

того, нужно иметь в виду, что сам по себе гоноройный процесс ведет часто к временному, или полному поражению сперматогенеза.

Желая все же проверить влияние лучей Рентгена на сперматогенез, мы исследовали у некоторых наших больных пунктат яичка до и после рентгенизации и обнаружили вполне жизнеспособные сперматозоиды.

Выводы. Рентгенотерапия дает благоприятные результаты в случаях поражения придатка, не сопровождающихся везикулитом или фуникулитом.

Такие же благоприятные результаты отмечены при катаральных и фолликулярных формах простатита. Рентгенотерапия противопоказана в случаях эпидидимита, сопровождающегося везикулитом или фуникулитом. Рентгенотерапию, где она показана, следует применять в первые дни после появления гоноройного осложнения.

Поступила в ред. 7.V.1937 г.

Киев, Венинститут.

Из Татарского республиканского кож.-вен. диспансера (директор И. А. Кугушев).

Гонорея у гинекологических больных.

3. Ш. Минюшева.

Из многочисленных статистических данных мы знаем об огромных достижениях в борьбе с венерическими болезнями в СССР. Но надо отметить, что в борьбе с гонореей наши успехи менее значительны, чем в борьбе с другими венерическими заболеваниями.

В то время как лечение мужской гонореи концентрируется в специальных кабинетах вендиспансеров и кожно-венерических клиник, где больные подвергаются обработке по определенной методике, женщины, больные гонореей, до сих пор распылены по различным гинекологическим учреждениям.

По данным Зархи, на 100 больных мужчин, обращающихся в диспансер, женщин приходится 25—30. Несомненно значительное число женщин, больных гонореей, не охвачено диспансерами. В борьбе за снижение заболеваемости гонореей этот факт является большим тормозом, ибо мы знаем, что женщины с нераспознанной гонореей представляют собою источник распространения гоноройной инфекции. Причиной недостаточного охвата венероорганизациями женщин, больных гонореей, является, во-первых, субъективно бессимптомное течение гонореи у женщин, во-вторых, недоучет женской гонореи сетью гинекологических учреждений, куда попадает значительное число гоноройных женщин. Что это действительно так, подтверждается данными, полученными при разработке материалов различных диспансеров.

Гринер установил, что 78% женщин с острой гонореей являются в диспансер не по собственному желанию, а по инициативе диспансера путем вызова их в порядке конфронтации и семейных обследований, причем 59% из них не имеют никаких субъективных жалоб (цит. по Зархи).

Трахтберг и Бердичевская установили, что примерно у 50% женщин гонорея протекает без субъективных ощущений; те же авторы указывают, что из 312 больных женщин, субъективно не отмечавших симптомов заболевания, 86% не знали о своем заболевании и явились источником инфекции для своих партнеров (цит. по Кватеру).

По данным Гринера, полученным при разработке материала гинекологического стационара одной из больниц, на 185 женщин, болевших различными воспалительными заболеваниями половой сферы, 88 (42%) оказались больными гонореей, это подтверждено было в 68 сл. клинически, бактериоскопически и серологически и в 20 сл. клинически и бактериологически; 36,7% б-ных вовсе не знали об истинном характере своего заболевания (цит. по Зархи). Гринер обследовал 85 женщин, больных воспалительными заболеваниями половой сферы и при тщательном исследовании ему удалось установить, что 63 из них больны гонореей (цитир. по Кватеру). По Кватеру, 70% больных женщин, страдающих гонореей, являются пациентами гинекологов.

По данным Татарского республиканского вендиспансера из 280 женщин, б-ных гонореей, 105 (37%) до поступления в диспансер лечились в гинекологических учреждениях.

В большинстве случаев эти больные явились источником инфекции. Из многих историй болезни, имеющих в материалах диспансера, для примера приведем три случая.

Больная Ф. (индивид. карта № 2936) обратилась в вендиспансер 19/VI 37 г. Муж болен гонореей. Жалоб нет. Больная в течение 2 лет лечилась в гинекологическом кабинете по поводу воспаления яичников. 19/VI диагностирована хроническая гонорея, подтвержденная бактериоскопически.

2. Больная К. (индивид. карта № 8316) была вызвана в диспансер 7/IX 37 г. как источник инфекции. Страдает воспалением яичников и кровотечениями с 1928 г., лечилась в гинекологических кабинетах. Жила с первым мужем 8 лет; о характере своего заболевания не знала. Со вторым мужем живет один месяц, в первые же дни замужества заразила второго мужа гонореей. В диспансере у больной диагностирована хроническая гонорея, подтвержденная нахождением гонококков Нейссера в выделениях из цервикального канала.

3. Гр-ка К. обратилась в вендиспансер 5/IX 37 г. по поводу заболевания 2-летней дочери (индивид. карта девочки № 3314); диагноз—острый гоноройный уретрит, вульвовагинит и проктит; гонококки Нейссера обнаружены в выделениях из уретры влагалища и прямой кишки.

7/IX—обследована мать (индивид. карта № 3317). Клинически: хронический уретрит, эндоцервицит и двустороннее воспаление придатков; гонококки Нейссера обнаружены в отделяемом уретры, цервикального канала и прямой кишки. Больная лечилась в течение трех лет в гинекологическом кабинете по поводу воспаления яичников и белей; применялись спринцевания влагалища раствором сулемы. Из анамнеза выяснилось, что муж 2—3 года тому назад болел гонореей, но заразившаяся от него больная о характере своего заболевания не знала; таким образом она явилась источником инфекции для своей 2-летней дочери.

