

(А. Thomas et J. Philipeau, 1927, и др.). Поэтому-то я и решил остановить внимание специалистов на этом вопросе из забытой главы клинической невропатологии и пополнить отечественную литературу своими наблюдениями.

Из Клиники кожных и венерических болезней Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани (Заведующий — проф. М. С. Пильнов).

Малярия в клинике гонорреи¹⁾.

Старшего ассистента Я. Д. Печникова.

В настоящий момент клиническая медицина занята ревизией старой узко специальной точки зрения на заболевания и расширяет понимание местных болезненных расстройств изучением влияния на местные заболевания общих условий в заболевшем организме. Этот путь, имеет целью внести большую ясность в наши обычно туманные и неопределенные представления о почве, предрасположении, индивидуальности — в зависимости от которых один и тот же местный процесс в различных случаях дает чрезвычайно различные картины.

В клинике гонорреи мы подробно изучаем клиническую картину в узко специальном направлении, и должны сознаться, что мало и вернее почти совсем незнакомы с влиянием заболеваний всего организма на течение гонорреальных процессов. Существуют лишь отдельные попытки изучить влияние конституции (Закс и Шишов), профессии (Левант и Мкртычянц).

Между тем совершенно не разработан вопрос о влиянии даже наиболее распространенных общих заболеваний — туберкулеза, сифилиса и малярии. Насколько мне известно, вопросу о влиянии малярии лишь за последние 2 года в нашей русской литературе были посвящены две работы (Кожевников, Тер-Гаспарьян). Оба автора приходят к выводу о неблагоприятном влиянии малярии на течение гонорреального процесса. В своих прежних работах мы также неоднократно указывали на угнетающее влияние малярии на защитную реакцию организма против гонорреи. К настоящему времени наши клинические наблюдения в этом направлении значительно увеличились.

За последние годы в клинике мужской гонорреи бросалось в глаза одно общее распространенное явление — вялое, торпидное течение гонорреальных процессов и чрезвычайная частота осложнений, особенно в форме простатитов, сперматоцеститов и артритов.

Объяснение этого массового явления факторами социально-экономического характера не могло иметь места по следующим соображениям. Мы констатировали этот клинический факт не только в годы голода в Поволжье, но и в последние годы, в которые общие условия питания населения достаточно удовлетворительны; это явление мы наблюдали в массах людей, стоявших на самых разнообразных ступенях социального положения.

¹⁾ Доложено в научном собрании врачей Каз. гос. инст. для усовер. врачей 5/VI 1928 г.

Однако с замечательно распространенным постоянством мы встречали среди контингента таких больных одновременное страдание малярией. Не менее интересным обстоятельством здесь являлось одновременное появление приступов малярии и рецидивов или обострений со стороны гонорройных процессов. Третьим весьма поражающим фактором было быстрое клиническое улучшение гонорройных процессов под влиянием хинино- и сальварсанотерапии (см. отчет о заседании—Каз. мед. жур., 1928, № 1). Заслуживают внимания и другие факты.

Многokrатно нам приходилось констатировать, что один и тот же больной имел благоприятно протекавшую гоноррею в прошлом до момента обнаружения у него малярии; в следующий период—уже после внедрения малярийной инфекции—этот же больной при новом гонорройном заражении подвергался более неблагоприятному течению гонорреи.

Эти общие данные, закономерно повторявшиеся на массовом материале амбулатории и стационара нашей клиники, несомненно указывают на глубокую связь гонорройных процессов с имеющейся в организме малярией.

Более подробное клиническое изучение этого взаимодействия показывает, что весь цикл развития гонорройного процесса испытывает влияние существующей малярийной инфекции. Если обратиться к самому началу гонорреи у мужчин, то уж здесь мы наталкиваемся на вялость развития процесса в форме удлиненного инкубационного периода до 10—15 дней. Таким образом с самого начала малярия демонстративно парализует защитную реактивную способность организма, обуславливая длительную инкубацию, и среди разнообразных других причин удлиняющих инкубацию (Занграев и Линде) должна иметь соответствующее место.

