

Из Кожно-венерической клиники Государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани  
(директор проф. Я. Д. Печников).

## Гравиданотерапия в клинике мужской гонореи<sup>1)</sup>.

Ст. ассистент **И. С. Бейрах** и научн. сотр. **М. П. Покровская**.

В 1929 году А. А. Замков предложил с лечебной целью препарат мочи беременных женщин, названный им гравиданом. Хорошие результаты, полученные рядом авторов при лечении гравиданом различных заболеваний, побудили нас испытать его влияние в клинике мужской гонорей. Когда мы приступили к изучению данного метода терапии, в литературе не имелось никаких указаний относительно применения гравидана при гонорее мужчин. Необходимо было разработать показания, противопоказания, методику применения и дозировку препарата.

Мы пользовались гравиданом, изготовлявшимся лабораторией Казанского института усоверш. врачей под руководством д-ра П а р а ф у т д и н о в а<sup>2)</sup>. Инъекция гравидана мы применяли внутримышечно в область m. glutei. В начале наших наблюдений, когда у нас еще не было достаточного опыта, мы пользовались малыми, средними и большими дозами гравидана. За малые дозы нами принимались дозы от 0,2—2,0, средние 3,0—5,0 и большие от 5,0—10,0—15,0. Максимальной дозой и в этих случаях была доза в 15,0.

Инъекция гравидана, особенно в средних и больших дозах, вызывала клиническую реакцию со стороны организма, среди различных симптомов которой наиболее демонстративное значение имеют очаговая и температурная реакция.

Анализируя наш материал, мы приходим к выводу, что терапевтический эффект прямо пропорционален степени очаговой реакции. В подострых случаях, где очаговая реакция выражалась менее интенсивно и в хронических случаях, где она обычно не наблюдалась, терапевтический результат был незначителен или вовсе отсутствовал; в остро протекающих случаях гонорейных осложнений, где наиболее выражена очаговая реакция, получается и наилучший терапевтический эффект.

Наиболее интенсивная очаговая реакция получается при первых инъекциях гравидана; в дальнейшем, по мере насыщения организма и по мере обратного развития острых воспалительных явлений, очаговая реакция проявляется слабее. Температурная реакция, по нашим наблюдениям, дает параллельную кривую с очаговой реакцией. Максимальное повышение температуры наступает через 4—8—10 часов после инъекции и соответствует наиболее интенсивной степени очаговой реакции, причем температурная реакция так же, как и очаговая разрешается к концу первых, реже к концу вторых суток. Если температурная реакция длится более 48 часов, то обычно в этих случаях мы имеем соответственно ухудшение болезненного процесса, вследствие чего приходится прерывать или вовсе прекращать дальнейшее применение гравиданотерапии.

Наилучшие терапевтические результаты были получены нами от больших доз гравидана, сопровождавшихся наиболее сильными очаговой и температурной реакциями. Малые дозы от 0,2—2,0 обычно не давали температурной и очаговой реакции, а вместе с тем и терапевтического эффекта. Только в единичных случаях малые дозы в 1,0—2,0, вызывая температурную и очаговую реакцию, давали в зависимости от интенсивности последних и соответствующий терапевтический результат. По нашим наблюдениям желательно применение таких доз гравидана, которые при выраженной очаговой реакции, вызывают повышение температуры не менее чем на 1—2°. Такой первоначальной терапевтической дозой, ориентирующей нас вместе с тем в реактивной способности больного на введение гравидана, мы считаем дозу в 3,0. В дальнейшем в зависимости от степени общей,

<sup>1)</sup> Доклад в Кожно-венерологической секции Научной медицинской ассоциации в г. Казани.

<sup>2)</sup> См. Сборник трудов Акуш.-гинеко. кл. Каз. мед. ин-та, 1934 г.

температурной реакции и терапевтического эффекта доза повышается в 10—20 и более раз. При очень бурной реакции, когда наряду с резко выраженной очаговой реакцией, температура достигает 40° и выше, мы при повторной инъекции применяем или предыдущую дозу гравидана или незначительно ее повышаем. Наоборот, при отсутствии или слабо выраженной общей и очаговой реакции после первой инъекции доза следующей инъекции увеличивается в 3 и более раз (1-я инъекция 3,0, вторая 10,0). Обычно достаточно было применения 3—6 инъекций до максимальных доз в 10,0—15,0. Инъекции гравидана применяются нами до тех пор, пока получается ответная очаговая и температурная реакция у больного. Как только больной перестает реагировать на введение гравидана, несмотря на резкое повышение дозы, мы считаем на основании наших наблюдений дальнейшее применение гравиданотерапии бессмысленным и прекращаем ее. Наилучший результат получается после первых инъекций гравидана в соответствующей дозе, а там, где терапевтический эффект после первых двух-трех инъекций отсутствует, не наблюдается такового и при дальнейшем длительном применении гравиданотерапии. С этой точки зрения мы считаем целесообразным применение в клинике мужской гонорей гравиданотерапии в виде курса в 10—15 инъекций; мы ограничиваемся обычно небольшим количеством инъекций, применяемых нами до момента исчезновения ответной очаговой и температурной реакции на введение гравидана.

