

где моменты расхождения между наличием глистов и повышенной эозинофилией также имели место. Получив эти расхождения, мы обратились к исследованию вегетативных рефлексов, для чего воспользовались обычно применяемыми в нашей клинике наблюдениями за дермографизмом, симптомом Aschner'a и пробой Dresel'я. Эти исследования дали нам следующие результаты: из 86 детей с повышенной эозинофилией, но без положительных копрологических данных, ваготропную настроенность нам удалось отметить в 54 случаях или 63%, нормотропную, но с тенденцией к ваготропности, в 27 случаях или в 31% и в 5 случаях была найдена симпатикотропная настроенность. Надо отметить, что случаи нормотропной настроенности не могут быть отнесены нами к числу чистых нормотропных, так как у этих детей мы получали некоторые, не резко выраженные симптомы ваготонии (розовый, но не совсем стойкий дермографизм, не резкие изменения с. Aschner'a и Dresel'я).

Таким образом, если взять группу детей, давших нам повышенную эозинофилию при отрицательных копрологических данных, за 100%, то вегетативная настроенность их суммарно будет определяться в 94%, как ваготропная или вернее с тенденцией к ваготропности и только в 5% мы получили указания на симпатикотропные данные.

Проследив в дальнейшем за изменением вегетативных рефлексов и процентным содержанием эозинофилов после дачи глистогонных и, отметив положительные результаты в смысле изгнания глистов, мы не получили резкого снижения эозинофилии в одних случаях и никакого снижения в других. Надо оговориться, что эти наблюдения касались детей с глистными инвазиями, но не с проявлениями глистной болезни. Возможно, что в случаях этой последней эозинофилия и является более ценным и стойким признаком, чем это удалось нам наблюдать в наших случаях.

Таким образом, подводя итоги нашим наблюдениям, можно отметить, что мысль проф. П. С. Медовикова, что не глистоношение характеризуется эозинофилией, а определенная—парасимпатикотропная настроенность дает ее — на нашем материале подтверждается. Эозинофилия при глистносительстве—факт, повидимому, часто встречающийся, но не самодовлеющий в этом вопросе, являясь зависящим от других, вышеуказанных причин.

Н. В. краевой венинститут (Саратов). Клинико-лабораторный отдел.
Руководитель проф. П. С. Григорьев

К вопросу о лечении постгонорройных катарров и неггонорройных уретритов хинином.

Б. П. Кочетов.

Постгонорройные уретриты, по мнению Ж а н е, могут появиться тотчас же вслед за прекращением лечения, в течение следующего за излечением месяца, а иногда и гораздо позже, спустя несколько месяцев, после излечения гонорреи. Появляются они в виде совершенно прозрачного слизистого отделяемого, иногда серозно-гнойного, тождественного с гонорройным.

Зедгинидзе, относительно патогенеза постгонорройных уретритов на основании литературных данных, приходит к следующему выводу: исходным пунктом появления лейкоцитов в выделениях могут явиться обильно развитые к этому времени в слизистой оболочке капилляры (Lahnsteim, Finger), стенки которых, под влиянием различных внешних причин (раздражение мочевой кислотой, мочевиной), а может быть и чисто индивидуальных (конституциональных) особенностей, становятся легко проходимыми для лейкоцитов и экссудата.

Однако, повидимому, большое значение для увеличения числа лейкоцитов в выделениях может иметь гиперплазия заложенных в самой слизистой уретры лимфатических узелков и солитарных фолликулов, на наличие которых указывают Кульчицкий, Sternberg.

Эти образования, несомненно, могут реагировать как на длительное воспаление в уретральной стенке, так и на лечение раздражающими веществами, избыточным образованием белых кровяных телец. Местное образование лейкоцитов приходится тем более считать вероятным, что у больных общих лейкоцитоз крови (при исследовании в различных стадиях постгонорройного уретрита) отклонение от нормы не обнаруживал. Таковы литературные данные о хроническом катарре слизистой оболочки уретры и об источниках образования гнойной капли с большим количеством лейкоцитов. Капля эта может держаться очень долго, упорно не поддаваясь самому разнообразному лечению. Поэтому Хольцов рекомендует в таких случаях удовлетворяться установлением отсутствия гонококков и внушить больному мысль, что незначительные выделения из уретры и небольшое количество нитей и лейкоцитов в моче абсолютно безвредны. Но убедить можно не всякого и такие больные без конца переходят от одного врача к другому, обвиняя их в неумении лечить или же в недостаточной внимательности.

