

26/X-30 г. Назначен комбинированный массаж пояснично-крестцовой области, по 5 м. через день. 3/XI-30 г. получил 4 сеанса. Боли держатся. Ограничение движения в пояснично-крестцовой области, особенно слева. — 10/XI-30 г. Получил 8 сеансов. Движения в пояснично-крестцовой области ограничены. Боли несколько утихли. 18/XI 30 г. Получил 13 сеансов комбинированного массажа. Особенного улучшения не отмечает. Боли беспокоят. Движения в пояснично-крестцовой области вызывают боли. 24/XI-30 г. Получил 17 сеансов. Наступило небольшое успокоение болей. Движения в пояснично-крестцовой области несколько свободней. 29/XI 30 г. Получил еще 3 сеанса комбинированного массажа. Отмечается только успокоение болей, но нагибание кзади болезненно. Лечение прекращено.

В этом случае о клиническом выздоровлении, правда, не может быть и речи, поскольку Röntgen показал сакрализацию 5 поясн. позв. Это последнее обстоятельство и поддерживает радикулит, но, под влиянием комбинированного массажа, воспалительные явления несколько утихли, что повело к ослаблению раздражения корешков и, вместе с тем, к исчезанию болей. Конечно, через некоторое время возможно вновь обострение болезни.

Приведенные краткие выдержки из истории болезни говорят о том, что в комбинации вибрационного массажа с местными токами д'Арсонваля мы имеем хорошее болеутоляющее и рассасывающее средство, предположительное действие которого основано на вышеизложенных теоретических данных. Желательны и необходимы дальнейшие наблюдения о возможности применения этого способа лечения при ряде других заболеваний, где показана сеймотерапия, не ограничиваясь только областями: невритов, радикулитов, плекситов, а также миалгий.

Общие выводы таковы:

1) Комбинация вибрационного массажа и местных токов д'Арсонваля во многих случаях способствует улучшению и исчезанию болезненных симптомов при разного рода радикулитах, плекситах, невритах, преимущественно люмбо-сакральной области. С немалым успехом этот вид комбинированного массажа показан также при миалгиях, фибромиозитах, случаях lumbago.

2) Вибрации и искры от вакуум-электрода должны быть средней и легкой степени, особенно в начале лечения, чтобы не вызвать обострения болезни.

Н. В. Краевой Венинститут (Саратов.) Клинико-лабораторный отдел. (Руководитель проф. П. С. Григорьев).

О негонорройных уретритах.

Б. П. Кочетов.

Под названием urethritis non gonorrhoeica, или, как некоторые авторы называют, urethritis pseudogonorrhoeica, разумеют воспалительные явления со стороны мочеиспускательного канала, которые клинически напоминают гонорройный уретрит, но вызываются не гонококком, независимо от того появляются ли они в связи с половым актом или в связи с какими-нибудь другими внешними или внутренними причинами (Печерский).

Встречая в литературе указания ряда авторов (Печерский, Сперанский и др.), что негонорройный уретрит за последнее время стал

часто встречается (по Сперанскому в 10,2 и по Печерскому—13,5%), что с другой стороны это заболевание далеко не является столь безобидным, как это принято было считать еще до недавнего времени, мы и поставили себе целью выяснить на нашем материале следующие вопросы:

- 1) Как часто встречается uretr. non gonorrhoeica.
- 2) Какие он дает осложнения и как часто.
- 3) Средний срок выздоровления при настоящих методах лечения в условиях амбулаторной работы.

Что негонорройный уретрит может вызвать ряд тяжелых осложнений, подобно гонококковому уретриту, в настоящее время считается установленным фактом. Ряд авторов—Печерский, Васильев и др. сообщают о поражении предстательной железы.

К частым осложнениям относится воспаление придатка—по Печерскому в 10%, по Callomon'у в 10% и по Сперанскому даже в 14,3%.

О том, что негонорройный уретрит может подчас дать тяжелые осложнения, говорит случай, описанный в 1925 г. Васильевым, где у больного инженера, 39 лет, свежий стафилококковый уретрит осложнился паренхиматозным простатитом, быстро перешедшим в гнойный, до стадии абсцесса, а затем были метастазы, в виде абсцессов в легких и надкостнице лобной кости. В абсцессах простаты, легких и надкостницы лобной кости был найден тот же стафилококк.