Дальнейшее развитие клинической картины гонорройного уретрита также отличается вялостью реакции, обуславливающей с самого начала хроническое течение. При отсутствии острой, живой воспалительной реакции процес продвигается на задний отрезок канала, весьма скоро вовлекает в заболевание соединяющиеся с задней уретрой придаточные половые органы, и особенно часто простату и семенные пузырьки. Можно, пожалуй, безошибочно сказать, что малярика, имеющего гоноррею, неосложненную клинически выраженным простатитом и сперматоциститом, почти не приходится наблюдать.

Значительно участились и случаи поражения суставов. Наш стационар за последние годы обычно на 50—75% заполняется маляриками, страдающими гонорройными артритам, и, по нашим сведениям, все больше возрастает количество этих больных и в других клиниках, занимающихся лечением суставных заболеваний.

Все перечисленные осложнения протекают чрезвычайно вяло, длительно и плохо или совсем не поддаются различным специальным противогонорройным методам лечения.

С диагностической точки зрения весьма важным является здесь перемежающийся характер обострений, имеющий более или менее правильные промежутки. Эти обострения наступают при полном видимом отсутствии каких-либо моментов, могущих объяснить ухудшение процесса. Мы для контроля оставляли больных на долгие промежутки времени в условиях одинакового лечебного режима, и получали многократно повторяющиеся обострения, сопровождающиеся ознобом, потом, повышением t^0 и рядом общих явлений в форме головных болей, общей слабости и т. д.

Как уже упомянуто, к нашей обычной специальной противогонорройной терапии малярики чрезвычайно резистентны. Один метод сменяется другим—процесс остается постоянным в своем упорном сопротивлении всякой терапии. Лишь всегда одну реакцию дают эти процессы—ухудшение при попытках активировать гонорройный процесс тем или иным методом. Все терапевтические вмешательства, провоцирующие малярию, постоянно одновременно вызывают обострения гонорройного процесса. Сюда относятся ванны водяные, грязевые, согревающие компрессы, диатермия и т. д. Чрезвычайно повышена раздражительность даже к промываниям, прижиганиям, расширениям канала, массажу. Все это вместе взятое характеризует эти состояния, как состояния особой чувствительности или, как это можно сказать по аналогии с сифилисом и туберкулезом, особой малярийной аллергии. В таком малярийно-аллергическом организме местные гонорройные процессы являются зависимыми во всем цикле своего развития от различных моментов малярийной инфекции.

Малярийная инфекция, действуя всегда угнетающе на защитную функцию организма против гонорреи, проявляет неодинаковую степень этого влияния в периоде приступном и межприступном. Если приступы с весьма высокой температурой иногда даже дают временное улучшение отдельных симптомов, повидимому в связи с действием самой температуры, то особенно неблагоприятно влияние малярии в моменты приступов с небольшими повышениями t° . Разница же во влиянии межприступного и приступного периодов, вообще говоря, лишь количественная. В моменты приступов мы видим одновременное обострение процессов гонорреи, в периоде межприступном—постоянное более равномерное угнетение реактивной способности. Таким образом здесь необходимо обратить внимание на то обстоятельство, что влияние малярии на клинику гонорреи вполне отождествляет это влияние с другими хроническими инфекциями как сифилис, туберкулез. Общепризнанное теперь понятие о малярии как о хронической инфекции, подчеркнутое за последние годы в нашей русской литературе (Кисель, Лурья), имеет прекрасную иллюстрацию и в клинических фактах влияния малярии на течение гонорреи.

В клинике гонорреи мы присутствуем и перед фактором активности влияния малярии в ее скрытом межприступном периоде, и здесь наряду с различными формами так называемой замаскированной малярии констатируем клинически продолжающееся ее влияние на организм, что не может не служить новыми доказательствами необходимости изучения еще во многом темного так называемого скрытого периода малярии, наряду со скрытыми формами туберкулеза, сифилиса.

Взаимодействие малярии и гонорреи отмечается не только в действии малярийной инфекции на гоноррею, но и обратно. Многократные клинические наблюдения указывают, что процессы гонорройные провоцируют скрыто протекающую малярию. Мы имели ряд случаев, где годами длился период отсутствия приступов у маляриков, и только с получением гонорреи вновь появлялись приступы малярии: организм как бы выходил из состояния компенсации лихорадочных приступов (Лурья).

