

## Когда гоноррею мужчины можно считать излеченной и разрешить ему брак?

(Литературный обзор<sup>1)</sup>).

Ординатора Клиники кожных и вен. болезней Казанского гос. университета **А. И. Дмитриева**.

Выражение *Ricord'a* „Трипер начался, и только бог знает, когда он кончится“ в достаточной степени характеризовало мнение врачей об излечимости гонорреи полвека тому назад. Открытие *Neisser's* гонококка создало новую эру в деле лечения и диагностики этой болезни, и уже спустя 15—20 лет после этого, когда врачи до некоторой степени изучили биологические свойства гонококка, а также приобрели опыт, на основании которого можно было делать осторожные выводы об излечимости гонорреи,—наступил период, когда затронутому вопросу было уделено много внимания со стороны видных венерологов того времени, которыми было предложено множество «рецептов», на основании которых мужчине, болевшему гонорреей, разрешалось вступать в брак. Однако нужно отметить, что согласованности в этом вопросе втечении многих лет достигнуто не было, и мнения различных авторов подчас резко расходились.

Усиление венерических заболеваний в последнее десятилетие естественно обеспокоило врачей, и на страницах печати вновь появилось много работ, посвященных интересующему нас вопросу.

Целью настоящего обзора и является—проследить взгляды авторов на излечимость гонорреи, существовавшие втечении ряда десятков лет, и представить современное состояние наших знаний по этому вопросу на основании данных новейшей литературы.

При изучении литературы конца прошлого и начала настоящего столетия, касающейся затронутого нами вопроса, мы видим, что она довольно значительна, из чего можно заключить, что этот вопрос—вопрос излечимости гонорреи—был и в то время актуальным. Из этих литературных данных можно также отметить, что уже в то время имелись существенные разногласия. С одной стороны *Neisser* и его ученики держались того мнения, что гоноррея излечима, и в довольно короткий срок; основанием для такого заключения служили главным образом отрицательные результаты исследований на присутствие гонококка в моче и нитях гонорройка. Если после ряда тщательно проведенных исследований гонококков не обнаружено, то гоноррея излечена,—вот смысл, который нетрудно уловить в работах как самого *Neisser's*, так и его учеников. Правда, нужно отметить здесь же, что ряд учеников *Neisser's* несколько детализировали взгляд своего учителя; однако в принципе они его всегда поддерживали и им руководились в повседневной своей работе (*Scholtz*, *Neuberger*, *Klotz* и др.).

Наряду с таким взглядом на излечимость гонорреи существовал и другой, диаметрально противоположный до некоторой степени первому. *Leven*, выступивший в тот период с рядом работ по данному вопросу, проводил мысль, что гоноррея, как инфекция, не всегда и не во всех случаях легко и бесследно излечивается,—что иногда она оставляет после себя скрытые очаги с гонококками, могущими впоследствии, при наличии благоприятствующих моментов, главным образом эксцессов *in Vascho et Venere*, привести к возврату болезни. В доказательство своего взгляда он приводил случаи из практики, где рецидивы наступали через несколько лет; таков, напр., случай *Dommer's*, где возврат болезни наступил через десять лет. Взгляд *Leven's* был разделяем и другими авторами, каковы *Koshauer*, *Korr*, *Kюзель*, *Ган*.

Отметим здесь, что эти два принципиально различных взгляда существовали до последнего времени втечении более двух десятков лет, причем, несмотря на большой опыт, который врачи получили за эти годы, и детальное изучение биологических свойств гонококков, полной согласованности и в настоящее время не

<sup>1)</sup> Доложено 8/IV 1928 г. в Секции венерологов и дерматологов Общества врачей при Казанском университете.

только не достигнуто, а, наоборот, появилось еще более разногласий, чем было прежде.

Ф р о н т е й н говорит: «В настоящее время господствует ошибочное мнение, что гоноррея неизлечима. Существуют очень опытные врачи, говорящие, что излечим всякий гонорройный уретрит, кроме первого». Автор, считая в принципе гоноррею, как инфекцию, излечимой, приводит в доказательство своей мысли статистические данные Ш в а р ц а, исследовавшего замужних женщин на неспециальных приемах (терапевтическом, глазном и др.) и нашедшего у 20% из них еще существующую или бывшую в анамнезе гоноррею,—с одной стороны, и статистические данные N o e g g e r a t h'a—с другой, по которым у 80% мужчин была гоноррея. «Таким образом,—говорит он,—мы имеем исходный пункт, который гласит: из десяти женатых мужчин—у 8 в анамнезе гоноррея, из 10 замужних женщин—у 2 в наличии или в анамнезе гоноррея. Сравнивая эти цифры, следует прийти к заключению, что гоноррея излечима».