Urethritis non gonor. бывает post coitum и от многих других причин, не связанных с половым актом: искусственные уретриты, вызванные инородными телами; уретриты вследствие катетеризации уретры, уретриты при туберкулезе уретры и т. д. Нас в настоящее время интересуют уретриты, связанные исключительно с половым актом. Какие же микроорганизмы могут вызвать уретрит? Доказано рядом авторов (Печерский, Васильев, Чумаков, Callomon и др.), что возбудителями бактериальных уретритов являются: стафилококки, стрептококки, пневмококки, *b. coli* и др. Благодаря работам фон-Валя, Унтерберга, по выяснению флоры нормального канала, было установлено постоянное присутствие в нем сапрофитов; именно, были обнаружены стафилококк, стрептококк, кишечная палочка и др., как в чистой культуре, так и в сочетании друг с другом. Во влагалище здоровых женщин, живущих половой жизнью, Харлин насчитывает до 37 различных видов бактерий. Невольно возникает вопрос, почему же, несмотря на наличие такой богатой бактериальной флоры в половых органах, относительно редко наблюдается негонорройный уретрит. По мнению Кенигштейна,—по отношению к перечисленным возбудителям существует у многих врожденный иммунитет. Несомненно, конституциональные факторы могут усилить вирулентность так называемой вульгарной флоры половых органов, сделать ее патогенной; в частности, роль такого усиливающего вирулентность микробов фактора могут играть—менструация, беременность, гинекологические заболевания женщины и т. д.

У многих авторов нет еще полного единодушия по вопросу о бактериальных уретритах тех больных, у которых в анамнезе отмечена перенесенная гонорея. Borlon в 1889 г. и Gross в 1905 г. выставили положение, что все случаи уретритов, где в прошлом была гонорея,

независимо от времени, не могут быть рассматриваемы как случай *uretr. pop gon.*, а должны рассматриваться как случаи экзacerbация латентной хронической гонорреи. Другие авторы (Переводчиков, Жане, Бонно и др.) своими работами, однако, доказывали, что негонорройный уретрит представляет собою самостоятельное заболевание, ничего общего не имеющее ни с латентной гонорреей, ни с постгонорройным уретритом. Мы придерживаемся этого же взгляда.

За 6 месяцев 1929 года обратились в диспансер со свежим острым уретритом 239 человек, из них с *uretr. pop gon.*—19 человек, что составляет 9,8%. 2 больных пришли в диспансер несколько раньше.

У всех больных, по отношению к которым у нас на основании субъективных жалоб и объективных данных возникала мысль о возможности существования негонорройного уретрита, мы прежде всего прибегали к бактериологическому и бактериоскопическому исследованию. Из методов провокации, — с целью выяснения этиологии данного заболевания, мы чаще всего применяли пиво и инстилляции $1\frac{1}{2}$ —1% раствора азотно-кислого серебра и в одном случае прибегли к бужированию. Каждому нашему больному было сделано 7—8 бактериоскопических исследований, одному—2, а у некоторых и 3 бактериологических исследования, эндоскопия, реакция Бордэ—Жангу и в некоторых сомнительных случаях и внутрикутанная реакция и только после этого мы ставили диагноз—негонорройного уретрита. В конце лечения мы проделывали у большинства больных такое же повторное исследование и эндоскопию.

Из 21, как бактериоскопически, так бактериологически исследованных нами случаев, мы в 8 нашли белый стафилококк, в одном случае *b. coli*, в 7 случаях стафилококк и дифтерийную палочку, в 2-х случаях стафилококк и стрептококк и в 2-х случаях разнообразную флору: стафилококк, грамположительный диплококк и дифтерийную палочку. Хронического небактерийного уретрита типа Вэльской у нас не было ни одного случая. У 17 больных первые признаки уретрита появились через 2—7 дней *post coitum*, на такой же длительности инкубацию указывают Калломон, Печерский и др. У больных 269/чч 1006/м инкубационный период выяснить не удалось, так как первый совершенно не знал о своем заболевании и был нами обнаружен во время медосмотра рабфака, а у больного 1006/м резь при мочеиспускании и небольшое гнойное отделяемое из канала, по его словам, появились уже давно, за месяц или $1\frac{1}{2}$ до поступления на лечение в вендиспансер, причем все это время он жил половой жизнью. Больной 115/я (студент Ветинститута) указывает, что у него выделения и резь при мочеиспускании появились через месяц *post coitum*, а у больного 985/Б (студент медфака)—через 19 дней *post coitum*.