Кроме провокационного влияния со стороны самого гонорройного процесса, приступы малярии вызывались и рядом наших терапевтических противогонорройных приемов. Так, в одном случае у стационарного больного малярика с хроническим эпидидимитом мы получили после сеанса

диатермии придатка резко выраженный приступ малярии с t^0 выше 40^0 . В другом случае массаж простаты вызвал давно уже не повторявшийся приступ малярии. В третьем случае—приступ малярии после применения расширителя Kellmann'a. Но особенно часты и сильны приступы малярии при наших иммунотерапевтических мероприятиях против гонорреи. Какой бы метод иммунотерапии ни применялся у маляриков—он всегда не только обречен на неуспех, но и служит лишь к провокации малярии, eo ipso к еще более угнетающему влиянию на реактивную способность организма против гонорреи. Уже в самой кривой общей, температурной и очаговой реакций на введение иммунотерапевтического раздражителя, мы имеем типично длительно неразрешающуюся отрицательную фазу реакции, в противоположность к случаям благоприятного воздействия иммунотерапии, где отрицательная фаза быстро (в течение 1—2 суток) сменяется положительной фазой.

Таково же влияние и различных физиотерапевтических методов, являющихся достаточными раздражителями для провоцирования малярии.

Отрицательное влияние различных методов раздражающей терапии настолько типично, что в местах развития малярийной эпидемии один этот факт уже должен заставить лечащего врача подумать о наличии малярии. Разбирая причины головных болей, проф. Голубов в своей монографии к старому афоризму „in dubio suspice luet“ предлагает добавить „et malariam“. Это остроумное добавление, несомненно, должно иметь широкое распространение не только для уяснения этиологии различных так называемых, „замаскированных форм“ малярии, но и при различных заболеваниях с характером смешанного этиологического момента. Наше большее внимание к малярии, как агенту аллергически изменяющему реакцию организма, несомненно, поведет во многих случаях к правильной этиологической терапии.

Вышеизложенное заставляет нас а priori отрицательно отнестись к появившимся в западно-европейской литературе попыткам применять прививки малярии в качестве лечебного метода при гоноррее (Scherber, Spiethof, Hoffmann, Lenzmann).

Применявшие прививки малярии при сифилисе Wagner-Jauregg, Oppenheim и Vonkenel утверждают, что прививочная малярия и естественная не идентичны, что прививочная малярия протекает всегда остро. Однако в литературе встречаются указания на возможность в единичных случаях развития латентной малярии (Heuck); со стороны последнего же автора подмечено, что в течение ближайших 3-х лет после первой прививки новая прививка малярии не удастся. Следовательно, в отдельных случаях прививок мы вправе ожидать всех тех дурных последствий латентной малярии для гонорреи, которые соответствовали бы описанным нашим наблюдениям. С другой стороны и первоначальный оптимизм, проявленный авторами в оценке результатов действия прививочной малярии на гоноррею, в опытах Lenz'a не оправдался. К чему же подвергать больного риску развития латентной малярии, если настоящий момент в области лечения гонорреи далеко не так безнадежен, и мы имеем достаточно хорошо разработанных методов лечения, почти всегда приводящих к излечению гонорреи.

Приведенные данные о влиянии малярии на клинику гонорреи имеют большое практическое значение. В местностях, пораженных эпидемией

малярии, как, например, у нас в Казани, малярийная инфекция является одной из наиболее частых причин обуславливающих упорное сопротивление гонорройных процессов к различным методам специальной терапии. Распознав в соответствующих случаях наличие этого угнетающего организма агента, мы тем самым можем осуществить и этиологическую терапию.

Хинин и препараты салварсана производят магическое действие на все проявления гонорреи у маляриков. Вне зависимости от клинической формы, стадии развития, всякий гонорройный процесс у маляриков под влиянием хинина, и особенно быстро под влиянием неосальварсана, дает резкое клиническое улучшение. Симптомы поражения уретры, пузыря, различные осумкованные очаги—все это быстро дает картину уменьшения воспалительных явлений, рассасывания продуктов распада параллельно с улучшением общего состояния. Непереносимые раньше, только раздражавшие методы местного лечения теперь начинают оказывать благоприятное терапевтическое воздействие. Иммунобиологическое состояние организма меняется в сторону повышения реактивной способности, что сказывается в улучшении теперь реакции на введение иммунотерапевтических раздражителей (вакцинотерапия, протеинотерапия).