Д а л е, Гагман, напр., убежден, что зачутанные данные пациентов «создают и поддерживают легенду о необыкновенной живучести и способности гонококка где-то скрыто существовать долгое время». а потому утверждает, что гоноррея излечима, ибо у «его пациентов после перенесенного уретрита не разу не наступало рецидива без условий вполне достаточных для свежего заражения».

Г р и н ч а р говорит, что «большинство врачей разделяет взгляд, высказанный более десяти лет тому назад J a n e t, что в среднем гонококки в человеческом организме живут приблизительно 6 месяцев». Соглашаясь с таким взглядом J a n e t, автор на основании своего опыта категорически заявляет, что гонорройная инфекция «излечима, как правило, во всех случаях». Ф а й н в доказательство излечимости гонорреи приводит случаи, где она сама без лечения проходит бесследно.

J a d a s s o h n также принципиально признает гоноррею излечимой.

Таким образом, как видно из приведенных кратких данных, перечисленные авторы основывают свои взгляды на биологической способности гонококков короткое время существовать в организме человека, на данных анамнеза больных, на практических наблюдениях и, наконец, на статистике.

Однако существует и другой взгляд, по которому гоноррея является в иных случаях неизлечимой, в доказательство чего сторонники этого мнения указывают, что изучение биологических свойств гонококков позволяют нам допускать существование их в организме «долгое время» в „скрытом“ состоянии, жить в анаэробных условиях (B u s c h k e и L a n g e r, Ф а й н) до тех пор, пока им не представится возможность под влиянием каких либо причин выйти на поверхность слизистой канала и, попав на живую питательную среду, дать явления острой гонорреи.

Ряд авторов, основываясь на практических наблюдениях, а также на полном доверии к известной категории больных, думают, что гоноррея в ряде случаев может существовать неопределенно долгое время и давать возвраты (B l a s c h k o, W o s s i d l o, Г а н, К ю з е л ь). На заседании немецких дерматологов в 1921 году B l a s c h k o заявил, что гоноррея в большинстве случаев не излечивается, а остается в скрытом состоянии, и в принципе всякий, кто имел гоноррею, не должен жениться. W o s s i d l o приводит ряд случаев из собственной практики, а также заимствует случаи других авторов, где возвраты болезни наступали через несколько лет с последующим заражением жен.

Наконец, как во всяком принципиальном разногласии, так и в разбираемом нами вопросе, существует взгляд на излечимость гонорреи, занимающий нечто среднее между приведенными нами выше мнениями. Так, D e l b a n c o и L o g e n z с трудом допускают излечимость гонорреи, основываясь на результатах, полученных ими при исследовании больных гонорреей мужчин методом спермокультур. Высокий % положительных результатов при этом методе, по их мнению, говорит за то, что в иных случаях гонококки могут находиться в организме несколько лет. L e b r e t o n формулирует свой взгляд следующим образом: излечение уретрита гонорройного характера неравносильно излечимости гонорреи вообще.

Все авторы, считающие гоноррею излечимой, понимают эту излечимость в клиническом смысле, признавая, однако, что гоноррея, как инфекция, может оставлять после себя неизгладимые следы—изменения патолого-анатомического свойства в эпителиальной, железистой и подслизистой ткани. Такие изменения, как рубцовые стяжения в предстательной железе, уплотнение придатков яичек с образованием в них грубой соединительной ткани, рубцовые изменения в области

семенного бугорка и, наконец, плотные каллезные рубцы в уретре рассматриваются большинством авторов, как неизгладимые следы, — „визитные карточки“, — которые гоноррея оставляет больным (Wossidlo, Olerländer, Kollmann, Scholtz, Кюзель и др.).

Разобрав вкратце взгляды на излечимость гонорреи, мы переходим теперь к рассмотрению вопроса, каковы же критерии излечимости ее, позволяющие считать мужчину, болевшего гонорреей, здоровым.

