіи между обоими сѣмянными пузырьками. Эта мышца какъ бы выполняетъ все пространство между сходящимися концами Vas. def.

Виньеръ Элизъ называетъ этотъ мышечный слой *Compressor vesiculae et ductus seminis.*

Намъ кажется, что это — та самая мышца, которую и описалъ Robin.

По словамъ *utr. masc.* расположены ductus ejaculatorii, открывающіеся, какъ мы уже раньше видѣли, либо сбоку ostii *utr. masc.* на передней поверхности Col. sem., либо въ ней самой. (См. рис. 16 и № 38 Таб. IV).

Чтобы яснѣ представить анатомію сѣмявыбрасывающихъ протоковъ, мы должны коснуться отчасти и органовъ, образующихъ ихъ.

Между дномъ мочевого пузыря и прямой кишкой лежатъ сѣмян. пузырь, Vas. def. и мочеточники. Vas. def. у нижняго своего конца расширяется въ нѣсколько извилистую, снабженную небольшими выпячиваніями ампуладу, которая, подходя, затѣмъ уменьшается въ своей ширинѣ, вслѣдствіе чего принимаетъ веретенообразную форму.

Мочеточники располагаются латеральнѣ послѣднихъ.

У основанія предстат. железъ суженный конецъ vesiculae sem. подъ острымъ угломъ впадаетъ въ соответствующую и суженный конецъ ampull'ы vasis def., образуя одинъ расширенный каналъ sinus ejaculatorius. При этомъ просвѣты образующихъ sinus протоковъ при впаденіи дѣлаютъ поворотъ въ 90°, Sinus ejaculatorius, переходя въ ductus ej—rius, образуетъ вторичный поворотъ въ 90° (Felix).

Ampull'ы лежатъ въ центрѣ рядомъ другъ съ другомъ; по бокамъ къ нимъ прилегаютъ сѣм. пузырьки. «Это есть ничто иное, какъ продолговатое, перепончатое полое, сверху сплюснутое, снизу выпячивающееся и плотно прикрѣпленное верхней поверхностью къ мочевому пузырю образование» (Рауберъ).

Направленіе
ductus ej—
rii.

«Выбрасывающіе протоки входятъ въ существо предст. железъ, направляясь ея и помѣщаясь между нижнею поверхностью средней доли простаты и верхнею поверхностью задней спайки боковыхъ долей, сбоку отъ предстат. пузыря (utr. masc.).

Снаружи отъ нихъ обѣ доли железъ прилегаютъ одна къ другой.

Направляясь отъ поперечной борозды къ просвѣту мочеиспускат. канала, эти протоки идутъ косвенно сверху внизъ и сюда впередъ и, кромѣ того, ясно конвертируютъ одинъ съ другимъ. Иногда они соприкасаются своими стѣнками, когда vesicula prost. находится подъ ними.

Обыкновенно же они идутъ по ея стѣнкамъ, также конвертирующимъ внутри; открываясь въ каналъ, они отдѣляются другъ отъ друга промежуткомъ не болѣе 1 мм.» (Саландеръ).

По Рауберу, начало сѣмявыбрасывающихъ протоковъ лежитъ у задняго края предст. железъ, отсюда они идутъ впередъ и вверху.

По Подрезу начало протоковъ находится на разстояніи 3—4 см. отъ границы основанія простаты; вступаея черезъ простату сверху, они принимаютъ горизонтальное направленіе.

Для опредѣленія направленія протоковъ и одновременно sinus prost. В. Н. Шенкупенко беретъ уголь, который образуютъ протоки съ осью простативнѣ части уретры. Величина угла въ зависимости отъ возраста будетъ слѣдующая (См. рис. 25, 26, 8, 2, 27).



№ 25.
17 л. Уголь сперматич.
хода 45°.

№ 26.
50 л. Уголь сперматич.
хода 60°.

	до 20 лѣтъ	= 49°
отъ 21	> 30	> = 53°
» 31	> 40	> = 54°
» 41	> 50	> = 55°
» 51 и выше	>	= 57°

Наибольшаго размѣра этотъ уголь достигаетъ при увеличеніи средней доли предст. железъ рис. 28 отъ = 108°; на рис. 7 около 76°. Такимъ образомъ при увеличеніи предст. ж. направленіе протоковъ приближается къ горизонтальному. Такая же особенность наблюдается и при увеличеніи sinus'а. Поэтому при существованіи на сѣм. буг. одного общаго отверстія, когда также наблюдается и увеличеніе sinus'a, слѣдуетъ ожидать чаще горизонтальный ходъ протоковъ и sinus'a.



№ 27.
45 л. ф-ч. виледровави.



№ 28.
60 л. ф-ч. расшарени.
Hypertroph. prost.

Форма и
размеры д
ей-тй.

Форма сѣмянвыбрасывающих протоковъ очень напоминаетъ вытянутый конусъ, обращенный основанiемъ вверхъ и назадъ, а вершиной внизъ и впередъ (Салищевъ).

По Felix'у эти протоки имѣютъ 6—5 придаточныхъ образований, расположенныхъ по дорзо-медиальной сторонѣ. 1) Appendix. supra — железа, подобная железкамъ vas. def. et vesic. sem. 2) Второе и пятое образование — дивертикулы протока. 3) Третье и четвертое — агрегаты трубчатыхъ железъ.

Длина протоковъ по Салищеву = 20—25 мм.

По Felix'у = 19 мм.

По В. Н. Шевкуненко длина въ возрастѣ:

	до 20 лѣтъ	= 14 мм.
отъ 21 »	30 »	= 16 »
» 31 »	40 »	= 16,5 »
» 41 »	50 »	= 18 »
» 51 »	выше	= 18,5 мм.

Ширина по Салищеву — въ началѣ образования протоковъ = 3 мм. въ поперечникѣ, включая сюда и стѣнки ихъ; безъ нихъ 1 мм., затѣмъ диаметръ просвѣта уменьшается до 0,4 мм., хотя можетъ быть растянутъ до 0,5 мм. По В. Н. Шевкуненко калибръ протоковъ въ среднемъ = 0,5 мм. (см. рис. 25, 26). При инъекціи желатиновой массой съ умереннымъ давленiемъ отъ руки онъ достигалъ 3—4 мм. (см. рис. 27).

Толщина стѣнокъ, протоковъ уменьшается по направленiю Строение д. къ выходному отверстию (Салищевъ). Мѣстами стѣнки такъ плотно сливаются съ эластическими волокнами стромы Col. sem., что каналъ кажется простымъ прободенiемъ эластического слоя, покрытаго слизистой оболочкой (Robin). До мѣста впаденiя въ сѣмянной бугорокъ стѣнки, находясь въ массѣ железъ, окружены рыхлою соединительной тканью (Салищевъ).

Стѣнки состоятъ изъ слизистой оболочки, мышечнаго слоя и наружной оболочки. Слизистая оболочка покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ у взрослыхъ до наружнаго отверстiя; у дѣтей до 1 1/2 года часть, лежащая у наружнаго отверстiя, покрыта плоскимъ эпителиемъ (Balli).

Соединительная ткань, составляющая основу слизистой оболочки, состоитъ изъ пучковъ, плотно прилегающихъ другъ къ другу, отчего ткань является компактной во внутреннихъ слояхъ (Штеръ).

По Pogosz'у соединительно-тканная волокна этихъ протоковъ находятся въ тѣсной связи съ интерстиціальной тканью простаты, но до мѣста впаденiя ихъ въ строму Col. sem. они могутъ быть легко отдѣлены. Въ сѣмянномъ бугоркѣ соединительно-тканные пучки протоковъ переходятъ въ мускульные волокна, органически соединеныя съ мускулатурой простаты.

Мышечный слой по однимъ авторамъ (Перемежко) состоитъ изъ циркулярныхъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ; по другимъ (Рауберъ и др.) изъ внутреннихъ и наружныхъ продольныхъ и средняго циркулярнаго слоев.

Вокругъ каждого отверстiя сѣмянвыбрасывающихъ протоковъ находится кольцо изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, оба кольца окружены третьимъ мышечнымъ кольцомъ. Толщина колецъ отъ 1 до 2 мм., просвѣтъ ихъ до 1 1/2 мм. Кольца различными простыми глазомъ — shincter sperm. (Pogosz).

Наружная оболочка состоитъ изъ рыхлаго соединительно-тканнаго слоя съ многочисленными венозными сплетенiями.

Сосудистая система сѣмяннаго бугорка изучена Robin'омъ и Содиат'омъ. Они нашли на нижней поверхности uter. masc. артерii, причемъ иногда была одна артерiя, иногда двѣ; разслагались онѣ обычно по средней линiи, идя спереди назадъ, при концѣ своемъ давая большее количество развѣтлений (См. рис. № 38 Таб. IV).

Вены найденны толщиною отъ 0,2 до 0,4 мм.; иногда онѣ представляются въ видѣ простыхъ капилляровъ, иногда онѣ сильно

Строение д.
ей-тй.

Сосудистая
система
Col. sem.

развиты, образуя подслизистый слой *uthr. masc.*, причём они отделяются друг от друга слоём соединительной ткани и отдельными эластическими волокнами, спинающими слизистую оболочку *uthr. masc.* съ подлежащими частями. Это сосудистое устройство уменьшается по направлению къ основанию *Col. sem.* и къ выходу *uthr. masc.*

Предстательная часть канала, а следовательно и *Col. sem.* питаются вѣтвями средних прямокишечныхъ и нижнихъ пузырковыхъ артерій.

Вены этихъ частей собираются въ срамное сплетение и боковая сплетения предстательной железы.

Лимфатическіе сосуды соединяются съ сосудами сѣмянныхъ пузырьковъ и вливаются въ подчревныя желёзы (Дьяконовъ).

Нервная система *Col. sem.*

Ни въ анатоміяхъ, ни въ журнальныхъ статьяхъ намъ не удалось встрѣтить специальныхъ работъ объ иннерваціи сѣм. бугорка; даже въ общихъ работахъ, относящихся къ половымъ органамъ, авторы очень мало удѣляли своего вниманія *Col. sem.* Поэтому намъ пришлось, какъ и при описаніи сосудистой системы, принимать во вниманіе общую иннервацію всей задней части канала, а относительно первыхъ окончаній держаться аналогій съ таковыми въ окружающихъ его частяхъ.

Мы немного подробно остановимся на нервахъ мужскихъ половыхъ органовъ, чтобы показать ту нервную сеть, которая окутываетъ ихъ и которая является результатомъ анастомоза всѣхъ нервныхъ стволовъ, играющихъ роль въ иннерваціи этихъ областей, что важно для насъ съ клинической точки зрѣнія, такъ какъ благодаря этому намъ станутъ ясны тѣ отдѣльныя боли, которая путемъ иррадіаціи испытываются большими въ частяхъ тѣла, на первый взглядъ какъ-будто и не причастныхъ къ этой сферѣ.

Нервы мужскихъ половыхъ органовъ происходятъ изъ поясничнаго и крестцоваго сплетенія симпатическихъ нервовъ, изъ брюшныхъ и тазовыхъ сплетеній симпатической системы (Penle, Гиртль, Sobotta).

N. spermaticus ext. происходитъ изъ *pl. lumb.*, входитъ въ составъ *funiculus sperm.*, къ нему присоединяются симпат. нервы изъ *plex. genalis* и *mesentericus*, направляющіеся по ходу *art. sperm. inter.* и принимающіе вѣтви отъ *pl. aorticus* и *hypogastr.*

Группа этихъ нервовъ образуетъ *plex. spermaticus*; вѣтви послѣдняго идутъ по *funic. sp.* до *testis* и *epididymis*; часть идетъ къ оболочкамъ, къ *m. cremaster*, часть къ боковой и

передней поверхности *scroti*, анастомозируя съ *N. perin. superficialis*, вѣтвями *N. pudendi*, иннервирующими кожу задней поверхности *scroti*. Отъ *plexus pudendus* 3—4 крестц. нервовъ, соединеннаго тѣсно съ *plex. sacralis*, отходятъ 1) *N. haemorrhoidal. medii*, соединяющіеся съ *plex. sympat. hypogastricus*, идущіе къ прямой кишкѣ и къ *m. levator ani*; 2) *N. p. vesicales inf.*—къ нижней части мочевого пузыря; 3) *N. clunium inf. medial.*—къ кожѣ ягодичной области; 4) *N. pudendus*—къ *penis* у; отъ него отходятъ: а) *N. p. haemorr. inferiores*—къ наружн. сфинктеру *ani* и кожѣ задняго прохода; б) *N. perinei*—къ передней части *m. sphinct. ani ext.*, къ мышцамъ промежности. Этотъ нервъ распадается на 1) *N. perin. superf.*, отходящій къ задней поверхности *scroti* и анастомозирующій, какъ мы раньше сказали, съ вѣтвями *pl. spermatic.* 2) *N. perin. prof.*—къ *m. bulbosavern.*, проходящій черезъ него до слизистой *urethrae*; вѣтви его по *corpus cavernosum* доходятъ до *glans penis*, анастомозируя съ *N. dorsalis penis*. с) *N. dorsalis penis*—конечная вѣтвь *N. pudendi*—идя по тылу *penis*'а, отдаетъ вѣтви въ глубину до слиз. оболочки *urethrae*; дѣлятся на 1) толстую внутреннюю вѣтвь, доходящую до *glans penis*, и на 2) тонкую, иннервирующую кожу члена и *praeputium*. *N. dorsalis* анастомозируетъ съ *plexus cavernosus*.

Plexus hypogastricus—продолжение, *plex. aorticus*—идетъ отъ мѣста дѣленія аорты подъ *peritoneum* по сторонамъ *recti*, принимая вѣтви—изъ *plex. sacralis* *) симпатическихъ нервовъ и отъ крестцовыхъ узловъ *plexus deferentialis*—сплетение, окружающее *vesicula seminalis, prostatae* и *vasa def.*; вѣтви, идущія по *vas. def.*, анастомозируютъ съ вѣтвями *pl. spermatic.*

Сплетение вокругъ простаты непосредственно переходитъ въ *plex. cavernosus*; вѣтви послѣдняго воспринимаютъ вѣтви отъ *N. pudendi*, образуя: 1) *N. cavernosus major*, который идетъ по тылу *penis*'а, анастомозируя съ одноименнымъ другою стороны и съ вѣтвями *N. pudendi* и 2) нѣсколько *N. cavern. minor.*, проникающихъ внутрь *penis*'а.

Изъ руководствъ по гистологии (Stricker'a, Лавдонскаго, Штера и др.), а также и изъ отдѣльныхъ статей и монографій (Тимофеевъ и др.), посвященныхъ вопросу

*) Изъ *plex. sacral.* отходятъ нервы: *N. glutens sup. et inf. N. cutaneous femor. posteriores. N. ischiadicus.*

объ иннервации мужских половых органовъ, мы узнаемъ, что задняя часть канала съ прилегающими къ ней органами очень богата нервными окончаниями.

По Тимофееву, одни изъ нихъ въ видѣ тончайшихъ нитей, усаженныхъ на своемъ протяжении различной величины варикозными утолщениями, либо проникаютъ между эпителиальными клетками, доходя до поверхностного слоя его (интерэпителиальная нить), либо закапчиваются въ соединительной ткани подъ самымъ эпителиемъ; другія нервныя окончания описываются въ видѣ сложныхъ скопченыхъ аппаратовъ: Почининыхъ тѣлецъ, колбъ Краузе и своеобразныхъ колбъ Тимофеева.

У послѣднихъ осевой нервный цилиндръ въ видѣ пластинки входитъ въ колбу; пластинка дѣлится тамъ на вѣтви, причѣмъ каждая изъ вѣтвей окружена своей отдѣльной внутренней колбой и соединительнотканной капсулой; получается такимъ путемъ сложная колба.

Эти аппараты имѣютъ довольно поверхностное расположеніе въ толщѣ слизистой.

Что касается нервныхъ окончаній въ Col. sem., то только нѣкоторые авторы упоминаютъ о нихъ: такъ, Klein находилъ много Почининыхъ тѣлецъ in part. prost., особенно же изобиловалъ ими Col. sem.; по Штеру, Col. sem. имѣетъ широконетельстия сплетенія нервныхъ волоконъ съ нервными клетками въ нихъ; Reinert въ соединительно-тканной стромѣ Col. sem. kota видѣтъ колбу, напоминающую колбу Краузе, Тимофеевъ говоритъ, что это была одна изъ тѣхъ колбъ, которыя онъ описалъ (см. выше). Другіе авторы не выделяютъ Col. sem. и нервныя окончанія, нужно думать, аналогичны таковымъ задней части канала.

УРЕТРОСКОПИЯ.

1) Инструментарій и техника.

До сихъ поръ мы рассматривали Col. sem. съ анатомической точки зрѣнія на препаратъ изъ трупа; мы описали общій видъ, строеніе его, тѣ органы, которые заключены въ его стромѣ. Для практическаго врача такой анатоміи мало: она дѣлаетъ только наброски и даетъ почти мертвую картину, тогда какъ жизнь ожидалетъ ее, иногда значительно измѣняя общій видъ ея.

Умираетъ человекъ, угасаютъ его жизненныя функціи; перестаетъ биться сердце, исчезаетъ живая кровь въ сосудахъ и на смѣну ей является мертвая кровь; является только жидкость, какъ химическое мертвое тѣло; теряетъ свою окраску большая часть тканей, становясь блѣдые, другая же часть, наоборотъ, приобретаетъ не свойственный ей интенсивный цвѣтъ; одновременно и ткани, и органы терять свою жизненную упругость, становясь мертвыми физическимъ тѣломъ.

Знакомый съ уретроскопией знаетъ, что въ дѣлѣ постановки диагноза часто имѣетъ большое значеніе не только цвѣтъ слизистой мочеиспускательнаго канала, но его различныя отгибки: измѣненія цвѣта наталкиваютъ насъ на мысль о патологическихъ явленіяхъ въ каналѣ.

Профессоръ F. M. Oberländer въ своемъ руководствѣ о хроническомъ трипперѣ говоритъ:

«Патолого-анатомическія измѣненія при хроническомъ перелойномъ уретритѣ, легко узнаваемые на живыхъ субъектахъ помощью уретроскопа, часто весьма трудно подмѣтить неопытному глазу на трупахъ: явленія гипереміи, отека и припуханія въ каналѣ исчезаютъ послѣ смерти... Макроскопическое наслѣдованіе на трупѣ пораженной хроническимъ перелоемъ слизистой уретры зачастую даетъ лишь недостаточныя и неудовлетворительныя свѣдѣнія о хроническихъ воспалительныхъ процессахъ, ясно обнаруживаемыхъ уретроскопомъ на живыхъ субъектахъ». Эти же слова съ равнымъ правомъ мы можемъ отнести и къ сѣмянному бугорку, какъ части мочеиспускательнаго канала.

Oberländer говорит о патологических изменениях, но если мы перейдем к сравнению нормального вида симбиона буторка на групп и на живом субъекте, то и здесь можно найти разницу. В первом случае мы видим холмик большей или меньшей величины, с отлогими обычно скатами, а во втором—это уже опухоль с крутыми подъемами и спуском. Одним словом, по анатомическим препаратам мы не можем составить себе о симбионном буторке ясного представления, вот почему мы сочли нужным внести отдельную главу нормальной анатомии этого органа, различаемого путем уретроскопии.

Прежде, чем перейти к ней, мы считаем не лишним коснуться вкратце тех инструментов, которые применяются при уретроскопии, и сказать несколько слов о технике ее. Уретроскопия очень важна в деле постановки диагноза заболевания симбионного буторка: она является решающим моментом.

Уретроскопия или эндоскопия—исследование мочеиспускательного канала светом при помощи специальных приборов, ведет свое начало с 1805 года. Bozzini (Франкфурт), Segalas (1826 г.) и Avey (1830) были первыми авторами, заговорившими об уретроскопии, но их приборы оказались малопригодными, и только Desormeaux (1853) сумел устроить более или менее удобный аппарат.

Начиная с 60-х годов прошлого столетия, уретроскопия входит в новую фазу развития и с течением времени, при все большем и большем числе последователей, дает быстрые успехи.

Уретроско-
пы. Все приборы по отношению к свету мы можем разделить на следующие группы:

1) С источником света, приспособленным к инструменту навстречу. Сюда относятся уретроскопы Desormeaux, Fürstenheim'a, Тарновского и др. Для них источником света служила лампа; лучи ее отражались зеркалами через трубку к исследуемому месту.

Эти приборы были громоздки и в настоящее время имеют только историческое значение. К этой группе нужно отнести и уретроскоп Casperra (1891) с огромными преимуществами перед первыми: он миниатюрнее и дает сильное освещение.

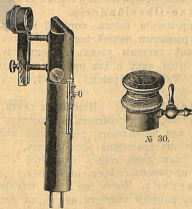
Автор говорит так о своем приборе: «источником света в моем приборе служит большая сильная лампа Edis-

son'a; над лампой помещается собирающая линза для усиления и концентрации света; над ней установлена призма, преломляющая пучок света таким образом, что он направляется в трубку, введенную в мочеиспускательный канал.

Изображения, получаемые в этом приборе, настолько ярко освещены, что можно ясно различить мельчайшие подробности на слизистой оболочке, напр. сосудистую сеть».

Некоторые авторы не разделяют взгляда Casperra; так, Б. Н. Хольцов говорит: «Этот инструмент чрезвычайно удобен в применении, но в смысле ясности получаемых изображений значительно уступает уретроскопам второй категории», у нас—третьей группе».

По нашему мнению, уретроскоп Casperra очень удобен в случаях оперативного местного лечения: просвист эндоскопической трубки свободен от лампочки, служащей для освещения поля зрения у 3-й группы, и операционный инструмент имеет большой простор (рис. 29).



№ 29.

На этом рисунке представлен держатель и светопосилитель, приспособленный для эндоскопии, и аппарат для (рис. 30) вдувания в уретру воздуха с целью увеличить поле зрения.

2) У второй группы уретроскопов источник света не прикреплен к прибору; исследующие пользовались либо светом лампы (керосиновой, газовой, электрической), отраженным по-

средством фиксируемого на лбу исследователя рефлектора, либо прибегали к различного рода фотофорам (Gutz'a, Clara, Stein'a и др.).

Здесь источник света (электрич. лампочка) был прикреплён к отражающему аппарату, который одевался исследующим на лоб.

Удобство этих инструментов быстро сказалось, и первая группа уретроскопов (за исключением Casper'a) была оставлена всеми. Grünfeld, много потрудившись в деле уретроскопии, первый предложил подобное видоизменение.

3) Третью группу составляют уретроскопы с источником света, прикреплённым к особому приборчику — светоносителю, посредством которого свет переносится к осматриваемому месту, благодаря чему получают несравненно большее освещение его и наибольшая ясность эндоскопической картины.

Здесь нужно различать две категории светоносителей: у одной источник света служит сложенная в виде платиновой проволоки, накаливаемая электрическим током до белого каления — уретроскоп Nitze-Oberländer'a.

Для предупреждения ожога, который может быть вследствие чрезмерно развитого петлей тепла, источник света фиксирован при концы системы узких трубок, служащих как для циркуляции воды, так и для прохода хорошо изолированного держателя. Таким образом в светоносителе имеется и охладитель.

Oberländer говорит: «Источник света, покоясь на скошенной подстилке, не порождает мигающих глаз световых отражений или не должен, по крайней мере, порождать их, если только он правильно расположен».

Нагревание или даже ожог слизистой оболочки также исключается в противоположность ошибочному на этот счёт утверждению Casper'a. Когда же нечто подобное случается, то это — признак плохого качества или порчи инструмента».

У второй категории, постепенно вытесняющей большинство уретроскопов, источником света служит маленькая эдиссонова лампочка, прикреплённая также к светоносителю.

Лампочка не развивает такого большого количества тепла, чтобы являлась необходимостью в особом охладителе.

Модель такого светоносителя и лампочки в 1899 году в Нью-Йоркском обществе впервые демонстрировал известный уролог Ferdinand Valentine; впоследствии инструмент

подвергся техническим усовершенствованиям и в настоящее время, благодаря практическому удобству, пользуется успехом у большинства урологов.

В виду того, что наши исследования были произведены, как мы выше упоминали, при помощи этого уретроскопа, то мы несколько подробнее остановимся на его описании.

Светоноситель состоит из никкелированной трубки, прикреплённой к никкелированной рукоятке; свободный конец трубки расширяется, образуя ложе для лампочки (рис. 31).



№ 31.

Длина светоносителя рассчитана так, чтобы он при вставленной лампочке не высовывался из эндоскопической трубки. Электрическая калильная лампочка имеет два полюса, из которых один представляет изолированную медную проволоку большей длины, чем сам светоноситель, а другой — короткий конец неизолированной проволоки.

Первый проходит через всю трубку светоносителя и дистальный конец его обматывается вокруг находящегося на рукоятке винта.

Последний плотно привинчивается, причем нарезка винта уничтожает местами изоляцию и получается контакт с рукояткой *).

Второй конец устанавливается сообщение с светоносителем. Так как у новых лампочек обычно этот конец покрыт налетом окиси, то прежде, чем вставить лампочку, не-

*) Можно и раньше уничтожить изоляцию на протяжении 1—1½ см. (это даже необходимо, если изоляция сделана при помощи ниток, а не особой массы), а затем уже обматывать вокруг винта проволоку.

необходимо ножом соскоблить налет, иначе будет плохое замыкание тока.

Рукоятка состоит из двух никелированных частей, соединенных посредством непроводящего ток материала.

Часть, обращенная к исследуемому, состоит также из двух отделов, плотно соединенных друг с другом под прямым углом.

К ним и прикреплена светоноситель. Под последним в рукоятке имеется довольно глубокий канал, в просвете которого входит сбоку винт.

Под каналом — небольшой штифт треугольной формы.

Эти приспособления служат для фиксации светоносителя к трубке, когда представляется необходимость манипулировать инструментом как одним целым.

В практическом отношении это неудобство является неудобством: постоянное обсушивание слизистой винтом заставляло бы все время манипулировать винтом.

Поэтому такое соединение при обычной уретроскопии неудобно, а при эндо-операциях оно мешает работать инструментом.

Металлическая часть рукоятки, обращенная к исследуемому, состоит также из двух частей, верхней меньшей и нижней большей, не прикасающихся друг к другу, так что находящийся между ними слой воздуха является изоляционной средой.

На верхней находится винт, к которому и прикручивается длинный конец проволоки, идущий от лампочки; а в нижней имеется пружинная пластина со штифтом, свободно поднимаящаяся вверх и вниз (выключатель), благодаря чему устанавливается связь между верхней и нижней частями.

Снизу как в металлической части, обращенной к исследуемому, так и в обращенной к исследуемому имеется ложе для электрических проводов.

Если выключатель поднять вверх, то ток замыкается и лампочка светит, при обратном положении происходит размыкание.

В последнее время фирма Левенштейна в Берлине модифицировала рукоятку, укоротила ее и выключатель приспособила к проводникам, прикрыв их к рукоятке из черного дерева; в ней, с боку, в виде капающей кнопки, и находится выключатель. Модифицирована и лампочка. В виду того, что концы проволочек часто отламываются при вставлении

в светоноситель и довольно дорогая лампочка делается неудобной, то та же фирма предложила лампочку с готовым светоносителем, из дистального конца которого торчит медная проволока длиной до 1 см.

Светоноситель вставляется в ложе, приготовленное для него в несколько измененной рукоятке, и плотно прикручивается винтом.

Это усовершенствование имеет и другие преимущества перед прежними лампочками:

1) Величина лампочки пригнана к ее вместилищу в светоносителе, тогда как раньше вновь купленные лампочки часто бывали так велики, что высовывались из просвета эндоскопической трубки и ранили слизистую канала.

2) Стерилизация их гораздо удобнее: нет тех щелей, которыми избегают у первых.

Valentine'овские лампочки имеют и свои недостатки:

1) порча лампочки и
2) нагревание ее.

Правда, недостатки эти могут быть устранены: при извешном навыке обращаться с осветителем и лампочка может выдержать больше сотни эндоскопий.

Помня о нагревании, необходимо при продолжительном исследовании прерывать ток, дабы дать отдых лампочке.

Того же результата мы достигаем, замыкая ток каждый раз, когда вынимаем лампочку, чтобы осушить поле зрения.

До сих пор мы говорили об одной части уретроскопа — 2-ой и 3-ей групп, а именно об осветителе, теперь переходим к другой составной части — к уретроскопическим трубкам.

Весьма известно, что игейна в свободном от акта мочеиспускания состоянии просвета не имеет: стénки прилегают одна к другой.

Чтобы осмотреть канал, необходимо расправить его стénки, необходимо самая отдаленная часть его сделать доступными глазу, для достижения чего и пользуются цилиндрическими трубками.

Подобными же трубками — эндоскопами пользовался и Grünfeld, поэтому мы будем описывать их вместе.

Grünfeld различает короткие трубки, длиной до 10 см., для исследования передней части, и длинные, до 15 см., для задней части; те и другие прямые, калибр их от № 14 до 31 по шкале Charrier'a.

Однѣ трубки — металлическіи, зачерненные внутри, с целью

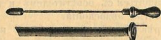
устранить отражение света от стенок, другие—из твердого каучука, третьи—из стекла, обложенного черным лаком. Все они снабжены конусообразным obturatorом, закрывающим просвет, чтобы предупредить поранение слизистой. Кроме прямых, предложены были Grünfeld'овы и др. изогнутые, на подобие катетра Mercier с кольцами, некоторые даже с зеркальными стеклами в них.

Но все это отошло, а если не отошло, то отходить им обстоит забавно.

В настоящее время применяются исключительно металлические, никелированные, прямые трубки как для передней, так и для задней части канала.

Для касперовского уретроскопа трубка немного короче и снабжена на окулярном конце особым ободком, при помощи которого к ней прикручивается осветитель. Держа за рукоятку последнего, можно манипулировать свободно трубкой.

Для Oberländer'овского и Valentine'овского уретроскопов трубки почти одинаковы—мы опишем последний (рис. № 32).



№ 32.

На окулярном конце они снабжены круглой пластинкой, где имеются штифты и небольшая выработка на окружности пластинки. Первый служит для соединения с рукояткой светонесителя, а во вторую входит треугольный стержень рукоятки, благодаря чему трубка не вертится и хорошо фиксируется (об этом была речь раньше).

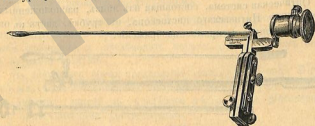
На этой же пластинке имеются номера, соответствующие шкале Шаррьера от № 21 до № 31; обычно идут нечетные №№. Противоположный конец скошен под углом приблизительно в 45°.

При введении в канал просвет трубки закрывается obturatorом соответствующей толщины, заканчивающимся закругленным конусом с желобком на одной стороне для прохождения воздуха с целью предупредить присасывание слизистой оболочки.

Для исследования задней части Oberländer придумал колпачатый obturator или obturator на шарнире, который придает эндоскопической трубке вид катетра Mercier. Ключи, скользя по верхней (передней) стенке канала, легко проходят через область часто очень болезненного сфинктера; когда трубка проникла в пузырь, поворотом винта ослабляют шарнир и ключи принимают прямое положение, после чего obturator свободно вынимается. Этот obturator удобен для начинающих уретроскопировать.

Для увеличения эндоскопической картины, следоват., для более детального осмотра ее, авторы (Kaufmann, Luys) приспособили к рукояткам оптические стекла; стекла вращаются и при желании манипулировать инструментами могут быть отодвинуты в сторону. На рис. 33 представлен Valentine'овский уретроскоп с душкой Kaufmann'a.

Уретроскоп с увеличительным стеклом.



№ 33.

На границе между третьей группой и последней лежит уретроскоп Wossido для задней части канала и главным образом Col. sem.

Уретроскоп Wossido.

Он состоит из изогнутой трубки, снабженной окном на противоположной ключу стороне; от окулярного конца она идет тонкая трубочка, открывающаяся с одной стороны у выработанного на центральном конце окошечка, с другой—в виде отдельной трубочки выходит наружу у окулярного конца. Трубка служит для вдувания воздуха в заднюю часть канала с целью расправить его.

Для герметической закупорки окулярного отверстия светонеситель, плотно пригнанный к просвету этой части трубки,

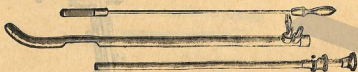
закрывается съемным стеклянным окном, через которое и осматривается канал. В последнее время автор, видимо, отказался от этого уретроскопа, так как предлагал комбинацию его с ирригационным уретроскопом.

Ирригационные уретроскопы. Этот тип предложен был впервые в 1906 г. Goldschmidt'ом; принцип его: с помощью тока жидкости расправить все складки канала, заставить флотировать разрастания слизистой, которая часто встречается при хроническом триппере в part. prost., и с помощью оптической системы увеличить ясность картины поля зрения.

Мы оставляем в стороне уретроскопы для передней части и скажем несколько слов об уретроскопах для задней.

К этой группе относятся уретроскопы Goldschmidt'a, Wossido — Goldschmidt'a и чисто-уретроскоп Вегера. Уретроскоп Goldschmidt'a состоит из оптической системы, трубки и обтуратора (см. рис. 34).

Оптическая система, состоящая из линз, расположенных, по принципу Ниттлевого чистоскопа, в трубке, дает в окуляр увеличенное и прямое изображение.



№ 34.

Уретроскопическая трубка, с загнутым в виде клюва Mercier концом, имеет на задней поверхности большое овальное окно в 2 1/2 см. длины; начало вырванного от отверстия окулярного конца трубки на 14 см. Сама трубка соответствует № 24 Char. На окулярном конце различают следующие части:

1) втулки для электрического кабеля, 2) трубку для ирригационной жидкости и 3) отводный край для нее; иногда его нет, и жидкость во время исследования затекает в нуарь. Первые две части расположены с одной стороны, а третья — на нижней стенке. Эдиссонова лампочка, силой от 6 до 7 volt, помещается либо против окна у клюва на верхней стенке трубки, будучи защищена от ирригационной жидкости матовым

стеклом — это один тип уретроскопов с верхним освещением (имь пользовались и мы), либо почти в самом клюве позади окна, будучи также защищена стеклом — это тип уретроскопов с задним освещением.

Для герметической закупорки окулярного отверстия во время исследования на оптическом аппарате имеется небольшая плотно прилегающая муфта.

Обтуратор — это металлический стержень с ручкой на одном конце и либо с срязом на другом (сряз соответствует выпуклости места для лампочки у уретроскопа с верхним освещением), либо без сряза, совершенно ровный цилиндрический для инструментов с задним освещением; закрывает окно уретроскопа как при введении, так и при выведении из мочеиспускательного канала. Во время осмотра окно остается открытым и прилегающая к нему слизистая при помощи оптики рассматривается исследующим.

Wossido соединил свой воздушный уретроскоп с Гольдшмидтовским ирригационным, благодаря чему представляется возможность исследовать канал с орошением его и при вдувании воздуха.

В последнее время предложен чисто-уретроскоп Вегера'го. Судя по описанию, инструмент очень удобен и может поэтому занять не последнее место среди диагностических ирригационных уретроскопов.

Мы видим, что все современные уретроскопы требуют

Где имеется подобное освещение, дело обстоит очень просто: нужно приобрести реостат и городской, трансформированный ток годен для исследования.

Имеется различные сложные приборы, как, напр., панаэлектростат, приспособленный для всевозможного, кроме освещения, пользования током. Есть и более простые, — один, предназначенный для освещения и гальванокаустика, другие — только для освещения.

Из последних особенно удобен маленький трансформатор фирмы Левентштейна (рис. 35).

Если в квартире нет электричества, можно пользоваться аккумуляторами.

В виду того, что они требуют, время от времени, спо-

Инструментарий, необходимый при уретроскопии.

пальной зарядки токомъ, то въ городахъ, гдѣ нѣтъ электрическаго освѣщенія, они мало примѣнны.

Здѣсь могутъ оказать услугу различныя электрическія батареи, влажныя и сухія. Наиболее удобны послѣднія.

Авторами и фирмами предлагаемъ всевозможные аппараты.

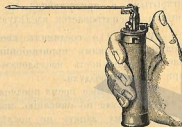
Мы не будемъ останавливаться на нихъ, упомянемъ объ очень удобныхъ, переносныхъ лампахъ, предложенныхъ Valentin'омъ, д-ромъ Бухманомъ и др.

Эти сложныя и довольно дорогіе лампы могутъ быть замѣнены болѣе дешевыми элементами, которые облуживаютъ карманные фонари.

Для этой цѣли можно даже пользоваться особымъ футляромъ, изготовленнымъ фирмой Левенштейна.



№ 35.



№ 36.

Это—футляръ обыкновеннаго карманнаго фонаря безъ лампочки, но съ отверстиями для проводовъ и съ крючкомъ, при помощи котораго можно прицѣпить его къ карману халата.

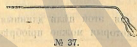
Въ последнее время даже предложенъ уретроскопъ со съемной ручкой, въ которой помѣщается сухая батарея (рис. 36).

Будемъ ли мы пользоваться трансформаторами, аккумуляторами или другими какими источниками электрическаго тока, если мы желаемъ сохранить эндоскопическую лампочку, то одинъ проводъ эндоскопа мы должны соединять съ батареей, непременно, черезъ маленькой реостатъ, прилагаемый къ Valentin'овскому инструменту: онъ позволяетъ тонко регулировать токъ и предохраняетъ лампочку отъ неумѣреннаго перекаливанія.

Для уретроскопій, особенно задней части канала, требуется известное положеніе больного.

Удача самого изслѣдованія много зависитъ отъ правильности положенія больного, говоритъ Oberländer.

Съ этой цѣлью предложено много различныхъ столовъ.



№ 37.

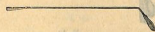
Такъ, Kollmann описалъ специальный столъ, которому можно придать различное положеніе въ зависимости отъ потребности: уретроскопій передней или задней, цистоскопій или другихъ урологическихъ манипуляцій.



№ 38.

Очень удобенъ столъ, рекомендованный д-ромъ Городищемъ.

Наконецъ съ успѣхомъ можно пользоваться и обыкновеннымъ гинекологическимъ кресломъ.



№ 39.

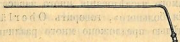
Помимо уретроскопа и кресла, требуются еще слѣдующіе вспомогательные инструменты.

1) Изъ нихъ самымъ необходимымъ является тампонодержатели, очищающіе при помощи ватки слизистую оболочку отъ слани, casein'a и глицерина (рис. 37, 38, 39).

Kollmann'омъ предложены тонкія проволоки изъ нейзильбера, заканчивающіяся ходами винта; на нихъ прочно прикрѣпляется рыхлый кусочекъ стерилизованной ваты.

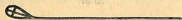
Такъ какъ во время изслѣдованія часто требуется большое количество такихъ держателей, то въ практикѣ ихъ очень легко

замнить деревянными палочками, благодаря чему в материальном отношении можно много выиграть.



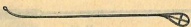
№ 40.

Очень удобны для этой цели длинные, круглые, хорошо обточенные спицы, которые можно приобрести в свичечных



№ 41.

складах, стоимостью 30 коп. за 100 шт. Каждую спицу приходится дѣлить на три части и тогда получается палочка требуемой длины.



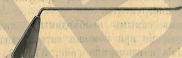
№ 42.

2) Канюля для впрыскивания минимальных количеств лекарственных веществ в носухи, а также и для промывания



№ 43.

Uthriculus masculinus. Хорошо пользоваться для этого капельным шприцем Guon'a, либо шприцем Праватца (рис. 40).



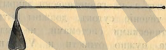
№ 44.

3) Маленькия коретки для соскабливания грануляций (рис. 39, 40).

4) Собиратели секрета (рис. 41, 42).

5) Щипцы на случай, если сорвется ватка съ держателя и останется в трубѣ.

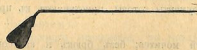
6) Эндоскопические зонды—головчатые, прямые для разглаживания складок слизистой и разсматривания точек прикрепления разрастаний (рис. 45, 46); изогнутые, предложенные нами для исследования полости Uthr. masc. и просвета ductus eji. Это—тонкие зонды, на подобие Kollmann'овскаго прямого, сдѣланы из нейлайбера для того, чтобы можно было



№ 45.

прислать имъ различный уголъ, соответствующій углу направления сѣмянвыбрасывающаго протока въ зависимости отъ возраста больного, согласно изслѣдованіямъ д-ра Шевкуненко. Пуговка зонда въ диаметръ не больше 0,4 мм., что соответствуетъ среднему просвѣту наружнаго отверстия протока (см. рис. 39 Таб. IV).

Зондъ для изслѣдованія Uthr. masc. отличается отъ перваго только головкой большаго размѣра (до 0,6 мм.).



№ 46.

Что касается инструментовъ, применяемыхъ съ лечебною цѣлью, то о нихъ мы будемъ говорить въ главѣ о терапії сѣмяннаго бугора.

Приступая къ уретроскопическимъ изслѣдованіямъ, необходимо строго соблюдать основныя правила матери урологинъ—уретроскопическихъ хирурговъ: асептику и антисептику, только при такихъ условіяхъ можно безобоязненно вводить инструменты въ urethr'y.

Изслѣдованіе можно разбить на нѣсколько моментовъ:

Первый моментъ—приготовленіе инструментовъ,

*) Мы будемъ говорить только о тѣхъ приемахъ, которые применяются нами.

Техника уретроскопическихъ изслѣдованій задней части канала вообщемъ и Col. set. въ частности *)

- Второй — приготовление большого, безъежкы на минутах (5 мин.)
- Третий — само исследование и
- Четвертый — уборка инструментов.

Приготов-
ление инст-
рументовъ.

Непосредственно каждому исследованию должно предше-
ствовать кипячение инструментовъ, выдерживающихъ высоту 10
безъ ущерба для годности ихъ. Тщательному обтиранию мыльнымъ
спиртомъ и простымъ спиртомъ, или стерилизации въ аппаратъ
Albagan'a или просто въ парахъ формалина, развиваемыхъ
лешками Schering'a и герметически закрытыхъ стеклян-
ныхъ сосудахъ въ течение сутокъ, должны быть подвергнуты
инструменты съ оптическими системами, не выдерживающими
кипячения; сюда же нужно отнести и Valentin'овскій
сѣвѣтосензель съ лампочкой.

Палочки съ ватными тампонами, накрученными на обонхъ
концахъ, толщиной, соответствующей просвѣту трубки, для стерили-
зации лучше помѣщать въ автоклавъ и хранить въ стерили-
зованныхъ полотенцахъ. За неимѣніемъ автоклава можно при-
готовлять ихъ непосредственно передъ исследованиемъ: на стерильную палочку наматываютъ стерильную ватку *).

Передъ каждымъ исследованіемъ необходимо провѣрить
лампочку и пустить токъ такой силы, чтобы была яркій, бѣлый
свѣтъ.

Когда инструменты готовы, приступаютъ къ приготовленію
большого.

Приготов-
ление боль-
ного.

Исследуемый мочится; безъ брюкъ и кальсоновъ ложится
на специальный столъ съ приподнятымъ слегка тазомъ и съ раз-
веденными, согнутыми въ колѣнныхъ сочлененіяхъ, ногами.

Тщательно обмывается glans penis, главнымъ образомъ у
отѣ. ext. (Мы пользовались либо растворомъ борной кислоты,
либо растворомъ Hydrag охуэулаті 1.2000 — 1:1000).

Промыванія передней части канала никогда не дѣлали,
т. к. большинство нашихъ больныхъ было либо безъ отдѣленія
изъ канала, либо съ стерильнымъ отдѣленіемъ; малое число — съ
обильнымъ и подозрительнымъ отдѣленіемъ — вначалѣ подвер-
галось леченію передней части, а затѣмъ уже исследовалось.

Большинство авторовъ предлагаютъ анестезировать каналъ;
въ течение 1907—08 г. въ уролог. амбулаторіи проф. Федо-

рова, въ то время закъдемой д-ромъ Н. О. Лежневымъ,
было введено, какъ правило, пользоваться 3% сосаи'омъ при
каждой уретроскопіи; съ 1908 по предложенію д-ра Лежева
перешли на ауринъ 2%, какъ менѣе ядовитый препаратъ, и
пользовались имъ въ Урологич. Институтѣ до 1910 года, когда
въ теченіе года пришлось убѣдиться въ прератности понятія
о безвредности Аурин'а, какъ д-ру В. А. Горашу, д-ру Н. О.
Лежеву, такъ и намъ.

Д-ръ Горашъ на 1453* случаемъ примѣненія алипина
видѣть дважды явленія отравленія. Онъ пишетъ:

«Въ этихъ двухъ случаяхъ наблюдалось отравленіе въ
количествѣ 5 куб. с. 2% и 5% растворовъ съ тождествен-
ными явленіями и благополучными результатами. Отравленіе
наступаетъ быстро, особенно у молодыхъ и истощенныхъ лицъ,
тогда какъ возможны спазмы и рядомъ переносить большій %
раствора совершенно неамѣтно».

Картина отравленія была слѣдующая:

«Черезъ 1½ мин. большой началъ жаловаться на недоста-
токъ воздуха, зрачки расширились, началъ галлюцинировать,
пытался сосокоты съ стола, появились судороги, дычаніе по-
степенно прекращалось, пульсъ съ замедленнымъ токомъ исчезъ.
Большой поспѣлъ».

Картина отравленія, наблюдаемая въ одномъ случаѣ д-ромъ
Лежневымъ, въ другомъ нами, была почти аналогична опи-
санной В. А. Горашемъ.

Въ виду возможнаго отравленія, мы послѣдніе два года
почти не прибѣгали къ алипину.

Мы говоримъ почти, такъ какъ дѣлали исключеніе для очень
нервныхъ субъектовъ, особенно при рѣзко чувствительномъ Col.
sem. Основаніемъ къ этому служила рѣзкая болезненность въ
опредѣленномъ пунктѣ, расположенномъ въ той 1/3 простаты по
средней линіи, которая лежитъ къ р. membr.; по нашему мнѣ-
нію, это и есть мѣсто, соответствующее Col. sem.

Мы анестезировали только заднюю часть канала слѣду-
ющимъ способомъ: брали 1/2 Гуон'овскаго шприца 2% Алу-
рина и при помощи Гуон'овскаго катетра, пропущеннаго въ
р. membr. (какъ только получалось характерное прохожденіе че-
резъ нее), вводили растворъ; черезъ 3—5 минутъ приступали
къ исследованію.

Такъ какъ наши исследованія въ большинствѣ случаевъ
относились къ задней уретрѣ, то мы брали трубку либо № 23, или Urethr'n.

* Нужно брать лучшей сортъ ваты, такъ какъ влохля оставлять въ ка-
наль отдѣльные волоски.

либо № 25 в зависимости от ширины наружного отверстия канала, очень редко приходится прибегать к № 27, а еще реже к №№ 29 и 31.

Заполнив просвять трубки соответствующим обтуратором, инструмент необходимо смазать либо стерилизованным глицерином, либо Katheterpin'омъ Casper'a.

Rp. Hydrarg. oxysulphati	0,246
Glycerini	20,0
Tragacanthae	3,0
Aq. destil. steril.	100,0
M. f. ung. d. in tab. metal.	

Эта мазь очень хороша: она не раздражает мочеиспускательного канала, делает инструмент скользким, растворима в воде, кроме того, она остается долгое время стерильной.

Casper говорит: «Даже при стоянии на воздухе она остается стерильной в течение 8 дней».

Тогда как глицерин имеет недостаток: раздражает слизистую канала; но это раздражение так быстро исчезает, что особого значения придавать ему не следует.

Нужно избегать различных жирных веществ, которые оставляют на инструментах трудно смываемый жирный слой, задерживающий при стерилизации инфекционный начала.

Приготовленную трубку берут между вторым и третьим пальцами правой руки, большой палец кладут на ручку обтуратора и держат последний так, чтобы обтуратор, испытывающий сопротивление стенок ureth'ra, не выскакивал из трубки.

Мы обращаем на это особенное внимание, так как, выскользя из трубки, обтуратор обнажает края ее, и представляется полная возможность поранить слизистую, это во-первых; во-вторых, болевая ощущения заставляют пациента сокращать наружный сфинктер в сплосх и рядом, как это приходилось наблюдать нам на практических занятиях с врачами в Уролог. Институтъ, получается сильное кровотечение.

Особенно опасен момент, когда исследующий пытается провести трубку через наружный сфинктер, сокращение m. bulbo-ureth'rae часто съ силой выталкивает не только обтуратор, но и трубку.

Взяв вышеуказанным способом в правую руку приготовленную трубку, исследующий становится между ногами исследуемого, лицом к нему, левой рукой между вторым и треть-

им пальцами берет penis на подобие сигары (необходимо, чтобы graepit'я была отвернута), подтягивает его вверх, приблизительно под углом 45° к животу больного. Хорошо смазанная трубка, пройдя через ori. ext., свободно скользит по расплавленному каналу до тех пор, пока не упрется в Bulbus. Это будет первый момент введения уретроскопа.

Второй момент — прохождение в заднюю часть — является, как уже раньше говорили, довольно трудным.

Когда получаются ощущения, что обтуратор уперся в bulbus, нужно сильно подтянуть левой рукой членъ вверх, а правой стараться плотно фиксировать трубку в этомъ мѣстѣ; поддерживая большимъ пальцемъ ручку обтуратора и все время сохраняя положение павильона эндоскопа в плоскости, проходящей по средней линии большого, постепенно окулярнымъ концомъ начинать описывать дугу, одновременно натягивая членъ, как перчатку на инструмент. Обычно послѣдній довольно свободно преодолеваетъ сокращение сфинктера. Иногда удается пройти через сфинктеръ только при горизонтальномъ положении трубки.

Если мы удалимъ моментъ прохождения через сфинктеръ и, мысленно изгибая, продвинемъ трубку приблизительно на $3\frac{1}{2}$ cm., то мы, навѣрно, остановимся на урнѣ сѣмянного бургора.

При соответствующемъ навыкѣ это не составляетъ затрудненій. Однако, случается, что трубка такъ быстро проскальзываетъ в глубину, что невольно пропускаешь этотъ моментъ, тогда часто бываетъ достаточно поднять павильонъ вверх, описывая обратную дугу настолько, чтобы трубка составила съ горизонтальной линіей (линей параллельной полу) уголъ, равный приблизительно 45°, тогда центральный конецъ эндоскопа будетъ почти около урны Col. sem.

Неизвестность первого исследования часто сильно волнуетъ больного и эндоскопу на своемъ пути приходится встречать резко спазмирующій наружный сфинктеръ.

Въ этихъ случаяхъ нужно помнить, что насиле увеличить, а не ослабить спазмъ сфинктера.

Поэтому приходится прибегать къ различнымъ уловкамъ, чтобы отвлечь внимание больного отъ исследования и тѣмъ ослабить мышцы уретры.

Разговорное отвлечение, расслабленіе при помощи легкихъ постукиваній — массажное рубленіе — внутреннихъ бедренныхъ мышцъ, обычно напрягаемыхъ большимъ, сосредоточиваніе вниманія его на глубокомъ вдыханіи животомъ при открытомъ ртѣ,

массаж на промежности: все это может не оказать расслабляющего влияния на сфинктер.

Здесь нам очень часто оказывали услуги следующие приемы:

1) Плотно фиксируя правой рукой центральный конец эндоскопа в *bulbus*, постепенно опускали павильон, как выше описано, в то время как левой рукой при помощи второго и третьего пальцев, которыми захвачен член в подобие сигары, дѣлали съ небольшими паузами короткия, точечкообразныя натягиванія его на трубку, одновременно производя по члену снизу отрывистыя легкия постукиванія четвертым и пятымъ пальцами.

Подъ влияніемъ точечкообразныхъ раздраженій, видимо, скорѣе наступаетъ утомленіе сфинктера: онъ расслабляется и при легкомъ надавливаніи трубка проходитъ черезъ него.

Если этотъ приемъ не удавался, что бывало сравнительно рѣдко, то мы прибѣгали къ другому:

2) Плотно фиксируя трубку въ *bulbus*, описывали павильономъ дугу настолько, чтобы удобно было смотрѣть въ окулярное отверстіе, вынимали obturatorъ, высушивали тампонишкомъ прилегающую слизистую, вставляли лампочку, какъ для изслѣдованія, и ориентировались въ мѣстѣ находженія; этого бывало достаточно, чтобы незвѣстность изслѣдованія для больного исчезла и большой успокоился; нужно вставитъ снова obturatorъ и тогда удавалось при помощи первого приема пройти черезъ сфинктеръ.

Когда пройдешь сфинктеръ и центральный конецъ трубки находится на опредѣленномъ уровнѣ, изслѣдующій садится на стулъ (лучше всего винтовой) на такой высотѣ, чтобы окулярный конецъ эндоскопа былъ какъ-разъ въ одной плоскости съ его глазами.

Прежде, чѣмъ вынуть obturatorъ и начать осмотръ канала, необходимо умѣть хорошо фиксировать эндоскопъ, иначе онъ съ силой выбрасывается вонъ мышцами и приходится снова вставлять obturatorъ, а это начинаетъ нервировать больного и сейчасъ иногда приходится прекращать. Чтобы этого не случилось, можно поступать такъ: лѣвый локоть помѣщаютъ на вѣстунъ стола поръ членъ; а именно—беруть *penis*, на подобіе сигары, между третьимъ и четвертымъ пальцами (раньше между вторымъ и третьимъ); указательнымъ и большимъ пальцами пользуются для

фиксациіи трубки, располагая ихъ такъ, чтобы низъ окулярной пластинки былъ между мякотью и ногтемъ большого пальца, а сверху придерживалъ бы ее указательный палецъ. Мизинецъ располагаютъ снизу члена, и онъ служитъ для того, чтобы удерживать и направлять центральную фигуру *) въ просвѣтъ трубки.

Это необходимо только при изслѣдованіи передней части, тогда какъ задняя часть, фиксированная простатою и мышцами, не представляетъ затрудненій въ дѣлѣ находженія ея.

Зафиксировавъ приборъ, правой рукой вынимаютъ obturatorъ, обсушиваютъ поле зрѣнія ватнымъ тампонишкомъ и тогда вставляютъ свѣтосонитель.

Начинающій уретроскопировать, боясь ожечь слизистую, часто вдвигаетъ въ трубку свѣтосонитель не до конца, благодаря чему получается плохое освѣщеніе.

Такъ какъ мы уже говорили о томъ, что длина свѣтосонителя меньше длины эндоскопа и поранить или ожечь слизистую нельзя, то, не боясь, нужно ввести лампочку такъ, чтобы рукоятка касалась окулярной пластинки,—только тогда будетъ должное освѣщеніе изслѣдуемаго мѣста канала.

Мы считаемъ не лишнимъ упомянуть объ облачкахъ, закрывающихъ иногда все поле зрѣнія; это происходитъ тогда, когда либо сама лампочка влажна, либо въ пространствѣ между лампочкой и кожей ея остаются водяныя капли, испаряющіяся при нагреваніи.

Нужно вынуть свѣтосонитель и тщательно обсушить лампочку.

Случается, что, обсушивъ поле зрѣнія, мы вставляемъ лампочку и сейчасъ же видимъ, какъ просвѣтъ трубки заполняется жидкостью; необходимо немедленно вынуть свѣтосонитель, такъ какъ нагревающаяся лампочка можетъ при этомъ лопнуть.

Когда поле зрѣнія готово для осмотра, нужно опредѣлитъ мѣсто находженія центрального конца трубки въ каналѣ. Онъ можетъ быть либо на *Col. sem.*, либо за нимъ, либо впереди него.

Если мы прошли весь каналъ и очутились въ цузарѣ, то, и не осматривая даже свѣтомъ, мы убѣждаемся въ этомъ по выдѣленію мочи изъ эндоскопа; иное дѣло, если мы будемъ между сфинктеромъ и сѣм. бугоркомъ; такъ какъ моча можетъ

*) Центральной фигурой называется та часть слизистой оболочки, которая находится у окна эндоскопа, и представляетъ изъ себя воронку; въ центрѣ ея находится просвѣтъ канала, а въ окружности—стѣны его.

показаться только при слабости сфинктера и повышенной чувствительности Col. sem., то опознавательным пунктом является задняя стѣнка канала, закрывающая просвѣтъ трубки въ видѣ стѣнки съ продольными складками, либо съ продольными полосами болѣе краснаго цвѣта, чередующимися съ блѣдными полосами. Немного выдвинувъ трубку на себя, мы видимъ, какъ изъ-подъ нижней стѣнки канала въ просвѣтъ трубки выкатывается небольшое болѣе или менѣе упругое возвышеніе—сѣмян. бугорокъ.

Если просвѣтъ трубки заполненъ слизистой съ круглыми отверстіемъ въ центрѣ, это значитъ, что мы не дошли до Col. sem.,—необходимо вставить обтураторъ и протолкнуть трубку дальше на 1—2 см.

Мы потомъ увидимъ, что, по мѣрѣ приближенія къ сѣм. бугорку, центральное отверстіе постепенно изъ круглой формы переходитъ въ полудлунное и, наконецъ, около самаго бугорка является треугольнымъ, съ основаніемъ на задней стѣнкѣ канала и боковниками изъ складокъ слизистой на подобіе завѣсокъ; это постепенное измѣненіе вида отверстія и служитъ показателемъ, далеко ли находится конецъ трубки отъ Col. sem.

Если мы находимся на уровнѣ сѣм. бугорка, въ просвѣтъ трубки будетъ возвышеніе, въ чемъ убѣждаемся мы, слегка выдвинувъ къ себѣ трубку и обнаживъ тѣмъ основаніе бугорка; отдавши концомъ трубки лѣвую, правую и верхнюю стѣнки канала, мы видимъ и соответствующія стороны бугорка, отрицательныя отъ стѣнокъ канала пустымъ пространствомъ.

Тщательно обсушивъ поле зрѣнія, приступаемъ къ осмотру Col. sem. вначалѣ передней его поверхности, затѣмъ задней и боковыхъ.

Выгодно заранѣе составить себѣ планъ осмотра, чтобы не пропустить какихъ-нибудь деталей.

Мы придерживаемся слѣдующей схемы:

1) Опредѣляемъ величину Col. sem. по отношенію къ просвѣту эндоскопической трубки, каждый разъ обозначая № эндоскопа.

Въ этомъ случаѣ, намъ кажется, можно избѣгнуть недочетовъ индивидуальныхъ опредѣленій величины его, и развѣтъ будетъ для читателя болѣе понятенъ, чѣмъ сравненіе съ горошинами, косячками и т. д.

2) Опредѣляемъ форму его.

3) Контуры его.

4) Цвѣтъ слизистой, сравнивая съ цвѣтомъ слизистой, окружающей сѣмян. бугорокъ.

5) Гладкость, блескъ и влажность эпителиальнаго покрова его.

6) Кровоточивость, степень и мѣсто ея.

7) Чувствительность къ прикосновенію ватными тампонами.

8) Видъ и расположеніе отверстія uter. masc.

9) Видъ и расположеніе устьй сѣмянвыбрасывающихъ протоковъ.

10) Состояніе слизистой, окружающей Col. sem., и основанія его.

Осмотрѣвъ переднюю поверхность, мы переходимъ къ осмотру части, лежащей за Col. sem. Для этого снова заполняемъ просвѣтъ трубки обтураторомъ, опускаютъ окулярный конецъ ниже уровня апс'а такъ, чтобы центральный конецъ трубки, по мысленному представленію, смотрѣлъ немного вверхъ, и осторожно продвигаютъ ее по направленію къ мочевою пузырю; въ этомъ случаѣ мы обходимъ Col. sem. сверху, скользя инструментомъ по его верхушкѣ.

Вынувъ обтураторъ и обсушивъ поле зрѣнія, отмѣчаютъ:

1) Цвѣтъ слизистой.

2) Гладкость и блескъ ея.

3) Степень кровоточивости слизистой.

На задней стѣнкѣ, кромѣ этого, еще отмѣчаютъ:

a) видъ и состояніе складокъ, идущихъ къ Col. sem.

b) видъ и состояніе выходныхъ отверстій предстательныхъ протоковъ, каковыя часто находятся между складками,

c) общій видъ fossulae prostaticae.

Постепенно выдвигая трубку, доходя къ снозу до Col. sem., осматриваютъ задній скатъ его и слѣдятъ за тѣмъ, въ какомъ видѣ онъ выкатывается изъ просвѣтъ трубки,—изъ-подъ нижней стѣнки ея въ видѣ сдавленнаго бугорка или въ видѣ плотной, фиброзной опухоль; на основаніи этого можно имѣть нѣкоторое представленіе о консистенціи его. Одновременно осматриваютъ и боковыя части.

Трубку нужно вынимать медленно (мы еще разъ повторяемъ это), такъ какъ край ея, тихо скользя по поверхности бугорка, часто поднимаетъ тѣ разрастанія, которыя иногда, находясь на Col. sem., плотно прилегаютъ къ слизистой и при первомъ изслѣдованіи даже ускользаютъ отъ нашего вниманія, тогда какъ

из-под края трубки они появляются в виде более рельефных сосков.

Конечно, на этот прием нельзя рассчитывать, как на верный и единственный, потому не следует отказываться и от Коппман'овского зонда, при помощи которого можно легкими движениями передвинуть то или другое подозрительное возвышение на слизистой сѣм. бугорка.

Чтобы увидеть боковую abertura протоков простаты, нужно отодвинуть в сторону соответствующую стѣнку канала и разма- тривать дно этого пространства.

Дальше идет осмотр:

- 1) сѣвус'а, того валика, который тянется от Col. sem. по направлению къ р. membran.
- 2) слизистой part. prost. и р. membran.
- 3) слизистой передней части канала.

Обращают внимание на цветъ, гладкость эпит. покрова, степень кровотоечения, общій видъ центральной фигуры.

Детальный осмотръ зависит отъ умѣнья вынимать трубку. Мы уже указывали, что требуется медленное выдвиганіе трубки, чтобы не пропустить безъ осмотра того или другого участка слизистой. Такъ какъ правая рука нужна для освѣтителя, то только лѣвой рукой приходится манипулировать трубкой и ею выдвигать эндоскопъ. Эту функцию исполняетъ большой палецъ: окулярная пластинка, помѣщенная, какъ мы видѣли выше, между ногтемъ и мякотью большого пальца, слѣдуетъ за медленными движениями его, — конечно, только тогда, когда мы желаемъ передвинуть трубку. Такъ поступаютъ до тѣхъ поръ, пока изъ канала не покажется трубка такой длины, чтобы можно было раздѣлать на ней пальцы. Тогда указательный палецъ, положенный сверху трубки, и мизинецъ, оставленный на старомъ мѣстѣ снизу канала, служатъ для фиксаціи трубки; въ помощь имъ являются третій и четвертый пальцы, захватившіе членъ, какъ сигару; большой палецъ помѣщается за окулярной пластинкой съ тѣмъ, чтобы, упирась въ нее, при движеніи своемъ могъ тянуть трубку вонъ изъ канала.

Для осмотра задней части и р. bulbosa эти приемы вполнѣ достаточны.

При осмотрѣ передней части приходится брать трубку между большимъ и указательнымъ пальцами и съ помощью ихъ медленно тащить трубку вонъ.

Прежде, чѣмъ окончить съ техникой уретроскопіи Valen-

tin'овскими эндоскопами, скажемъ нѣсколько словъ о техникѣ изслѣдованія полости Uthr. masc. и просвѣтовъ d-um ej-tigum черезъ эндоскопъ.

Введя Valentin'овскую трубку № 23 или № 25, въ лѣвую руку мы беремъ рукоятку лампочки такъ, чтобы второй и третій пальцы поддерживали penis, а остальными прижимаемъ лампочку къ боковой стѣнкѣ эндоскопа и при помощи рукоятки фиксируемъ его; въ правую-руку беремъ пуговчатый зондъ, пропускаемъ его въ трубку до Col. sem., свободно проталкиваемъ черезъ abertura Uthr. masc. и ощущиваемъ всю полость, какъ дѣлаемъ это при изслѣдованіи камней въ мочевомъ пузырѣ.

Для зондированія протоковъ мы поступаемъ такъ же, какъ въ вышеописанномъ случаѣ. Когда зондъ *) введенъ въ уретроскопъ, подводить его къ основанію бугорка, постепенно поднимая пуговку до отверстия ductus'a и, осторожно пропустивъ черезъ отверстие, свободно проталкивать впередъ въ среднемъ до 1½ cm.

При этомъ мы должны помнить о придаточныхъ выпячиваніяхъ стѣнокъ протоковъ, лежащихъ по дорсо-медиальной стѣнкѣ, и направлять пуговку по латерально-вентральной поверхности стѣнки.

Какъ первое, такъ и второе изслѣдованіе совершенно безболѣзненны и ни разу не сопровождался кровотеченіемъ.

О показаніяхъ къ подобному изслѣдованію мы скажемъ позже.

Для этой уретроскопіи вмѣсто ватныхъ тампоницъ Техника иригационной уретроско- пи используется иригационная кружка съ жидкостью; мы пользуемся 2% растворомъ борной кислоты. Кружка вѣшается на штативъ на высотѣ 1—1½ метр. Большой и инструменты приготавливаются такъ же, какъ и въ первомъ случаѣ.

Уретроскопъ, дополненный обтураторомъ и снабженный резиновыми трубками на соответствующихъ мѣстахъ, смазывается массой Casper'a и вводится въ мочеиспускательный каналъ, какъ метал. катетръ или бужъ.

Когда окулярный конецъ опущенъ почти до горизонт. линіи, вытаскивается обтураторъ; верхняя трубка соединяется съ иригаторомъ, жидкость течетъ въ каналъ, промывая его, и выливается обратно черезъ окулярное отверстие.

Промывъ такимъ образомъ каналъ, присоединяютъ элект. токъ

*) Нужно помнить о направленіи d-из'овъ въ зависимости отъ возраста и имѣть уголъ изгиба согласно даннымъ В. Н. Шевкуненко.

и правой рукой вставляют оптическую систему так, чтобы плотно укрывать муфту, герметически закрывающую просвет трубки.

Исследующий размещается так же, как и в первом случае, между ногами исследуемого. Левой рукой придерживает член и уретроскоп, а правой манипулирует съ оптикой, предварительно замкнув ток.

Оптика вводится до конца и под контролем глаза постепенно выдвигается обратно до тех пор, пока не будет в фокусе рассматриваемое место.

«Если после включения лампочки», пишет Гольдшмидт относительно методики исследования, «несмотря на ирригацию, видимое через окошко поле остается темным, то это может зависеть от следующего:

1) Инструмент введен слишком глубоко: лампочка зашла в мочевой пузырь, сфинктер перед ней закрылся и, конечно, свет ее не доходит до глаза наблюдателя.

При осторожном выведении инструмента лампочка снова показывается и расширенный струей канал вновь освещается.

2) При этом если инструмент введен недостаточно глубоко, часто случается, что слизистая оболочка перенчатой части канала втягивается в окошечко и заслоняет самую нижнюю часть лампочки.

Чтобы точно ориентироваться, нужно опять выводить инструмент до тех пор, пока не покажется очень характерная полулунная складка, как-раз лежащая на месте перехода пещеристой части канала в луковичную. Тогда при непрерывной ирригации нужно снова ввести инструмент на несколько сант. вглубь и сям. бугорок тотчас же станет видимым.

3) Напор воды может иногда быть слишком слабым и в этом случае достаточно приподнять ирригатор кружку, чтобы отбросить от окошечка стѣнку канала.

4) При слишком широкой предет. части канала или при очень сильном напоре водной струи может случиться, что нижняя стѣнка ureth'ra настолько отойдет от своего обычного уровня, что наблюдаемая область выйдет из сферы освещения. В этом случае нужно уменьшить напор воды и нижняя стѣнка приподнимется».

Когда инструмент направлен, осматривают: 1) сфинктер, обращая внимание на ровность краев его, на силу его сокращения; 2) за ним осматривают часть, лежащую между сфинктером и Col. sem.; 3) самъ Col. sem.; 4) p. prost. и p. membr.

Чтобы осмотрѣть боковыя стѣнки, нужно повертывать инструментъ въ соответствующую сторону.