На основании этого можно сделать вывод, что первые признаки неспецифического уретрита в большинстве случаев появляются на 2—7 день *post coitum*, но в некоторых случаях, повидимому, негонорройный уретрит появляется гораздо позже, через 19 дней, а иногда и через месяц. Такое предположение мы позволяем себе высказать на основании наших 2-х случаев (115/я и 985/Б). Эти оба больных—с медицинским образованием и в силу этого у нас нет никаких оснований не верить их анамнезу. В 18 случаях больные, после сношения, отмечали появление выделений то скудных, то обильных слизистого или слизисто-гнойного харак-

тера, серовато-белого цвета и жаловались на зуд в канале и незначительную резь при мочеиспускании. Моча этих больных, в первой своей порции, была либо мутная с гнойными хлопьями, либо прозрачная с большим количеством гнойных хлопьев в остальных случаях.

Трое больных 1006/м, 164/р и 378/р явились в диспансер не с обычным для *uretr. non gon* клиническим течением болезни. Больные 1006/м и 104/р явились с типичным циститом типа гонорройного — гнойное выделение из уретры, обе порции мочи мутны; жалобы на частое мочеиспускание и боль в глубине канала в конце мочеиспускания. Сначала мы поставили клинически диагноз острой гонорреи. Но, после тщательного бактериоскопического и бактериологического исследования, пришлось эти случаи считать за негонорройный уретрит.

Больной 164/р в течение 7 месяцев лечился от острой гонорреи без подтверждения диагноза бактериоскопическим исследованием. В течение 6 месяцев у него держалась мутная моча в обеих порциях. Ввиду безуспешности лечения, он был направлен в наш диспансер, где ему был поставлен диагноз: *uretr. non gon*. После нескольких промываний *sol. hydr. oxicyanat 1—6000,0* у него все явления уретрита прошли. Больной № 378/р страдал выделением из канала до поступления в диспансер в течение 6 месяцев. Эти выделения у него появлялись периодически, особенно после выпивки или бурного *coitus'a*. Обращался к врачам, получал лечение, но через очень короткое время, при совершенно чистой моче и отсутствии выделений, его отпускали как закончившего лечение. В диспансер явился 28/XI-28 г. с явлениями типичного острого гонорройного уретрита: резью при мочеиспускании, хотя несколько слабее, чем это мы привыкли наблюдать при гоноррее, с типичным гнойным сливкообразным отделяемым из уретры желто-зеленого цвета. Нами был поставлен сначала клинический диагноз острой гонорреи, но, при тщательном бактериологическом и бактериоскопическом исследовании (было исследовано до 12 мазков, 3 бактериологических исследования, реакция Борде-Жангу, внутрикутанная р. и впоследствии эндоскопия) был поставлен диагноз — *uretr. non gon*. Мы подробнее остановились на этих трех больных с тем, чтобы подчеркнуть, что в большинстве случаев *uretr. non gon* течет с небольшой резью при мочеиспускании, небольшим слизисто-гнойным выделением из канала и т. д. Но бывают случаи, подобные вышеописанным, где *uretr. non gon* течет по типу гонорреи и приходится сделать очень много исследований, чтобы поставить диагноз негонорройного уретрита. Это лишний раз подчеркивает, как надо быть осторожным при постановке диагноза специфического уретрита.

Из осложнений, наблюдавшихся нами у 6-х с негон. уретр., следует отметить простатит в 8 случаях, лимфангоит в одном случае, литреит в одном случае, эпидидимит в 2-х случаях. Нужно отметить, что негонорройный эпидидимит протекает по типу гонорройного, быстро развивается в виде сильного припухания придатка с очень резкой болезненностью. Несколько слов о простатитах при негонорройных уретритах. Диагноз негонорройного простатита мы ставили на основании пальпаторного исследования, цитологического, бактериоскопического и, в 4-х случаях, бактериологического исследования. При пальпации мы не наблюдали больших изменений в простате. В 7 случаях была слегка увеличена то правая, то левая доля железы; консистенция ее была мягковатой, субъективно небольшая болезненность,

только в одном случае у больного 1004/Б были увеличены обе доли; причем увеличение было довольно значительным; железа была очень мягкая, пастозная, точно отечная, при пальпации мало-болезненная. Таким образом на нашем материале мы не видели, чтобы негонорройные простатиты были так резко выражены клинически, как это наблюдается при гонорройных процессах и цитологические исследования свидетельствуют о нерезких изменениях простаты; у 7 больных мы нашли в соке от 15—30 лейкоц. в п/зр. и только у одного больного 1006/М до 60 лейкоцитов. Бактериологич. исследование у 4-х больных с негонорройными простатитами обнаружило в соке простаты стафилококка,—аналогичного тому, что было найдено у этих больных и в отделяемом из уретры.