Итак, клинические наблюдения при существовании в организме двух инфекций, малярии и гонорреи, дали нам ряд интересных фактов взаимодействия этих инфекций.

Остановимся несколько на возможных критических замечаниях по отношению к некоторым из сообщенных нами данных. Свои выводы мы обосновываем, с одной стороны, тесной зависимостью между приступами малярии и обострениями гонорройных процессов, а с другой стороны, демонстративным методом лечения „*ex juvantibus*“ посредством хинина и салварсана. Последняя часть наших доказательств (*ex juvantibus*) наталкивается среди литературных данных как бы на некоторые возражения.

Так, в литературе (по Perutz'y) имеются отдельные попытки лечения гонорреи препаратами хинина (Optochin, Vuzin, Rivanol). Но эти попытки не получали никакого распространения, повидимому в связи с неособенной удачей у самих авторов. С полным отсутствием какого бы то ни было влияния на гоноррею встретились и мы при лечении гонорреи *experimenti causa* хинином в случаях, где присутствие малярии не обнаруживалось никакими доступными нам средствами.

Много больше возражений для нас встречается в литературе вокруг вопроса о значении для лечения гонорреи препаратов салварсана. Scholtz на Дерматологическом конгрессе в Мюнхене в 1923 году рекомендовал эти препараты особенно для abortивного лечения гонорреи. Однако его данные не получили дальнейшего подтверждения (Perutz). На хорошее воздействие неосальварсана вообще при септических заболеваниях в урологии указывал Cohn. Благоприятные результаты лечения неосальварсаном получил Marchionini при постгонорройных циститах, пиелитах, особенно при явлениях терминальной гематурии при гоноррее. Strauss, приводя данные благоприятного воздействия Neo при мочевых инфекциях, указывает на неудачи его действия при существовании простатита и сперматоцестита. В русской литературе Горский получил вполне удовлетворительные, в отдельных случаях блестящие результаты от лечения Neo послегонорройных циститов без всякого,

однако, влияния на слизистую уретры и ее железистого аппарата. Мало разработанный вопрос о механизме самого действия неосальварсана при мочевых инфекциях объяснялся различно. Так, Porges объяснял действие Neo существованием сифилитической инфекции в соответствующих случаях поражения мочевых путей. Gross и Sachs понимают влияние Neo как местно дезинфицирующего агента. Blum—как общее воздействие на весь организм, изменяющее его реактивную способность (Umstimmung).

Как видно, данные литературы о значении сальварсана при мочевых инфекциях разноречивы. С своей стороны, при сравнении с данными Strauss'a мы должны отметить, что как раз именно наиболее демонстративный эффект мы получали при осложненных гонорреях (эпидидимит, простатит, сперматоцистит, артрит),—но эффект только в случаях присутствия малярии. Наблюдения с сальварсанотерапией, поставленные параллельно над случаями видимого отсутствия малярии, давали отрицательный результат. Поэтому к вышеприведенному заявлению Porges'a мы считаем необходимым присоединить указание на то, что следовало бы всегда в случаях благоприятного действия при мочевых инфекциях сальварсана иметь в виду возможность присутствия в организме не только сифилиса, но и малярии.

Несмотря на изложенное наше отношение к сальварсану, мы все же должны отметить, что диагностику „ex juvantibus“ мы во всех соответствующих случаях обосновывали первоначальным назначением единственного специфика для малярии, хинина, и лишь при положительном лечебном эффекте от хинина переходили затем к сальварсанотерапии или к смешанному лечению—хининосальварсанному.

Заканчивая разбор своих наблюдений, мы полагаем, что подмеченные нами факты влияния малярии на гоноррею, являются лишь частным случаем многогранного влияния малярии на всю человеческую патологию. Это влияние, во многом сходное с туберкулезом и сифилисом, на примере значения его для гонорреи демонстрирует необходимость изучения течения различных других клинических процессов при одновременном наличии малярийной инфекции. Понятие о возможности малярийной аллергии наряду с аллергией туберкулезной, сифилитической, несомненно, в различных клиниках не раз поведет к назначению рациональной, этиологической терапии.

Выводы из наших наблюдений. 1. Малярия понижает сопротивляемость организма в борьбе с гонорройной инфекцией и является одной из причин резистентности гонорройных процессов к специальным методам лечения.

2. Гонорройные процессы нередко являются причинным моментом, провоцирующим приступ малярии.

