

жу, по l. axillaris и спереди; верхушка также отслоена; синус свободен, яюлость спереди приобрела овальную форму, сзади она меньших размеров, чем спереди; слева затемнение верхушки и гилуса, много тяжей.

В легких—справа спереди до 4-го ребра коробочный звук, ниже приглушение, по l. axillaris коробочный оттенок перкуторного звука до 5-го межреберья, дыхание спереди резко ослабленное до 4-го ребра, попадают важные хрипы; по l. axillaris — дыхание ослаблено до 5-го межреберья; сердце смещено чуть влево. Температура 37,9, отошло много мокроты, но с меньшим запахом, появилась охриплость голоса. В-ной получил еще два вдувания и по некоторым обстоятельствам судебного порядка был выписан из б-цы с субфебрильной температурой и без улучшения в состоянии здоровья.

Выводы. Литературные данные и личные наблюдения позволяют нам прийти к следующим выводам:

1. Случаи абсцесса в легком в последнее время стали довольно часто диагностироваться.

2. Абсцессы легких у молодых субъектов при раннем их распознавании часто поддаются самопроизвольному излечению.

3. Применение салъварсанотерапии заслуживает полного внимания, давая во многих случаях хороший по быстроте действия результат и как ценный и почти безопасный метод лечения должен быть испытан во всех случаях, где нет угрожающих жизни противопоказаний.

4. Абсцессы легких, будучи одновременно с туберкулезом легких в открытой форме плохо поддаются салъварсанотерапии, активируя, иногда, туберкулезный процесс.

В таких случаях лучше всего прибегать к коллапсотерапии.

5. К хирургическому вмешательству при абсцессах в легких (пневмотомия, торакопластика) нужно прибегать только после безуспешного применения как салъварсанотерапии, так и коллапсотерапии (иск. пневмоторакс).

Из отдел. мужской гонорреи О. Г. В. И. им. Броннера (зав. отд. проф. Р. М. Фронштейн).

Флавакридин при гонорройных артритах.

А. И. Дмитриев, И. И. Здобнов, И. М. Порудоминский (Москва).

Заманчивая идея химиотерапии инфекционных мочеполовых заболеваний привлекла за последнее десятилетие понятное внимание урологов.

В числе различных химиотерапевтических препаратов большое внимание было уделено трифлавину (гонакрину) при гоноррее и ее осложнениях.

Barbellion дает следующие теоретические обоснования применения химикалий (трифлавина, гонакрина). Введение препарата в организм обеспечивает: 1) полное и быстрое пропитывание всего организма через гематогенную систему; 2) длительную перманентную импрегнацию организма в противовес кратковременной местной терапии; 3) постоянное присутствие медикамента в моче делает ее бактерицидной, антисептической и позволяет дезинфицировать весь мочеполовой тракт; 4) простота и единство метода лечения при всевозможной локализации процесса позволяет отбросить все остальные многочисленные способы; 5) упрощение работы врача, часто остающегося беспомощным в поисках скрытых очагов инфекции, возможность стандартизации, легкость применения препарата, позво-

ляющая пользоваться им в самом скромном диспансере, облегчает борьбу с гонорреей.

Мы не можем вполне присоединиться к выводам Barbellion'a. Практика применения трипофлавина показала, что надежды, которые на него возлагались, он не оправдал, особенно при гоноррее мочеполовых путей.

В настоящей работе мы не приводим громадную литературу вопроса о трипофлавине, а интересующихся мы отсылаем к работе одного из нас (И. М. Порудоминского).

В просмотренной нами литературе как русской, так и иностранной о действии трипофлавина при гонорройных заболеваниях суставов, мы не нашли единства мнения авторов о ценности трипофлавина, как терапевтического средства, с одной стороны, а с другой, и количество наблюдений в большинстве работ ограничивалось единицами случаев.