Из приведенных данных видно, что значительное количество гоноройных женщин лечится в гинекологических кабинетах, где главным образом фиксируется внимание на расстройствах гинекологического порядка (бели, боли и кровотечения), а этиология заболевания остается невыясненной. Вполне понятно, что лечение лишь эндоцервицита и эрозий не дает эффекта, если оставить без внимания другие очаги гоноройной инфекции, как уретра, парауретральные ходы, прямая кишка и не проводить соответствующей специфической терапии восходящего процесса. Приведем характерное выражение Жане: „атакуют гонококков там, где их совершенно нет: спринцуют и тампонируют вагину, в которой гонококки никогда не обретаются“.

В апреле 1937 г. мы проверили работу по борьбе с женской гонореей в двух гинекологических кабинетах Казанских поликлиник и там же обследовали больных на гинекологическом приеме.

В гинекологических кабинетах недостаточно инструментария, необходимого для взятия материала на исследование (зеркала Куско, ложечки или платиновые петли и пинцеты). Мазки для анализа на гонококков Нейссера берутся очень редко. Больные обследуются исключительно с гинекологической стороны, пропускаются к врачу, как правило, после опорожнения мочевого пузыря, уретра не исследуется, диспансерная обработка больных отсутствует.

Всего нами обследовано 162 больных с воспалительными заболеваниями половой сферы и обнаружено среди них 41,2% гоноройных больных по клинической картине; гонококки Нейссера найдены (при однократном исследовании) у 7,4% больных.

Если взять каждую поликлинику в отдельности, то в поликлинике № 1 на 93 обследованных женщин гонорея клинически установлена у 44%, бактериоскопически в 5,3%, в поликлинике № 2 на 69 больных женщин—37,4% гоноройных по клинической картине и 10% бактериоскопически.

Все обнаруженные гоноройные больные лечились под различными диагнозами. Для характеристики приведем три случая.

4. Больная А., 23 лет, девица, жалобы на зуд и жжение в области половых органов: в течение двух недель находится на амбулаторном лечении в гинекологическом кабинете, производятся смазывания наружных половых органов 2% раствором ляписа. Клинически: острый уретрит и вульвовагинит, гонококки Нейссера обнаружены в выделениях из уретры и цервикального канала.

5. Б. А., 35 лет, лечится по поводу аменореи инъекциями гравидана. Клинически у больной хроническая гонорея, гонококки найдены в отделяемом цервикального канала.

6. Больная И., 38 лет, диагноз—метроэндометрит; лечится в течение года спринцеваниями. Клинически—хроническая гонорея; в выделениях из уретры и цервикального канала обнаружены гонококки Нейссера.

Из этого можно установить, что вопросы правильной диагностики и соответствующей диспансерной обработки больных, являющиеся основными моментами в борьбе с гонореей, в гинекологической практике не привлекают к себе должного внимания,

Выводы: 1. Своевременно не распознанная гонорея у женщин

является одной из главных причин распространения гоноройной инфекции не только среди взрослого населения, но и среди детей.

2. Значительное количество гоноройных женщин проходит через гинекологические кабинеты, где вопросу установления этиологии заболевания уделяется очень мало внимания, что указывает на недостаточное участие гинекологов в борьбе с гоноройной инфекцией.

3. Только согласованной работой акушеров-гинекологов и венерологов и применением единой методики диагностики и терапии можно добиться успеха в борьбе с гонореей.

Поступила в ред. 11/XI 1937 г.

Казань.

Из иммунологического отделения (проф. Н. Н. Сиротинин) и терапевтической клиники (проф. Н. С. Морозовский) Киевского туберкулезного института (дир. А. С. Мамалат, научный руководитель Н. С. Морозовский).

Чувствительность кожи туберкулезных больных к различным бактериальным фильтратам.

Доц. **К. О. Гуфельд** и доц. **Р. О. Драбкина.**

Вопрос о смешанной инфекции при туберкулезе имеет свою историю. Если вначале исследователи Кох, Корнет, Петрушки, Высокович, Брауэр и Петерс, Маралиано, Баумгартен придавали большое значение смешанной инфекции в течении туберкулеза, то ряд авторов, особенно в последнее время, и преимущественно французская школа, отводят ей второстепенную роль (Безансон, Лайден, Йохман, Шрэдер и Манлес). И. Холло в своей обзорной статье о смешанной инфекции при туберкулезе (1930 г.) приходит к выводу, что вопрос о смешанной инфекции в общем и целом разрешен; в самой каверне и в дыхательных путях туберкулезного больного всегда могут быть различные микробы, но они ведут себя как сапрофиты или полупаразиты. Можно считать установленным, говорит Холло, что все течение туберкулеза обусловлено исключительно туберкулезной палочкой и, что „нет таких форм туберкулеза, таких фаз в его течении и нет ни одного такого симптома, которые зависели бы от действия иных микробов“. Если даже такое воздействие и возможно, говорит он, то оно весьма незначительно и непостоянно.

С другой стороны, за последнее время накопился целый ряд экспериментальных данных, открывающих новую страницу в вопросе о взаимоотношениях туберкулезной инфекции и микробов других инфекций; мы имеем в виду вопрос о параспецифическом иммунитете и параспецифической аллергии (гетероаллергии) при туберкулезе. Работами Хирайома, Фридбергера, Гурвича, Нини, Мональди и др. показано, что наряду с относительным