При желаніи вывести эндоскопъ изъ канала, нужно установить его так, чтобы приводная трубка смотрѣла вверх, тогда кранъ будетъ стоять правильно. После этого замыкаютъ токъ, вынимаютъ оптическую систему, а на ее мѣсто вкладываютъ обтураторъ при продолжающейся ирригации, тогда раздвинутыя стѣнки не могутъ утоньшиться въ окнѣ. Если инструментъ съ верхнимъ освѣщеніемъ, то срѣз обтуратора долженъ глядѣть вверхъ, иначе просвѣтъ трубки не будетъ плотно закрытъ, такъ какъ этому помѣшаетъ ложе лампочки, возмывающееся надъ внутрен. поверхностью трубки.

Только при заполненномъ просвѣтѣ можно вынимать уретроскопъ.

Послѣ уретроскопін, какъ той, такъ и другой, мы советуемъ пациенту на болѣе продолжительное время воздержаться отъ мочеиспусканія, такъ какъ первые акты мочеиспусканія довольно чувствительны и при рыхлости слизистой сопровождаются кровоточеніемъ, что пугаетъ больного. Какъ правило, при концѣ первой уретроскопін, мы предупреждаемъ о возможности кровотечения, не могущаго, однако, повлечь за собой никакихъ неприятныхъ послѣдствій.

Уборка инструментомъ проста: нужно подставить подъ сильную водопроводную струю мытую простымъ мыломъ трубку инструмента и насухо вытереть ее какъ снаружи, такъ и внутри.

Лампочку Valentin'a и ирригаторъ, уретроскопъ, обмыть и обсушить, нужно вытереть мыльными спиртомъ и помѣстить въ хранилище съ формалиновымъ парамъ.

Палочки, бывшія въ употребленіи, послѣ удаленія ватки, нужно прокипятить.

Уборка инструмента.

2) Нормальный вид сѣмянного бугорка при уретроскопическомъ изслѣдованіи.

При помощи уретроскопии авторы опредѣлили нормальный видъ сѣм. бугорка.

Мы считаемъ лишнимъ приводить мнѣнія авторовъ какъ въ хронологической послѣдовательности, такъ въ суммированномъ видѣ, потому что нѣкоторые авторы сравнительно мало описывали его, пользовались только общими описаніемъ, посему мы приведемъ только часть авторовъ (Goldschmidt'a, Buerger'a, Wossidlo, Oberländer'a, Schlenk'a), занимавшихся специальнымъ изученіемъ Col. sem. и часть позаимствуемъ изъ руководства по мочеполювымъ болѣзнямъ.

Проф. Ге даетъ курьезное описаніе Col. sem.: «Въ предстательной части, непосредственно у пузыря, слизистая оболочка образуетъ не очень длинную воронку, верхушкой обращенную къ болѣзному, но потомъ, при дальнѣйшемъ выдвиганіи эндоскопа, въ нижней части поля зрѣнія начинаетъ выступать выпуклое тѣло, своею гладкою поверхностью и болѣе блѣднымъ цвѣтомъ рѣзко отдѣляющееся отъ остальной части слизистой оболочки. При постепенномъ выдвиганіи трубки тѣло это дѣлается все больше и больше и занимаетъ $\frac{2}{3}$ поля зрѣнія (? авт.); остальная $\frac{1}{3}$ занята верхнею и боковыми частями оболочки въ видѣ полулунія, отдѣленного отъ тѣла ясно углубленною бороздой. Надо думать, что описываемое тѣло есть Col. sem Grünfeld утверждаетъ это положительно».

И это не должно казаться удивительнымъ, такъ какъ несовершенство эндоскоповъ не позволяло различать Col. sem.

Томпсонъ въ 4-мъ изданіи своихъ лекцій о хирургическихъ болѣзняхъ въ отдѣлѣ урологи пишетъ: «Никогда еще никто не былъ въ состояніи съ помощью эндоскопа увидѣть veri montanum» *).

Однако, Grünfeld разрѣшилъ этотъ вопросъ и первый увидѣлъ Col. sem.

У Guyon'a читаемъ: «Если немного надѣть эндоскопич. трубку, введенную до пузыря, то центральн. фигура исчезаетъ и видна только нижняя стѣнка уретры; въ области, лежащей позади сѣм. бугорка, замѣчаются только складки, идущія спереди

* По Grünfeld'y.

позади и имѣющія стремленіе конвергировать по направленію вверхъ. Если еще нѣсколько надѣть трубку, то на уровнѣ нижняго края трубки появляется небольшой, цѣмръленный выступъ розоваго цвѣта, нѣсколько блѣднѣе окружающей слизистой оболочки; это и есть сѣм. бугорокъ. Онъ представляется въ видѣ маленькаго столбика съ закругленнымъ верхнимъ концомъ; вблизи верхушки на средней линіи видна болѣе или менѣе длинная вертикальная складка: это—отверстіе sinus prostatici.

Въ исключительныхъ случаяхъ, окрашивая слиз. оболочку этого органа йодистымъ растворомъ, можно замѣтить съ каждой стороны и нѣсколько ниже sinus prostatici отверстія выбрасывающихся протоковъ; но это рѣдко удается.

На основаніи сѣм. бугра замѣчается большой свѣтловый рефлексъ.

Вокругъ Col. sem. слизистая болѣе темна; образующіяся тонкія складки, представляютъ настоящія полулунія».

Проф. А. Poisson описываетъ Col. sem. въ видѣ ригиднаго, слабо окрашеннаго выступа съ вертикальною щелью—sinus prost. Слизистая, окружающая выступъ, очень темна и усѣяна лучеобразными складками.

А. Buschke опредѣляетъ Col. sem. какъ маленькое сплюснутое или болѣе распухшее возвышеніе, расположенное на задней стѣнкѣ part. prost. «Причемъ на верхушкѣ его можно различить маленькое углубленіе; на верхнемъ краѣ удается иногда различить отверстія d. ej-cti, а на нижнемъ краѣ ямкообразныя отверстія d-ni prost.».

Слѣдующіе авторы даютъ уже болѣе подробное описаніе интересующаго насъ органа.

Такъ, Oberländer говоритъ: «Нормальный цвѣтъ слизистой задней части канала всегда будетъ темнѣе, чѣмъ въ передней части; слиз. гладка, влажна, складчатости почти не имѣетъ.

Col. sem. представляеть болѣе или менѣе индивидуальныя различія: обыкновенно онъ имѣетъ видъ плоско-круглаго, широко сидящаго тѣла, величинаю съ полъ-горошины, скорѣе меньше, и нѣсколько вытанутаго въ длину.

Величина его соответствуетъ калибру уретры и величинѣ члена.

Поверхность гладкая, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при особенно большихъ размѣрахъ сѣм. бугорка, она представляеть борозды, т. е. 2—3 слегка выдающихся складочки или шпирте

гребешка слиз. об. Сѣм. бугорокъ часто совершенно заполняетъ проходящую мимо него эндоскопич. трубку.

Выводное отверстие сѣбного мѣшка (Uthr. masc.) иногда видно; рѣже удается видѣть декашею около него выводные протоки d-us e-j-ii; чаще видны выводная отверстия d-us prost-ci, по-мѣщающаяся сбоку отъ него и по вѣнному виду напоминающая крышки Morgagni. Устье сѣбного мѣшка—побольше и иногда зияетъ».

Еще подробнѣе останавливаются на этомъ вопросѣ послѣдующіе авторы.

Wossidlo различаетъ по виду уже три формы нормальной Col. sem.:

- 1) Круглая съ широкой верхушкой.
- 2) Широкое основаніе и шицеобразная верхушка—коническая форма.
- 3) Грибовидная форма.

Относительно величины авторъ говоритъ, что иногда Col. sem. бываетъ такъ малъ, что съ трудомъ можно распознать его, иногда такъ великъ, что занимаетъ все поле зрѣнія. Величина соответствуетъ разбѣрамъ канала и penis'a.

Окраска соответствуетъ окраскѣ окружающей слизистой, но, однако, Col. sem. всегда бываетъ бѣдытъ.

Поверхность его гладкая или изрытая.

Отверстие sinus prost. представляется или какъ маленькое круглое отверстие, или какъ вертикально расположенная по-среднѣ трещина.

Случается, что оно и не видно; иногда удается увидѣть отверстия сѣмывыбрасывающихъ протоковъ.

Видъ сѣм. бугорка при сухихъ—обыкновенныхъ уретроскопахъ—уретроскопичѣхъ (при помощи Valentin'овскаго или другихъ ему подобныхъ эндоскоповъ), значительно разнится отъ вида его при ирригационныхъ приборахъ.

Мы вѣдникомъ заимствуемъ описаніе у Гольдшиида:

«При исследованіи сѣм. бугорка мы должны отмѣтить замѣчательное постоянство его окраски. При освѣщеніи сзади толь его получается мутноватый, свѣтло-желто-сѣрый.

Слизистая имѣетъ очень оригинальный видъ. Изображеніе сосудовъ совершенно отсутствуетъ. При освѣщеніи сверху просвѣчиваются на верхушкѣ бугорка лишь тонкія изобразенія капилляровъ, много рѣже выступаютъ у его основанія на верхней поверхности гребешка продольно-расположенные сосуды; эти

послѣдніе иногда переплетаются другъ съ другомъ и выступаютъ надъ поверхностью.

При этомъ способѣ освѣщенія бугоръ представляется обкновенно сѣдано бѣлымъ съ шелковистымъ блескомъ.

Въ области гребешка слизистая оболочка также бѣловата, но съ нѣкоторымъ желто-краснымъ отливкомъ.

Форма бугорка представляется гораздо болѣе разнообразна, чѣмъ его окраска.

Гребешокъ представляется въ видѣ довольно широкаго валика (широкимъ кажется вслѣдствіе близости его къ объективу), простирающагося дистально до легко опознаваемой переломчатой части ureth'ra. Онъ отдѣленъ отъ самого бугорка бороздой, которая еще лучше отдѣляется при освѣщеніи. Когда объективъ находится у входа въ предстательную часть, то наибольшая поверхность ея становится доступной осмотру и тогда эту часть можно сравнивать съ грибомъ, шляпку котораго образуетъ бугорокъ, а ножку гребешокъ. Часто фигуру эту можно сравнить съ головкой penis'a, вѣнечной бороздой котораго является бороздка на мѣстѣ перехода бугорка въ гребешокъ.. Отверстія сѣмывыбрасывающихъ протоковъ иногда мало замѣтны.

Они плотно закрыты и даде, когда ясно обозначается по выдѣленію сѣм. жидкости область, гдѣ они открываются, все-таки нельзя бытъ различитъ ихъ целеобразнаго отверстия. Безъ сомнѣнія, они иногда выдаются въ vesic. prostat., какъ это описываютъ анатомы, но чаще гораздо болѣе зиды, и тогда ихъ мѣсто выхода представляется въ видѣ выдающагося горбика, который можно сравнить съ пучелгазіемъ лягушки..

Гораздо яснѣе и чаще бываетъ обозначено углубленіе Uthr. masc.

Мы часто случалось видѣть, что Uthr. masc. представляется въ видѣ большой, глубокой щели, большого кратерообразнаго углубленія; но часто онъ имѣетъ видъ неглубокаго круглаго вдавленія, какъ будто слизистая оболочка, какъ кожаца плода, содрана, такъ что нельзя даже говорить о пупырѣхъ съ открытымъ отверстиемъ».

Въ прошломъ году Виегегъ выпустилъ результаты своихъ исследованийъ надъ сѣм. бугоркомъ; онъ подробно останавливается не только на патологическихъ измѣненіяхъ, но и на нормальномъ видѣ сѣм. бугорка. Авторъ рассматриваетъ эту область при помощи своего ирригац. уретроскопа (рис. 47).

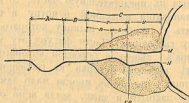
Заднюю часть канала онъ дѣлитъ на нѣсколько отдѣловъ.

1-ая часть.—Край сфинктера. — Здесь различаются: верхушка, низъ и боковыя части его—мы пропускаемъ описание, отсылая интересующихся къ подлиннику.

2-ая часть.—Дѣлится въ свою очередь на два отдѣла:

A) *pars supramontanum*—(U) расположенная между краемъ сфинктера и *Col. sem.*; дно ея составляетъ *fossul. prostatica*—E. P.

Слизистая оболочка ея, представляющая переходъ слиз. мочевого пузыря въ слиз. канала, постепенно, по мѣрѣ перехода, мѣняетъ свой цвѣтъ: низъ болѣе насыщеннаго краснаго переходитъ въ блѣдно-желтоватый красный цвѣтъ. На ней различимы сосуды, идущіе вдоль отъ края сфинктера; продольная складчатость, расположенная въ одномъ съ сосудами направленіи; число скла-



№ 47.

докъ отъ 2 до 5; по направленію къ *Col. sem.* складки сходятся вѣерообразно вмѣстѣ. Гребень ихъ въ нормальномъ состояніи острый.

При хорошемъ освѣщеніи отлично видны протоки простаты, особенно между складками. При везикулярномъ расширеніи уретры жидкостью ихъ можно даже зондировать.

Иногда складокъ не видно и на фонѣ слизистой обрисовываются только сосуды.

B) *Pars montanum*—(T); дно ея составляетъ *Col. sem.* въ центрѣ и *sulci laterales* съ боковъ.

На *Col. sem.* авторъ различаетъ слѣдующія части:

1) Верхушку.

2) *Akklive*—ялія передній скатъ; на немъ находится отверстие *ductus'овъ* и *utr. masc.* (R).

3) *Crista anterior*—гребень, наружный конецъ котораго, начинаясь въ *pars membr.*, идетъ къ *Col. sem.* въ видѣ треугольника, основаніе котораго постепенно переходитъ въ *Akklive*.

4) *Declive*—ялія задній скатъ (S), переходящій въ *fossul. prost.*

По формѣ авторъ различаетъ два вида *Col. sem.*:

1) Типичный—съ закругленной верхушкой; по отношенію къ отверстиямъ на *akklive* можно наблюдать двѣ разновидности его:

a) Отверстіе *ductus'овъ* не видно, отверстия же *utr. masc.* различной формы.

b) Отверстія *ductus'овъ* ясно различимы; расположены по бокамъ отверстия *utr. masc.* Часто различимы на *Col. sem.* сосуды, идущіе по *declive* и переходящіе черезъ верхушку между отверстиями въ видѣ тонкихъ, извитыхъ, красныхъ линий. Иногда вокругъ отверстій ясно различимы кольцеобразныя возвышенія.

2-ая форма—пирамидальная,—анормальная, но не патологическая, форма.

Иногда имѣется расширенное съ пиуовидными краями отверстие *utr. masc.*; особенно въ случаяхъ, когда нельзя увидать отверстій *ductus'овъ*; здѣсь очевидно, по автору, имѣется общій приемникъ въ полости *utr. masc.*

Иногда имѣлось по краямъ отверстия *utr. masc.* одно пиуовидное образование, иногда два и между ними щель; иногда вверху надъ пиуовидными образованиями авторъ наблюдалъ написание слиз. оболочки и подъ нимъ отверстия *utr. masc.*

Нормальный цвѣтъ *Col. sem.* по автору желто-красный.

Итакъ, на основаніи вышесказаннаго мы видимъ, насколько первые авторы говорили вообще о видѣ *Col. sem.*, настолько подробнѣе останавливаются слѣдующіе авторы какъ на общемъ видѣ его, такъ и на деталяхъ отверстій.

Производи многочисленныя изслѣдованія нормальныхъ Собствен- уретръ въ Ник. Восп. Госпиталѣ въ урол. отдѣленіи подъ вѣдѣніемъ ния наблю- Н. О. Лежнева, а также имѣя большой патологической ма- денія. теріаль, главнымъ же образомъ наблюдая за теченіемъ процесса подъ влияніемъ соответствующаго леченія, мы также пытались опредѣлить нормальную уретроскопическую картину *Col. sem.*, къ описанію которой и переходимъ.

Въ своихъ изслѣдованіяхъ, какъ нормальныхъ, такъ и патологическихъ, мы старались, по возможности, отбѣгнуть на всѣ тѣ вопросы, которые были приведены нами въ отдѣлѣ техники уретроскопій.

Наши наблюдения относительно формы Col. sem. вполне сходятся с таковыми Вюегера.

Форма сѣм. бугорка.

1) Самый частый тип бугорка напоминает намъ верхнюю часть шоссейныхъ столбиковъ: мы видимъ небольшой выступъ на нижней (задней) стѣнкѣ канала съ болѣе или менѣе крутымъ подъемомъ и спускомъ и съ закругленной верхушкой (рис. 2 табл. I).

Мы будемъ имѣть представление о формѣ, если взглянемъ на рис. 4, 6, 9, 28, 34 табл. I и II, отбросивъ друга патологическія измѣненія, о которыхъ будемъ говорить впоследствии.

2) Второй типъ — съ верхушкой заостренной. Иногда онъ имѣетъ правильно-коническую форму (рис. 1 и 3 табл. I) съ довольно острой верхушкой: иногда верхушка болѣе или менѣе притуплена, занимаетъ какъ бы средину между первымъ и вторымъ типомъ, но правильность формы сохраняется; иногда имѣется широкое основание и на немъ сидитъ острая верхушка, но она сидитъ такъ, что не даетъ вѣчатлѣнаго правильности конуса (см. рис. 31 табл. II).

Величина сѣм. бугорка.

Строго установить нормальную величину Col. sem. нельзя: насколько различны по своей величинѣ наружные половые органы и ширина мочеиспускательнаго канала у различныхъ субъектовъ, настолько разнообразна и величина Col. sem. Почти какъ правило читаемъ мы въ руководствахъ по уретроскопіи, что величина Col. sem. находится въ зависимости отъ величины penis'a.

Изслѣдуя уретры вскрытыхъ съ недержаніемъ мочи въ отдѣленіи Н. Ф. Лежнева, мы часто обратили вниманіе на то обстоятельство, что при хорошо развитыхъ половыхъ органахъ имѣлся Col. sem. меньшей величины, чѣмъ можно было предполагать. Такъ какъ не удавалось найти никакихъ другихъ патологическихъ измѣненій въ уретрѣ, могущихъ вызвать или даже объяснить атрофическое состояніе его, то мы должны были считать его нормальнымъ.

Намъ кажется болѣе удобнымъ за нормальную величину принимать высшую анатомическую величину — 4 мм., увеличивъ ее на кровополненіе, хотя бы оно на 1 мм.

Конечно, здѣсь мы будемъ имѣть поряочную неточность, такъ какъ неизвѣстно, насколько увеличивается величина его отъ кровополненія, тѣмъ не менѣе, принята нами величина, соответствующая приблизительно $\frac{3}{4}$ просвѣта № 23, можетъ

дать нѣкоторое представление о высотѣ сѣм. бугорка (см. рис. 1, 2 табл. I).

Было бы, разумѣется, большимъ заблужденіемъ считать ненормальнымъ всякій Col. sem. болѣе или менѣе этой величины, такъ какъ только совокупность различныхъ признаковъ даетъ право отнести тотъ или другой сѣм. бугорокъ къ патологическимъ.

Поверхность нормальнаго бугорка гладкая, ровная. Мы часто опредѣляли ее правильностью контурныхъ линий, проведенныхъ мысленно черезъ различныя точки, лежація на поверхности. Такъ какъ боковыя линіи лучше различаемы, то онѣ и могутъ служить, до нѣкоторой степени, опознавательнымъ пунктомъ.

Поверхность сѣм. бугорка.

Контурная линія должна быть болѣе или менѣе ровная. Если же она представляется изломанной или изогнутой, то все же ровность ея сохраняется, иломы обыкновенно не зигзагообразны.

Цвѣтъ Col. sem., по нашему мнѣнію, можетъ играть значительную роль въ дѣлѣ распознаванія заболѣвавшей сѣм. бугорка. Нѣкоторые авторы отрицаютъ этотъ признакъ, такъ какъ введеніе трубки въ каналъ измѣняетъ вообще цвѣтъ слизистой канала.

Цвѣтъ сѣм. бугорка.

Не отрицая этого факта, мы старались избѣгать искусственнаго измѣненія; съ этой цѣлью, какъ мы выше говорили, применяли небольшія № 23 и 25 трубочки и старались вводить ихъ до Col. sem.

Намъ кажется, что при такихъ условіяхъ мы мало измѣняли цвѣтъ.

Обычный цвѣтъ — желто-красный. Если мы сравнимъ его съ цвѣтомъ окружающей слизистой, то онъ всегда будетъ блѣднѣе его.

Эпителіальный покровъ Col. sem. всегда блестящій и влажный. Видъ и чувствительная поверхность лампочки, мы можемъ на всѣхъ мѣстахъ передней поверхности, и отчасти боковыхъ, подмѣнить эти качества.

Слизистая оболочки сѣм. бугорка.

При уретроскопіи, произведенной *lego artis*, слизистая Col. sem. никогда не кровотоচিতы.

Если же замѣчается кровавая окраска на тампончикѣ, то внимательный осмотръ устанавливаетъ мѣсто кровотоечения на слизистой, окружающей Col. sem., и чаще всего у основанія его.

О кровотечении в буквальном смысле в данном случае говорить не приходится, так как, мы повторяем, тампонируя лишь слегка окрашивается в розовый цвет.

Высушивая поле зрения тампоничиком, мы прикасаемся к Col. sem.; при нормальном Col. sem. испытываем ощущение прикосновения без неприятной боли.

Так как мы в большинстве случаев не применяли местной анестезии, то испытываемый передавал истинное ощущение.

Навушный вид отверстий Uthg. masc. и d-us ej—rii.

На передней поверхности Col. sem., обычно в верхней половине; иногда даже на верхушке его видно либо круглой формы, либо овальной с длинным диаметром вдоль, либо полулунной, либо треугольной формы отверстие—это устье uthg. masc. Чаще отверстие располагается по средней линии, но иногда отклоняется в ту или другую сторону.

Всматриваясь ближе в строение его, можно часто видеть різкую разницу между отверстиями того или другого Col. sem.

Можно даже установить следующие типы отверстий:

1-й тип. Небольшое болѣе или менѣе правильно круглое отверстие в диаметре от $\frac{3}{4}$ мм. и болѣе (1—2 мм.).

Края его не возвышаются над общим уровнем слизистой Col. sem.; то она закруглено, то остро спускаются в полость uthg. masc. Если взять пугловатый зонд, то через это отверстие можно свободно пройти в полость (рис. 2, 12, 15 табл. I).

Иногда мы видим только небольшое вдавление кругловатой формы.

Внимательный осмотр обнаруживает и дно в этомъ вдавлении, но цветомъ оно отличается отъ слизистой Col. sem. Получается впечатление, какъ будто содрана слизистая; Гольдшильдъ видитъ совершенно правильно сравниваетъ это углубление съ углублениемъ, получаемымъ в пасть, на мѣстѣ, гдѣ сохрана кожа съ его поверхности.

В данномъ случаѣ типъ устья, ведущаго въ uthg. masc.

Если мы вспомнимъ изслѣдованія Weber'a, отмѣчавшаго почти какъ правило закрытіе устья у однихъ животныхъ (копоть, собакъ) съ первыхъ дней зародышевой жизни, у другихъ (жеребцовъ) въ молодомъ возрастѣ, то вполне возможно допустить такое аномальное, но не патологическое явленіе у людей.

2-й типъ. Щель овальная, расположенная длинникомъ вдоль Col. sem. (рис. 16 табл. I).

Величина ея значительно болѣе первой.

Чаще всего эта щель окаймлена двумя губами, представляющими изъ себя, позадуй, ничто иное, какъ складки слизистой, по цвету въ отличіе отъ общей слизистой; съ перваго взгляда онѣ не выделяются, но внимательный осмотръ укажетъ на довольно різкое отграниченіе ихъ отъ Col. sem.; онѣ какъ бы приложены къ нему.

Табл. I и II рис. 3 и 32 представляютъ этотъ типъ. Здѣсь губы різко выделяются благодаря патологическимъ измѣненіямъ бугорка.

Подъ вліяніемъ мѣстнаго леченія онѣ пришли въ только что описанный видъ.

По длинѣ губы могутъ варіировать: то онѣ коротки (см. рис. 3 и 32 табл. I и II), то онѣ длинны (рис. 4 табл. I).

Иногда складка съ одной стороны отверстия хорошо выражена, съ другой же стороны плохо или даже совершенно не видна, отчего получается односторонняя губа (рис. 33 табл. II).

3-й типъ отверстій: щель болѣе широкая поперечная, либо полулунная, либо треугольная.

Иногда рога полулунны или углы треугольника такъ глубоко врѣзаются въ стороны сѣм. бугорка, въ его стromу, что мѣняютъ обычный видъ его.

Это особенно різко выделяется на патологическихъ формахъ (см. рис. 24 табл. II).

Здѣсь мы имѣемъ треугольную щель; вершина ея обращена къ основанію Col. sem., а основные углы глубоко врѣзаются въ стromу и придаютъ видъ трехгубаго бугорка: двѣ боковыхъ губы и третья верхняя.

Послѣ леченія бугорокъ принялъ видъ клубка, т. е. раздутыя части сморщились.

По отношенію къ устьямъ сѣмяннотрассающихъ протоковъ можно всѣ Col. sem. раздѣлить на двѣ болѣшія группы:

1) Если устье uthg. masc. велико, слѣд. хорошо развито, а это чаще бываетъ при 2-мъ и 3-мъ типахъ его вида, его отверстия сѣмяннотрассающихъ протоковъ не видны; здѣсь нужно предположить общую полость.

2) Когда устье uthg. masc. мало (типъ 1-ый), то чаще сбоку его, при легкихъ движеніяхъ трубки вадъ и впередъ, при отклоненіи сѣмъ *) въ ту или другую сторону, видны болѣшія кругло-

*) Должно быть хорошее освѣщеніе,—только при этомъ условіи возможно различить устье d-us.

ватая ямки или даже продольная щелки,—это и есть устье сѣмывабрасывающих протоков; иногда они окружены ясно возвышающимся вѣнчикомъ, не отлягивающимся отъ слизистой; это, видимо, мышечный сфинктеръ, описанный Pogosz'омъ.

Расположеніе этихъ отверстій не всегда одинаково; можно наблюдать слѣдующіи вариации по отношенію къ устью Uthr. masc.:

1) Нижняя граница всѣхъ трехъ отверстій лежитъ на одной прямой (см. рис. 28 табл. II).

2) Отверстія du-s'овъ лежатъ ниже Uthr. masc. (рис. 27 табл. II), иногда при основаніи (рис. 15 табл. I).

3) Перекрестное расположеніе—одно лежитъ выше Uthr., другое ниже (рис. 30 табл. II).

4) Отверстія ductus'овъ выше Uthr. masc. удалось наблюдать только одинъ разъ; отверстія лежали на верхушкѣ. Того положенія, которое напоминало бы лицо (см. изслѣдованія д-ра Шевкуненко) намъ не удалось наблюдать.

5) Очень рѣдко можно было предположить отверстія сбоку; на рис. 7 табл. I мы видимъ боковыя складки, гдѣ и нужно предположить существованіе отверстій.

Согласно нашему плану изслѣдованія, послѣ осмотра передней и отчасти боковыхъ поверхностей Col. sem., мы, пропуская глубже трубку, переходили къ задней части (regio suprantonala Buegger'a).

Нормальный видъ р. prost. и membran.

Центральная фигура по мѣрѣ удаленія отъ внутрен. сфинктера постепенно принимаетъ видъ вертикальной щели; образованіе ея идетъ за счетъ боковыхъ стѣнокъ, тогда какъ нижняя (задняя), плотно спаянная съ простатою, остается неизмѣняющеюся.

Цвѣтъ слизистой болѣе насыщенъ, чѣмъ цвѣтъ Col. sem.; по основной цвѣтъ—красный съ желтоватымъ оттѣнкомъ—остается; онъ особенно различимъ на задней стѣнкѣ углубленія fossul. prost.

Эпителиальный покровъ гладкій, влажный, кровотоки слизистой вѣтъ, если, мы опять повторимъ, уретроскопия ведется lege artis.

Задняя стѣнка канала, подходи къ Col. sem., дѣлается углубленіе въ толщю предст. железы; въ ней можно различить довольно отлогій спускъ (часть, лежащая ближе къ внутр. сфинкт.) и

болѣе или менѣе крутой подъемъ, переходящій въ declive Col. sem. Боковыя части постепенно переходятъ въ sulci laterales.

Глубина fossulae у различныхъ индивидуумовъ, возможно, въ зависимости отъ возраста, варьируетъ.

Продольный размѣръ ея также различенъ. Чаще всего онъ уменьшается за счетъ болѣе рѣзкого выступанія declive.

На двѣ fossulae видны продольныя, вѣерообразно идущія къ Col. sem., складки, какъ бы наложенныя на слизистую ленту или полосы.

Имѣтъ ли форма ихъ въ нормальномъ состояніи определенный видъ, какъ говоритъ Buegger, мы утверждать не можемъ.

Сквозъ эпителиальный покровъ просвѣчиваетъ продольно идущая сосудистая сѣтъ, придающая этой части слизистой подосчатый видъ. Мы видимъ то болѣе красныя, то болѣе блѣдныя полосы (бесосудистыя). Иногда между полосками видны небольшія щелеобразныя отверстія выходящихъ протоковъ prostata.

У молодыхъ субъектовъ Col. sem. мягковатъ. Если наблюдать за нимъ въ моментъ прохожденія черезъ него трубки, то видно, что онъ выходитъ изъ-подъ нижней стѣнки ея въ видѣ сдавленного тѣла, быстро набухающаго на свободѣ.

Declive стоитъ почти вертикально и такъ близко къ akklive, что Col. sem. даетъ впечатлѣніе uvulam, особенно наблюдается это при заостренной формѣ Col. sem.

Съ возрастомъ увеличивается плотность declive выступаетъ уже въ видѣ горба по направленію въ fossulam prost. Есть ли это патологическое явленіе или физиологическое, мы не беремся рѣшать.

По мѣрѣ удаленія трубки отъ сѣм. бугорка слизистая верхняя стѣнка канала въ центр. фигурѣ рѣче даетъ впечатлѣніе двухъ нависающихъ занавѣсокъ (см. рис. 18 и 27 табл. I и II), постепенно переходящихъ въ одну полуокружную складку, затѣмъ въ поперечную р. prost. и, наконецъ, въ р. membran.; всѣ стѣнки канала одинаково начинаютъ принимать участіе въ образованіи центральной фигуры и послѣдняя имѣетъ видъ круглаго отверстія.

Слизистая оболочка покрыта влажнымъ гладкимъ эпителиальнымъ слоемъ, изъ-подъ него видны, особенно въ р. membran., продольно идущіе вѣтвистыя, дающіе впечатлѣніе полосчатости.

Слизистая обычно не кровотоцитъ.

Чтобы закончить этотъ отдѣлъ, мы должны сказать о вѣнчикѣ Col. sem., который принимаетъ участіе въ патологій сѣм. бугорка.

рода герметическая закупорка канала, а это препятствовало бы утилизации того количества простатич. сока, который выдвигается через протоки, лежащие за Col. sem.

Такой расточительности нельзя допустить в разумно созданном организме.

Разобраться в этом и помогают нам научные исследования современных авторов (Serrallach и Pares).

Исследования Serrallach'a и Pares'a доказали присутствие в тестикулярном секрете особого X-вещества, продукция которого в организме увеличивается при достижении полового возраста и maximum ее получается при эрекции и эякуляции семени во время coitus'a.

Действие X-вещества при экспериментах сказалось в следующем:

1) Прежде всего наступало ослабление детрузора мочевого пузыря; емкость пузыря увеличивалась и уменьшалась позыв на мочу.

2) Увеличивалась сократительность сфинктеров канала.

Именно, действием этого-то X-вещества на мышцы и можно объяснить затруднение мочеиспускания при coitus, так что является основательная возможность отказаться от предположения Henle о Col. sem., как барьер для спермы и мочи.

В чем же роль Col. sem?

Чтобы ответить на этот вопрос, мы должны слегка коснуться вообще физиологии половых органов.

На основании литературных данных, клинических наблюдений и экспериментальных исследований д-ръ Пуссенъ дает схематический ход иннервации полового члена при эрекции его:

«Участок мозговой коры», пишет он, «расположенный в верхней задней части двигательной извилины позади от крестовидной борозды, непосредственно прилегающей к ней, на 2 мм. отступа от fis. cerebri magna, на протяжении около $1\frac{1}{2}$ сереб. пятачка, будучи раздражаемъ электрическимъ токомъ, постоянно вызываетъ эрекцию. Следовательно, этотъ участокъ является мозговымъ центромъ эрекции».

Отсюда волокна идутъ через внутреннюю капсулу имѣтъ съ пирамиднымъ пучкомъ въ продолговатый мозгъ, затѣмъ въ спинной, гдѣ въ нижней полспинной и въ верхней крестцовой частяхъ заканчиваются въ рефлекторной дугѣ.

Отсюда волокна направляются по 1-му и 2-му крестцовымъ корешкамъ въ plex. Sacrolumbalis; изъ послѣдняго и выходятъ *Nervi erigentes* для penis'.

(Относительно окончаній ихъ смотри въ анатомическомъ отдѣлѣ).

Возбудителемъ найденнаго Пуссеномъ высшего психического двигательнаго эрекціоннаго центра служатъ, во-первыхъ, различнаго рода представления, галлюцинаціи и разлагаго рода ощущенія; во-вторыхъ, различнаго раздраженія периферическихъ окончаній половыхъ нервовъ, въ особенности, чувствующихъ и тактильныхъ раздраженія кожи половыхъ органовъ.

Въ результатъ подобныхъ раздраженій является эрекция, предназначаемая для половой жизни.

Извѣстно, что для правильной половой жизни необходимымъ условиемъ является хорошая эрекция и нормальная функция половыхъ железъ.

Подводя итогъ работамъ авторовъ, изучавшихъ механизмы эрекции, Пуссенъ говоритъ, что послѣдній складывается изъ двухъ моментовъ: 1) активнаго и 2) пассивнаго.

«Первый моментъ—усиленный притокъ крови въ сосуды полового члена, вызванный ихъ расширеніемъ.

Второй—сжатіе мышцами вѣш, выходящихъ изъ полового члена. Послѣдній моментъ только способствуетъ эрекции, усиливаетъ ее, вызывая застой крови въ венахъ.

Мышцы полового члена принимаютъ участіе въ механизмѣ эрекции только постольку, поскольку это необходимо для сдавленія вѣш».

Дальнѣйшій механизмъ по Rohleder'у таковъ: одновременно съ набуханіемъ кавернозныхъ тѣлъ набухаетъ и сарит *glandinis*, вслѣдствіе чего оба устья ductuum eorumъ прижимаются кпереди въ направленіи part. prost.

Вышнимъ, кульминационнымъ пунктомъ является симинверженіе съ послѣдующимъ ослабленіемъ всѣхъ половыхъ мышцъ и ощущеніемъ удовольствія.

Относительно мозгового ejaculator'наго центра являются сомнѣнія.

Одни авторы (Budge, Бехтеревъ, Dufour, Finger и др.) признаютъ отдѣльный центр, другіе высказываются осторожно.

Такъ, Пуссенъ на основаніи своихъ исследованийъ счи-

Отношение Schindler, желая определить причину гонорройных Col. sem. эндимитов, у наркотизированных морских свинок и кроликов обнажил половые органы и наблюдал, что простата и сѣм. пузырьки реагируют энергично на каждое легкое прикосновение, вызывая рефлекторное сокращение со стороны v. def.

Прикосновение к v. def. непосредственно вызвало такіе же сокращения его.

Col. sem. на прикосновение Гуо'новскими катетром не проявлял реакции, тогда как на прижатие ланисом отвѣчалъ сокращеніемъ, заставляя рефлектировать v. def.

Авторъ вырѣзалъ всѣ половые органы и, помѣстивъ ихъ въ физиологическій растворъ, наблюдалъ автоматическія и ритмическія, съ паузами сокращения ихъ безъ всякихъ внѣшнихъ раздраженій.

Сокращения наблюдались въ простатѣ, сѣм. пузырькахъ, v. def. и Col. sem.

Авторъ особенно отмѣчаетъ ритмическія, автоматическія сокращения съ паузами на Col. sem.

Легкія раздраженія prostat'а и ves. sem. вызвали энергичныя сокращения этихъ органовъ; какъ и въ первомъ случаѣ, они сопровождались сокращеніемъ v. def.

Разрушеніе plex. hypogastr. на одной сторонѣ прекращало автоматич. сокращения половыхъ органовъ соответствующей стороны.

На основаніи опытовъ авторъ предполагаетъ, что въ plex. hypogastr. имѣется свой периферич. автоматическій центръ половыхъ органовъ *).

Изъ этихъ опытовъ для насъ важны сокращения Col. sem., одновременныя съ сокращеніемъ prostat'а и ves. sem. и vas. def., важно также то обстоятельство, что для сокращения Col. sem. требуются наиболѣе сильныя раздраженія—какъ ланисъ, тогда какъ простата отвѣчаетъ на легкія прикосновенія.

Сокращения Col. sem. наблюдали и клинически; особенно хорошо различны сокращения въ прижит. уретроскопахъ.

Goldschmidt говорить: «Мы можемъ убѣдиться, что въ юношескомъ возрастѣ и у взрослого человека бугорокъ обладаетъ эректильными свойствами; у стариковъ же онъ теряетъ эту способность и свою упругую консистенцію.

*) Что ganglion hypogastricum имѣетъ тѣснѣшшую связь съ эрекціей и ejaculatio, убѣждаютъ и опыты Ikeda съ удаленіемъ ganglion'a у собакъ.

Во время моихъ исследованийъ мнѣ часто случалось наблюдать набуханіе до такой степени, что Col. sem. почти совершенно закрывалъ собою лампочку.

Случалось также, что одновременно съ этимъ набухла пещеристая ткань полового члена и даже наступала эрекция.

«Сѣменной бугорокъ, читаемъ мы дальше у того же автора, можетъ набухать и безъ того, чтобы этому сопутствовало набуханіе кавернозной ткани penis'a».

Finder говоритъ: «Важный источникъ, откуда по чувствующимъ нервамъ передается раздраженіе эрекции центральному—это caput galinaginis.

Такъ различныя механическія, химическія и воспалительныя раздраженія его вызываютъ эрекцію penis'a».

Дѣйствительно наблюденія надъ больными указываютъ на обиліе нервныхъ окончаній Col. sem.

Въ патологическомъ отдѣлѣ мы увидимъ, что однимъ изъ характерныхъ признаковъ заблѣванія Col. sem. является рѣзкая чувствительность этого органа: стоитъ прикоснуться къ нему тампонецкомъ, чтобы заставить больного иногда даже вскрикнуть или, въ крайнемъ случаѣ, сказать объ испытываемой боли.

Одновременно прикасаясь къ различнымъ мѣстамъ слизистой задней части канала, мы очень рѣдко получали указанія на болезненность, но ни разу при всѣхъ своихъ наблюденіяхъ не удалось отмѣтить чувствительности аналогичной на Col. sem.

Еще нѣсколько больше чувствителенъ, чѣмъ остальная часть слыз. канала—это наружный сфинктеръ, но чувствительность его все-же ниже чувствительности слизистой Col. sem.

Кто занимается бужирной каналы и леченіемъ при помощи расширителей Кошала'а, тотъ, навѣрно, не разъ наблюдалъ эрекцію penis'a при подобныхъ манипуляціяхъ.

Относительно эрекции къ психическому воздѣйствію мы не склонны, такъ какъ болевая, во всякомъ случаѣ непріятная оупненія отъ введеннаго въ каналъ расширителя, наврядъ ли способны навѣять пациенту «веселенкія мысли». Очевидно, играетъ здѣсь роль механическое раздраженіе, преимущественно задней части, такъ какъ намъ почти не удавалось наблюдать эрекцію при переднемъ расширеніи канала.

Послѣдующее состояніе послѣ эндотерапіи Col. sem. подсказываетъ намъ, что является виной подобныхъ эрекцій.

Дѣйствительно, стоитъ только расширивать больнымъ о состояніи ихъ penis'a послѣ смазаній Col. sem. растворами

Arg. Nitg., чтобы убедиться, слышь и рядом, въ томъ, что въ одну изъ послѣдующихъ 2-хъ — 3-хъ ночей была у нихъ эрекция и даже поллюція. Это иногда можно проверить нѣсколько разъ и перѣдко будетъ получаться положительный фактъ, если измѣненія на Col. sem. не принадлежатъ къ тяжелымъ формамъ.

Очевидно, корка ялиса, нанесенная только на Col. sem., а слѣдовательно раздражающая первыя окончанія только Col. sem., и служила эрекционнымъ раздражителемъ.

Возможно, что раздраженіе Col. sem. буками и является причиной эрекции во время сеанса бужировки.

Итакъ мы видимъ, 1) что Col. sem. на изолированныхъ половыхъ органахъ подъ вліяніемъ вѣшнихъ раздраженій и безъ нихъ способенъ сокращаться, 2) что набуханіе его можетъ наблюдаться и въ уретроскопѣ при исследованіи пациентовъ, причемъ набуханіе можетъ быть либо изолированнымъ, либо сопровождаться набуханіемъ кавернозныхъ тѣлъ penis'a; 3) что Col. sem. богатой чувств. нервными окончаніями при ограниченннхъ раздраженіяхъ (механч. химич. и воспалит.) можетъ служить причиной эрекции penis'a. Иными словами, что Col. sem. принимаетъ нѣкоторое участіе въ дѣлѣ эрекции penis'a.

Причаст-
ность Col.
sem. къ
анту ejacu-
lati'и и къ
ослабленію
эрекции.

Сложный актъ выбрасыванія сѣмени и протастического сока — продукты различныхъ органовъ — совершается одновременно или почти одновременно, при кульминаціонномъ пиктѣ нормального coitus'a.

Это, конечно, не представляетъ странности, если мы припомнимъ ту нервную сѣть, которая, какъ паутина, окутываетъ всѣ внутренніе половые органы.

Въ нужный моментъ по центробѣжнымъ нервамъ изъ мозгового центра быстро приходятъ сообщенія ко всѣмъ подвластнымъ ему органамъ и, слѣд. вполнѣ мыслима одновременная работа ихъ.

Но, чтобы заставить работать центръ, требуются центростремительные проводы, периферическія окончанія которыхъ должны быть разбросаны въ данномъ случаѣ по слизистой канала и въ половыхъ органахъ.

Изъ анатоміи извѣстно обиліе нервныхъ окончаній въ задней части канала, а изъ клиники извѣстно обиліе ихъ въ Col. sem.

Группировка выходныхъ отверстій эякуляторныхъ органовъ вокругъ Col. sem. какъ-то нѣсколько наталкиваетъ на мысль, не концентрируются ли въ этомъ мѣстѣ въ большомъ количествѣ нервныя окончанія, нервоподлющая службу центрo тремъ-

тельныхъ эякуляторныхъ нервовъ, не является ли причастнымъ къ этой дѣятельности и Col. sem.

Въ отдѣлѣ эмбриологіи мы говорили, что простата, ves. sem. и Col. sem. развиваются изъ первичной матки — слѣдоват. между эякуляторными органами нѣбдется и эмбриологическая связь.

Въ анатомическомъ отдѣлѣ мы упомянули, что Col. sem. въ основаніи своемъ несетъ ткань простаты, что строма его и мышечныя волокна тѣсно связаны съ таковыми простаты, что мышечныя волокна, лежащая на верхней стѣнкѣ utig. masc., связаны съ стѣнками ampul. и ves. sem., наконецъ, что связывающіе протоки мѣстами плотно спаяны съ стромой Col. sem.: все это указываетъ на тѣсную анатомическую связь эякуляторныхъ органовъ съ Col. sem.

Опыты Schindler'a показываютъ, что эта связь сохраняется и въ развитіи: сокращенія Col. sem. и эякуляторныхъ органовъ были ясно отмѣчены авторами въ видѣ ритмическихъ съ паузами и автоматическихъ сокращеній, аналогичныхъ для всѣхъ органовъ.

Немного больше подсказываетъ клиника.

Goldschmidt говоритъ: «Я уже нѣсколько разъ отмѣчалъ чувствительность Col. sem.; достойное вниманія зрѣлище представляетъ пробужденіе его жизнедѣятельной способности при введеніи туда (въ каналъ) инструмента.

Изъ обихъ чувствъ сымывающихся протоковъ выходитъ тонкая, но сильная струя, то имѣющая видъ глицерина, то представляющаяся въ видѣ сѣро-мутной жидкости и этимъ отличающаяся отъ воды ирригатора... Эякуляция становится непрерывной. Одновременно перѣдко сама собой выбрасывается жидкость изъ предстательныхъ железокъ, такъ что бугорокъ имѣетъ тогда видъ маленькаго фонтанчика».

Подобное явленіе наблюдалъ всякій, кто работалъ съ ирригационнымъ уретроскопомъ.

То же можно наблюдать и при Valentin'овской уретроскопии: если брать для микроскопическаго анализа ту массу, которая при осмотрѣ передней части Col. sem. вдругъ запопадаетъ поле зрѣнія, то въ ней легко можно установить присутствіе спермы.

Мы неоднократно брали подозрительную, сбросаную массу для исследованія и находили въ ней ejaculat съ бездной сперматоозидовъ и продукты простаты.

Эти факты говорятъ за то, что раздраженіе Col. sem. вы-

зывает извержение не только сменн, но даже побуждает предстательную железу къ сокращению и выделению ея содержимаго.

Такъ какъ подобныя явленія наблюдаются безъ всякаго набухания penis'a, то это еще болѣе говоритъ, что въ данномъ случаѣ получается чисто мѣстное раздраженіе нервовъ, несущихъ сообщеніе въ мозгъ съ требованіемъ привести въ дѣйствіе эякуляторные органы.

Въ причастности Col. sem. къ эякуляціи убѣждаютъ насъ и наблюденія надъ людьми, имѣющими патологическія измѣненія на сѣм. бугоркѣ.

Finger говоритъ: «мы довольно часто наблюдаемъ появленіе поллюціи у пациентовъ съ хроническими задними уретритами послѣ каждаго вспрыскиванія нѣсколькихъ капель лависа или сурф. sulf. на caput galinaginis».

Выше мы упоминали о томъ, что послѣ мѣстной терапіи Col. sem. или эндотерапіи перѣдко въ одну изъ ближайшихъ 2-хъ—3-хъ ночей появляется поллюція.

Перѣдки жалобы на частыя поллюціи при наличности воспаленія сѣм. бугорка и въ этихъ случаяхъ мѣстная терапія не разъ оказывала услуги, измѣняя общій видъ Col. sem.

Большинство больныхъ, какъ мы увидимъ, является съ устройствомъ эякуляторной дѣятельности: съ жалобами на быстрое сѣмянное изверженіе—ejaculatio praecox—мѣстная терапія и въ этихъ случаяхъ часто не устраняетъ половой недостатка.

Въ этихъ случаяхъ воспалительныя явленія, сдавливающія периферич. окончанія нервовъ, сообщали въ мозгъ о необходимой работѣ раньше, чѣмъ нормально, такъ какъ къ нормальному раздраженію ихъ присоединялось патологическое въ видѣ инфильтра. Стоило расосать его немного, и функція Col. sem. начинала приходить къ нормѣ: ejaculatio praecox исчезала.

Все это показываетъ, что Col. sem. принимаетъ значительное участіе въ дѣлѣ ejaculati'o'n.

Если мы теперь обратимся къ нормальному coitus'у, то, возможно, участіе Col. sem. приметъ выразитъ въ слѣдующемъ: набуханіе эректильной ткани Col. sem., достигающее своего максимум'a во время кульминаціоннаго момента, является раздражителемъ периферич. нервныхъ окончаній, причастныхъ къ ejaculati'o'рной дѣятельности, возможно, что къ этому агенту прибавляется другой—химическій раздражитель въ видѣ ионной крови и продуктовъ, вырабатываемыхъ какъ железами uter. masc., такъ и железами слизистой, окружающей Col. sem. Оба эти раз-

дражителя такимъ образомъ, дѣйствуя на нервные окончанія, заложены въ Col. sem., вызываютъ къ дѣятельности ея сѣм. и орный центръ.

Нѣколько разъ, производя опыты съ эректіонными нервами, замѣтилъ, что этотъ нервъ состоитъ изъ двухъ нервныхъ стволовъ: одного—тонкаго, заключающаго въ себѣ вѣточку симпатич. нерва и выходящаго изъ перваго крестцоваго отверстія; другого болѣе толстаго; безъ волоконъ симпатич. нерва, выходящаго изъ втораго крестц. отверстія.

Раздраженіе перваго прекращало возбужденіе члена, а втораго вызывало эрекцію; одновременное же раздраженіе ихъ не давало эффекта и членъ оставался въ расслабленномъ состояніи.

Если имѣются ослабляющіе эрекцію нервы, слѣдовательно, она должна и функционировать. Раздражающимъ дѣйствіемъ ихъ при нормальномъ coitus'ѣ и отчасти можетъ быть объяснено ослабленіе эрекции послѣ изверженія сѣмени.

Окончанія ихъ, само собой разумѣется, должны быть разбросаны въ области слизистой половыхъ органовъ; такъ какъ задняя часть канала богата нервными окончаніями, то и подобныя окончанія должны быть тамъ въ большомъ количествѣ.

Вносѣдствіи мы познакомились съ однимъ случаемъ полной импотенціи на почвѣ заболѣванія сѣм. бугорка, такъ какъ всѣ другія причины исключались.

Этотъ случай интересенъ тѣмъ, что, несмотря на аккуратное леченіе, не давалъ никакихъ результатовъ до тѣхъ поръ, пока мы не презирнули леченія d-us ej-тіи бужами.

Finger, какъ мы потомъ увидимъ, на основаніи микроскопическихъ изслѣдованій патологич. Col. sem., убѣдился, что воспалительный процессъ чаще всего проникаетъ въ стому органа вдоль сѣмяннобрасывающихъ протоковъ.

Предполагая инфильтрацію стѣнокъ въ данномъ случаѣ, мы стали зондировать протоки вначалѣ металлич., а затѣмъ эластическими бужами съ цѣлю дать толчокъ къ расзсыванію инфильтра. Послѣ нѣсколькихъ сеансовъ больной заявилъ, что у него появилась недурная эрекция; вносѣдствіи эрекция стала годной и для coitus'a.

Слѣдовательно, половая дѣятельность болѣе или менѣе восстанавливалась.

Этотъ случай позволяетъ намъ предположить въ стѣнкахъ сѣмянн.бр. протоковъ присутствіе периферич. нервныхъ окон-

чайн, пѣль которыхъ сообщать о потребности ослабленія penis'a.

Инфильтратъ сдавливалъ периферич. нервн. окончанія, передавалось сообщеніе въ мозгъ о необходимости ослабленія эректильной ткани и это было до тѣхъ поръ, пока ненормальные раздражители не были уничтожены.

Въ существованіи подобныхъ специфическихъ окончаній убѣждаетъ насъ и нормальный coitus: сильное сокращеніе мышцъ d. ej-тіі во время ejaculatіи значительно раздражаетъ заложеныя въ нихъ нервн. окончанія и передаетъ сообщеніе въ мозгъ о томъ, что ejaculatіа совершилась и настало время дѣйствовать ослабляющимъ эрекцію нервамъ, въ результатъ чего и наступаетъ послѣ выдѣленія сѣмени ослабленіе эрекціи.

Слѣдовательно, и въ смыслѣ ослабленія эрекціи при нормальномъ coitus'ѣ Col. sem. играетъ не послѣднюю роль.

Итакъ, Col. sem.—этотъ маленький органъ, несущій въ себѣ выводяще протоки железъ, играющихъ первенствующее значеніе въ дѣлѣ размноженія потомства, связанный съ ejaculator'ными органами эмбрионально и анатомически, является, видимо, главнымъ мѣстомъ концентраціи нервныхъ окончаній, принимающихъ большое участіе въ нормальномъ coitus'ѣ.

Нервные окончанія его отбѣгаютъ только на сильныя раздраженія—какъ являсъ въ опытахъ Schindler'a, а въ нормальной жизни при coitus'ѣ какъ чрезвѣстное кровополненіе его и раздраженіе продуктами железъ окружающей слизи и uthr. masc., выбрасываемыми во время кульминаціоннаго момента coitus'a.

Въ Col. sem. лежатъ залогъ нормальнаго coitus'a.

Если Col. sem. безъ патологич. измѣненій нужно сильное раздраженіе нервныхъ окончаній его, чтобы получилась реакціа со стороны ejaculator'ныхъ органовъ въ видѣ ejaculatіи.

Актъ сѣмяизверженія, сопровождаемый энергичнымъ сокращеніемъ мышцъ ejaculatorныхъ органовъ и тѣмъ увеличиваяя раздраженіе нервныхъ окончаній, заложенныхъ главнымъ образомъ по ходу ductus'овъ, заставляетъ реагировать на него ослабляющую эрекцію нервн. въ результатъ чего наступаетъ слабость penis'a.

Въ патологически измѣненныхъ Col. sem. инфильтраты сдавливаютъ нервныя окончанія, какъ объ этомъ говорить и д-ръ Михайловъ, получается постоянный раздражитель ихъ, кото-

рый при coitus'ѣ требуетъ уже ничтожнаго давленія, для того, чтобы весь актъ быстро совершился.

Если инфильтратъ располагается больше вдоль ductus, сильнѣе сдавливаются (раздражаются) нервныя окончанія, причастныя къ ослабленію эрекціи и можетъ наступить половая слабость.

Такъ какъ въ настоящей работѣ мы говоримъ только о заболѣваніи Col. sem., потому касаемся главнымъ образомъ периферическихъ окончаній половыхъ нервовъ, заложенныхъ въ Col. sem.

Мы не имѣемъ въ виду отрицать причастность къ половой жизни другихъ органовъ заболѣваніе которыхъ сказывается также неблагоприятно на половой дѣятельности челоуѣка, но прилагаемъ Col. sem. известное значеніе въ этой дѣятельности на основаніи вышесказаннаго.

Чтобы быть вполнѣ убѣжденнымъ въ этой роли Col. sem., необходимы въ будущемъ какъ экспериментальныя, такъ и анатомическія работы, которыя бы пополнили фактами наши познанія объ этомъ органѣ и вывели бы изъ области предположеній и вѣроятностей.

Уретроскопировавъ подъ наблюденіемъ Н. О. Держнева въ **Возможное отношеніе** Ник. Воен. Г. больныхъ, жалующихся на недержаніе мочи, мы неоднократно наблюдали, что прикосновеніе къ Col. sem. тампончика было въ состояніи вызвать сокращеніе мочевого пузыря, въ результатъ чего просить трубки сейчасъ же наполнился мочей. **Col. sem. и иннервация мочевого пузыря.**

То же самое удавалось намъ неоднократно наблюдать и при совершенно нормальномъ состояніи пузыря, насколько объ этомъ можно было судить, какъ по субъективнымъ, такъ и объективнымъ даннымъ.

Напр., одинъ больной съ нормальнымъ мочеотпращеніемъ жаловался на быстрое сѣмяизверженіе при coitus'ѣ и сперматорею; объективно пузырь былъ здоровъ, но имѣлся collicul'ить и разраженія за нимъ. Малѣйшее прикосновеніе къ Col. sem., помимо воли больного, вызвало сокращеніе пузыря.

Подобные факты могутъ говорить за то, что Col. sem. безучастенъ къ иннервации пузыря и что раздраженіе его можетъ вызвать сокращеніе пузыря, т. е. позымъ на мочу и даже при сильномъ воспалительномъ состояніи привести больного не только къ частымъ мочеиспусканіямъ днемъ и ночью, но иногда и къ недержанію мочи, какъ это увидимъ мы въ соответствующемъ отдѣлѣ.

Наследуя болыных *reg. rectum*, мы неоднократно убеждались в том, что позывы на мочу при этой манипуляции очень часто находятся в связи с надавливанием на область сѣм. бугорка.

Роль Uthr. masculinus. Относительно физиологии *Uthr. masc.* высказался только *Saprey* (1874). По его мнѣнію, роль *Uthr. masc.* заключается в том, чтобы способствовать прохожденію сѣмени через *d-us* во время *ejaculationis*: расширение сѣмявыбр. протоковъ происходитъ за счетъ снаденія стѣнокъ полости *Uthr. masc.* При обыкновенныхъ условіяхъ стѣнки *d-um. ej-organ* снадаются, а *sinus prostaticus* расширяется благодаря накопленію въ немъ секрета железъ слизистой.

По мнѣнію В. Н. Шевкуенко, вь случаяхъ, когда протоки открываются въ полость *Uthr. masc.* послѣднія служатъ первымъ приемникомъ сѣмени. Здѣсь, можетъ быть, совершается нѣкоторый круговоротъ жидкости. прежде чѣмъ сокращеніе полости протолкнетъ сѣмя въ мочеиспускат. каналъ. Подобное мнѣніе онъ высказываетъ на основаніи слѣдующаго наблюденія:

«При одномъ объемѣ отверстія», пишетъ авторъ, «я каждый разъ находилъ въ *sinus* чѣ скопленіе сѣм. жидкости и когда, удаливши ее отсюда, пробовалъ надавливать на сѣм. пузырьки, то жидкость продвигалась въ *sinus* чѣ круговоротъ и лишь, набивши его допона, затѣмъ поступала черезъ выходное отверстіе въ уретру».

Полость *Uthr. masc.* выделяетъ секретъ при помощи железокъ, расположенныхъ въ слизистой ея.

Видъ секрета описанъ *Robinson*, но для чего существуетъ секретъ, какова его роль — неизвестно.

Если мы обратимся къ работамъ Ляховскаго, то увидимъ, что число железъ увеличивается по мѣрѣ приближенія къ зрѣлому возрасту; съ увеличеніемъ железъ увеличивается и содержимое полости, какъ-разъ по мѣрѣ приближенія мальчика къ половому возрасту. Возникаетъ вопросъ, не играетъ ли этотъ секретъ какой-нибудь роли въ дѣлѣ *coitus* чѣ, не является ли онъ нѣкоторымъ раздражителемъ чувствительныхъ нерви. окончаній, заложенныхъ въ *Col. sem.* (см. выше).

Можетъ быть во время сильнаго возбужденія *Col. sem.* при *coitus* чѣ выбрасывается отдѣленіе *Uthr. masc.*, для того, чтобы больше раздражить нерви *Col. sem.*, усилить оргазмъ, т. е. усилить то сладострастное ощущеніе, которое получается въ началѣ сѣмяизверженія.

Вь заключеніе мы должны сказать, что вь дѣлѣ физиологии *Col. sem.* есть масса вопросовъ, экспериментальное изученіе которыхъ можетъ выяснитъ многое въ патологіи половой жизни.

Патологическая анатомія сѣмяннаго бугорка и органовъ, заключенныхъ въ немъ.

Мы говорили уже вь прошледей главѣ о трудности найти макроскопически на слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала различные патологическіе фокусы.

По этому поводу *Oberländer* говоритъ, что проф. *Nelson*, къ которому онъ обратился съ предложеніемъ заняться подобнымъ макроскопическимъ изслѣдованіемъ, замъ постепенно привыкъ различать на главѣ воспалительнаыя измѣненія канала, которыя потомъ были подтверждены микроскопическимъ путемъ.

Возможно, что съ такою же трудностью сопряжено и нахождение патологическихъ измѣненій на сѣм. буг., по крайней мѣрѣ, объ этихъ измѣненіяхъ умалчиваютъ патологически анатомы.

Нужно, что называется «наиспещеніемъ» на этомъ вопросѣ.

Finger и *Oberländer* занимались этими вопросами; даже въ настоящее время у насъ нѣтъ другихъ авторовъ, которые бы пополнили ихъ наблюденія.

Еще большее достоинство ихъ работъ заключается въ томъ, что они микроскопически научили воспалит. процессъ не только слизистой уретры, но и *Col. sem.*

Зато мы имѣемъ рядъ авторовъ, описавшихъ всевозможныя измѣненія *Col. sem.*, распознанныя при помощи уретроскопий.

При описаніи весь литературный матеріалъ, относящійся къ патологіи *Col. sem.*, а также и наши случаи мы распредѣлили на четыре отдѣла.

Къ первому — отнесемъ измѣненія самого *Col. sem.*; ко второму — патологію *Uthr. masc.*; къ третьему — патологію сѣмявыбрасывающихъ протоковъ и къ четвертому — сочувственныя измѣненія въ слизистой, окружающей *Col. sem.*

I. Патология сѣмянного бугорка.

Микропатология Col. sem. Finger в течение вѣсколькихъ мѣсяцевъ производилъ систематическое исследование всѣхъ мужскихъ труповъ, которые попадали въ прозекторскій залъ Рудольфовской больницы къ проф. Weichselbaum'у и для микроскопическихъ исследований бралъ случаи хроническаго задняго уретрита съ патологич. измѣненіями на Col. sem.

Мы дѣлкомъ заместуемъ результаты его исследования:

«Микроскопически на срѣзахъ слизистой оболочки р. poster. и сар. galin. можно было видѣть, что при urethr. post. процессъ гнѣдится въ верхнихъ слояхъ подинтимальной соединительной ткани и характеризуется, какъ хронич. воспалит. процессъ съ первой стадіей мелко-кѣлочной инфильтраціи и пролифераціи соединит. тк., и со второй стадіей — образованія цирротической соедин. тк. Мелкокѣлочный инфильтратъ первой стадіи, по большей части, рыхлѣе, только въ одномъ случаѣ онъ былъ очень плотенъ и дѣло тутъ дошло, вследствие интенсивности воспалит. процесса, до образованія млядіарныхъ поверхностныхъ некротич. гнѣздъ.

Промежуточнымъ звеномъ между этими стадіями — инфильтраціей и образованіемъ рубцовой ткани — бываетъ разрастающаяся инфильтрированная соединит. ткань, которая образуетъ маленькія коническія или колбовидныя, папиллярныя возвышенія; въ образованіи послѣднихъ, кромѣ соединит. ткани, участвуютъ еще многочисленные широкіе кровеносные сосуды.

Мозолистая образованія второй стадіи, вслѣдствіе поверхностнаго расположенія инфильтрата въ первой стадіи, всегда только поверхностныя и никогда не ведутъ къ замѣтному смочиванію.

Процессу въ поднит. соедин. тк. сопутствуютъ такого рода измѣненія эпителия: въ первой стадіи имѣются пролиферація и отслойка цилиндр. эпителия; во второй стадіи переходъ цилиндр. эпит. въ многослойный плоскій.

Особенно заслуживаютъ вниманія измѣненія сарп. galin.

Здѣсь процессъ протекаетъ подобно тому, какъ на слизистой оболочкѣ прочей р. prost., въ видѣ хроническаго воспалительнаго процесса въ верхнихъ слояхъ поднит. соедин. тк. съ знакомыми уже намъ двумя стадіями — мелкокѣлочной инфильтраціи и образованія мозоли.

И здѣсь въ одномъ случаѣ мелкокѣлочный инфильтратъ былъ особенно плотенъ и повелъ къ образованію млядіарныхъ некротич. гнѣздъ.

Увеличеніе сар. galin. является естественнымъ слѣдствіемъ этой инфильтраціи. См. табл. III, рис. 35. Здѣсь мы видимъ часть увеличеннаго Col. sem. съ d. ej-rinus (a), который при b прокладываетъ себѣ дорогу черезъ поверхностный инфильтратъ (c). Верхніе слои инфильтрата (d) некротичны.

Соотвѣственно этимъ стадіямъ — мелкокѣлочной инфильтраціи и образованію мозоли — въ свѣжихъ случаяхъ замѣчалась отслойка цилиндрич. эпителия, а въ давнихъ переходъ цилиндр. въ плоскій эпителий.

Въ 4-хъ случаяхъ были замѣтательны и полны значенія наблюдавшіяся болѣе обширныя мозоли, которыя состояли изъ соединит. тк. и плоскаго эпит. Одно изъ этихъ мозолистыхъ образованій сидѣло на верхушкѣ сар. galin. въ видѣ кругловаго, плоскаго бугорка, другое находилось сбоку сар. g., проникло глубоко въ ткань и облитерировало выходное отверстіе одного изъ ductus'овъ.

Слѣдующія два мозолистая образованія охватывали сар.-g. черезъ высшую его точку въ видѣ лопы, облитерировали оба duct'а и Uthr. masc. и своимъ надавливаніемъ дѣлили сар. gal. на два бугорка.

Происхожденіе этихъ мозолей, по всей вѣроятности, было различно.

Второе названное мозолистое образованіе, кругловатое, проникшее глубоко въ сар. gal., которое микроскопически обнаруживало также по своему краю заложеныя железки, должно быть приписано какому-нибудь фолликул. абсцессу. См. табл. III, рис. 36. На этомъ рис. мы видимъ часть Col. sem., субстанція его разрушена рубцовой тканью, образованнаго съ фолликул. абсцесса. На краю рубца находится еще железистая (a) ткань. D-us ej-us, устье котораго еще видно (b), облитерировано рубцомъ.

Происхожденіе трехъ прочихъ шишко- и лентообразныхъ мозолистыхъ образованій лучше всего объясняется названными поверхностными некрозами подинтимальнаго инфильтрата. Образованіе рубца послѣ отпаденія некротической ткани, вѣроятно, обусловило эти мозоли.

Хроническій воспалит. процессъ, такимъ образомъ, въ одномъ рядѣ случаевъ простирается на верхніе слои подэпитея.

соед. тк.: только слизистая оболочка, покрывающая cap. gal. больна, но не вещество его.

Процесс здесь поверхностный и ограничивается одной слиз. оболочкой.

Но есть еще другой ряд случаев, где процесс проникает в глубь, в вещество шерстистого тела.

Подобное продолжение в глубь происходит только вдоль желез и их выводных протоков, чаще всего вдоль ductus'ов».

Итак, по Finger's, хронич. воспалит. процесс в Col. sem. может быть либо поверхностным подэпителиальным, либо глубоким—поражение стромы.

Как тот, так и другой в ранней стадии своего развития характеризуются преобладанием мелко-клеточной инфильтрации, а в поздней—воспалительные элементы принимают стойкий, рубцовый характер.

Тот же процесс наблюдал и Oberländer.

Воспалительным изменением с мелкоклеточной инфильтрацией он дал название «мелкой инфильтрации», а с плотной соединит. тканью—«твердой инфильтрации». Следовательно, под мягким инфильтратом нужно разуметь всякий воспалительный процесс, будет ли он острый, где почти исключительно существуют мелко-клеточная инфильтрация, либо хронический, где наряду с первой имеются в большем или меньшем количестве и преобразующиеся или даже преобразованные в стойкую рубцовую ткань элементы; однако, преобладающей формой все же является мелкоклеточ. инфильтрация.

Oberländer говорит, что первая изменения при мягкой инфильтрации оказываются в эпителии.

Последний претерпевает внач. слизистое перерождение; клетки, лежащие под поверхностным слоем, пронизываются лейкоцитами, сильно пролиферируют; впоследствии подвергаются роговому перерождению, местами больше, местами меньше, результатом чего являются эпителиальные наслоения—пахидермия—различаемая простым глазом в вид бляшек или желтоватых пятен. Местами эпителий слущивается.

В mucosa propria развивается хронический воспалительный процесс, сопровождающийся сильной васкуляризацией вследствие образования новых волосных сосудов. Слизистая оболочка местами принимает зернистый вид (грануляционный процесс), местами группы грануляций развиваются быстрее, интенсивнее,

перехода в сосочковый разрастания.

Твердая инфильтрация, как мы уже говорили, есть организация мелкоклеточного инфильтрата в стойкую соединит. ткань; она является дальнейшей стадией воспаления.

Finger описал изменения на слизистой только у лиц, страдавших триперсом, тогда как Oberländer находил Col. sem., мягкую и твердую инфильтрацию при других этиологических моментах.

Это вполне вероятно:

В основе заболевания Col. sem., по этим авторам, лежит воспалительный процесс с только что описанным исходом.

Будет ли он назван гипокератом или другими какими-нибудь причинами, действующими на Col. sem. как со стороны слизистой, так и со стороны самого Col. sem., рано или поздно вследствие постоянного раздражения он выльется в тех же самых формах.