Из 21 больных 8 имели сношение во время менструаций или в первый день после регул; в одном (164/Р), у которого в отд. уретры был найден *b. coli*, был *coitus per-anum*; в 2-х случаях были половые излишества новобрачной пары; в 2-х случаях больные имели *coitus* по их словам, со здоровыми женщинами, но имели сношение в пьяном виде и *coitus* был продолжителен; в одном случае женщина страдала белями (повидимому имелось какое-либо гинекологическое заболевание) и в 7 случаях нам не удалось получить определенных указаний этиологического характера.

Печерский в своей работе указывает, что большинство его больных (24 случая) имели пониженное питание и принадлежали к астеникам. С этим положением мы на основании своих случаев согласиться не можем.

Во-первых, наши больные принадлежали в большинстве случаев к молодому цветущему возрасту от 20—30 лет; во-вторых, значительная часть из них были крепкие, здоровые люди с вполне удовлетворительным питанием.

Сперанский в своей работе тоже указывает, что у всех его больных общее состояние организма не было нарушено.

Часть наших больных принадлежала к атлетам, большая часть к дегестивным типам и небольшая часть (3 ч.) к астеникам.

На основании этого нам кажется, что главными моментами, способствующими заражению неспецифическим уретритом, являются:

- 1) индивидуальная восприимчивость,
- 2) *coitus* во время месячных, когда микробы женщины делаются наиболее вирулентными,
- 3) различные гинекологические заболевания женщин,
- 4) возможно, что и пониженное питание некоторых больных и раздражение, вызываемое продолжительным и бурным *coitus*'ом и т. д.

Относительно передачи инфекции мужчине со стороны женщины имеются наблюдения многих авторов, относительно же обратной возможности имеются лишь отдельные наблюдения. Галевский, например, наблюдал 2-х мужчин, заразившихся у одной и той же проститутки.

Колломои наблюдал у одного женатого инженера острый уретрит с наличием громадного количества коротких грамотрицательных палочек после 2-хдневной инкубации. Ту же точно флору автору удалось найти в уретральном и вагинальном секрете его жены. Шайя и Жане, путем конфронтации, удалось доказать наличие одних и тех же бактерий как у

женщины, так и у мужчины. В этой части мы тоже проделали работу. Мы проверяли флору, главным образом, цервикального канала тех женщин, с которыми наши больные имели coitus и жен троих больных: 1004/Б, 1006/М и 378/Р, где нам удалось найти того же микроба, что и их мужей.

Относительно того, что неспецифический уретрит может быть перенесен путем половых сношений от мужчин на женщину в литературе имеется мало указаний.

Можно сослаться на Фингера, наблюдавшего в 2-х случаях заражение пациентами своих жен кишечной палочкой.

В нашей работе—один такой случай, именно—заражение мужчиной женщины имеет место: больной 378/Р (о нем выше было упомянуто) заболел неспецифическим уретритом за 6 мес. до поступления на лечение в диспансер. Лечился у нас около 3-х мес., потом женился и заразил свою жену. У нее в „С“ найден тот же микроб, именно, стафилококк.

В этой истории болезни нужно отметить одну особенность; больной заразил сначала свою жену, а потом стал сам от нее заражаться. 378/Р находится под нашим наблюдением около 1½ года, и все это время он несколько раз излечивался и вновь заражался от своей жены.

Больной указывал, что, если он не живет с женой половой жизнью, или живет с презервативом, то он чувствует себя хорошо, никаких проявлений уретрита у него нет. Стоит ему только иметь coitus без презерватива, как на 3—4 день у него развивался неспецифический уретрит.

У большинства больных с негонорройным уретритом при эндоскопии до лечения нашли характерную, по нашему мнению, картину для uret. non gon: начиная с луковицы слизистая гиперемирована, легко местами кровоточит, но гиперемия эта несколько слабее, чем при гонорройном мягком инфильтрате; слизистая сильно отечна, вследствие чего имеет крупную складчатость; желез не видно; центральная фигура все время заливается слизью. У тех же больных, произведенная через 3 недели после лечения эндоскопия, дала другую картину: большой гиперемии и отека уже не было, а через 1½ месяца, после начала лечения, все явления почти прошли, кроме небольшой гиперемии в луковице.