В 1899 г. Neisser выдвинул свою точку зрения, по которой больного можно считать здоровым resp. незаразным, если после ряда тщательно произведенных исследований секрета и мочи у него не было обнаружено гонококков. Однако Neisser указывал, что „математической точности“ в этом вопросе быть не может, ибо после ряда отрицательных результатов могут получиться и положительные. Последователи Neisser'a несколько детализировали его точку зрения, базируясь не только на отрицательных результатах исследования секрета и мочи на гонококки, но принимая во внимание и цитологическую картину нитей и мочи.

Scholtz выставил следующие тезисы: 1) „Нити и хлопья в моче после гонорреи редко содержат гонококков, в большинстве же они зависят от других причин. 2) Термин „хроническая гоноррея“ неверен, и такие пациенты незаразны. 3) Устранение нитей и хлопьев из мочи даже для врача-специалиста представляет большие затруднения и часто... на практике проведено быть не может“. Основанием для этого автору послужило то обстоятельство, что в большинстве случаев нити и хлопья в моче зависят от „банальных причин“, ибо, проверив 100 женщин, не имевших в анамнезе гонорреи, у 19 из них он нашел нити в моче — частью гнойные, частью слизистые; отсюда автор заключает, что на основании исследования нитей, мочи и секрета предстательной железы можно бывает дать пациенту ответ, находится-ли он в заражном состоянии, или же он здоров. Отметим здесь, что Scholtz считал необходимым при ответе больному об излечении всегда исследовать секрет предстательной железы.

Lesser, признавая в принципе взгляд Neisser'a, не удовлетворялся исследованием мочи и секрета предстательной железы, а считал нужным в тяжелых случаях, где, несмотря на правильно проводимое лечение, упорно держались нити в моче 1) производить бактериологическое исследования отделяемого уретры на гонококки, 2) прибегать к различным методам провокации, дающей возможность в иных случаях обнаруживать гонококков в скрытых очагах. Аналогичных взглядов на излечимость гонорреи держались Neuberger, Klotz и др.

Таким образом уже в тот период обращали на себя внимание случаи гонорреи, где, несмотря на лечение, упорно держались нити и хлопья в моче; эти клинические явления ставились в связь с присутствием вульгарных микробов, а не гонококков, и авторы сравнивали такие уретриты с аналогичными воспалительными процессами в носу, бронхах и матке (Scholtz).

Leven, противник взглядов Neisser'a, основываясь на практических наблюдениях, как собственных, так и других авторов, утверждал, что, если следовать учению Neisser'a, то можно сделать массу ошибок, разрешая брак там, где гоноррея не вылечена, и тем самым давая возможность заражать новое лицо. Оспаривая мнение Scholtz'a, он указывал, что, коль скоро в моче держатся нити и хлопья, содержащие лейкоциты, значит, в организме имеются где-то гонококки, поддерживающие лейкоцитоз, и стоит в таких случаях сделать несколько дилатаций, как очень часто обнаруживаются гонококки там, где при повторных исследованиях их не находили; практика показывает нам, — говорил этот автор, — что разрешенный брак таким больным с асептическими уретритами очень часто заканчивался острой гонорреей у жены. Не соглашаясь с Scholtz'em в том, что нити и хлопья часто зависят от присутствия вульгарной флоры, автор в противовес приводит собственные исследования, из которых явствует, что встречаются случаи пост-гонорройных катарров, где имеются банальные микробы без лейкоцитоза. Спрашивается, почему же в иных случаях эти „вульгарные кокки“ вызывают лейкоцитоз, а в других нет? Ясно, по мнению автора, что кроме этих банальных микробов имеются где-то и гонококки, вызывающие образование нитей и хлопьев в моче, с включенными в них лейкоцитами.

Кготауег в своей книге „К уничтожению сифилиса“ говорит, что в начале своей врачебной деятельности он, благоговей и следуя взглядам Neisser'a, допустил много непоправимых ошибок.

Из приведенных данных становится понятным, что принципиальные разногласия заключались в том, считать-ли упорное присутствие нитей и хлопьев

в моче после гонорреи явлением, зависящим от гонококков, находящихся в организме, или же от вульгарных микробов. Если обратиться к литературе последнего времени, то оказывается, что и в настоящее время согласованности в мнениях авторов по этому вопросу не существует. Wossidlo, Bjorling, Buschke и Langer склонны думать, что такие случаи, с упорным присутствием нитей в моче, зависят все-таки от присутствия гонококков, ибо в ряде случаев после применения различных провокационных методов их легко бывает обнаружить под микроскопом. По Bjorling'у вульгарные уретриты должны удовлетворять следующим требованиям: 1) у пациента в анамнезе гоноррея, 2) жена его не должна быть стерильной и не должна также иметь других симптомов гонорреи и 3) означенный уретрит должен скоро излечиваться. Однако нужно заметить, что с подобным мнением Bjorling'a трудно согласиться. Almkvist и Johan считают, что, если после гонорреи остались гонококки в организме, то, спустя неделю после прекращения лечения, гоноррея должна дать рецидив, если же его не последует в течение 3 недель, то случай трактуется, как „постгонорройный катарр“.