Подтверждением этого нам служить то обстоятельство, что при наших наблюдениях различные этиологические моменты вызвали однообразную эндоскопическую картину изменений на Col. sem.; напр., если мы возьмем группу разрастаний, то найдем в ней различные этиологические моменты, то же самое наблюдаем мы и при других формах изменений Col. sem., которые будут описаны нами в соответствующих местах.

Вот почему мы при делении найденных изменений Col. sem. не обращали внимания на этиологию, а в основу положили наблюдения Finger'a.

Прежде чем перейти к нашим исследованиям, мы вкратце опишем изменения Col. sem. на основании литературного материала.

В 1881 году Grünfeld первый описал патологические изменения на Col. sem., подразделив их на следующие группы:

- 1) Простую гиперемию.
- 2) Катаральное опухание—воспалительная гиперемия.
- 3) Гипертрофию Col. sem.

При гиперемии Col. sem. увеличен, темно-красного цвета; его окраска резко выделяется на фоне темно-фиолетовой окраски слизистой канала. Поверхность бугорка гладкая; хорошо различимы рефлексы и отверстия Uthg. mass.

При сильном витирании и при движении инструмента

Изменения
страдавших триперсом, тогда как Oberländer находил Col. sem., мягкую и твердую инфильтрацию при других этиологических моментах.

Установлены путем
уретроскопии.

гиперемированная слизистая, окружающая Col. sem., кровоточит, тогда как при осторожном вытирании этого не наблюдается.

Вторая форма — катаральное опухание — характеризуется более сильным увеличением Col. sem., in toto; цветъ его интенсивно красный, слизистая разрыхлена, утолщена; Col. sem. обыкновенно резко вдаётся въ просветъ трубки; общій видъ его напоминаетъ «dem laryngoskopischen Bilde des Giessbeckenknorpels», говорить Grünfeld, при катар, и отчетливо состояни его. Отверстия простат. протоков открыты, воспалены и изъ нихъ выделяется стекловидный, заполняющий просветъ трубки, секретъ. Иногда можно микроскопически констатировать въ немъ сперму.

3-я форма — Col. sem. гипертрофированъ, сильно увеличенъ, плотенъ, мало кровоточитъ.

Подрезъ говоритъ, что его наблюденія, сдѣланныя надъ большимъ количествомъ больныхъ, вполне аналогичны наблюденіямъ Grünfeld'a.

Онъ рассматриваетъ измененія сѣм. буг. главнымъ образомъ при хронич. сперматоррей и дѣлитъ ихъ на два періода:

1-ый періодъ сперматорреи — сѣм. буг. оказывается гипертрофированнымъ, разбухшимъ, увеличеннымъ въ объемѣ настолько, что занимаетъ почти все поле зрѣнія въ эндоскопѣ, вдаваясь въ видѣ опухоли; цветъ то розовый, то красный; видъ полупрозрачный, напоминающей отчетливую uvula.

Нередко при соответствующей установкѣ эндоскопа можно замѣтить зияющія устья du-pin ej — pignum въ видѣ одного или двухъ напулезныхъ возвышеній близъ вершины сѣм. бугорка.

«2-ой періодъ хронической сперматорреи — атрофическія измененія:

Col. sem. уменьшается въ объемѣ, сморщивается, становится атрофичнымъ, блѣдно-синеваго или желтоватаго цвѣта; выводные протоки его открыты и представляются въ видѣ одной или двухъ черныхъ точекъ — дироекъ.

«Случается, что подножкіе бугорка, усматриваемые такими же зияющими отверстиями (d im prost.), придаетъ ему особой видъ, будто онъ имѣетъ пигментированное основаніе».

Emil Burchhardt описалъ воспалит. измененія на Col. sem.

Posner говоритъ, что патологич. измененія задней части канала, главнымъ образомъ сѣм буг., состоятъ изъ опуханія его.

Finger различаетъ:

1) разрыхленный Col. sem., иногда съ сосочковыми разрастаниями;

2) уплотненный — вследствие образованія въ немъ соединит. ткани.

Oberländer, какъ мы уже видѣли, признаетъ двѣ формы заболѣванія:

- 1) когда процессъ носитъ характеръ мягкой инфильтраціи,
- 2) и характеръ твердой инфильтраціи.

1-ая. Col. sem. выпухъ на всемъ протяжении, объемистъ, часто видны на немъ бугры, борозды или наметки на борозды. Отверстія то видны, то не видны. Слиз. оболочка настолько кровоточитъ, что иногда приходится прекращать сеансъ изслѣдованія.

2-ая. Твердую инфильтрацію зачастую можно предположить, доведя уретроскопъ по Kollmann'у до сѣм. буг.; трубка обыкновенно упирается во что-то твердое, что можно пройти иногда только тогда, когда выдвинуть трубку, окулярный конецъ опустить внизъ, а центральный поднять вверхъ, т. е. когда трубка скользитъ поверхъ Col. sem.

«Сѣм буг. плоче нормальнаго, блѣдно-желтоватаго или сѣрновато-бѣлаго, явственно сухой, безъ слѣдовъ бороздъ».

Кровотечение рѣже, чѣмъ при мягкихъ инфильтратахъ.

Рядъ авторовъ: Hurry Fenwick, Tano, Popper, Scharif, Schmidt, Terrepson, v. Frisch, Keersmaecker описываютъ воспалит. опуханіе сѣм. буг. вследствие воспалит. процесса его слизистой.

Felleki различаетъ двѣ формы:

- 1) Гиперемическую,
- 2) Аномическую.

Первую нужно отнести къ хрон. мягкой инфильтраціи, а вторую къ твердой инфильтраціи Oberländer'a.

Wossidlo въ легкихъ случаяхъ заболѣванія наблюдаетъ картину гипереміи, въ слѣдующей стадіи — катар. процессъ Col. sem. былъ увеличенъ, иногда въ видѣ большой опухоли, заполнявшей все поле зрѣнія.

Цвѣтъ его зависитъ отъ степени гипереміи: то онъ былъ болѣе, то менѣе красенъ, то рѣже отличался отъ окружающей слизистой.

Поверхность его была то совершенно гладкая, то оед-

пат'озная, набухшая, перовная и морщинистая; иногда Col. sem. напоминал «малину».

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, соответствующихъ гистологической картинѣ перехода мелкоклеточной инфильтраціи въ рубцовую ткань, Col. sem. былъ болѣе плоскій, ровненькій, красно-желтоватого цвѣта; поверхность иногда была гладкая, но слизистая его сухая.

Иногда Col. sem. бывалъ сильно избороздѣнъ, съ бахромчатыми и зубчатыми краями, особенно около отверстія sinus prost.

При уретроскопіяхъ въ этихъ случаяхъ по Goldschmidt'у фестончатость и бахромчатость превращалась во флюгирующіе въ водѣ лоскутки слушающагося эпителия и даже кусочки слизистой.

Goldschmidt при подостромъ гонор. воспаленіи находилъ Col. sem. «увеличеннымъ, съ грубоватыми очертаніями».

При послѣднѣмъ изъ состояній, когда имѣется налицо воспаление предст. ж., авторъ отмѣчалъ на слизистой Col. sem. дольчатость и изборозденность.

Асимметрия Col. sem. часто находилась въ связи съ бѣлымъ воспаленіемъ придатка, причемъ выпуклая часть соответствовала больной сторонѣ».

Зданевичъ и Михайловъ Н. А. говорятъ о пассивной гипереміи Col. sem. и задней части канала какъ начальной формѣ заболѣванія.

«Док. Михайловъ», читаемъ мы у Зданевича, «различаетъ 4 стадіи измѣненій слизистой part. prost. (а слѣд. и Col. sem. *Авт.*)».

При изслѣдованіи черезъ уретроскопъ мы часто видимъ слиз. обол. р. prost. свишюной, причемъ эпителий ея лишенъ нормального блеска. Это — начальная стадія нахвѣненія, вызываемыхъ застойной гипереміей. Вторая стадія характеризуется разрыхленностью слизи и легкой рваностью. Дальѣйшее дѣйствіе застойной гипереміи сводится, главнымъ образомъ, въ отечности и серозномъ пропитываніи ткани. Col. sem. въ такихъ случаяхъ представляется блѣднымъ, отечнымъ и увеличеннымъ — 3-я стадія.

Наконецъ послѣдняя характеризуется сильнымъ развитіемъ соедин. тк. и послѣдующимъ сморщиваніемъ ея, вследствие чего слизистая имѣетъ видъ свишюно-блѣдный, валикъ Col. sem. представляется сморщеннымъ, утолщеннымъ, атрофированнымъ».

Haller, описывая различныя измѣненія вида Col. sem., отмѣчаетъ эрозіи на немъ, какъ частую находку.

Hawkins указываетъ на увеличеніе воспаленнаго и сильно кровотокаго Col. sem.; по виду онъ сравниваетъ его въ стадіи остраго воспаления съ воспаленной губой, перенося все объективныя явленія съ послѣдней на первый.

A. Edwards описываетъ мягкіе и твердые инфильтраты на Col. sem.

Орловскій говоритъ о гипертрофіи Col. sem.

Wood Ruggles описываетъ воспаленный Col. sem. цвѣта краснаго вина, сильно увеличенный въ объемъ, иногда неправильной формы, принимающій видъ малины; малѣйшее прикосновеніе сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ.

Buerger Leo рассматриваетъ слѣдующія патологическія формы:

1) Гиперемическую — когда Col. sem. сильно увеличенъ, кровотоцитъ, слизистая его бархатиста. Отверстія сѣмявыб. протоковъ не видны; Uthr. masc. часто съ трудомъ различимы.

2) Вторую форму Buerger'a можно назвать bullo'зной; при высокой степени этой формы Col. sem. представляется покрапатымъ прозрачными круглыми пузырьками.

3) Атрофическая — конечная форма, когда на Col. sem., уменьшенномъ по величинѣ, имѣется морщинистая и сухая слизистая.

Schlenzka въ начальной стадіи (главнымъ образомъ подострой гонор.) отмѣчаетъ немного увеличенный и гиперемированный Col. sem., съ незначительной кровотоцитостью слизистой его. Слѣдующая форма — грануляціонная: на Col. sem. видны грануляціонныя разрастанія, придающія ему видъ «малины»; цвѣтъ зависитъ отъ грануляцій, окрашенныхъ въ интенсивно красный цвѣтъ.

Заимствованная нами у авторъ измѣненія на Col. sem., какъ мы видимъ, можно отнести къ двумъ формамъ:

1) Къ гиперемической — различая здѣсь какъ активную воспалительную гиперемію, которая, повидному, должна быть отнесена къ мягкой инфильтраціи Oberländer'a, такъ и пассивную, венозную гиперемію, въ смыслѣ Михайлова и Зданевича.

2) Къ рубцовой — соединительно-тканной, конечнымъ исходомъ которой нужно считать атрофическую форму.

Этими двумя формами патологія Col. sem. не ограничивается; между ними имѣются различныя, очень интересныя измѣненія.

Мы уже видели выше в описании исследований Finger'a, что инфильтрированная соедин. тк. подвергается разрастанию, образуя различного рода возвышения на Col. sem.

Thompson на вскрытии видел 2 случая полипов на Col. sem.; в одном случае у ребенка длина полипа = $12\frac{1}{2}$ мм., а ширина 4 мм.; в другом же длина = $1\frac{1}{2}$ см.

Burckhardt, различая разрастания на задней стенке канала р. prost., видеть их и на слизистой Col. sem., то как отдельные, мало возвышающиеся наростки, то как разрастания значительной величины, напоминающие полипозные разрастания.

Finger, Luys, Frank находили грануляции, разрастания и полипы на Col. sem.

Luys в последней своей работе говорит, что сосочковидные наросты и полипы на Col. sem. не редки: из них одни коротки, толсты, другие длинные и похожи на угри. Они при малейшем прикосновении кровоточат и способны принимать очень вычурные формы и виды.

Oberländer в одном случае асперматизма наблюдал полип, закрывший отверстие сём. протока.

Wossido из 103 случаев в 2 случаях наблюдал полипообразные разрастания на Col. sem.

«При старых воспалительных процессах», говорит Goldschmidt, «слизистая оболочка сём. бугорка имела бархатистый вид, бугорок представлялся расширенным и менее отграниченным от гребешка; отчасти он был покрыт поверхностными грануляциями, придававшими ему неравномерный вид».

Дальше говорит автор:

«Недавно мне пришлось наблюдать случай, где на бугорке был толстый отросток вдвое длиннее его самого. Видеть сь бугоркомъ, лежащим сбоку отъ него, онъ образовывалъ нечто вроде рогообразной фигуры».

При последующем исследовании я нашел ее уже выпрямленной».

Въ этомъ случае, по автору, можетъ идти речь только о новообразовании.

Goldschmidt говорит, что подь влиянием лечения раздражающими агентами часто какъ въ задней части, такъ и на Col. sem. развиваются бахромчатая разрастания сь ясно различимымъ въ центрѣ капиллярнымъ сосудомъ.

Wood Ruggles виделъ несколько разъ полипы на Col. sem.

Leo Wuerger часто на гипертрофированномъ, увеличенномъ сём. бугорке наблюдалъ образование сосочковъ.

Имъ зарисованъ одинъ случай, гдѣ верхушка бугорка, окруженная полипозными образованиями, имѣла видъ кратера.

Лехтманъ изъ 350 случаевъ уретроскопической задней части наблюдалъ въ 86 случаяхъ полипозные разрастания на Col. sem.

Schlenzka при хроническомъ уретритѣ наблюдалъ бородавкообразные разрастания сь ясно различимыми при ирригации уретроскопией сосудами въ центрѣ ихъ.

Авторъ говорит:

«Въ однихъ случаяхъ эти разрастания обычно очень малы и могутъ быть просмотрѣны, въ другихъ же они такъ велики, что сразу бросаются въ глаза».

Heller высказываетъ и полипозные разрастания наблюдать сравнительно редко.

Dreyer отмѣчалъ грануляционные катарры и разрастания на Col. sem.

Левинъ, говоря о часто наблюдавшихся разрастанияхъ на слнз. р. prost., отмѣчаетъ такія и на Col. sem., преимущественно располагавшіяся на верхушкѣ.

Kropit на послѣднемъ Уролог. конгрессѣ представилъ снимки задней части канала, а также и Col. sem. сь полипообразными разрастаниями.

Lönsthein говорит, что Cap. gal. часто покрытъ красными просвѣивающими флуирующими (при ирр. уретр.) разрастаниями, отчето контуры его неправильны, часто бахромчаты.

Часто разрастания такъ высоки, что заполняютъ просветъ трубки.

Иногда, по автору, разрастания, не ограничиваясь Col. sem., переходятъ на слизистую по направлению къ внутр. сфинктеру.

На основании литературнаго матеріала мы видимъ, что присутствие различныхъ разрастаний на Col. sem. не является редкостью, наоборотъ, они встрѣчаются довольно часто. Если мы примемъ во вниманіе наблюденія Лехтмана, то найдемъ среди его наблюденій почти 25% сь разрастаниями.

Дальнейшими патологическими формами Col. sem. будутъ:

- 1) рубцы;
- 2) argyrosis
- и 3) туберкулезный процессъ.

Finger и Frank отмѣчаютъ рубцы.

Выше в микроскопических исследованиях Finger'a описаны рубцы Col. sem., найденные имъ при вскрытияхъ.

Случай argyrosis описалъ Buerger.

Последний авторъ говоритъ, что вслѣдствіе леченія зяпсомъ чаще всего окрашивается въ сине-черный цвѣтъ верхушка и declive, рѣже active Col. sem.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ слизистая представляется шероховатой и часто пятнистой, вслѣдствіе фокуснаго пропитыванія азотнокислымъ серебромъ.

Туберкулезный процессъ описать очень немногими авторами; причиной этого можно считать то обстоятельство, что не всѣ авторы, наблюдавшіе туберкулезные процессы, отваживались приводить уретроскопію.

Seelig, описывая туберкулезный процессъ задней части канала, упоминаетъ объ анэмичномъ Col. sem., въ верхней части котораго были два просвѣдливыхъ бугорка, отнесенные имъ къ туберкулезнымъ бугоркамъ.

Goldschmidt говоритъ, что ему пришлось наблюдать туберкулезное поражение задней части канала только одинъ разъ.

Въ этомъ случаѣ сѣм. буг. утратилъ совершенно свою правильную форму; лѣвая часть его была покрыта грануляциями. Vesicula prost. представлялась расширенной и была окружена неправильными бѣлымъ наломъ.

Dreyer при туберкулезномъ циститѣ и туберкулезномъ поражении почекъ на Col. sem. выдалъ два узелка, величиной до чечевичнаго зерна, окаймленныхъ краснымъ вѣнчикомъ. Авторъ склоненъ отнести ихъ къ специфич. процессу.

Лехтманъ при туберкул. cystit'ѣ и epididymit'ѣ нашелъ на Col. sem. сѣроватый просвѣдливый бугорокъ.

Путемъ эндоскопическихъ исследований, какъ мы говорили выше, у насъ зарегистрировано 680 случаевъ. Чтобы разобраться въ этомъ матеріалѣ, мы приняли во вниманіе патолог.-анатомическія исследования Finger'a и Oberländer'a и съ этой точки зрѣнія распредѣляли матеріалъ въ четыре группы.

Къ первой — отнесли случаи хроническихъ мягкихъ инфильтратовъ.

Ко второй — тѣ случаи, гдѣ преобладаетъ твердая инфильтрація, гдѣ на смену выступаютъ, какъ молодая соединительная ткань, такъ и старая — рубцовая либо въ видѣ отдѣльныхъ большихъ или меньшихъ фокусовъ, либо въ видѣ сплошныхъ участковъ.

Собствен-
ная наблю-
денія.

Къ третьей группѣ отнесли тѣ сѣм. буг., которые отъ первыхъ двухъ отличаются только присутствіемъ различныхъ либо небольшихъ выступобразныхъ, либо полипобразныхъ, иногда причудливаго вида разрастатій, либо въ видѣ подусферическихъ, узурькообразныхъ патологическихъ измѣненій.

Наконецъ къ четвертой группѣ отнесли атрофическія формы Col. sem. на почвѣ воспалительныхъ измѣненій.

1-ая группа — Colliculitis superf. chronica.

Эта группа является самой большой по количеству, къ ней мы отнесли 445 случаевъ, что составляетъ 65% общаго числа.

Микроскопически нужно предположить существованіе мягкихъ инфильтрацій, какъ преобладающихъ элементовъ среди уже преобразованныхъ молодыхъ соединительно-тканевыхъ клетокъ.

Эта форма, вѣрнѣе, могла бы быть названа смѣшанной, или переходной къ образованію типичной соединит. ткани.

Макроскопически мы могли бы увидѣть здѣсь катарральное набуханіе слизистой съ измѣненіемъ эпит. покрова или безъ этого, также встрѣтиться съ грануляционными процессами на поверхности слизистой, словомъ найти патологическій процессъ, гнѣздящійся главнымъ образомъ на поверхности Col. sem. Эту форму мы назовемъ Colliculitis superf. chronica.

Такъ какъ этотъ воспалительный процессъ имѣетъ различныя градации въ зависимости отъ давности и силы его, то мы и постараемся сходить другъ съ другомъ измѣненія рассмотреть въ подгруппахъ. При этомъ мы постараемся держаться такого плана: вначалѣ будемъ приводить эндоскопич. картины той или другой подгруппы, а затѣмъ сейчасъ же будемъ дѣлать общее описаніе ея.

Разсматривая таблицу А1, мы видимъ, что въ этихъ случаяхъ Col. sem. отличается значительнымъ увеличеніемъ: онъ заливаетъ не только просвѣтъ трубки № 23, но даже и № 27 (рис. № 7 табл. I); обычно же на половину не вмѣщается въ просвѣтъ трубки № 23, такъ что осмотръ его поверхности возможенъ только по частямъ.

Все подѣ зрѣнія сейчасъ же заливается кровью; кровоточеніе бываетъ иногда настолько сильное, что ватные тампоны силой пропитываются кровью.

Т А Б Л И Ц А 1.

Примеры эндоскопических исследований, характеризующих заболевание Col. sem., без заметного изменения эпителиального покрова.

№ по порядку.	Дата исследования.	№ табл.	Формы болезни.	Виды Col. sem.	ИЗМЕНЕНИЯ						
					Uthr. mass.	Duct. ej-tum.	Связ. за Col. sem. и Clivi Col. sem.	P. prost. вообще.	P. memb.	P. bulb.	P. pend.
1	20/ix 09	25	P—плн.	Занимает весь просвет, конусообразной формы, равномерно красного цвета, слизистая гладкая, блестящая, влажная, прикосновению резко чувств.; основание кровотоচিতъ. Табл. I рис. 3.	Въ видѣ продолговатой пленки, окрашенной губами; боныне выпячено.	Невидимы	За Col. резко разрыхлена, легко кровотоচিতъ. Clivus резко оточечъ.	Рыхлость и кровотоचितъ.			
2	14/i 12	23	K—вт.	Едва вмѣщается на 1/2 въ просветъ. Состоитъ изъ 2 частей: периферич. ярко-краснаго цвѣта, слизистой какъ-бы футлярномъ для центральной части. Последняя состоитъ изъ 2хъ губъ темно-краснаго цвѣта, соединенныхъ въ верхней части слизистой въ видѣ мостика. Слизистая гладкая, влажная. Прикосновению резко чувств. Основание немного кровотоচিতъ. Табл. I рис. 4.	Подъ мостикомъ не видны; въ видѣ ромбовидной пленки.	Невидимы.	Рыхлость Clivi.	Рыхлость.	Idem.		
3	17/x 08	24	I—склп.	Занимаетъ весь просветъ; преобладающей формы. Слиз. ярко-краснаго цвѣта, блестящая, влажная. Значительная чувствительность. Основание кровотоचितъ. Табл. I рис. 5.	Значитъ въ видѣ довольно широкой щели.	Невидимы.	Щель кровотоচিতъ и набухши.	Рыхлость.		Тверд. инф.	
4	23/xi 11	23	K—вт.	Занимаетъ весь просветъ, пунцово-красн. цвѣта. Связ. блестяща, влажная, гладкая. Чувств. повышена. Основание кровотоচিতъ. Табл. I рис. 6.	Въ верхней 1/2 Col. между темно-красн. губами плотно сидитъ шнорокъ тѣло.	Не видны.	Clivus оточечъ и кровотоচিতъ.	Рыхлость.			
5	12/xi 11	27	M—вт.	Едва вмѣщается въ просветъ, пунцово-красн. цвѣта. Связ. гладкая, влажная, блестящая, какъ-бы палатка. Резкая чувствительность. Табл. I рис. 7.	На мѣстѣ шнорокъ вмѣщается какъ-бы наложенная поперекъ довольно толстая палатка.	Не видны.	Clivus сильно набухъ, давая выходъ второму буртика, разрыхленъ съ разрастаниями, въ видѣ отдельныхъ пластинокъ.	Сильная рыхлость.		Смѣшанн. инф.	
6	16/ii 12	23	E—вт.	Не вмѣщается въ просветъ на 1/2, пунцово-краснаго цвѣта, слиз. гладкая, блестящая, влажная. Значитъ чувствительность. Табл. I рис. 3B.	Въ видѣ пленки, ограниченной сверху пунцово-красной влажной губой.	Не видны.	Резкая гипертрофия Clivi.	Рыхлость.			
7	17/iii 12	25	B—вт.	Едва вмѣщается въ просветъ, ярко-красн. цвѣта, слиз. гладкая, влажная, кровотоচিতъ у основания. Сильная болезненность.	Въ видѣ вычурнаго углубленія; края не отличить отъ общаго фона.	Не видны.	За Col. пунцово-краснаго цвѣта, слиз. набухши, вывернувшись, и бонынехъ слиз. красномод. зорна.	Резкая рыхлость.			

Примеры андоскопических исследований съ застойными явлениями Col. sem.

№ по порядку	Дата исследования	№ табл.	Формы явления	Видъ Col. sem.	И з м е н е н и я				
					Uthr. masc.	Duct. e-tum.	Сам. из Col. sem. и Civi Col. sem.	P. prost. вообще	P. memb. bulb.
1	17/8 25 С-вр. 09			Не захватил въ просвете, сн. попереч. попер. ободчат. цвѣт. из верхней 1/2 хитиной капсулы. Слизь густая, вязкая, блестящая, влажная. Основание кровотеч. Чувств. сильно выражена. Табл. I, рис. 8.	Не видны.	Застойно красный цвѣт. Civi.	Застойно цвѣт. ржавый.		Теор. инф.
2	19/8 23 Р-вр. 12			Захватил весь просвет, темно-серый, блестящий, вязкий, попереч. селса тусоватая, не прозрачная. Слизь густая.	Не видны.	Разная окраска, застойно-красный, гиперемиальный.	Разноцветный, гиперемиальный.		
3	19/8 25 Ж. вр. 09			Взвесь, золотистая, просвета, въ видѣ густой темнокрасной цвѣт. ржаво-красной, обухон.	Не видны.	На нижней стенке Col. стѣны въ Col. видна желтая ржавая окраска.	Ржавость		
4	20/8 23 Д.-снѣй			Въ просветѣ видна едва 1/2 Слиз. густая, отечная, застойно-ржавая цвѣт. Чувств. Основание кровотечат.	Не видны.	За Col. sem. разная окраска, застойно-красная, желтая, золотистая, гиперемиальная.	Разная окраска, застойно-красная, гиперемиальная.		

Если удается ориентироваться, удается осмотреть поверхность Col. sem., то цвѣтъ его представлять всѣ вариации отъ пунцово до насыщенно-краснаго цвѣта.

Слизистая его бываетъ гладкая, влажная, блестящая.

Свѣтовой рефлексъ ясно различимъ.

Если мы будемъ искать источникъ кровотечения, то obviously найдемъ его не въ слизи самой Col. sem., а въ слизистой его основаній и, главнымъ образомъ, окружающихъ его частей.

Нити d-um e-j-omn обычно нельзя увидать вълѣдствіе воспалительнаго набуханія слизистой.

Значительно чаще различныя отверстія Uthr. masc.

Чувствительность къ прикосновению рѣзко повышена; иногда наблюдаемый вскрикиваетъ отъ боли даже подъ анестезіей; и это не случайности; каждое повторное прикосновение вызываетъ ту-же болевую реакцію.

Измѣненія окружающей слизистой будутъ рассмотрѣны нами отдѣльно.

Иногда Col. sem. во всемъ сходенъ съ только что описанной формой, кромѣ цвѣта, который бросается въ глаза съ перваго взгляда благодаря рѣзко застойному отѣку. См. таблицу А₂.

Здѣсь мы видимъ вмѣстѣ воспалительной красноты темно-вишневымъ цвѣтъ слизистой Col. sem., цвѣтъ, имѣющей иногда рѣзко синеватый отѣнокъ, иногда почти фиолетовый цвѣтъ (рис. № 8 табл. I).

Во всемъ остальномъ, какъ мы уже говорили, различия почти нѣтъ,—почти, потому что при застойной гиперемии мы чаще встречаемъ отечность всего Col. sem., тогда какъ при первой формѣ чаще отечность только основанія.

Отечный Col. sem. напоминаетъ тогда отечный «ulcerum». Какъ первый, такъ и второй видъ мы относимъ къ одной и той же формѣ; почему получается различіе въ цвѣтѣ и стоитъ ли выдѣлять эту форму, мы скажемъ потомъ.

Къ подгруппѣ А, мы отнесли 304 случая, что составило 68% всѣхъ случаевъ Colliculitis superfl.

Мы назовемъ эту подгруппу Colliculitis hyperaemia.

Т А Б Л И Ц А V.

Примеры эндоскопических исследований, характеризующих изменение эпителия Col. sem.

№ по порядку.	День исследования.	№ табл.	Формы болезни.	Виды Col. sem.	ИЗМЕНЕНИЯ.							
					Uthr. mass.	Duct. ej-rup.	Слиз. за Col. sem. и Clivi Col. sem.	P. prost. вообще.	P. memb.	P. bulb.	P. pend.	
1	7/XI 08	25	E — вь.	Занимает весь просвет, ярко-красного цвета. Слиз местами блестяща, местами тускла, шероховатыми местами видна отслойка эпителия. Прикосновение тампона вызывает проточенно или самого Col. sem. Чувств. значительная.	Не видны.	Не видны.	За Col. — слиз. резко различа, из-за неравномерности.	Рыхлость.	На бок. стенок стеньг своеобраз. образон, длина до 1/2 см. и толщ. до 1 мм.			
2	20/IV 12	23	O — вь.	Занимает весь просвет пушисто-красного цвета. Слиз, местами гадкая и блестяща, местами тускла и шероховата. При прикосновении периодически кровоточит. Слиз у оснований отечность, вь видѣ отслаивающ. зернышек. При прикосновении болевой вспрыскивает.	Заст. вь видѣ густоблагого отложения на верхушках.	Не видны.	Слиз. резко гиперемизирована и разрыхлена; все время залпает кровью.	Рыхлость.				
3	22/IV 09	23	A — ский.	Занимает весь просвет, темно-красного цвета. Слиз, неравномерно блестяща, местами шероховата. Кровоточит при малейшем прикосновении. Рвная чувствительности.	Вь видѣ малозельной пленки.	Не видны.	За Col. — слиз. рыхла, поперитат грахомолодобными зернами.	Рыхлость.			Очаги инф.	Тверд. инф.
4	12/II 12	23	M — вь.	Занимает весь просвет темно-красного цвета, слиз. на болянем протяжении шероховата, кровоточит. Чувств. значительная.	Щель съ вывороченными губами.	Не видны.	Рыхлость.	Рыхлость.	Смѣшан. инф., переходящая вь тверд.	Тверд. инф.	Тверд. инф.	
5	26/II 11	23	B — вь.	Не выщипается на 1/2 вь просвете темно-красного цвета, местами блестящ. слиз. ослунитъ, далая эрозия, сильно кровоточит и рвано чувствительна.	Не видны.	Не видны.	Рыхлость Clivi.	Сильное набухание.		Тверд. инф.		

B. — Colliculitis desquamativa.

Мѣстами увеличенное кровополненіе, мѣстами сдвигеніе сосудовъ воспаит. инфильтратомъ нарушаетъ питаніе эпителиальнаго покрова, а въ первомъ случаѣ и увеличиваетъ образованіе новыхъ кѣтокъ; все это нарушаетъ прежнюю гармонию, прежнее взаимоотношеніе эпителиальныхъ кѣтокъ слизистой Col. sem., и наступаютъ измѣненія, примѣрами которыхъ можетъ служить таблица В.

Здѣсь мы снова видимъ увеличенный Col. sem., цвѣтъ его продолжаетъ быть краснымъ со всѣми его отблесками отъ темнаго до свѣтлаго цвѣта.

Характерною чертою является измѣненіе блеска эпителиальнаго покрова: то онъ мѣстами кажется тусклымъ, матовымъ, то мѣстами напоминаетъ какъ бы шагреневую кожу; всмотрѣвшись внимательно, можно иногда замѣтить здѣсь шелушеніе эпителия; иногда видна даже обнаженная отъ эпителиальнаго слоя поверхность, какъ бы эрозія.

Если сравнимъ мѣсто, гдѣ эпителий измѣненъ, съ нормальнымъ, то замѣтимъ въ первомъ случаѣ и слабый свѣтовой рефлексъ.

Кровотеченіе при этой формѣ бываетъ еще сильнѣе, чѣмъ при первой, причемъ начинаетъ кровоточить и самъ Col. sem. даже при осторожномъ прикосновеніи ватнымъ тампономъ.

Внимательный осмотръ указываетъ и мѣсто кровоточенія — а именно тамъ, гдѣ есть шелушеніе эпителия.

Чувствительность къ прикосновенію остается повышенной: эпителий слушивается, видимо, обнажаются интер-эпителиальные нервные нити и прикосновеніе тампона непосредственно можетъ передаваться нервнымъ окончаніямъ.

Отверстій сѣмянвыбрасывающихъ протоковъ не видно; utr. masc. иногда не различимъ, особенно если онъ является въ видѣ маленькаго круглаго отверстия.

Къ этой подгруппѣ мы отнесли 100 случаевъ, т. е. немного больше 22% всей I группы, и назвали ее въ слѣдствіе шелушенія эпителия Colliculitis desquamativa.

C. — Colliculitis granulosa.

Процессъ, постепенно прогрессируя дальнѣе, не ограничивается измѣненіемъ подслизист. слоя въ смыслѣ набуханія и шелушенія его, а начинаетъ раздражать соединит. ткань слизистой и слизистая, пропитанная инфилтративными элементами, реагируетъ

Т А Б Л И Ц А С.

Примѣры эндоскопическихъ изслѣдованій съ начальной формой грануляционныхъ измѣненій на Col. sem.

№ по картк.	Дневъ изслѣдованія	Фамилія больного.	Видъ Col. sem.		ИЗМѢНЕНІЯ.							
			Utr. masc.	Не видно.	Цвѣтъ.	Слиз. ан Col. sem. и Cliv. Col. sem.	Р. prost. вооруж.	Р. memb. bulb. penid.	Р. Р.	Р. Р.		
1	16 и 09	В-во.	Значительн. весь прорѣзъ стѣны узко широкимъ, желтымъ глянц. блескомъ. На передней стѣнѣ видны группы грануляцій, слабовыступающихъ надъ поверхностью слизистой. Въ задней стѣнѣ возвышеній и значительнаго большаго десцивн. слоя у вершины. Кровоточитъ. Узко кругот.	Не видно.	Не видно.	Розово шир.	Гладкая кровот.	Гладкая кровот.	Гладкая кровот.	Гладкая кровот.	Гладкая кровот.	Гладкая кровот.
2	24 и 08	М-во.	Узловат. Гиперемія; на передн. стѣнѣ разбросаны оглазныя, желтоват. грануляціи, на задн. стѣнѣ образуются сплошь кровоточашій чувствит.	»	»	»	»	»	»	»	»	»
3	20 и 08	К-во.	Значительн. весь прорѣзъ стѣны блѣдно-желтоват. сѣтчат. слѣды отека при основаніи. На задн. стѣнѣ на блѣднотомъ фонѣ видны желт. грануляціи образованія.	»	»	»	»	»	»	»	»	»
4	4 и 10	Т-во.	Узловат. слиз. платообраз. у основ. желт. грануляціи, образ.	»	»	»	»	»	»	»	»	»
5	24 и 10	Ш-во.	Узловат. слиз. слѣды на передн. стѣнѣ слизист. грануляціи, образ.	»	»	»	»	»	»	»	»	»

увеличением, разрастанием новой соединит. ткани вокруг новообразованных сосудов, в результате чего на поверхности слизистой появляются более или менее красные точкообразные возвышения—грануляции, образующие начальную грануляционную форму Col. sem.—Colliculitis granulosa. См. табл. С.

Как и в описанных раньше формах, здесь мы встречаемся с увеличенным с/м, буг., окрашенным в красный цвет, от темного до светло-розового, но на фоне основного цвета мы различаем маленькия возвышения, иногда ярко, иногда темно-красного цвета—грануляции.

Возвышения сидят то одиночно, то группами, то больше, то меньше возвышаясь над поверхностью слизистой. Излюбленным местом их служат либо передний, либо задний скат Col. sem.

Иногда грануляции покрывают всю поверхность Col. sem., придавая ему вид «малины».

Протирание поля зрелия, прикосновение тампончика к грануляциям вызывает кровотечение.

Чувствительность резко повышена.

Такого рода изменения Col. sem. нам удалось наблюдать только в 19 случаях, т. е. около 4,2% всех случаев 1-ой группы.

D.—Colliculitis superf. ulcero-granulosa.

Если грануляционный процесс прогрессирует, занимая все большую и большую поверхность Col. sem., если вследствие интенсивности воспалительного процесса наступает усиленное шелушение эпителиального покрова, обнажающее подэпителиальную ткань, если инфильтрат, постепенно увеличиваясь, а местами даже организуясь в рубцовую ткань, сдавливает кровеносные сосуды, образуя милаиричные некротические гнизда (возможность подобного явления доказана описанными выше микроскопическими исследованиями F i n g e r'a), то передь нами будет та форма патологических изменений на Col. sem., примеры которых мы постараемся представить на следующей таблице D, которую, правда, сь некоторой натяжкой, можно назвать Colliculitis ulcero-granulosa.

Мы видим, что Col. sem. продолжает еще оставаться увеличенным, заволапя иногда почти весь просвет № 27 (рис. 12 табл. Г), но контуры его значительно мьняются: вместо ровных линий мы видим фестончатая, зигзагообразная вследствие имеющих на поверхности Col. sem. углублений и возвышений.

Углубления представляются иногда в видь осадин, эрозий; иногда вследствие нарушения целостности более глубоких слоев слизистой, образуются как бы язвочки, сь кровотокащими дном; иногда поверхность на большем или меньшем протяжении кажется как бы взрытой вследствие образования подобных язвочек; иногда между углублениями имеются группы грануляций, в видь кровотокащих большей или меньшей величины возвышений. В этом случае за счет грануляций может углубиться дно различных дефектов на поверхности Col. sem. и образоваться бугристая поверхность.

Цвет слизистой от пунцово до сине-красного. Световой рефлекс большей частью слабо выражен.

Во всему этому нужно прибавить трудность исследования вследствие сильного кровотечения: Col. sem. представляет губку, которая отделяет капли крови при малейшем прикосновении к нему тампончика, или движении трубки, благодаря чему сплошь и рядом сеемся исследование приходится прекращать, ограничив его осмотром передней поверхности Col. sem.

Часто Ultr. macs. трудно бывает увидеть сь первого раза, а про отверстия сьмыывр. протоков и говорить нечего.

Чувствительность кь прикосновению продолжает и здесь оставаться повышенной.

Намь встретилась эта форма в 122 случаях, т. е. в 5,3% всех случаев 1-ой группы.

Разматривая вышеописанная эндоскопич. картины заболевания Col. sem., отнесенная нами кь хронич. язвочкам инфильтр., и находя общия характерныя черты, мы для выделенных подгрупп, можем подметить и отличительныя, имеющие значение в дель дифференциальной диагностики этих заболеваний.

Для краткости при обобщенной жизни мы назвали изменения первой группы—Colliculitis chr. superficialis, желая словом «superficialis» показать, что вь данном случае процесс гниздится главным образом вь слизистой, не отриная, конечно, и вь некоторых случаях проникновения его вь глубину; но последнее обстоятельство при этих формах не даеть заметных глазу изменений.

Общия черты, мы повторим их, будут следующие:

- 1) Значительное увеличение Col. sem.
- 2) Повышенная чувствительность, определяемая прикосновением ватного тампона кь Col. sem.

Дифференциальные признаки 1-ой группы.

Примѣры эндоскопическихъ изслѣдованій, характеризующихъ грануляціонно-язвенную форму заболѣванія Col. sem.

№ по порядку.	Дата изслѣдованія.	№ табака.	Фамилія болѣзнаго.	Видъ Col. sem.	ИЗМѢНЕНІЯ.						
					Uthg. masc.	Duct. ej-rum.	Связ. за Col. sem. и Слѣв. Col. sem.	Р. prost. вообще.	Р. memb.	Р. bulb.	Р. pond.
1	19/IV 08	23	Р—тѣ.	Занимаетъ весь просвѣтъ. Контуры его дѣлаютъ на верхушкѣ издѣиванныя, почти равныя высотѣ Col. sem., выступя, расположенныя болѣе справа. На поверхности мѣстами имѣются какъ бы повышенія, мѣстами между ними имѣются углубленія, проникающія въ толщю слизистой, зѣнит, покровитъ, отсутствуетъ, давая впечатлѣніе эрозій и даже лѣвочекъ. При прикосновеніи, вызывающае рѣзкую болѣзненность, вся слизистая кровоточитъ какъ губка. Вся поверхность, передняя и боковая кажутся какъ бы члѣвочными наростами. Общій цвѣтъ синюшный.	Сейчасъ же подъ выступомъ виденъ синій Uthg. masc.	Не видны.	Рѣзкая рыхлость.	Рыхлость.		Очаги инфл.	тверд. дѣлр.
				Табл. I, рис. 10.							

2	6/X 08	23	С—вѣ.	Едва выщипается въ просвѣтъ, неправильной формы, контуры фестончатыя, вследствие того, что вся поверхность какъ бы изъѣдена, прорыта; мѣстами имѣются грануляціи, придающія поверхности бугристый видъ. Слизистая рѣзко кровоточитъ, пуноокраснаго цвѣта. Чувствит.	Не видно.	Не видны	Рыхлость.	Рыхлость.		Очаги тверд. инф.
				Табл. I, рис. 11.						
3	11/IX 10	27	К—стѣ.	Занимаетъ просвѣтъ, контуры фестончатыя. Слиз. синевато-краснаго цвѣта, прорыта мѣстами бугристая. Сильно кровоточитъ. Чувств.	Въ видѣ едва замѣтнаго круглаго отверстія.	Не видны				Сѣкш. инф.
				Табл. I, рис. 12.						
4	11/X 08	28	К—чѣ.	Увеличилось, остроколючной формы; слизистая синевато-краснаго цвѣта, въ близости ея имѣются грануляціи, придающія бороздчатый видъ, мѣстами слизистая слизима выщипана, виднаго покрыва, мѣстами имѣются болѣе ружбачныя наросты, мѣстами слизистая, какъ бы язвенная малой величины, сильно кровоточащая поверхность. Чувствит. значительно.	Не видно.	Не видны	Рыхлость.	Рыхлость.		Круг. инф.
5	18/IX 08	28	И—вѣ.	Не имѣется въ просвѣтъ, контуры фестончатыя вследствие углубленій, чередующихся мѣстами съ грануляціями. Значительное кровоточеніе и чувствительность.	Не видно.	Не видны	Рыхлость.	Рыхлость.		Тверд. инф.

3) Трудность определить в некоторых случаях отвергеті Uthg. masc. и невозможность во всех случаях найти отвергеті сѣмьявыбрасывающих протоковъ.

4) Гиперемія, отечность, рыхлость, кровоточивость основанія, сліви и окружающихъ частей.

5) Цвѣтъ слизистой съ различными варіаціями отъ свѣтло-пунцово-краснаго до застоино-сине-краснаго.

Прежде, чѣмъ перейти къ дифференціаціи каждой подгруппы, мы скажемъ нѣсколько словъ относительно застойныхъ collicitit'овъ.

Хотя въ группѣ А₂ мы и привели отдѣльно примѣры послѣднихъ измѣненій, однако, въ дальнѣйшемъ разборѣ и при вычисленияхъ — мы соединили ихъ съ воспалительными колликулитами, и вотъ почему:

1) Чистыхъ, застойныхъ колликулитовъ, гдѣ бы микроскопъ опредѣлялъ только стазъ венозной крови, наврядъ ли можно наблюдать: эти случаи должны быть острыми, наоборотъ, колликулиты развиваются постепенно, хронически и продолжительное время, видимо, не беспокоятъ больныхъ.

Въ теченіе этого времени ткань Col. sem., сопротивляемость которой, естественно, должна быть ослаблена въ слѣдствіе ненормальнаго кровообращенія, можетъ уже носить въ себѣ слѣды воспалительныхъ явленій, хотя бы отъ химическаго а, иногда, и механическаго раздраженія солями мочи. Слѣд., застойная форма является уже смѣшанной съ воспалительнымъ процесомъ.

2) Около 60% застойныхъ колликулитовъ, выдѣленныхъ нами, были слѣдствіемъ трипершаго пораженія канала, слѣд., предствляя воспалит. явленія.

Въ подгруппахъ В (№ 3, 4, 5), мы видимъ явленія слущиванія эпителиальнаго покрова какъ при гиперемизированныхъ такъ и при застойныхъ колликулитахъ; дальше, наблюдаемъ мы въ С (№ 4) грануляціонныя измѣненія, въ D (4, 5) явственно-грануляціон., застойный цвѣтъ можно встрѣтить во всехъ подгруппахъ съ мягкой инфилтраціей.

При выдѣленіи застойныхъ колликулитовъ, намъ пришлось бы вводить это дѣленіе во всѣ группы, а это не имѣетъ практическаго значенія.

3) Если бы намъ пришлось встрѣтить застойные колликулиты безъ воспалит. явленій, то, какъ мы знаемъ, и тамъ съ теченіемъ времени гистологическія измѣненія сводятся къ инду-

раціи, т. е. разрастанію соедин. ткани (Подвысоцкій, Репревъ и др.), слѣд., подобные колликулиты носили бы въ себѣ зачатки молодой, а послѣдствій плотной соединит. ткани, той самой ткани, которая имѣется въ воспалительныхъ колликулитахъ, и представляли бы изъ себя аналогичныя формы, переходящія къ твердой инфилтраціи.

Намъ кажется, что при большинствѣ застойныхъ колликулитовъ безъ измѣненія покрововъ имѣется воспалительный процессъ, маскируемый вѣчнымъ застоємъ.

Является ли послѣдній вслѣдствіе сдавленія, какого бы то ни было характера, близлежащихъ или отдаленныхъ сосудовъ, или же причина кроется въ слабости мускулатуры слиз. р. prost., не имѣющей достаточной силы удалить то количество венозной крови, избытокъ которой постоянно имѣется въ послѣ-эрекціонномъ періодѣ или какаія-нибудь другія причины, мы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не можемъ сказать. Однако, вторая причина наиболѣе вѣроятна, такъ какъ путемъ эндоскопа можетъ быть прослѣжено то обстоятельство, что въ день послѣ coitus'a, поллюціи и даже эректіи въ слизистой задней части канала всегда почти имѣется застой крови, какъ объ этомъ мы будемъ говорить въ отдѣлѣ этиологіи.

На основаніи этого мы и соединили застойную форму съ воспалит., назвавъ ихъ Collic. hyperaemica.

1) Эта форма отличается отъ другихъ измѣненій Col. sem. гладкостью, влажностью и блескомъ эпителиальнаго покрова безъ замѣтнаго кровотеченія изъ слизистой самого Col. sem.

2) Шелушеніе эпителия слизистой Col. sem. дѣлаетъ ее матовой, шероховатой, мѣстами даетъ впечатлѣніе эрозій, прикосновеніе къ этимъ мѣстамъ вызываетъ кровотеченіе; все это характерно для подгруппы В.—Colliculitits desquamativa.

3) Мелкія точкообразныя кровоточивыя возвышенія отличаютъ С.—Colliculitits granulosa.

4) Наконецъ, бугристость слизистой, чередующаяся съ изрытостью ея, дающая впечатлѣніе явственно направленныхъ поверхностей, рѣзкая кровоточивость всей поверхности слизистой Col. sem., даютъ возможность отличать подгруппу D—Colliculitits ulcero-granulosa.

Т А Б Л И Ц А Е.

Примѣры эндоскопическихъ изслѣдованій, характеризующихъ поврежденіе Col. sem. въ видѣ твердой инфильтраціи.

№ изслѣдованія.	Дата эндоскопич.	№ тубе.	Фамилія болѣлаго.	Видъ Col. sem.	ИЗМѢНЕНІЯ.						
					Uthr. mass	Duct. ej-ram.	Слиз. за Col. sem. и Clivi Col. sem.	P. prost. вообще.	P. memb.	P. bulb.	P. pend.
1	20/у 08	23	Я—вз.	Занимаетъ весь просвѣтъ, съ круглообразной верхушкой; контуры его фесточнаты вследствие образования на поверхности прозрачныхъ непрозрачно круглыхъ зеренъ. Слиз. желто-розоваго цвѣта, блестящая. На передней поверхности хорошо различима сосудистая сеть. Чувств.; не кровоточитъ. Табл. I, рис. 14.	Не видны.	Не видны.	Слиз. оточна.	Блѣзна.			
2	24/у 12	25	Х—вз.	Не вмѣщается въ просвѣтъ, блѣдно-желтовато-розовато цвѣта. Слиз. блестяща, блже къ основанію видны около 10—12 щелеобразныхъ отверстій съ длиннымъ, неровнодуговымъ къ основанію. Отверстія окружены блѣдыми яичниками. Чувств.; не кровоточитъ.	Зияютъ въ видѣ овальной щели.	Видны по бокамъ.	Слиз. верхн. и соепоп. стѣн. за Col. sem. сильно утолщена въ верхней части до горошины ширины; зерн.	Легкая гиперемія	Слиз. тусклая.	Тверд. инф.	
3	19/у 12	23	Т—шт.	Видоветъ въ видѣ плотной опухоли; задній скатъ ея отогнутъ, отчего Col. sem. кажется увеличеннымъ въ длину. Слиз. блѣдно-желтаго цвѣта, матовая, суховатая. Не кровоточитъ, слегка чувствительна.	Не видно.	Лѣвый виденъ въ видѣ щели.	Зияютъ прот. просвѣ. за Col. sem.	Слизистая сухая, блѣдная.	Рубецъ отъ операци		
4	1/у 12	23	П—ко.	Занимаетъ 3/4 просвѣта остроконовчатой формы; плотный, блѣдно-желтаго цвѣта, слиз. суховатая. Основаніе резко выступаюаго цвѣта, набухши, отечно; не кровоточитъ; чувств. значительна.	Въ видѣ небольшого тощкообразнаго отверстія	Не видны.	Clivus въ видѣ двухъ надбухшихъ резко выступающихъ складокъ.				
5	4/ш 12	23	Е—вз.	Занимаетъ 3/4 просвѣта блѣдно-желто-розоваго цвѣта, слиз. блестящая, резко утолщена. Чувств.; Col. sem.	Не видно.	Лѣвый въ видѣ ямки.	Ва. Col. блѣд. отеч. утолщ. трахомо-подобными зернами.	Слегка кровох.	Тверд. инф.	Тверд. инф.	

2-ая группа — Colliculitis interstitialis.

Воспалительный инфильтрат, совершая свой путь, переходит из одной формы в другую: мелко-кругло-клеточные элементы меняют свой вид, постепенно превращаясь в веретенообразные клетки, последние теряют свои ядра и переходят в рубцовую ткань.

Процесс этот не ограничивается слизистой, а проникает в глубь в строму, как доказал Finger микроскопическими исследованиями на трубах.

Поэтому возможно дать этой форме название Collicul. interstitialis.

Всего у нас зарегистрировано 161 случай, т. е. около 24,5%.

По внешним изменениям, наблюдаемым в уретроскопе, эту группу мы также можем разделить на подгруппы.

E.—Colliculitis interst. hypertrophica.

Col. sem. (См. табл. E.) продолжает еще быть увеличенным, но часто увеличение не ограничивается высотой и шириной, но простирается также и в длину: тот крутой задний скат, который бывает нормально и при Colliculitis supert., здесь часто исчезает и становится более отлогим за счет уменьшения fossulae prost.

Консистенция его значительно плотнее раньше описанного.

Это — та форма, когда трубка или буж дойдя до Col. sem. упирается, и требуется уловка, чтобы пройти за него, причем получается характерное перескакивание, особенно отмечаемое при бужирован.

Когда осматривают Col. sem. спереди, то при этой форме из-поднятого края трубки или бужа, выходящая как плотная, совершенно не сдавливаемая опухоль, заполняющая просвет трубки, так что по величине и консистенции Col. sem. вполне можно назвать этот процесс Collicul. interstitialis hypertrophica.

Эпителиальный покров еще блестящий и гладкий, хотя встречается и сухой; слизистая иногда представляется налитой то только у основания, то и на поверхности его.

Контуры становятся фестончатыми вследствие имеющихся на поверхности неправильно или правильно круглых прозрачных пузырьков величиной от макового зерна до чечевичного, а иногда и больше; возможно вследствие отагового скопления серозной жидкости под эпителиальными слоями.

Слизистая Col. sem. никогда не кровоточит; если и отмечается кровотечение, то источником его бывает либо осовоание, либо окружающая слизистая, иногда на переднем скате ближе к основанию можно увидеть протоки желез (d. prost.), расположенные группами, в вид желел, перпендикулярных к основанию; желел могут быть окружены твердым инфильтратом. В случае присутствия желел, при осмотре получается впечатление некоторой мраморности; только внимательный осмотр убеждает, что здесь имеются открытые выходные устья железок.

Чувствительность иногда повышена.

Отверстия Uthr. mase. обычно видны и нередко видны отверстия ссымаибрасывающих протоков, особенно после некоторого лечения.

Эта форма встретила нас в 134 случаях, что составляет почти 80% всех случаев второй группы.

Иногда, видимо, внешние раздражители неравномерно действуют на поверхность Col. sem.: в одном месте сильнее, в другом слабее; в результате чего являются отдельные участки с большей пролиферацией эпителиального покрова, по являются своего рода омовольные фокусы, т. е. эпителии их согласно исследования Finger'a и Oberlander'a подвергается роговому перерождению; появляются на слизистой эпителиальная наслоени — пахидермическя изменения его. (См. табл. F).

Величина Col. sem. может быть увеличенной или не увеличенной. Цвель и общий вид его иногда ничем не отличается от только что описанной формы; различа лишь в том, что на поверхности его имеются возвышения, то едва заметны, то иногда резко бросающиеся в глаза.

Они мало отличаются по цвель от прочей слизистой оболочки, иногда же выдаются в более бльватый цвель.

На прикосновение вагного тампона они не реагируют кровотоением; при попытке удалить возвышение инструментом убеждаемся, что оно плотно связано с эпителиальной поверхностью.

Носпаит. процесс, сопровождающийся подобным изменением, может быть назван Colliculitis pachydermica.

Таких изменений нашлось у нас 18, т. е. 11% всех случаев этой группы.

Т А Б Л И Ц А Г.

Примеры эндоскопических исследований с эпителиальными наслоениями на Col. sem.

№ по порядку	Удивительный	Фактически	Вид Col. sem.	И з м ѣ н е н и я.			
				Утвр. масс. еф-рум.	Сам. за Col. sem. и Clivi Col. sem.	Р. прокл. в Clivi вообще.	Р. Р. P. membr. bulb. pend.
1	3/II 27 12	Длина до 1/2 см.	Вид Col. sem. Замечает, жел. просветл. концы его ровны, на верхушке наиболее увеличенной с просветом зерно, расположенное как раз над увеличенной частью. Дельта его острый, с обильными желтыми сланистами. Сланцеста, как и налета. Col. прокладывает эпителиальное набухание. Рубца.	В вид вк. просветл. концы его ровны, на верхушке наиболее увеличенной с просветом зерно, расположенное как раз над увеличенной частью. Дельта его острый, с обильными желтыми сланистами. Сланцеста, как и налета. Col. прокладывает эпителиальное набухание. Рубца.	Дельта. Правый Col. sem. и Clivi Col. sem.	Р. Р. P. membr. bulb. pend.	Р. Р. P. membr. bulb. pend.
2	26/II 23 0—опл. 08	Длина до 1/2 см.	Замечает, почти весь просвет, просветл. концы его ровны, на верхушке наиболее увеличенной с просветом зерно, но дельта не отличается от общего фона.	В вид опаловой массы.	Р. Р. P. membr. bulb. pend.	Р. Р. P. membr. bulb. pend.	
3	21/II 23	Р—ва.	Замечает, почти весь просвет, просветл. концы его ровны, на верхушке наиболее увеличенной с просветом зерно, но дельта не отличается от общего фона. Col. sem.	Поразительно большое количество сланист. просветл. концы его ровны, на верхушке наиболее увеличенной с просветом зерно, но дельта не отличается от общего фона. Col. sem.	Р. Р. P. membr. bulb. pend.	Р. Р. P. membr. bulb. pend.	

Иногда более сильное местное раздражение вызывает и б.—Colliculitis и в строме Col. sem.; может случиться, что не в хрру энергичное инструментальное лечение травмирует глубоко лежащую ткань, в результате чего возможно появление ограниченного твердого инфильтрата или рубца. (См. табл. G).

Мы видим тот же увеличенный Col. sem., с тем же желтоватым дельтом, без признаков кровотока слизистой его, но зато на фоне ее почти всегда резко выделяются бледноватого цвета различной величины и формы полосы—рубцы.

Рубцы во всех наших случаях находились на передней поверхности Col. sem.; это позволяет нам думать, что возникновение их могло быть в связи с травмой инструментами.

Ограниченный фокус твердого инфильтрата позволяет говорить о Collicul. interst. circumscripta.

Подобная форма была у нас в 9 случаях, т. е. около 50%. Чтобы покончить с этой группой, мы считаем нужным сказать о своеобразной форме зарисованного Col. sem. (см. таб. I рис. 17).

Нам кажется, что этот Col. принадлежал к тем типам, у которых отверстия сфинктеросводяющих протоков помпашается сбоку; вследствие возможного зарубцевания дельта отверстия и скопления сгустившейся спермы образовались кистовидные выпячивания в сторону.

Случай этот не наш, и мы можем только делать предположения без того, чтобы подтвердить их более существенными объективными данными.

По характеру первой группы мы делаем общую характеристику Colliculitis interst. prof.:

- 1) Col. sem. увеличен, плотной консистенции;
- 2) Дельта его бледно-желтый либо бледно-красно-желтый;
- 3) Чувствительность его чаще повышена;
- 4) Кровоточит только окружающая слизистая;
- 5) Отверстия отчасти видны (см. дальше).

Colliculitis interst. hypertr. отличается гладкостью эпителиального покрова; если и встречаются возвышения, то обычно они в вид прозрачных оедематозных пузырьков, тогда как при Colliculitis pachydermatis возвышения, мало отличающиеся по цвету от слизистой Col. sem., не прозрачны и плотны.

Дифференциальные признаки 2-ой группы.

Примеры эндоскопических исследований с рубцами на поверхности Col. sem.

№ по порядку.	Лев. эндоскопия.	№ фото.	Формы рубцов в болячке.	Виды Col. sem.	И з м е н е н и я.				
					Убр. масс.	Duct. e)rum.	Сам. из Col. sem. и Clivi Col. sem.	P. prost. вообще.	P. memb. barb. pend.
1	12/х 08	25	П—н.	Замечать весь проситый, выходя из него в виде плотной, непрозрачной струйки, бледно-желтого цвета, суживающейся к концу. Вследствие этого в задней половине соскапливается воздух; справа по передней поверхности сперва нитя в дуги, блоната сферической формы плоская, 100% 1, рас. 14.	Не выдушка. Не выдушка. Не выдушка.	Сам. из Clivi почти фоб. дуга.	Р. prost.	Р. memb. barb. pend.	Р. Arguro-sis. Ureth. gland.
2	27/х 05	26	П—ов.	Не выдушка из проситки, блон-но-желтого цвета, поперек него проситки дуги блонаты, пятка бо-реда, рудыния Col. на 3 часа.	Не выду.	Сам. clivi блоната, почти фоб. дуга.			
3	2/х 09	23	Ф—н.	Блжно-желтого цвета, на перед-доку старт. блонатый рубчик, П. желтоватость поперек.	Не выду.	Блжно.			Терра-пиф.
4	30/х 09	25	К—н.	Умаленый, блжно-желтого цвета, атонич. Справа приращив из стнбн выдушка.	Не выду.				
5	16/х 10	26	Р—н.	Замечать проситку у основания на передоку. старт рудыния по-верхности.	Знот.		Гапером.	Ситамп. пиф.	

Третья подгруппа—*Colliculitis circumscripta*— характеризуется присутствием рубцов, выдающихся своим более блдным цветом на фоне слизистой остальной части Col. sem.

3-ья группа—*Colliculitis mixta*.

Иногда Col. sem. по своему наружному виду может быть причислен к 1-ой группе, иногда ко второй, иногда даже, кажется, как будто и нормальный, тем не менее, нельзя его отнести ни к выше описанным двум группам, ни считать его за здоровый, так как на поверхности его имеются своеобразные разрастания, напоминающие собой те бородавочки, то пузырьки, то мулники, то мулники с содержимым (последние рзко бросаются в глаза благодаря разнице в окраске их и слизистой Col. sem.). Эти то своеобразия напоминают на Col. sem., указывающая на патологические процессы в сйм. буг., мы и отнесли к 3-ей групп. Число их=55, т. е. около 8% всех заболываний. Назовем эту группу ситивной формой—*Colliculitis mixta*.

На табл. II мы встречаемся в двух случаях с гиперемиче-Н.—*Colliculic*ской формой колликулита и в двух с интерстициальной. *Halitis cystosa*. формы слизистой рзко выдвигаются как-то полусферической формы образования, напоминающие собой пузырьки иногда с густым содержимым; мы не ошибемся, если сравним их с теми блыми или желтоватыми пузырьками, которые часто встречаются на кожн лица и представляют из себя закупоренные жирои салыны железы—при *Seborhea faciei*. Содержимое пузырьков также мутно, производящее впечатление густоты, блдно-желтого цвета; благодаря чему пузырьки заметны с первого взгляда.

Часто пузырьки слабо наполнены содержимым, отчего кажутся дрыбными (в первом случае можно было легко сдвинуть зондом, придав им сплюсненную форму). Величина их колебалась от величины булавочной головки до величины конюшанного зерна. Стенки их иногда были толсты и требовали внимательства ножа (№ 1), иногда втжны и поддавались соскабливанию вюреткой. Содержимое их мутно; к сожалению, не было исследовано. Но обобщенное дно их казалось сферическим углублением. Налобленным местом их была передняя стая

Примеры эндоспориальных исследований с истинными образованиями на Col. sem.

Личинка	Вид Col. sem.	ИЗМЕНЕНИЯ			
		Uthr. mass.	Duct. ej. rum.	Слиз. на Col. sem. и Clivi Col. sem.	P. prest. вобочн.
1	Глук. 3-12	Во влагалище много оторосля с диаметром более 1 мм.	Не видны.	За Col. видны, но приотспавать.	Рыхлость.
2	15х 25х 08	Замечено, как проследить образование, особенно у основанья. Форма его с заостренной верхушкой, слива с Uthr. m. и впадою валика, образующей формы, резко отличающейся своей глянью желтовато-бурой, цветом от общей окрашенности Col. sem. При исследовании дождь оно представляется вытолканным слабо надрывающим, вытолканным валиком тождество. Второе подобие, образование с двумя ступями поперечном основании. Слиз. какалия, блестящая. Второе в то же время, легко сдвигать. Чрезвычайно.	Не видны.	Славо кровотоцит.	Терр. Urech. инф. gland.

*) Примечание. Этот случай не вошел в общее число исследований, г. е. пришлось наблюдать его позднее.

Col. sem. Эти пузырьки, возможно, являются результатом поражения уретральных желез (по Рауберу), которая имбюется на передней поверхности Col. sem.; усиленная продукция их, при облатерации выходного отверстия, и есть начало пузыря, или маделевой кисти, каковыя были наблюдаемы Oberlander'ом и другими в слизистой канала. Содержимое их — коллоидное вещество.

Всего встрѣилось намъ 0,5%. Мы называемъ эту форму Colliculitis cystosa.

На табл. I мы видимъ Col. sem. то увеличимъ, то даже уменьшимъ или, по крайней мѣрѣ, нормальнымъ по величинѣ. Дать его то несетъ на себѣ отпечатокъ воспалительной красноты, то цианотиченъ, то бѣденъ.

Эпителальный покровъ то влажный и блестящій, то блестяе его уменьшенъ.

Приспособленіе чувствительно. Кровотоцитъ то основаніе, то слабая самаго Col. sem.

Внимательный осмотръ очень часто на мѣстѣ кровотоцитъ опредѣляетъ на слизистой Col. sem. небольшое возвышеніе.

Низъ этого не слѣдуетъ, что кровотоцитъ слизистой Col. sem. есть признакъ присутствія подобнаго возвышенія, или наоборотъ, каждое возвышеніе должно сопровождаться кровотоцитомъ.

Если мы при помощи Kollmann'овскаго головчаткаго зонда попытаемся прикоснуться къ нему, то мы убѣдимся, что оно плотно спаяно съ поверхностью Col. sem., иногда, осторожно ощущая его можно замѣтить, что это возвышеніе имѣетъ видъ небольшого нароста, съ болѣе широкимъ основаніемъ и заостренной верхушкой и что послѣдняя, перегнувшись, лежитъ по плоскости Col. sem.; благодаря чему иногда получается впечатлительный валика или небольшой складочки. Эти возвышенія и наросты есть ничто иное какъ вегетации, «Wucherungen» пѣмскихъ авторовъ. Вмѣсто конической формы эти разрастанія иногда имѣютъ видъ небольшихъ бородавчатыхъ образований.

Вышина ихъ до 5 мм.

Очень широкаго основанія, болѣе 0,5 стп., намъ не удалось встрѣить; обычно 1—2 мм.

Число ихъ различно, иногда на всей поверхности ибюется одно маленькое разрастаніе, иногда они сидятъ группами; на рис. 13 табл. I мы видимъ, что разрастанія покрываю всю верхушку Col. sem., придавъ ему видъ пѣгуннаго гребешка.

Colliculitis vegetativa.

Т А Б Л И Ц А I.

Примеры эндоспических картин с вегетациями на поверхности Col. sem.

№ по порядку.	Дата заготовки.	№ табл.	Фамилия больного.	Видъ Col. sem.	ИЗМѢНЕНИЯ.						
					Uthr. masc.	Duct. ej-rum.	Связ. за Col. sem. и Cliv. Col. sem.	P. prost. вообше.	P. memb.	P. bulb.	P. pend.
1	30/чч 10	23	Л—ций.	Занимаетъ 2/3 просвета. Контуры его бахромчаты, вследствие пальце-видного выступающа съ поверхи. связ. разрастаній. Связ. насмщенно-красн. цвѣта, мало блестяща, влажна. Кровоточ. при прикосновеніи, рѣзкая чувствительность. Табл. I, рис. 13.	Расположенъ въ верхней 1/3 Col. sem. въ видѣ ямки болѣе темнаго цвѣта.	Зияютъ по сторонамъ уthr. наиз. уthr. въ видѣ широкаго щелей.	За Col. замѣ-ются подобн. разрастанія.	Сильная гиперемиа и рых-лость.		Тверд. лиф.	Ureth. gland.
2	17/чч 09	26	К—ико.	Занимаетъ весь просвѣтъ. Слегка гиперемированъ, на переднемъ скатѣ внизу имѣются разрастанія, сидящія отдаленно другъ отъ друга въ видѣ маленькихъ бородавочекъ. При при-косновеніи кровот. Чувств. повышена.	Въ видѣ небольшой ямки.	Не видны.	Прот. прост. за Col. sem. расширены, закупорены гнойными пробками.	Рѣзкая гиперемиа			Ureth. gland.

3	28/чч 12	25	Н—вт.	Занимаетъ 3/4 просвета, связ. сильно застойно-краснаго цвѣта, блестяща, влажна. На переднемъ скатѣ у основа- ния связ. сидятъ разрастанія на широкомъ (до 2 mm.) основанія и съ заостренной верхушкой; высота не болѣе 1 1/2 2 mm. Чувств. не повыш.	Сверху въ видѣ полу-луни.	Двое отнестіе зияютъ съ нославл. припод. ободкомъ.	На Clivus такое же раз-растаніе.	Рыхлость.			
4	14/чч 13	25	Х—вт.	Занимаетъ весь просвѣтъ, связ. насмщенно-краснаго цвѣта, мѣстами шероховата и кровоточитъ. На верхушкѣ справа имѣется длинн. до 2 mm. разрастаніе на широкомъ осно- ванія толщиной до 1 mm., съшироко-пелесъ зияетъ въ видѣ боковой складки. Рѣзкая чувствительность.	Не видны.	Не видны.	Рыхлость Cliv.	Рыхлость.			
5	6/чч 09	26	О—ив.	Занимаетъ просвѣтъ. Связ. си- номального цвѣта, мѣстами блестяща. На переднемъ скатѣ имѣются не- сколько разрастаній, слегка кровоте- чашихъ. Чувствительность повышена.	Не видны.	Не видны.		Рыхлость			

Т А Б Л И Ц А К.

Примѣры эндоскопическихъ картинъ съ полиповидными образованиями на Col. sem.

