

долговатого мозга. В наших опытах мы не нашли, однако, им подтверждений и, повторяю, думаем, что роль их в поражении продолговатого мозга при перитоните—второстепенна.

Из Казанского центрального венерологического диспансера (завед. пр.-доцент С. Я. Голосовкер).

О методе лечения гонорреи и ее осложнений по способу О. Sachs'a¹⁾.

Ц. Ю. Ротштейн.

О. Sachs, предложивший впервые для лечения psoriasis vulgaris внутривенные вливания 20% стерильного раствора салицилового натра, рекомендует этот способ применять и при лечении гонорреи, особенно ее осложнений. Всего он провел этим способом 103 случая гонорройного уретрита, в подавляющем числе осложненного эпидидимитом, фуникулитом и простатитом. У 72 больных он пользовался исключительно внутривенными вливаниями салицилового натра, а в остальных—применял и местную терапию до, во время и после вливаний. От этого способа лечения он получил блестящие результаты. Из 72 больных, пользовавшихся только интравенозными вливаниями салицилового натра, полное излечение было им достигнуто в 39 случаях (54,16%), улучшение в 32 случаях (44,44%), и отрицательный результат только в одном. Продолжительность лечения в среднем была 21,5 дня, на каждого больного пришлось 6,5 инъекций, с средним количеством введенного салицилового натра в 18,9 гр. При комбинированном лечении процент полного излечения повышается еще больше, но при большем числе инъекций и более продолжительном сроке лечения.

Сравнивая полученные результаты, сам автор особенно доволен лечением одним салициловым натром и приходит к выводу, что гоноррею и ее осложнения в громадном большинстве случаев можно излечить без применения местной терапии. Этот способ лечения автор употреблял исключительно на амбулаторных больных.

Общедоступность, простота и дешевизна предлагаемого способа побудили нас испытать этот метод лечения в диспансере на амбулаторных больных. Мы придерживались указанной автором методики лечения: 20% стерильный раствор салицилового натра приготавливался в аптеке в день вливания. Раствор должен быть бесцветным или иметь легкую светложелтую окраску, но не темножелтую или красноватожелтую, что указывало бы на присутствие фенола. Кроме того он должен быть без всякого запаха. Инъекции делались с промежутками в 2—3 дня; первая доза была 5 кб. с. раствора, т. е. 1,0 чистого салицилового натра, вторая доза 10 кб. с.=2,0 сал. натра, третья и последующие дозы по 15 кб. (3,0 сал. натра), выше последней мы не применяли.

¹⁾ Доложено в кожно-венерич. секции Общ. врачей при Казан. гос. университете 23/V 1929 г.

Всего нами проведено 74 больных, страдающих осложненной гонореей мочеиспускательного канала. По роду осложнений больные распределяются следующим образом: эпидидимит и фуникулит+простатит—5; эпидидимит и фуникулит, простатит и сперматоцистит—2; эпидидимит и фуникулит—2; эпидидимит—6; эпидидимит двустор. и фуникулит двусторон.—2; простатит и сперматоцистит—17; простатит—34; артрит—3; артрит и простатит—1; артрит, простатит и сперматоцистит—2; куперит—2.

Из 74 больных у 70 были явления острого гонорройного воспаления мочеиспускательного канала, а 4 страдали хроническим уретритом. В рубрике эпидидимитов и фуникулитов включены только острые случаи, к простатам, сперматоциститам и куперитам такие случаи, где, кроме общих явлений (мутность второй порции мочи, частоту позывов) имелись также ясные асимметрические изменения в величине и консистенции соответствующих органов. Из этих 74 больных—49 болели гонореей впервые, 21—во второй раз и 4—в третий раз. По возрасту 60 человек было от 20 до 30 лет, остальные—старше 30 лет. 47 больных не получали никакого местного лечения и пользовались только внутривенными вливаниями салицилового натра. Остальные 27 лечились комбинированно, получая кроме интравенозных инъекций и другие обычные виды терапии, притом 20 из них только до инъекции, а 7 и во время инъекций.