Для установления факта излечимости гонорреи Гагман настоятельно рекомендует обращать внимание на флору, применяя бактериологическое исследование во всех случаях, так как существуют негонорройные катарры, особенно простатиты и задние уретриты.

Становится ясным, что авторы различно устанавливали излечимость гонорреи, обозначая случаи с упорным присутствием нитей и хлопьев в моче или как постгонорройные катарры, или же как хронические гонорройные уретриты. Oberländer и Kollmann, Kromayer и Wossidlo придерживались в принципе взгляда Leven'a и считали подобных больных условно незаразными, не давая им, однако, никаких гарантий.

В настоящее время почти все авторы в деле установления излечимости гонорреи прибегают к подсобным методам, дающим возможность делать гонококков более лабильными и таким образом вызывать обострение процесса искусственно. Методы эти носят название провокационных. В деле установления излечимости гонорреи авторы теперь не ограничиваются микроскопическим исследованием нитей и осадков из мочи, а во всех случаях обращают самое серьезное внимание на состояние предстательной железы, семенных пузырьков и др. желез полового аппарата, для каковой цели были предложены т. наз. стаканные пробы мочи с двумя, тремя, четырьмя и пятью стаканами (Jadassohn, Kollmann, Кюзелъ, Никольский).

Из провокационных методов наиболее применяются механические, химические и биологические, но цель их в общем одна: вызвать раздражение слизистой канала и желез полового тракта, сделать гонококков, находящихся в скрытых очагах, более лабильными. Наконец, в качестве подсобного метода применяется уретроскопия.

Scholtz рекомендовал в свое время вставлять в уретру возможно толстый буж, оставляя его там минут на 20—30, или же массируя на нем уретру, и затем, получив секрет, исследовать его на гонококки. Эту манипуляцию он повторял несколько раз, и, если при повторно произведенных исследованиях гонококки обнаружены не были, случай рассматривался как незаразный; в некоторых случаях Scholtz рекомендовал расширять уретру дилатором с той же целью. Lesser всегда проводил массаж канала на головчатом буже и полученный секрет исследовал на гонококков.

Вскоре в практику провокационных методов были введены инстиляции в уретру крепких растворов серебра (1%—2%), аргентина, раствора Lügol'a, сублимата 1:2000 и оксицианистой ртути 1:3000, с целью получить временное воспаление в уретре и затем отделяемое исследовать на присутствие гонококков; в настоящее время этот способ рекомендуется большинством авторов.

К химическим методам провокации относятся также употребление пилокарпина (Perutz), который, будучи введен в уретру в слабых концентрациях (0,5:100,0), усиливает секрецию желез канала. Появляющееся отделяемое через час после употребления пилокарпина исследуется на гонококки. В иных случаях этот способ дает хороший результат (Холов, Дмитриев).

Oberländer и Kollmann для установления факта излечимости гонорреи рекомендовали производить уретроскопию канала и видели в ней наглавейший метод, дающий возможность ad oculos определять очаги поражения в уретре. Asch, Lesser, Neuberger, Oberländer, Kollmann, Wossidlo и

Где настоятельно требовали проводить такую уретроскопию, указывая на упорные случаи гонорреи с присутствием нитей в моче, где уретроскопия давала картину инфильтрации стенок. „Стоит удалить в таких случаях инфильтрат, — говорит Wossidlo, — как нередко исчезают нити и хлопья из мочи“. Необходимость проведения этого важного подсобного метода подтверждается работами ряда других авторов (Ган, Кюзель, Хольцов, Гринчар, Тимофеев, Buschke u. Langer, Brunet, Walter, Phifer, Frank, Forster, Gibson, Norman и Wiley, Bjorling и др.), которые указывают, что нельзя больного отпустить после лечения, не осмотрев канала через уретроскопическую трубку, ибо иногда при этом в нем обнаруживаются изменения, о которых нельзя было предположить по клинической картине. Однако в наших условиях, к сожалению, этим методом, как справедливо указывают многие русские авторы, могут пользоваться лишь в клиниках и крупных специальных больницах губернских городов, ибо уретроскоп еще и в настоящее время является для участкового врача роскошью, ввиду дороговизны прибора и лампочек к нему.