Ряд авторов (Clara et Lebeuf, Paradhis) являются горячими защитниками трипофлавинотерапии поражения суставов, а Stefanoff, Jaunion и др. находят даже в трипофлавине средство избирательно действующее на суставы.

Кромауер, Adelmann, Konrad, Josef, Эльфонд, наблюдали благоприятный эффект от применения трипофлавина при артритах, выражавшийся в виде уменьшения в поврежденных суставах болей, понижения t^0 и т. д. Закс и Порудоминский, хотя и наблюдали благоприятное действие трипофлавина в трех случаях артритов, однако считают, что препарат этот не имеет преимуществ перед вакцино-и лакто-терапией. Lioret, Mondog совершенно отрицают какой-либо терапевтический эффект от применения акридина.

Мы решили проверить терапевтическое действие флавакридина—препарата советского производства, схожего с трипофлавином и гонакрином, полученного нами из Научно-исследовательского химико-фармацевтического института на больных с поражением суставов гонорройного характера.

Мы имели возможность подвергнуть лечению флавакридином 16 случаев гонорройных артритов: три моноартрита и 13 полиартритов. Моноартриты по локализации воспалительного процесса распределялись так: коленный сустав был поражен у двух больных и у одного—лучезапястный. Из 13 полиартритов локализация процессов была следующая: коленный сустав—3, голенно-стопный—3, плечевой—2, лучезапястный—2, локтевой—1, мелкие суставы стопы—7, ахиллодиния—6.

Во всех без исключения случаях мы наблюдали периартикулярные явления: боли на местах прикрепления мышц и сухожильных влагалищ, воспалительные явления в сумках, боли и ограничение активных движений при сравнительно менее болезненных и менее ограниченных пассивных движениях. В случаях с заболеванием мелких суставов стопы наблюдались типичные для гонорройного процесса боли при надавливании на область пятки с подошвенной стороны и область плюсно-фалангового сустава большого пальца. У трех больных, поступивших с диагнозом гонорройного гонита с резко выраженными воспалительными явлениями в коленном суставе, мы при внимательном осмотре могли констатировать скопление экссудата гнойного характера в области надпатellarной сумки, утолщение и болезненность надкостницы в области внутреннего и наружного мыщелков, а также боли в местах прикрепления мышц. Полость же сустава ни в одном из указанных случаев поражена не была.

Что же касается характера воспалительного процесса в суставах, то у 11 больных артриты имели острое течение, у 5-ти—подострое; температура была повышенной у 10-ти больных, при чем у 7-ми она имела субфебрильный характер, у трех же наблюдалась высокая температура с довольно значительными колебаниями.

Срок появления артрита после начала гонорройного уретрита представляется так:

14 дней после начала заболевания	—3
1 месяц „ „ „	—5
6 недель „ „ „	—3
3 месяца „ „ „	—2
8 месяцев „ „ „	—1
Не выяснено	—2

У всех 16-ти больных мы отметили изменения патологического характера и в мочеполовой системе.

Выделения из уретры были обнаружены у 13 больных, при чем у 8-ми были найдены гонококки в отделяемом, а у 5-ти гонококков обнаружить не удалось.

У 15-ти больных было ясно выраженное поражение половых желез: в 1 случае двусторонний везикулит, в 2-х—изолированный простатит и в 12 остальных—одновременное поражение простаты и семенных пузырьков. Изолированно стоит один случай, где, при наличии одиночного поражения коленного сустава (гнойный бурсит), мы имели явления только в передней уретре.

Реакция Bordet-Gengou была резко положительной (3 и 4+)—в 7 случаях, слабо положительной (2+)—в 3-х, отрицательной—в 3-х; реакция не производилась у 3-х больных.

Во всех без исключения случаях, наряду с внутривенными вливаниями флавакридина, производилось и местное лечение мочеполового тракта промываниями уретры марганцево-кислым калием, назначались клизмочки per rectum, диатермия, массаж простаты и семенных пузырьков, в зависимости от остроты процесса в пораженном органе. Местно на сустав назначалось тепло в виде согревающих компрессов, местных или общих ванн, а в некоторых случаях производилось прогревание сустава диатермией.