№ по порядку.	День эндоскопии.	№ табл.	Формы больного.	Видъ Col. sem.	ИЗМѢНЕНИЯ.							
					Uthr. masc.	Duct. ej-rum.	Слиз. за Col. sem. и Clivi Col. sem.	P. prost. посто.	P. memb.	P. bulb.	P. pond.	
1	20/II 11		В—вз.	Вздуты, отечны, на верхушкѣ его имѣются кисть бы добавочная часть, съ водянными контурами; съ лѣвой стороны сверху отъ нея отходитъ полиповидный наростъ, флотирующий при токъ жидкости. Основаніе отечно. Табл. II, рис. 19.			Сфинктеръ в слиз. до Col. sem. отечна, выступаютъ въ видѣ групповид. отечныхъ образ. рис. 19 в.					
2	27/II 11		В—вт.	Неправильной формы съ выступившими 3 полиповидными образованиями, группировка ихъ отъ нихъ доминируетъ кисть руки, пальцы которой сложены кисть бы для благословенія. Основаніе слегка отечно. Табл. II, рис. 20.			Слизистъ въ окружающей отечна.					
3	7/XII 11		К—пз.	Неправильно конусообразной формы съ слегка расширенной верхушкой, съ праваго бока ближе къ основанію флотируетъ полиповидный выступъ; слѣва кисть бы поставленъ въ верхушку флажъ флотирующее длинное и толстое образование вращающимися, перегибается, дѣлаетъ пнччатѣе флажъ. Основаніе отечно.			Слизистая до Col. sem. рѣзко отечна.					

4	7/XII 11		П—вт.	Неправильно округленной формы, съ боковъ имѣются флотирующія полиповидныя образования, въ центрѣ заостренный выступъ. Группировка ихъ дѣлаетъ пнччатѣе головки жука. Отечнось. Табл. II, рис. 22.			Слизистая отечна.					
5			Д—вз.	Неправильно округленной формы, контуры возмущены, справа почти у основанія флотирующее полиповидное образование, подобно же и слѣва на верхушкѣ. Основаніе отечно. Табл. II, рис. 23.			Слиз. отечна.					
6	28/IX 08	25	Д—ко.	Занимаетъ весь просвѣтъ. Конеч. форма спира, имѣется отдѣльнымъ выступъ, выдающий Col. sem. форму расширенной верхушки. Цветъ пнччатѣе красный. Слиз. въ слѣвахъ отечна, вѣстами инт. покровъ малый. При прнхоскованіи рѣзкая кровоточность. Табл. II, рис. 29.	Цѣлѣ въ видѣ щель, расширенной яды.	Но видны.	Рѣзкая кровотоц.					
7	15/VIII 08	25	С—вз.	Занимаетъ 1/2 просвѣта, на верхушкѣ посрединѣ имѣется остроконечный выступъ, второй слѣва въ видѣ едва возвышающагося острого образования. Слиз. отечна, гладка, не кровотоцнѣ. Чувств. Табл. II, рис. 30.	Въ видѣ зѣва, полож. близко къ основанію.	Видны въ перекр. расположен.	Рыхлость восточн.					
8	8/XII 08	20	К—вз.	Занимаетъ почти весь просвѣтъ, дуновидно-краснаго цвѣта, слиз. при прнхоскованіи кровотоцнѣ. На переднемъ скатѣ ближе къ основанію имѣется полиповидный наростъ, перегибавшійся при вытѣриваніи. Слизистымъ, приложенъ къ передній поверх-	Въ видѣ щель овалъмелкой.		Рыхлость.			Открыты лакуны.		

Чаще всего разрастания сидят либо на переднем скате, ближе к основанию, либо на верхушке; на заднем скате нам ни разу не удалось отметить их присутствие.

Так как присутствие разрастаний на *Col. sem.* есть явление ненормальное и, как мы видели выше, продукт воспалительного процесса в этом органе, то эту форму заболевания можно назвать *Colliculitis vegetativa*.

Всего отмечено нами 34 случая, т. е. 67% этой группы.

K—Colliculitis polyposa.

К этой подгруппе мы отнесли все те разрастания на *Col. sem.*, которая по своей величине резко отличаются от только что описанных, причем основание их не соответствует длине; часто получается впечатление, что нарост сидит на тонкой ножке, напоминающей собой полипы, или appendix. (см. табл. K.).

На рис. 34 мы видим подобный appendix, выросший из основания *Col. sem.* и приложенный с помощью зонда к передней стенке.

Иногда на поверхности видны более толстые наросты пальцевидной формы; на рис. 30 мы видим два подобных, из которых один находится на верхушке *Col. sem.*, а второй сбоку основания; на рис. 29 один толстый нарост, находясь слева сбоку, дает впечатление двухвершинного сым. бугорка.

Благодаря любезности Н. С. Перешкина, нам удалось представить здесь несколько случаев полипообразных разрастаний, зарисованных им при ирригационной эндоскопии по Goldschmidt'у на больших в амбулатории Алафузовской городской больницы.

На рис. 19, 20, 21 и 22 мы видим крайне своеобразное расположение разрастаний, придавших *Col. sem.* довольно причудливую форму: напр., рис. 20 напоминает кисть руки, пальцы которой сложены для благословения; 21—курган с воздвигнутым в него флагом и т. д.

На рис. 23, зарисованном нами, мы видим такие же полипообразные наросты, из которых один сидит на верхушке, а другой у основания *Col. sem.*

На основании наших наблюдений видно, что как число вегетаций и полипообразных разрастаний, так и месторасположение их бывает различно: то имеется один полип, то несколько; то они сидят отдельно друг от друга, то сидят группами.

Что касается места их расположения, то у нас наблюдалось следующее: из 17 случаев полипообразных разрастаний, составляющих около 33% этой группы, в 4 случаях полипы разместились по переднему скату у основания *Col. sem.*; в 8-ми располагались на верхушке, в 3-х на переднем скате, иногда сбоку, и в 2-х одновременно у основания и на верхушке *Col. sem.*

След., наиболее любимым местом является верхушка сым. бугорка.

Общее состояние *Col. sem.*, его величина, цвет, чувствительность и степень кровоточности мы не описываем, так как все это аналогично описанному выше, вся разница только в полипообразных разрастаниях, характеризующих *Colliculitis polyposa*.

4—ая *Colliculitis atrophica*.

Наконец мы переходим к последней группе патологических изменений *Col. sem.*—*Colliculitis atrophica*; общее число их составило 2,5%. (См. табл. L.)

Величина *Col. sem.* данной группы меньше $\frac{1}{3}$ просвета № 25 (нормально соответствующей $\frac{1}{3}$), иногда *Col. sem.* едва возвышается над уровнем слизистой задней стенки канала и при поверхностном осмотре сплошь и рядом изследователю проходить, не замечая его; по лучается впечатление отсутствия *Col. sem.*; только контрольные осмотры открывают едва заметную атрофическую форму; цвет его обычно бледный, иногда, серый с желтоватым оттенком, доходящим до грязно-серого.

Слизистая то резко морщиниста и суха, то эпителлиальная покров только тусклым и матовым.

Иногда на поверхности *Col. sem.* можно отметить и рубцовую поверхность (см. рис. 18 Т. I.).

Кровотечений обычно нет. Чувствительность чаще понижена. Отверстия могут быть едва различимы, могут и отсутствовать.

Находя явления *argyrosis'a* на слизистой канала и атрофической, грязно-серого цвета *Col. sem.*, мы склонны были отнести эту форму к аргироизированному атрофич. процессам; здесь следовательно мы встречаемся с двумя явлениями: *argyrosis* и атрофия. Так как последнее является следствием

Примеры эндоскопических картин с атрофич. изменениями на Col. sem.

№ по порядку.	Уровень эндоскопии.	Местоб.	Формы и виды болячек.	Виды Col. sem.	ИЗМЕНЕНИЯ				
					Ulth. mass.	Duct. e) gum.	Лиз. аз. Col. sem. и Chri Col. sem.	P. prost. вообще.	P. membr. bulb.
1	25/хг 60	25	Т—с.	Занимает площадь 1/3 просвета, желтый цвет, гладкий, атрофич. вид, поперечная складка. На верхушке выпячивается поперечная складка, дилатированного цвета поперечная складка. Col. sem. весь плоский.	У шпателя No валики. Валики образуют отверстие.	Слизь в виде тонкой пленочки поперечно складчатая. Слизь, складчатая на поверхности. Col. sem. в виде тонкой пленочки. Слизь, складчатая.	Шпатель.		Ulth. gland.
2	31/хг 60	25	Л—н.	Лосей одна возмужавшая валик слизистой задней стенки Ulth. gland. Слизистая его шероховатая, спростого цвета, желтая грязно-серая; мало хрустелина, но проглотить.	No валики.	Шпатель.	Шпатель.		Аттр. осиз по всему каналу

первого, то мы не выдвигли эту форму (съ argyrosis), а причислили ее к атрофич. Само собой разумеется, что явления argyrosis могут быть выражены и не так резко; в этих случаях мы каждый раз относили их к основной форм. т. е. обращали главное внимание на вышеописанные дифференциальные признаки, и на этом основании причисляли их к той или другой групп.

Так, считаем не лишним привести описание, видимо, на чальной формы с явлениями argyrosis'a, отнесенной нами к Colliculitis desquamativa. (См. рис. 32, таб. II)

Col. sem. неправильной формы, дельта сторона его выше правой, представляется в вид толстого мясистого гребенка. Занимает почти весь просвет. Слизистая его у основания отечна, эпителиальный покров разрыхлен, особенно у основания. Местами здесь наблюдаются эрозии. Справа на переднем крае выделяется спростато-белый пятнышко, нестраеимым нативым тампоном. Слизистая Col. sem. местами, а основание все порозово кровотоচিত.

Въ правой половине различно отверстие Ulth. mass, ограниченное двумя толстыми губами. Чувствит. повышена. Рыхлость partis prostaticae.

Твердые инфильтраты p. bulbosa съ очагами argyrosis, въ пенд сплошь явления argyrosis.

Мы следили отвести спростато-белый пятна къ фокусным отложениям азотно-кислого серебра.

Вышеописанная форма лежит на границе между твердой инфильтрацией и хронич. язвот; т. как имались явления разрыхления эпителия, то мы и отнесли къ desquamativa.

Прежде, чѣмъ покончить съ вопросомъ изменѣній Col. sem. % отношении tota и перейти къ патологии органовъ, заключенныхъ въ нѣ различнѣ стромѣ Col. sem., мы приведемъ % отношение каждого изъ вышнихъ формъ колликулитовъ къ общему числу наблюдений.

1—Группа хроническихъ мягкихъ инфильтратовъ—Colliculitis suppur. chr. 65%:

- 1) Colliculitis hyperaemica 45%
- 2) » » desquamativa 13,5%
- 3) » » granulosa 3%
- 4) » » ulcero-granulosa, 3,5%

2—Группа твердыхъ инф.-Colliculitis interstit. 24,5%:

- 1) Colliculitis interstit. hypertrophica 20%
- 2) Collicul. pachydermica 3,5%
- 3) Collicul. interstit.-circumscrip. 1,5%

3) Группа съ разрастаниями *Colliculitis mixta* 8%₀

- 1) *Collic. cystosa* 0,5%₀
- 2) *Collic. vegetativa* 5%₀
- 3) *Collic. polyposa* 2,5

4) Группа съ атрофич. явлениями—*Collic. atrophica*. 2,5%.

II. Патология *Uthriculi masculini*.

Для удобства мы будем рассматривать вначале патологию наружного отверстия *Uthr. masc.*, а затем перейдем къ заболѣванію самой полости.

Патология. *Uthr. masc.* и некоторые другіе авторы при *Colliculit'ax* отмѣчают воспалительное состояніе окружности отверстия *Uthr. masc.*

Такъ, Oberländer говоритъ, что при мягкой инфильтраціи тканей *Col. sem.* отверстие *Uthr. masc.* часто не видно; если же удастся различить его, то можно отмѣтить сильно и рядомъ набухшія губы его и значительное зиние.

Тоже самое говоритъ и Wossidlo.

Кромѣ того, при твердой инфильтраціи послѣдній авторъ часто видѣть отверстие *Uthr. masc.*, окруженное бахромячатыми и зубчатыми краями, что при ирригационной уретроскопії представлялось обрывками слущивающагося эпителиального покрова и даже кусочковъ слизистой.

Намѣненіе наружнаго вида *Uthr. masc.* при различнаго рода *Colliculit'ax* по нашему мнѣнію, зависитъ, во первыхъ, отъ основной формы его, во вторыхъ, отъ степени пораженія *Col. sem.*

Мы припомнимъ нормальныя отверстия.

- 1) Маленькое круглое отверстие.
- 2) Овальное, либо щелевидное, окруженное губами.
- 3) Большое, поперечно расположенное, треугольное, либо полулуноное.

Само собой разумѣется, что первая форма въ зависимости отъ набуханія слизистой *Col. sem.* гѣмъ рѣже можетъ быть различима, чѣмъ она меньше и чѣмъ сильнѣе воспалительный процессъ.

Вторая форма при различныхъ степеняхъ почти всегда различима, причемъ губы, окружающія отверстие, претерпѣваютъ двойное измѣненіе: либо онѣ набухши и гиперемированы

настолько, что рѣже видѣляются на общемъ фонѣ слизистой и легко могутъ быть замѣчены (см. рис. 3, 4, 32 и 33; Таб. I и II), либо онѣ только набухши и по цвѣту ничѣмъ не отличаются отъ слизистой *Col. sem.*

Контуры ихъ въ этомъ случаѣ очень трудно различить, и по наружному виду часто нужно отнести отверстие къ 1-ой формѣ, тогда какъ дальнѣйшія наблюденія по мѣрѣ узушеніи *Colliculit'a*, указываютъ, что здѣсь имѣлось отверстие 2-ой формы.

Мы приведемъ примѣръ подобнаго *Colliculit'a*, объ обладателѣ котораго намъ придется говорить въ главѣ этиологии.

Эдоскопій 18 Февр. 1912 г. *Col. sem.* не вмѣщается на $\frac{1}{4}$ въ просвѣтъ № 23; ирригационнаго цѣвта, слизистая гладкая, блестящая, влажная основаніе и окружающая слизистая значительно кровоточатъ. На малѣйшее прикосновеніе слѣдующей сильно реагиреть. *Uthr. masc.* различимъ въ верхней половинѣ *Col. sem.* въ видѣ небольшой круглой ямки.

Рыхлость и гиперемія *partis poster; p. anterior.* въ нормѣ.

Послѣ нѣсколькихъ эндотераній *Arg. Nitr.*, когда размѣры буторка уменьшились, чувствительность значительно понизилась, въ верхней половинѣ можно было ясно различить продольное щелевидное отверстие, занимающее всю верхнюю половину, окруженное двумя губами.

Въ данномъ случаѣ имѣлся *Colliculit. hyperaemia* и воспалительная отечность губъ, которая и измѣнила наружный видъ отверстия *Uthr. masc.*

Отверстіе 3-ей формы, какъ болѣе широкое, должно быть также различимо.

При *Colliculit'ax* съ твердой инфильтраціей, когда получается процессъ рубцеванія, иногда допустимо обезображеніе отверстия, и послѣднее представляется широко зинющимъ съ обезображенными краями (рис. 30 табл. II.)

Если на слизистой *Col. sem.* авторы наблюдали эрозіи, ссадины, то иногда возможно предположить присутствіе ихъ у отверстия *Uthr. masc.* съ послѣдующимъ рубцеваніемъ носнательныхъ и плотно примыкающихъ другъ къ другу поверхностей.

Мы считаемъ уместнымъ повторить случаи Finger'a, гдѣ надмѣченныя имъ мозолистыя образованія въ видѣ ленты охватили черезъ верхушку весь *Col. sem.*, облитеровали оба отверстия *d-us es-rii* и *uthr. masc.* чтобы подтвердить возможность зарращенія отверстия *Uthr. masc.*

При сращении наружных губ *Uth. masc.* может получиться закупорка его полости.

Мы раньше видели, что слизистая оболочка *uth. masc.* имеет желез, которые продуцируют жидкость; но Robin'у, наследовавшему полость *Uth. masc.* новорожденных и детей, секрет ее представляет желтоватую или беловатую массу консистенции сливок, микроскопически же в ней определяются маленькие зернышки и призматические клетки.

Скопление жидкости в закупоренной полости может дать повод к образованию кисты.

Englisch из 70 групп новорожденных у 5 находил значительное увеличение *Col. sem.*, которое, выходя за пределы его в вид шарообразной опухоли, выступало на задней поверхности *prostateae*. Увеличение шло за счет образования ретенционной кисты вследствие заросения устья *Uth. masc.*

Иногда заросение было прочно, иногда рыхло. Содержимое состояло из цилиндрич. эпителия, круглых зерен и детрита.

Goldschmidt говорит, что на вскрытии иногда находили ретенционные кисты, настолько увеличивавшие размеры бургорка, что должно было представляться серьезное препятствие для мочеиспускания.

Путем эндоскопа «ничего подобного», говорит Goldschmidt «мне не случалось наблюдать».

Другие авторы были более счастливы.

Casper наблюдал небольшие кисты вследствие сращения *sinus vesicularis*.

Hermann Klotz один раз видел подобную же кисту.

Нашему соотечественнику д-ру Н. А. Михайлову удалось описать 7 случаев кисты *Col. sem.*, явившихся следствием заросения *Uth. masc.*

Так как рост кисты должен идти по направлению меньшего сопротивления, то она и выпячивалась в сторону канала. На месте *Col. sem.* автор видел кисту круглой формы, с хорошо выраженными контурами сверху и неясно снизу. Стенки ее были сизо-красного цвета, плотны, не просвечивали, покрыты расширенными сосудами; высота ее до 1,5 см, и ширина до 1 см.

Из удаленной оперативным путем кисты вышло совсем немного жидкости, богатой альбумином с эпителиальными клетками и красными кровяными шариками.

Стенки кисты состояли из 3 слоев:

1) Наружный и внутренний слои были фиброзы, покрытые плоским эпит. клетками с наружной стороны и двумя рядами клеток на внутренней стенке—глубокий слой состоял из колбовидных, поверхностный—из цилиндрич. клеток. Тут отмечены были слизистая железа, расположенная одиноко и группами.

2) Средний, массивный, толщиной до 15 мм., слой состоял из соединит. тк. с гипертрофированными сосудами. Подобных кист нам не удалось увидеть.

Подозрение на расширение *Col. sem.* вследствие закупорки *Uth. masc.*, возможно даже полного заросения его, внушает рис. 26 Таб. II, занесенный в книгу эндоскопич. исследований Уролог. Института д-ромъ Першица и к нимъ.

Эндоскопия 30 июля 09. *Col. sem.* асимметричен, отклонен в левую сторону, правая верхняя часть его кажется из просвета канала, как бы из видя подуферической опухоли, и стоит выше левой половины. Вес *Col. sem.* набухший; отверстий на *ductus'овъ* ни *uth. masc.* не видно; в канал явления *argyrosis*.

Вполне возможно, что вследствие облитерации отверстия *Uth. masc.* продукты деятельности клеток полости ее вызвали набухание *Col. sem.*, и так как правая верхняя часть в силу каких—то причин оказывала меньшее сопротивление, чѣм другая часть *Col. sem.*, то это и послужило поводомъ къ асимметрии общей формы его.

Из истории болезни видно, что пациентъ былъ не больше 2 разъ и установить точность нашего предположения по запискам нельзя было.

Второй случай (рис. 16 табл. I.), наблюдавшійся д-ромъ Лежневъмъ.

Col. sem. занимаетъ весь просвѣтъ № 25, грибовидной формы, напоминает шампиньонъ; причѣмъ верхняя часть—налпа—сильно раздута. Слизистая его представляется набухшей, желто-краснаго цвета, блестящей, кѣстами какъ бы налитой. Въ верхней части нѣется щелевидное отверстие *Uth. masc.* Изъ протоковъ предст. железы сбоку и сзади являлись удалось наблюдать выделение обильнаго количества гноевидной массы. Стертая ваткой масса была сейчас же замѣнена новой порціей гноя.

Со стороны канала, крогѣ рѣзкой гипереміи и рыхлости р. *prost.* и *membr.*, другихъ явленій не отмечено.

Возможно, что в этом случае воспалительный процесс Col. sem., поддерживаемый простатитом, вызвал заросшие наружного отверстия, в результате чего получилась задержка содержимого в полости Uthr. masc.

Случай был прислан для консультации, дальнейшая судьба его неизвестна.

Заболывание слизистой Uthr. masc.

Если мы видим воспалительный процесс в окрестности отверстия Uthr. masc., то должны предположить возможность существования воспалит. явлений слизистой самой полости, наружным признаком которых может быть ненормальное отделение ее.

Goldschmidt много раз наблюдал отделение секрета из Uthr. masc. — произвольное или под влиянием массажа; к сожалению, автор не упоминает о качестве этого секрета.

В тех случаях, когда при ректальных исследованиях prostata не представляла изменений, а эндоскопия определяла грануляционное воспаление Col. sem., Dreyer не может отделаться от мысли, чтобы присутствие лейкоцитов в моче послѣ массажа простаты, не находилось бы в связи с заболыванием Col. sem. Отделение лейкоцитов в этих случаях, главным образом, идет за счет воспаления слизистой полости.

Frank говорить, что перелойная инфекция, локализирующаяся обыкновенно при поражении задней части канала в железистых протоках и в Uthr. masc., часто благоприятствует заражению простаты туберкулезным процессом.

При эндоскопии мы иногда отмѣчали широко зияющее отверстие Uthr. masc., закупоренное слизистой пробкой, а иногда гнойной пробкой.

1-ый примеръ.

28 ноября 10 г. (СПБ. Урод. Инст.) Col. sem. по величинѣ не отличается отъ нормального, блѣдно-желтаго цвѣта, плотенъ, изъ Uthr. masc. торчитъ слизистая пробка. Рѣзкая гиперемія всей задней части канала; твердые инфильтраты р. bulb. и ограниченные твердые инф. р. penulatae.

Второй примеръ. В—въ, купецъ, 55 лѣтъ.

5 апр. 12. Col. sem. не отличается на ¼ вѣ просить; насильственно краснаго цвѣта. Слиз. его гладкая, мѣстами слегка тускловатая, некровоточитъ. Задній сѣмя отлогий, на счетъ уменьшения foss. prost.; Uthr. masc. плотенъ. Отверстие Uthr. masc. зияетъ въ видѣ широкой полулунной щели. При осмотрѣ оттуда выдавлена была

гнойная пробка. Отверстие d. не видно. За Col. sem. слиз. набухшая; Р. prost. гиперем. и разрыхлена.

Микроскопическое исследование гноя дало слѣдующіе результаты: въ значительномъ количествѣ многоядерные лейкоциты, единичныя красныя кровяныя тѣльца, въ порядочномъ количествѣ гомотетныя овальныя тѣльца и единичныя эритроциты съ хорошо окрашивающимися ядромъ и протоплазмой.

Возможно, что эта одна изъ индифференциальныхъ клетокъ, покрывающихъ слизистую полость Uthr. masc.

Присутствие гноя въ такомъ большомъ количествѣ, чтобы образовывалась пробка, намъ удалось наблюдать дважды; что касается слизистыхъ пробокъ, то онѣ встрѣчались чаще.

Robin сообщаетъ, что камни въ Uthr. masc. впервые были инородными замѣчены у однокотныхъ животныхъ, впоследствии Sappey'emъ тѣла Uthr. и Kollike'гомъ было описано присутствие ихъ у мужчинъ въ возрастѣ отъ 40 до 50 лѣтъ.

Число ихъ иногда бывало такъ велико, что ими были закупорены весь просвѣтъ Uthr. masc.

Величина ихъ, видимо, бывала ничтожна, такъ какъ, по Robin'у, въ отдѣльныхъ альвеолахъ слизистой Uthr. masc., встрѣбе въ отдѣльныхъ железкахъ ее, они помещались въ числѣ отъ 8 до 10 штукъ; въ общемъ величина колебалась между 0,01 и 0,1.

Чаще всего камни находились въ слизистой шейкѣ Uthr. masc., иногда даже въ слизистой verus montani.

Составъ камней инороднот простатическимъ камнямъ.

Воды	18,0
Органич. вещ.	35,80
Фосфор. к.	33,77
Известь	37,64
Магнез. с.	2,38
Соли	1,76
Поташу	0,5
Потери	0,15

В Н. Шевкуенко при своихъ исследованияхъ встрѣтилъ дважды инородныя тѣла въ Uthr. masc.; въ одномъ случаѣ круглый камень, величиной съ булавочную головку, помещавшійся у входнаго отверстия sinus'a, образовалъ рѣзкое выпячиваніе передней стѣнки его, а слѣдовательно и на сѣч. буг.; въ

другом — конкремент плотный, размерами $3 \times 1,5$ м., напоминающий своей формой льняное семя, свободно помещаясь в полости sinu's'a, не вызывая никаких изменений в очертании булгорка.

Эндоскопическим путем только Goldschmidt наблюдал в одном случае тяжелой фосфатурии выделение из Uthr. masc. фосфатных продуктов.

Нам удалось наблюдать два случая инородных тел в полости Uthr. masc. Причем в одном случае в наших глазах произошло опорожнение полости от фосфатных масс, в другом — в течение 2-х недель камень был уменьшен в объеме Uthr. masc.

Случай 1. (рис. 15) (См. опис. Табл. Е. № 1).

3 февр. 12. (Ур. Инст.) Col. sem. занимает весь просвет № 27. Контуры его равны, на верхушке имеется возвышение величиной в маковое просеяное зерно, совершенно одинаковое со всей слизистой Col. sem. бледно-желтоватого цвета; возвышение составляет сь слизистой одно целое; не кровотоциты — видимо эпит. наложение — Слиз. Col. sem., блестящая, влажная, гладкая, как бы налита, не кровотоциты; рёзкая чувствительность.

Uthr. masc. в видъ ямки, расположенной на верхушке под наложением. Устье правого канала различно в видъ маленького, болге желтого цвета углублени у основани.

Слизистая за Col. sem. набухла, отекала; небольшая рыхлость слизистой задней части. При обратном ходе эндоскопа через Col. sem. последний вылезъ из-под нижней стѣнки в видѣ твердой опухоли.

Принимая во внимание эндоскопию и исследование à bouille (см. ист. болѣз. № 14), мы остановились на диагнозе Colliculitis interst. pachyd. и рѣшили въ слѣдующий сеансъ предпринять исследование полости Uthr. masc.

Вторичная эндоскопия. 22 февр. Эндоскопией предшествовали накануне очень сильная боль в заднемъ проходѣ и внизу живота особенно при возбужденіи члена.

При послѣднихъ кашляхъ мочи передъ сеансомъ выдѣлилась крошковатая масса, каковой оказалась покрытой и слизистая канала около наружнаго отверстия — подъ микроскопомъ были найдены мелкія блестящія зерна, растворимыя въ уксусной кислотѣ, и единичные лейкоциты.

Col. sem. былъ уже меньшей величины: занималъ $\frac{3}{4}$ просвета № 23; конусообразной формы, (рис. № 27 табл. П) съ преобладающимъ расположеніемъ отверстій в наклоненіи. Чувств. меньше. Слизистая, окружающая Col. sem., была покрыта сѣро-бѣлымъ легко сминающимся налетомъ; подъ нимъ обнажалась набухшая гиперемированная слизистая оболочка.

При прохожденіи трубки черезъ Col. sem. послѣдній уменьшился еще болѣе въ размѣрѣ (едва занялъ $\frac{1}{4}$ просвета) и у основанія его можно было замѣтить такую же крошковатую массу, каковая была у наружнаго отверстія канала.

То набуханіе, которое было отмѣчено при первомъ исследованіи, видимо, зависѣло отъ скопленія фосфорной массы; возможно, что отверстіе Uthr. masc. было спазмо, либо закупорено болге крупнымъ кристалломъ, который мѣшалъ опорожненію Col. sem. Предшествовавшая эндоскопія дала толчекъ къ опорожненію, которое и послѣдовало послѣ, можетъ быть, болге энергичнаго сокращенія мускулатуры задней части канала.

Вторичная эндоскопія окончательно освободила полость отъ инородныхъ массъ, такъ какъ послѣдующія зондированія полости не могли обнаружитъ присутствія инородныхъ телъ, ощущаемыхъ зондомъ.

Обиліе фосфатныхъ массъ въ Uthr. masc. и расположеніе его выходнаго отверстія говорятъ за образованіе ихъ в полости, а не попаданіе изъ-внѣ изъ солей мочи.

Второй случай: (См. ист. № 9). 23 нояб. 1911 г. Эндоскопія: Col. sem. занимаетъ весь просветъ № 23, съ закругленной верхушкой; слизистая его насыщенно-краснаго цвѣта, блестящая, слегка кровотоциты у основанія.

Отверстіе Uthr. зияетъ, изъ него идетъ алая струйка крови; послѣ осмотра задней части канала (за Col. sem.) и надавливанія трубкой на Col. sem.; слиз. за Col. sem. измѣненной не представляется. Основаніе отечн.; чувствительность, гиперемія и рыхлость р. prostat. и Col. sem.

Diagnosis — Colliculitis superf. hyperaem.

Эндотерапія 25 іюня. Попытки зондировать полость слабо удалось.

10 дек. При вторичной эндоскопіи чувств. Col. sem. значительно; въ губахъ Uthr. masc. торчатъ инородное тѣло блгаго цвѣта, приспособленнаго тампонажа и protrahen изъ передней поверхности Col. sem., главнымъ образомъ, устья Uthr. masc. не нарушала покоя инород. тѣла.

Тѣло сѣдло тѣмъ плотно, что въ теченіе 3 эндотерапій можно было наблюдать его на прежнемъ мѣстѣ.

2 янв. 1912 г. При помощи зонда, головка котораго была погружена подъ инородное тѣло въ полость Uthr. masc., намъ удалось

выковырнуть его из отверстия; причем, вываивая из устья, онг пописк здесь, как бы заключенный в слизистую ткань, ножка которой оставалась в соединении с устьем. При помощи зонда, оторвав тонкое приращение, мы вытащили камень наружу. Онг был в особой прозрачной пленной оболочке, которая легко отошла с него в кашу жидкости. Камушек был правильно круглой формы, срывато-блнного цвѣта, совершенно гладкий; в диаметре около 1 мм. Видомъ напоминалъ фосфатъ, (былъ продемонстрированъ проф. Федорову в прив.-доц. В. Н. Шевкуненко).

Камень, видимо, лежалъ въ шейкѣ Uth. masc.; прохожденіе эндоскопа придавило къ нему и травмировало слизистую Uth. masc., отчего появилось кровоточеніе изъ полости; при первомъ сеансѣ благодаря попыткамъ зондировать полость пригнули его впередъ къ выходу; вслѣдствіе того, что камень былъ инкапсулированъ и плотно прикрѣдненъ къ слизистой устья при помощи ножки, то Col. sem. не могъ безъ посторонней помощи освободиться отъ инороднаго тѣла.

III. Patologia ductus ejaculatorii.

Воспалительныя
измѣненія
ductus ej-rii.

Мы повторимъ здѣсь еще разъ наблюденія Fingera, показывающія, что воспалительный процессъ со слизистой проникаетъ внутрь Col. sem. вдоль железъ и чаще всего вдоль ductus ej-rius.

При поверхностныхъ формахъ воспаления, когда процессъ ограничивается только слизистой Col. sem., инфильтратомъ поражается только выходное отверстие, — какъ мягкая, такъ и твердая инфильтрація въ состояніи вызвать суженіе его.

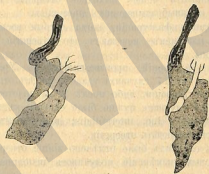
При глубокомъ процесѣ стѣнки дальше инфильтрируются тѣми же воспалительными элементами, причемъ въ первой стадіи происходитъ суженіе просвета, а во второй тугость и ригидность стѣнокъ вслѣдствіе образования соединит. тканей.

«Въ трехъ случаяхъ, имѣя Fingera, я могъ вскрытіемъ констатировать облитерацию d-us ej-ii у ихъ выходныхъ отверстій; позади облитерации бывало очень значительное расширеніе всего протока, пронскавшее воронье перо.

Нормальные дивертикулы ихъ были сглажены и слились съ расширеніемъ. Въ соедин. тк. вокругъ d-us ej-ii найдены были многочисленныя старыя и свѣжія геморрагіи; въ содержимомъ

ихъ находились: распадъ, гнойныя кѣтки, эпителий и кровяные шарки. См. рис. № 40, табл. IV.

При своихъ наблюденіяхъ В. Н. Шевкуненко встречалъ протоки, расширенныя до 2 мм., причемъ просить ихъ зяять и протоки казались атоничнымъ (рис. № 48, 49).



№ 48.
20 л. Правый d-us
расширенъ.

№ 49.
40 л. Левый d-us
расширенъ.

Эндоскопически можно опредѣлить только состояніе наружныхъ отверстій протоковъ.

Авторы при colliculit'ахъ отмѣчали отклоненія ихъ отъ нормы. Такъ, Grünfeld, Oskar Scheuer и нѣкот. др. наблюдали зяніе отверстія протоковъ.

Grünfeld въ случаяхъ сперматоррен при опухшемъ Col. sem. находилъ выходныя отверстія протоковъ открытыми. «При давленіи концомъ эндоскопа», говоритъ авторъ, «въ просвѣтъ трубки выдвигается большее или меньшее количество секрета. Подъ микроскопомъ оказываются сѣм. нити.

Здѣсь же нужно отмѣтить Hermann'a Klotz, который дважды наблюдалъ выдвѣненіе гноя изъ сѣмянвыбрасывающихъ протоковъ.

Между тѣмъ какъ Goldschmidt заявляетъ, что рѣдко наблюдать воспалительную красноту или набуханіе вокругъ отверстія ductus'овъ, при острой формѣ; а при хронич. ему никогда не удалось отчетливо видѣть зяніе ихъ.

Большинство авторовъ, приведенныхъ выше, держатся того взгляда, что при острыхъ явленіяхъ, вѣрнѣе, мягкихъ инфильтратахъ Col. sem., отверстій ductus'овъ обычно не видно.

При мягких инфильтрациях Col. sem., когда имеется набухание Col. sem., нам почти не удавалось без лечения унять отверстие протоков.

Конечно, мы должны считаться с формами отверстий Uthr. masc. и помнить, что čímь последнее больше, тѣмь скорѣе нужно предположить общее выходное отверстие какъ Uthr. masc., такъ и сбѣивающихся протоковъ.

При твердой инфильтрации, когда острые воспалительныя явленія болѣе или менѣе исчезаютъ, то отверстия становятся болѣе различныи.

Изъ 95 эндоскопій, произведенныхъ въ Ур. Инст. за первую 1/2 года, въ 17 случаяхъ удалось увидѣть отверстия либо при первомъ исследованіи, либо послѣ 1—2 эндотераній.

Всѣ эти 17 случаевъ нужно было отнести къ твердой инфильтрации или къ Colic. interstitialis; въ общемъ, почти въ 45% удавалось наблюдать отверстия.

Въ двухъ случаяхъ было отмѣчено зѣніе отверстій; здѣсь въ силу рубцовыхъ измѣненій получилось неполное замыканіе сфинктера.

Въ одномъ случаѣ на фонѣ блѣдной слизистой мы видѣли целеобразныя отверстия протоковъ, окруженныя воспалительной радиарно идущей краснотой, впоследствии исчезнувшей подъ вліяніемъ лечения. Послѣднія отверстия вначалѣ были маскированы воспалительной краснотой, поддавшейся 2 эндотераніямъ, послѣ чего и обнаружались въ только что сказанномъ видѣ.

Конкременты d-us ej-гги.

Камни гъ отмѣчаютъ находку камней въ сбѣивающихся протокахъ на вскрытіи труновъ.

Камни состояли изъ углекислой и фосфорнокислой извести, изъ кѣлѣтокъ, похожихъ на эпителий, и громаднаго количества сретитъ. Органическаго вещества въ нихъ было очень много.

Форма камня и объемъ его сохранились и по извлеченіи изъ него извести.

Развитіе камней находится въ связи съ воспалительными процессами въ протокахъ.

В. Н. Шевкуненко удалось на своихъ препаратахъ отмѣтить присутствіе конкрементовъ, подобныхъ кровяному стусту, занимавшихъ весь просветъ протока.

Присутствіе инородныхъ тѣлъ должно какъ-нибудь отражаться на половой дѣятельности, главнымъ образомъ, на ejaculator'ной, такъ какъ нельзя предположить, чтобы организмъ не реагировалъ на то, что ему по природѣ не принадлежитъ.

Въ настоящее время эта область остается нетронутой, между тѣмъ какъ уретроскопія позволяетъ наслѣдовать протоки. Со- временно же при помощи соответственныхъ діагностическихъ зондовъ можетъ быть удалось опредѣлять и присутствіе инородныхъ тѣлъ въ протокахъ, можетъ быть удастся найти и оперативный способъ удаленія ихъ.

Произведя наслѣдованія ductus'овъ описанными выше зондами въ случаяхъ, указывающихъ на страданія ejaculator'ной дѣятельности, намъ ни разу не удалось опредѣлить инородныхъ тѣлъ; возможно, что эти находки-относятся къ рѣдкостямъ, либо у насъ нѣтъ еще достаточнаго навыка для опредѣленія ихъ.

IV. Измѣненія канала, сочувственныя измѣненіямъ на сѣм. буркрѣ.

Авторы, наблюдавшие измѣненія на Col. sem., одновременно отмѣчали тѣ или другія патологическія ненормальности и на слизистой задней части канала.

Мы не будемъ повторять микроскопическія наслѣдованія Fingera слизистой этой части канала при хронич. уретритѣ, описанныя нами выше (см. стр. 94), скажемъ только, что и здѣсь процессъ протекаетъ либо въ видѣ мягкой инфильтраціи, либо въ видѣ твердой.

По Oberländer'у, обѣ формы воспаления наблюдаются независимо отъ этиологіи.

Grünfeld, Oberländer и др. отмѣчаютъ при заболѣваніи Col. sem. багровый, темно-красный цвѣтъ слизистой р. prost.; цвѣтъ же эпителия—тусклый.

Если къ эндоскопій, по Oberländer'у, прибавить цистоскопій или пользоваться ирригационнымъ уретроскопомъ, то на внутреннемъ сфинктерѣ часто можно видѣть волнообразный неровный край его—отекъ сфинктера.

Михайловъ при colliculi'ахъ застойныхъ отмѣчаетъ синюшный цвѣтъ слизистой р. prost., покрытой лициннымъ блескомъ эндотелиальныхъ покрововъ. Дальнѣйшая стадія характеризуется рыхлостью и легкой ранимостью эпителиального покрова; слѣд., мы имѣемъ здѣсь тѣже явленія мягкой инфильтраціи.

Разбирая работы волежъ выше цитированныхъ авторовъ, можно вывести такое заключеніе:

Изменения Col. sem. сопровождаются изменениями слизистой задней части, преимущественно р. prost. в видѣ застойныхъ или гиперемическихъ явлений съ разрыхлениемъ эпителиального покрова. Разрыхление и является источникомъ кровотечения при уретроскопiи; иногда на слизистой за Col. sem. можно наблюдать грануляціонныя зерна и разрастатя.

По Lewin'у, пространство между Col. sem. и внутреннимъ сфинктеромъ является наиболее излюбленнымъ мѣстомъ разрастатя.

Buergger различаетъ патологическія складки in fossula prost. в видѣ закругленныхъ толстыхъ складокъ, тогда какъ нормально они имѣютъ острый гребень.

Собствен-
ная наблю-
денія.
Измененія
слизистой
за Col.
sem.

При первой формѣ Colliculi'овъ слизистая обычно представлялась болѣе или менѣе гиперемированной, иногда была рѣзко гиперемирована, часто даже рыхлая; особенно рыхлостью наблюдалась при разрыхлении эпителиального покрова Col. sem.; слѣд., чѣмъ дальше процессъ зашелъ на Col. sem., тѣмъ сильнѣе были выражены сочувственныя измененія въ окрестности.

При 2-ой формѣ слиз. часто не представляла той рыхлости, какъ въ первомъ случаѣ, но зато она была отечной, сплошь и рядомъ была усыяна трахомонодными, грануляціонными зернами различной величины; отъ едва замѣтныхъ до величины горошинъ. Содержимое ихъ иногда было прозрачно, иногда мутновато, отчего мѣнялся общій цвѣтъ слизистой, напоминавшей при большомъ количествѣ зеренъ шероховатую сторону терки, употребляемой въ хозяйствѣ.

Зерна располагались то по бокамъ, то по верхней стѣнкѣ, и очень рѣдко по нижней стѣнкѣ.

Иногда слизистая была только цианотична.

При 3-ей формѣ Colliculi'овъ встрѣчались какъ первыя, такъ и вторыя измененія, иногда удавалось наблюдать различнаго рода разрастатя. Рис. 19 в. табл. II представляетъ рѣзкую отечность слизистой, лежащей за Col. sem.

Слизистая при 4-ой формѣ чаще была либо цианотична, либо анэмична.

Изъ этого описанія еще не значитъ, что при каждой группѣ Colliculi'овъ будутъ непременно одинъ и тѣ же измененія.

Иногда можно встрѣтить рахомонодобныя зерна при 1-ой формѣ (см. А № 7) и гиперемическія явленія при 2-ой, такъ что строго установить сочувственныя измененія для каждой группы нельзя.

Измененія in fossul. prost. выражались либо в видѣ про-
стой гипереміи, либо присутствіемъ различнаго рода разраста-
ній, либо въ набуханіи складочекъ, направлявшихся къ Col.
sem.; иногда наблюдались здѣсь породныя тѣла в видѣ мелка-
го песку.

Иногда между складками видѣлись in fos. prost. зияющіе
протоки предст. жел., заполненные, видимо, нормальнымъ секретомъ
чуть мутноватаго цвѣта. Это удавалось наблюдать при 1-ой
группѣ измененій.

При 2-й и 3-ей группахъ открытыя протоки встрѣчались чаще,
причемъ они иногда бывали дополнены ясно различимой гной-
ной пробкой.

Въ одномъ случаѣ д-ру Лезнену удалось во время эндоскопiи дважды наблюдать выдѣленіе гноя изъ расширенныхъ протоковъ, главнымъ образомъ боковыхъ, в видѣ густыхъ струекъ (см. рис. 16 табл. I).

Чѣмъ дальше зашелъ воспалит. процессъ слиз. об., тѣмъ
болѣея измененія нужно ожидать со стороны отверстій прото-
ковъ предст. ж. Поэтому при второй и третьей группахъ эти
отверстія, рубцово-измѣненныя, могутъ представляться зияющими.

Clivus при всѣхъ формахъ Colliculi'овъ вовлекается въ за-
болеваніе. Измѣненія его выражаются:

1) въ воспалительныхъ и застойныхъ набуханіяхъ съ по-
раженіемъ эпителиального покрова (В № 1).

Возможно, что заболѣваніе Clivus'a развивается раньше,
чѣмъ Col. sem., такъ какъ эпителиальный покровъ его разрых-
ляется въ то время, когда эпителий Col. sem. остается еще не
тронутымъ, либо покровъ его менѣе стоекъ, чѣмъ Col. sem.

Застойныя явленія иногда настолько рѣзко выражены, что
цвѣтъ Clivus'a дѣлается (С № 2; G № 2) фиолетовымъ, причемъ
при застойныхъ явленіяхъ наблюдается чаще отечность.

2) Иногда на первомъ планѣ фигурируетъ отечность Clivi,
либо в видѣ сплошной опухолѣ, напоминающей собой второй
Col. sem. или кисты (см. А № 5, L № 1), либо в видѣ зеренъ
(В № 3, E № 2, № 5).

3) Въ одномъ случаѣ на концѣ Clivi имѣлась оvoidная
опухоль, величинной въ горошину, сѣраго-синаго цвѣта, кото-
рая лопнула при прохожденіи трубки, выдѣливъ кровавистую
жидкость; на мѣстѣ ея остался рядъ обрывковъ слизистой. Оче-
видно, здѣсь имѣлось кистозное образование.

Измененія
foss. prost.

Измененія
clivi Col.
sem.

Присутствие подобных кисть вблизи основания Col. sem. может повести к ложному определению кисты Col. sem.

4) Иногда на Clivi могут быть разрастания в виде отдельных лапестей (А. № 5), иногда в более слабой форме.

Подводя итог изменениям слия. р. prost. мы должны сказать, что эти изменения в той или другой форме сопутствуют изменениям Col. sem., иными словами, изменения на слия. Col. sem. не бывают резко обособлены, но всегда сопровождаются сопутствующими изменениями окружающей слизистой.

Изменения на Col. sem. и сопутствующая на слизистой могут быть не аналогичны.

Причина этого кроется, видимо, в этиологии заболевания.

Для полноты описания изменений в остальных частях канала, мы считаем не лишним привести краткую таблицу тех изменений, которые встретились нам при Colliculit'ах.

В таблицах М. мы найдем остатки уретритов в виде инфильтратов и изменений желез канала.

В ней наглядно убеждаемся в общем числе подобного рода Colliculit'овъ.

В таблицах N представлены изменения канала, в виде различных разрастаний, разбросанных в разных частях urethr'y, в виде расширенной маргашевых лакун в височей части, в виде расширенных протоков предстательной железы с выделением из них как гнойной жидкости, так и нормальной на вид, наконец, в виде отдельных кист на Clivi; изменений же в смысле предыдущей таблицы нетъ. Одним словом, здесь воспалительных инфильтратов нетъ, а есть все же нечто, что не позволяет говорить о нормальности канала.

Колликулиты, приведенные в этой таблице, сопровождались лишь обычными изменениями в задней части канала в виде рыхлости и гиперемии, передняя же часть канала не представляла изменений; при эндоскопии казалась нормальной.

Заканчивая на этомъ патологический отделъ изменений на слия. бугоркѣ, считаем не лишнимъ сказать: 1) что в некоторых случаях Col. sem. по своему виду представляла переходную форму и могъ быть поэтому отнесенъ либо къ одной, либо къ другой подгруппѣ; в этихъ случаяхъ мы обращали внимание на преобладающие изменения и къ этой подгруппѣ причисляли данный Col. sem.

ТАБЛИЦА М.

Группы.	P. memb.	P. bulbosa.	P. pend.	Изменения в различных частях канала. *)											Исходы агглютинис подгруппы.	Общее число.						
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			12					
I.	A.	25	11	2	31	—	7	18	4	—	3	10	—	2	1	7	4	5	3	1	1	138
	B.	7	2	—	24	—	3	3	—	4	—	1	—	—	2	3	—	3	—	—	1	53
	C.	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
	D.	—	1	—	10	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	2	17
II.	E.	9	13	1	25	—	2	6	3	2	—	—	—	1	2	2	—	4	—	1	72	
	F.	2	1	—	7	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	15
	G.	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4
III.	H.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
	I.	2	—	—	4	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	10
IV.	K.	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
	L.	—	1	—	6	—	—	2	—	1	—	—	—	1	3	—	—	—	—	2	2	18
Всего . .		48	29	3	113	—	12	33	8	9	10	3	3	6	13	11	5	15	3	6	333	

*) Комбинационными изменения в различных местах канала распределены следующим образом:

- Подъ № 1 познаны: Мягкий инф. р. memb. и тверд. р. pend.
- » № 2 » Тверд. р. memb. и Urethr. gland.
- » № 3 » Тверд. р. bulb. и р. pend.
- » № 4 » Слиян. р. bulb. Тверд. р. pend.
- » № 5 » Слиян. bulb. Urethr. gland.
- » № 6 » Мягкий р. memb. Тверд. р. pend. и р. bulb.
- » № 7 » Тверд. р. memb. Urethr. gland.
- » № 8 » Мягкий р. memb. Urethr. gland.
- » № 9 » Тверд. р. memb. Тверд. р. bulb.
- » № 10 » Мягкий р. memb. Тверд. р. bulb.
- » № 11 » Тверд. р. bulb. Urethr. gland.
- » № 12 » Отчасти тверд. инф. р. memb., bulb. и pend.

ТАБЛИЦА N.

Название группъ Collicul'grovъ.	Плѣтнен. изъ прог. предст. и		Угловое.		Резервацио нарост. латв. р. ренд.		Искри стѣт.		Разростаніа.						Общее число.		
	Видъ граконод. зерен.	Отдѣленіе пор-каналов.					За Col. sem. въ округленіи.	In part. memb.	In part. bulb.	За Col. и р. bullos.	Р. пром. р. membr.	Число каждой групп.					
Colliculitis hypernem. . .	—	6	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—
Collic. desquamativa . . .	1	—	1	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5	—
Collic. granulosa	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—
Collic. Ulcero-granulosa.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18
Collic. hypertrophica . . .	1	—	2	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	8	—
Collic. pachydermica . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Collic. circumscripta . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Collic. cystosa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
Collic. vegetativa	1	—	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Collic. polyposa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Collic. atrophica	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
ВСЕГО	3	6	7	3	1	6	2	3	1	1	—	—	—	—	—	33	33

ТАБЛИЦА O.

Название подгруппы.	Число коллигр. въ каждой подгрупп.	Общее число коллигр. въ каждой групп.	Название подгруппы.	Число коллигр. въ каждой подгрупп.	Общее число коллигр. въ каждой групп.
Collic. desquam	42	—	Col. vegetat.	19	—
Collic. granulosa	14	—	Col. polipos.	15	—
Collic. Ulcero-granul.	5	=216	—	—	37
Collic. interst. hypertr.	54	—	Col. atroph.	0	—
Collic. pachydem	3	—	—	—	—
Collic. interst. circumscripta	4	= 61	—	—	0
ВСЕГО	277	—	ВСЕГО	37	=314

2) Все рисунки, произведенные при помощи Valentin'овскаго уретроскопа, представлены увеличенными въ 3 раза, причемъ главное вниманіе наше было сосредоточено на измѣненіяхъ Col. sem., и для наглядности величины его старались точнѣе сохранить отношеніе вышины его къ просвѣту трубки; цвѣтъ же и вообще видъ слизистой, окружающей Col. sem., мы не старались зарисовывать, но давали только фонъ, на которомъ могъ бы Col. sem. рельефнѣе выдѣлиться.

Этиология.

Что касается этиологии колликулитов, то наблюдения вышеперечисленных авторов и наши вполне тождественны, поэтому мы, изрядка прибегая к литературѣ, будем говорить главным образом о наших случаях.

На первом мѣстѣ мы должны поставить гоноррею задней части канала, гдѣ наиболее излюбленным мѣстопребываніем гонококков по Finger'у и др. и является Col. sem. Изъ русскихъ авторов Н. А. Михайловъ на основаніи своего матеріала относитъ 60% колликулитовъ на этотъ счетъ. Въ видѣ исключенія изъ мнѣнія большинства авторовъ мы приведемъ слова Орловскаго: «Ob auch die Urethritis gonorrhoea posterior denselben Effekt hat, wie die meisten Autoren annehmen ist mir nicht sicher».

У насъ 60% заболѣванія могло быть объяснено только бывшимъ уретритомъ; къ этому нужно прибавить еще 17%, гдѣ наряду съ уретритомъ были и другія причины, о которыхъ мы еще будемъ говорить. Слѣдовательно, 77% нужно отнести къ гоноррей. Чтобы иллюстрировать, какъ остается колликулитъ послѣ триппера, мы приведемъ случай излеченнаго уретрита — когда у больного не было ни отдѣленія изъ уретры, ни гонококковъ въ мочѣ.

Студентъ Э-сий, 20 лѣтъ. Принялъ въ Урол. Инст. для опредѣленія, выключая ли онъ отъ триппера, 18 янв. 1912 г. 1-ый трипперъ получилъ въ янв. 1911 г., до ноября лечился безпрерывно — обычными и глубокими сиринжеваніями, бужами и массажемъ. Съ ноября по январь ухудшеній не наступало, въ последнее время появилась неволовость въ промежности. Бактериологическій анализъ на гонококки былъ съ отрицательнымъ результатомъ. Остаткамъ отрицать.

Ст. рг. Половые органы измѣненій не представляютъ; отдѣленія изъ канала нѣтъ. Моча съ салистой нитью въ 1 порціи; 2 чистая.

Простата измѣненій не представляетъ. Большая чувствительность по средней линіи ближе къ анусу (области Col. sem.). Послѣ энергичнаго массажа въ мочѣ легка опалесценція; a bouille № 23 опредѣляетъ повышенную чувствительность въ области Col. sem.

Эндоскопия Col. sem. на $\frac{1}{2}$ не виднается въ простатѣ № 23. Пучково-краснаго цвета, слиз, блестящая, влажна какъ бы налита. Не кровоточитъ. Отверстіе ductus отъ не видно. Uth. masc. въ видѣ слиза заплывающей ямки. Основаніе кровоточитъ. Рыхлость слиз. p. prost. et memb.

Бактериальное происхождение колликулитовъ.

Послѣдованіе мочи послѣ проволочн. и Arg. N. 2%, ни въ назкахъ, ни въ мочѣ бактериологически гонококковъ не обнаружало.

Анализъ мочи 5-ой порціи послѣ массажа простаты: моча сѣтловатая, прозрачная, безъ утратъ запаха и гней.

Микроскопически (при ув. 300) отцентрифужированной осадокъ содержитъ многоклеточные лейкоциты (1—2 не въ складкѣ воетъ зрѣнія), эпителий уретры (до 5 въ препаратѣ), единичные эпителии пупыра, асінор. рг. и эпителий выводящихъ протоковъ (3—5 въ препаратѣ).

Diagnosis. Colliculitis hyperaemia. Lеченіе.—Эндотерапія. Подъ вліяніемъ леченія видъ Col. sem. измѣнился, пришелъ къ нормѣ и уменьшился боли.

У даннаго больного трипперъ былъ выключенъ, въ чемъ убѣждали насъ анализы и эндоскопия, но продолжала оставаться рыхлостъ p. prost. и явленія Colliculit'a при здоровомъ состояніи предстат. ж., насколько можно было судить по объективному исследованію послѣдней и анализу ея секрета.

Проверка валеченности уретрита эндоскопией, мы не разъ убѣдились въ остаткахъ воспалительныхъ явленій въ окружности и на Col. sem., такъ что наши наблюденія вполне подтверждаютъ авторовъ, которые говорятъ, что Col. sem. является излюбленнымъ мѣстомъ воспалительныхъ явленій послѣ триппера.

Недостаточное вниманіе къ Col. sem. при уретритѣ и является причиной колликулитовъ различныхъ формъ.

Изъ другихъ бактерий нужно упомянуть о туберкулезныхъ палочкахъ. Хотя отсутствіе ихъ и не было констатировано микроскопическимъ исследованіемъ, тѣмъ не меньше, нужно предположить ихъ, такъ какъ нѣкоторые авторы (см. выше), описали туберкулезный процессъ на этомъ органѣ. У насъ подобныхъ колликулитовъ не встрѣчалось ни одного случая.

Стафилок., стрепт., bac. coli, однимъ словомъ, всѣ бактерии, вызывающія явленія уретрита, также могутъ считаться виновниками колликулитовъ.

Къ механическимъ агентамъ нужно отнести неумѣлое и механическое пользование обоюдоострымъ оружіемъ — бужами и расширителемъ для задней части канала, особенно послѣднимъ.

Не даромъ Kollman и Oberländer выработали строгія правила примѣненія расширителя и требуютъ неустанно слѣдовать имъ.

Мы представимъ случай, характеризующій образованіе подобнаго рода колликулита.

А—въ, рабочий, лечился въ Уром. Инст. 1911 г. по поводу простатита и сужения.

Эндоскопий. 26 февр. 1912 г. Col. sem. занимает 1/4 просвета № 25. Uthr. masc. расположен на верхушкѣ въ видѣ зипоющей ямки. Справа подъ нитью видно отверстие сѣмяннѣбрасывающаго протока. Нитья слѣд. С-х желтовато-красный, слизистая гладкая, блестящая, не кровотоочитъ.

Чувствительность не повышена, въ р. метрбг. вдоль задней стѣнки твердый инфильтратъ.

На основаніи эндоскопической картины нужно предположить мало измѣненный Col. sem. Для рассасыванія твердаго инфильтрата предложить задній расширитель одинъ разъ въ недѣлю, если не будетъ реальныхъ явленій со стороны слизистой.

Вольной приметъ. снова на мой прѣемъ 6 апр. 12 г. съ жаждой на частые и трудно сдерживаемые позывы на мочу; чувствуетъ себя плохо послѣ послѣдняго расширителя.

Изъ разспроса можно было установить, что за этотъ промежутокъ больному ставили расширитель каждый день.

Такъ какъ моча была чистая, рег гесимъ въ простатѣ по средней линіи ближе къ анусу была локализованная болѣзненность, мы предположили colliculitis и сейчасъ же произвели эндоскопій 6 апр. 12. Col. sem. занимаетъ весь просветъ № 25.

Вся поверхность гиперемированной слизистой покрыта прозрачными мелкими зернами темно-краснаго цвѣта, обидѣи видъ напоминаеть маляну.

Uthr. masc. различимъ. Отверстие ductus'a не видно.

Подъ вліяніемъ механическаго раздраженія появился Colliculitis hyperaemica тамъ, гдѣ его не было.

Подобные случаи встрѣчаются рѣдко, у насъ отмѣчены всего одинъ разъ, что составляетъ около 0,1%.

Къ этой же группѣ мы должны отнести раздраженія на почкѣ инородныхъ тѣлъ.

Въ 2 случаяхъ пришлось встрѣтитъ въ полости Uthr. masc. инородныя тѣла въ видѣ мелкихъ фосфатовъ; присутствіе ихъ не могло быть безразличнымъ для Col. sem. и поэтому нужно ихъ отнести къ одной изъ причинъ колликулита—эти случаи составляютъ 0,3%.

Прохождение камней, образовавшихся выше канала, конечно, не можетъ не отозваться на слизистой Col. sem.

Еще болѣе раздраженій развивается на послѣднемъ, если камни застрѣваютъ гдѣ нѣбудь въ окрестности Col. sem. напр., fossa prost. et. sulco prost.

Въ 2-хъ случаяхъ Collic. hyperaemica намъ удалось на-

блюдать присутствіе камней: въ одномъ—камень величиной съ горошину сидѣлъ in fossa prost., а въ другомъ величиной въ просяное зерно былъ почти вшитъ въ слизистую sulci prost. Такъ какъ здѣсь имѣлись и явленія триггера, то эти случаи отнесены къ смѣшаннымъ причинамъ.

Кромѣ конкрементовъ, раздражающее дѣйствіе оказываютъ и выпавшія въ пузырѣ мочекислыя, щавелево и фосфорно кислыя соли.

Въ 4 случаяхъ единственной причиной заболѣванія можно было признатъ соли; причемъ въ 3-хъ были ураты и въ 1-мъ фосфаты, что составило 0,5%; въ 8 случаяхъ присутствіе солей было одновременно съ явленіями уретрита и отнесены къ смѣшаннымъ причинамъ.

Изъ химическихъ агентовъ, вызывающихъ колликулитъ, нужно считать ясъ вещества, применяемыя въ уретропатологій въ сильныхъ растворахъ, но изъ нихъ болѣе слѣды оставляеть Arg. Nitr. Рис. 32. Таб. II показываеть подобное отложение серебра въ слизистой Col. sem.

Явленія Argurosis въ каналѣ съ одновременнымъ присутствіемъ атрофич. Col. sem. заставляетъ считать Arg. Nitr. одной изъ причинъ атрофій этого органа. Поэтому неумѣренное пользование Arg. Nitr. въ видѣ инстилляцій или смазыванія Col. sem. видимо способно вызвать воспалительное состояніе его.

Застойныя явленія на почкѣ неправильной функций половыхъ органовъ, какъ-то: неправильная половая дѣятельность мужчины (онанизмъ, coitus interruptus, excess Veneris), а также и запоры, способствуютъ развитію колликулита.

Рoyer'y, Gardner'y, Finger'y, Wossidlo, Михайлову и др. удалось наблюдать хронич. катарры задней части канала, проявившіяся присутствіемъ нитей въ мочѣ, краснотой и пабухлостью Col. sem., у лицъ, которыя никогда не имѣли сношеній, за то усиленно мастурбировали.

Въ данномъ случаѣ исключалась гоноррея и онанизмъ, нужно было считать причиной colliculit'a.

Намъ удалось наблюдать нѣсколько подобныхъ случаевъ.

Мы приведемъ здѣсь краткую исторію одного изъ мастурбантовъ.

Н-въ, торговецъ, 19 лѣтн, сношеній не имѣлъ, онанизироваель съ 15 лѣтъ; въ послѣднее время слѣзи безпокоить частая полнощій. Около года послѣ чтенія книгъ перестала предаваться пороку.

Spгг. Моча прозрачная; рег rectum, повышена чувствительность при надавливаніи на простату по средней линіи ближе къ анусу 4 boulle № 20 опредѣляеть болѣзненный Col. sem.

Вліяніе полов. жизни на происхождение колликулита

Эндоскопия—Col. sem. не виднается на $\frac{1}{2}$ въ № 23, пинцовой красная дѣта, слизистая гладкая, влажная, блестящая.

Резко чувств.; кровотоцит. основание и окружающая слиз. Oтверстiя duct. не видны; Uthr. masc. у верхушки въ видѣ щели.

Здѣсь мы имѣем Colliculitis hyperaemica и застойныя явленiя въ задней части канала.

Такъ какъ не было никакихъ другихъ причинъ къ подобному заболѣванiю, кромѣ мастурбачiи, то послѣднюю и нужно считать этиологию, моментомъ колликулита.

Около 10% всѣхъ колликулитовъ, встрѣтившихся намъ, могли быть отнесены только на счетъ онанiа, настоящаго, или прошлаго, съ чрезмѣрнымъ злоупотребленiемъ имъ.

Половые экссусы въ видѣ частыхъ и бурныхъ сношенiй у предрасположенныхъ субъектовъ по Finger'у и др. могутъ вызвать катаральное состоянiе предстат. части канала и Col. sem.

Наконецъ coitus interrump., систематически примѣняемый, можетъ вызвать также хроническое раздраженiе p. prost. и сѣм. бугорка.

Многие авторы подтверждаютъ это (Beard-Rockwell, Peyer, Wossidlo, Finger и др.).

И среди нашихъ больныхъ нашлись подобные, практикованные въ теченiе многихъ лѣтъ coitus interrump.

Число ихъ незначительно, и оно составляетъ только 0,7%; однако, оно можетъ быть увеличено до 4,6%, такъ какъ у 3,9% въ анамнезѣ была комбинацiя причинъ (онанiамъ, coit. interrump. и excess'ы).

Чтобы покончить съ этимъ вопросомъ, мы скажемъ нѣсколько словъ о механизмѣ катар. явленiй на почвѣ ненормальностей въ половой жизни.

Выше мы говорили о тѣхъ физиологическихъ явленiяхъ, которыя совершаются въ penis'ѣ при нормальномъ coitus'ѣ.

Такъ какъ механизмы естественнаго coitus'a мало чѣмъ отличается отъ механизма искусственнаго, т. е. онанiа, то и при послѣдней должны наблюдаться аналогичныя явленiя какъ и при первомъ, то есть, та же эрекция, то же изверженiе и послѣдующее ослабленiе члена.

«Но, говоритъ Rogozь, «послѣ coitia половое влеченiе удовлетворено, раздраженiе проходитъ. Послѣ онанiа же влеченiе не удовлетворено, оно скорѣе еще усиливается. Для частыхъ и повторныхъ (въ теченiе дня) сношенiй могутъ быть помѣхи чисто

вышняго свойства, найти же единенное мѣсто для онанiа не трудно. Вотъ почему онанiа можетъ быть повторяема 4—5 разъ въ день».

Слѣовательно, по своему дѣйствию на половой аппаратъ онанiамъ можно до нѣкоторой степени сравнить съ excess. Venenis.

Мы видѣли, что нормальныя coitus для опорожненiя кавернозной ткани отъ крови послѣ ejaculati'i предъизываетъ къ мышцамъ полового аппарата значительныя требованiя.

Еще большiя требованiя предъизываютъ «усниленная» онанiа и excess'ы: мышцы должны работать съ малымъ отдыхомъ, въ результатѣ чего наступаетъ ослабленiе сократительной способности ихъ. Сила ихъ уменьшается, онѣ не столь энергично опорожняютъ кавернозную ткань отъ крови, получаются застои ея, которые больше всего отражаются на задней части—мѣстѣ оттока всей послѣэрекциионной крови.

При повторныхъ эндоскопiяхъ съ дебелой нѣткою у одного и того же субъекта намъ неоднократно приходилось встрѣчаться съ слѣдующимъ обстоятельствомъ: послѣ нѣкотораго леченiя кровонаполненiе гадней части становилось нормальнымъ, вступать къ слѣдующему сеансу оно значительно увеличивалось, иногда по силѣ настолько не уступая началному възбудованiю.

Расширивая каждый разъ такихъ больныхъ, мы убѣждались, что въ ночь передъ сеансомъ была у нихъ либо сильная эрекция съ полной или безъ нея, либо сношенiе — однимъ словомъ было «что-то», вызвавшее значительную гиперемiю слизистой задняго отдѣла канала.

Столь продолжительное набуханiе послѣ эрекции или даже coitus'a мы не можемъ отнести къ нормальнымъ явленiямъ, а скорѣе объяснить исключительную слабость мышцъ, опорожняющихъ подслизистую кавернозную ткань.

Подобные застои, подчиняясь законамъ венозной гиперемiи, влзкутъ за собой вначалѣ серозное пропитыванiе, затѣмъ и катаральныя явленiя съ послѣдующимъ развитiемъ соединительной ткани.

Такъ какъ въ слизистой Col. sem. имѣется кавернозная ткань, то и здѣсь нужно предположить на почвѣ застоя образованiа катар. явленiй, иными словами образованiа, колликулита. Описанiе того, какъ влияетъ coitus interrump. на половые органы, мы заимствуемъ у Peyer'a.

«Как только начинается сокращение мышц предст. ж. и вместе с ним возникает первое ощущение сладострастия, так при неполном coitus' искусственно прерывается естественная энергия полового акта.

Трени (penis) становится обыкновенно рѣже и про-изводятся уже съ такой энергiей.

Внимание данного лица въ высшей степени сосредоточено на томъ моментѣ, въ который должна наступить ejaculatio.

Последнюю стараются всѣми силами немного отдалить и подъ конецъ быстро извлекаютъ penis, напруга при этомъ въ большей или меньшей степени физическую и умственную энергiю...

Въ результатѣ этого получается хроническое возбужденіе и расслабленіе partis prost., зависящее исключительно отъ несовершеннаго разрѣшенія эрекции, т. е. отъ недостаточнаго опорочженія половой трубки, переполненной кровью».

Итакъ, мы видимъ, что ненормальности въ половой жизни, въ какой бы онѣ формѣ не проявлялись, влечутъ за собой ослабленіе мышечнаго опорочжающаго аппарата съ последующимъ застоємъ крови въ кавернозной ткани задней части.

Какъ непосредственное слѣдствіе застоя будетъ вначалѣ отечность, затѣмъ катар. состояніе слизистой и Col. sem., наконецъ образованіе соедин. тк.

Запоры—
причина кол-
ликулита.

Намъ кажется, что авторы сравнительно мало обращали вниманія на застойныя явленія въ задней части канала, обусловленные постоянными запорами.

Намъ встрѣчались случаи, когда измѣненія въ задней части канала на Col. sem. нельзя было объяснить ни одной изъ вышеуказанныхъ причинъ; въ этихъ случаяхъ мы наталкивались на болѣзненные явленія со стороны кишечника: то имѣлись постоянные запоры, то къ нимъ присоединялись геморроидальныя явленія и явленія болѣе или менѣе выраженнаго проктита.

Здѣсь заболѣваніе Col. sem., возможно, является либо слѣдствіемъ застойныхъ измѣненій въ половыхъ органахъ, либо намъ кажется это чаще, вслѣдствіе обычныхъ въ этихъ случаяхъ простатитовъ и воспалит. явленій, переходящихъ на Col. sem. съ простаты.

Число подобныхъ колликулитовъ было около 0,8%; около 1,5% больныхъ имѣли въ анализѣ одновременно запоры, онаивамъ и coitus interruptus; слѣд., въ этихъ случаяхъ бывали причины смѣшаннаго характера.

Col. sem., тѣсно связанный съ простатой, какъ мы объДругія при- этомъ уже говорили, анатомически, эмбрионально и физиологически, не можетъ безучастно относиться къ заболѣванію ей; слѣд., гипертрофія простаты и простатиты нужно считать въ ряду причинъ колликулитовъ.