Что касается т. наз. пивной пробы, когда больному рекомендуется выпить одну-две бутылки пива с целью вызвать раздражение канала с последующим появлением отделяемого из уретры, в котором могут быть иногда обнаружены гонококки, то ею пользуются охотно Klotz, Wossidlo, Гринчар, Хольцов и др.; однако и здесь имеются указания, что проба эта ненадежна, а потому и непригодна (Brunet, Walter), и рекомендуется совершенно ее оставить.

Далее впрыскивают гонококковую вакцину в различных дозах, — 10, 20 мил. и до 500 мил. убитых бактерий, — также с надеждой вызвать обострение процесса при наличии скрытых фокусов с гонококками (Wossidlo, Oelze, Гринчар, Готлиб, Хольцов, Тимофеев и др.). Некоторые авторы не видели от применения гонококковой вакцины в таких случаях благоприятных результатов и, как ненадежную пробу, этот метод провокации отвергают (Brunet и Walter).

Некоторые авторы рекомендуют, далее, больным с целью провокации гонорреи coitus в кондоме, предполагая, что во время акта эякуляции происходит секрция всех желез мочепоолового аппарата, и гонококки, находящиеся в скрытом состоянии в этих железах, могут выйти на поверхность слизистой, откуда они, увлекаемые струей спермы, могут быть в некоторых случаях обнаружены в ней при исследовании под микроскопом (Ган, Кюзель, Хольцов, Гринчар).

Гринчар упоминает также о методе „физических упражнений“ (верховая езда, спорт, езда на велосипеде), допуская мысль, что усиленная работа мышц, особенно тазовых, ведет к гиперемии полового тракта, раздражению желез и к изменению состава мочи в смысле увеличения лейкоцитоза; наряду с другими методами „проба эта может в иных случаях дать много добавочных сведений и укрепить вопрос об излечимости“.

Lesser, Finger и ряд др. авторов рекомендовали в свое время пользоваться бактериологическими исследованиями для установления факта излечимости гонорреи. Посевным материалом служили им нити из мочи, секрет желез уретры, полученный с помощью головчатого бужа, секрет предстательной железы и семенных пузырьков, добытые путем массажа их.

Herold, Scholtz получили этим способом 20—30% положительных результатов там, где гонококки не были обнаружены при микроскопическом исследовании. Neuberger, однако, замечает, что бактериологическое исследование в хронических случаях гонорреи весьма затруднительно вследствие присутствия в уретре значительного количества банальных микробов. Ган и Файн рекомендуют этот способ, как дающий лишний раз возможность убедиться в отсутствии гонококков в организме. Wossidlo настоятельно рекомендует метод бактериологических исследований при установлении факта излечимости гонорреи. Fgaser и Финкельштейн видят в этом способе мало утешительного, приводя в доказательство случаи, где микроскопически гонококки были обнаружены, а посев давал отрицательный результат. Гринчар говорит, что ему „ни разу“ не удалось обнаружить гонококков в культурах там, где они не были обнаружены микроскопически. Необходимо также заметить, что культивирование гонококков является делом довольно трудным, а особенно в хронических случаях гонорреи. Различные мелочи в приготовлении питательных средств, в технике производства посева и получения посевного материала могут в иных случаях сыграть решающее значение в деле получения положительных результатов. Только тогда, когда исследователь вполне овладел всей методикой культивирования гонококков, и когда имеется достаточно оборудованная лаборатория, тогда метод бактериологического

исследования может иметь громадное значение в деле установления факта излечимости гонорреи.

В последние годы значительной разработке подвергся вопрос о значении т. наз. метода спермокультур. Свежевыпущенная сперма засеивается на различные питательные среды с целью получить на них рост гонококков. Нужно заметить, что результаты авторов, полученные с помощью этого метода, значительно отличаются между собой. С одной стороны мы имеем 70—80—90% положительных результатов (Noguès, Lebretton, Maill), а с другой—10% (Morgan), 9,3% (Бродский и Лейтес) и, наконец, 6% (Allanic). Отметим здесь, что такие резкие колебания полученных результатов зависят до некоторой степени от неясности в вопросе дифференцирования типичных гонококков Neisser'a от других диплококков, находящихся порой в канале (тип Asch'a), а также методов окраски мазков дифференциальными способами. Несмотря, однако, на резкие разногласия авторов в разбираемом вопросе, в настоящее время многие рекомендуют пользоваться методом спермокультур, как подсобным, дающим возможность в иных случаях установить излечимость гонорреи (Gattier, Clarkson, Lebretton, Delbanco и Lorenz, Jadassohn, Henry, Robert, Файн).