В начале наших наблюдений мы применяли инъекции с интервалом в 1—2—3 дня или способом „залпов“ (Винников), заключающийся в назначении инъекций в течение 2—3—4 дней подряд с интервалом в 1 день или 7—10 дней подряд с более продолжительным интервалом. В дальнейшем, с приобретением опыта, мы считали необходимым соблюдать интервалы не случайной продолжительности, а в строгой зависимости от исчезновения температурной и очаговой реакции, что в среднем составляло 1—2 и редко более дней.

Под нашими наблюдениями было 110 случаев различных гонорейных заболеваний мочеполовой сферы у мужчин и 5 случаев негонорейного происхождения. Из них 62 лечились стационарно, а остальные амбулаторно. По роду заболевания больные распределяются следующим образом: острых уретритов без видимых осложнений 15, хронических—3, циститов—4, острых эпидидимитов и орхоэпидидимитов—18, подострых—5, хронических—11, острых простатитов—10, подострых—2, хронических—8, острых везикулитов—5, хронических—6, парауретральных абсцессов 1, острых куперитов—2, хронических—1; острых кавернитов—3, хронических—2; острых артритов—5, подострых—1, хронических—3; гонорейных перипроститов 1, ischias gon. 1, стриктур 3. У значительной части больных имелись комбинации указанных осложнений в различных сочетаниях.

Для более строгой оценки влияния гравиданотерапии мы в своих выводах базировались исключительно на резких объективных клинических изменениях в пораженном органе, не придавая большого значения субъективным ощущениям.

Применение гравиданотерапии при острых и хронических уретритах, не сопровождавшихся наличием осумкованных очагов, не оказало какого-либо заметного влияния на процесс. Нам не удалось подметить более быстрого уменьшения гнойного отделяемого, исчезновения гонококков, просветления мочи в т. д. не только в тех случаях, где исключительно применялся гравидан без всякой местной терапии уретры, но и там, где обычное местное лечение уретры по методу Janet комбинировалось одновременно с инъекциями гравидана. В одном случае негонорейного уретрита так же, как и при гонорейных уретритах, мы не видели какого-либо успеха под влиянием гравиданотерапии. У трех больных с острым гонорейным уретритом после нескольких инъекций гравидана (в одном случае после пяти инъекций в дозах до 5,0, во втором после трех инъекций в дозах до 8,0 и в третьем после шести инъекций в дозах до 10,0), несмотря на отсутствие погрешностей в режиме, появилось острое воспаление придатков яичка. Эти факты указывают на отсутствие пре-

дохраняющего влияния гравиданотерапии на развитие дальнейших осложнений гонорейного процесса.

У больных с циститом нам также не удалось подметить какого-либо полезного влияния гравиданотерапии на процесс.

Для суждения о терапевтическом влиянии гравидана наиболее удобной является группа гонорейных эпидидимитов, так как большой придаток яичка легко доступен непосредственному объективному исследованию. У больных с гонорейными эпидидимитами были получены различные результаты в зависимости от стадии развития болезненного процесса.

В случаях начальных остро протекающих эпидидимитов, где применялись большие дозы, наблюдалось сравнительно быстрое обратное развитие процесса с исчезновением острых воспалительных явлений в течение срока в среднем от 5—8 дней, с образованием плотных на ощупь остаточных инфильтратов. Следует подчеркнуть уменьшение болевых ощущений под влиянием гравиданотерапии, причем в ряде случаев боли резко уменьшались как субъективно, так и объективно при пальпации пораженного придатка яичка уже после 1—2 инъекций. Терапевтический эффект в этих случаях заключался в ускорении хода естественного развития болезненного процесса; однако, он ограничен известным пределом и нам ни разу не удалось получить полного рассасывания до исчезновения всяких следов бывшей инфильтрации.