Результаты лечения гонорройных уретритов, как и у O. Sachs'a, контролировались микроскопическими исследованиями. От 3 до 5 вливаний получило 10 человек: по 6 влив.—36 чел., от 7 до 9 влив. 28 человек. Среднее количество вливаний, приходящихся у нас на каждого больного, равно 6,4, а количество введенного салицилового натра 16,1 грм. По продолжительности лечения больные распределяются: от 10 до 15 дней 7 ч., от 16—20 дней—38 чел., от 21—25 дн.—20 чел., от 26—30 дней—9 ч. Средняя продолжительность лечения равна 20 дням.

Полученные нами результаты резко отличаются от тех, которые получал O. Sachs. Последний получил полное излечение больше, чем в половине случаев, а мы наблюдали излечение только в 5 случаях, что составляет 6,8% по отношению к общему числу больных. То или иное улучшение из общего числа 74 больных получилось в 38 случаях (51,3%), а у 31 (41,9%) состояние болезненного процесса осталось без существенных перемен. Из 49 чел., болевших гонорреей впервые, вылечились 6,1%, получили улучшение в 53,1% и без перемен осталось 40,8%. У 21 чел., болевших гонорреей вторично, вылечилось 9,6%, улучшение было в 57,1% и без перемен 33,3%. Из 4 чел., болевших в третий раз, у одного улучшение и у трех без перемен. Из 47 больных, пользовавшихся только внутривенными вливаниями без местного лечения, вылечились 3, получили улучшение 21, а у 23 процесс остался без перемен, т. е. положительный терапевтический эффект получился в 51,1%. При комбинированном лечении из 27 больных 2 вылечились, 18 получили улучшение (всего 74,1%), а 7—без перемен. Продолжительность применения салицилового натра и количество вливаний были почти одинаковы в обеих группах. Таким образом в противоположность Sachs'у мы должны признать, что успех лечения при комбинированном методе стоит выше, чем при применении одного салицилового натра. К такому же выводу приходит и Орлов. Вместе с последним мы должны также признать, что вливания салицилового натра не предохраняют от дальнейших осложне-

ний при существующей гоноррее. У 9 больных во время интравенозных инъекций наблюдались новые осложнения: в 4 случаях эпидидимит, в 3 эпидидимит и фуникулит, 1 артрит и 1 сперматоцистит. Из них восемь лечились только салициловым натром, а один комбинированно. Что касается уретритов, то в случаях улучшения прекращалось выделение, моча становилась почти чистой и прозрачной, исчезала частота позывов. При этом характерно то, что такое улучшение клинических явлений во многих случаях не соответствовало микроскопической картине—в нитях находились гонококки, расположенные большими массами внелейкоцитарно, что, по мнению Фронштейна, является плохим для прогноза симптомом.

При осложненной гоноррее, при наличии инфекции в осумкованных очагах, каковыми являются в наших случаях эпидидимиты, простатиты, сперматоциститы, артриты и купериты, внутривенные вливания салицилового натра оказывают на эти очаги более благотворное влияние, чем на уретру. Из 17 эпидидимитиков нам только у двух больных пришлось после салицилового натра перейти к лактотерапии в виду безуспешности действия первого. В остальных терапевтический эффект был настолько достаточен, что можно было не прибегать к другим мероприятиям. Ухудшение же клинических явлений в воспаленном придатке во время вливаний, своего рода реакцию *Herxheimer's*, как *O. Sachs* называет получающуюся очаговую реакцию и которую он очень часто наблюдал, мы видели только в одном случае. Количество вливаний у этих больных было в среднем 5,9 введенного салицилового натра 14,1 гр., дней лечения 18,2. Тот же хороший эффект мы видели и при поражении предстательной железы, семенных пузырьков и куперовых желез. Всего у нас было 61 простатит, 21 сперматоцистит и 2 куперита. После вливаний остались без улучшения 5 простатитов и 3 сперматоцистита. Одновременно вливания и местное лечение всего проводились при 7 простатитах, 1 сперматоцистите и 1 куперите. Наилучшие же результаты от вливаний салицилового натра мы получали при гонорройном воспалении суставов. Было всего 6 больных—1 моноартрит и 5 полиартритов. По давности заболевания и клинической картине—1 хроник и 5 с острым воспалением суставов. Из них у 4 наблюдалось излечение, а у двух улучшение. Характерно то, что и у последних двух к концу вливаний боли в пораженных суставах совершенно прошли, но у одного через 1½ месяца, а у второго, который раньше лечился безрезультатно грязью и диатермией, через 8 дней после вливаний—боли опять возобновились. В среднем всем 6-ти больным было сделано 6,8 инъекций, введено 17,5 гр. салицилового натра с продолжительностью лечения в 25 дней.