Реакция отклонение комплемента Bordet-Gengou, дающая с сыворотками больных гонорреей положительные результаты главным образом в осложненных случаях, в хронической стадии „не устанавливает излечимости“ (Jadassohn, Clarkson, Towley), а Brunet и Walter считают даже, что реакция эта может повести к нежелательным ошибкам. Наоборот, Gibson, Normann и Wiley при установлении факта излечимости гонорреи считают, как правило, что сыворотка испытуемых пациентов должна отрицательно реагировать при исследовании ее реакцией Bordet-Gengou. Несколькo схожего мнения в этом вопросе держатся Штейнберг и Тимофеев. По Финкельштейну эта реакция дает в хронических случаях женской неосложненной гонорреи 17,9% положительных результатов, а у мужчин этот % повышается вдвое. Гринчар справедливо замечает, что производство этой реакции сложно, требует опытного лаборанта и соответственного оборудования и в повседневной практике пока неприменимо.

Наконец, в последние годы некоторые авторы (Hergold, Борю и Шершорина, Осипова, Карышева и Велентей), изучив характер внутрикожной реакции у больных гонорреей и здоровых людей с фильтраатами гонококковых культур (реакция по технике и принципу очень похожа на реакцию Pirquet при тbc и реакцию Schick'a при дифтерии), рекомендуют употреблять ее для установления факта излечимости гонорреи (Осипова, Карышева и Велентей), или же руководствоваться ею, как опознавательным моментом в достижениях терапии (Лейбфрейд, Судкова, Тухшинд). Однако нужно и здесь заметить, что сущность этой реакции не вполне выяснена и установлена, а потому рекомендовать ее для решения вопроса об излечимости гонорреи является делом преждевременным.

Мы вкратце остановились на различных методах провокации и подсобных методах, дающих возможность в настоящее время установить излечимость гонорреи, а также в некоторых случаях и доказать ее. Все без исключения авторы употребляют с этой целью различные комбинации этих методов, указывая, что на основании результатов, полученных от одного из них, делать какие-либо выводы невозможно. В кратком литературном обзоре не представляется возможным привести различные комбинации провокационных методов, а также хотя бы вкратце перечислить сроки, какими пользуются разные авторы, употребляя их то по несколькy способов сразу в один день, то по одному в разные дни, а затем исследуя выделения и мочу под микроскопом. Что касается сроков, которые устанавливаются авторами для наблюдений за больным после конца лечения, то они не могут быть уложены в какую-либо схему, ибо в разных случаях они различны, но в общем колеблются от нескольких (3—8) недель до нескольких лет (Almkvist, Johan, Ган, Готлиб, Кюзель, Jadassohn и др.).

Нам остается осветить вопросы клиники, играющие важную роль в деле установления излечимости гонорреи. Некоторые авторы обращают сугубое внимание на исследование больного, причем особенно рекомендуется исследование предстательной железы и семенных бугорков, дабы установить те изменения, которые подчас незаметны самому больному (Гринчар). Луис считает, что скрытая инфекция гнездится чаще всего в семенных пузырьках, и только точная топическая диагностика по Picker'у дает возможность с ясностью установить

скрытый очаг хронического воспалительного процесса (Buschke и Langer). Знание клиники имеет доминирующее значение особенно в тех случаях, где лаборатория дает неясный или даже неверный ответ при исследовании пациента (Фронштейн).

Мы переходим к рассмотрению последнего вопроса нашего обзора,—когда гоноррою можно разрешить брак? Так как вопрос этот тесно связан с предыдущим — об излечимости гонорреи, где взгляды авторов приведены достаточно полно, то нам остается лишь установить некоторые подробности, в частности, касающиеся вопроса о браке.