Мы говоримъ здѣсь только о тѣхъ простатитахъ, происхожденіе которыхъ лежитъ внѣ присутствія гоноккокковъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ начало ихъ можетъ быть объяснено даже эндогеннымъ способомъ.

Такъ, въ прошломъ году намъ, совместно съ Н. Ф. Лекневымъ, удалось наблюдать тяжелый случай паренхиматознаго простатита и цистита съ явлениями пери-нара-простатита, развившагося оселѣ типичной инфлюэнцы; отсутствіе другихъ этиологическихъ моментовъ дало поводъ считать эту форму эндогеннаго происхожденія, вызванную присутствіемъ бациллъ инфлюэнцы.

Къ сожалѣнію, этотъ случай не удалось эндоскопировать, такъ какъ съ ухудшеніемъ общаго состоянія больной уѣхалъ. Тѣмъ не менѣе, повышенная чувствительность въ области Col. sem., констатированная нѣсколько разъ при промываніи пузыря, когда это представилось возможнымъ, говорила за явленія колликулита.

Наконецъ, разстройства въ сферѣ мочевого пузыря на почвѣ органическаго страданія мозга, нарушающа функция канала—вѣрнѣе, слизистой оболочки его,—нужно отнести къ возможнымъ причинамъ колликулитовъ.

Клиническая картина.

Мы уже говорили въ исторической части, что Поше, первый изъ клиницистовъ, обратившій вниманіе на заболѣваніе Col. sem., заявлялъ, что боли, испытываемыя при этомъ пациентами до того сильны, что со слона ихъ можно написать пѣлме томъ, и что боли эти часто выносятся только въ лежачемъ положеніи.

Жалобы
больныхъ.

Не меньшее количество жалобъ приходится выслушивать и современнымъ клиницистамъ отъ подобнаго рода больныхъ.

Лехтманъ говоритъ: «жалобы эти настолько различны, что врачъ долженъ быть нѣрѣдко весьма проницательнымъ, чтобы найти причину ихъ въ половомъ аппаратѣ».

Wossidlo, много работавший над этим вопросом, довольно подробно останавливается на субъективных явлениях подобных больших, и посему мы позаимствуем у него описание их.

«В легких случаях у пациентов с изменениями на Col. sem. было неопределенное чувство тяжести, иногда жара, иногда шевотания, иногда давления и даже присутствия постороннего тела в задней части мочеиспускательного канала, редко на всем протяжении канала.

Чувство жжения было то во время акта мочеиспускания, то вне его; то при возбуждении penis'a, то при сфинксовержении и при твердом стуле.

Во многих случаях жар доходил до сильных болей в области прямой кишки и канала.

Боли иногда держались долго, иногда наступали внезапно, как при невралгии, с тем, чтобы через некоторое время исчезнуть.

Некоторые пациенты указывали, что при болях учащается позыв на мочу, причем моча остается чистой.

Нередко к неприятному ощущению в канале присоединялась эрекция с сладострастными и болезненными ощущениями.

Невралгические боли от прямой кишки и канала часто иррадируют в паховую область и яички; иногда от прямой кишки и паха по внутренней поверхности бедра, по люмбальным и сакральным нервам к крестцу и к спине, иногда в область таза, особенно в область пузыря.

Иногда наблюдались иррадирующие боли вдоль N. Ichiadici, вызывая шпашет.

Боли увеличивались при сидении, еще больше при падении вперед или вклинажи.

В некоторых случаях боли были так интенсивны, что делались собственными только при лежании больного с раздвинутыми ногами.

К местным болезням присоединялись искорби боли в крестце, головные боли, тяжесть головы, головокружение, чувство страха и боль или менее тяжелая душевная подавленность.

Автор приводит обстоятельную историю болезни одного офицера, подобная тяжелая страдания которого, не поддававшаяся лечению, но заставлявшая его в надежде найти помощь странствовать от одного врача к другому, вынуждали его бросить службу.

После предварительного бужирования стриктуры р. bulb. Wossidlo увидал при уретроскопии einen ganz ungewöhnlich grossen, glossig, werschwellenen, hyperämischen Col. sem.

Правильно примененная терапия этого органа сделала офицера здоровым. Автор наблюдал больного в течение шести лет без всякой рецидива.

Со стороны половой сферы автор отмечал жалобы на частую эякуляцию, простаторею и сперматорею.

Часто бывали жалобы на недостаточную эрекцию и ejaculatio praecox.

Бывали жалобы на мутную мочу при болях в пояснице, что внушало подозрение на pyelitis; с подобным диагнозом был прислан к Wossidlo один пациент.

Уретроскопия позволила установить диагноз заболевания Col. sem. и соответствующая терапия уничтожила следы «пиазита».

Сравнительно редко бывали жалобы на кровь в моче.

Краткая история болезни одного из подобных пациентов.

Пациент 21 года. Венерич. заболевания не было. Однажды утром почувствовал сильные боли при мочеиспускании, при конце акта появлялся кров.

Врачезь, к которому обратился больной, при цистоскопии был поставлен диагноз: stinotus vesicae.

Когда больной пошел к Wossidlo, то жалобы его сводились к сильным болям в области пузыря и в прямой кишке.

St. pr. Моча чистая без форменных элементов со сгустками крови.

Цистоскопия tumor'a не обнаружила.

Подтверждение правого мочеоточника слизистой была сильно гиперемирована и покрыта грибно-серой пробой (Ulcus artefac).

При последующих цистоскопиях была обнаружена под слизистой коркой совершенно нормальная слизистая.

В моче туберкулезных бактерий при неоднократном исследовании не было найдено.

При цистоскопии внимание автора было обращено на резко повышенную чувствительность задней части канала, несмотря на анестезию.

Это и побудило исследовать Col. sem.

«Ich fand, nimmz Wossidlo, ihn auffallend gross, intensiv gerötet und glossig verschwellen, auf Berührung ansser ordentlich empfindlich».

Увеличение и опухание Col. sem., по автору, были причиной болей и кровотечения. Местная терапия оказала благоприятный результат.

На такое же разнообразие жалоб указывают и другие авторы, определявшие путем уретроскопии патологические изменения на Col. sem.

Grünfeld говорит, что различные страдания из половой сферы мужчины происходят не исключительно от поражения центрального нервного аппарата, но в большинстве случаев зависят от заболевания яичек, бугорка.

«При выраженных симптомах полового бессилия, пишет Goldschmidt, я находил сѣм. буг. особенно гладкими и полированными на подобие маслины».

Дальше, говоря о разращениях, онъ продолжает: «Играют ли они какую-нибудь важную роль въ патологию или нѣтъ, объ этомъ пока ничего нельзя сказать».

Во всякомъ случаѣ трудно предположить, чтобы эти разращения представляли бы безразличное явление. У одного пациента, приведеннаго ко мнѣ на исследование по поводу чрезвычайно частыхъ поллюцій, я видѣлъ ихъ (разращения) на сѣм. буг. колышавшимися подъ вліяніемъ ирригационной струи на подобіе вымпеловъ».

Oberlander, Hurrig Fenwick, Frank, Михайловъ и др. отмѣчаютъ у пациентовъ съ изменениями на Col. sem. жалобы, какъ на общія неврастеническія явленія, такъ и на различныя нервныя страданія въ мочеполовой сферѣ.

Grünfeld, Подрезъ, Bursckhard, Tano, Pöpper, Scharif, Schmidt и мн. др. говорятъ, что жалобы больныхъ колликулитомъ сводятся къ разстройству въ половой сферѣ: то наблюдается просторрея, то сперматоррея, то поллюціи, то боли при изверженіи сѣмени и чувство полноты при эрекции, то — и это очень часто — больные жалуются на преждевременное изверженіе сѣмени.

Luys отмѣчаетъ жалобы на кровяную сперму въ зависимости отъ воспалительнаго увеличенія Col. sem.

Finger, Terrepson, Здановичъ, Орловскій и др. говорятъ о жалобахъ на половую слабость.

Finger, говоря о ненормальностяхъ въ половой сферѣ, группируетъ ихъ, смотря по степени колликулита въ двѣ стадіи: «Въ свѣжѣхъ случаяхъ бывають преимущественно явленія раздраженія, повышенная похотливость, сильная эрекция, быстро сѣ-

дущія эякуляціи и частыя поллюціи. Съ теченіемъ времени всѣ эти явленія раздраженія убываютъ, поллюціи становятся рѣже, эрекция слабѣе и развивается картина раздражительной слабости, характеризующейся неудовлетворительными эрекціями и быстрыми, несвоевременно являющимися эякуляціями. Подобная раздражительная слабость современемъ переходитъ въ паразитическую импотенцію. Иногда больныхъ беспокоитъ истечение сѣмени при мочеиспусканіи или твердомъ испражненіи».

Wood Rigles указываетъ жалобы на частые позывы къ мочеиспусканію. Присутствие въ пузырьѣ 2—4 унцій мочи, по его словамъ, расслабляя внутрен. сфинктеръ, приводитъ въ соприкосновеніе съ патологическимъ Col. sem. и вызываетъ у больного непреодолимое желаніе мочиться. Актъ сопровождается чувствомъ жара и боли въ уретрѣ, простатѣ и шейкѣ пузыря.

Позывъ бываетъ не только днемъ, но и ночью.

Итакъ, на основаніи этого краткаго описанія, мы видимъ, что жалобы больныхъ колликулитомъ сводятся либо къ ненормальностямъ въ половой сферѣ, либо къ неврастеническимъ болѣзнямъ въ ней, либо въ ненормальностямъ въ мочевой сферѣ, въ общемъ же сводятся къ жалобамъ такъ называемыхъ половыхъ неврастениковъ.

Названіе «половая неврастенія» по H. Rohleder'у ведетъ свое начало отъ американскаго невропатолога Beard'a, но болѣе подробное описаніе ей далъ Kraft-Ebing, который и дѣлитъ ее на три стадіи, постепенно переходящія другъ въ друга.

1. Стадія мѣстно-полового невроза, состоящая въ частыхъ ночныхъ поллюціяхъ, и преждевременномъ сѣмяизверженіи *apud coitum*.

2. Стадія невроза поясничной части спинного мозга, обнаруживающаяся въ неврагическихъ *riexus lumbosacralis*, въ дневныхъ, ночныхъ поллюціяхъ и въ ослабленіи потенціи.

3. Стадія общей неврастеніи, гдѣ цереброспинальные симптомы, неврагическія внутреннихъ органовъ, какъ сердечная неврастенія, гастрическія разстройства нервного происхожденія, сперматоррея и проч., чередуются другъ съ другомъ въ пестрой картинѣ и связаны другъ съ другомъ.

Дѣйствительно, какъ мы видѣли, жалобы больныхъ колликулитомъ и лицъ, страдающихъ половой неврастеніей, сходны между собой.

Собствен-
ная наблю-
денія.

Хотя жалобы наших больных характеризуются почти тѣмъ же разнообразіемъ, какъ и больных вышеупомянутыхъ авторовъ, тѣмъ не менѣе, мы съ нѣкоторою натяжкой можемъ сгруппировать ихъ на нѣсколько категорій:

Первая категорія больных отличалась главнымъ образомъ ненормальности въ половой жизни — 37,80% всѣхъ больныхъ.

Вторая — ненормальности въ мочеполовой сферѣ — 5,85%.

Третья — ненормальности въ мочевой сферѣ — 9,75%.

Жалобы четвертой сводились къ различнымъ нервнымъ болѣзнямъ — 15,60%.

Больные пятой группы являлись съ готовымъ диагнозомъ хроническаго триппера, и являясь жалоба ихъ сводились къ отдаленію изъ канала — 30,45%.

Для иллюстраціи, вѣрнѣе наглядности, мы приведемъ нѣсколько подробныхъ исторій болѣзни, расположивъ ихъ въ такой последовательности, чтобы на основаніи анамнестическихъ данныхъ можно было представить постепенный ходъ патологическихъ субъективныхъ ощущеній, испытываемыхъ больными съ тѣми или другими отклоненіями на Col. sem.

Исторія № 1.

С.—ко. Студентъ, 18 лѣтъ. Принятъ на приемъ въ Институтъ Уролог. 9 сент. 1909 г. съ жалобой на частыя, иногда ежедневныя поллюціи.

Anamnesis. Съ 12 лѣтъ началъ опашнрвать, иногда по нѣсколько разъ въ день. Такъ продолжалось до 17 лѣтъ съ этого времени открылись отъ порока, идявъ нѣсколько довольно нравственныхъ сношеній. Въ теченіе послѣднихъ года стали появляться поллюціи, иногда нѣсколько двѣ-трижды, иногда въ теченіе ночи 2 раза. Похоть этого чувствуетея разбитостъ. Венеричъ, возблжвннй не было.

Сл. пр. Печенка и тлжолоконе удовлетвор.

Половые органы нормально развиты.

Моча прозрачная, нзмѣненіе не представляетъ.

Простата per rectum незначительно увеличена въ обѣихъ доляхъ, мягковата. Чувствит. по средней линіи, особенно въ опредѣленную пунктъ ближе къ анусу. Похоть массажа въ мочѣ диффузная муть; в boule находтл болѣзненность въ области Col. sem.

Эндоскопія: Col. sem. по выдвнцател на 1/2 въ простатѣ № 23, цвѣтно-краснаго цвѣта, слиз. блестящая, гладкая, влажная, какъ бы ванита. Отверстій на Uthg. macs. и ductus оны не видно. Отсутственность основанія, значительная кровянивость его. Рывкая чувств. Col. sem. Гиперемія и рыхлостъ окружающихъ частей.

Diagnosis. Coliculis superficialis hyperaemia.

Леченіе. Эндотеранія черезъ 7—10 дней.

Теченіе. Похоть первыхъ прижатій, промежутокъ между поллюціями постепенно увеличивалась и при концѣ леченія были доведены до 2 разъ въ мѣсяцъ.

3 февр. 10 г. Эндоскопія: Col. sem. уменьшился въ размѣрѣ; занимаетъ 3/4 простата № 23; слиз. его желто-краснаго цвѣта, влажная, гладкая Основаніе не кровотоциттъ, изъ отчетно.

Отверстіе Uthg. видно какъ щель, окруженная складочками по бокамъ, ductus въ видѣ небольшого ямочекъ. Окружающая слиз. не кровотоциттъ.

Мы встрѣчаемъ здѣсь съ больнымъ, котораго беспокоитъ поллюція, повторяющаяся иногда ежедневно, въ результатъ чего на слѣдующій день чувствуетея общая разбитость.

Подобныхъ жалобъ записано у насъ около 9% по отношенію къ больнымъ этой категоріи. Частота поллюцій различна, иногда въ недѣлю 1—2 раза; иногда поллюціи ежедневно въ теченіе 3—5 дней.

Въ двухъ случаяхъ были отмѣчены явленія сперматорреи и въ одномъ — простаторреи. Почти во всѣхъ случаяхъ можно было слышать объ общей разбитости, головныхъ боляхъ и утомленіи на слѣдующій день.

Что касается степеней эрекціи, то у подобного рода больныхъ она была достаточно сильная.

Встрѣчались болѣзнь, либо совершенно не имѣвшие сношеній, либо приблнжвннй къ нему очень рѣдко.

У людей же съ частыми coitus'ами, вообще не стѣсняющихся себя въ половой жизни, вмѣсто поллюціи иногда наступала усиленная похотливость.

Finger говоритъ: «Рѣдко случается, чтобы обращались къ врачебной помощи въ первомъ періодѣ болѣзни, когда отъ малѣйшей причины появляется эрекція. Этотъ періодъ, если исключить частыя поллюціи, представляеть, быть можетъ, столь много пріятнаго для пациентовъ, что послѣдніе ничего болѣе не желаютъ, какъ чтобы онъ (періодъ) продолжался возможно дольше».

Къ намъ обратился одинъ врачъ, который можетъ вполне иллюстрировать подобный болѣзнь, находящийся въ періодѣ полового ученія.

Въ этіологіи — неуравновѣренный и продолжительный coitus interruptus. Врачъ описываетъ такъ свое состояніе: «Временами, среди спокойной работы, за читаемъ или писаніемъ, я ощущаю непре-

одолжное чувство как бы похоти, причём ни эрекции, ни каких-либо эротических мыслей не является. Это ощущение сладострастного и даже очень приятное, посты чего уже является мысленное желание чего-то более реального.

Итак жалобы на частые поллюции или усиление похоти при легкой возбудимости являются первыми вестниками ненормальности в половой сфере.

История № 2.

Д.—из, 34 л., конторщик, обратился на приём в Урол. Институт 1 февраля 1912 года с жалобой на половую слабость, выражающуюся в быстром извержении семени при нормальной эрекции.

А в а m n e s i s. 1-й триппер 14 лет назад. За этот промежуток времени было несколько трипперов. Последний в 1911 г. лечился аккуратно. По бактериологическому анализу гонококков не было.

Иметь раньше правильная сношения; с прошлого года стали замечать быстрое семяизвержение. Опазмозом не занимался. Половая жизнь началась с 18 лет.

St. рг. Питание и тд.—сложение хорошее. Половые органы нормально развиты. Из канала отделился итг. Моча в 1-й порции прозрачна с небольшой итг.—бактериологически гонококки не обнаружены; рг. гестат. простата увеличена, особенно слва, плотной консистенции, чувствительна к давлению по средней линии ближе к апузу. Посты массажа диффузная муть с желтыми запятатыми итгями, à bouille № 22 определяет структуру in р. bulbosa.

Со стороны нервной системы небольшое повышение кожных рефлексов.

3 февр. Эндоскопия. Не виднается на 2/3 во просвёт № 23. Пупово красного цвета, слизистая гладкая, блестящая. Отверстия не видны. При прикосновении чувствительны. Основание набухши, кровотоить. р. рг. разрыхлена; в р. bulbosa круговой рубец в р. п. end.—интуба.

Diagnosis: Collic, hyperaemia chg.; Strictura; Urethritis; prostatitis.

Лечение.—Предложена бужировка, массаж, вносатствия эндотерапия.

Быстрое извержение семени при сношении, так называемое ejaculatio praecox, при нормальной эрекции (но крайней мтрь последнее обстоятельство не представляло для пациента заметного изменения), заставило данного больного обратиться к врачу.

Иногда больные являлись с жалобой на хронической триппер, и только отвты на вопросы, заданные в соответствующем направлении, указывали на эту ненормальность в половой жизни. Заставляя припоминать явления в половой сфере, предшествовавшая ежаcl. рг., можно было установить, что до этого у больных бывали частые поллюции; некоторые же из больных даже сами указывали на это обстоятельство; тогда как у других в прошлом бывали желания к тремтрьним coitus'ам, бывала, так сказать усиленная похотьливость.

Слд., можно предположить, что эти явления в некоторых случаях бывают предтечей будущей половой слабости, начальная форма которой, как более заметная для больного, выражается в вид ejaculatio praecox.

Подобных зарегистрированных жалоб оказалось у нас около 37% по отношению к общему числу больных первой категории.

История № 3.

Д.—ский, 35 л., инженер, обратился на приём 13 сент. 1911 г. с жалобой на быстрое извержение семени и иногда слабое напряжение члена. Болезнь около 1/2 года.

А m a m n e s i s. Ветерич. заболваный не было. Coitus с 17 лет. Опазмоз в детстве. Частый coitus interruptus. Запоры. В последнее время сильно нервничает. Около 2-х лет было быстрое извержение семени без заметного упадка эрекции.

St. рг. Питание и тд.—сложение удов. Половые органы нормально развиты. Небольшое расширение вент. придатков и члчск и кожи penis'a.

Отдлени из канала итг. Моча прозрачна. Простата немного увеличена in toto, порочно чувствительна по средней линии, слва интубата; посты массажа отдлени в вид опалецирующей жидкости; микроскопически мало многоядери. лейкоц.

Рефлексы половых частей есть; à bouille определяет ртзо чувствительную заднюю часть канала.

Со стороны нервной системы повышение кожных рефлексов. 20 сент. эндоскопия № 23. Все поле ртвия залпается кровью. Исследованье оставлено до сакующаго раза.

20 сент.—5 окт. instil. задней части канала Sol. Arg. Nitric. оть 1/4 до 1% через 2 дня посты предварительного массажа простаты.

12 окт. Эндоскопия.—Col. sem. занимает весь просвёт, слиз. его застойно-красного цвета, довольно гладкая, местами ма-

това, прикосновение резко чувствительно и хлестами вызывает sanguinem. Основание разрыхлено. Слиз. ва Col. sem. набухшая, р. prost. и memб. гиперемия; первая слегка кровотоочит. Ductus'y не различимы; Utrh. mass. не видна.

Diagnosis: Colliculitis hyperaemia.

Лечение. Эндотерапия 5% Arg. Nit.; 15 окт. 2 дня были боли при мочеиспускании. Массажь простаты. 20 окт. эндотер. 5%; 25 окт. массажь; 28 окт. 10% эндотерапия. 1 нояб. был соитус; первый раз слабый; второй—удовлетворительный. Эндотер. 20% Arg. Nit. Слиз. Col. sem. не кровотоочит; стала бадяже и меньше чувствительна. 4 нояб. массажь простаты.

10 нояб. эндотерапия 20% Arg. Nit.

13 нояб. массажь. 18 нояб. эндотер. 20% Arg. Nit. 23 нояб. имѣлъ сношение; выбрасывание сѣмени через довольно продолжительное время. Массажь. 25 нояб. эндотерапия 25% Arg. Nit.; Col. sem. блѣдно-краснаго цвѣта, меньшей величины, мало-чувствительный, слиз. его основания совершенно не кровотоочит.

10 нояб. 1911 г. имѣлъ нормальный соитус. Чувствуеть себя хорошо.

3 авг. 1912 г. Сношение нормальное

Здѣсь имѣлась жалоба на половую слабость. Больной опредѣлялъ ее самъ, пришелъ почти съ готовымъ диагнозомъ.

Слабость выразалась въ быстромъ изверженіи сѣмени и иногда недолгомъ напряженіи члена, однако, достаточномъ для полового акта.

Данный больной отмѣчалъ ея. гравес., предшествовавшую данному заболѣванію; фактъ, которому онъ раньше не придавалъ значенія; также и нѣкоторые другіе больные вспоминали о бывшихъ частяхъ поллюціяхъ и ejacul. gравес.

Возможно, что поллюціи и ejacul. гравесовъ при нормальной эрекции суть симптомы, характеризующіе начальную форму половой слабости, переходную къ другой болѣе рельефной формѣ, съ ослабленіемъ эрекции, замѣной уже самому больному, какъ явленіе ненормальное для половой жизни.

Общее число подобныхъ жалобъ было до 15% всѣхъ жалобъ съ половыми ненормальностями.

Исторія № 4.

26 апр. 1905 г. II—въ, 33 года, чиновникъ. Пришелъ въ Ур Институтъ съ жалобой на отдѣленіе изъ канала по утрамъ и ослабленіе половой способности (своѣмъ наблюденіе съ д-ромъ Лекневымъ).

Anamnesis. Трипперъ 15 лѣтъ назадъ, лечился неаккуратно, было несколько обостреній. 4 года тому назадъ появилась боль въ заднемъ проходѣ; лечился отъ воспаления предет. железы и отъ диспропорціи тогда же врачемъ суженія канала.

Улучшеніе наступило, но черезъ 3 дни послѣ окончанія леченія появилось снова худшее. Лечение было повторено.

Последніе 2 года стали замѣчать ослабленіе половой дѣятельности; эрекция неполная, быстрое изверженіе сѣмени. Несколько лѣтъ соитусъ interratus. Последнее время сильная обрѣя первая раздражительность.

81. рг. Большой полный, хорошаго телосложенія. Половые органы нормальны. Отдѣленіе изъ канала слизистое. Моча 1 порція мутновата, 2—чиста.

Простата въ границахъ нормы, но мягка и болѣзненна, послѣ массажа въ мочѣ значительная муть.

Анализъ мочи: была вѣтъ; порядочное количество лейкоцитовъ. Гонококковъ нѣтъ.

Бактериологически въ 1 порціи гонококковъ нѣтъ. à bouille X 22 замущиваетъ препаратіе въ передней и бульбозной части.

27 апр. Эндоскопія. См. G. № 2.

Diagnosis. Strictura, prostatitis chr. parench. et Colliculitis interst cirsuscripta.

Съ 29 апр. по 12 мая. буянъ метал. до № 27.

Съ 15 мая по 16 іюня. Расшир. обійей съ № 24 до 35. Въ промѣжуткахъ промываніе Нуд. Оухе. и Arg. Nit. 1:500. Массажь простаты, пепсифорф., перемѣный. Лечение прервано по случаю отъѣзда. Болѣе вѣтъ. Утреннія капли исцезла.

Явился 14 іюля. Капли снова съезъ. Болѣе вѣтъ. Имѣлъ за это время 2 раза сношеніе, но неудачно. Моча прозрачная съ одиночными длинными вѣтвями. Простата мало болѣзненна. Послѣ массажа опалесценція.

17 іюля. Эндотерапія 4% Arg. Nit. 22 іюля. Эндотерапія 5% Arg. Nit.

26 авг. 31 сент. Сдѣлано еще 6 эндотерапіей Sol. 10% Arg. Nit.

10 сент. Самочувствіе хорошее. Col. sem. уменьшился на половину. Сношенія удачны.

Исторія № 5.

Я—скій, 28 лѣтъ, инженеръ. Пришелъ на приѣздъ 29 февр' 1912 г. съ жалобой на половую слабость и боли въ промежуткѣ. Anamnesis: 13 лѣтъ назадъ впервые заболѣлъ трипперомъ; лечился 3 мѣсяца спиринцевалиями и внутрен. средствами, Послѣ окончанія леченія часто бывала рѣвъ при мочеиспусканіи.

Через 3 года получить вторичный триппер; сначала лечился самостоятельно: сам дробил растворы для спринцевания из Kali bichromat. (держался принципа: чем больше подожить кристаллов, тем лучше). После обратился к врачу и лечился глубокими прижиганиями ляписа (неаккуратно), в 1905 году начал регулярное лечение бужами (неаккуратно), но вследствие сильного раздражения и общей нервозности лечение было оставлено. В 1911 году лечился массажем простаты и психрофором.

Вялости опияizmu. В 1903—1904 года была усилена половая жизнь. С 1905 года начал замечать быстрое извержение семени, что и принудило его обратиться к врачу; с той целью было предпринято лечение бужами; улучшения не последовало. С каждым годом эрекции становились слабее и реже. В 1910 г., хотя эрекции и были, но достаточно было прикоснуться к половым органам женщины, чтобы наступило эякуляция; это можно через 2—3 дня бывала новая попытка вступить, то penis можно было ввести in vagina и почти сейчас же наступала эякуляция.

По совету венерологов обратился к невропатологу. Лечился гипнозом, но кроме улучшения общего состояния, никаких благоприятных результатов в половой сфере не замечал.

В 1907 г. принял серьезное лечение душами и электричеством от общей неврастении, сопровождавшейся частыми падениями души.

При первичных постоянно бывали боли в промежности, особенно при сиденьи и появлялся одновременно пощипывающий зуд.

St. pr. Отдельное питание и туберкулез.

Отклонений в развитии половых органов нет.

Изъ канала отдаления нет. 1-я порция мочи с виллями, слегка мутновата. Вторая прозрачна.

Простата увеличена в обеих долях, слегка мягковата, равномерной консистенции, чувствительна по средней линии. После массажа отдаление в виде мелких застойных точек, в небольшом количестве. Бактериологически найдены гонококки.

à bouille провести за p. bulbosa не удалось.

1 марта. Эндоскопия № 23 доходить до part. bulbosa, где и прирастает в твердый круговой инфильтрат, в центр которого имеется отверстие с диаметром № 8 по Charrierу; part. pend. расставна очаж. твердых инфильтратов (круговые и плоскостные).

Видовые: Strictata, Ureth. chron. Neurasthenia.

С 3 марта по 7 апр. Бужировка, (адаптирование от № 6 до № 12 и с № 12 по 24 металами). При прохождении в p. prost. первые №№ бужей упирался в Col. sem.; последний был резко чувствительным. После бужирования каждый раз случившее отдаление. Металлич. бужами удавалось проходить через Col. sem., вызывая каждый раз болевые ощущения до № 18, причем вложив бужа каждый раз яено определял присутствие увеличенного и плотного семени. бугорка; чтобы пройти, нужно было либо прижать

кловь к передней стѣнкѣ, либо опустить очень низко павильонъ и тогда при характерном ощущении бужъ проскакивать въ пузырь. Начиная съ № 18 сукровичное отдаление почти исчезло.

7 апр. Самочувствие больного хорошее. Эрекция немного лучше. Эндоскопия: № 23 прошла съ некоторым затруднением in p. meibomia. Col. sem. не вмѣщается на $\frac{1}{2}$ въ просвѣтъ трубки. при этом осматривать сначала одну $\frac{1}{2}$, потомъ другую. Онъ конусообразной формы, контуры его правильны, слизистая блѣдно-красного цвѣта, гладкая, какъ бы покрыта вуалью, тускла, при прикосновении резко чувствительна (по словамъ больного, эта боль напоминаетъ ему болезненные явления въ промежности).

Слизистая не эрозирована, ближе къ основанию ясно выражена отечность; отечность основана; сама слизистая окраска кровью при высунутии павильона. Слиз. Col. sem. резко плотный; на верхушкѣ его зияетъ Uthg. mass. въ видѣ поперечно расположенной щели. Ovaria in d-ovъ не видны.

Слиз. p. prost. тускла, p. meib. сплошной твердый инфильтратъ, постепенно переходящий въ таковой же part. bulbosa.

Diagnosis: Colliculitis interstitialis hypertrophica.

Лечение: Массажъ, бужа, вакцина, водотерапия.

Съ 15 июля имѣлъ правильныя сношенія при хорошей эрекции; извержение семени быстрое.

Здѣсь мы наблюдали дальнѣйшій упадокъ половой дѣятельности: послѣ эякул. грахов при достаточной эрекции, последняя становилась слабѣе и рѣже появлялась (см. ист. № 4). попутно уменьшалась продолжительность coitus'a за счетъ болѣе быстрого извержения семени, дохода до такого состоянія, когда одно прикосновение penis'a къ половымъ органамъ женщины становилось уже достаточнымъ для того, чтобы наступило извержение семени (см. ист. № 5).

Подобныхъ жалобъ встрѣтился намъ въ 6% общего количества половых ненормальностей.

Исторія № 6.

11 сент. 08. Ч.—ий, В. Ан., маниакальн. на жел. д. 42 лѣтъ, пришелъ въ Спб. Урод. Инст. на приемъ д-ра Н. Ф. Лежнева (наблюдение совместное) съ жалобой на половую слабость около 3 лѣтъ.

Anamnesis, 18 лѣтъ назадъ былъ трипперъ, лечился только спринцеваньемъ. Между 23—25 годами занимался опиязмомъ. Порядочно изъ 3 года тому назадъ, замѣтилъ ослабление эрекции, сталъ принимать Iohimbin, эрекция какъ-будто улучшилась, но не надолго; снова стала падать, несмотря на лечение. 2 мѣсяца тому

назвать была последняя попытка ad coitum, но по словам больного это было «нечто», мало похожее на эрекции: эрекция почти не было. По утрам погода накали на эрекции.

St. pr. Половые органы нормально развиты, изъ канала отделил итг. Моча прозрачна, с небольшими слизистыми нитями.

Простата увеличена в объём дольк, мягка; посля массажа моча слегка замутилась (микроскопически найдено небольшое количество лейкоцитов).

à bouille № 22 определять структуру in parte bulbosa.

12 сент. Эндоскопия № 23 Col. sem. не виднается из просвета; неправильно конической формы, сильно гиперемизирован, слизистая матовая, рыхлая; при прикосновении сейчас же начинает сочиться кровь, итг. Col. sem. Ultr. mac. — виден; d. не виден; чувствительность понижена. Рыхлость слиз. part. prostaticae Твердый круговой инфильтрат part. bulbosa.

13 сент. Со стороны нервной системы явления Neurasthenia
Diagnosis—Colliculitis decompensata, prostatitis chron. Strictura.

14 сент.—18 сент. Расширитель до № 30; в промежутках массаж в промеж. Нуд. Охус.

Лечение. 19 сент. Эндотерия Arg. Nit. 10%.

Сь 20 сент.—29 сент. Расшир. до № 34, промывание, массаж.

29 сент. Эндотерия. 10% Arg.

1 окт. Появилась эрекция.

2 окт.—31 окт. Эрекция до № 40, массаж, промывание. Эндотер. 10 раз.

1 ноября—8 ноября. Массаж. Простата в границах нормы. Самочувствие удовлетв. Эрекция бывает. Возбуждение.

8 ноября—17 дек. Итг. 4 сношения. Эрекция была каждый раз, но неполная. Ejaculatio praecox.

История № 7.

Л.ский, 32 г., чиновник, женат; детей итг. Обратился в Институт 15 мая 1911 г. с жалобой на половую слабость.

Привожу вкратце историю, написанную самим больным. Лтъ сь 15, а может быть и раньше, пишет он, и начал заниматься ованазомом.

Смутно припоминается, что по началу у меня не извергалась жидкость из канала. Чьмь больше я возрастал годами, тьмь больше предавался этому пороку. Когда мне было лтъ 20, я уже ежедневно занимался итг, так что уже предавался ему вошь силу половой потребности, а вь силу привычки утром и вечером.

Лтъ 22 и вступил в брак. Кь этому времени половая деятельность моя настолько ослабла, что при сношении сь женой получалась очень слабая эрекция. Первые два года брачной жизни половой итг. проходила, кажется, правильно, т. е. я означивал жьсть сь женой, а затьм стал замьчать, что я ованазиваю зна-

чительно раньше. Вь это же время у меня появилось итгте жьдука и итгте. Половая деятельность продолжала ослаблять; эрекция очень слабая и быстрое извержение сьмени. Через 5 лтъ посля свадьбы я обратился кь гомеопату, который напел у меня неврастению на почвь ованазма.

Дальше, больше описывать странствование свое по докторатъ и знахарьм, включая Багдадена. 1/2 года какь наступила полная слабость. Полночь раньше бывали, теперь совершенно итг. Эрекция утром очень рьдка и слаба.

Ужеле кь соитю сь женой. Механизм раздражения вызываеть очень слабое напряжение penis'a. Веприч. возбужданий не бывало. Первое сношение сь женой.

St. pr. Питание и тьдосложение меньше, чьмь удовлетворительно, кожные покровы бльды.

Половые органы нормально развиты. Отделения изъ канала итг. Мошонка немного отвисла, расширение венъ дьнаго сьм. каvatчка умеренно выражено. Моча чистая, прозрачная вь объёмх порнйх; per rectum—небольшое увеличение простаты, консистенция ея равномерна; рьзкая чувствительность по средней линии вь 1/2, лежащей ближе кь апис'у; больно звать, что едва сдерживается оть боли. Посля массажа легкая опалесценция мочи.—Микроскопически найдены единичные лейкоциты.

à bouille № 22 определять сильную болезненность вь области Col. sem.

Явления сильно выраженной неврастении.

Половые рефлексы хорошо выражены, даже покажуй, немного понижен.

Анализ мочи—позитивный не обнаружил.

Анализ спермы, собранной вь пресерватив, определял неподвижные и измененные сперматозоиды.

Эндоскопия.

Col. sem. не виднается на 1/2 вь просвьт № 23, слиз. гладкая, влажная, отечная, особенно у основания; не кровотоотчив. Чувствительность рько выражена. Ultr. mass. вь видъ ямки; d-os не видны. Слиз. Col. sem. не представляет изменений; Col. sem. представляет плотный; p. прост. слегка разрыхлена.

Diagnosis: Colliculitis hypertroph. Neurasthenia. Impotentia.

Лечение—сь 15 по 29 мая массажъ железъ сь поскатуюющей итгелляци Arg. Nit. 1/4% 2 раза вь недьлю.

30 мая эндотерия 5% Arg. Nit. 31 мая ночью была полдюция сь предшествовавшимъ актвом, продолжительность последняго значительно болыша. Боли per rectum меньше. 4 июня. Возбуждение чьмь лучше; 20% Энд. 11 июня. Эндот. 20%; 25 июля. Col. sem. занимаеть 1/2 просвьта № 23. Не кровотоотчив, слиз. влажная, желто-красного цвьта, отечности хорошо различима.

31 июля. Сдълано прижатие 20%; 8 авг. итгте сношение, напряжение было хорошее, ejacul. не быстрая.

История № 8.

К—в, контрцели, 44 лет, холост; пришел в амбулаторию Спб. Уролог. Института 29 сент. 08 г. на прием д-ра Лейбена с жалобой на половую слабость, около 2-х лет.

Anamnesis: Мастурбация с 16 до 24 лет, большая злоупотребления на этом поприще. С 24 лет иметь правильные сношения, с 1904 года стал замечать в начале быстрое извержение семени, затем и меньшую напряженность члена. Эрекции стали редкнать явлением. После coitus'a чувствовалась раздражительная слабость. Позлоция рвдкн.

Отклонений со стороны мочевых путей не отмечается. Венерич. заболеваний не было.

St. pr. Хорошее питание и тлосложение.

Половые органы изменений не представляют, моча чистая в 1 и 2 порциях. Простата слегка гипертрофирована, чувств.; после массажа опорожняется мочи.

Рефлексы cremaster'a и брюшные удовлетворит., кожные повышенн.

à bouille на мтект Col. sem. определяют повышенную чувств. 2 окт. Эндоскопия Т. № 25. Col. sem. увеличен, остроконечной формы, слиз. его синевато-красного цвета, гладка, блестяща, как бы налита и основанию, чувствительна. Рыхлость слиз. pr. prostataeae.

Diagnosis Colliculitidis superfic. hyperaemia.

Лечение:— Instil. (2% Protargol) partis posterioris; бужи с № 25, массаж простаты. Эндотерапия через 7—8—10 дней. 17 дек. Сделано 10 эндотерапий St. 10% Arg. Nitrg. Раствир. доведет до № 31. Все время хорошо переносила больным, реакция была ничтожна. Sanguis не было.

Самочувствие хорошее. Эрекции снова появились и дополнило хорошия. Эндоскопия.—Col. sem. уменьшился на 1/2, розово-красного цвета, Uthr. mass. изменений не представляет. D. ej. не видны.

История № 9.

К—в, 36 лет, торговель, обратился на прием 22 ноября 1911 г. с жалобой на половую слабость.

Anamnesis: в 1907 году был триппер, лечился все время аккуратно.—Несколько раз было бактериологическое исследование мочи и говококи не были обнаружены.

Половая жизнь протекала правильно, в последнее время около года сношения не имать; жена была в деревн. Возбуждение члена за этот период времени иногда бывало; сн приток жем эрекции не стало. Все попытки к coitus оставались тщетными. Желание было сильное.

St. pr. Питание и тлосложение удовлетворительное. Половые органы развиты правильно. Отделение и сжквания канала пвт.

Моча прозрачна в обихв порциях. Простата в тлвой долк немного гипертрофирована, чувствительность ее к давлению изменений не представляет. После массажа только прозрачная жем; лейкоциты единичные; à bouille № 22 свободно проходит по каналу.

23 ноября. Эндоскопия: № 23 Col. sem. занимает весь просвет, форма его с округленной верхушкой; слиз. насыщенно-красного цвета, блестяща, слегка кровотокая и основанию. Uthr. изменен и из него идет алая струйка крови; чувствительность повышена. Слиз. за Col. sem. изменен не представляет. Основание отчетно, кровотока. Дилатация трихаста слиз. partis prost. et memb. Остальная часть канала изменений не представляет. Сделано прижатие Col. sem. 10% Arg. Nitrg.

Diagnosis Colliculitidis superfic. hyperaemia.

Лечение 25—30 ноября.—Массаж простаты. 3 дек. эндотерапия 10% Arg. Nitrg. Из Uthr. mass. крови не покаывается. Зондирование полости его не удалось вследствие некоторых технических погрешностей; введенный в полость зонд сейчас давал болевня ощущение от замыкания тока. 5—8 декабря. Массаж. Возбуждение было, член был довольно тверды, сношения не имать.

10 дек. Эндотерапия 10%. Col. sem. меньше чувствителен, в губках Uthr. mass. торчит инородное тло, блгаго цвета; при протирании тампонами передней поверхности Col. sem. и области устья Uthr. mass. нельзя было удалить его. 12—20 декабря.—Массаж. 23 дек.—Эндотерапия 20%. В устье Uthr. mass. продолжает находиться то же тло. 2 января 1912 г. Эндотерапия 20%. Инородное тло на превржен мтект. При помощи специального зонда было удалено камеш. Последний был плотно ущемлен между губами, пришлось его выколупнуть; притомже камень, вышав из устья, повис, бужи закорочен в слизистой капсулу, начало которой продолжало оставаться в устье. При помощи зонда, оторвав тонкое приращение, камень вытаскили наружу.

Онк был в особой прозрачной оболочке, которая легко отслаивалась, после того как камешек был помятень в жидкости. Камешек был круглой формы, сферовато-блгаго цвета, совершенно гладкий, в диаметре около 1 мм. Химич. состав определен не был.

С 17 февр. по 11 марта 2 эндотерапии, в промежутках массаж простаты. После каждой эндотерапии отсутствовала эрекция 2 дни; затем появлялась полная эрекция. Выбрасывание семени нормальное.

11 марта. Col. sem. значительно сократился, занимает меньше 1/2 просвета № 23, блгадо-красного цвета, основание еще слегка отчетно. Устье Uthr. mass. без патолог. изменений. Кровотечение из вт устья, из вт слизи, окружавшей Col. sem. нет. Тщательное зондирование полости ничего ненормального не открыло. Отверстия д-овт не видны.

20 марта. Здоровь.

Жалобы этих больных сводились к полной половой слабости—эрекция становилась уже недостаточными для введе-

nia in vaginam, при попытке къ coitus'у получалось «нѣчто мало похожее на зтогъ актъ» (Ист. № 6), даже механическое раздраженіе половыхъ органовъ вызвало слабую эрекцію (Ист. № 7). Однако, оставались слѣды половой энергіи въ видѣ утреннихъ, хотя и слабыхъ напряженій, а ягода и поллюціи (Ист. № 8). Все же, и эти намеки на эрекцію, несмотря на сохранившееся половое влеченіе, дѣлаются вполнѣтъ рѣзкимъ явленіемъ. Въ одномъ случаѣ (см. ист. № 12) наряду съ отсутствіемъ эрекціи пришлось встрѣтиться съ поллюціями безъ напряженія члена.

Аналогичныхъ жалобъ пришлось намъ встрѣтить около 16% по отношенію къ общему числу большихъ этой категоріи.

Исторія № 10.

15 окт. 1910 г. III—въ, Студентъ Технол. Инст., 27 л., обратился на приемъ съ жалобой на отдѣленіе изъ канала при малѣйшемъ возбужденіи члена и на быстрое изверженіе сѣмени при сеюшеніи. Болезнь 2-й годъ.

Anamnesis. Описываетъ 6 лѣтъ; 2 года назадъ появилось отдѣленіе изъ канала. Исслѣдованіе на гонококки дало отрицательный результатъ, гѣмъ же мѣсяцъ, лечился подл. діагнозомъ «стригера».

St. рг. Питаніе и тѣлосложеніе удовлетворительное. Половые органы правильно развиты, изъ канала выделяется глинериновая жидкость, слизистой покрыта вся головка. Исслѣдованіе подл. микроскопомъ: бактерий нѣтъ совершенно, среди слѣдовъ единичные лейкоциты, сперматозоидовъ не встрѣчается.

Моча въ 1-й порціи съ хлопьевидными нитями въ порядочномъ количествѣ; подл. микроскопомъ: гонок. и другихъ бактерий нѣтъ, порядочно лейкоцитовъ.

Простата авачительно увеличена, плотновата, чувствительна. Послѣ массажа рѣзкая муть и желва хлопьевидныя нити. Исслѣдованіе микр.—порядочно лейкоцитовъ; порядочно вѣтковъ acin. prost. единичн. сперматозоиды.

à bouille измѣненій канала не опредѣляетъ, кромѣ повышенной чувствительности задней части канала.

17 окт. Вторичное исслѣдованіе глинериноподобной жидкости: группы мертвыхъ сперматозоидовъ.

Эндоскопія.—Col. sem. слѣд. выдѣляется изъ простѣтъ № 25, слѣд. его блѣды, желто-краснаго цвѣта, блестяща, гладка, какъ бы налитая; Utr. и D. сѣ. не различимы. Слѣд. за Col. sem. покрыта всея грахоподобными зернами. Слиз. р. prost. ет. темб. рыжа, кровотока; въ р. bulb. нѣтъ отпрята лакуна.

19 окт. пистоскопія.—Легкая отечность сфинктера; сосуды trigoni илентрированы.

Diagnosis. Colliculitis hypertrophica et prostatitis chr.

Леченіе. Массажъ простаты, инсталляціи задней части канала отъ 1/4% до 1% Arg. Nit. черезъ 2 дня.

5 нояб. по 4 дек. эндоскопія черезъ 7 дней (отъ 5% до 25% Arg. Nitrici); 20 дек. эндоскопія. Col. sem. уменьшилась, ductus'ы раздѣлины.

20 дек. 10 г. Чувствуетъ хорошо. Coitus нормаленъ. Отдѣленій нѣтъ.

18 февр. 1912 г. Большой простѣтъ показателен. Coitus все время нормальный.

Исторія № 11.

Н—въ, рабочий, 35 лѣтъ, обратился въ Ур. Инст. на мой приемъ 26 апр. этого года, съ жалобой на отдѣленіе изъ канала послѣ испраженія и мочеиспусканія. Болезнь болше года; въ 1897 году имѣлъ ягкий шанкръ. Въ тогъ же году появилась течь изъ канала; въ это время находилась въ деревнѣ, не лечился; течь послѣ 3-хъ недѣль прекратилась и съ тѣхъ поръ не возобновилась; въ 1904 г. появилось шекотаніе, зудъ и жажъ въ прямой кишкѣ, запоры. Лечился; одинъ врачъ опредѣлилъ геморрой, другіе отрицали его.

Въ 1907 году пришелъ въ амбулаторію профес. Федорова, гдѣ былъ поставленъ діагнозъ: воспаленіе простаты и суженіе канала. Послѣ соотвѣствующаго леченія, чувствовать себя значительно лучше.

Въ 1909 году безъ видимыхъ причинъ появилась кровь въ мочѣ и частые позывы на мочу; были ли боли при мочеиспусканіи—не помнитъ; были только сильныя боли въ предстат. желѣзѣ. Лечился внутренними средствами и свѣчами. Съ тѣхъ поръ сталъ замѣчать отдѣленіе изъ канала послѣ тугого стула; въ началѣ прошлаго года появилось отдѣленіе и при конѣ мочеиспусканія, если сильнѣе потужиться. Эрекціи удовлетвор. Иногда появляются въ последнее время боли въ области сердца, по опредѣленію врачей на нервной почвѣ.

St. рг. Питаніе и тѣлосложеніе удовлетвор. Половые органы нормально развиты. Изъ канала никакого отдѣленія нѣтъ. Моча прозрачная въ 1-й порціи.

Простата измѣненій не представляется, ни по величинѣ, ни по консистенціи. Къ дальнему чувствительна только по средней линіи.

Послѣ энергичнаго массажа въ мочѣ получились легкая муть (микроскопическое изслѣд. см. дальше); à bouille № 24 проходитъ довольно свободно. Небольшая чувствительность въ области Col. sem.

Со стороны нервной системы отмѣчается повышеніе кожныхъ рефлексовъ и дермографізмъ.

Со стороны внутрен. органовъ измѣненій нѣтъ.

Анализъ послѣ массажа: многоклетерные лейкоциты (3—5 въ п. эр. м.), жирно перерожденный эпителий acin. prost. (1—2 не въ к. п. эр. м.) и эпителий выводныхъ протоковъ желѣзъ.

28 апр. при последних каплях мочи выделяется хлопьевидная мутная жидкость: под микроскопом группы сперматозоидов, заполняющих все поле зрения.

Эндоскопия см. I. № 3.

Diagnosis: Colliculitis vegetativa et Spermatorrhoea.

Течение и лечение. 5 мая эндотерапия 10% Arg. N.; 6, 7, 8 мая неприятны ощущения в канале, временами боль в головке члена. 9 мая массаж железы — протомом надавливание на область стм. буг. вызывает неприятное ощущение. 12 мая эндоскопия и терапия 20% Arg. N.; разрезания под отверстием ductus почти незаметно; млява д. являет. В течении недли выделение спермы значительно меньше.

21 мая эндотерапия 25% постл предварительной бужиронки сфинктер. протомом 31 мая эндотерапия 25% постл бужиронки — отделение спермы значительно меньше.

5 июня бужиронка и эндотерапия. Разрезания исчезли. Отделение продолжает уменьшаться. Лечение пришлось прервать за отблздом больного.

История № 12.

С—хо. 35 лет, заводской рабочий, женат, пришел в Урол. Инст. 27 февр. 1911 г. с жалобой на течл из канала постл испражнения и половую слабость. Болезнь год.

Anamnesis. При исправлении, особенно при твердом стуле, из канала показывается густая жидкость, слегка мутноватого цвета. Иногда отделение каждый день, иногда не заметно в течении нескольких дней. Эрекция только под утро и то редко. Без возбуждения случаются поллюции 1—2 раза в неделю. Желание coitus'a имеется все время.

Вперед, работавши не было. Частые запоры. Алкоголизм. Декаль в Клиническом Госпитале съ восслаением почел.

St. pr. Удовлетворительное питание и тлзосложение. На вид старше своих лет.

Половые органы нормально развиты; отделини из канала ить. Моча мутноватая в первой порции. Простата и увеличена, равномерно-мякотавой консистенции, слегка чувствительна к давлению. Постл массажа выделялся из канала густая жидковатая капля. В мочл общия муть и малые хлопья.

A bouille изъившей не находить. Со стороны нервной системы повышение когли, рефлексов; дрожание вытянутых пальцев; дермографизм. Половые рефлексы есть.

6 марта исследование мочи за 1/2 суток. 450 кубс. янтарно-желтого цвета, уд. в. 1019; высокой ревакии. Вляок 0,1 pro mille.

Незначительное количество подвижна. Оседает небольшое, блончатый, полупрозрачный, микроскопически: бесного лейкоцитов; изредка тлзловые цилиндры и шаровидный кальц.

Prostatitis, Nephritis interstitialis, Neurasthenia.

Лечение: Диета, массаж предст. железы, аэлектризация ел.

21 авг. Постл большого перерыва большой явился с тлми же жалобами.

Эндоскопия. Col. sem. занимает весь просвет № 23, в вид плотного намоганого из просвета трубки тлза, гиперемизированного мстами, мстами блдно-красного цвета.

Сильно кровотоцит у онопания. Отверстия и Uthr. масе. ни distinct не видно. Изл протомом предстательной железы выделяется мутноватая жидкость. Чувств. къ прикосновению повашена. Слиз. основания отечна, получается впечатлительное второе Col. sem. Рыхлость слизистой всей задней части канала.

Diagnosis: Colliculitis hypertrophica et prostatitis.

21 авг.—канал, втянут постл твердого стула, состоина при микроскоп. исследовании изл значительного количества сперматозоидов.

Лечение: Эндотерапия sol. 5% Arg. Nitr.; 4 окт. sol. 10% Arg. Nitr. Эндотерапия, 11 окт. Idem; 20%; 17 снт. 20% Idem. 18 снт.—30 окт. 2 раза эндотерапия. Самочувствие хорошее; отделение из канала не показывается. Col. sem. значительно меньше чувствит. Очаговая гиперемия почти исчезла.

Съ 1 окт.—22 янв. изредка массаж; эндотерапия 3 раза, 20% Arg. Nitr.

22 янв. Сношения не имела и не пытался. Отделение из канала в последние 2 недели всего 1 раз; эрекция члена бывала при желании, но слабая.

Эндоскопия: Col. sem. занимает весь просвет № 23. Слиз. его блдна, резко выделяется на ел фонл отверстия d-um. ej-giugum, в вид красных-дуги; Uthr. не различим,—видется небольшое углубление, расположенное выше отверстия d - um. ej-giugum Clivus отечен. При надавливании трубкою на нижнюю стлвну канала можно придать clivus вид опухли в половину меньшей Col. sem. Зондирование обонх d. -um. ej-gium на протяжении 1/3 стм. не определять ненормальностей.

Лечение 22 янв.—1 февр. эндотерапия 2 раза съ одновременной бужиронкой ductus'a. В период отъ 1—5 февр. длазь попытки къ сношению (иметь 3 раза); эрекция была достаточна для акта; но акт означивался быстро.

Самочувствие значительно улучшилось. Ослабление почти ить, съ 5 февр.—23 март. 4 эндотерапия Arg. Nitr. 20% съ предварительным бужиронием сфинктероспичных ходов. Краснота вокруг отверстия исчезла.

Съ 25 мар. по 1 апр. имела несколько удачных сношений. Эрекция удовлетворительная, иногда достаточная для акта, едаси. не быстрая. Самочувствие хорошее. Раньше бывали мшучи, по словаям больного, когда была не мела жизни, теперь ничего подобного ить.

История № 13.

П—ко, чиновник 51 года, женат, детей ить. Пришел на прием в Урол. Инст. 29 мая 1912 г. с жалобой на половую

слабость, появляющаяся без видимых причин в июле прошлого года. Вначале наблюдалось быстрое извержение слюны. В июле, по совету на желание, возбуждение члена не появлялось. Показал на Кавказ для лечения. Тамъ продалась лечение бжуами, психроформом, но никакого улучшения не получил; эрекция не было совершенно, съ августа до апреля были три раза кровавые поллюции съ болями при извержении слюны. Вечерю, забываясь не было, ованнимою не занимался, половые сношения имѣть нормально. Запоры; нервничать, безъ причин плачетъ, часто плачетъ дорогою. Настроение сильно угнетенное.

Ст. рг. Питание и тѣлоложение хорошее. Половые органы нормально развиты. Изъ мочеисп. канала выделенъ итъ. Моча прозрачна, безъ нитей въ первой порціи. Простата не увеличена, мягковата, но хорошо сокращается подъ пальцемъ; мало чувствительна на всемъ пространствѣ, большая чувствительность по срежней линіи въ $\frac{1}{4}$, лежащей ближе къ анусу.

Послѣ массажа въ мочѣ легкая опалесценія (см. анализ); а boulie № 22 встрѣчаетъ повышенную чувствительность въ области Col. sem. Послѣ изслѣдованія небольшая кровянистая капля.

Геморроидальныя вены набухши. Большой сильно нервничаетъ, на глазахъ слезы. Кожные рефлексы повышены, рѣзкій дермографизмъ; троганіе пальцевъ и итъ. Половые рефлексы немного ослаблены.

Анализъ мочи: количество 300 куб. с. свѣтложелтого цвѣта, прозрачна. Послѣ отсаиванія незначительный бесцвѣтный осадокъ изъ осадковъ. Уд. В. 1013. Реакція кислая. Бѣлая итъ. Небольшое количество индикана. Микроскопически: единичныя азметидіи эпителия пузыря и уретры; эритроцитовъ до 5 въ п. зр. м.; бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 2—3 въ п. зр. м.

Моча послѣ массажа простаты — свѣтложелтая, прозрачная, безъ уретральныхъ нитей; микроскоп. отцентрофугированный осадокъ содержитъ: многоклеточныя лейкоциты 1—2 не въ кажд. п. зр. м. и скоплениями до 10. Красные кровяныя шарика до 5 въ п. зр. м.; единичный эпит. выводящихъ протоковъ prost. и эритроцитовъ до 20 въ п. зр. м.

Эндокренія см. Е. № 4.

Diagnosis.—Colliculitis interstit. hypertrop. Neurasthenia. Лечение. Эндокренія черезъ 7—10 дней. Массажъ простаты черезъ день. Послѣ приканія чувствуетъ себя лучше.

7 июня появилась угрожающая переломная эрекция—сношения не имѣть. Съ 17 по 20 июля переживъ въ лечении по случаю отъѣзда. За этотъ промежутокъ эрекция бывала, однажды была поллюція съ окрашеннымъ въ розовый цвѣтъ смѣнемъ. Сношения не имѣть изъ-за боляни кровавогосмѣны. Настроение угнетенное: 25 июля эндотералія 25%. Col. sem. красно-желтоватого цвѣта, слизистая вязкая. Основаніе не набухши и нормальной окраски, видны отверстія протоковъ. Чувств. нормальная. Clivus отклоненій не представляетъ.

8—12 авг. эндотералія. Эрекция удовлетворительная.

18 авг. имѣлъ первый coitus—довольно удачный. Слѣны не было оврамено кровью. Самоулетаніе хорошее, общій подъемъ духа.

У данныхъ больныхъ, помимо жалобъ на тѣ или другія вышеописанныя отклоненія въ половой сферѣ, имѣлись указанія на рядъ иныхъ сопутствующихъ ненормальностей:

1) Такъ, № 10, 11 и 12 жаловались на истечение слюны, разумѣя подъ этимъ какъ ту слюну, которая выделялась при возбужденіи penis'a, такъ и ту муть, которая показывалась при послѣднихъ капляхъ мочи и при твердомъ стулѣ. % подобныхъ жалобъ = 7.

Большой № 10, имѣя хорошую эрекцію, жаловался на выдѣленіе слюны при малѣйшемъ возбужденіи члена, считая слюну за истечение слюны. Микроскопическое исследование въ данномъ и въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ подтверждали правдоподобность заявленій больныхъ, т. к. въ этой слюны ясно обнаруживались мертвые сперматозоиды. Такія заявленія составляли 1% общихъ жалобъ.

У большого № 11 мы видимъ при нормальной половой жизни выдѣленіе мутн-спермы — при концѣ мочеиспусканія, причѣмъ подобныя явленія наблюдались часто. Въ 1,4% общаго числа больныхъ съ половыми ненормальностями удалось намъ микроскопически установить сперматоррею.

У большого № 12 наблюдалось подобное же отдѣленіе при твердомъ стулѣ, причѣмъ эрекция отсутствовала совершенно, у 1 человека сперматоррея наблюдалась при нормальной эрекции и нормальномъ coitus'ѣ, у 6 имѣлось на лицо ejacul. rigescens; у 2,4% общаго числа половыхъ жалобъ имѣлась сперматоррея и у 1,8% было не сѣмятеніе, а простаторрея.

2) Больной № 13 жаловался на кровавую поллюцію, наблюдаемую имъ нѣсколько разъ, причѣмъ coitus большой не имѣлъ вследствие полного отсутствія эрекции. Окраска слюны была настолько сильна, что получалось впечатлѣніе кровотеченія; поллюціи каждый разъ сопровождалась рѣзкими болями. Подобныхъ жалобъ наблюдалось 2%.

Иногда болные жаловались на болѣзненную эрекцію, болѣзненную ejaculati'ю, причѣмъ сперма не представляла измѣненій; число ихъ достигало 6%.

Реазируя жалобъ больныхъ I категоріи, мы придемъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Частыя поллюціи были около 9%.

История № 15.

Г — в, 26 лет, студент, женат, обратился на прием в Ур. Инст. (собственное наблюдение) 30 марта 1911 г. с жалобой на частые позывы на мочу, боли в спине и половую слабость.

Anamnesis. В юности мастурбация, введение цизва in vaginum вызывает сейчас же эякуляцию, введение цизва в urethram вызывает сейчас же эякуляцию. Большей частью отделения из канала никогда не бывало. Струя все время нормальная.

Года назад участились позывы на мочу (через 1—1½ ч.); количество мочи небольшое. В последнее время появляются временами без видимой причины боли внизу спины (из крестца). Вегетических заболеваний не было.

St. pr. Хорошее питание и телосложение; половые органы нормально развиты. Отделения из канала нет. Моча прозрачна в общем, порциях. Простата равномерно плотна in toto, увеличена немного, чувствительна. Чувствительность значительно выражена в периферической части и в membr. по каналу.

После массажа в 3 порции мочи только опалесценция и бледности прозрачных глыбок в небольшом количестве.

à bouille № 22 встречается чувствительный Col. sem., на бужж современное отделение.

Со стороны нервной системы — повышение вагн. рефлексов, дермографизм.

31 марта цистоскопия. — Относительно сфинктера довольно резко выражена. Изгибания сосудов trigoni.

1 апр. — 7 апр. Instil. задней части канала. 7 апр. — эндоскопия № 25. Col. sem. занимает весь простат. блуждо-желтого цвета, контуры его фесточчатые, форма с заострен. верхушкой. Слиз. блестящая, как бы налита у основания (отечна). Uthg. masc. различим; отверстий d. не видно; слиз. из Col. sem. цианотична. Рыхлаость p. prost. membr. (рис. № 31, табл. II).

Diagnosis. Colliculitis interst. hypertroph. Neurasthenia.

Лечение. 7 апр. эндотерапия sol. 10% Arg. Nitrg.; 8 апр. — 14 апр. 3 сеанса массажа.

15 апр. эндотерапия 10% Arg. Nitrg. Позывы на мочу меньше (через 2—2½ часа).

16 апр. — 20 апр. Массаж простаты; 21 апр. эндотерапия. 24 апр. — 1 мая массаж простаты. Instil. ½ Arg. Nitrg. ½ шприца по Guyon'u в заднюю часть. Салоуветные порции.

Эякуция значительно лучше. Позывы почти нормальны (через 3—4 часа).

3 мая. Эндотерапия 20% Arg.; 12 мая — Idem. 13 мая — 15 июня. Изглы соизв. несколько раз, эякуция цизва хороша, выбрасывание слизи нормально. Рыхлаость Col. sem. исчезла; чувствительность в прикосновение нормальна; Uthg. masc. в верхней части хорошо различим. Невенно видны отверстия сфинктера, протоков.

15 июня — 24 полб. марша (1—2 раза в неделю) массажировать

простату и пользоваться колодечиками. 24 нояб. эндоскопия. Col. sem. занимает весь простат. № 23. Форма его с заостренной верхушкой, цвета желто-красного. Слиз. оболочки гладка, не кровотоциты, основание слегка отечно. Отверстие Uthg. masc. из виду не видно, равномерно в верхней половине, ниже его видны щелеобразная отверстия d-um ej-primus с темно-красными краями. Слиз. p. posterior. не кровотоциты. Чувствительность Col. sem. нормальна.

Предложено несколько эндотерапий.

29 нояб. — 6 марта, 5 эндотер. 10% — 20% Arg. Nitrg. 23 март. Отверстие ductum ej-primus без воспалительной красноты в окружении. Отечность Col. sem. исчезла.

Сношения имеют нормально.

История № 16.

С — в, 28 л., женат, чиновник, прием в Ур. Инст. 4 окт. 1908 г. с жалобой на частые позывы на мочу (иногда до 20 раз), на опущение постороннего тела в канал, от которого хотлось бы избавиться, и ослабление половой деятельности.

Anamnesis. В юности онанизм. 10 лет тому назад был триппер; лечился 4 года назад буками, после этого еще раз повторил лечение. Coitus interruptus регулярно в течение семейной жизни (2 г.). Coitus быстро окончивался. Последнее время имеет желаний к сношению. Позволил последнее время участились иметь с увеличением числа позывов на мочу.

Лечился от воспаления почек, так как последние страдания объяснялись частые позывы. Лечился промыванием по Явану, так как предположено было заболтование шейки пузыря. Лечился гипнозом.

Все время позывы не прекращались. Последнее время появились боли в спине и главным образом в крестце.

St. pr. Питание и телосложение удовлетворительное.

Половые органы по своему развитию не представляют отклонений от нормы. Небольшое расширение вент. глыбого сфинктера.

Отделений из канала нет. Моча прозрачная в общем, порциях; в 1-й имеется еле заметная муть.

Простата в левой доле немного больше и плотнее по сравнению с правой, но консистенция равномерна, чувствительна при массаже. В 3-й порции легкая опалесценция.

à bouille № 20 проходить свободно; сильная болезненность в задней части канала, особенно в области Col. sem.

6 окт. Анализ. Говок. бактериологически чист. В 3-й порции после массажа простаты вырзла 1—2 лейкоцита.

Эндоскопия. Сх. Д. № 2. 8 окт. Цистоскопия — легкий отек сфинктера.

Prostatitis chr. Collicul. chr. ulcero-granulosa. Urethr. chr. Лечение: Массаж, бужж, расширители.

15 дек. Эндотералия—через 5—7 дней. Arg. Nit. отъ 5 до 20⁰/₀.

21 февр. Col. sem. желтокраснаго цвѣта. Слизистая влажная, гладкая. Мѣстами выступают поперхности, выдѣленные влажными эпителиемъ углубленія. Кровоточивости нѣтъ. Основаніе слегка гиперемировано.

Самочувствіе удовлетворительное, ощущенія посторонняго тѣла нѣтъ, позывъ рѣже, эрекция сильнѣе.

Исторія № 17.

И—въ, 29 лѣтъ, конторщикъ, обратился въ Урол. Институтъ на пріемъ д-ра Н. О. Леженя 19 сент. 1908 г. съ жалобой на выдѣленіе мочи каплями, когда актъ мочеиспусканія законченъ, чувство жженія при мочеиспусканіи и ослабленіе половой дѣятельности въ теченіе послѣднихъ 2 лѣтъ.

Amnthesis. 1-й трипперъ 8 лѣтъ назадъ; былъ Lues.

Слабость выражается въ быстромъ изверженіи сѣмени при удовлетворительной эрекции.

St. pr. Питаніе и тѣлосложеніе удовлетворительныя. Отдѣленія изъ канала нѣтъ. 1-я порція мочи прозрачна съ витыми (бактериологическое исслѣдованіе гонококковъ не обнаружило).

Простата увеличена влево, мягкая, легко сокращается при массажахъ; въ мочѣ послѣ массажа много мелкихъ, запитонидныхъ хлопьевъ.

à boulle № 22 опредѣляетъ стриктуру in p. bulb. и повышенную чувствит. въ области Col. sem.

20 сент. Эндоскопія. (Sub coesano), Col. sem. не вмѣщается въ просвѣтъ № 23, синевато-краснаго цвѣта, слизистая его предстаетъ мѣстами возвышенія, мѣстами углубленія, какъ бы небольшія лавочки, подучается впечатлѣніе шероховатости. Слизистая въ углубленіяхъ матовая, вся поверхность рѣзко кровоточитъ. Чувствит. повышена. Рыхлость слизистой p. prost.; in part. bulb. вмѣстѣ твердая, круговой инфилтратъ.

21 сент. Цистоскопія—небольшая отчетливость сфинктера. Со стороны нервной системы отмѣчены повышенныя рефлексы, дерматграфизмъ.

Diagnosis: Prostatitis chr. Strictura et Collicul. ulcero-granulosa. Leucorrh. Massaeque prostatae. Бужж. расширительн.

17 окт. Эндотералия Sol. 10% Arg. Nit. черезъ 5—7 дней.

10 нояб. Эндотералия. Слизистая Col. sem. кровоточитъ мѣстами, неровности сглаживаются. Чувствительность меньше. На поверхности различныя небольшія разрастанія.

25 нояб. При помощи операціоннаго Гольдшмидтовскаго уретроскопа разрастанія удалены.

3 нояб. Эндотералия—20%—разрастаній не видно.

5 янв. 10 г. Самочувствіе удов., боли помыты къ coitus'у;

ejaculatio—наступаетъ черезъ болѣе продолжительное время. Ощущеніе жженія почти нѣтъ. Послѣ мочеиспусканія капли мочи въ каналѣ не остаются.

У большаго № 15 имѣлась жалоба на слабую эрекцію и ejacul. praecoх: введеніе penis'a in vaginamъ сейчасъ сопровождалось сѣмизверженіемъ, иногда случались частые и болѣзненные позывы на мочу, боли въ области крестца безъ видной причины и, независимо отъ coitus'a, частая поллюція 1—2 раза въ недѣлю.