Познакомившись с работой Зедгинидзе (Врачебная газета, № 21, за 1929 г.) о лечении постгонорройных уретритов хинином, мы решили проверить на нашем материале его выводы.

Наши наблюдения были проведены на 48 больных: 23 с постгонорройным катарром, 15 с негонорройным уретритом и 10 с острой гонорреей. Из 23 больных, страдавших хроническим постгонорройным катарром, длительность заболевания была: до 6 мес.—у 1 чел., до 1 года—у 6 чел., до 2-х лет—у 6 чел., до 3-х лет—у 3-х чел., до 4-х лет—у 3 чел., до 5 лет—у 1 ч., до 7 лет—у 2 ч. и до 13 лет—у 1 чел.

До начала лечения хинином делали до 8—10 бактериоскопических исследований до провокации и после провокации (пивом, Arg. nitr. и т. д.). При микроскопическом исследовании у большинства больных оказалось 40—60 лейкоц. в п.зр. микроскопа; а при бактериологическом исследовании определены: стафилококк в 2-х случаях, стрептококк в 1-м случае; стафилококк и дифтерийная палочка в 9 сл.; стрептококк и дифтерийная палочка в 7 случаях и в 7-х случаях стрептококк, стафилококк и дифтерийная палочка.

Гонококки во всех случаях отсутствовали.

Методика лечения довольно проста. Вначале мы строго придерживались методики Зедгинидзе, т. е. утром делали инстилляцию хинином от 1%, постепенно повышая концентрацию до 6%, а вечером промывание по Жане, начиная с 1—1000,0 и доходя до 1—200,0. От этого метода мы вскоре отказались из-за дороговизны хинина и перешли к следующему методу: делали только одни инстилляцией хинином по вечерам, причем % раствора мы повышали не через 2 дня, как у Зедгинидзе, а через каждые 4 дня и весь курс лечения у нас продолжался таким образом 24 дня, причем раствор хинина доводился до 6%-ной концентрации. Первые 2 раза больной задерживал раствор в канале на 2 минуты, последующие — на 5—6 минут. Количество раствора сначала мы брали 3,0—6,0, а затем 10,0. Раствор

хинина приготавливался не ex tempore—как это рекомендует Зедгинидзе заранее—на подобие раствора ляписа. Chinin. bimuriat. прекрасно растворяется в теплой дистиллированной воде и потом уже не выпадает, так что нет никакой нужды готовить его ex tempore. Нужно отметить, что в большинстве случаев хинин переносится большими прекрасно, никаких жжений или болей нет. Но некоторые больные все таки отмечают небольшое жжение в канале после инстилляций 5—6% растворами.

В результате из 23, леченных таким способом больных с постгонорройным уретритом: в 17 случаях было получено стойкое выздоровление без рецидива, в 4-х случаях было улучшение, но не стойкое, через 2—3 мес. появился рецидив; пришлось применять после курса хинина обычные методы лечения (выжигание лакунитов, смазыван. и т. д.) и в 2-х случаях положительных результатов не было. Нужно отметить, что, после применения 3—4 инстилляций хинина, мы почти у всех больных замечали улучшение. Выделения прекращались, моча становилась совершенно прозрачной (без крошек и нитей) и у 17 больных такая клиническая картина оставалась за весь период наблюдения, но у 4-х больных был рецидив. Для иллюстрации приводим выдержки из некоторых историй болезни:

№ 1 Больной, врач З.—30 лет, нервный, телосложения правильного. Перенес гоноррею в 1924 году. Лечился аккуратно в течение 6 месяцев. Был отпущен, как закончивший лечение. Но вскоре появилась слизисто-гнойная капля. Обращался за помощью ко многим врачам специалистам г. Саратова. Получал лечение, как хронический гонорроик.

Лечился периодически около 5 лет, улучшения не было—капля держалась. В августе 1930 г. был направлен к нам на лечение хинином. Делаем целый ряд бактериологических и бактериоскопических исследований—гонококков не находим. Эндоскопия: задняя часть уретры нормальна; в передней—слизистая слегка гиперемирована, отечна; воспаленных желез не найдено. Приступаем к лечению хинином после 3—4 инстилляций—выделения прекращаются и вновь не появляются. Контроль в течение 1½ года.