Neisser давал санкцию на брак после ряда тщательно проведенных исследований секрета уретры и желез и мочи на гонококки с отрицательным результатом, считая, что врач в каждом отдельном случае может решить вопрос, когда можно дать санкцию на брак, не роняя своего врачебного достоинства. Scholtz подвергал больных ряду провокаций и, если гонококки не были обнаружены при повторных исследованиях, давал разрешение на брак и в тех случаях, если моча содержала нити; он наблюдал таких пациентов после женитьбы, исследуя их время от времени. Neuberger и Klotz держались в этом вопросе целиком мнения Neisser'a. Lesser в случаях с упорным присутствием нитей в моче и с лейкоцитами в ней разрешал брак лишь тогда, когда в течении ряда лет не было обострений процесса. Если же последнее обострение было «недавно», и нити содержат значительное число лейкоцитов, я,—говорил Lesser — разрешения не даю. Эти случаи очень тяжелые, тяжелее сифилиса!

С другой стороны Leven, Meyer, Wossidlo, Kopp, Engelmann, Flugel, Oberländer и Kollmann, Ган, Кюзель и др. запрещают или не рекомендуют вступать в брак пациентам, имеющим в моче или нитях лейкоцитов, хотя бы в скудном количестве. В настоящее время большинство авторов, проводя у больного ряд различных провокационных методов, уретроскопию и метод спермокультур и повторяя их через известные промежутки времени, а также наблюдая больного более или менее продолжительный срок (даже годы) и производя вместе с тем микроскопическое исследование секрета желез и мочи,—требуют, чтобы у кандидатов на брак моча была чистой и свободной от видимых включений (нити и хлопья) и не содержала лейкоцитов (Wossidlo, Bjorling, Хольцов, Gibson, Norman, Wiley, Buschke и Langer).

Однако и здесь имеется взгляд с менее строгими требованиями, сторонники которого разрешают брак пациентам, у которых после ряда повторных исследований и провокаций не было обнаружено гонококков, и лейкоцитоз в нитях незначителен (единичные лейкоциты), а нити имеют слизистый или слизисто-гнойный характер,—считая лейкоцитоз следствием долго проводившегося лечения или зависящим от посторонних микробов (Фронштейн, Готлиб, Гагман, Файн). Патолого-анатомические изменения в уретре, в области желез Littré, пахух Morgagni и в др. местах, сказывающиеся наличием рубцовых стяжений, могущих также существовать и в области Соореговых желез и предстательной железы, не могут в иных случаях служить препятствием к браку, если и здесь микроскопическое исследование не дает картины значительного лейкоцитоза. Эти изменения приходится рассматривать, как неизгладимые следы инфекции,—следы, которые подчас не удается устранить всеми методами современной терапии (Oberländer и Kollmann, Кюзель и др.).

Наконец, в тех случаях, где нити в моче упорно держатся и содержат значительное число лейкоцитов, врач не может давать гарантии, что процесс не возобновится и инфекция не будет передана жене, несмотря на то, что больной находился, может быть, в течении ряда лет под наблюдением врача (Buschke и Langer, Jadasohn, Хольцов, Ган и др.).

Резюмируя приведенные литературные данные по затронутому вопросу, мы получим вкратце следующее:

1) Хотя вопрос об излечимости гонорреи в настоящее время не решен окончательно, и требуются дальнейшие наблюдения и изучение инфекции для его разрешения, однако большинство авторов склонны считать гоноррею излечимой.

2) В вопросе о критерии излечимости мнения авторов различны между собой, и одной из причин этого обстоятельства, повидимому, является недостаточность наших знаний биологии гонококка.

3) Все почти авторы в настоящее время считают необходимым для установления излечимости гонорреи применять, кроме исследований мочи и секрета

желез полового аппарата, также и подсобные методы: уретроскопию, спермокультуру и ряд провокаций.

4) Вопрос о браке гонорроиков тесно связан с вопросом излечимости гонорреи, а потому и решается различными авторами по разному.