У большаго № 16 мы также имѣли учащенныя поллюціи и частый позывъ на мочу; одновременно этотъ болной заявлялъ и особыя, тяготящемъ его ощущенія какого-то посторонняго тѣла, сидящаго въ глубинѣ канала. Это ощущеніе вызывало у большаго сильное желаніе выбросить воиъ это тѣло вмѣстѣ съ мочей.

Большой № 17 жаловался на чувство жженія въ каналѣ и постоянное впечатлѣніе остаточной мочи въ urethr'a послѣ акта мочеиспусканія; со стороны половой сферы большаго безпокоила ejaculatio praecoх.

Жалобы другихъ больныхъ этой категоріи мы можемъ разсматривать въ слѣдующихъ группировкахъ:

1) Частые и болѣзненные позывы на мочу либо съ частыми поллюціями, либо съ ejacul. praecoх, либо съ ослабленной эрекціей, составляли около 64% всѣхъ жалобъ этой категоріи.

2) Чувство жженія и боли въ каналѣ во время мочеиспусканія съ частыми поллюціями и болѣзненными эрекціями составляли 14%.

3) На затрудненное мочеиспусканіе и слабая эрекция жаловались около 11% этой группы.

4) Наконецъ, слабая эрекция и мутная моча вследствие присутствія солей составляли 11% жалобъ.

Больные этой категоріи жаловались главнымъ образомъ на ненормальныя мочеиспусканія, причѣмъ половая дѣятельность мало обращала ихъ вниманіе.

III.—Жалобы на ненормальности въ мочевои сферѣ.

Исторія № 18.

Яв. Гв. Стрѣль. Арт. б., 23 л. Поступилъ 13 сент. 1909 г. въ урологическое отд. Нив. В. Г. (завѣдующій д-ръ Леженъ) съ жалобой на частый позывъ къ мочеиспусканію, иногда позывъ на

столько сильный, что трудно сдержать его и приходится «пускать под себя».

Анапнесис. 4 года назад в течение 8 недель была сильная рвота при мочеиспускании во время всего акта. Течет из канала не было. Через 2 недели боли прошли, но частый позыв, хотя и меньше, чуть раньше, но все же доносит; в последние время, около 12-ти часов, участились снова позывы и сдвигались петтериями.

День приходится мочиться иногда через каждые $\frac{1}{2}$ часа, без болей. Ночью 4—5 раз иногда «под себя».

Сношение с 17 лет. Вероятнее заболел он не было. Ованнэмом не занимался. В семь мочившихся итьт.

St. pr. Питание и тьлоосложение хорошее. Половые органы нормально развиты. Отделение из канала итьт. Мочи выпустить хорошей струей 200 куб. с.

Анализ мочи: реакции кислая. Уд. в. 1022. Ни белка, ни сахара итьт. Вь осадкь много кристаллов мочевой кислоты, единичные лейкоциты и клеткы плоского эпителия.

Остаточной мочи 10 куб. с. Емкость пузыря 350 куб. с., болюшая 450 куб. с. Сокращение пузыря хорошее.

15 сент. Простага изменен не представляеть, чувствительность по средней линии ближе къ анусу. Пость массажа легкая опалесцення.

а вошле определеть хорошее сокращение наружного сфинктера и рьдую чувствительность из области Col. sem.

Со стороны нервной системы и внутренних органов изменений не усматривалось. Количество мочи за сутки 1000—1500 куб. с. Уд. вьт 1019—1022. Бляка итьт. Моча прозрачная.

16 сент. эндоскопия. Col. sem. едва виднаеться въ просвьт № 25, пунцово-краснаго цвьта, слизистая влажная, гладкая. Основание кровотоциты. Uthg. масс. несхо жо различны. Чувствит. къ прикосновению рьжо выражена, при этомъ появляется сокращение пузыря и просвьт трубки заполняется мочей. Civus отчетлив въ отдьльныхъ зерень. Рыхлость слизистой р. prostat. и отчасти р. membг.

17 сент. цистоскопия. Отчетность сфинктера ясно выражена, авачительная гиперемия (trigon) и легкая гиперемия въ округлости отпертой мочеоточнищевъ. На dit trigon разрозненъ ураты въ видь мелкихъ конкрементовъ.

Видловца. Сушнця (urica) et Colliculitа chг. hyperaem. Леоннй. Промывание пузыря растворомъ борной кислоты съ посльдующимъ клистиромъ Arg. Nitг. отв. $\frac{1}{4}\%$ до 1% въ количествь отв. 5 до 20 куб. с.; мочоци внутр. Эндоскопия Arg. Nitг. 10%—20%.

13 сент. Явления цистита исчезли. Col. sem. уменьшился въ размерь: занимает $\frac{1}{2}$ просвьта № 25, итьт. его желтокрасный, отчетности основания итьт. Прикосновение мьтле чувствительн, сокращения пузыря при этомъ не наблюдаются; рыхлость слизистой р. prostat. почти исчезла.

Чувствует себя здоровымъ, позывь двьт через 2—3 часа, ночью 1 разъ; легко сдерживаемъ. Моча прозрачная. Выписанъ.

История № 19.

Ряд. 94 пѣх. Енисейскаго полка, 21 года. Прибыль 17 Июня 09 г. въ урочкы, отдьлене Н. Воен. Г. (завьдующий д-ръ Левинъ) по поводу недержаня мочи.

Анапнесис. Большой жалуеть, что съ дьтства иногда мочится ночью подь себя; дьтскъ приходится очень часто, едва сдерживаеть позывъ. Болей при мочеиспусканн итьт. и иногда не было. Старший братъ страдалъ недержаньемъ. Сношенн не мьтл; съ 15 лтьтъ занимаеть онаннэмомъ.

St. pr. Питание и тьлоосложение удовлетворительное. Бьтле сухое; на вожь половухъ органовъ и внутреннихъ поверхностей бьтерь ни осадинъ, ни расчесовъ, ни матераций эпителия итьт.

Половые органы нормально развиты. Отдьленн изъ канала итьт. На предложене мочиться болюй отказался, заявляя, что только что мочился. При попыткь пройти мягкимъ катетромъ въ пузырь не удалось: рьвая чувствительность сфинктера и повышенная чувствительность слизистой передвей части канала. При анестезии сосаинъ 5% удалось пройти метал. катетромъ въ пузырь. Мочи въ пузырь оказалось несколько кубиковъ. При прохожденн especially чувствительность задней части канала (Col. sem.).

Емкость пузыря до перваго позыва 200 куб. с. Борный растворъ выливаеть черезъ катетръ хорошей струей.

Per rectum прощала измененн не представляеть ни по консистенции ни по чувствительности, за исключениемъ средней линии, гдь чувствительность особенно повышена.

Количество мочи за сутки 1500 куб. с.; при изсльдованн изменений не представляеть.

Эндоскопия подь Сосаин'омъ 5% . Col. sem. на $\frac{1}{2}$ вьт виднаеться въ просвьт № 23, застойнаго цвьта, Uthg. масс. и duct. ег. неразличима. Слиз. Col. sem. гладкая. Рьвая чувствительность при прикосновении. Слиз. за Col. sem. сильно разрыхлена, кровотоциты все время, застойнаго цвьта.

Чувствительность задней части, особенно Col. sem., настолько повышена, что малйшее прикосновение къ нему вызываеть судорожный сокращенн въ мышцахъ праваго бедра. Большая покрываеться сильными потомъ. Прикосновение Col. sem. вызываеть сокращенн пузыря, и моча заполняетъ просвьт трубки.

Цистоскопия—при проведенн цистоскопии черезъ заднюю часть, несмотря на анестезию 5% Сосаин, потъ покрываетъ все тьло болюго и снова появились судороги праваго бедра. Кровь легкой сабулостн сфинктера, измененн въ пузырь не отмьчено.

Со стороны нервной системы по изсльдованню проф. Нарбута отмьчено: дрожане въ вытянутыхъ рукахъ и повышение колющихъ рефлексовъ.

Diagnosis. Colliculitа hyperaemica. Neurasthenia. Incontinentia urinae

Леченне: внутр. Т-га лис. vomis. и бромиды препараты.

Эндотералия через 10 дней—Arg. Nit. оть 10% до 25%.

30 септ. эндоскопия. Col. sem. почти не представляеть отклонений оть нормы, чувствит. его значительно меньше: можно было наблюдать безъ Sosaï'a. Продолжена эндотералия через 15 дн.

7 дек. Двемь мочеиспускание сдерживааетъ свободнѣе, ночью мочится рѣдко. Эндоскопия: чувств. Col. sem. значительно меньше, приспособленіе къ нему не вызываетъ сокращения пузыря. Выписанъ.

Въ исторіи № 18 мы встрѣтили частые и безболѣзненные позывы на мочу, позывы настолько сильные и настойчивые, что больной съ трудомъ ихъ сдерживалъ; иногда послѣднее не удавалось, и пузырь непроизвольно освобождался отъ накопившейся мочи. Чтобы это не было, больному приходилось удовлетворять позывъ чаще, иногда через 1/2 часа днемъ и ночью 4—5 разъ.

У второго больного (№ 19) тѣ же безболѣзненные и частые позывы вплоть до недержанія.

Въ общемъ безболѣзненныхъ мочеиспусканий и частыхъ позывовъ, доходившихъ иногда до недержанія мочи, съ чистой или рѣдко мутной, обратившия вниманіе больного, мочой зарегистрировано у насъ около 58% всѣхъ жалобъ 3-ей категории.

Однако, бывали больные, испытывавшіе различныя субъективныя ощущенія во время прохожденія мочи по каналу; одни опредѣляли эти ощущенія, какъ чувство жегенія въ глубинѣ канала, другіе испытывали боль при заключительныхъ сокращеніяхъ пузыря, третьи указывали на боль въ области задняго прохода, когда мочеиспусканіе уже было закончено. Общее число подобныхъ жалобъ равнялось 29%.

Иногда больные жаловались на ощущеніе остаточной мочи, выдѣлявшейся въ видѣ капель, когда мочеиспусканіе уже закончено и penis водворенъ на надлежащее мѣсто; въ нѣкоторыхъ случаяхъ вниманіе больныхъ было обращено на затрудненное мочеиспусканіе—трудно начать мочиться.

Какъ первыхъ, такъ и вторыхъ жалобъ было около 13%.

IV. Жалобы на нервные боли въ области половых органовъ. Съ подобными жалобами мы отчасти уже встрѣчались на нервные боли въ различныя болевая ощущенія въ области половых органовъ и отраженныя отсюда боли видѣ этихъ органовъ отходили у больныхъ на второй планъ, тогда какъ недочеты въ половой жизни обращали на себя большее вниманіе.

У этой же категоріи больныхъ лабораторъ; ненормально-

сти въ половой жизни уступаютъ мѣсто болевымъ ощущеніямъ, различнаго характера по интенсивности, но одинаковаго по мѣсту ихъ происхожденія; зачастую, по замѣчанію больныхъ, они почти тѣсно связаны съ половыми органами.

Число подобныхъ жалобъ, встрѣтившихся у нашихъ больныхъ, было около 13% общаго числа пациентовъ.

Исторія № 20.

К—въ, 27 л., мастеръ на фабрикѣ, обратился 4 апр. 1908 на приемъ въ СПб. Урол. Институтъ, жалуетъ на приступы болей въ промежности, распространяющихся иногда въ ноги, главнымъ образомъ по бедрамъ, боли внизу живота, и на половую слабость, (наблюдение совмѣстное съ д-ромъ Н. О. Лежневымъ).

Amnesia. Усиленный ошанитъ въ періодъ 13—15 лѣтъ. На 20 году пытался имѣть coitus, но неудачно: было быстрое изверженіе сѣмени. Это ошорило больного настолько, что онъ почти отказался отъ coitus'a. Изрѣдка ошанировавъ, на 24 году при новѣхъ попыткахъ къ coitus'у penis почти не эрегировалъ.

Съ этихъ поръ сталъ лечиться гипропатіей, преимущественно холодными обтираніями, холодными инсирфорамы, вплоть до ледяной воды и даже періодическими прижидываніями льда на промежность на вѣдворное время на почк.

Такое лечение продолжалъ въ теченіе почти 1 года; въ 1907 г. было какое-то лихорадочное заболѣваніе съ болями въ промежности, безъ измѣненій со стороны мочеиспусканія; большой причиной заболѣванія относитъ къ простудѣ при неумѣренномъ пользованіи льдомъ.

Съ этихъ поръ появились частые приступы болей въ промежности.

Иногда боли появлялись послѣ движеній, иногда безъ видныхъ причинъ; боли бывали на настолько сильныя, что приходилось ложиться. Иногда по время приступовъ измѣрлялся больнымъ ^т и повышение ея не отмѣчалось. Послѣ приступовъ моча иногда становилась мутнѣе и даже появлялась временами кровь при концѣ акта. Обычно мочеиспусканіе нормально, но при сильныхъ боляхъ позывъ учащается.

Стучалось, что боли, начавшись въ промежности, распространялись по бедру или отдавались внизъ живота надъ лобкомъ и держались тамъ.

Въ настоящее время эреція бываетъ, но непродолжительная и съ болями. Полноціи 1—2 раза въ недѣлю съ болями и ошарка сѣмянныхъ яичекъ иногда бурного нѣтъ.

Послѣ полноціи чувствуетъ себя совершенно разбитымъ, появляется слабость, раздражительность и, по словамъ больного, «неуверенная походка».

Частые запоры. Венерическихъ заболѣваній не было.

St. рг. Хорошее питание и тлосложение.

Penis огромных размеров; въ слабо напряженномъ состоянн кавернозная тлза промупываются плотноватами.

Отдлелнй изъ канала ить. При оупыванн канала снаружн чувствительность его повышена въ области промежности.

Мошонка отвислая, яичн плотны.

Рефлексы на cremaster ялыи.

Моча прозрачна. Per rectum - простата немного увеличена, плотна, сильно болзанена. Чувствительность задней части канала повышена. Послъ звергичнаго массажа простаты выдлзалась слегка мутноватая моча, безъ нитей; à bouille № 22 опредлляетъ чувств. part. prost.

5 апр. Эндоскопнй. Col. sem. не вмлщается на $\frac{1}{2}$ величины въ № 25, слизистая его гипертрофирована, разрхлена, у основанн отеена.

Uthr. mass. въ видл ямки. D. ej. не видны. При прикоснове- ннй тампономъ рлзно кровотоичн и рлзно чувствительн.

Слиз. за Col. sem. и р. prost. цианотична, рыхловата.

7 апр. Цистоскопн—измлненнй пузыря не отмлчается.

Для опредлеленн состоянн нервной системы былл направленъ въ Водолечебницу Д-ра Шервалья, который опредлелъ у большого Neurasthenia и предлсая систематическое водолечение.

Diagnosis: Colliculitis desquamativa et Neurasthenia.

Лечение. 6 апр. бужл № 24 — 25. 7 апр. Instil. задней части канала Protarg. 2%, 8 апр. Электрнзация пестомъ, токкомъ Col. sem. 10 апр. Эндотеранн 2% Arg. Nitrg., съ 11 апр. по 16 апр. Бужл- ровка до № 28; Электрнзация простаты, промыванне канала.

17 апр. Эндотеранн 2% Arg. Nitrg. — пснрофор. per rectum № 17.

18 апр. по 24 апр. Электрнзация, Массажъ.

24 апр. Эндотеранн 4% Arg. Nitrg. Пснрофор № 17.

29 апр. Токи Д'Арсоньяла на простату.

3 мая. Эндотеранн 5% Arg. Nitrg. Болей въ промежнсти за послднюю недлво не было, чувствовать себя хорошо; Col. sem. не кровотоичн, меньше чувствительн.

8 мая. Эндотеранн 10% Arg. Nitrg. 17 мая. Эндотеранн 10% Arg. Nitrg.

Самочувствне хорошее, болей въ промежнсти ить. По дл- ламъ службы болной окончлнл лечение.

10 апр. 09 г. снова явлелся въ лечебницу. Въ течение почти года чувствуетъ себя довольно хорошо. Болн въ промежнсти случл- лись но значительно рлже и съ меньшей силой. Возбужденне члена снова есть, довольно хорошее. Позволенн 1—2 раза въ мнсяцъ, болей ить. Послъ позволенн ить преней раздражнтельности.

St. рг. Prostata немного увеличена, по прежнемъ плотновата, посллъ массажа опласцененна мочи.

12 апр. Эндоскопн nach Goldschmidt. Col. sem. слегка бу- гриеть, разрастаннй на немъ не виден. Слиз. р. prost. рыхла.

Лечение—Hydroterapia. Эндотеранн sol. 10% Arg. Nitrg. черезъ 7—8 дней. Массажъ простаты въ промелкутахъ и пснрофоръ.

8 июня. Большой чувствовалъ себя хорошо. Возбужденне члена до половл при близостн и эротнхъ, представлелнхъ о женщнн; болей въ промежнсти ить. Эндоскопн. Col. не разрыхленъ, мало чувств. Въ 1910 году большой прислалъ на мое имя письмо (оно было прочтено 4-ру Лежневъ), въ которомъ онъ сообщаетъ, о своемъ хорошемъ состоянн общемъ и половомъ иметь въплоть нормаль- ное сношенне съ женщноу.

Исторня № 21.

В-скнй, 45 л., холостъ, обратленъ 25 авг. 1908 г. въ СПб. Урологическнй институтъ съ жалобой на боли въ промежнсти и утреннюю каплю.

Анаmnesis. 12 лтъ назадъ получилъ 1 трипперъ, лечнлся спрнцеваннями и внутренними средствами, течъ временами продол- жата показывался.

Черезъ 2 года появилась болзаненность въ простатл при си- длнн и вадл. Массировался и элетрнзовался. Боли утихли, но течъ временами показывался. 3 года назадъ замылл затрудненне мочеиспусканне, Лечнлся у Подреза, у многихъ врачей въ Петер- бургъ и во вслхъ лечебнцахъ Харькова. Въ 1907 году впервые подвергнутъ былъ эндоскопнй и цистоскопн, посллъ чего лечнлся снова бужлами. Въ началл 1908 года подвергался рентгеннзации.

Нлсколько лтъ назадъ былъ длвостороннй эпиднмнзмъ.

Оцаннзмъ до 28-лтън. возраста. Иногда злооупотреблял.

Послднее время эрелкн слабл и быстрое наперенне сл- менн.

St. рг. Слизистая капля съ трудомъ выдлвывается изъ ка- нала.

Ллвый придатокъ слегка увеличенъ, безболзненъ, плотенъ; уплотненн и измлненнй канатика при оупываннн снаружн не отмлчается.

Моча мутновата съ прнмешью хлопьевъ и нитей (въ 1-ой порцн). Per rectum, простата опредлелается увеличенной въ обнхъ доляхъ, равномерно плотноватой консистенцн, болзаненной.

При массажл выдлвлася слизистая капля.

Въ 3-ей порцнн мочи снова небольшой хлопья à bouille № 22 встрлчаются пренестанно и в рат. мнлбл. № 19 промелъ свободно.

Исплвданне мочн (лабораторня Д-ра Н. П. Коровнна) посллъ массажа. Небольшой блзоватый, полупрозрачнй осадокъ, ить пласкаго ннтелнса въ небольшомъ количествл, единичныхъ лейкоцнтовъ, нлрлдка встрлчаются нлселенно-кнслота кальцнй, небольшого количества сперматозоидовъ и амлноидныхъ тлшекъ.

27 авг. Остаточной мочн 15 куб. с.

18 авг. Эндоскопн: 23 Col. sem. Увеличенъ, отеоченъ, разрхленъ, неправильной формн; ллвая половнна выше правой въ видл

мясистого гребешка. Справа резко выдвигается сировато-белый пята, совершенно не спирающийся. Основание разрыхлено, отчетно, местами эрозировано. *Caec. Col. sem.*, таз и сонание эрозированы, *Utr. mae.* раздвинуты в виде щели, ограниченной двумя толстыми губами; повышенная чувствительность окружающей слизистой. Твердый инфильтрат *part. bulbosa* и *argutosis* по всей р. *penif.* (рис. 32 Таб. II.).

30 авг. Цистоскопия. Простата слегка вдается в пузырь.

Диагноз: *Colliculitis et prostat. chr. Ureth. chronica.*

1 сент. Б. № 22. Массаж пр. простаты; 3 сент. Массаж, промывания; 4 сент. Расшир. 28.

6 сент. промывания *Hyd. Oxysua.* 1:5000. Массаж. 8 сент. Расш. 33; большой хорошо переносит расширение; при расширении болей нет.

На вынутом инструменте окрасен итб. 9 сент. промывание.

Мас.

10 сент. Рас. № 35; 13 сент. Промыв. Н. Ох. Мас.; 15 сент. Расшир. 37. 18 сент. Мас. и промывание. 20 сент. Эндотерapia—*Prirjaganie Col. sem. Sol.* 10%.

21 сент. Мас. Электривация индукционным током; один электрод в ашш, второй на промежность.

23 сент. Эндотерapia 10% *Arg. Nit.* 24 сент. Мас. Н. Охус. промывание.

26 сент. Эндотерapia 10% *Arg. Nit.* 28 сент. Посл. Эндотерapia болей и *vaquitis* итб. 1 окт. Эндотерapia 10% *Arg. Nit.*

4 окт. Эндотерapia 10% *Arg. Nit.* *Col. sem.* не кровоточит, эрозия поджита; отечность исчезла, рыхлости слава. в округности *Col. sem.* итб. Чувствительность не повышена; чувствительность только прикосновению. Общее самочувствие хорошее, отделение капи итб.

История № 22.

Ө—в, 42 лет, чиновник, женат. 21 апр. 1912 г. обратился в Ур. Институт с жалобой на боли в области промежности, появившиеся иногда без явной причины (боли настолько сильны, что нельзя сидеть) и на часто повторяющееся обострение «воспаления шейки пузыря».

Анамнез (составляет больным очень подробно с описанием его семейной и половой жизни). 19 лет тому назад посл. сношения в публичном доме получили триппер. Лечил у Фельдшера, т. е. жил в городе и не было врача. Принимал внутренние средства и спринцевания марганц. кали. Подлечившись, посл. выделения итб. своеше и получило воспаление пузыря: частые и болезненные позывы на мочу, иногда при последних каплях выделялась кровь. Обострение прошло. Жил своею обычною жизнью, принимая внутрь порошки и лечась безпрерывно спринцеванием, примерно 1—2 раза в неделю, а иногда и раз в день несли в зависимости от безпокойства и течи. Через 5 лет по служб

быть переведен в губернский город, где и начал впервые аккуратное лечение. По окончании лечения дважды был анализ на гонококки и в обоих случаях последние не были найдены.

Вскоре посл. лечения появилось засыхание наружного отверстия по уграм. Т. е. врать перешел в другое место, то большой предпринял само лечение глубоким спирцеванием лангса, и это продолжал до тех пор, пока не появились частые и болезненные мочеиспускания. По совету врача, прекратил собственное лечение и вел явления ичели. В 1900 году большой женился, за этот промежуток времени отделения из канала не показывалось; жена до сих пор здорова.

Посл. женитбы иногда ощущались каки-то невольности в заивней проход, особенно посл. выпивки и холодной пицвы. В 1908 г. пишет больной: «сначала я стал замечать как бы увеличенное мочеиспускание: ночью чаще и больше по количеству мочи; днем же ничего, как всегда—нормально. Затем стали появляться позывы посл. совокупления, хотя бы и перед тем помочился. Член как-бы стал входить внутрь. Наконец внутри, в промежности, сдвинулся неприятный зуд, впроче стало саднить; острой боли не было, но сидеть было почти нельзя, так как получалось внутри ощущение точно в мьсту, с которого сняли кожу, касались посторонними предметом. Член же совсем ушел внутрь (так чувствовалось) и, крои того, как бы необходимо было его сдвинуть рукой—иначе, казалось, пойдет моча; но, повторю, острой боли итб. не было».

Вольной обратился к врачу; были прописаны внутренние средства; «во и то и другое лечение очень мало». «Во время последней боляни моча несколько раз была сры—как будто с пенюль и осадок от оставивши мочи тоже был сры, как пель».

Это состояние больной называет воспалением шейки пузыря. С 1908 года подобное воспаление повторялось несколько раз, острые приступы его проходили, но невольности и неприятности при сиднии в промежности почти не прекращаются все время.

St. pr. Половые органы нормальны. Из канала отделения итб. Моча прозрачна, с небольшим единичным итб. в 1 порции. Под микроскопом эпителиальная клетка, с небольшим количеством лейкоц.; бактерий нет.

Per rectum—простата не увеличена, равномерной консистенции; при ощупывании, по средней линии вдоль канала, треть, лежащей ближе к ашш, большой вскрикивает от рывной боли, сопряженной с позывом на мочу. Боль напоминает ему начало «воспаления шейки».

Посл. массажа желез — моча слегка опалесцует. Под микроскопом: единичные многоядерные лейкоциты. При исследовании а bouille ртвая чувствительность в области *Col. sem.*; болезненная ощущение аналогична болем при исследовании per rectum, астаивают большого вскрикивать. Из канала выдвигалась капля кровянистой жидкости.

Со стороны нервной системы — рѣзкое повышение кожных рефлексов, дрожание пальцев вытянутых рук; дермографизм. Со стороны внутренних органов, явления хронического колита, отъ какового и лечится у спелпидита.

23 апр. Эндоскопия Sub alurini. См. В. № 2.

17 апр. Цистоскопия—Сфинктеръ слегка отчетень, отверстія мочеточниковъ измѣненія не представляютъ.

Diagnosis: Collicul. desquamativa.

Лечение.—Массажъ прост. 2 раза въ недѣлю съ послѣдующей инстилляціей задней части канала Arg. Nitr.

13 мая эндотерапія Arg. Nitr. 10‰. Слизистая р. прост. кровотоциты значительно меньше.

16 июня сдѣлано 6 эндотерапій 20% Arg. Nitr. Col. sem. уменьшился, слизистая его гладкая блестящая, но кровотоциты, основаніе патологическихъ измѣненій не представляется. Слиз. р. прост. не разрыхлена. Прикосновение къ Col. sem. ощущается безъ боли. Отверстія Uthg. mass. и d-us различны. Исследование per rectum области Col. sem. не опредѣляетъ прежнихъ болей. Чувствуютъ себя удовлетворительно.

Въ ист. б. № 20 мы читаемъ о боляхъ въ промежности прыступообразнаго характера. Боли появлялись иногда послѣ усиленныхъ движеній, иногда безъ видимыхъ причинъ, начавшись въ промежности, распространялись по бедру или же отдавались внизъ живота, надъ лобкомъ, гдѣ и держались нѣкоторое время. Иногда боли бывали настолько сильны, что приходилось ложиться въ постель. Аналогичная боли бывали, когда наступала, правда, это очень рѣдко, эрекция либо поллюція, сопровождавшаяся выдѣленіемъ буро-окрашеннаго сѣмени; поллюція часто оставляли послѣ себя общую разбитость, слабость и раздражительность.

У больного № 21 также бывали боли въ промежности, но сила ихъ была меньше и не бывало иррадиации въ другія мѣста. Иное дѣло боли, описываемая № 22. Больной рассказывалъ, что безъ видимой причины у него появлялись боли въ промежности и бывали настолько сильны, что нельзя было сидѣть на стулѣ, такъ какъ каждое давленіе вызывало усиленіе боли.

Въ началѣ заболѣванія была недовольство въ заднемъ походѣ, одновременно съ этимъ участился позывъ на мочу, особенно послѣ coitus'a; позывъ бывалъ, несмотря на то, что больной передъ сношеніемъ мочился, влослѣдствіи недовольство перешла въ непріятный зудъ, чувство садненія — послѣднее усилялось при сидѣніи, получалось ощущение точно къ мѣсту, съ кото-

рого снята кожа, прикасаясь постороннимъ предметомъ. Подобные приступы повторялись часто и больной приписывалъ ихъ воспаленію пузыря.

Исторія № 23.

О—въ, 50 лѣтъ, податной инспекторъ, прибылъ 25 сент. 1908 г. въ СПб. Уролог. Институтъ на пріемъ д-ра Леженева съ жалобой на выдѣленіе слизи изъ канала по утрамъ, на боль въ промежности во время coitus'a, главнымъ образомъ въ моментъ истеченія сѣмени, и на ослабленіе половой дѣятельности.

Anamnesis. 25 лѣтъ назадъ трипперъ. Лечился много, исключительно инстилляціями Arg. Nitrici. Было воспаленіе лѣваго придатка. Coitus имѣлъ правильный.

St. praes. Удовлетворительное питаніе и тѣлосложение.

Половые органы не представляютъ измѣненій. Изъ канала выдѣляется глицерино-подобная капля.

Мочится долго, тонкой струей. Моча прозрачная, при изслѣдованіи измѣненій не представляется.

Prostata увеличена кѣло, равномерно плотна и болѣзненная; à bouille № 22 опредѣляетъ присутствіе структуры in. patr. bulbosa. Послѣ массажа парадоксная муть въ мочѣ много лейкоцитовъ, 26 сент. Эндоскопия—23. Col. sem. небольшой величинѣ, блѣдно-желтаго цвѣта, отчетень, но кровотоциты; сильная набухлость слиз. за Col. sem. и впереди него. Твердый рубецъ р. membr. и Urethritis sicca p. pend.

Diagnosis: Strictura, urethritis, prostat. et Colliculitis.

Лечение: 28 сент.—7 нояб. Расшир. до № 35. Массажъ простаты и пширофоръ, промываніе по Жанс П. Охур. 1: 5000.

Съ 13 нояб. Токс Д'Арсевиалъ—черезъ день.

1 нояб.—30 нояб. Сдѣлано 5 эндотерапій, черезъ 6 дней. Самочувствіе хорошее; болей при сношеніи нѣтъ.

Исторія № 24.

К—цевъ, 28 лѣтъ, прикащикъ, пріехалъ въ Урол. Инст. 13 янв. 1912 г. на пріемъ съ жалобой на недовольство въ заднемъ походѣ, на боль въ яичкахъ, временами появляющуюся, и быстрый coitus.

Anamnesis. Ованализмъ въ теченіи 3 лѣтъ въ юности. 10 лѣтъ тому назадъ появлялся течь; врачъ опредѣлялъ трипперъ; черезъ 3 дня послѣ спринцеванія все успокоилось и отдѣленія больше не появлялось.

4 года тому назадъ снова заболѣвъ, появилась течь съ гонокок. при изслѣдованіи. Лечился аккуратно массажемъ простаты, спринце-

напием, глубокими вспрыскиваниями. Тогда же развились явления общей неврастении. Лечение временно было оставлено.

2 года назад стал замечать быстрое извержение эякуля; боли в яичках тшущаго характера и боли в проходе, временами сильно беспокоившие. Затѣм наступило ослабление эрекции: penis набухалъ, но недостаточно. Являлся прижатиями сѣмени. бугорка. Наступило удручение. ¼ года тому назад женился, вскоре послѣ свадьбы опять наступило быстрое извержение эякуля и тшущаго боль в яичкахъ.

St. pr. Питание и тшдосложение удовлетворительное. Половые органы нормально развиты. Отдѣленія изъ канала итш. Моча прозрачна, съ небольшими связистыми нитями. 2-я чистая. Простата равномерно плотноватой консистенціи, въ верхнихъ полюсахъ прощупываются небольшіе узлы величиной съ горошину, но большенные. Послѣ массажа легкая опалесценція мочи; à bouille опредѣлеть повышенную чувствительность. Col. sem. Анализъ мочи бактериологич. на головки съ отрицательнымъ результатомъ, въ 3-й порціи — послѣ массажа простаты найдена лейкоциты.

Рождекомъ половыхъ органовъ хорошо выражены.

14 янв. Эндоскопич. см. группа А. № 2).

Diagnosis—Prostatitis chr. Collicul. chr. hyperaemia, Spermatoecystitis chr.

18 янв. Instil. sol. Protarg. 1½% задней части канала.

25 янв. Эндотер. 5%; 1 янв. Эндотер. 10%.

15 янв. Эндотерапич. Col. sem. уменьшается въ размѣрѣ, цвѣтъ его становится менѣе яркимъ, застойныя явления внутренней части исчезаютъ, чувств. меньше.

Эндотерация черезъ каждыя 2 недѣли.

25 марта. Col. sem. по величинѣ занимаетъ ¼ просвета, какъ наружная часть его, такъ и внутренняя почти одинаковаго желтовато-краснаго цвѣта, т. что одна часть не выдѣляется передъ другой, Губы внутренней части сжорщивш. Основание не кровотоциты, рыхлости окружающихъ частей итш. Чувствительность нормальна.

Смешение итш. несколько разъ, но еясулат, хоти, по мнѣнию больного, и не быстра, все же не такая, какъ бывала раньше. Сдѣлано итшдально ланйной Arg. Nitrg. 1% въ полость Uthr. masc.

30 мая. Боли меньше.

Исторія № 25.

Д.—въ 42 л., обратился на пріѣмъ 9 дек. съ жалобой на чувство боли и жара въ яичкахъ и на половую слабость; болѣтъ около 5 лѣтъ.

Анамнезис. Трипперъ около 12 лѣтъ тому назад; лечился. Въ прошломъ году бужировался в массировазис. Тоникъ итш. послѣднее время не найдены (бактериологически). Слабость осталас по пріѣмну. Лечился водой и итшдывомъ отъ Neuphastin®, но половая слабость продолжала оставатся.

Возбужденія бываютъ очень рѣдко по утрамъ, coitus'a давно не было, т. е., когда нужно, penis отпалывалас. Нощѣ сходить иногда, но очень мало. Главное беспокоитъ чувства боли и жара въ яичкахъ, периодически появляющіеся безъ всякаго повода.

St. pr. Питание и тшдосложение удовлетворительное. Половые органы нормально развиты. Моча прозрачна, безъ нитей. Простата не увеличена, равномерной консистенціи, послѣ массажа отдѣленіе въ видѣ опалесцирующей жидкости; подъ микроскопомъ единичные лейкоциты; à bouille № 24 суженій въ каналѣ не выщупываютъ.

10 дек. Эндоскопич. № 23. Col. sem. не вмѣщается на ¼ въ просвѣтъ. Слизь его блѣдно-желтаго цвѣта, у основания, и сбоку имѣются тонкіе какъ бы полипообразныя разрастанія; устье Uthr. masc. видно только верхушкой, лѣвый d. ej.—us виденъ.

14 дек. Уретроскопич. по Goldschmidt's. См. таблицу К. № 5. (рис. 23 табл. II).

16 дек. Эндотерация 20%. Arg. Nitrg.

2 янв. 1912 г. Эндотерация 20%; 15 янв. Эндотерация 20%.

25 янв. 1912 г. Зондированіе Uthr. masc. съ отрицательнымъ результатомъ. Зондированіе лѣваго d-us ejaculatorius: зондъ свободно безболѣзненно проникъ на 1 см., кровоточений не было. Сдѣланы были раздраженія сфинктера d-us'a итшдольными зондированіями.

9 февр. Эндотерация 20%. Arg. Nitrg. Послѣ бужированія ductus'a никакихъ болѣзненныхъ ощущеній не было. Боли въ яичкахъ и чувство жара стали меньше.

16 февр., 23 февр. Эндотерация 25%. Arg. Nitrg. Бужированіе ductus'a въ течение не болѣе 5 минутъ.

Возбужденіе удовлетворительное, можетъ имѣть coitus' болѣе правильныи, чѣмъ бывало на эти 5 лѣтъ.

5 марта. Послѣ послѣдняго прижатія черезъ 2 дня имѣлъ coitus; эрекция была слабоватая, но достаточная все же, чтобы ввести penis въ вагинумъ; черезъ 4 дня эрекция была значительно лучше, coitus' былъ удовлетворителенъ, но еясулат'а было мало. Эндотерация 25%. Различимъ правый ductus ejaculatorius въ видѣ ямн. Подпонообразныя разрастанія почти не видно. Самъ Col. sem. уменьшился въ размѣрѣ.

Бужированіе обоимъ отверстіямъ сѣмявыбр. протоковъ.

Послѣ однаго coitus'a в praeservativo итш. была отправлена въ лабораторію д-ра Губермана сперма для изсѣдованія 30 мар. 1912 г. Spermatozoa на все п. эр. м. нормальнаго величинны, правильной формы и рѣдко подвижны; фосфаты (до 10 кристал. въ п. эр.) лейкоциты (1—2 не въ каждомъ п. эр.) и единичные антитѣлныя явтыи.

Дѣла не позволяли болѣеу продолжать лечение и оцъ явлас 2 апр. За этотъ промежутокъ времени имѣлъ coitus'.

№ 23 жаловался какъ и предыдущіе больные, на боли въ промежности, но послѣднія бывали только послѣ coitus'a;

у № 24 пришлось выслушать жалобы на тянущие боли в яичках, несмотря на coitus;

у № 25 боли в яичках сопровождался чувством жара; у этого же больного было и ослабление половой деятельности.

Некоторые больные жаловались на боли, распространяющиеся вдоль канатика к паху, эти боли находились иногда в связи с coitus'омъ.

Постараемся сгруппировать жалобы этой группы и вычислить % отношение ихъ.

1) Боли либо в промежности, либо в глубинѣ канала при coitus'ѣ или сейчас же послѣ coitus'a—15%.

2) Зудъ въ каналѣ, периодически появляющийся независимо отъ эрекции или спокойнаго состоянія члена—въ 22%.

3) Постоянное болѣзненное оупунение в глубинѣ канала, (подъ мошонкой)—въ 4%.

4) Тяжесть и боли въ предстательной железеѣ и области задняго прохода—въ 30%.

5) Болѣзненное чувство пульсации в промежности—въ 8%.

6) Боли при coitus'ѣ или поллюціи или эрекции, возникающіе в глубинѣ канала, отдаются въ пахъ и яички—въ 5%.

7) Боли, отдающія въ ноги, крестецъ вдоль N. Ischiad.—въ 14%.

Жалобы болѣзненных послѣдней категоріи были однообразны; чаще всего относились либо къ выдѣленію изъ канала по утрамъ, или днемъ, либо къ нитамъ и мутн в мочѣ. На нихъ мы останавливаться больше не будемъ, скажемъ только, что общее число ихъ было значительное и составило около 30% всѣхъ болѣзненныхъ.

У.—Жалобы на трипперъ.

Объективное исследование болѣзненныхъ.

Приступая къ исследованію, мы скажемъ в началѣ нѣсколько словъ о порядкѣ исследованія. Полное исследование больного мы производили въ нѣсколько сеансовъ; въ первый день производили внутренній и наружный осмотръ, начиная съ половых органовъ и кончая нервной системой.

Если было достаточное количество мочи, брали ее для анализа, если первая порція была прозрачна, брали третью послѣ исследования и массажа простаты.

Если моча была мутна, то массажную порцію брали послѣ предварительнаго промыванія канала и наполненія пузыря по Жанэ растворомъ борной кислоты.

Если отдѣленіе изъ канала было ничтожное и по виду не

гнойнаго характера, то въ этотъ же день исследовали каналъ бужемъ à bouille, а иногда и металлич. бужемъ и оставляли до анализа.

Если не было триппера и моча была прозрачна, на слѣдующій день или въ одинъ изъ ближайшихъ назначали больному для эндоскопіи; если было подозрѣніе на присутствіе гонококковъ, то выжидали съ эндоскопіей до полученія результатовъ анализа мочи (бактеріоскопическаго или бактериологическаго).

Если были указанія на явленія со стороны мочевыхъ органовъ, то въ одинъ изъ слѣдующихъ дней, но не раньше 2—3 дней послѣ эндоскопіи, чтобы успѣлися явленія раздраженія послѣ лея, назначали цистоскопію, а въ случаѣ необходимости и катетеризацію мочеоточниковъ.

Если было какое-нибудь сомнѣніе, вѣрнѣе, подозрѣніе на заблужденіе первой системы, больной направлялся къ специалисту невропатологу.

Мы не будемъ останавливаться на осмотрѣ наружныхъ половых органовъ, такъ какъ они не представляли у нашихъ болѣзненныхъ никакихъ патологическихъ отклоненій, за исключеніемъ не часто встрѣчавшагося расширенія вѣнъ сѣм. канатиковъ (около 2% лѣв., 0,25% правого и около 0,2% обонхъ), уплотненія того или другою придатка вслѣдствіе бывшаго эпидидимита (лѣваго около 2%, праваго 2,5% и обонхъ около 0,3%), и въ нѣкоторыхъ случаяхъ небольшой вылости мошонки, перейдемъ прямо къ дальнѣйшимъ исследованіямъ.

Исследование наружныхъ половых органовъ и мочи.

При осмотрѣ наружнаго отверстия канала пытались выдать содержимое его для микроскопическаго исследованія, причемъ замѣчалось слѣдующее:

Если у больного былъ когда-нибудь уретритъ, то, обычно, выдаваемая изъ канала капля, серозно-гнойнаго характера, либо серознаго — при исследованіи давала либо положительный результатъ на гонококки (3,4%), либо при отрицательномъ результатѣ можно было обнаружить тамъ присутствіе другихъ бактерій, сидѣвшихъ внутри и внѣ гноинныхъ клѣтокъ. Число подобныхъ исследованій мы не записывали, поэтому цифровыхъ данныхъ у насъ нѣтъ.

Иногда отдѣленіе было стерильно и состояло изъ клѣтокъ плоскаго эпителия и порядочнаго количества гноинныхъ клѣтокъ между связистыми волокнами (12,45%).

При отсутствіи въ прошломъ уретрита значительно рѣже

можно было получить хотя какое-нибудь содержимое из па- ружнаго отверстия канала.

Иногда отдѣленіе было стерильно и имѣло видъ глице- риноподобной капли, микроскопическое изслѣдованіе которой обнаруживало группы мертвыхъ сперматозоидовъ (1,65%), либо только клѣтки плоскаго эпителия съ единичными лейкоцитами. Въ 2 случаяхъ пришлось отмѣтить суховичное отдѣленіе; безъ присутствія гонококковъ и безъ наличности въ прошломъ триппера—Colliculitis desquamativa — въ одномъ, и съ трипперомъ въ анамнезѣ, но безъ гонококк. въ мочѣ и отдѣленіи—въ дру- гомъ случаѣ (Collic. hyperaemica).

Гораздо чаще у неуретритиковъ каналъ былъ сухой.

Осмотръ мочи производился въ 3 порціяхъ, либо въ 5, въ зависимости отъ ея прозрачности.

Если запасъ мочи въ день прихода былъ незначителенъ, то подробный осмотръ ея откладывался до слѣдующаго раза, предписывая явиться, не мочась 4—5 часовъ, если, конечно, больной могъ вытерпѣть столько; въ противномъ случаѣ, предоставляя больному возможность сохранить мочу по мѣрѣ ея силъ.

1-я порція шла для анализа; 2-ая только въ случаѣ мутн. подвергалась анализу.

Въ случаѣ триппера въ прошломъ и выдѣленія изъ канала для бактериологическаго изслѣдованія на гонококки отдавалъ утреннюю мочу, послѣ предварительной провокаціи всего ка- нала либо Protarg. 4% либо Arg. Nit. 2%.

Послѣдняя порція мочи, выпускаемая больнымъ послѣ массажа простаты, подвергалась отдѣльному анализу.

1-я порція мочи была чаще прозрачная, значительно рѣже встрѣчалась мутноватой. Послѣднее бывало либо при обостряе- мыхся хроническомъ трипперѣ, либо на счетъ солей (фосфор. и мочеисп. шавелевок.).

Нити различной величины и качества встрѣчались нѣрѣдко въ 1-ой порціи, при бывшемъ уретритѣ чаще, тогда какъ при отсутствіи его сплошь и рядомъ нитей не удавалось наблюдать, а если и бывали, то обычно слизистыя. Микроскопическое из- слѣдованіе ихъ, то определяло присутствіе единичныхъ гоно- кокковъ (4,15% безъ наличности ихъ въ отдѣленіи), то другихъ бактерий, то нити были стерильны; то сплошь состояли изъ много- ядерныхъ лейкоцитовъ, то можно было встрѣтить лишь еди- ничные экземпляры ихъ, и группы клѣтокъ плоскаго эпителия.

2-ая порція чаще не представляла измѣненій.

Исслѣдованіе простаты производилось обычнымъ способомъ, Исслѣдова- при помощи указательнаго, защищеннаго резиновой перчаткой, не проста- пальца. Больному придавали чаще всего положеніе à la vasche, т. е. сти. Однако, въ зависимости отъ случая мы пользовались и другими, пузырямиъ положеніями, применимыми при этомъ изслѣдованіи. Col. sem. per rectum.

Опредѣлялась величина, границы простаты, консистенція ея, чувствительность къ давленію и главнымъ образомъ мѣсто наибольшей чувствительности. Въ заключеніе изслѣдованія послѣ энергичнаго массажа, если состояніе железа допускало это, выдавленный сокъ подвергался микроскопическому анализу.

За послѣдніе 1½ года во всѣхъ собственныхъ случаяхъ, гдѣ не имѣлось въ железѣ рѣзкихъ измѣненій, достаточныхъ для по- становки діагноза заболѣванія ея, мы особенно слѣдили за микро- скопическимъ изслѣдованіемъ.

Мы считаемъ лишнимъ останавливаться на подробномъ описаніи измѣненій величины и консистенціи железа, ограничимся только діагнозомъ заболѣванія ея, о чемъ мы будемъ говорить нѣсколько позже.

Здѣсь же скажемъ о той чувствительности простаты, которую удалось помѣтить еще Finger'y при изслѣдованіи ея у лицъ, страдающихъ колликулитомъ.

Finger указалъ, что въ случаяхъ воспаленія сѣм. бугорка, когда предстательная железа оказывалась нормальной, надавленіе на простатическую часть канала пальцемъ вызывало рѣзкую чувствительность, въ результатъ чего появлялся весьма неприятный позывъ на мочу. Дѣйствительно, мы въ послѣднее время особенно внимательно слѣдили за опредѣленіемъ наиболее чувствительнаго мѣста въ простатѣ и очень часто убѣдились въ томъ, что при колликулитахъ боковая доли простаты чаще бывали нечувствительны, тогда какъ по средней линіи, на мѣстѣ расположенія мочеисп. канала, чувствительность была значи- тельно повышена; притомъ на опредѣленномъ, иногда рѣзко ограниченномъ мѣстѣ, соответствующемъ задней 1/3 длины простаты, ближе къ anus'у.

Анатомически это мѣсто, видимо, соответствуетъ Col. sem. Слѣдовательно, нужно допустить, что наибольшая чувствительность была именно въ области Col. sem. Явленіе это настолько обычно въ особенности при 1 группѣ колликулитовъ, что от- дѣльно мы и не отмѣчали его.

Если большой былъ интеллигентенъ, то сплошь и рядомъ

онь, сравнивая ощущения от массажа и от прикосновения к Col. sem., находил в них аналогию.

Не раз больные заявляли, что боль, испытываемая ими в промежности, аналогична той, которую они испытывали при массаже Col. sem. и во время эндоскопии при прикосновении к нему.

Врач, о котором мы уже раз-говорили, пишет: «Чувство похоти напоминает тоже ощущение, когда товарищ касается тупым ватным тампоном к Col. sem. при эндоскопии. При массаже простаты легкое колебательное сотрясение кончика пальца по средней части железы на мѣстѣ углубления ея в rectum дает такое же похотливое ощущение, но уже связанное съ болевыми чувствами и отдающее в членъ. Мѣсто неопредѣлимо, но главным образом въ головкѣ».

Итакъ нужно считать, что через rectum мы можем опредѣлить повышенную чувствительность Col. sem.

Последняя иногда бываетъ настолько повышена, что изслѣдуемый вскрикиваетъ отъ боли, и это можно контролировать, надавливая на различныя мѣста простаты, и только область Col. sem. вызываетъ подобную реакцію со стороны больного.

Если область Col. sem. можно опунать через rectum, можно массировать ее, то нельзя не согласиться съ Dreyer'омъ, который съ некоторымъ скептицизмомъ относится къ нахождению небольшого числа многоядерныхъ лейкоцитовъ послѣ массажа простаты, какъ на достаточный признак, чтобы заключить о хронич. воспаленіи ея.

Дѣйствительно, иногда возможно найти въ мочѣ достаточное количество многоядерныхъ лейкоцитовъ, выжатыхъ массажемъ изъ Uthg. masc., слиянція котораго при колликулитѣ сильно и рядомъ можетъ представлять явленіе воспаления.

Иногда наблюдалось повышение чувствительности къ давленію и всей р. membranosa, но это бывало очень рѣдко по сравненію съ чувствительностью Col. sem.

Что касается отдѣленія изъ предст. железы, обычно получаемого послѣ массажа при послѣдней порціи мочи, то нужно отмѣтить слѣдующее:

Если prostata была нормальна, то въ 3-й порціи была едва замѣтная опалесценція — микроскопическое изслѣдование обнаруживало: многоядерные лейкоциты 3—5 въ п. зр. м., единичныя эпителиальныя цилиндрич. клетки, иногда группы этихъ

кѣтокъ, галииновые шары и зерна лецитина, иногда слоистыя тѣла—corp. amylo.

При воспалительномъ состояніи простаты 3-я порція бывала либо диффузно мутновата, либо имѣла много хлопьевидныхъ нитей.

Въ этихъ случаяхъ микроскопически опредѣлялось большое количество многоядерныхъ лейкоцитовъ, кѣтокъ предст. железы, амилонды тѣла и т. д.

Иногда послѣ массажа, несмотря на нормальное отдѣленіе, микроскопъ опредѣлялъ большое количество сперматозоидовъ—выдѣленіе ves. sem.

Здѣсь же мы упомянемъ о томъ, что при послѣднихъ капляхъ мочи иногда безъ массажа простаты выдѣлялась мутноватая хлопьевидная масса, микроскопическое изслѣдование которой обнаруживало сперматозоиды въ большемъ или меньшемъ количествѣ, то нормальный простатическій сокъ, слѣд., то бывали на лицо явленія spermatorrhea, то явленія prostatorrhoe'я.

При помощи пальцевого изслѣдованія простаты и анализа ея секрета, выданнаго массажемъ, а иногда и съ помощью цитоскопій (см. дальше) нами были получены слѣдующіе результаты:

Въ 0,3% было отмѣчено атрофическое состояніе железы; въ 1,65%—гипертрофія ея; въ 83,50%—были явленія хроническаго простатита и иногда явленія застойной хронической гипереміи простаты; въ остальныхъ 14,55%—простату нужно было признавать здоровой, или, въ крайнемъ случаѣ, съ измѣненіями, не опредѣленными современными способами изслѣдованія. % нормальныхъ простатъ при заболѣваніи Col. sem. долженъ повыситься, если мы примемъ во вниманіе главную причину колликулита—хронич. уретрита. Мы знаемъ, что изслѣдованія Pezzeri и Casper'a въ 80—85% задняго хроническаго уретрита опредѣляютъ, какъ обычное явленіе, хроническій простатитъ.

Frank, Melchior и др. идутъ еще дальше и заявляютъ, что нѣтъ задняго хронич. уретрита безъ хроническаго простатита.

Nothhaft даже опредѣляетъ время, когда больше всего развивается въ этихъ случаяхъ простатитъ: а именно, у 75% лицъ, страдающихъ трипперомъ больше года, какъ правило, имѣется заболѣваніе предст. железы.

При разборѣ исторій болѣзни, писанныхъ различными вра-

Значительно легче получить содержимое ихъ при массаже области выше простаты; макроскопически въ послѣдней порции мочи въ этомъ случаѣ видны либо саговья, прозрачныя зерна, либо кашецеобразная студенистая масса, микроскопическое изслѣдованіе которыхъ обнаруживаетъ сперматозоиды.

Для изслѣдованія сѣм. пузырьковъ мы пользовались положеніемъ больного à la vasche, такъ какъ при этомъ, какъ известно, железа и пузырьки опускаются ниже и доступны пальцу.

Въ 1,5% намъ пришлось встрѣтиться съ сѣм. пузырьками, которые можно было опредѣлять въ видѣ плотноватыхъ, болѣе или менѣе бугристыхъ, величиной не больше лѣсного орѣха, опухолей; въ 0,15% можно было отмѣтить на соответствующемъ мѣстѣ только повышенную чувствительность безъ увеличенія vesic. sem.

Всѣ патологическія измѣненія нами отнесены къ spermato-cystitis chronica на почвѣ хронич. уретрита, только въ одномъ случаѣ апамнезъ былъ неясенъ, однако, теченіе болѣзни не давало возможности отнести процессъ къ туберкулезу.

Здѣсь мы представимъ % отношеніе spermato-cyst. chr. къ различнымъ измѣненіямъ на Col. sem.

Названіе группы Col. sem.	Spermato-cystitis chr.	
	Dextr.	Sinistr.
Colliculitis hyperaem.	0,30	0,45
Colliculitis desquam.	0,15	0,30
Colliculitis granul.	0,15	0,15
Colliculitis hypertroph.	—	0,15
Всего	0,60%	1,05%

Исследо-
ваніе ureth'и
и Col. Sem.
образомъ задней его части, и Col. sem. можно 1) при помощи эластическаго пробнаго бужа à boulie; 2) при помощи обычнаго металлич. бужа; 3) при помощи эндоскоп.

Бужъ à boulie лучше всего нужно брать не съ оливой

на концѣ, а съ головкой, на подобіе той, которую снабжаютъ Guyon'овскіе катетры.

Оливобразный бужъ обыкновенно имѣетъ проводникъ въ видѣ остраго наконечника—продолженіе ольвы. Этотъ проводникъ легко можетъ проскользнуть въ расширенное отверстие Uthg. masc., особенно если вести его по задней стѣнкѣ канала; въ данномъ случаѣ можно причинитъ болѣзненность, которая подаетъ поводъ къ ложнымъ заключеніямъ о состояніи Col. sem. Этого можно избѣгнуть при пользованіи головчатымъ бужемъ, расширенный конецъ котораго всегда сумеетъ пройти мимо отверстия Uthg. masc.

Для изслѣдованія нужно брать самый большой № бужа, какой пропускаетъ наружное отверстіе канала; въ среднемъ № 22 и № 23 являются всегда годными. Чѣмъ больше №, тѣмъ легче ориентироваться въ состояніи не только Col. sem., но и всего канала вообще: малѣйшія шероховатости хорошо передаются привычной рукѣ.

Если встрѣчаются стриктуры, непродоходимыя для взятаго № à boulie, то, само собой разумеется, нужно взять слѣдующій менѣйшій № и подбирать бужа до тѣхъ поръ, пока не удастся проникнуть за суженное мѣсто.

Взавъ въ правую руку à boulie, хорошо смазанной глицериномъ, либо спѣцальной мазью, такъ, чтобы указательный и большой палецъ лѣвой прдерживали его, беруть между тѣми же пальцами лѣвой руки головку penis'a и свободно вставляютъ бужъ въ открытое orif. externum.

Проталкиваютъ бужъ правой рукой очень осторожно, въ то время какъ лѣвой подтпгиваютъ членъ къверху; лучше всего правитомъ придать члену то положеніе, которое онъ занимаетъ при эрекціи, т. е. подъ нѣкоторымъ угломъ къ животу; въ этомъ случаѣ складки лучше расправляются. Первое присутствіе бужа при нормальномъ состояніи канала будетъ bulbus urethrae.

При вытанутомъ penis'ѣ bulbus достаточно расправляется и для дальнѣйшаго движенія бужа можетъ и не представитъ большой помѣхи; гораздо труднѣе проникнуть черезъ наружный сфинктеръ, особенно у болѣныхъ съ колликулитомъ, когда имѣется на лицо повышенная раздражительность нервной системы и спазмъ сфинктера бываетъ рѣзко выраженъ.

Нужно помнить одно правило: не всегда можно силой преодолѣть наружный сфинктеръ канала; наоборотъ, спокойное и

деликатное обращение съ бужомъ скорѣе преодолѣтъ это препятствіе.

Намъ помогала часто слѣдующій приемъ: когда бужъ уперся въ сфинктеръ, фиксировать его въ этомъ мѣстѣ, сильнѣе подтягивали репсъ и сейчасъ же ослабили его, сдвигая внизъ по бужу; продвѣвая подобными манипуляціи 2 — 3 раза, при совершенно легкиx надавливаніяхъ, преодолевали спазмъ сфинктера: очевидно, подобныя, манипуляціи вызываютъ утомленіе мышц сфинктера—и послѣдній расслабляется.

Въ этотъ моментъ большой исцмывать нѣкоторую болезненность, поэтому не мѣшаетъ предупредить его о неприятныхъ ощущеніяхъ, чтобы они не явились неожиданностью и не вызвали бы порывистыхъ движеній, способныхъ выбросить бужъ.

Когда прошли сфинктеръ, бужъ находится въ довольно тѣсномъ пространствѣ; получается ясное ощущение, что стѣнки канала туго обхватываютъ головку—это пространство есть просвѣтъ р. мешбаласеае. Если, измѣряя мысленно длину канала, пройти еще на 2 стп. вглубь, то бужъ будетъ въ р. prost., гдѣ получается большая свобода для движенія его головки. Внимательно слѣдя за головкой бужа, получаемъ новое препятствіе при увеличенномъ Col. sem.

При нѣкоторомъ наванѣи и при увеличенномъ Col. sem. этого препятствія проглядѣть нельзя: одновременно прикосновеііе бужа къ Col. sem. вызываетъ различныя ощущенія пациента: то большой испытываетъ чувство жара, то говоритъ, что проводить какъ бы по равной поверхности; то ощущенія эти терпимы, то они заставляютъ вскрикивать больного и покрываться потомъ.

Исслѣдуемый подучаетъ это ощущеніе при каждомъ прикосновеніи къ большому стѣн. бугорку, такъ что проконтролировать это обстоятельство очень легко.

При обратномъ ходѣ не слѣдуетъ быстро вытаскивать бужъ, а нужно его выводить медленно, такъ какъ эти моменты даютъ возможность опредѣлить даже небольшія суженія, благодаря тому, что суженіе, встрѣчая на пути своемъ широкую часть головки бужа, представляетъ большее препятствіе для прохожденія его, а, слѣд., становится и замѣтнѣе. Не лишне осмотрѣть головку бужа и наружное отверстіе канала, чтобы убедиться, не имѣется ли тамъ суживающаго отдѣленія.

Такъ какъ, мы видѣли раньше, коагулянты сопровождаются раздраженіемъ слизистой задней части, то сплошь и ря-

домъ при прохожденіи бужа повлается sanguinacia ея и на бужѣ остаются слѣды крови. Не мѣшаетъ объ этомъ предупредить больного раньше, чѣмъ приступить къ исследованію задней части. Мы дѣлаемъ это тогда, когда бужъ уже вставленъ въ каналъ, когда больному уже некогда раздумывать о томъ, стоитъ ли разрѣшать врачу исследовать себя.

Предупрежденіе важно потому, что всѣ «коагулянтки» очень нервны и отдѣленіе крови могутъ истолковать не въ пользу врача.

Если желаютъ проверить результаты перваго исследованія и опредѣлить, въ какомъ состояніи находится Col. sem., т. е. имѣетъ ли онъ форму твердой инфильтраціи или только мягкую инфильтрацію, то можно воспользоваться другимъ способомъ—исследовать каналъ металлическимъ бужомъ.

Такъ какъ мы, пользуясь эндоскопомъ, во-очію убѣдились въ состояніи Col. sem., то почти не прибѣгали съ діагностической цѣлью метал. бужей. Тѣмъ не менѣе, скажемъ объ этомъ нѣсколько словъ.

Врать нужно большіе № бужа, въ среднемъ между № 20 и № 25, въ зависимости отъ наружнаго отверстія и состоянія канала. Этотъ способъ лучше прибѣгать тогда, когда послѣ à bouille не было кровавистаго отдѣленія, слѣд., когда имѣются нѣкоторыя указанія на сухой процессъ въ задней части, т. е. на твердую инфильтрацію.

Если при желаніи исследующаго опустить внизъ павильонъ бужа, введеннаго въ каналъ по общимъ правиламъ, съ цѣлью пройти въ пузырь, бужъ упирается во что-то болѣзненное и часто пружинитъ, то это препятствіе обычно слѣдуетъ относить на счетъ увеличеннаго и плотнаго Col. sem.

Стоитъ прижать влѣвъ къ верхней стѣнкѣ канала и въ такомъ положеніи опустить павильонъ ниже, какъ бужъ сейчасъ же проскальзываетъ въ пузырь, причемъ получается характерное ощущеніе перескакиванія черезъ какую-то плотную, болѣзненную или, въ крайнемъ случаѣ, замѣтно чувствительную опухоль—этотъ моментъ подтверждается, что у больного имѣется Col. sem. въ стадіи его твердой инфильтраціи.

Эндоскопическія измѣненія были подробно разобраны нами Эндоскопія въ патологич. отдѣлѣ настоящей работы.

Здѣсь мы коснемся только нѣкоторыхъ вопросовъ, связанныхъ съ этими измѣненіями.

Естественно задать себе первый вопрос такого рода: нельзя ли на основании жалоб больных предугадать те или другие изменения на Col. sem.

Еще Grünfeld на это обращал свое внимание и на основании наблюдений пришел к отрицательным результатам. «Ни для сперматорреи, ни для поллюции, ни для импотенции нельзя было, говорит он, найти характерных изменений на Col. sem.».

Чтобы нагляднее представить сочетание субъективных данных с объективными, мы приведем следующее % вычисление всех жалоб, сгруппированных по отдельным колликулитам. (См. таблицу на стр. 218—219).

Здесь мы видим, что лица, у которых были найдены Collicul. hyperaem. и Collicul. interst., испытывали всевозможные ненормальности в моче-половой сфере, правда с некоторым преобладанием нарушений в половой жизни, тогда как страдающие другими формами колликулитов не предъявляли никаких жалоб. Тем не менее, некоторые жалобы как будто связаны больше с одной формой колликулита, чем с другой. Так, кровавая поллюция, встречающаяся при Collicul. hyperaem. и Collicul. interst., оказалась в 4 раза чаще при первой форме, чем при второй; чувство остаточной мочи и ощущение постороннего тела в канале проститылось тоже при двух формах — Collicul. hyperaem. и Collicul. interst., тогда как постоянное болезненное ощущение в глубине канала и в промежности при одной форме — Collicul. hyperaemica.

Болезненное ощущение в глубине канала и в промежности нам кажется, аналогичны и только субъективизм пациентов придает различную терминологию их локализации.

След., как будто некоторые жалобы и дают повод предположить ту или другую форму колликулита, однако, утверждать положительно в этом смысле нельзя.

Глядя на таблицу, мы скорее возьмем основание присоединиться к мнению Grünfeld'a и сказать, что субъективные ощущения не могут характеризовать изменения на Col. sem.

Однако, если мы возьмем группу жалоб на неправильную половую жизнь и будем рассматривать их при различных формах колликулита (Collicul. superf. chr.), промежуточных (Collicul. interstitial.) и конечных (Collicul. atroph.), то можно подметить следующий факт.

Жалобы на частые поллюции при первой форме встреча-

лись чаще (2,40%), чем при второй (0,90%), и не было их при третьей.

(Мы не принимаем во внимание смешанной формы по той простой причине, что она вмещает в себя обе первые формы).

Следующую стадию половых изменений — ejacul. praes. при хорошей эрекции и при ослабленной — мы встречаем также при наличии Collicul. superf. и interstit. и нет их при Collicul. atroph.

Но если мы обратим внимание на отношения ejacul. praes. при нормальной эрекции к ослабленной при той и другой формах колликулита, то заметим, что эти отношения не одинаковы, а именно:

1) при Colliculitis superf. общее число ejacul. praes. с нормальной эрекцией составляет 11,35%, а ejacul. praes. с нормальной эрекцией 4,70%, и отношение их будет равно отношению приблизительно 2,5:1.

2) при Colliculitis interstit. общее число первых изменений — 2,70%, вторых — 2,25, отношение их — 1,2:1.

След., при Colliculitis superficialis на каждые 2,5 случая ejacul. praes. с нормальной эрекцией, приходится 1 с ослабленной эрекцией; во втором же (при Colliculitis interst.) на каждые 2,5 уже 2 случая, т. е. число с ослабленной эрекцией начинает при этой форме прогрессировать.

Дальнейшая стадия половой слабости есть полная импотенция, которая уже наблюдается и при Colliculitis atroph.

Возьмем, как и в предыдущем случае, отношения ejacul. praes. при различных эрекциях к случаям с явлением импотенции при Colliculitis superf. Общее число последних составит 3,45%, а отношение суммы % числа случаев ejacul. praes. к импотенции равно 4,6:1; при Colliculitis interst. оно выражается в 3:1.

Первая стадия половой слабости мы совершенно не наблюдали при атрофической форме и встретились здесь только с полными импотенциями.

На основании вышесказанного мы можем сделать такое заключение: чем более серьезны у больных жалобы на отклонения в половой сфере, тем более глубоки изменения можно предполагать в Col. sem.

Это обстоятельство важно в смысле предсказания о заболевании.

Название подгруппы.	Разстройства половыз.						Разстройства мочево- лозы.						Мочевыя.		Первого характера.										
	Частыя половыз.	Ежесл. прасох.	Ослаб. эр. и едас. пр.	Импотенція.	Специально-простатурез.	Курчавая половыз.	Искрив. половыз и фимоз.	Част. бодб. половыз и половыз.	Част. бодб. половыз и фимоз.	Част. бодб. половыз ослаб. эр.	Частыя боли и воспаление при мочеисп. и соизв.	Зерудк. мочеисп. и слабость.	Мутная моча, слабая ареция.	Частые бодб. половыз.	Болезн. половыз.	Зерудк. мочеиспоск.	Чувство остат. мочи в каналѣ.	Боли в промежи. послѣ соиз.	Зудъ в каналѣ.	Покрасн. болезн. отеки во глубоки каналѣ.	Тяжесть в простатѣ.	Болезн. качество урса. во промежи.	Боли в каналѣ при соиз.	Иррадиру. болезн. вост. простатѣ, половыз.	Маленія тупшера.
A. Col. hyperaem.	2,25	7,65	3,00	1,65	1,50	0,60	0,45	0,60	1,05	0,15	0,45	—	0,15	2,25	0,90	0,60	0,80	0,60	1,85	0,60	1,35	1,35	0,45	1,05	13,35
B. Col. desquam.	—	2,55	1,05	1,50	0,75	—	0,45	0,15	0,30	—	—	—	1,50	—	—	0,15	0,15	0,75	—	0,75	—	0,15	0,60	0,60	4,20
C. Col. gran. . .	—	0,90	0,15	0,15	0,15	—	—	—	0,30	—	—	—	0,75	—	—	—	—	—	—	0,15	—	—	—	—	0,30
D. Col. ulcero-gr.	0,15	0,30	0,45	0,15	—	—	—	—	0,30	0,15	—	—	0,45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,30	1,05
E. Col. hypertroph.	0,90	1,80	1,95	1,65	0,30	0,15	0,15	0,15	0,75	—	0,15	0,30	0,15	0,75	0,90	0,15	—	0,45	0,75	—	1,85	—	—	0,45	6,75
F. Col. pachyd. .	—	0,45	—	—	0,15	—	—	—	—	0,15	—	—	0,15	—	—	—	—	0,15	—	—	—	0,30	0,15	—	1,20
G. Col. circumscript	—	0,45	0,30	—	—	—	—	—	—	—	0,15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,45
H. Col. cystosa .	—	—	—	0,30	0,15	—	—	—	—	—	—	—	0,15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
I. Col. vegetat. .	0,15	0,60	0,30	0,60	0,30	—	—	—	—	—	—	—	0,30	—	—	—	—	0,60	—	0,60	—	0,15	0,15	—	1,85
K. Col. polyp. .	—	0,15	0,30	0,30	—	—	—	—	—	—	—	0,15	—	—	—	—	—	0,15	—	0,15	—	—	—	—	0,90
L. Col. atroph. .	—	—	—	0,45	0,15	—	—	—	—	—	—	—	0,15	—	0,30	—	—	0,15	—	—	0,45	—	—	0,15	0,90

Нѣкоторые авторы (Grünfeld, Подрезь, Scheuer и др.) подмѣтили, какъ характерный признакъ для сперматоррей—зіяніе наружныхъ отверстій d-us ej-otum.