№ 2. Больной 397/а, 35 лет, рабочий, здоровый, крепкий мужчина. Заболел гонорреей в 1917 году. До 1930 г. несколько раз был рецидив. Лечился у многих специалистов; от лечения наступало улучшение, но не надолго; обычно через несколько месяцев появлялась гнойная капля. Так продолжалось до января 1930 г., когда он обратился к нам с теми же жалобами. Делаем ряд исследований—гонококков не находим. Эндоскопия: задняя часть уретры нормальна; в pars pend. твердый инфильтрат, 3 лакунита выделяют мутноватую жидкость. Приступаем к лечению хинином—улучшение, но через 2—3 месяца рецидив (сделали 3 курса прижиганий) в отделяемом снова 40—60 лейкоцитов. Повторная эндоскопия. Находим лакуниты, выделяющие мутноватую жидкость, выжигаем их гальванокаутером—стойкое улучшение. Контроль 2 года.

№ 3. Больной 323/д, 39 лет, служащий, худой, нервный, истощенный. Гоноррея—в 1926 г.. Лечился аккуратно. В 1928 г. после выписки появились выделения. Обратился в диспансер. Гонококков в отделяемом уретры не нашли. Был поставлен диагноз хронической гонорреи и стали лечить как хронического гонорроика. Выделения пропадали, но, по окончании лечения, вновь появлялись. Обратился к нам 7/VIII 30 г. Эндоскопия: слизистая местами имеет прослойки рубцовой соединительной ткани, воспалительных желез не находим. Приступаем к лечению хинином—улучшения нет. Капля держится. При задней эндоскопии: бугорок сильно кровоточит, гиперемирован, увеличен в своем размере; основание бугорка тоже разрыхлено и кровоточит. 5 раз смазываем бугорок и основание бугорка 10% раствором ляписа—все приходит к норме. Выделения прекращаются. Контроль 1½ года.

Негонорройных уретритов у нас под наблюдением было 15 случаев. Брали исключительно больных, у которых в анамнезе отсутствовала гоноррея. У всех больных, по отношению к которым у нас возникла мысль о возможности существования негонорройного уретрита, мы прежде всего

прибегали к бактериологическому и бактериоскопическому исследованию. Из методов провокации мы чаще всего применяем пиво и инстилляцию $\frac{1}{2}$ —1% раствора азотно-кислого серебра. Каждому больному были сделаны 7—8 бактериоскопических исследований, 1—2, а у некоторых и 3, бактериологических исследования, эндоскопия и только после этого мы ставили диагноз негонорройного уретрита и приступали к лечению хинином.

Техника лечения та же, что и при постгонорройных уретритах. Из 15-ти больных—в 12 случаях было стойкое выздоровление и в 3-х случаях лечение хинином не дало положительных результатов.

Приводим следующие истории болезни: № 1—599/с. Больной явился в диспансер 16/VII-30 г. с жалобой на незначительное слизисто-гнойное отделяемое из уретры, появившееся на 6-й день post coitum со знакомой женщиной. Раньше гонорреей не болел. Делаем ряд бактериологических и бактериоскопических исследований—гонококков не находим. Ставим диагноз негонорр. ур. Приступаем к лечению хинином—резкое и стойкое улучшение. Контроль 1 $\frac{1}{2}$ года.

№ 2.—1004/б. Явился 4/XII-29 г. с жалобой на незначительное выделение из канала. Ставим диагноз негонорр. ур. Приступаем к лечению по Ж а н е—Arg. nitr.—улучшения нет. В феврале 1930 г. переходим на хинин—улучшение, но через месяц—рецидив. Делаем эндоскопию: задняя уретра нормальна, в pars pend.—2 лакунита. 4 раза смазываем их через эндоскоп крепким раствором ляписа—резкое улучшение, выделения прекратились. Контроль 1 $\frac{1}{2}$ года.

С острой гонорреей у нас было 10 человек. 4 больных лечились хинином без предварительного промывания по Ж а н е—у всех положительного результата не получилось. У 6-ти больных с острой гонорреей мы предварительно сделали от 6 до 20 промываний по Ж а н е, а потом уже переходили на хинин. Результаты следующие: у 4-х больных стойкое улучшение, у 2-х больных тоже улучшение, но не стойкое, через несколько дней был рецидив. Приводим следующую историю болезни № 2124/к. Больной рабочий, 44 лет. 29/VII-30 г. поступил к нам с диагнозом острой гонорреи. 30/VIII приступаем к лечению по Ж а н е. Промывания получают до 13/IX-30 г. К 13/IX остаются незначительные выделения. Моча—1 прозр. слизист.—гн. нити, II—прозр., без крошек. Делаем исследование: ни в отделяемом уретры, ни в моче—гонококков не находим. Приступаем к лечению хинином—стойкое улучшение. Выделения прекращаются, моча чистая, без крошек и нитей. Контроль 1 $\frac{1}{2}$ года.