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Neisser. M. m. W., № 36, 1899.—2) Leven. Arch. f. D. u. Syph., Bd. LV.—3) Он же. Ibidem, Bd. LIX.—4) Он же. Ibidem, Bd. LXXV.—5) Кромayer. Цит. по Neuberger'у.—6) Фронштейн. Моск. мед. журн., № 1—2, 1923.—7) Dommer. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. LV, S. 138.—8) Корр. Цит. по Wossidlo, S. 355.—9) Ган. Острый и затяжный перелой мужчины. Одесса. 1910.—10) Кюзель. Триппер мужчины и женщины. Москва. 1909.—11) Jadassohn. Цит. по Neuberger'у.—12) Он же. По реф. Zbt. d. H. u. Geschlkh., Bd. 20, 1926, S. 375.—13) Гринчар. Рус. вест. дерматологии, № 8, 1924.—14) Гагман. Клин. мед., № 1, 1927.—15) Buschke u. Langer. Lehrbuch. Berlin. 1926.—16) Wossidlo. Die Gonor. des Man. u. ihre Komplikation. Leipzig. 1923.—17) Он же. Deut. med. W., № 6, 1900.—18) Он же. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. LV, S. 136.—19) Blaschko. По реф. Zbt. d. H. u. G., 1921, S. 432.—20) Delbanco u. Lorenz. По реф. Zbt. d. H. u. G., H<sup>3</sup>/<sub>4</sub>, 1923, S. 158.—21) Lebréton. По реф. Zbt. d. H. u. G., Bd. IX, 1922, S. 214.—22) Scholtz. Allg. m. Centr.-Ztg., № 45, 1900.—23) Он же. Цит. по Гринчару.—24) Lesser. Berl. kl. W., № 23, 1902.—25) Neuberger. Wien. kl. Rund., № 56—51, 1899.—26) Klotz. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. LX.—27) Almkvist u. Johan. По реф. Zbt. d. H. u. G., Bd. 19, 1926, S. 302.—28) Bjorling. Ibidem, Bd. 15, 1924, S. 123.—29) Он же. Ibidem, Bd. 19, 1926, S. 302.—30) Он же. Ibidem, Bd. 10, 1924, S. 208.—31) Oberländer u. Kollmann. Хрон. перелой муж. мочеисп. канала и его ослож. Практ. мед., 1907; цит. по Leven'у и Wossidlo.—32) Finger. Половые болезни. Москва. 1915.—33) Он же. Цит. по Wossidlo, S. 355.—34) Asch. Цит. по Wossidlo, S. 354.—35) Хольцов. Гоноррея и ее осложнения. 1923.—36) Brunet, Walter. По реф. Zbt. d. H. u. G., Bd. 11, 1924, S. 444.—37) Phifer, Fraux, Forster. По реф. Zbt. d. H. u. G., Bd. 15, 1924, S. 302.—38) Gibson, Norman, Wiley. По реф. Zbt. d. H. u. G., 1926, S. 551.—39) Никольский. Учеб. венер. болезней. Гиз. 1926.—40) Perutz. Врач. об., март, 1924.—41) Хохлов. Практ. мед., № 9—10, 1924.—42) Дмитриев. Рус. вест. дермат., № 10, 1926.—43) Oelze. См. Buschke u. Langer.—44) Готлиб. Вен. и дерм., № 2, 1924.—45) Herold. Цит. по Гринчару.—46) Noguès. Цит. по Бродскому.—47) Maill. Цит. по Бродскому.—48) Бродский и Лейтес. Рус. вестн. дерм., № 3—4, 1927.—49) Gattier. По реф. Zbt. d. H. u. G., Bd. 2, 1921, S. 546.—50) Clarkson. По реф. Zbt. d. H. u. G., Bd. 2, 1927, S. 546.—51) Henry, Robert. Реф. ibidem, Bd. 23, 1927, S. 530.—52) Fraser. Цит. по Гринчару.—53) Финкельштейн. Вен. и дерм., № 1, 1924.—54) Осипова. По реф. Рус. вест. дерм., № 2, 1927.—55) Лейбфрейд, Судкова, Тухшнид. Рус. вест. дерм., № 9, 1927.—56) Luys. По реф. Zbt. d. H. u. G., Bd. 20, 1926, S. 237.—57) Ге. Курс вен. бол. Казань 1900.—58) Herold. Цит. по Бродскому.—59) Карышева и Велентей. Рус. вест. дерм., № 9, 1927.—60) Борю и Шеришорина. Сар. вест. микробиол., №№ 1—3, 1925.—61) Meyer. Deut. m. W., № 36, 1903.—62) Фронштейн. Сборн. посвящ. проф. Броннеру. 1926.—63) Engelmann. S.-Pet. med. W., № 52, 1901.—64) Kornfeld. Wien. m. W., №№ 36—41, 1902.—65) Штернберг. Вен. и дерм., № 4, 1925.—66) Файн. Ibidem, № 5, 1925.—67) Закс, Залуцкий и Шишов. Ibidem, № 5, 1925.—68) Тимофеев. Ibidem, № 5, 1926.