3. Более или менее правильно перемежающиеся обострения гонорройных процессов должны вызывать подозрения о наличии в организме малярийной инфекции.

4. У маляриков замечается особая склонность к поражению гонорреей суставов.

5. При существующей малярийной аллергии в организме гонорроика—решение терапевтических задач достигается прежде всего противомалярийным лечением (хинин, неосальварсан).

6. Искусственная прививка малярии с целью воздействия на гонорройные процессы а priori нецелесообразна, так как может повести к развитию латентной малярии и, таким образом, к ухудшению защитной реакции организма против гонорройной инфекции.

Литература: 1) Соhn. Вен. и Дерм., реф., 1927, № 8;—2) Голубов. Головные боли. 1927;—3) Горский. Русск. Вестн. Дерм., 1927, № 4;—4) Heuck. Derm. Zschr., 1928, Bd 53;—5) Hoffmann. Derm. Zschr. 1927, Bd. 40. H. 5;—6) Кисель. Цит. по Беляеву. Клин. мед. 1927, № 10;—7) Кожевников. Сборник им. Броннера. 1926;—8) Lenz. Ztbl. f. Haut u. Geschl., реф., 1928. Bd. 26. H. 3/4;—9) Lenzmann. D. m. Wschr. 1926, № 38;—10) Леванти Мкртычянц. Труды I-го съезда рос. урологов., 1927;—11) Лурья. Врач. дело, 1923, № 21—23;—12) Он же. Журн. для усов. врачей, 1924, № 4;—13) Marchionini. Zschr. f. Urol. 1926, № 11;—14) Perutz. Die medikamentöse Behandl. d. Harnröhrengonor., 1925;—15) Печников и Бейрах. Каз. мед. ж., 1926, № 1;—16) Печников. Каз. мед. ж., 1926, № 4;—17) Он же. Вен. и Дерм., 1927, № 4;—18) Он же. Отчет о заседании венер. секции. Каз. м. ж., 1928, № 1;—19) Печников и Гильман. Вен. и Дерм., 1928, № 2;—20) Porges, Gross и Sachs, Blum—цит. по Marchionini;—21) Заиграев и Линде. Вен. и Дерм., 1926, № 3; 22) Закс и Шишов. Труды I-го съезда урологов., 1927;—23) Scherber. W. kl. Wschr., 1927, № 44;—24) Spiethoff. M. m. Wschr., 1927, № 35;—25) Strauss. Zschr. f. Urol., 1927, № 8; 26) Тер-Гаспарьян. Вен. и Дерм., 1927, № 10;—27) Vonkennel. Malariabehandlung d. Frühstages., 1927;—28) Wagner-Jauregg, Oppenheim—цит. по Bediet и Chäkir. Derm. Wschr., 1927, № 39.

Кафедра социальной гигиены Казанского государственного университета им. В. И. Ульянова-Ленина (зав. проф. М. М. Гран).

К характеристике условий труда „водников“ Волжского бассейна.

Д-р В. В. Трейман.

Армия занятых на транспорте, в частности на водном, является одной из наиболее крупных. По данным единственной за период парового флота „переписи служащих на паровых и непаровых судах“, произведенной в 1901 году и охватившей 1059 паровых и 4289 непаровых судов Волжского бассейна, в последнем было занято: 16058 чел. в паровом и 21452 чел. в непаровом флоте. На 1 августа 1928 г. Союз рабочих водного транспорта имел 176526 чел. членов, из которых число работающих на водном транспорте составляло 151092 ч.¹⁾ „Служба водная“—как это отмечает Тракман в предисловии к „Судовой гигиене“,—„обладавая всеми вредными для здоровья свойствами, вообще присущими транспортной службе, сопряжена еще с особо тяжелыми бытовыми условиями“²⁾. Недаром советская медицина, поставив проблему изучения труда, и в частности профессиональных заболеваний, одним из первых научно-исследовательских институтов создала лабораторию по изучению профзаболеваемости на транспорте. Однако последней рабочие водного транспорта пока почти не затронуты. Тем не менее речному транспорту со стороны водных организаций уже давно уделяется значительное внимание. Надо отметить, что в разрезе изучения условий труда и профессиональной заболеваемости водникам еще в до-революционное время было уделено значительное внимание благодаря инициативе ста-