У больных: 512/л, 985/Б, 691/А, 251/ч и др. в висячей части уретры мы могли констатировать диффузную, не резко выраженную, поверхностную гиперемию слизистой, легкую отечность с поражением железистого аппарата.

У всех наших больных с uret. non gon воспалительный процесс разрешился:—слизистая оболочка к норме, но у 2-х больных 304/и и 487/л, у которых была в начале заболевания очень большая отечность слизистой и гиперемия—процесс разрешился твердым инфильтратом в parte pendula.

Что касается лечения uret. non gon, то мы придерживались метода, проводимого Печерским. Всем больным назначали известную диету и внутрь—бальзамические и мочу дезинфицирующие средства. Местно—глубокую жанетизацию sol. arg. nitr. 1—6000,0 2—3 раза в неделю. Пробовали делать промывание каждый день, но потом пришлось отказаться, так как получалось сильное раздражение слизистой, усиливались выделения из канала, моча становилась мутной. Как только мы переводили больного на промывание 2 раза в неделю, явления раздражения быстро проходили, процесс шел на выздоровление.

Больные 492/В, 512/л, 691/А, 310/и, 487/л и 269/ч вылечились в срок от 1—3 недель. Наблюдали потом за каждым из них в течение 8—10 мес. Больным, у которых, под влиянием глубокого промывания *arg. nitr.* процесс не заканчивался, применяли инстилляций *arg. nitr.* $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ ‰ и видели благоприятные результаты.

Больные 147/О, 1004/В, 251/ч и др. лечились у нас глубокой жанетизацией с *arg. nitr.* попеременно с прижиганиями—выздоровление от 1 $\frac{1}{2}$ —2 мес.

Прекрасно в некоторых случаях действует *sol. hydr. oxycyanati* 1-6000,0. Больной 164/Р в течение 6 месяцев безуспешно лечился различными средствами, у нас под влиянием *sol. hydr. oxycyanati*—выздоровление наступило в течение 10 дней. Наблюдали потом за этим больным в течение 3-х лет.

Больной 115/Я—безуспешно лечился у нас в течение 5 мес., получал глубокую жанетизацию *arg. nit.* вместе сляписными инстилляциями, но выздоровления не наступало; все время держалась капля, в которой мы всегда находили стафилококка. Перешли на промывание *Н. oxycyanati*—выздоровление в 3 недели.

Выводы: неспецифический уретрит зачастую проходит безо-всякого лечения или после 2—3 промываний по Жане *arg. nitr.*, как это у нас было с больными 269/7, 922/В, 310/и и др. На это же указывает и Печерский. Часть больных вылечивается в срок от 1—3 недели. Небольшая часть больных 251/7, 147/о, 1004/В лечилась до 2-х месяцев, получая жанетизацию и инстилляций *arg. nitr.* и совсем небольшая часть больных 115/Я, 90/п лечились в течение 6 месяцев, получая за это время кроме того, бужирование, дилатацию и массаж простаты, т. е. лечились по типу хронического гонорройного уретрита.

Последние литературные данные указывают, что при *uret. non gon.* хорошие результаты получаются при лечении хинином, но у нас в этой части опыта еще нет. Мы только-что к этому лечению приступили.

Таким обр., мы, на основании нашей работы, можем сделать следующие выводы:

1. *Uret. non gon.* встречается в 7,9‰ по отношению ко всем острым уретритам.

Неспецифический уретрит вызывается банальными гноеродными бактериями, чаще всего стафилококком.

2. Неспецифический уретрит бактериального происхождения в большинстве случаев заболевание относительно доброкачественное.

3. С целью правильной диагностики неспецифического уретрита должно прибегать как к повторным и разным видам провокации, так и к повторным бактериологическим и бактериоскопическим исследованиям отделяемого уретры и мочи, к реакции Бордэ-Жангу, внутрикутанной и к эндоскопии.

4. Осложнение при *uret. non gon.* довольно часты: из 21 случая у нас были: простатиты в 8 случаях, лимфангоит в 1-м случае, литтреит в 1 случае и эпидидимит в 2-х случаях.