Каково же действие хинина при постгонорройных катаррах? Хинин, по К р а в к о в у, является протоплазматическим ядом, так как уже в растворе хинина 1—20,000 быстро прекращается амебозное движение лейкоцитов, прекращается их выходение через капилляры в окружающую ткань и тем ограничивается образование гноя (К р а в к о в).

Выводы:

1) Приступать к лечению хинином при постгонорройных катаррах, основываясь только на отсутствии гонококков в отделяемом уретры и в моче—как это делал З е д г и н и д з е—нельзя; прежде чем приступать к лечению хинином, больной должен быть подвержен тщательному исследованию. Необходимо сделать десятки микроскопических исследований и эндоскопию всей уретры, тщательное исследование придаточных органов—простаты, семенных пузырьков и т. д. и, если мы находим, что задняя уретра нормальна, нет поражения куперовых желез, желез Литтре, лакун Моргана, нет парауретральных ходов простаты и семенные пузырьки нормальны, а выделения все же держатся, тут хинин является прекрасным средством.

II) В случаях негонорройного уретрита, где нет поражения желез слизистой уретры, а имеется обыкновенная, свойственная негонорройным

уретритам эндоскопическая картина, т. е. гиперемия и особая отечность лизистой—там хинин является незаменимым средством.

III) При поражении желез при постгонорройных уретритах или негонор.уретр.—хинин дает лишь временный эффект.

IV) Надо всегда помнить о постгонорройных уретритах, которые, по мнению Ж.ане, Крепса, Циллера и по нашему личному опыту, бывают часто после перенесенной гонорреи; в случае неправильного диагноза и неправильного лечения—процесс может затянуться до бесконечности, что и было с нашим больным (№ 1—врач).

На лечение гонорреи надо смотреть как на хирургическую операцию и к уретрику надо подходить как к хирургическому больному: стараться не внести в уретру какую-либо постороннюю инфекцию, от которой чаще всего и зависят постгонорройные уретриты.

Осадочная реакция Meinicke при сифилисе.

Д-р А. О. Фельдштейн (Одесса).

В настоящее время, учитывая сложность иммуно-биологических свойств люэтических сывороток, при постановке серологического диагноза сифилиса придают большое значение коллоидным физико-химическим реакциям. Таких предложено уже довольно много и некоторые из них считаются очень ценными.

Мы имели возможность проверить на материале в 163 исслед. модификацию Meinicke—осадочную реакцию просветления.

Принцип этой реакции заключается в том, что липоидно-коллоидные экстракты, при строго определенной концентрации соды и соли, не дают флоккуляции в соединении с сывороточными глобулинами от здоровых людей (не больных люэсом). Под влиянием же сифилитических-патологических изменений, происходящих в глобулинах, такое равновесие нарушается: происходит постепенное образование на дне пробирки осадка—в результате жидкость просветляется.

Антиген, которым мы пользовались (из Одесского сан. б-кт. ин-та), представлял собою спиртовую вытяжку из обработанных эфиром бычьих сердец, содержащую холестерин и толубальзам.

До реакции готовился из основного выдержанного 10% хлористого натра—3,5% его раствор, содержащий кристаллическую соду в дозе 0,2%, устанавливаемой путем титрования с антигеном.

В дальнейшем, техника реакции заключалась в следующем: в ряд пробирок одинакового диаметра помещались нативная сыворотка по 0,2 к. с. (для каждой сыворотки бралась одна пробирка). Затем, антиген для Meinicke и 10-кратное по отношению к нему количество уже готового раствора соли с водой—прогревались отдельно в двух пробирках при 50° в течение 10 минут; быстро смешивались два раза и после двух-трех минут дозревания смесь прибавлялась без взбалтывания в пробирки с сывороткой по 0,5 к. с. После встряхивания штативы оставались при 20° на ночь и утром отмечался окончательный результат реакции. Наступившие изменения—то или иное прояснение жидкости, образование осадка отличалось стойкостью и сохранялось на долго.

Пробирки с сывороткой от здоровых людей оставались мутными, молочного цвета

Наш материал изучался параллельно с реакцией Вассермана. Оказалось, что при отрицательной реакции Meinicke, Вассермановская реакция давала, как правило, ясный гемолиз (93 наблюдения). Несометствие, в известной мере, наблюдалось в реакциях с некоторыми детскими