Мы въ 0,30% при открытыхъ біати сѣмявыбр. протоковъ встрѣтили несомнѣныя явленія сперматоррей (одинъ случай приведенъ въ исторіи № 11). Процентное число должно бы увеличиться еще на 0,30%, такъ какъ зіяющія отверстия, отмѣченные въ записяхъ эндоскопій, имѣлись на лицо, но, къ сожалѣнію, не было найдено микроскопическихъ изслѣдованій слизистаго отдѣленія при испражненіи.

Больше вѣроятій, что и здѣсь имѣлась сперматоррей; однако, эти случаи мы не причисляемъ къ достовернымъ.

Если зіяющее отверстие по Grünfeld'y и др. характерно для сперматоррей, то изъ этого еще не слѣдуетъ, что всякая сперматоррей должна сопровождаться наличностью зіяющихъ біати.

Такъ, въ случаѣ № 12 въ то время, какъ имѣлись ясные слѣды сѣмятеченія, нельзя было вначалѣ увидѣть сѣмявыбрасывающихъ отверстій, и только дальнѣйшій ходъ обнаружилъ ихъ съ ясно воспаленнымъ вѣнчикомъ; въ другомъ же случаѣ № 13 эти отверстия впоследствии были едва только различимы, тогда какъ явленія сперматоррей были налицо.

Слѣд., при явленіяхъ сѣмятеченія не обязательно зіяніе отверстій ductus'овъ, однако, зіяніе ихъ должно наводить на мысль о сперматоррей.

Разсматривая послѣднюю таблицу, можно отвѣтить, что почти при каждой формѣ колликулита встрѣчались жалобы на сѣмятеченіе, слѣд., для этого заболѣванія нѣтъ и характерной формы пораженія Col. sem. Да этого и не требуется.

На основаніи микроскопическихъ изслѣдованій Finger'a мы знаемъ, что воспалит. процессъ Col. sem. накого бы онъ характера ни былъ, чаще идетъ вглубь органа по стѣнкамъ ductus'овъ.

Такъ какъ первичный очагъ пораженія обычно находится на поверхности Col. sem., то наиболѣе старый процессъ будетъ въ периферич. части d-us'a, т. е. въ сфинктерѣ его, въ результатѣ чего и наступаетъ расстройство его функціи, либо въ видѣ повышенной чувствительности его, либо въ видѣ недостаточнаго замыканія благодаря старымъ инфильтраціямъ.

Отъ степени инфильтраціи и будетъ зависѣть общій видъ наружнаго отверстия.

Вотъ почему зіяющія отверстия должны наводить на мысль о сперматоррей.

Слѣд., жалобы на сѣмятеченіе, не предопредѣляя формы колликулитовъ, чаще говорятъ о пораженіи сѣмявыбрасывающихъ протоковъ.

Дальше мы должны обратить вниманіе на связь между заболѣваніемъ стѣн. бугорка и болѣзненной ejaculati'ей, сопровождающейся выгода кровяной окраской сѣмени.

Обращаемъ вниманіе на это обстоятельство потому, что подобный симптомъ раньше, вѣрѣю и теперь еще, относятъ исключительно къ заболѣванію сѣмян. пузырьковъ.

Кровяная окраска сѣмени, встрѣтившаяся при Collicul. hyperaem. и hypertroph., болѣзненная ejacul.—при Collicul. desquam., были безъ одновременнаго пораженія vesic. sem., насколько это возможно было опредѣлять современными методами; со стороны же простаты въ 0,15% было найдено атроф. состояніе ея, въ одинаковомъ же числѣ (0,30%) нормальное состояніе и патологическіе процессы.

Такъ какъ въ этихъ случаяхъ подобныя явленія мы не можемъ объяснить простатитомъ, то повновѣ должны удѣлить нѣкоторое вниманіе и пораженнымъ ductus'амъ.

Подтверженіемъ этого служатъ ист. № 13, гдѣ наряду съ сѣмятеченіемъ имѣлась и кровяная сперма.

Намъ кажется, что въ данномъ случаѣ имѣлось пораженіе сравнительно свѣжими инфильтратами стѣнокъ ductus'a, причемъ пораженіе это было периферическаго расположенія, за что говорятъ удрученіе процесса подъ впливіемъ только индотераніи, дѣйствию которой не могло сильно сказываться на отдаленныхъ частяхъ сѣмявыбрасывающихъ протоковъ.

Недостаточное замыканіе d-us'овъ вслѣдствіе инфильтраціи сфинктера служило причиной сперматоррей, а травматизація инфильтрированныхъ стѣнокъ во время ejacul. окрашивала сперму кровью.

Подобное же окрашиваніе можетъ иногда получиться и при Collicul. desquam., когда при эректіи и ejacul., sive набуханіи Col. sem., възняется новоростность его; чѣмъ рыхлѣе слизистая, тѣмъ больше шансовъ на аутоэрамматизацію ея и кровотеченіе.

Присутствіемъ инфильтрата въ стѣнкахъ сѣмявыбр. протоковъ нужно объяснить и болѣзненныя ejaculati'и. Въ данныхъ случаяхъ процессъ въ слизистій, видимо, сопровождается меньшимъ разрыхленіемъ ея и сокращеніемъ протоковъ не вызываетъ кровотеченія.

Итак, жалобы больных в большинстве случаев не могут характеризовать формы изменений на Col. sem.; если дело идет только о половой жизни, то тяжесть субъективных изменений чаще идет параллельно степени поражения Col. sem. и, наконец кровавая еясул. и болезненная без окрашивания спермы служат, видимо, частым указателем поражения сывмиабрасывающих протоков без наличия spermato-cystit'a.

Механизм
происхо-
ждения
субъектив-
ных ощу-
щений.

Объ этом вопросе мы уже отчасти говорили в физиологическом отделе и здесь скажем только несколько слов.

Если дело идет о половой жизни при заболевании сѣм. бугорка, то наличие воспалит. элементов в слизистой Col. sem., либо в стромѣ его, являются для первых окончаний, заложенных в нем, постоянным раздражителем, способным нарушать питание их и даже повлечь къ перерождению.

Въ результатѣ этого наступает ненормальная функция ихъ, повышенная чувствительность по отношению къ передачѣ съ периферии къ центру половых раздражений—отсюда частая поллюция, быстрое извержение сѣмени, вплоть до потери эрекции.

О механизмѣ происхождения сперматоорен и кровавой поллюции мы только что говорили,—туда и направляемъ читателя.

Болезненная мочеиспускания и частые позывы на мочу являются слѣдствием повышенной чувствительности Col. sem., реагирующего даже на прохождение мочи мимо него; эта же чувствительность держит внутрен. сфинктеръ вслѣдствіе иррадиации въ напряженномъ состояніи, а вслѣдствіе развивающ. и въ немъ повышенную раздражительность, такъ что пузырь начинает реагировать и на малые количества мочи.

Подобная же иррадиация болезненныхъ ощущений по густой нервной сѣти половых путей можетъ передаваться и въ отдаленныя отъ Col. sem. области.

Мы говорили до сихъ поръ о патологич. Col. sem. и о тѣхъ субъективныхъ ощущенияхъ, которыя являлись результатомъ перваго, но почти не бесѣдали о 5-й группѣ жалобъ, гдѣ имѣлось указаніе на трипперъ, безъ вышеописанныхъ ощущений.

Посему мы удалимъ несколько строкъ подобнымъ больнымъ.

Изъ послѣдней таблицы видно, что у больныхъ съ жалобами на трипперъ встрѣчались различныя формы колликулитовъ.

Сюда вошло немало случаевъ только что законченной говоррен, слѣд., когда на Col. sem. имѣлись лишь остатки ея.

Оттого число Colliculitis superf. и оказалось больше слѣдующей формы почти въ 3 раза, но, несомнѣнно, встрѣчаемся мы и съ застарѣлыми колликулитами, такъ какъ 0,20% составляла атрофич. форма ихъ.

Почему въ однихъ случаяхъ колликулитъ вызывалъ субъективныя ощущения, въ другихъ нѣтъ?

Мы представляемъ себѣ это такъ.

Въ послѣднихъ случаяхъ 1) имѣющийся воспалит. процессъ не успѣлъ еще оказать своего вреднаго вліянія на периферич. первыя окончания Col. sem., либо вслѣдствіе того, что процессъ тамъ слабо развитъ (свѣжій случай), либо при недостаточномъ количествѣ инфильтрата имѣлась неблагоприятная по отношенію къ первымъ окончаніямъ локалізація его, 2) при наличности уже и старыхъ формъ центральная нервная система, не представляя слѣбовъ общей раздражительности, до поры до времени, видимо, мало реагируетъ на периферическія раздраженія въ Col. sem.

Слѣд., степень состоянія центральной нервной системы играетъ не послѣднюю роль, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ она компенсируетъ периферич. раздраженія съ Col. sem., оттого при большей нервозности встрѣчаются и большія субъективныя ощущенія.

Какъ было уже сказано раньше, мы прибѣгали къ цистоскопич. въ большинстве случаевъ только при подозрѣніи на разстройство со стороны мочевого пузыря, т. е. когда имѣлись жалобы на частые позывы къ мочеиспусканію, муть въ мочѣ и т. д.

Явленія, подмѣченныя нами приэтомъ, сводились къ слѣдующему:

1) Къ отечности сфинктера; причѣмъ отечность чаще была выражена въ легкой формѣ, не на всемъ протяжении, а занимала отдѣльные сегменты сфинктера. Такіяхъ случаяхъ было 4,20%; въ 0,30% пришлось отмѣтить рѣзкую отечность въ видѣ отдѣльныхъ буллезныхъ образований, занимавшихъ весь сфинктеръ.

2) Иногда можно было наблюдать инъекцію сосудовъ trigoni, дававшую впечатлѣніе катар. процесса дна пузыря, отнесенную нами къ формамъ чистаго 1,95%. Приэтомъ одновременно (въ 0,45%) можно было замѣтить то расширенныя отверстія мочеточниковъ, то инъекцію слизистой въ окрестности ихъ; иногда выбрасываемая струя мочи обрамляла внимание своимъ мутноватымъ цвѣтомъ; микроскопич. изслѣдованіе urini, взятой

Цисто-
скопия.

путем катетеризации мочеочников, убъждало въ патологию почки или лоханокъ.

3) Въ 0,45% встрѣтилась значительная низекция слизистой всего пузыря.

4) Въ 0,60% пузыри представлялись трабекулярнымъ, иногда съ болѣе или менѣе выраженными дивертикулами.

5) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (1,65%) можно было опредѣлить большее или меньшее увеличение средней доли простаты, либо боковыхъ частей ея.

Явленія со стороны нервной системы и внутренн. органовъ.

Мы ограничивались опредѣленіемъ общаго нервнаго состоянія, опредѣленіемъ сухожильныхъ рефлексовъ, главнымъ образомъ, коленного рефлекса, опредѣленіемъ кожныхъ рефлексовъ, половыхъ, опредѣленіемъ степени дрожанія пальцевъ при вытянутыхъ рукахъ, дрожанія вѣкъ и наконецъ опредѣленіемъ явленія дермографизма.

Въ случаѣ, если были какія-нибудь подозрѣнія на органическое страданіе или объективныя явленія были особенно рѣзко выражены, часто направляли больного для спеціальнаго изслѣдованія къ невропатологу. Было немало больныхъ, которые, подъ диагнозомъ половой неврастеніи, проходили курсъ нервнаго леченія вплоть до гипноза (см. ист. № 5, № 16), а затѣмъ уже обращались для урологич. леченія.

Съ органическими измѣненіями встрѣтились намъ всего одинъ случай, гдѣ были опредѣлены остатки сифилитическаго церебро-менингита; въ другихъ же случаяхъ были налицо только явленія нервной раздражительности.

У больныхъ отмѣчалась общая разбитость, усталость, находящаяся часто въ связи съ половой дѣятельностью, неуверенная походка (см. ист. № 20), головныя боли, часто психическое угнетенное состояніе (№ 13), а въ одномъ случаѣ и приступы спазматическаго характера со стороны сердца (№ 5).

Колѣнные рефлексы чаще бывали повышены, иногда настолько рѣзко, что на слабый удар молоточка являлась сильная реакція со стороны конечности.

Нерѣдко были повышены брюшныя рефлексы. Рефлексы кремастера то бывали повышены, то оставались въ предѣлахъ нормы; въ большинствѣ же случаевъ онъ бывалъ вялъ, но отсутствіе его не было отмѣчено. Нерѣдко можно было замѣтить дрожаніе вѣкъ, дрожаніе пальцевъ на вытянутыхъ рукахъ.

Часто встрѣчались явленія рѣзко выраженнаго дермографизма.

Однимъ словомъ, объективныя данныя въ огромномъ большинствѣ случаевъ позволяли установить наличность неврастенія въ той или другой степени. Поэтому мы отмѣчали только случаи болѣе рѣзкой формы ея.

На общемъ состояніи, исключая психической сферы, болѣзненныя измѣненія Col. sem. замѣтно не отразились.

Бывали лица хорошо упитанныя, но бывали и съ явными слабостями, малокровія и съ плохо развитой мускулатурой. Относить эти явленія за счетъ болѣзни Col. sem. мало основаній, т. к. больные сами часто заявляли, что общее состояніе и до болѣзни было не лучше.

Изъ внутреннихъ органовъ иногда обращало на себя вниманіе расстройство въ сферѣ пищеварительныхъ органовъ съ склонностью къ постояннымъ запорамъ, и часто можно было наблюдать болѣе или менѣе развитыя геморроидальныя шишки. Иногда приходилось наблюдать расстройство въ общемъ обменѣ веществъ: то явленія оксалуріи, то фосфатуріи, то явленія мочекаислаго дѣтеза.

Само собой разумѣется, что подобныя расстройства были лишь сопутствующимъ колликулитъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть вызывавшія его, но отнюдь не послѣдствіе его.

Изъ другихъ органовъ встрѣчалось одновременно заболѣваніе почекъ въ видѣ хроническаго интерстиціального нефрита 1 разъ, воспаленіе почечныхъ лоханокъ вслѣдствіе конкрементовъ 0,45%. Мы отмѣчаемъ ихъ потому, что послѣдніе могли являться и нѣкоторой причиною Colliculit'овъ.

Діагностика.

Жалобы пациентовъ на рѣзкія болевыя ощущенія въ мочеполовой сферѣ, на частые позывы къ мочеиспусканію, если къ этому прибавляются еще указанія на неуровненную функцію половыхъ органовъ при нормальномъ ихъ состояніи, служатъ нѣкоторымъ толчкомъ къ тому, чтобы подумать о заболѣваніи сѣм. бутурка.

Если изслѣдованіе мочи, пузыря и почекъ не въ состояніи

объяснить ненормальности в мочевой сфере, а исследование нервной системы дало отрицательные результаты в смысле органических страданий мозга, могущих уяснить недочеты половой деятельности, и определяет полную неврастению, то мы имеем уже некоторое подтверждение вышесказанному предположению.

Если при ошупывании простаты per rectum находить повышенную чувствительность по средней линии ее в области part. prostat. urethrae, при строгой локализации боли в определенном месте, лежащем в задней $\frac{1}{3}$ ее (ближе к r. menbr.) и при этом отсутствуют подобная чувствительность в боковых долях простаты, если исследование канала бужемз à bouille определяет повышенную чувствительность в области Col. sem. и рыхлость задней части канала; если метал. бужз, введенный в канал, прежде чѣм проникнуть в узарь, упирается в какое-то чувствительное место, и требуется уловка, чтобы пройти через это препятствие, причем получается характерное ощущение перескакивания через какую-то опухоль, чувствительную для пациента, то у насъ порядочно данныхъ для диагноза заболѣванія сѣм. бугорка.

Если притомъ объективное исследование простаты и микроскопический анализ ее отдѣленія послѣ массажа укажутъ на нормальное состояніе ее, то можно быть увереннымъ въ правдыности диагноза.

Уретроскопія задней части канала только подтвердитъ это и определитъ характеръ заболѣванія.

При патологическомъ измѣненіи простаты уретроскопія является уже решающимъ факторомъ въ дѣлѣ заболѣванія сѣм. бугорка.

Казалось бы, диагнозъ колликулита не труденъ и вполне возможенъ безъ уретроскопіи съ помощью à bouille, какъ практиковали почти 100 лѣтъ тому назадъ еще Нотте, однако, объ этомъ заболѣваніи заговорили только въ последнее время, да и то находите враждебный лагеръ, отрицающій эту форму.

Невольно возникаетъ вопросъ: почему это?

На этотъ вопросъ мы постараемся отвѣтить въ концѣ нашего труда, здѣсь же добавимъ нѣсколько замѣчаній къ тому, что было сказано нами въ патологической части для дифференціальной диагностики главнѣхъ формъ измѣненій на сѣм. бугоркѣ.

Въ соотвѣтствующемъ отдѣлѣ мы настолько подробно останавливались на каждой изъ отдѣльныхъ группъ колликулитовъ, что тамъ можно найти достаточно данныхъ для дифференціаціи одного вида отъ другого, здѣсь же приведемъ способъ отличить инфилтриванный Col. sem. отъ нормального и отличить разрастанія отъ отслоившихся эпителиальныхъ пластовъ поверхности Col. sem.

Въ первомъ случаѣ при уретроскопіи Valentín'овскимъ приборомъ предложимъ способъ Орловскихъ. «Ѣ научились, говоритъ авторъ, обращать вниманіе на симптомъ, при помощи котораго можно распознать отсутствие инфилтратъ въ Col. sem., если даже воспалительный инфилтратъ не далъ еще увеличенія этого органа.

Если прикоснуться при помощи Valentine-Lämpchen, выдвинувъ ее настолько, насколько можетъ допустить трубка, къ основанію здороваго Col. sem., то можно безъ появленія кровотеченія посредствомъ легкихъ движеній уретроскопа ясно и въ значительной степени отклонить Col. sem., причемъ цвѣтъ и форма его не измѣнятся».

Мы не рисковали пользоваться этимъ способомъ, такъ какъ, объ этомъ мы говорили раньше, лампочка значительно накаливается и острие ее можетъ вызвать ожогъ и травматизацію.

Мы старались наблюдать за моментомъ выхода Col. sem. изъ-подъ нижней стѣнки трубки уретроскопа; нормальный Col. sem. выходитъ въ видѣ болѣе или менѣе сплюснутаго гѣла, которое наглагозахъ быстро принимаетъ свой видъ и цвѣтъ, измѣненный давленіемъ; по мѣрѣ скопленія инфилтратъ онъ выходитъ въ видѣ болѣе или менѣе плохо сжимаемой ошухи, которая при высшей степени уплотненія, какъ объ этомъ упоминаетъ и Grünfeld, изъ-подъ трубки выкатывается въ видѣ твердой опухоли, способной сейчасъ же заполнить просвѣтъ эндоскопа, причемъ цвѣтъ ее отъ момента появленія до конца осмотра его остается неизмѣненнымъ или мало измѣненнымъ.

Для отличія ворсинчатыхъ образований отъ разрыхленій служитъ присутствіе въ центрѣ разрастаній болѣе ярко окрашенной полосы, которая хорошо различима при ирригаціи. уретроскопіи, особенно съ заднимъ освѣщеніемъ.

Эта полоса есть не что иное, какъ повообразованные сосуды, расположенные въ центрѣ разрастанія (Goldschmidt, Schlenzka и др.).

Изъ всѣхъ нашихъ случаевъ только въ одномъ отмѣчено выделение крови въ видѣ алой струйки изъ отверстія Uthr. masc. (№ 9); впоследствии въ шейкѣ его оказался ущемленный камушекъ.

Хотя и мало данных, чтобы вывести изъ этого случая определенный диагностическій признак, тѣмъ не менѣе, мы указываемъ на выделение крови изъ Uthr. masc., какъ на болѣе или менѣе вѣроятный признакъ для предположенія объ ущемленіи инороднаго тѣла въ шейкѣ его.

Чтобы убѣдиться въ этомъ, можно пользоваться зондированіемъ полости Uthr. masc., что мы и применили съ конца прошлаго года.

Кромѣ кровотеченія, показаніемъ къ зондированію могутъ служить: 1) отдѣленіе изъ полости Uthr. masc.

2) Упорные случаи Collicul'товъ.

Мы пользовались этимъ диагностическимъ методомъ только тогда, когда исчезали острые воспалительныя явленія на Col. sem., мѣриломъ чего служило главнымъ образомъ уменьшеніе боли при прикосновеніи тампоначка къ сѣм. буторку и нормальная окраска слизистой его.

Что касается заболѣванія du-us ej-rii, то мы пользовались диагностическимъ зондомъ въ случаѣ сперматоррей, асперматизма и полной половой слабости.

Техника изслѣдованій описана нами выше въ отдѣлѣ уретроскопій.

Леченіе.

Въ исторической части мы говорили уже о томъ, что мѣстная терапия Col. sem. черезъ эндоскопъ, подъ контролемъ глаза, была применена впервые Grünfeld'омъ.

Способъ эндотерапій, какъ можно называть его, возмѣлъ огромнѣйшія преимущества передъ прижиганіемъ Col. sem. «въ темную» при помощи porte caustique Lallemand'a, о которомъ мы тамъ же упоминали съ описаніемъ способа прижиганія его; здѣсь приведемъ рисунокъ, чтобы ознакомить читателя съ этимъ приборомъ, имѣющимъ въ настоящее время лишь историческое значеніе (рис. № 50), и перейдемъ къ тѣмъ наставленіямъ, которыя приводитъ Grünfeld въ своемъ трудѣ.

«Теперь мы будемъ говорить, пишетъ Grünfeld, о Local-therapie Col. sem.

Леченіе по
Grünfeld'у
и др.
авторамъ.

Этотъ способъ состоитъ преимущественно изъ употребленія ѣдкихъ веществъ. Однако же, мы увидимъ, что рядомъ съ этимъ и другіе способы леченія имѣютъ права гражданства, если только они выносятся подъ контрольемъ глаза.

При точной локализаци и соответствующей осторожности можно употребить даже героническія средства.

Мѣстная терапия производится съ помощью прямого или согнутаго эндоскопа, само собой разумѣется, только тогда, когда поверхность для прижиганія ясно различима глазу и чиста отъ секрета, крови и т. д., для чего требуется позаботиться о достаточномъ количествѣ ватныхъ тампоновъ и другихъ необходимыхъ принадлежностей.



№ 50.

Къ приготовленію относится и предварительное опороженіе пузыря, чтобы прижженому мѣсту дать нѣсколько часовъ отдыха.

При амбулаторномъ леченіи рекомендуется, чтобы пациентъ, по крайней мѣрѣ, въ теченіе 1—1½ часа послѣ операціи, лежалъ бы тихо или сидѣлъ бы.

Прежде, чѣмъ отпустить, необходимо снабдить его совѣтомъ вести себя, по крайней мѣрѣ, подлѣя спокойно.

Благодаря своей чрезвычайной осторожности, я обязанъ тому, что послѣ энергичныхъ прижиганій осложненій, какъ Epiidid., Cystit. и т. д., у меня не наблюдалось.

Дальше Grünfeld описываетъ способъ примененія различныхъ веществъ въ зависимости отъ измѣненій на Col. sem.

«При тяжелой формѣ, пишетъ авторъ, я употребляю прижиганіе ялисомъ. Ялисъ, прикрѣпленный къ проволокѣ или къ porte-caustique осторожно вводится черезъ эндоскопъ и соответствующее мѣсто смазывается имъ либо поверхностно, либо нѣсколько разъ, такъ какъ прижигаемая часть можетъ зажимать большее или меньшее пространство, а иногда и все поле зрѣнія.

Однако, я указываю, что прижиганіе большого пространства валипине.

Къ приложенному мѣсту сейчас же прикладывается тампонъ, смоченный растворомъ поваренной соли, загибъ поверхность осушается; этимъ и заканчивается операция.

Это прижиганіе, какъ видно, ограничивается исключительно сѣм, буг., такъ что слизистая уретры, обыкновенно патологически измененная, остается незадѣтой.

Повторное прижиганіе можетъ быть произведено черезъ 4—5 дней.

Больше двухъ сеансовъ обыкновенно не требуется. Прижиганіе палочкой лангса рекомендуется при значительной, но ограниченной опухоли.

Зато я применяю растворъ лангса (при помощи кисти или тампона) въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется сильное набуханіе слизистой, занимающее большую поверхность Col. sem.

Въ зависимости отъ концентрации раствора рекомендуются вышеописанныя мѣры предосторожности съ послѣдующей нейтрализаціей *Natr. Chl.* Повторныя прижиганія могутъ быть приложены черезъ 2—3 дня. Тутъ иногда требуются 4—5 сеансовъ.

Въ легкихъ случаяхъ я пользуюсь T-ra jodi, свиновымъ уксусомъ и т. д.

Этотъ легкий способъ лечения рекомендуется пациентамъ, которые не могутъ для лечения прерывать своихъ занятій.

Субъективные ощущенія послѣ прижиганія большой роли не играютъ, такъ какъ болѣе обращать на нихъ вниманіе, чтобы нужно было обращаться на нихъ вниманіе.

Этимъ способомъ леченія были уничтожены воспалит. состоянія Col. sem., существовавшія долгіе годы.

Однако, нужно отмѣтить, что одностороннее леченіе Col. sem. путемъ смазыванія недостаточно.

Въ подходящихъ случаяхъ я употребляю инъекціи при помощи катетра *Ullmann'a*, психрофоръ *Vinternitz'a* и т. д.

Одновременно необходимо обратить вниманіе на состояніе соседнихъ органовъ, легкой ступи и т. д.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ я прибѣгалъ къ скарификаціи Col. sem. съ очень удачными послѣдствіями.

Усиленная гиперемія на-ряду съ опуханіемъ позволяетъ предпринять такой способъ леченія. Однако, насадки должны быть поверхностныя.

Операция состоитъ изъ отдѣльныхъ укуловъ или надравовъ, произведенныхъ острыми пинцетомъ, причемъ по возможности нужно избѣгать выходныхъ мѣстъ протоковъ.

Подъ конецъ я хотѣлъ бы еще упомянуть о непосредственномъ леченіи электричествомъ. Оно производится при помощи катетра, введеннаго до Col. sem., гдѣ и имѣется мѣдный полюсъ, въ то время какъ цинковымъ поглаживаютъ вдоль сѣм. катетрика.

Съ помощью эндоскопа можно пользоваться электризаціей Col. sem. подъ контролемъ глаза, для чего, по совѣту проф. Розенталя, можно пользоваться специальной кисточкой, прикрѣпленной къ металлическому держателю.

Въ одномъ случаѣ я замѣтилъ при электризаціи моментальное набуханіе эректальной ткани.

Каковы результаты вліянія электр. тока, у меня достаточно вѣрныхъ свидѣній нѣтъ.

Мы нѣсколько подробно привели ученіе творца эндотерапіи потому, что дальнѣйшіе авторы почти всѣ въ объемъ, видимо, держались вышеописанныхъ наставленій, варьируя ихъ для каждаго случая.

Посему мы ограничимся лишь немногими.

Burckhardt, Wossido и мн. д. рекомендуютъ для смазыванія Col. sem. T-rae jodi, Argen. Nitr. 10—20%, иногда lapis in substantia.

Д—ра Михайловъ и Здановичъ соединяютъ этотъ способъ съ оперативнымъ.

Они считаютъ важнымъ терапевтическимъ приемомъ кровозвлеченіе съ помощью уретроскопа Casper'a, края котораго своимъ давлениемъ на обычно разрыхленную и гиперемированную оболочку канала р. prost. и Col. sem. способствуютъ кровотеченію изъ расширенныхъ венъ и ихъ капилляровъ, послѣ чего они смазываютъ Col. sem. растворомъ лангса.

Подобный способъ леченія основанъ на убѣжденіи о застойныхъ явленіяхъ задней части канала.

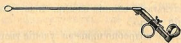
Въ тяжелыхъ случаяхъ, когда имѣлось рѣзкое увеличеніе и уплотненіе Col. sem., разрастанія, грануляціи, полиповидныя образованія, авторъ прибѣгалъ къ оперативному вѣнательству (Burekhardt, Wossido, Luys, Frank, Goldschmidt и мн. др.).

Въ одномъ случаѣ тяжелой неврастении Huryg Fenwick прибѣгнулъ къ полному удаленію Col. sem. съ помощью иглы.

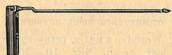
Оперативное вѣнательство возможно, какъ при иригга-Операционныхъ уретроскопахъ, такъ и при обыкновенныхъ инстр.

Изъ послѣднихъ наиболѣе удобнымъ нужно считать уретроскоп Casper'a: здѣсь имѣется наибольшая свобода для инструментовъ.

Д-ръ Михайловъ для увеличенія простора при введеніи инструмента въ уретроскопъ рекомендуетъ поднимать рукоятку вверхъ, съ цѣлью расширить операціонное поле, вкрябѣ, сдѣлать его болѣе доступнымъ глазу; онъ рекомендуетъ черезъ особый цилиндрической приборчикъ, одѣваемый на окулярный конецъ трубки, вдунуть воздухъ при помощи шприца Janet. Воздухъ растягиваетъ стѣнки и увеличиваетъ операціонное поле.



№ 51.



№ 52.



№ 53.

Авторами предложены различные операціонные инструменты; часть ихъ была приведена въ отдѣлѣ уретроскопии, а остальные мы опишемъ здѣсь:

- 1) Для удаленія полиповъ Grünfeld'омъ предложена холодная петля (рис. 51).
- 2) Франкъ рекомендуетъ для гальванокаустическихъ прижиганій ножъ съ токопереключателемъ (рис. 52).
- 3) Для электролиза Kollmannъ предлагалъ электролит. иглу (рис. 53).

4) Для скарификаціи и надрѣзовъ этимъ же авторомъ предложень ножъ (рис. 54).

Д-ромъ Михайловымъ предложена серія различныхъ инструментовъ:

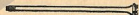
5) Дологообразный ножъ, соответствующій по ширинѣ различнымъ диаметрамъ уретроскоп. трубокъ (рис. 55).



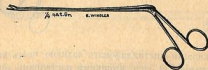
№ 54.



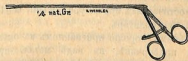
№ 55.



№ 56.



№ 57.



№ 58.

- 6) Цилиндрич. ножъ для захватыванія разраженій и удаленія ихъ по частямъ (рис. 56).
- 7) Окончатый ножъ для экстирпаціи разраженій и полиповъ (рис. 57).
- 8) Вилкообразно-дологообразный пинцетъ (рис. 58).

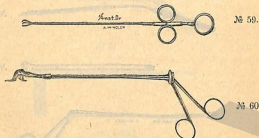
9) Пинцет-зажим для продолжительного пребывания въ уретрѣ и остановки кровотечения (рис. 59).

10) Пинцет Weiss'a съ цилиндрич. ножомъ Михайлова— для захватыванія разрастаній и удаленія ихъ (рис. 60).

Операционные ирригаторы и техника пользования ими.

Имеется также рядъ операционныхъ инструментовъ и для ирригационныхъ уретроскоповъ.

Въ виду того, что послѣдними, болѣе сложными приборами пользоваться значительно труднѣе, посему мы остановимся на нихъ немного долѣе; но будемъ говорить только о Goldschmidt'овскомъ уретроскопѣ, которымъ приходилось намъ пользоваться.



I. При желаніи инстиллировать заднюю часть канала, либо сдѣлать прижатіе Col. sem. крѣпкими растворами ляписа, нужно пользоваться приборомъ-инстилляторомъ, изображеннымъ на рис. 61.

B—представляетъ изъ себя основную уретроскопическую трубку—окончатый катетеръ для задней части канала,—такую же, какъ и въ диагностическомъ ирриг. уретроскоп. Goldschmidt'a.

A—самый инстиляторъ.

На специальномъ, хорошо прижатомъ къ окулярному концу первой трубки приборчикъ, въ видѣ мегал. пробки C, приделаны двѣ тонкія трубочки (a и b), изъ которыхъ (a) длиннѣе; при вставленномъ инстиляторѣ, какъ видно на рис. B, она доходитъ какъ-разъ до середины окна катетра; другая же (b) только до начала его.

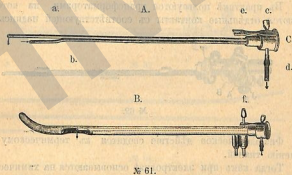
Трубки на окулярномъ концѣ имѣютъ сообщеніе—a съ муфтой—c, а трубка—b съ d.

e—служитъ для вливанія лякарственныхъ веществъ, а d—для отсасыванія ирригационной жидкости, т. е. для приготовленія операционнаго позы.

Въ уретроскопѣ, введенный въ каналъ по описанному выше способу, установленный на соответствующемъ мѣстѣ подъ контролемъ глаза при помощи оптики и плотно фиксированный, взаимно оптики помѣщаютъ инстиляторъ; сдѣлать за тѣмъ, чтобы приборъ при перестановкѣ не былъ смѣщенъ съ мѣста.

При помощи вилки e фиксируютъ инстиляторъ къ приводной трубкѣ f.

Маленькимъ резиновымъ баллономъ высасываютъ через d ирригационную жидкость изъ канала, послѣ чего Праватовскимъ шприцемъ извлекаютъ требуемый расторгъ въ количествѣ нѣсколькихъ капель, смотря по крѣпости его.



№ 61.

Какъ видно, приходитъ инстиллировать «въ темную». Въ этомъ заключается неудобство инстиллятора Goldschmidt'a и преимущество передъ нимъ эндоскоповъ Valentin'овскаго и Casper'a, гдѣ мы болѣе увѣрены, что лякарственное вещество нанесено какъ-разъ на требуемое мѣсто Col. sem.

1) Съ установкой и фиксацией дѣло обстоитъ въ послѣднемъ случаѣ значительно проще.

2) При помощи лампочки легче контролировать мѣсто операнія, чѣмъ при ирриг. оптикѣ.

Конечно, при соответствующемъ навыкѣ можно съ успѣхомъ пользоваться и Goldschmidt'овскимъ инстиляторомъ. О томъ, что онъ достигаетъ своей цѣли, Schlenzka говоритъ такъ: «Хотя мы и не можемъ проанести инстилляцію подъ контролемъ глаза непосредственно, тѣмъ не менѣе, мы могли удостовѣриться при впрыскиваніи Methylenblau, что это вещество точно угодаетъ припоротивъ къ требуемому мѣсту».

П—У Goldschmidt'a имются инструменты для действия электрическим током, с целью каустики и электролиза.

Прежде, чем приступить к описанию самих приборов, мы скажем вкратце о физиологическом действии этих лечебных способов.

При каутике пользуются раскаленным электродом, т. е. термическим действием электричества; здесь, слѣд., нѣтъ специфическаго применения электр. силы, а есть только видоизменение способа накаливания металла. Инструменты—петли, острия. Для подобнаго эффекта требуется очень большая сила тока по Мэнну и Вернгард'у около 10000—15000 мил. амп.

Въ практикѣ пользуются трансформаторами, на которыхъ имются отдѣльные контакты съ соответствующей надписью.



№ 62.

Физиологическое действие сводится къ термическому разрушению тканей.

Тогда какъ при электролизѣ основываются на химическомъ, разлагающемъ действии гальванич. тока, на образованіи ионовъ, производящихъ разрушающее действие на окружающую ткань, причѣмъ на катодѣ действие это будетъ сильнее, чѣмъ на анодѣ.

Чтобы достигъ наибольшей густоты тока, слѣд., наибольшаго действия, дифферентному электроду придаютъ форму иглы. О томъ, какой силы требуется токъ и какъ манипулировать имъ, будетъ сказано дальше.

Приборъ для каустики (рис. № 62) состоитъ изъ диска, плотно пригнаннаго посредствомъ особаго затвора къ трубкѣ уретроскопа Goldschmidt'a. Къ доску приделана на окулярномъ концѣ трубка, изъ просвѣтъ которой проходитъ зрительная система.

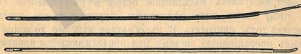
Последняя значительно меньше въ диаметрѣ, чѣмъ обычная, такъ какъ за счетъ уменьшенія ея толщины прибавлена колея изъ двухъ плотно соединенныхъ между собой проволокъ—имѣющая для операционныхъ инструментовъ.

При этомъ на этихъ проволокахъ имются полутрубчатая приспособленія для оптики, такъ что вся система, лежащая по другую сторону диска и состоящая изъ оптики съ вмѣстителями для операцион. инструментовъ, представляетъ одно цѣлое.

По трубкѣ, куда вставляется оптика, при помощи винта В, наѣздка котораго двигается по зубчатому штативу выше оптики, скользитъ приборчикъ А, соединенный съ одной стороны съ операционнымъ инструм., вставляемымъ и фиксируемымъ винтомъ D, съ другой—съ электр. проводами для каустика J.



№ 63.



№ 64.

Слѣд., движеніе винта В сообщаетъ движеніе операционному инструменту въ уретроскопѣ.

На рис. № 63 мы видимъ операционный уретроскопъ въ собранномъ видѣ, а на рис. № 64 операционные инструменты въ изолированномъ видѣ.

Рис. № 63 убѣждаетъ, что оптика можетъ достигать только периферическаго края окна уретроск., и что она можетъ быть во время операциіи фиксирована при помощи вилки къ основній трубкѣ эндоскопа.

Изъ уретроскопа Гольдшмидта, введеннаго по правиламъ въ уретру, удаляютъ обтураторъ, вставляютъ только что описанный приборъ и фиксируютъ его.

Прежде, чѣмъ начать пользоваться операционной системой, нужно проверить, не высовывается ли конецъ операционнаго

инструмента за предель его выстигания, указателем чего служить приборчик А: если он отодвинут ad maximum от диска, то операция инструм. на мѣстѣ и не может поранить слизистую; если нѣтъ, то нужно винтом В удалить его отъ диска до конца и тогда уже пользоваться уретроскопомъ; такъ же нужно постукивать и при желаніи извлечь операц. систему послѣ конца сеанса.

При сильной ирригации устанавливается окно на мѣстѣ, подлежащемъ операци.

Весь инструментъ устроенъ такъ, что его можно вращать вокругъ продольной оси, слѣд., ни одно мѣсто задней уретры не можетъ оказаться недоступнымъ для оператора.

Когда уретроскопъ установленъ, операционное поле передъ взоромъ изслѣдующаго, то при помощи винта В выдвигаютъ операционную иглу настолько, чтобы она проникла глубоко въ ткань; только тогда включаютъ соответствующій токъ, въ результатѣ чего наступаетъ накаиваніе острія и разрушающее дѣйствіе тока; даютъ токъ дѣйствовать короткое время, затѣмъ, выключивъ токъ, приводятъ В въ обратное дѣйствіе до конца и, замѣнивъ операционную систему при продолжающейся ирригации обтураторомъ, удаляютъ уретроскопъ.

Для электролиза берутъ одну изъ иглъ (рис. № 64), вставляютъ въ операционную систему, периферическій конецъ фиксируютъ винтомъ D.

Когда уретроскопъ установленъ на подлежащемъ операционному выстигательству мѣстѣ, соединяютъ электролитич. иглу съ отрицат. полюсомъ постоянного тока, положительный же электродъ, большого размѣра, какъ индифферентный, ставятъ на животъ больного, предварительно смочивъ его растворомъ поварен. соли.

Дѣлаютъ уколъ иглой подъ контролемъ глаза въ намѣченное мѣсто, включаютъ токъ, постепенно усиливая его до 10—15 ш. ам.

При такой силѣ даютъ дѣйствовать токъ 5—10 мин., послѣ чего токъ выключаютъ, приводятъ приборчикъ А на мѣсто и вынимаютъ инструментъ, какъ было сказано выше.

Мы не будемъ останавливаться на приборахъ, приспособленныхъ для операционныхъ цѣлей на плоской поверхности канала, представимъ только рисунки ихъ №№ 65, 66, 67, въ собран-

номъ видѣ и отдѣльными частями инструмента. Способъ пользования ими не отличается отъ вышеописанныхъ.^{*)}

Озабочивавшіеся въ общихъ чертахъ съ операционными инструментами и отчасти способами леченія заболеваний Col. sem., перендемъ теперь къ описанію лечебныхъ мѣръ, принятыхъ нами.



№ 65.



№ 66.



№ 67.

Въ леченіи колликулитовъ нужно различать:

- 1) Профилактическое леченіе.
- 2) Общее леченіе.
- 3) Мѣстное.

Профилактика считается главнымъ врачомателемъ; но, къ Профилактико-сжально, какъ въ области заболѣванія другихъ органовъ, такъ тѣсно въ особенности въ области заболѣванія половыхъ органовъ, она леченіе. является лишь желаннымъ, но рѣдкимъ гостемъ.

^{*)} Въ августовской книгѣ Folia Proologica этого года Erich Wessillo предлагаетъ рядъ новыхъ инструментовъ для уретроскопа H. Wessillo, достоинство этого приспособленія, по словамъ автора, заключается въ томъ, что операционные инструм. свободно выдвигаются изъ плоскости и легко могутъ быть замѣнены одними другими сверху по надобности во время сеанса, чего нельзя сдѣлать у Гольдшмидтовскаго уретроскопа.

Профилактика требует удаления вредных агентов, способных вызвать в данном случае коликулиты.

Часть вредных агентов лежит во власти врача, часть же есть достояние пациента.

При этом не только в период возмужалости, но и в том возрасте, когда впервые проявляются слабые предчувствия новой жизни, жизни, связанной с половыми удовольствиями.

Этот возраст, чуткий ко всему новому, незабываемому, особенно в половой жизни, легко поддающийся на этой почве влиянию окружающих, уже более зрелых лиц, находится еще во власти воспитателей, сплошь и рядом обходящих половой вопрос молчанием, как нечто такое, о чем нельзя говорить открыто.

Во то время, как ложный страх и стыд удерживает одних разъяснить сущность половой жизни, просвещенные сверстники научают юношу пользоваться ею в извращенном виде — научают мастурбации.

Н. Rohleder в своей «Die Masturbation» утверждает, что онаия представляется самой распространенною болезнью.

Начало болезни идет с времени юности.

Этот вопрос, связанный с пребыванием на школьных скамьях, может быть разъяснен юношеству только при правильной постановке половой гигиены в учебных заведениях.

Уменьшится онаия, уменьшится и часть коликулитов с последующей неврастенией.

Социальные условия, при нарастающей жажде половых наслаждений, заставляют семейные очаги не только ограничиваться «zwei или ein Kindersystem», но даже подумать о «Keinkindersystem», прибегая к дешевому и на первый взгляд безвредному средству — coitus interruptus.

Боязнь детей заставляет пренебрегать своим здоровьем отчасти по незнанию, отчасти и умышленно; она накладывает печать забывчивости о тяжелых последствиях даже на тех, которые уже раз испытали их, но благополучно выбрались, благодаря лечению, ибо приходилось встречать рецидивы коликулита на одной и той же почве.

Здесь профилактика бессильна.

Онаиям и coitus interruptus являются и предпологающими причинами для большого поражения Col. sem. при заболевании триперомъ.

Къ счастью больных, эта причина, обвиняющая значительное большинство коликулитовъ, можетъ быть устранена при соответствующемъ лечении.

Здѣсь возможна профилактика будущихъ нарушенийъ въ области половых органовъ.

Стоитъ только при каждомъ случаѣ, когда оканчивается лечение трипера, уретроскопомъ проверить состояніе Col. sem. и даже при малыхъ измѣненіяхъ предпринять лечение слизистой его.

Мы ставимъ его впередъ, такъ какъ большая часть больныхъ, имѣя тѣ или другія измѣненія на Col. sem., проявляли одновременно различныя расстройствя, главнымъ образомъ, со стороны нервной системы.

Этимъ обстоятельствомъ пренебрегать не слѣдуетъ.

Поэтому мы рекомендовали больнымъ 1) водолечение, въ формѣ, возможной для каждаго отдѣльнаго случая, 2) гимнастику (особенно удобную при всякой обстановкѣ по системѣ Мюллера, предлагая руководствоваться его специальнымъ описаніемъ); 3) изъ внутреннихъ средствъ возмаловали вещества, повышающія общее питаніе и поднимающія тонусъ нервной системы (мышьякъ, желѣзо), 4) обращали большое вниманіе на кишечникъ — въ случаѣ постоянныхъ запоровъ чаще рекомендовали клизмы изъ глицерина въ количествѣ 5,0, либо глицериновые суппозитори по 1,0 на 2,0 Vat. Sасао.

Однимъ словомъ, при лечении коликулита нужно помнить о другихъ расстройствяхъ и, главнымъ образомъ, о нервной системѣ.

Мѣстное лечение нужно раздѣлить на двѣ стадіи: 1) стадіи предварительнаго лечения и 2) стадіи специального лечения.

Мы видѣли, что чистый коликулитъ, безъ пораженія другихъ половых органовъ, встрѣтился лишь въ 14,55%, однако, и здѣсь были, какъ правило, сопутствующія измѣненія въ р. prost. въ видѣ рыхлости и гипереміи ея слизистой. Поэтому прежде, чѣмъ подумать о специальномъ лечении, приходилось предпринимать лечение сопутствующихъ Col. sem. измѣненій въ другихъ сосѣднихъ съ нимъ органахъ, т. е. приходилось сперва предлѣать предварительное лечение.

1) Если имѣлись въ каналѣ налицо явленія хронич. Предварительнаго трипера, то первой заботой нашей было устранить ихъ настолько, насколько позволяеть современное состояніе этого вопроса.

Мѣстное лечение.

Мы пользовались лечением согласно школь Kollmann'a и Oberlander'a, принятой в клин. многоуважаемого проф. С. П. Федорова.

Объ этих способах мы распространяться не будем, отсылая желающих к руководству вышеозначенных авторов.

Одновременно съ лечением канала шло и лечение простаты.

Мы пользовались ручным массажем, избывая инструментального, т. е. первый видъ, по нашему мнѣнию, большаго преимущества.

1) Пальцемъ мы ощущаемъ массируемую поверхность и можемъ въ томъ или другомъ мѣстѣ, въ зависимости отъ ея состоянія, приложить большую или меньшую силу—инструментомъ этого сдѣлать нельзя.

2) Можемъ, по мѣрѣ надобности, точнѣе ограничить массажъ определеннымъ фокусомъ, который привлекаетъ своимъ измѣненіемъ большее вниманіе.

Кромѣ массажа, пользовались термическимъ воздѣйствіемъ при помощи психрофора Levin'a, горячихъ лекарственныхъ клизмъ (Collargol, Ichthol, Thigol, Natr. chl.) и простыхъ въ небольшомъ количествѣ; прибѣгали къ лечению заднимъ расширителемъ съ промываніемъ по Ern. Frank'y, къ Spuldruckmassage'y по Dreuw'y.

Наконецъ, нерѣдко прибѣгали къ электричеству въ видѣ индукціоннаго тока и токовъ высокаго напряженія D'Arsonva'я.

Однимъ словомъ, по мѣрѣ необходимости, пользовались всѣмъ, что рекомендуется специальными трудами.

Если каналъ не представлялъ измѣненій, кромѣ рыхлости слизистой р. prost., то предварительное лечение сводилось къ инстилляціи задней части при помощи Syphon'овскаго инстиллятора растворами серебра (Arg. Nitr. отъ 1/4 до 10/6, Protarg. Ichtag. отъ 1 до 40/6).

Мы старались инстиллировать только заднюю часть канала, не захватывая наружнаго сфинктера и передней части, дабы не вызывать у больныхъ частыхъ, болѣзненныхъ позывовъ къ мочеиспусканію.

Каждый разъ совѣтовали передержать первый позывъ въ теченіе 1—1 1/2 часа.

Вязущее дѣйствіе препаратовъ серебра обычно проявля-

лось скоро, послѣ 3—4 инстилляцій черезъ 1—2 дня можно было уретроскопически убѣдиться въ томъ, что слиз. обол. р. prost. приняла хорошій видъ—уменьшилась ея рыхлость и гиперемія.

2) Какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, мы удѣляли большое вниманіе простатѣ и при ограниченномъ colloc'итѣ не только въ томъ случаѣ, когда предст. ж. имѣла ясныя слѣды патологич. измѣненій, но даже и тогда, когда она казалась неизмѣненной, отчасти не доверяя современнымъ способамъ изслѣдованія, отчасти помня, что, массируя простату, мы массируемъ и Col. sem.; механически выдвигая содержимое его полости и раздражая предст. ж., какъ это показали опыты Schindler'a, заставляемъ сокращаться Col. sem., такимъ образомъ побуждаемъ его къ авто-массажу.

Въ послѣднихъ случаяхъ мы массировали черезъ день съ послѣдующей инстилляціей.

Послѣ предварительнаго лечения, когда каналъ и простата были болѣе или менѣе здоровы, мы переходили къ лечению остатковъ colloc'ита, — къ специальному мѣстному лечению.

Мы говоримъ объ остаткахъ потому, что предварительная терапия и въ дѣлѣ лечения Col. sem. являлась помощницей; въ этомъ убѣждались мы, контролируя лечение эндоскопомъ: вмѣстѣ съ уменьшеніемъ рыхлости слиз. р. prost., уменьшалась рыхлость и гиперемія слиз. Col. sem.; уменьшалась чувствительность, а иногда и величина, такъ что иногда можно сказать, что специальной терапіей приходилось долечивать сѣм. бугорокъ.

Такъ обстояло дѣло при трипп. измѣненіяхъ канала, когда болѣею проходилъ солидный курсъ леченія, иное дѣло при изолированныхъ ограниченннхъ colloc'итахъ; здѣсь приходилось прибѣгать къ спец. терапіи часто раньше, чѣмъ наступали замѣтныя улучшенія на Col. sem. Нужно отмѣтить, что слюшь и рядомъ чувствительность и въ этихъ случаяхъ послѣ 3—5 инстилляцій значительно понижалась.

Специальное лечение велось исключительно черезъ эндоскопъ, чаще Valentin'овскій и рѣже припапюшій.

Можно различить двѣ формы этого леченія, двѣ формы эндотерапіи:

- 1) эндотерапію консервативную;
- 2) эндотерапію оперативную.

Спеціальное мѣстное лечение.

Эндотеранія консервативная.

Первая состояла из смазывания больного Col. sem. лекарственными растворами различной крепости. Чаще всего мы пользовались растворами Arg. Nitr. от 5% до 25%.

Какъ для смазывания Col. sem., такъ и для лечения канала вообще мы отдаемъ предпочтение Arg. Nitr. на следующихъ основанияхъ, проверенныхъ отчасти экспериментально фармакологами, отчасти клиницистами:

1) Arg. Nitr. представляетъ собой одно изъ самыхъ сильныхъ вяжущихъ веществъ. Сужение сосудовъ наступаетъ при 0,01% растворахъ. Наибольшее дѣйствіе при 0,1% -- 1% растворахъ.

Въ противоположность другимъ вяжущимъ веществамъ Arg. Nitr. даже въ сильныхъ концентраціяхъ не вызываетъ послѣдующаго расширения сосудовъ.

2) Arg. Nitr., какъ и другія вяжущія вещества тяжелыхъ металловъ, вызываетъ какія-то измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ, благодаря чему лейкоциты не въ состояніи выйти изъ сосудовъ въ окружающую ткань. Слѣд., уменьшаетъ наростаніе инфильтрата.

3) Уменьшаетъ секрецію и нагноеніе.

4) Прижигающее дѣйствіе рѣзко ограничено; вокругъ ограниченаго струпа, на мѣстѣ дѣйствія Arg. Nitr., происходитъ nutritивное раздраженіе тканей, способствующее восстановленію ихъ (Кранковъ).

5) Arg. Nitr. является сильнымъ мускульнымъ раздражителемъ, онъ вызываетъ энергичное сокращеніе Col. sem. и ductus eej-rii (Schindler), а, слѣд., производитъ аутомассажъ его.

Рѣже прибѣгали къ смазыванію Resorcin'омъ 5 — 10% и T-га Jodi.

Arg. Nitr. применялся въ болшинствѣ случаевъ, Resorcin применялся при vegetati'яхъ и волнообразныхъ разрастаніяхъ; однако, дѣйствіе его слабѣе Arg. Nitr.

T-га Jodi пользовались иногда при грануляціяхъ и эрозіяхъ. Для эндотераніи большой пригоденъ такъ же, какъ и для обычной эндоскопіи.

Такъ какъ вѣзливый осмотръ канала не требуется, то лучше брать средней № трубки эндоскопа.

Мы не советуемъ брать № 21, т. е. малый просвѣтъ мѣшаетъ осмотру сразу всей поверхности увеличеннаго Col. sem.; приходится двигать центральный конецъ эндоскопа, а это тревожитъ рыхлую слизистую и вызываетъ кровотеченіе; лучше брать № 23.

Введя трубку въ каналъ по правиламъ, описаннымъ выше,

останавливаются на уровнѣ Col. sem. (См. Урегр. отд.); если не удастся это съ перваго раза, то, судя по центральной фигурѣ, направляютъ взадъ или впередъ заполненную обтураторомъ трубку, пока въ полѣ зрѣнія не будетъ Col. sem.

Обушивъ поле зрѣнія ватнымъ тампономъ и убедившись, что передъ глазами Col. sem., лѣвой рукой фиксируютъ эндоскопъ, а въ правую берутъ ватный тампоницъ, смоченный тѣмъ или другимъ растворомъ такъ, чтобы ватка, соответствующая по толщинѣ диаметру трубки, была чуть влажна; отнюдь не капало бы съ нея; по трубкѣ опускаютъ ее до тѣхъ поръ, пока она не упрется въ Col. sem.; прикладываютъ къ той или другой поверхности его; быстро снимаютъ и, обушивъ снова поле зрѣнія, контролируютъ мѣста смазыванія. При удачной эндотераніи слизистая канала не должна быть захвачена, и на фонѣ краснаго свѣта ея рѣзко выдѣляется поблѣвншій Col. sem. (отъ Arg. Nitr.).

Смазываніе производимъ безъ предварительнаго прижиганія анестезирующихъ средствъ. Вся операція при навыкѣ занимаетъ отъ момента введенія трубки въ каналъ отъ 1/2 до 1 мин.

Обушивъ еще разъ поле смазыванія, снимаютъ эндоскопъ и снабжаютъ больного нѣкоторыми соображеніями:

1) Должне не мочиться, дабы не сорвать струпу — 3—4 часа.

2) Избѣгать половыхъ сношеній въ теченіе первыхъ 3—4 дней.

3) Предупреждали о возможности кровотеченія черезъ 2—3 дня, когда обыкновенно отпадаетъ струпицъ. Кровотеченія, какъ такового, обычно нѣтъ, но при концѣ мочеиспусканія иногда выдѣляется 1—2 капли сукровичнаго отдѣленія.

Если таковое случалось, то совѣтовали больному послѣдующій позы на мочу держать.

Вообще въ день прижиганій и въ послѣдующіе 2—3 дня просили больныхъ ограничить введеніе жидкостей въ организмъ.

Повторную эндотеранію мы дѣлали тогда, когда явленія отъ предшлагаго прижиганія исчезали. Мы уже сказали, что струпу отпадаетъ въ среднемъ черезъ 3—4 дня; ждемъ еще 4—5 дней и тогда приступаемъ къ новому сеансу леченія. Дѣйствительно къ этому времени эндоскопъ уже не устанавливаетъ искусственныхъ раздраженій.

По мѣрѣ надобности, мы увеличиваемъ растворъ Arg. Nitr. доводя его до 25%.

Увеличиваем в зависимости от обстоятельств и площадь смазываний, в расчёт, чтобы увеличение площади и раствора не совпадали; с увеличением раствора удлиняем время покоя до 10—21 дни.

Почти всё формы изменений на Col. sem., кроме атрофической, могут служить показанием для консервативной эндотерапии.

Однако, Colliculitis superficialis, является наиболее подходящим по благоприятному входу для мёстной эндотерапии, так как, чём слабее выражен процесс, тем легче наступают улучшения общего вида слизистой.

Сперва исчезает гиперемия и уменьшается чувствительность; потом восстанавливается слизистая, определяются отверстия протоков и уменьшаются размеры, мёзия иногда общий вид Col. sem. Общее число прижатий в среднем колеблется между 5—7.

Быстрее и ярче восстанавливается слизистая при Colliculitis hyperaemica и desquamativa; часто удается довольствоваться растворами Arg. Nit. в больше 10—15%.

При грануляционных и язвенных формах восстановление слизистой идет медленно; если посты 3—4 сеансов грануляции не исчезают, то выгоде прибегать к оперативной эндотерапии.

При этих формах зачастую приходилось прибегать и к 25% раствору ляписа.

При восстановлении слизистой не всегда удается достичь гладкости ее поверхности, что и вполне понятно, так как, напр., при язвенно-грануляционной форме имеются уже более стойкие и глубокие нарушения слизистой.

Формы колликулитов с разрастаниями, особенно ограниченными, не множественными, очень хорошо поддавались действию Arg. Nit. 25%. После двух-трех аккуратно примененных смазываний иногда исчезали полипозные наросты.

Если за этот период не удавалось достичь эффекта, то пользовались оперативными инструментами.

Сравнительно туго подавалось лечение при Collicul. interst.; здесь прежде, чем пользоваться оперативной эндотерапией, мы с помощью Arg. Nit. старались расосать остатки молодого инфильтрата и, разражая выходные отверстия сьмьальбр. пр., главным образом, возбуждали их к аутосажжу и таким путем пытались благотворно воздействовать на стьбки их.

В среднем доходили до 10 сеансов.

Эндоскопически можно было заметить уменьшение чувствительности, иногда величину его; можно было обнаружить более нормальный вид отверстий; если имелись пузырьки на слизистой Col. sem., то они исчезали, придавая ровный вид слизистой бугорка.

Это относится к гипертрофической форме, что касается рубцовой формы и пахидермической, то, в зависимости от общего вида Col. sem., консервативной эндотерапией также удается улучшить состояние слизистой, а затем по мере надобности (при наличии повышенной чувствительности) иногда нельзя отказать и в оперативном вмешательстве.

Противопоказанием служить атрофическая форма и colliculitis cystosa, особенно, если стьбки кисты плотны.

При атрофической форме приходилось пользоваться бужами и фарадч. током, как и при обычной электризации простаты.

При Colliculitis cystosa лучше, не теряя времени, начинать с оперативного вмешательства.

Чтобы покончить с консервативной эндотерапией, мы должны сказать о той неуразности, которая бросается в глаза:

В патологической части и в отделе этиологии мы говорили о ляписе, как веществе, вызывающем атрофич. состояние Col. sem.; здесь, наоборот, рекомендуем его для лечения больного бугорка.

Встречается как-будто противоречие.

Если мы примем во внимание фармакологическое действие Arg. Nit. при его умеренном пользовании, то нужно думать, что атрофия не наступает.

Поэтому мы стараемся отдалить один сеанс от другого, чтобы прижатая слизистая приняла свой нормальный вид и таким образом не было бы наслоения одного струпа на другой, и не было бы, если можно сказать, пресыщения серебром данной области, что бывает при неумеренном применении Arg. Nit.

Независе, конечно, сказать о тех субъективных ощущениях, которая испытывает больной после подобной операции.

1) Если смазывание носоем liq. artis, то болевших опущенный пациент не испытывает, не испытывает и учащенных позывов на мочу.

2) Часто в день смазывания и на следующие сутки ночью

бывают эрекции и поллюция, иногда поллюция бывает и на 3-й день.

3) Сперма бывает окрашена в коричневатый цвет от примеси крови.

4) Общее настроение большинства больных ухудшается.

Эндотерapia
оператив-
ная.

В большинстве случаев оперативного вмешательства мы пользовались уретроскопами Valentin'a либо Casper'a и в меньшинстве — пригационным уретроскопом Goldschmid'a.

Обычно применяли местную анестезию во вид инъекций 2% Аурин'омъ въ заднюю часть при пригационных уретроскопах и непосредственного смазывания Col. sem. через трубку при обычных уретроскопах.

Большой подготовлялся для эндотерпии съ соблюдением обычной асептики и антисептики по правилам, описанным выше.

Техника применения оперативных приг. уретроскопов описана также выше; что касается обыкновенных эндоскопов, то при Casper'овском можно обойтись без помощника, тогда как при Valentin'овском чаще требуется послѣдній, чтобы поддержать лампочку; хотя мы пользовались нередко тѣмъ способом, который описанъ нами для исследования Uthr. masc. и ductus'a, и оперировали без посторонней помощи.

Трубка должна быть вата наибольшего размера для данного канала — лучше № 31—29, иногда для этого неиние было сдѣлать предварительное расширение orif. ext. urethrae.

Когда уретроскоп установлен на мѣстѣ Col. sem., двѣй рукой плотно фиксируютъ его, а правой оперируютъ послѣ предварительного и тщательного обсушивания операционного поля.

1) Скарификація и надрѣзъ.

Показаніемъ въ этому будетъ 1) явное гиперемическое забуханіе Col. sem. при очень повышенной чувствительности, 2) Colliculitis interst. hypertroph. въ случаѣ, если консервативная эндотерapia не производитъ должнаго эффекта; наконецъ 3) ножь находить широкое применение при Collicul. cystosa, если кистозныя образования представляются съ плотными стѣнками.

При этой операциіи мы чаще пользовались ножомъ Kollmann'a.

Скарификація должна быть поверхностна; наиболее удобнымъ мѣстомъ для этого, по нашему мнѣнію, являются верхушка и боковая части Col. sem., и неудобнымъ — переная поверхность,

гдѣ имѣются выводныя отверстія протоковокъ, которыя, какъ извѣстно, при пабухшемъ состояніи не видны и могутъ быть легко поранены. Съ этой точки зрѣнія и выгодно дѣлать надрѣзы на свободныхъ мѣстахъ.

Дѣлали 2—4 поверхностныхъ надрѣза, съ цѣлью извлечь некоторое количество крови.

При Colliculitis cystosa разрезъ опредѣлялся мѣстомъ расположенія кисти. Мы вскрывали кисту тѣмъ же ножомъ и сейчас же, какъ и въ первомъ случаѣ, прибѣгали къ смазыванію Arg. Nitr., отчасти для дезинфекціи, отчасти, чтобы коркой предохранить раненую поверхность отъ химич. дѣйствія мочи.

2) Выскабливаніе.

Выскабливаніе мы производили съ помощью маленькой кюретки Kollmann'a.

Показаніемъ для этого служили прозрачныя кисты — Collic. cystosa, грануляціи — Collic. granulosa, мелкія вегитаціи — Collic. vegetativa. За одинъ сеансъ мы подвергали выскабливанію лишь небольшую поверхность, чтобы не травмировать сразу всей поверхности Col. sem. Послѣ выскабливанія прибѣгали къ смазыванію ливсомъ. Иногда ложкой пользовались и для удаленія полиповидныхъ разрастаній (Collicul. polyposa), тогда прибѣгали

3) къ удаленію ихъ посредствомъ холодной петли Grunfeld'a.

Техника очень проста: къ петлю подводятъ петлю такъ, чтобы ею можно было захватить разрастаніе, затѣмъ при помощи руки, въ которой прикрыта проволока, подтягиваютъ ее и такимъ образомъ отрываютъ петлю, послѣ чего требуется прижатіе Arg. Nitr., либо Resorcin.

4) Гальванокаустика и электролизъ. Показаніемъ считали присутствіе разрастаній, кистъ, Collic. interst. hypertroph. — при большемъ размѣрѣ и чрезмѣрной плотности, Collic. interst. circumscript. съ цѣлью вызвать уменьшеніе рубца. Само собой разумется, что послѣ этихъ операцій прижатіе Arg. Nitr. было лишнее.

5) Промываніе полости Uthr. masc. применяли въ случаѣ скопленія въ ней воспалительнаго отдѣленія, различныхъ изродныхъ продуктовъ, напр., скопленія фосфатовъ въ случаѣ, описанномъ въ № 14, наконецъ, когда въ Uthr. masc. имѣлась обшая полость для обоихъ ductus'овъ — въ этомъ случаѣ дѣлали вливаніе, чтобы оказать дѣйствіе на сфинктеръ ductus'овъ и вызвать сокращеніе протоковокъ.

Для этой цели мы пользовались тонкой канюлей, предложенной Kollmann'ом для промывания Морганевых пазух. После предварительной стерилизации соединяли канюлю с стерильным Праватовским одно-граммовым шприцем; наполняли его раствором лангса от 1% до 3%, освобождали от пузырьков воздуха и вводили в уретроскоп, как и все операционные инструменты. Под контролем глаза пропускали центральный конец канюли в Uthg. masc. и, медленно надавливая на поршень шприца, вливали Arg. Nitr. в таком количестве, чтобы избыток его показался вне Col. sem. После чего, вынув канюлю и обсушив поле зрения, заканчивали сеанс промывания. Сеансы повторяли через 3—4 дня.

Промывание мы делали только тогда, когда исчезали боли или менее острая воспалит. являлся на Col. sem.

6) Бужировка съёмыв. протоков.

Мы проводили бужировку при помощи специального инструмента, изготовленного фабрикой Бозе и демонстрированного нами на 14 очередном заседании 1911—1912 года русского хирургического общества.

На рис. 37, табл. IV, представлены держатель с эластичским бужем и запасные бужи. Держатель сделан из тонкой проволоки, изолированной при помощи резины; с одной стороны имеется у него ручка, с другой насадка для рукоятки, находящейся на эластич. бужѣ, длина которого 2 см., а толщина соответствует от № 1 до 4 шкалы Шарьера. Стерилизация держателя совершается при помощи кипячения, а эластич. бужи подвергаются действию паров формалина.

Необходимо помнить, что формалин, пропитывая поверхность бужа, является порядочным раздражителем слизистой, поэтому необходимо перед употреблением положить буж на $\frac{1}{2}$ —1 час в стерильный раствор индифферен. вещества.

Техника введения та же, как и техника зондирования, о чем мы уже говорили. Напомним только, что длина ductus'a около 19 мм., поэтому нужно вводить не больше 1,5 см. и держаться при бужировании передне-латеральной стѣнки, идѣть дѣривтикуловѣ.

Вводится буж, конечно, под контролем глаза; оставленным на 1—2 мин., при выключенном электр. т., буж вынимают, после чего смазывают Col. sem. Arg. Nitr.

За сеансы мы старались бужировать только одну сторону

оставляя другую до следующего раза, чтобы не вызвать явления раздражения.

Сеансы повторяли через 5—6 дней.

Что касается № бужа, то мы начинали всегда с № 1, применяли его раза 2, затем переходили к большему №, руководствуясь степенью проходимости через наружное отверстие.

Случалось, что № 2 был и конечным №.

Операция проходила безболезненно и безкровно. См. табл. II, рис. 28; здесь зарисован Col. sem. с введенным металлич. зондом в лѣвый съёмыв. проток.

Подобным способом нам удалось излечить сперматоррею и половую слабость у № 12 и уменьшить явление сперматорреи у № 11.

Материал найт в этом направлении был незначительный, всего 4 случая, и высказаться о действии бужей в окончательной формѣ затруднительно.

Механизм действия мы приравливаем к механизму обычной бужировки канала.

Если мы примем во внимание найденный Finger'ом патологич. изменения в ductus'ax и доказанную нами возможность местного лечения их, то нужно ожидать, что дальнейшая работа в этом направлении сумѣет выяснит пригодность или непригодность этого способа лечения и установить точные показания к применению его.

Пока мы считаем возможным пользоваться ими при явлениях сперматорреи, болезненной, даже кровяной ejaculati и в случаях полной импотенции без органических изменений со стороны центральной нервной системы, но с явлениями Collic. interstit. hypertroph.

Во всех этих случаях мы применяли бужи только тогда, когда соответствующим лечением были удалены острые воспалительные явления.

Местное лечение ведется в области протоков сѣмян. желез и prostat'а, известнах большой наклонностью к заболѣванію; конечно, может возникнуть вопрос, как часто бывали у нас осложнения.

Осторожная, умеренная эндотерапия дала нам ничтожный % осложнений, а именно—в одном случае наступило воспаление простаты и сѣм. пузырьков; вина наша заключалась в том, что мы долго держали иригационный уретроскоп, желая

Возможность осложнений при эндотерапии.

варисовать видъ Col. sem.; въ другомъ случаѣ было обостреніе уретрита, послѣ перваго же смазыванія.