Внутривенные вливания салицилового натра гораздо лучше переносятся, чем при приеме *per os*. Побочные явления у нас выражались в кратковременном шуме в ушах, головокружении, сердцебиении, побледнении лица, неприятном ощущении во рту, носу и глазах. Все эти явления быстро, через несколько минут, проходят. В одном только случае был глубокий обморок после первого вливания 5 кб. раствора (1,0 салиц. натра), почему больше вливаний мы ему не делали. Тошноты и рвоты мы ни разу не наблюдали, несмотря на то, что работа производилась в послеобеденное время и вливания делались после приема больными пищи.

Из местных осложнений при неудачном вливании, когда раствор попадал в подкожную клетчатку, появлялось жжение, краснота и неболь-

шая припухлость, которые при согревающим компрессе в 1—2 дня проходили. Эпштейн и Головкина, применяя внутривенно еще более крепкий (25%) раствор салицилового натра при лечении нервных заболеваний, у одной больной впрыскивали раствор прямо под кожу мышечной области, так как не удавалось попасть в вену из-за их плохого развития. Больная прекрасно перенесла вливания без особой реакции. Но мы обычно имели сильную местную реакцию в самой вене. После 2—3 вливаний в одной и той же вене локтевого сгиба получались очень резко выраженные флебиты. Стенки вены становились плотными, просвет ее значительно суживался. В этих случаях очень часто после прокалывания вены иглой кровь в шприц совершенно не поступала или шла тонкой струей, несмотря на то, что рука выше места укола была туго перетянута жгутом, а игла была с довольно широким просветом. При этом явления флебита были резко выражены не только на месте укола, но и на известном протяжении—если приподнять двумя пальцами пораженную вену в ее локтевом сгибе, то она вся на всем доступном протяжении подымалась, как туго натянутый плотный канатик. В 2 случаях вливания делались только на одной руке, между тем флебиты, правда слабее выраженные, появились и на другой руке, что, по нашему мнению, указывает на возможность поражения при этом методе лечения сосудистой системы вообще. Причину этого серьезного осложнения мы видим, на основании доступной нам литературы о внутривенном действии салицилового натра, в том, что предложенная O. Sachs'ом концентрация раствора без всякой примеси является слишком сильной. F. Mendel в 1905 году впервые ввел в медицинскую практику внутривенные вливания салицилового натра по следующей прописи: *Natr. salicyl. 8,0, cof.-natr. salicyl. 2,0, aq. destillat ad 50,0*. У нас в Казани в 1906 г. по этой формуле стал применять внутривен. вливания проф. А. Н. Казем-Бек. Стежинский опубликовал 1500 наблюдений, где при интравенозном применении 16% раствора салиц. натра вместе с 4% кофеином, „ни в одном случае не приходилось наблюдать каких-нибудь побочных явлений вроде болей, местной реакции, образования тромба и т. п.“. Воробьева и Павлова применяли 16% *natr salicyl.* с прибавлением только 1/2% *cof. n. salicyl.* и не получали осложнений. Абросимов наблюдал флебиты при применении 16% раствора салиц. натра без кофеина и советует для избежания этого применять 4% раствор, подогретый до темп. тела. Виткин применял 10% раствор салиц. натра и не наблюдал никаких осложнений. Giroux et Kervaes предлагают совершенно оставить внутривенные впрыскивания одного салиц. натра, так как при этом развивается облитерирующий флебит. Для избежания последнего авторы предлагают применять внутривенно 5% раствор салицилового натра в 5% сыворотке из глюкозы. Балковский применял внутривенно 20% раствор салиц. натра, опсонизированного в шприце кровью самого больного, и не получал каких-нибудь осложнений. Сам O. Sachs также считает, что наиболее неприятным осложнением при внутривенном применении предложенного им 20% раствора салицилового натра является образование тромбофлебитов.