Флавакридин применялся внутривенно. Лечение мы начинали с вливания 5 к. см. 1/2% раствора, а спустя одно-два вливания—переходили на 2% раствор в той же дозе (5 к. см.); вливания производились через день. Количество вливаний колебалось от 5 до 10-ти. Всего было произведено 107 вливаний.

Большинство авторов, работавших с акридиновыми препаратами (трипфлавин и особенно французский гонакрин), отмечает приблизительно однотипные побочные действия от применения препарата. Сюда относятся: ощущения жара в лице, покраснение лица, онемение руки, в вену которой производилось вливание, изредка тошнота или же рвота, явления в кишечнике в виде поноса или колики. Длительное применение препарата вызывает известного рода астении, исхудание, малокровие. Большинство авторов наблюдали уплотнение вен, в некоторых же случаях даже их облитерацию. Отмечено далее, как одно из самых серьезных осложнений, возможность появления светового удара, благодаря фотосенсибилизирующим свойствам препарата. Наконец, необходимо отметить, что Berngard, Béné et Tassin описали случаи смерти на 3-й день после вливания 20,0 1% раствора—смерть наступила при явлениях сильнейшей желтухи и сердечной слабости.

При применении нашего препарата мы наблюдали у одного больного, с ясно выраженной недостаточностью двухстворки, после третьего вливания боли в области сердца и резкое сердцебиение. Во всех остальных случаях нам не удалось отметить каких-либо реакций на введение препарата. Влияние препарата на температуру, в смысле ее понижения после вливаний, нам отметить не удалось. Заметного улучшения общего состояния мы также не наблюдали.

Уменьшение болезненности в пораженных суставах непосредственно после вливания мы имели 6 раз; у трех больных, наоборот, боли усиливались; у 7 больных боли в суставах оставались без перемен.

Терапевтический эффект от применения флавакридина можно выразить в следующем виде.

В двух случаях полиартритов мы получили излечение, после 8 в одном и 10 вливаний в другом. У 10-ти больных отмечено частичное улучшение процесса в суставах, выразившееся в некотором уменьшении болезненности и припухлости и наступлении более свободных движений. Для получения, однако, более значительного терапевтического результата нам пришлось во всех этих случаях применить после флавакридина лакто-и вакцинотерапию. В результате применения последней мы выписали 5 больных здоровыми и остальных 5 со значительным улучшением.

Наконец, четверо наших больных с полиартритами были подвергнуты сначала лечению вакциной, где были достигнуты значительные результаты, но оставались еще боли в области пяточной кости, вследствие чего они не могли при ходьбе наступать на всю стопу. Примененный у этих больных флавакридин не оказал никакого эффекта.

Резюмируя наши наблюдения над применением флавакридина при гонорройных артритах, мы должны признать следующее.

Флавакридин несколько не уступает иностранным акридиновым препаратам. Побочных явлений, которые отмечены у немецкого трипофлавина и особенно у французского гонакрина, мы не наблюдали. Правда, количество наших наблюдений не особенно велико.

В 12-ти случаях гонорройных артритов, где мы с самого начала применили флавакридин, мы только в двух случаях получили выздоровление, во всех же остальных случаях для получения выздоровления или же заметного улучшения мы вынуждены были после флавакридина перейти к лечению вакциной или молоком.

В 4-х случаях, где наша обычная терапия вакциной и молоком не дала полного выздоровления, примененный флавакридин также не дал желаемого результата.

Как болеутоляющее средство при артритах, флавакридин стоит не высоко, ибо уменьшение болей наступает далеко не во всех случаях (в 6 случаях из 16-ти) и обычно держится после вливания недолго.

Таким образом, флавакридин при гонорройных артритах не только не имеет каких-либо преимуществ перед вакциной и молоком, но значительно уступает последним в терапевтическом эффекте.