Какъ видимъ, $\frac{1}{10}$ малымъ и не можетъ служить помѣхой для эндотерапіи.

Исходъ ле-
ченія.

Выше мы говорили, что подъ вліяніемъ мѣстнаго леченія слизистая Col. sem. въ зависимости отъ степени пораженія ея постепенно восстанавливается либо отчасти, либо вполне; здѣсь же приведемъ статистическія данныя, указывающія, какъ отражалось улучшеніе Col. sem. на тѣхъ или другихъ болезненныхъ явленіяхъ пациента, составлявшихъ главныя жалобы его.

Къ сожалѣнію, при амбулаторномъ матеріалѣ конечный результатъ леченія не можетъ быть точно опредѣленъ, поэтому приходится довольствоваться лишь приблизительными цифровыми данными.

Процентное отношеніе различныхъ результатовъ выразилось въ слѣдующемъ: у 62,5% общаго числа больныхъ можно было установить улучшеніе субъективныхъ явленій наравнѣ съ объективными, у 7,5% результаты первичны были отрицательны, несмотря на позитивъ въ некоторыхъ случаяхъ объективныхъ данныя, и наконецъ у 30% результаты остались неизвѣстными.

Мы выше рассматривали субъективные данныя въ пяти группахъ, согласно этому дѣленію мы постараемся привести и конечные результаты леченія.

I группа—нарушеніе функціи половыхъ органовъ.

Въ 25% были получены положительныя результаты, въ 1,5% отрицательныя и въ 11,5% исходъ остался неизвѣстенъ.

Эта группа является самой большой, что даетъ нѣкоторое право предположить высказанное нами выше мнѣніе о наиболѣе тѣсной связи ея съ измѣненіемъ Col. sem. Мы нѣсколько подробнѣе приведемъ и результаты леченія, находя въ нихъ отчасти подтвержденіе этому предположенію.

Наши наблюденія показываютъ, что чѣмъ серьезнѣе будутъ нарушенія въ половой дѣятельности пациента, тѣмъ тѣмъ будетъ глубже, старѣе воспалительный процессъ въ Col. sem., тѣмъ меньше становится $\frac{1}{10}$ благоприятнаго исхода и больше $\frac{1}{10}$ отрицательныхъ результатовъ.

Дѣйствительно, если мы будемъ рассматривать конечныя данныя по различнымъ градациямъ нарушенія половой дѣятельности, опредѣляя ихъ въ процентахъ по отношенію къ числу каждой однородной группы, то найдемъ слѣдующее:

При жалобахъ на частія поллюціи $\frac{1}{10}$ улучшенія выразился въ 70% при 0 отрицательныхъ результатовъ.

При ejaculatio praecox съ нормальной эрекціей или даже при ослабленной эрекціи, но не настолько, чтобы говорить о полномъ ослабленіи ея, процентъ положительныхъ результатовъ уже доходитъ до 60, и на смену выступаетъ отрицательный исходъ леченія, доходящій до 1% при нормальной эрекціи и до 6% при ослабленной.

Наконецъ, при полной половой слабости $\frac{1}{10}$ улучшенія доходитъ только до 35, при 8% отрицательнаго результата.

При явленіяхъ сперматорреи и простаторреи исходъ леченія былъ въ 70% положительный, въ 20% отрицательный. Улучшеніе безъ отрицательнаго исхода иногда частичное, иногда полное наблюдалось только при сперматорреѣ, при простаторреѣ же результаты леченія были чаще отрицательны.

Не было отрицательныхъ результатовъ какъ при болевой эрекціи, такъ и при кровавой поллюціи, безъ наличности воспалительнаго процесса въ сѣменныхъ пузырькахъ.

Менѣе благоприятныя результаты получались при послѣдующихъ группахъ, кромѣ послѣдней, гдѣ при явленіяхъ колликулита не имѣлось замѣтныхъ субъективныхъ ненормальностей въ мочеоловой сферѣ.

При 2-й группѣ—жалобы на разстройствъ въ мочеоловой сферѣ—въ 2,5% наступило улучшеніе, въ 1,5% результаты были отрицательны, а 2,5% остались неизвѣстными. Процентное отношеніе къ числу этой группы было таково: 40% съ благоприятнымъ исходомъ, 20% съ отрицательнымъ и 40% съ неизвѣстнымъ.

При 3-й группѣ—жалобы на нарушенія въ мочевой сферѣ—въ 5,5% было улучшеніе, въ 2% результаты были отрицательны и въ 2% неизвѣстны.

Процентное отношеніе къ числу этой группы составило 60% улучшенія и по 20% отрицательныхъ и неизвѣстныхъ результатовъ.

Нужно отмѣтить, что наибольшее число съ отрицательнымъ исходомъ пришлось на явленія съ частыми и безболѣзненными мочеиспусканіями, вплоть до недержанія мочи.

При 4-й группѣ—различныя болевая явленія въ области мочеоловыхъ органовъ—въ 8% наступило улучшеніе, въ 13% результаты отрицательны и въ 15% неизвѣстны; въ общемъ отно-

шение к числу этой группы составило 48% улучшения, 32% результаты неизвестны и 20% отрицательны.

При 5-ой группе — 21% улучшения и 10% неизвестны.

Отдаленные результаты Современная медицина вообще, а хирургия в частности не довольствуется поспешными благоприятными результатами, а требует и хороших отдаленных результатов, по ним уже судить о полезности лечебных мероприятий.

Къ сожалѣнью, trotz же амбулаторный материалъ не позволяет намъ привести должного числа случаевъ, по которымъ можно было бы вывести то или другое заключение.

Въ течение первого года пришлось наблюдать около 5% рецидивовъ; правда, по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные заявляли о томъ, что они продолжали имѣть соитусъ intermittens, слѣд., имѣлись снова данные для колликулита.

Что касается хорошихъ отдаленныхъ результатовъ, то только благодаря случайнымъ встречамъ удалось намъ собрать небольшое число случаевъ:

- 1) въ одномъ случаѣ (ист. № 20), продолженномъ около 2-хъ лѣтъ, больной за все время чувствуетъ себя хорошо.
- 2) Въ двухъ случаяхъ (ист. № 3 и № 10) черезъ годъ при встрѣчѣ можно было узнать о хорошихъ результатахъ.

Отнихъ немногихъ случаевъ, конечно, недостаточно, чтобы сдѣлать определенное заключение, тѣмъ не мене, они все же позволяютъ сдѣлать предположеніе, что отдаленные результаты могутъ быть удовлетворительныя.

Предказаніе — мы не говоримъ отдѣльно о предсказаніи такъ какъ послѣднее можно вывести отчасти на основаніи результатовъ леченія, отчасти изъ разбора таблицы на стр. 216.

Заключение.

Чтобы покончить съ заболѣваніемъ сѣм. бугорка, намъ предстоитъ еще разобратся въ вопросъ, почему колликулиты, встрѣчаясь противорѣчно со сторонами нѣкоторыхъ авторовъ, не пользуются по настоящее время правами гражданства.

Потому, что одновременно съ заболѣваніемъ сѣм. буг. наблюдается и поражение простаты.

Недаромъ Нотте называетъ «болѣзненное поражение предстательной железы», опредѣливъ причину его въ ограниченномъ воспаденіи куликовой головки.

Наши наблюденія подтверждаютъ это: почти въ 86% имѣлись въ простатѣ тѣ или другія измѣненія.

Иначе и быть не могло, во-первыхъ, потому, что Col. sem., какъ мы уже не разъ говорили, связанъ съ простатой эмбрионально, анатомически и физиологически; во вторыхъ, потому, что главнымъ этиологическимъ моментомъ колликулитовъ является хронич. уретритъ, дающій большой % простатитовъ.

На основаніи своихъ наблюденій мы могли бы перефразировать мысль Notthafta о простатѣ и сказать: «чѣмъ дальше остается хронич. трипперъ, тѣмъ больше шансовъ на получение простатита и колликулита»; мы, пожалуй, сказали бы немного сильнѣе: «чѣмъ меньше обращать вниманіе на заднюю часть канала при концѣ леченія триппера, тѣмъ чаще можно оставить больному зачатокъ колликулита».

Для иллюстраціи къ исторіи болѣзни, приведенной по этому поводу въ отдѣлѣ этиологіи, мы прибавимъ еще одну изъ тѣхъ многихъ, которая имѣются въ нашемъ распоряженіи.

Исторія № 26.

Т.—куст, 24 л. обратился на приемъ въ Ур. Институтъ 24 окт. 1911 г. съ желаніемъ проверить, имѣются ли у него въ настоящее время слѣды триппера.

Анамнезъ. 3 мѣсяца тому назадъ послѣ сношенія на 3-ій день появились тѣчь изъ канала. Обратился къ врачу, который опредѣлялъ трипперъ. Въ течение 3-хъ мѣсяцевъ акуратно лечился внутрен., спиритическими, прижиганіями, массажемъ по предписанію врача. Въ ноябрѣ были сдѣланы два бактериологическихъ анализа на гонококки, оба съ отрицательнымъ результатомъ.

Отдѣленія изъ канала уже давно нѣтъ, чувствуетъ себя совершенно здоровымъ, только пассивное любопытіе къ трипперу заставляетъ больного обращаться снова къ врачебной помощи.

Половая жизнь протекала хорошо, послѣ леченія были соитусы, и здѣсь большой обратилъ вниманіе на быстрое изверженіе семенъ, приписавъ это долгому воздержанію. Въ дѣтствѣ перенесъ овангрозъ. Кромя настоящего триппера, другими венерическими болѣзнями не страдалъ.

34 лр. Читаніе и тѣлоосложеніе хорошее. Половые органы нормально развиты. Изъ канала отдѣленія нѣтъ. Моча прозрачна безъ пѣны. Простата не увеличена, слегка чувствительна по средней линіи въ области Col. sem. Послѣ энергичнаго массажа въ 3-ей порціи ненормальной по отдѣченю.

à boulie № 22 вводитъ свободно по каналу, въ области Col. sem. встрѣчаетъ большую чувствительность («какъ бы жать» — говорить больной); показало небольшое сукровищное отдѣленіе изъ наружнаго отверстія канала послѣ того, какъ былъ вынутъ бужъ.

Со стороны первой системы и других органов отклонений от нормы не найдено.

Сдлана провокате 2% Arg. Nitr.

Анализ мочи. Небольшое количество лейкоцитов, ни гонококков, ни других бактерий нетъ.

Анализ мочи 3-й порции, взятой послѣ перваго массажа: Моча послѣ массажа простаты соломенно-желтая, прозрачная, Микроскопически найдено: многоклеточные лейкоциты до 10 в п. зр. м.; красные кровяные шарики 1—2, Spermatozoa 2—5 в п. зр. м. и единичныя скопления въ студенистых комочкахъ до 100 экз., единичныя жирно-перерожден. клетки эпителия сѣмя, прост. и апителия уретры.

9 декабр. Эндоскопия. Кол. не излѣивается въ простѣе трубки № 23. Пунцово-краснота дѣтя, слиз. гладкая, влажная, блестящая. Основаня кровотоচিতъ, рѣзкая чувствит. въ прикосновению.

Отнергия дѣст. не видна. Рыхлость и гиперемия p. prost. и memb.

Diagnosis—Colliculitis hyperaemica.

Лечене—Instil. Arg. Nitr. от $\frac{1}{4}$ % до 1% через 2 дня послѣ массажа простаты. Впослѣдствіи, когда рыхлость слиз. задней части нечала, съ 30 декаб. начала бужировка съ № 20 через 2 дня: съ № 25 начать общій массажъ Kollmann'a 2 раза въ недѣлю; въ промежуткѣ массажа простаты съ втираниемъ задней части канала Protarg. 1%.

20 март.—Расширитель № 35. Въ течене курса леченія обостреній и реакцій, замѣтной на расширитель, не было. 1 Апр. Эндоскопия. Слиз. за Col. sem. въ нормѣ, Col. sem. уменьшился значительно, нѣтъ его желто-красной, на первый взглядъ различными отверстиямъ ductus'овъ. Отверстия Utrig. не видна. Слиз. въ окружности не кровотоচিতъ, на видъ нормальна. Чувств. слегка повышена. Предложено нѣсколько эндотерапій черезъ 2 недѣли. 5 Мая Col. sem. въ нормѣ.

У этого больного лечене триппера было закончено, подтверждено отрицательнымъ результатомъ исследования мочи на гонококки, только недоверчивость заставила обратиться его къ другому врачу.

Вторичное исследование мочи убѣдило въ стерильности ея, между тѣмъ эндоскопия опредѣлила измѣненія задней части канала, главнымъ образомъ Col. sem. при здоровой простатѣ, насколько это было достигнуто исследованиемъ современными способами.

Здѣсь мы встрѣтились съ сравнительно не частой формой изолированнаго колликулита, возможно, что черезъ нѣкоторое время процессъ per continuitatem перешелъ бы и на простату. Итакъ, колликулитъ и простатитъ однаково остаются въ видѣ слѣдовъ триппера.

Если мы сдѣлаемъ маленькую передержку, то можемъ даже сказать, что колликулитъ можетъ быть безъ простатита чаще, чѣмъ простатитъ безъ колликулита — по крайней мѣрѣ, въ нашихъ случаяхъ всѣ простатиты сопровождались азобактеріемъ Col. sem. Мы найдемъ подтвержденіе этому и у другихъ авторовъ, примѣнявшихъ уретроскопію задней части при простатитѣ. Если мы возьмемъ солидный трудъ о простатѣ русскаго автора В. Н. Хольцова, то мы встрѣтимъ слѣдующія строки въ главѣ о гипереміи предст. железъ: «при уретроскопіи слизистая предстательнаго отдѣла мочеиспускательнаго канала представляется темно-красной». Дальше, въ главѣ о хронич. простатитѣ читаемъ: «Нѣсколько большее значеніе пьютъ тѣ измѣненія въ p. prost. urethrae, которыя опредѣляются съ помощію уретроскопіи. Мы находимъ слизистую предст. отдѣла мочеисп. канала набухшею, разрыхленною, гиперемированною, ярко-краснаго или темно-краснаго цвѣта, сѣм. бугорекъ значительно увеличенныя; легко кровотокающая при прикосновеніи поверхность послѣдняго представляется либо гладкой съ тонкими продольными складками и продольно-овальнымъ сѣтвымъ рефлексомъ или, напротивъ, разрыхленною, негладкой, съ небольшими точечными рефлексами, обыкновенно онъ рѣдкихъ случаяхъ онъ представляется болѣе темно-красной окраски, чѣмъ окружающая слизистая оболочка; отверстия Sinus prostatici вследствие сильной набухлости не видны. Эти измѣненія могутъ быть при воспаленіи только предстательной железы безъ пораженія мочеиспускат. канала, но они могутъ быть также и при заднемъ уретритѣ безъ участія предст. ж.».

Это описаніе явленій въ Col. sem. при простатитѣ есть ничто иное, какъ описаніе колликулита, сопутствующаго воспаленію простаты.

Löhnstein, Dreyer и др. отмѣчаютъ эту же связь между простатитомъ и колликулитомъ. Слѣдовательно, нужно считать почти установленнымъ, что простатитъ и колликулитъ идутъ всегда бокъ-о-бокъ.

Это-то обстоятельство и служитъ виновникомъ двухъ теченій въ опредѣленіи причины половой невралгіи, изъ которыхъ одно считаетъ колликулитъ, а другое простатитъ за первоисточникъ этого страданія.

Notthafft собралъ болѣе 1000 случаевъ простатитовъ съ подробнымъ описаніемъ субъективныхъ ощущеній больныхъ,

которая ничѣмъ не отличаются отъ ощущений, описанныхъ авторами при коликулитахъ. Мы считаемъ уместнымъ привести эти наблюдения.

Боли въ крестц. области наблюдались 12, въ тазобедренномъ суставѣ 3, въ области сѣдлч. нерв. 18, въ ягодичной области 27, въ другихъ частяхъ бедра 14, въ подреберныхъ областяхъ 32, въ области р. prost. urethr. 23, али 49, наховой 47, въ finis. sperm. и яичкахъ 66, въ головѣ члена 31, въ колѣн. суставѣ 14, въ нижней части живота 35, боли при движенияхъ 49, при вставаніи 16, опусканіи 5, лежаніи 2, верховой ѣздѣ 51, дефекаціи 29, во время coitus'a 37, эрекции 15, ejacul. praecox 18; impotentia 1. Общая невралгія 59. Чувство давленія въ промежи. 32. Зудъ въ urethr'a 210, въ rectum 41, постоянныя боли 6, периодическія 387. Двухсторонняя 26. Prostatogonorrhoea 63. Emission nocturna 17. Полное отсутствіе болей 510.

Съ этими же явлениями мы встрѣчались и при коликулитахъ.

Дробный на 168 случаевъ гонорройнаго простатита у 162 больныхъ нашли явленія половой невралгіи, исчезнувшія въ 93% послѣ излеченія простатита.

Роговz, называющій леченіе о коликулитѣ шарлатанствомъ, относить явленія половой невралгіи на счетъ атоничной простаты. Электризація, возвращая тонусъ мышцамъ простаты, излечиваетъ явленія половой невралгіи.

Авторы, считающіе простату источникомъ половыхъ нервныхъ страданій, базируются главнымъ образомъ на хорошихъ результатахъ, полученныхъ ими при леченіи простаты.

Въ этомъ-то и заключается разногласіе авторовъ.

Къ одной и той-же идѣи идутъ разными путями.

Одни направляютъ леченіе непосредственно на Col. sem. со стороны канала, другіе дѣйствуютъ на Col. sem. путемъ леченія простаты.

Первые находятъ улучшеніе всѣхъ субъективныхъ ощущений съ исчезновеніемъ объективныхъ изменений на Col. sem., другіе получаютъ тѣ же результаты съ улучшеніемъ воспалительныхъ явленій въ простатѣ.

Первые заявляютъ, что, хотя субъективныя ощущенія исчезаютъ, Col. sem. приходитъ къ нормѣ, все-таки требуется еще леченіе для остающагося простатита.

У другихъ мы находимъ, что по мѣрѣ излеченія простатита всѣ воспалительныя явленія въ предстат. отдѣлѣ уретры исчезаютъ и сѣм. буг. уменьшается и сморщивается.

Одни, направляя леченіе на Col. sem., долечивали простатитъ, другіе, лечя простатитъ, подлечиваютъ и Col. sem.: тѣ формы коликулита, которая отнесены нами къ I группѣ, пожалуй, даже ко II, могутъ быть вызваны ими, но группа III съ разрастаніями только подлечивается, послѣднія остаются безъ сомнѣнія, если не примѣнятъ крижикаго раствора януса въ видѣ инстилляцій.

Итакъ, окольными путями мы подошли къ тому пункту, когда можно сказать, что большинство авторовъ признаютъ заболѣваніе Col. sem.— только одни говорятъ объ немъ, какъ въ важномъ источникѣ всѣхъ нервныхъ половыхъ заболѣваній, другіе говорятъ о немъ только изрѣдка, а третьи—меньшинство—совершенно не признаютъ его.

Все заключается въ дѣйствіи знакомствѣ съ простатой.

Она давно привлекала вниманіе авторовъ. Анатомія и физиологія ея подвергалась всестороннему изученію, опредѣлена не только функція ея, но и отношенія секретіи къ другимъ половымъ органамъ, также и ко всему организму, а въ частности къ мочу (Laignel-Lavastine), а Col. sem. является органомъ, мало привлекавшимъ къ себѣ вниманіе изслѣдователей, естественно, слѣд., отвести тѣ или другія явленія къ первому органу, чѣмъ ко второму.

Что такъ обстоитъ дѣло, въ этомъ убѣждаетъ насъ заболѣваніе, известное подъ именемъ «невроза простаты».

Мы позаймствуемъ описаніе его изъ руководства Б. Н. Хольцова для сравненія съ однимъ изъ нашихъ случаевъ, отбросивъ этиологію и субъективныя ощущенія больныхъ, которыя ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ, описанныхъ у нашихъ больныхъ, а начнемъ съ объективнаго изслѣдованія:

«При введеніи зонда въ мочеиспускательный каналъ, какъ только зондъ проникаетъ въ предстательный отдѣлъ мочеиспуск. к., появляется немовѣрно сильная боль, заставляющая больныхъ неистово кричать, вскакивать, плакать; Reuer даже наблюдалъ притомъ глубокіе обмороки. Мѣстная анестезія кокаиномъ и эйканомъ либо недостаточна, либо, рѣже, совершенно не понижаетъ чувствительности.

«Повторное бужированіе не всегда притупляетъ чувствительность, въ рѣдкихъ случаяхъ даже чувствительность при последующихъ бужированіяхъ оказывается повышенной.

«При изслѣдованіи предстат. железы со стороны прямой

кишки железа оказывается неувеличенной и безболитной, но надавливание со стороны кишки на мочеиспускательный канал вызывает резкую болезненность.

«В тех случаях, когда удается исследовать простатическую уретру уретроскопом, находят в ней явления хронически-катарального процесса: увеличение и гиперемия сѣм. бугорка, набухлость и гиперемия слизистой всего отдела простатической уретры, слушивание мѣстами эпителия или даже поверхностных изъязвлений; самое легкое прикосновение к слизистой ватнымъ тампономъ легко вызываетъ кровотечение».

Если мы сравнимъ эти явления съ объективными данными нашего больного (исторія № 22), то найдемъ полную аналогію.

Если имѣются у насъ органическія измѣненія въ задней части въ Col. sem., то естественнѣе отнести это заболѣваніе къ колликулиту, а не къ неврозу простаты.

Мы не говоримъ про измѣненія въ каналѣ, которыя сравнительно легко поддаются слабымъ растворамъ Arg. Nitr. ($\frac{1}{4}$ 0/0— $\frac{1}{4}$ 0/0).

Если при нормальномъ состояніи простаты колликулитъ въ состояніи вызвать различнаго болѣзненнаго ощущенія у пациента, то почему не играть ему ту же роль при болѣзнь простаты?

Если первая сѣть, окутывающая половые органы, служить проводникомъ раздраженій съ нервныхъ окончаній патологическихъ фокусовъ простаты въ отдаленныя области путемъ иррадиации, то тѣ же явленія должны быть и при раздраженіи нервныхъ окончаній, залегающихъ въ Col. sem.

И это тѣмъ болѣе, что простата чаще оказывается мало чувствительной, несмотря на ясныя патологическія измѣненія въ ней (мы не беремъ случаи острыхъ воспалительныхъ явлений, а говоримъ только о хроническихъ процессахъ, самыхъ частыхъ спутникахъ колликулитовъ).

Кто исследовалъ простату per rectum, то навѣрное наблюдалъ простаты плотныя, увеличенныя, но мало чувствительныя.

Внимательно вслѣдуя каждому случаю, мы убѣждались, что плотныя, фиброзныя простаты, патологически измѣненныя, чаще остаются не чувствительны къ давленію въ боковыхъ доляхъ; то же нужно сказать и о мягкихъ, настояннхъ простатахъ; если имѣется болѣзненность, то она локализуется обычно по средней линіи въ области Col. sem.

Иное дѣло—прикосновеііе къ Col. sem. со стороны канала.

Дѣйствительно можно встрѣтить такія боли въ сѣм. буг., которыя заставляютъ вскрикивать и даже плакать больныхъ.

Разъ имѣются такія чувствительныя окончанія нервовъ, то возможна и большая раздражаемость ихъ инфлянтромъ при колликулитѣ, чѣмъ при простатитѣ.

Случай Grünfeld'a, Burchardt'a, Frank'a, Oberländer'a, Wossidlo и др. авторовъ, излеченные мѣстной терапіей Col. sem., говорятъ, что сѣм. буг. является однимъ изъ главныхъ источниковъ половой невратенности.

Случай Hurry Fenwick тяжелой невратенности, излеченный имъ съ удаленіемъ Col. sem., подтверждаетъ это.

Наконецъ наши наблюденія, указывающія, какъ съ измѣненіемъ вида Col. sem. начинаютъ постепенно исчезать болѣзненныя явленія, главнымъ образомъ относящіяся къ ненормальностямъ въ половой сферѣ, убѣждаютъ насъ, что Col. sem. играетъ не послѣднюю роль въ дѣлѣ половой невратенности.

Мы говоримъ не послѣднюю, потому что не можемъ отдѣлаться отъ мысли, чтобы простата, тѣсно связанная съ Col. sem., при своемъ заболѣваніи была индифферентна къ отравленію половой сферы.

Пока мы можемъ считать точно установленнымъ вопросъ о различныхъ патологическихъ измѣненіяхъ Col. sem., вопросъ же, насколько эти измѣненія влияют на нервную систему вообще и на отравленія половой функціи въ частности, въ смыслѣ первенствующей роли Col. sem., долженъ быть подтвержденъ изученіемъ физиологій Col. sem. экспериментальнымъ путемъ.

Да и дальнѣйшія клиническія наблюденія будутъ болѣе продуктивны, если каждый случай половой невратенности, попадающій къ невропатологу, будетъ обследованъ урологомъ и обратно.

Только дружная работа двухъ специальностей въ состояніи избавить амбулаторію отъ хроническихъ невратенниковъ и можетъ быть въ состояніи сохранить не одинъ семейный очагъ и даже жизнь.

Въ заключеніе считаю своимъ приятнымъ долгомъ привести искреннюю благодарность многоуважаемому проф. Сергію Петровичу Оedorову за предложенную тему и многоуважаемому проф. Тимофею Павловичу Павлову за согласіе быть петромомъ.

Принишу сердечную благодарность многоуважаемому Виктору

Николаевичу Шевкуненко, как за ценные указания, так и предоставленное мне право воспользоваться рисунками и докладом не вышедшей в свет статьи его об анатомическом строении *Col. sem.*

От души благодарю многоуважаемого Николая Федоровича Лежнева как за постоянное руководство в области урологии, так и за те ценные замечания и за то в высшей степени сердечное отношение, которыми были прозяваны им по отношению к настоящему труду.

Благодарю многоуважаемого Александра Арсентьевича Друкраева за предоставленную мне возможность воспользоваться материалом уролог. отд. Ник. Воен. Госпитали.

Благодарю В. А. Гораша за любезное разрешение пользоваться богатым материалом Сиб. Частного Урологического Института.

Благодарю Н. С. Черешивкина за данные мне рисунки крайне интересных изменений, встретившихся ему в амбулатории Алафузовской больницы.

ВЫВОДЫ.

1. Анатомия сѣм. бугорка достаточно изучена, кроме вопроса о нервных окончаниях, залегающих в немъ. Последний нуждается в дальнейшей разработкѣ.

2. Физиология сѣм. бугорка не служила предметомъ экспериментальныхъ изученій, въ чемъ и чувствуется потребность. Те данныя, которыя можно вывести на основании наблюдений надъ больными, нуждаются въ проверкѣ.

3. Для исследования сѣм. бугорка съ одинаковымъ успѣхомъ можно пользоваться какъ ирригационными, такъ и простыми уретроскопиями.

4. Уретроскопией установлена нормальный видъ сѣм. бугорка и научила распознавать патологическія измѣненія его.

5. Микробиологія сѣм. бугорка требуетъ дальнейшихъ исследований.

6. Вопросъ о макропатологіи благодаря уретроскопией нужно считать достаточно выясненнымъ.

7. При заболѣваніи сѣм. бугорка нужно считать не только съ измѣненіемъ слизистой и стромы его, но и съ измѣненіями *Uthr. masculinus* и *d-us ej-ris*, инструментальное исследование которыхъ нужно считать допустимымъ.

8. Измѣненія сѣм. бугорка сопровождаются измѣненіями на слизистой задней части канала. Въ нашихъ случаяхъ въ 49% наблюдались смѣшанные, либо твердые инфилтраты въ смыслѣ Oberlander'a въ той или другой части канала; въ 5% имѣлись разрастанія или грануляціонные процессы въ окружности его и въ 46% дѣло ограничивалось только явленіями гипереміи и рыхлости *p. prostaticae*.

9. Заболѣваніе сѣм. бугорка чаще сопровождается измѣненіями въ предстат. желѣзѣ въ видѣ хронич. простатитовъ, только въ 14,55% можно было установить локализованное поражение сѣм. бугорка.

10. Заболевание сѣм. бугорка проявляется въ видѣ различныхъ расстройствъ въ сферѣ мочеполювыхъ органовъ, часто связанныхъ съ явлениями половой неврастени: въ 38% отмѣчено нарушение половой дѣятельности (частыя поллюции, ejaculatio praecox, слабая эрекция, сперматоррея, кровавая поллюция и др.); въ 6% къ этому присоединялись расстройства въ мочевомъ аппаратѣ (частыя позывы съ болями и безъ болей и др.); въ 10% расстройства въ мочевомъ аппаратѣ безъ измѣненій въ половой сферѣ; въ 16%—различныя болевая ощущенія въ мочеполювой сферѣ (зудъ въ промежности, боли въ каналахъ и др.) и въ 30% на первомъ мѣстѣ были явления уретрита.

11. Что расстройства часто находятся въ связи съ измѣненіями на сѣм. бугоркѣ, подтверждается существованіемъ изолированныхъ заболеванийъ бугорка и улучшеніемъ расстройствъ (особенно въ половой сферѣ) наряду съ восстановленіемъ нормального вида сѣм. бугорка. Однако, вопросъ этотъ подлежитъ дальѣйшему изученію урологовъ и невропатологовъ.

12. Привычка заболеванія сѣм. бугорка кроется въ остаткахъ триппера (77%), въ соит. interruptus, описаннѣ, половыхъ издѣлствѣхъ и раздраженіяхъ задней части кавала (химич. и механическихъ).

13. Диагностика заболеванія сѣм. бугорка благодаря уретроскопіи затрудненій не представляетъ.

14. Лечение сѣм. бугорка сводится: 1) къ общему леченію, 2) предварительному леченію канала и простаты и 3) къ специальному мѣстному въ видѣ смазыванія сѣм. бугорка (консервативная эндотерапія) и оперативной эндотерапія.

15. Результаты леченія были таковы: въ 62,5% наблюдалось улучшение, въ 7,5% результаты были отрицательны и въ 30% остались неизвѣстными.

16. Изъ различныхъ расстройствъ въ мочеполювой сферѣ лучшие результаты получались при нарушеніяхъ въ половой жизни.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Avery. The use of the Laryngoscope. London (no Guyon').
2. Богдановъ. Очеркъ современ. состоянія вопроса о физиологич. функціи предст. железы. Хирургія. 1911. XXX.
3. Бардегембъ. Руководство частной и оперативной хирургіи. 1874. (Переводъ подъ ред. Е. В. Павлова).
4. Бѣловъ, Н. А. Секреторная дѣятельность простаты и сфинктера ея гармонич. и тесногармонич. въ примененіи къ излеченію патогенеза некоторыхъ заболеванийъ мужской половой сферы. Новое въ медицинѣ. № 7. 1912.
5. Balli, R. Organi rudimentali dei genitali maschili. Descrizione sviluppo e significato di tali organi con ricerche originali sopra quelli di incerto significato. Modena G. Ferraguti e C. 1908.
6. Онь-же. Ricerche anatomiche sul «utriculus prostaticus». Memorie della R. Accademia di Scienze, Lettere ed Arti in Modena. Serie III. Vol. VIII, appendice. 1908.
7. Онь-же. Il metodo Weigert per le fibre elastiche nella ricerca del glicogene. Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Modena. Anno XI. 1907—1908.
8. Онь-же. L'epitelio dell' «utriculus prostaticus» e del «colliculus seminalis» nell'uomo. Archivio di Anatomia e di Embiologia. Vol. VIII, fasc. 1. 1909.
9. Онь-же. Ueber das Epithel des Ausspritzungsanges (Ductus ejaculatorius) beim Menschen. Anat. Anz. Bd. XXXVI. № 15—17. 1910.
10. Онь-же. Su di alcuni punti controversi riguardanti il significato morfologico dell'«utriculus prostaticus», dell'epitelio dell'«utriculus prostaticus», del colliculus seminalis e del ductus ejaculatorii nell'uomo. Bollettino della società Medico-Chirurgica di Modena. Anno XII—XXXV. 1909—1910.
11. Buerger. Kysto-Urethroscopie: Eine Studie der normalen und pathologischen hinteren Harnröhre. Folia Urologica. 1911.
12. Boetz. Ueber den Uther. masc. Malters Archiv. 1850.
13. Bozzini. Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung und ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen und Zwischenräume des lebenden animalischen Körpers. Weimar. 1807 (no Guyon').

14. Buschke, Рук. къ клиник. способамъ настѣд. Eulenburg.
15. Burchardt, E. Endoscopie und endoscopische Therapie der Harnröhre und Blase. 1889.
16. Онь-же. Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. Deutsche Chirurgie. Lieferung. 53. 1902.
17. Онь-же. Die Verletzungen und Chirurgischen Erkrankungen der Harnröhre. Handbuch der Urologie, herausg. von Frisch und Zuckerkandl. Wien. 1906. Bd. IV.
18. Вишневскій. Къ вопросу о физиологии дѣйствія предстат. железы. Рус. Врачъ. 1909. № 46.
19. Weber, E. Zusätze zur Lehre vom Baue und von den Verrichtungen der Geschlechtsorgane. Müllers Archiv. 1846.
20. Wossido, H. Die Erkrankungen des Col. sem. und ihre Beziehungen zu nervösen und anderweitigen Störungen in der Urogenitalsphäre und zur Sexuellen Neurasthenie. Zeitschrift für Urolog. 1908. Bd. II.
21. Онь-же. Endoscopie der gesunden und kranken Urethra. Endoscopische Diagnose und Therapie. Handb. d. Geschlechtskr. Wien. 1910. 617—683.
22. Онь-же. Beiträge zur Urethroscopie der vorderen und insbesondere der hinter. Harnröhre. Fol. Urolog. VI, Bd. 1911.
23. Онь-же. Instrumentarium für die Urethroscopie und Behandlung der hinteren Harnröhre. Fol. Urolog. Bd. I. Heft. 4. 1907.
24. Онь-же. Ein neues Irrigations-Urethroskop. Deutsche med. Wochenschrift. 1909. № 7.
25. Wossido, E. Technik operativer Eingriffe in der Urethra posterior in meinem Operativ. urethroscop. Folia Urolog. Bd. VII. 1912.
26. Wiener Elis. (по Лавдовскому).
27. Wood Ruggles. Maladies du veru montanum. Americ. assoc. of gen. urin. Surgeons. 1911.
28. Гертвигъ, О. Элементы эмбриологии человека и позвоночныхъ животныхъ. Пер. подъ ред. Рубашкина. Сиб. 1908.
29. Гиртль. Руководство къ анатомии человека, тѣла съ указаніемъ на физиологию, основанія и практич. примѣненія ея. Перев. Япозольского. 1883.
30. Городищъ. О новомъ урологич. инструментаріи упрощенной конструкции. Практ. Врачъ. № 22. 1910.
31. Проф. Ге. Курьезъ веперч. больницы. Казань. 1900.
32. Горашъ, В. А. Ампіиъ, какъ обезболивающее средство въ урологич. Рус. Врачъ. 33. 1911.
33. Gley. Traité élémentaire de Physiologie. 1910.
34. Grünfeld, Die Endoscopie der Harnröhre und Blase. Deutsche Chirurg. Liefer. 51. Stuttgart. 1881.
35. Онь-же. Die Behandlung der Spermatorrhoe. Centralblatt. I. d. gen. Therapie. 1889.
36. Онь-же. Für Therapie der Spermatorrhoe. Ibidem. 1885.

37. Goldschmidt, Die Irrigations-Urethroscopie. Fol. Urolog. Bd. I. № 2. 1907.
38. Онь-же. Die Endoscopie der Harnröhre. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1906. № 6.
39. Онь-же. Betrachtungen über die Endoscopie der Harnröhre. Die Therapie der Gegenwart. 1907. XI.
40. Онь-же. Ein Irrigations-Urethroscop. Fol. Urolog. Bd. IV. Heft. 9. 1910.
41. Онь-же. Instrumente für die Irrigations-urethroscopie. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Urolog. II Kongress. Berl. 1909.
42. Онь-же. Galvanokaustische Eingriffe in der Urethra. Berlin. Klin. Wochenschrift. № 14. 1909.
43. Gardner, A. Etiology and pathology of impotence. J. of cut and genit.-u. dis. 1893.
44. Geraghty, A method of treating the prostatic utricle. Jour. Am. M. Ass. Chicago. 1911. 731.
45. Е. Гугуон. Лекціи о болезняхъ моч. путей. Пер. Блюмелу и Шабада. 1889.
46. Дьяконовъ, Ревиль, Лисенковъ. Лекціи оперативной хирургіи. 1901. Москва.
47. Дробинъ. Хронич. простатитъ какъ этиол. факторъ неврастении. Врачебн. Газ. 1907. 16—17.
48. I. von Deen Beitrag zur Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Säugetiere mit besonderer Berücksichtigung der Uthr. masc. Zeitschrift für wissenschaft. Zoologie. I. Bd. 1849.
49. Dreyer. Beiträge zur Irrigations-Urethroscopie. Zeitschrift. f. Urolog. III. Bd. № 5. 1909.
50. Dreuв. Ueber Endomassage der Harnröhre. Verhandl. der Deutsch. Gesellschaft. für Urolog. 1912.
51. Desormeaux. 1853. Bull. de l'Acad. de Med. (по Guyon'у).
52. Englisch. Ueber den Verschluss des sinus pocularis. Wiener. med. Jahrb. 1873. Heft. I (no Хольдону).
53. Eberth. Die männlichen Geschlechtsorgane. 1902.
54. Edward, A. Chronic disease of the Col. sem. Monchstr. Brit. Med. J. II. 1909.
55. Задковичъ. Къ вопросу о патогенезѣ и леченіи полового бѣшенія у мужчинъ. Врач. Газ. 44. 1908.
56. Онь-же. Idem. Zeitschrift f. Urolog. 1909. Bd. III.
57. Зерновъ. Руководство омпнат. anat. человека. 1906.
58. Seelig. Ein Fall von Urethr. die Monatsbericht über die Gesamtleist. auf dem Gebiete der Krankh. der Hagn-Sexualorg. Bd. II. Heft. 5. 1897.
59. Ikeda. Renechiro (Kyoto) Zum Einfluss des ganglion hypogastr. auf die Geschlechtsfunktion. Centralblatt. f. Physiol. XX. Bd. 13. 1906.
60. Кравковъ. Основы фармакологии.
61. De Keersmaecker. L'urétrite chronique d'origine gonococcique Bruxelles. 1898.

62. Kropf. Interessante Urethroskop. Verhandlung der Deutschen Gesellschaft f. Urolog. II Kongress. 1909.
63. Klotz. Endoscopic studies on vegetations, polypi of the Col. sem. Med. Journ. January 26, 1895. New York.
64. Kraft-Ebing. Wiener med. Prossc. 1887. № 57 (no Полдепер).
65. Kollmann. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sexualorg. 1894. 7 и 1897 10 (no Oberländer y).
66. Kretschmar. De vesica prostatica. Lineamenta physiolog. morbor. Lipsiae d. 22 Martis. 1836.
67. Kölliker (no V. Deeny).
68. Сасрег. Учебник. Урология. 1905.
69. Лядовский. Обь изменениях простаты у детей. Дис. Спб. 1903.
70. Лавровский и Овсянниковъ. Основания къ изучению микроскоп. анатомии человека и животных. 1888. Спб.
71. Лехтманъ. Значение уретр. уретроскопий для распознавания лечения заболеваний уретры и мочеv. пузыря. Рус. Журн. Ковн. Вен. болъан. 1911. № 23.
72. Лежневъ. Отчеты Урол. Рос. Общества за 1908—1909 г.
73. Luys. Endoscopie de l'urèthre et de la vessie. Paris. 1895.
74. Онь-же. Diagnostic et traitement de l'urètrite postérieure chronique. Extr. de Bulletin de l'Associat. française d'Urologie. Paris. 1911.
75. Онь-же. Exploration de l'appareil urinaire. 2 édition. Paris. 1909.
76. Löhstein. Erfahrungen über eine neue Behandlungsmethode der chronischen Urethri. Verhandlung der Deutsch. Gessellschaft f. Urol. II Kongr. 1909.
77. Lewin. Zur Diagnostik und Therapie der Chron. prolifer. urethritis. Ibidem.
78. Онь-же. Ueber endourethrale Eingriffe bei chronischer prolif. Urethri. Zeitschrift. f. Urolog. Bd. V. N. 6. 1911.
79. Leikart. Vesicula prostatica. Cyclopedia of Anatomy and Physiology. Wagner's Handwörterbuch der Physiologie.
80. Laigne-Lavastine (no Блану).
81. Михайловъ, Н. А. Основныя задачи терапии при хирургич. заболеванияхъ мочеполовыхъ путей. Рус. Врачъ. 29. 1906.
82. Онь-же. Новая данная къ половой невралгии у мужчинъ. Врач. Газ. 1909. № 11.
83. Онь-же. Sur la pathologie de l'urèthre postérieure. An. des maladies des organes g. u. Vol. I. № 3. 1910.
84. Онь-же. Cystae vesiculae prostaticae. Fol. Urolog. 1908. Bd. II.
85. Онь-же. Диагностика и терапия заболеванийъ мочевыхъ и половыхъ органовъ. Спб. 1910.
86. Melchior. Beobachtungen über Prostatitis. Monatsberichte d. Harn. Sexualorg. 1900.
87. Notthalt. Ueber scheinbar mit der Prostata nicht zusam-

- menhänge aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prost. Archiv für Dermatologie und Syphil. 1904. Heft. 2.
88. Онь-же. Prostataschmerzen und chronische Prostatitis. Berlin. Klin. Wochenschr. 1905. № 1.
89. Nicolseky. Ein Beitrag zur physiologie der Nervi erigentes. Arch. f. Physiol. Leipzig. VIII. 1879.
90. Орловскій. Ueber Col. Hypertrophie und Col.-Kauistik. Zeitschrift. f. Urolog. Bd. III. N. 7. 1909.
91. Онь-же. Colliculitis und Perversion. Wiener med. Wochenschrift. № 40. 1909.
92. Oberländer und Kollmann. Хронич. перелой мужск. мочеиспускат. канала и его осложнения. 1907.
93. Oberländer. Zur Kenntnis der nervösen Erkrankungen am Harnapparat des Mannes. Volkmanns Sammlung Klin. Vorträge. № 275. 1886.
94. Онь-же. Lehrbuch der Urethroscopie. 1893.
95. Онь-же. Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph. 1887.
96. Паньш. Основы анатомии человека. 1887.
97. Перемежко. Оуд. XIII. Основания къ изучению микроск. анатомии человека и животныхъ Лядовскаго и Овсянникова.
98. Подразъ. Хирургическія болъан мочевыхъ и половыхъ органовъ. 1896.
99. Пусепль. О мозговыхъ центрахъ, управляющихъ эрекціей полового члена и сьмолотвления. Спб. Дис. 1902.
100. Подвысокій. Обшая и экспериментальная патология.
101. Пусепль. Руководство по болъанъ мочевыхъ путей. 1903.
102. Роговъ. Половыя жьльв. еп физиология и патология. Перев. подъ ред. Михайлова. 1911.
103. Онь-же. Die Anatomie und die physiolog. Rolle des D-us e-jrii und des Col. sem. Monatsbericht. f. Urolog. XV. Bd. № 1. 1906.
104. Онь-же. Ueber die Folgen der Onanie. Monatsber. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene II. 1905. N. 2—3.
105. Онь-же. Anatomie des d-us e-jrii und Col. sem. Рефератъ Jahresbericht—prof. Kollmann.
106. Онь-же. Ueber von der Prostata verursachte Pollutionen spermatorrheae und Impotenz. Kongr. international. de med. 1909. Budapest. 1910.
107. Рознер. Diagnostik der Harnkrankheiten. 1894.
108. Онь-же. Zur Behandlung der nervösen Impotenz. Therapie der Gegenwart. VII. 1907.
109. Polazzoli. L'urethroscopie postérieure. Revue clinique d'urologie. 1912. VI.
110. Popper. Zur Behandlung der Pollutiones nocturnae und der Ejaculatio praecox. Deutsche med. Wochenschrift. 1898.
111. Preyer. A. Der unvollständige Beischlaf und seine Folgen beim männlich. Gesch. Zurich. 1890.
112. Онь-же. Die Neurosen der Prostata. Berlin. 1900.

113. Онь-же. Die nervösen Erkrankungen der Urogenital-organe. Oberländer Handb. der Harn- u. Sex. org. 1894.
114. Pratorius. Die neueren Methoden der hinteren Urethroscopie. Med. Klin. 1908.
115. Price. Report of work done on the verm montanum. Richmond J. Proct. 1911. XXV.
116. Pezzoli. Ueber die Reaction des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis. Wiener Klin. Wochenschr. 1902. № 27 (по Хольцову).
117. Ретгеу (по Вислоу).
118. Рауберг. Руководство анатомии человека. 1905. Перев. под ред. проф. Павловского.
119. Rohleder. Половое значение и половая жизнь человека. Спб. Пер. Шехтеръ.
120. Robin et Cadiat. Sur la constitution des muqueuses de l'utérus male, de canaux déferents et des trompes de Fallope. Journ. de l'anat. et de la Phys. normal. et pathol. de l'homme et des anim. 1875.
121. Regnerus, de Graaf. De viro. organo. Lugd. 1668 (по Нурзел).
122. Reiser. Ueber Ganglienzellen der Prostata. Zeitsch. f. r. Med. Bd. XXXIV (по Тимофееву).
123. Remy. Nerfs ejaculé, du penis. Journ. de l'anatomie et de la physiol. 1886. XXV.
124. Rockwell. Die Sexuelle Neurasthenie. Wien. 1885.
125. Rohleder. Die Masturbation. Fischers med. Verlag. 1899.
126. Rüdinger. Zur Anatomie der Prostata, des Uther. masc. und der D-us ej-rii bei Menschen. München. 1883.
127. Rathbun. Neurasthenie sexuelle. Am. j. of urolog. Vol. VIII. an. 1912.
128. Саллиевъ. Топография, очеркъ мужской простаты. Дие. 1885. Спб.
129. Sobotta. Атласъ описательной анатомии.
130. Saurey. Traité d'anatomie descriptive. Paris. 1874 (по Цанену).
131. Serravallo et Parés. La secretion interne de la prostate. Ann. d. mal. des org. genit. Urin. 1911. № 7.
132. Segalas. Compte rendu de L'Academie des Sciences. 1826. (по Guyon'у).
133. Тимофеевъ. Обь окончатыхъ нервахъ въ мужскихъ половыхъ органахъ млекопит. и человека. Дие. 1896. Казань.
134. Tilliaux. Руководство къ топографич. анатомии въ приключении къ хирургии. Переводъ подъ редакцией Таубера. 1896. Спб.
135. Terropson. Die Therapie der Impotenz. St. Petersburger med. Wochenschr. 1905. № 36.
136. Thomson. Some observ. on the anat. and pathol. of the adult prostate. Med. Chir. (no Grünfeldy).

137. Тано. Beiträge zur Kenntnis der spermatorrhoe. Zentralbl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorg. 1894. S. 476.
138. Терропсон. Zur physiolog. mechanisch. Therapie der spermatorrhoe. St. Petersburg. med. Wochenschrift. 1905. № 33.
139. Фредерикъ и Нюэль. Основы физиологии человека. Пер. подъ ред. Вьденского. 1899.
140. Франкъ. Е. Туберкулезное поражение половыхъ органовъ. Рус. Журн. Кож. и Вен. болѣзней. 1906. Т. XII.
141. Е. Богдановъ и Велус. Курь хирург. терап. Т. IV. Пер. Берлина. 1903. Спб.
142. Fingger, E. и M. Saenger. Pathologia et therapia masculini et femineae gonorrhoe. Перев. Шуръ. Спб. 1898.
143. Fingger. Beiträge zur pathologischen Anatomie der chron. Gonorrh. Archiv f. Dermat. u. Syph. 1893.
144. Онь-же. Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes. Handbuch der Urolog. herausg. von v. Frisch. und Zuckerkandl. Bd. III. Wien. 1906.
145. Frank Ueber die Beziehungen der papillomatösen Wucherungen des Blasenhalbes und der hinteren Harnröhre zum Mechanismus der Harnentleerung und zur Sexuellen Neurasthenie. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Urolog. I Kongr. Wien. 1907.
146. Онь-же. Diskussionsbemerkungen zu Goldschmidts Vortrag. Verhandl. der Deutsch. Gesellschaft, für Urolog. II Kongr. Berlin. 1909.
147. Онь-же. Zwanglose Demonstrationsgesellschaft. in Berlin. Sitzungsber. vom 23. Nov. 1906. Med. Klinik. 1906. № 50.
148. Онь-же. X-me Session de l'Assoc. française d'Urologie, 4 oct. 1906; Ann. des mal. des org. gen-urin. 1906.
149. v. Frisch. Klinische Untersuchungsmethoden. Handbuch der Urologie, herausg. von v. Frisch und Zuckerkandl. Bd. I. Wien. 1904.
150. Felleki. Neuere Beiträge zur Kenntnis und Therapie der patholog. Samenenergü. Urologie. 1904. October (no referat).
151. Fenwick Harry. Obscure diseases of the urethra. London. 1902.
152. Felix M.—по Рауберу.
153. Хольцовъ, Б. И. Диагностика боляней мочеисловыхъ органовъ. Спб. 1911.
154. Онь-же. Повреждения и заболевания предстат. железы. Спб. 1909.
155. Hyrtel. Eine unpaare Geschlechtshone im Manne. Oesterr. med. Wochenschrift. № 45. 1841.
156. Henle. Handbuch der Nervenlehre des Menschen 2 Aufl. 1879.
157. Heller. Erfahrungen mit der Goldschmidtschen Endoscopie der hinter. Harnröhre. Med. Klinik. 34. 1909.

158. Hawkins. Some observations on inflammation of the veru montanum. New-York medical journal. Aug. 14. 1909.
159. Home. Practical observations on the treatement of the prostata gland. London. 1818.
160. Пиликель. О наружных половых органахх у детей. Дисс. 1900. Спб.
161. Шевкуненко, В. П. Къ хирургич. анатомии Col. sem. Докладъ на 14 очередномъ зазданіи Русск. Хир. Общ. 1912.
162. Штеръ. Учебникъ гистологii. Перев. Догеля А. С. 1905.
163. Strickers. Handbuch der Lehre der Geveben. 1870.
164. Schlenzka. Die Goldschmidtsche Irrigations-urethroscopie. Leipzig. 1912.
165. Овъ-же. Zur Bedeutung der Harnröhrenpolypen. Fol. Urol. Bd. IV. № 10. 1910.
166. Scharff. Wissenschaftlicher Verein der Aerzte zu Stettin. Sitzung von 7 Januar 1902. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1902. № 35.
167. Schmidt. Relative Impotency due to chronic. urethr. of the posterior urethra. Journ. of eutan. and Genito-urin. - Diseases. 1902.
168. Schindler. Die Bedeutung unwillkürlicher Muskelkontraktionen und deren Abhängigkeit vom Atropin für die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes. Berlin. Klin. Wochenschrift. 37. 1910.
169. O. Scheuer. Urethroskopische Befunde bei Spermatorrhoe und Prostatorrhoe. Medizin. Klinik. № 45. 1911.
170. Эби. Строение человека, съ особымъ вниманіемъ на его морфологич. и физиологич. строение. Перев. Канустина. 1874.

ПОЛОЖЕНИЯ.

1. Функциональная проба (флоридантъ, индиго-карминъ) должна предшествовать операциі на почкахъ.
2. Операциа Vinkelmann'a проста, удобна и даетъ хорошіе результаты при хронической воднистости яичка.
3. Ограниченные туберкулезные фокусы прилатка яичка подлежатъ хирургическому вмѣшательству.
4. Вливаніе въ пазуху раствора 1⁰/₀ Collargol'a черезъ катетеръ въ большихъ количествахъ (отъ 25 куб. см. до 100 к.с.), послѣ предварительнаго промыванія борнымъ растворомъ, благоприятно дѣйствуетъ при острыхъ циститахъ, кромѣ туберкулезнаго.
5. Промываніе канала по Janet горячими (до 50° Ц.) растворами Albargin'a, проведенное lege artis, быстро уменьшаетъ острые явленія триппера.
6. Natrium Sozo-jodolicum лучшее средство при ulcus molle.

CURRICULUM VITAE.

Александр Ильич Васильев, православного вѣроповѣданія, изъ мѣщанъ, родился 26 августа 1877 г. въ С.-Петербургѣ. Среднее образование получилъ во 2-й С.-Петербургской Гимназій. По окончаніи ее въ 1897 году, поступилъ на первый курсъ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи. Въ 1902 году cum eximia laude окончилъ курсъ. ВЫСОЧАЙШИМЪ приказомъ былъ зачисленъ младшимъ врачомъ 64 пѣх. Казанскаго полка. На этой должности пробывъ до 1907 года, когда согласно прошенія былъ переведенъ сверхштатнымъ младшимъ медицинскимъ чиновникомъ въ Главное Врачебное Управление Мин. Вн. Д. съ прикомандированіемъ къ госпитальной хирургической клиникѣ Проф. С. П. Федорова.

Въ 1910 году съ отчисленіемъ отъ занимаемой должности былъ переведенъ въ штатъ амбулаторныхъ врачей Свято-Троицкой Общины, гдѣ и состоитъ по сіе время.

Въ 1900 году, въ бытность студентомъ, принималъ участіе въ борьбѣ съ распространеніемъ натуральной оспы въ С.-Петербургѣ.

Въ 1902 году согласно приказу несъ лѣтомъ обязанности помощника ординатора въ госпитальной хирургич. клиникѣ Профес. Ратимова.

Въ 1903—1907 гг. состоялъ амбулаторнымъ врачомъ Вѣлостокской Общины Сестеръ Милосердія Краснаго Креста имени ГОСУДАРЫНИ ИМПЕРАТРИЦЫ МАРИИ ФЕОДОРОВНЫ.

Въ 1904—1906 г. состоялъ преподавателемъ общины по подготовкѣ будущихъ Сестеръ Милосердія.

Въ 1905 г. состоялъ врачомъ Вѣлостокскаго лазарета для эвакуированныхъ съ Дальняго Востока воиновъ.

Въ 1907—1908 гг. несъ обязанности ординатора одновременно въ хирургич. Клин. Профес. Федорова и Клин. кожн. и венерич. болѣзанй Профес. Павлова.

Въ учебномъ 1910 году сдалъ при Академіи экзамены на степень доктора медицины. Съ 1908 г. состоитъ членомъ Урол. Россійск. Общества; въ 1910 году состоялъ временнымъ санитарнымъ врачомъ по борьбѣ съ холерой въ С.-Петербургѣ.

Съ 1908 года состоитъ врачомъ частнаго Урологич. Инст. Съ 1909 года приватно работаетъ въ Урологич. Отдѣленіи Николаевскаго Воен. Госп.

Изъ печатныхъ трудовъ имѣетъ:

1) Vaso-testiculo-neostomia. Докладъ на X Съѣздѣ Рос. Хир. (напечатано: Врачебная Газета № 37 и 38, 1912 года).

2) Лечение хронической водянки яичка по Vinkelmann'у. Докладъ на 39 засѣданіи Рос. Ур. Общ. (напечатанъ: Новое въ Медициѣ № 9, 1912 г.).

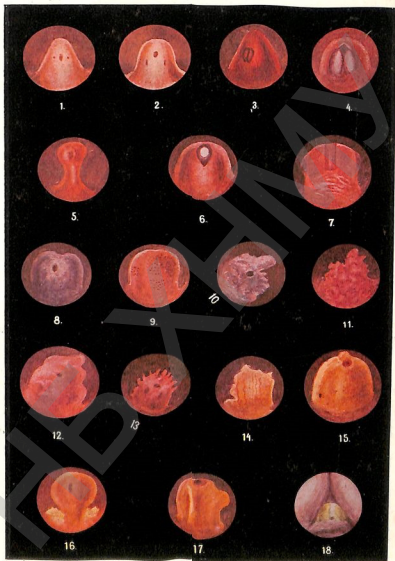
3) Клиника Colliculi sem. Докладъ на 14 засѣданіи Пирогов. Хир. Общ. 1912 г.

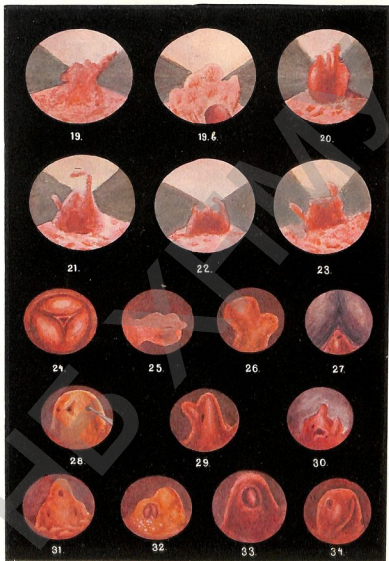
4) Къ вопросу объ осложненіяхъ при гонококковой вакциноterapiи. Докладъ на 44 засѣданіи Рос. Ур. Общ. (напечатанъ: Новое въ Медициѣ № 17, 1912 г.).

5) «Заболѣваніе сѣмянной бугорка», представляеть для соисканія степени доктора медицины.

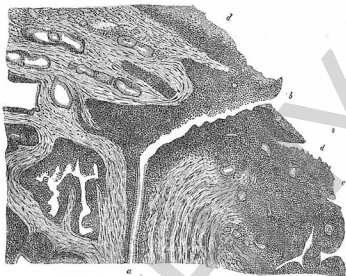
148	22/v	Г-гь . . .	22	При возбу- дении капи, эп. почти нбгь.					5	+	+	Лба.	Прозрачна. Гов. —	Пастозн. чуп.	Легкая мут.		Prost.	+	
149	15/ix 11	Г-вз . . .	34						+	+		Лба. в расп.	Мутн. Гов.—	Ув. пастозн. бодлян. Ув. пастозн.	Мутн.		Prost. Ureth. subac. Prost.	+	
150	5/ii 09	III-вз . . .	29	Еяс. ргас.								Прозрачна.	Прозрачна.	Не нити.	Мелкия хлопья.			+	
151		Г-вз . . .	30	Еяс. ргас. Голови. б.								Прозрачна.	Col. Чуп.	Пастозн. уп. Д. б.	Един лейк.	Нервн.		+	
152	25/ix 10	К-ль . . .	42						+	+		Угол. Лба. в расп.	Хлопья. Гов. —	Пастозна. Возлн. ув. Ув. из дльшой доли нелюхи.	Глобиди.		Prost. Sper- matocyst. Ureth. chr. Prost.	+	
153	17/ix 09	М-вз . . .	23						+	+		Чистая.	Нити. Гов.—	Ув. Бутриста.	Омалес.	Нервн.		+	
154	20/viii	II-вз . . .	26						+	8		Силь- одни. спермат. Глидерия. капи. Гов. —	Нити. Гов.—	Ув. Бутриста.	Омалес.	Нервн.	Ureth. chr. Prost.	+	
155	19/viii	B-ii . . .	30	При возбу- дении слизи								Уздъ въ зад. прох.	Нити. Гов.—	Ув. Бутриста.	Омалес.	Нервн.		+	
156	6/v 10	T-вз . . .	26									Уздъ въ зад. прох.	Нити. Гов.—	Ув. Бутриста.	Омалес.	Нервн.	Ureth. chr. Prost.	+	
157	27/iv 12	A-вз . . .	43	Кровь послѣ пол.								Уздъ въ зад. прох.	Нити. Гов.—	Чув. Col.	Аурф. мякя	Един лейк.		+	
158	9/ii	L-вз . . .	26										Прозрачна.	Чув. Col.	Ув. пастозн.	Обильн. внд.		Prost.	+
159	10/iv 12	II-вз . . .	35	Еяс. ргас.									Прозрачна.	Пастозна.	секр. омалес.	Нервн.	Prost.	+	
160	17/ii	X го . . .	31									Боль въ чз. в ган. слабость въ промежи.	Прозрачна. Гов. —	Чув. Col.	Не ув. чуп. по средин. Ув. плоти.	Един лейк.	Нервн.	Prost.	+
161	5/ii	II-вз . . .	33										Мутн. Гов. —	Ув. плоти.	Мелк. хлопья.		Prost.	+	
162	14/ii	L-вз . . .	30						+	4		Силь- Гов. —	Нити. Гов. —	Ув. пастозн.	Хлопья.	Нервн.	Prost. chr. Ureth. chr.	+	
163	16/iv	A-вз . . .	38							8		Силь- Гов. —	Нити. Гов. —	Ув. пастозн.	Хлопья.	Нервн.	Prost. chr. Ureth. chr.	+	
164	28/ii	B-вз . . .	32	Слабая эрекция.									Нити. Гов. —	Увелич.	Мелк. хлопья.		Prost.	+	
165	30/xi	T-ii . . .	27									Силь- Гов. —	Нити. Гов. —	Ув. плоти.	Муть.		Ureth. chr. Prost.	+	
166	5/ix 10	Г-вз . . .	31										Един. нити. Гов. —	Пастозн. сдвѣта бод.	Един лейк.		Prost.	+	
167	28/ix	Г-вз . . .	44	Ослабленіе эрекции.									Прозрачна. Гов. —	Ув. втрос плоти.	Омалес.		Prost. Strict. Polyarth.	+	
168	8/vi	A-вз . . .	20	Еяс. ргас.						+		Угол. Лба. в пр.	Прозрачн.	Чув. Col.	Ув. плоти.	Хлопья мелк.		Prost. Strict.	+
169	23/viii 11	II-вз . . .	39	Боль при эяс.									Прозрачн. Гов. —	Пастозна. ув.	Мелк. хлопья.		Strict. Prost.	+	
170	16/iv 11	K-вз . . .	35	Еяс. ргас.								Силь- Гов. —	Прозрачн. Гов. в рас.—	Ув. бодлян. Ув. пастозн. уп. слизь.	Ув. пр.		Prost. Spermatoeyst.	+	
171	25/v 09	A-вз . . .	31	Слабая эрекция. Слабая эрекция.						10		Силь- Гов. —	Нити. Гов. —	Сред. бодлян. Пастозн. ув.	Нити мелк.	Нервн.	Prost. Ureth. chr.	+	
172	16/x	M-фв . . .	27										Прозрачн. Гов. —	Пастозн. бод.	Много нит.		Prost.	+	

491	14/vn08	К-нх . .		Част. безбол. мочесп.		7			Пр.	Гон. тбс. —	Ув. уздов. болзан.	Л. пр.	Иард. лейк.	Изм. нитр.	Prost. et vesic.
492	17/4 12	X вь . . 34	Еяс. праес. Делоз. вь кан.			+				Прозрачн.	Чувст. Col.		Един. лейк.		
493	10/iv 11	X-вь . . 30	Еяс. праес. Слаб. зрени.			+			Пр.	Нитр. Гон. +	Пастозн. болзан.		Поряд. нитей.	Вилм Нерв.	Epid. Ureth. Chr. Prost. Strict. prost.
494	20/xii10	III-нх . . 32				+				Прозрачн. Гон. —	Чувст. Col.		Мелк. нитр.		Ureth. chr. Prost. Ureth. chr.
495	26/i 11	M-нх . . 28				+				Прозрачн. Гон. нитр.	Плотн. чув. сред.		Мелк. нитр.		Ureth. chr. Prost. Ureth. chr.
496	9/ix	З-нх . . 35	Боль при еясил.			+		Сам. кан. Гон. —		Нитр. Гон. —	Чувст. Col.		Опазеси.		Prost. Ureth. chr. Prost. Ureth. chr. Prost. Ureth. chr. Prost. Ureth. chr. Prost. Ureth. gland. chr. Prost.
497	30/x	C-нх . . 30	Еяс. праес.			+				Прозрачн. Гон. —	Чувст. Col.		Поряд. лейк.		Ureth. chr. Prost. Ureth. chr. Prost. Ureth. chr. Prost. Ureth. gland. chr. Prost.
498	3/ix	H-нх . . 32				+				Боль вь промежи. вь боназ.	Чувст. Col.		Обла. лейк.		Ureth. chr. Prost. Ureth. chr. Prost. Ureth. gland. chr. Prost.
499	22/x	C-нх . . 35				+				Боль вь промежи.	Чувст. Col.		Муть.		Ureth. gland. chr. Prost.
500	16/i 12	H-нх . . 26				+	4	Самост. Гон. —					Пастозн. Хлопя.		Ureth. gland. chr. Prost.
501	30/ix 09	II-нх . . 43				+		Воздана Гон. —		Боль вь глуб. кан. при coitus.	Чувст. Col.		Обла. лейк.		Ureth. gland. chr. Prost.
502	26/x	C-нх . . 29	Еяс. праес. Слабая зрени. видя. при дефекаци.			+	9	Сам. кан. Гон. —	Удл. удл.				Пастозн. чув.		Prost.
503	14/i	З нх . . 31				+	10	Сам. Гон. —					Ув. пастозн. болзан.		Prost. chr. Strict. Prost.
504	30 vii	Г-нх . . 35				+	8	Мут. кан. Гон. —		Боль вь носниц.	Чувст. Col.		Ув. болзан.		Prost. chr. Strict. Prost.
505	7/vii	II-нх . . 30	Еяс. праес. рсавб. зрени. 4 г. Ральше част. полнов.			+	13.	Мут. кан. Гон. —					Ув. митр. Чувст.		Prost. chr. Strict. Prost.
506	4/ii 10	II-нх . . 32				+	2г. 6	Самперн. канля. Гон. кан. Гон. —	Оба.				Увелич.		Ureth. gland. Prost. Strict. Prost.
507	23.ii 11	P-нх . . 26				+	10	Сам. Гон. —					Ув. пастозн.		Ureth. chr. Prost.
508	16/xii10	C-нх . . 29				+	+	Сам. Гон. —					Ув. пастозн.		Prost.
509	8/iv	III-нх . . 25				+	10	Сам. Гон. —					Ув. пастозн.		Ureth. chr. Prost.
510	25/ix	M-нх . . 30	Еяс. праес.			+	+	Гнойная. Гон. +					Ув. улоати. вь верхушк. Ув. чукети.		Ureth. subacut. Ureth. chr. Prost. Strict. Epidid.
511	9/iv	II-нх . . 29				+	+		Удл. удл. Удл. оба.				Дривль. ув. Фолдес сир. Ув. канля.		Ureth. chr. Prost. Strict. Epidid.
512	3/ix	H-нх . . 23				+	+						Хлопя. нелк. Обильно.		Ureth. chr. Prost. Strict. Epidid.
513	24/i 11	V-нх . . 34		Част. поз. ночью недер. вногда.		+	+						Не увелич.		Strict.
514	16/ii 10	II-нх . . 40				+	+			Боль вь промежи.	Чувст. Col.		Мелк. нитр.		Strict. Prost.
515	17/ii 09	K-нх . . 41	Еяс. праес.			20	+		Удл. пр.				Самка увел. Пастозн.		

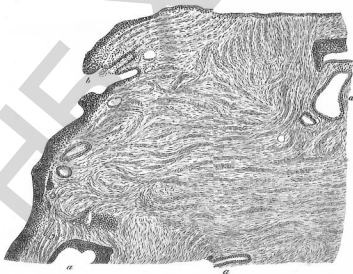




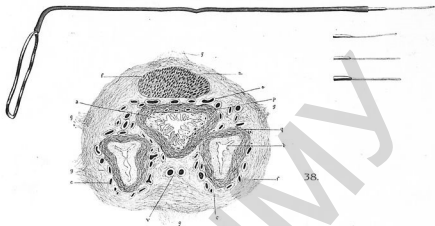
35.



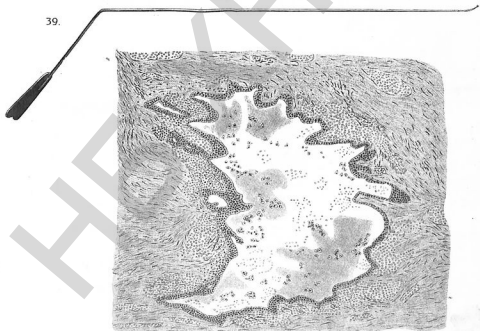
36.



37.



39.



40.