Выводы: 1) Лечение гонорреи одними внутривенными вливаниями салицилов. натра является недостаточным. 2) Внутривенные вливания салиц. натра лучше действуют при комбинированном лечении. 3) Осо-

бенно хорошее действие они оказывают при осумкованных очагах инфекции. 4) Единственным серьезным осложнением при внутривенном применении 20% раствора салицилового натра является образование флебитов, что зависит от применения салиц. н. per se и от концентрации раствора.

Литература: 1) Sachs—W. kl. W. № 16, 1921.—2) Он-же. Ztschr. f. Urologie Bd. 21, N. 3, 1927.—3) Орлов. Венер. и дерм., № 4, 1928.—4) Фронштейн. Сборник, посв. 25-лет. науч. и общ. деят. В. М. Броннера. Изд. НКЗ, 1926.—5) Эпштейн и Головкина. Врачеб. газ., № 15—16, 1926.—6) Стежинский. Врач. газ., № 24, 1927.—7) Воробьева и Павлова. Вр. газ., № 15—16, 1926.—8) Абрисимов. Клин. журн. Сар. унив., том 2, № 1, 1926.—9) Виткин. Вр. газ., № 15—16, 1926.—10) Giroux et Kervavес. Рус. клин., т. XI, № 57, 1929 (реф.).—11) Балковский. Врач. дело, № 12, 1927.

Из Терапевтической клиники Госуд. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани (Директор—проф. Р. А. Лурья).

О рационализации накопления врачебного опыта¹⁾.

Пр.-доц. М. И. Мастбаум.

„Я родился в Москве в 1863 году—на рубеже 2-х эпох. Я еще помню остатки крепостного права, сальные свечи, керосиновые лампы, тарантасы, дормезы, эстафеты, кремневые ружья, маленькие пушки на подобие игрушечных. На моих глазах возникали в России железные дороги с курьерскими поездами, пароходы, создавались электрические прожекторы, автомобили, аэропланы, дредноуты, подводные лодки, телефоны—проводочные, беспроводные, радио-телеграфы, 12-дюймовые орудия. Таким образом, от сальной свечи—к электрическому прожектору, от тарантаса—к аэроплану, от парусной—к подводной лодке, от ружья—к пушке Берте и от крепостного права к большевизму и коммунизму“ (Станиславский „Моя жизнь в искусстве“).

Мы видим, что на протяжении всего одной жизни произошли неслыханные в истории человечества сдвиги. Можно смело сказать, что за последние десятилетия наше поколение является свидетелем непрерывной технической революции. И если в нашей советской стране, стране социалистического строительства, идет гигантское техническое перевооружение всего народного хозяйства, то осуществление великих задач эпохи возможно только при условии быстрого темпа и высокого качества продукции. Темп и качество должны быть на много лет лейтмотивом нашей повседневной работы.

Но быстрый темп и высокое качество в свою очередь находятся в большой зависимости от *рационализаторских* мероприятий. Рационализация даст темп и от рационализации будет во многом зависеть и качество. Было бы неправильно думать, что рационализация это дело только техники, что о рационализации следует говорить только тогда, когда строят завод, фабрику или хотят улучшить производство. Достаточно приглядеться к жизни Западной Европы и в особенности Америки

¹⁾ Доклад на 118 Научном собрании врачей Гос. ин-та для усов. врачей 31/XII—29 г.