У больных с острым эпидидимитом, где применялись малые дозы, обычно мы не получали очаговой и температурной реакции, а вместе с тем и терапевтического эффекта. Лишь в тех случаях, где после инъекций наблюдалась небольшая очаговая и температурная реакция, отмечался соответственно степени этих реакций и умеренный терапевтический эффект. Как только в этих же случаях начинали применение больших доз, сейчас же получали достаточно хорошо выраженную очаговую и температурную реакцию, а вместе с тем и хороший терапевтический эффект.

Для иллюстрации приводим следующий случай:

Больной И., 24 лет, колхозник. Заболел гонореей впервые 2/XI 1934 г., лечился только внутренними средствами. 28/XI появился острый правосторонний эпидидимит, по поводу чего был принят в клинику 25/XI 1934 г. При поступлении  $t^0$  37,8°, правый придаток увеличен до размеров голубинового яйца, резкие боли при пальпации. После первых двух инъекций 25 и 27/XI в дозе 0,3 и 0,6 гравидана не было никакой температурной и очаговой реакции, а вместе с тем и терапевтического эффекта. 28/XI после инъекции гравидана в дозе 5,0 температура, бывшая до инъекции нормальной, через 7 часов поднялась до 38,9°; выраженная очаговая реакция, сказывавшаяся в резком усилении болей в пораженном придатке яичка. На следующее утро 29/XI  $t^0$  36,7°, пальпация придатка совершенно безболезненна, придаток уменьшился в объеме до размеров сливы. Больному были сделаны еще 2 инъекции гравидана в дозе 8,0 и 12,0; после указанных инъекций отмечалась температурная и очаговая реакция, но выраженные слабее, чем после первой большой дозы в 5,0. 2/XII больной выписан с совершенно безболезненным остаточным инфильтратом в хвосте правого придатка яичка, величиной с лесной орех.

В группе подострых эпидидимитов, где процесс перешел за аспе своего развития, лечебный эффект от больших доз гравиданотерапии при достаточно выраженных температурной и очаговой реакциях заключался в быстром уменьшении болевых ощущений после первых же инъекций и в ускорении темпа развития болезненного процесса. Чем острее была выражена воспалительная реакция в пораженном придатке яичка, тем полезнее оказывалась гравиданотерапия; чем более поздно в обратном стадии развития процесса начиналась гравиданотерапия и чем менее остро была выражена воспалительная реакция, тем терапевтический результат был слабее.

При хронических гоноройных эпидидимитах, несмотря на применение различной дозировки, мы не получали температурной и очаговой реакции, а вместе с тем не видели почти никаких объективных изменений под влиянием гравиданотерапии. В отдельных случаях мы могли констатировать лишь уменьшение болезненности при пальпации.

У двух больных с давними очень плотными и большими остаточными инфильтратами гоноройного происхождения, в придатках яичка, где применявшееся грязелечение активировало хронически протекающее заболевание придатков, была применена в момент обострения процесса в придатках гравиданотерапия в больших дозах, причем благодаря такой комбинации получилось более быстрое рассасывание этих инфильтратов, чем при одном применении грязевой терапии.

При острых и хронических эпидидимитах с одновременным поражением семенного канатика терапевтический эффект от гравиданотерапии по отношению к фуникулитам шел параллельно эпидидимитам и зависел от стадии развития болезненного процесса, от степени выраженности температурной и очаговой реакции, от применявшейся дозировки.

У двух больных с правосторонним эпидидимитом и фуникулитом в стадии обратного развития процесса после первой и третьей инъекции гравидана в дозе 5,0 и 10,0 появилось острое воспаление ранее здорового левого придатка яичка и левого семенного канатика. У одного больного с правосторонним эпидидимитом, хроническим простатитом и двусторонним хроническим везикулитом после второй инъекции гравидана в дозе 6,0 появилось острое воспаление левого придатка яичка. Среди нашего материала имеются двое больных, где после гравиданотерапии остались остаточные инфильтраты величиной с лесной орех и где вследствие нарушения правил режима (усиленная ходьба, подъем тяжестей) появились рецидивы в ранее пораженных придатках. Все эти факты указывают, что гравиданотерапия не предохраняет от рецидивов и развития новых осложнений в периоде лечения.

В группе острых простатитов и везикулитов в стадии нарастания болезненных явлений и на высоте развития процесса получались различные результаты в зависимости от дозировки. Малые дозы, не вызывавшие в большинстве случаев температурной и очаговой реакции, не давали никакого терапевтического эффекта. В двух случаях, где применены малых доз сопровождалось повышением  $t^{\circ}$  в пределах до  $1^{\circ}$  и не-большой очаговой реакцией, наблюдался и некоторый терапевтический эффект, заключавшийся, главным образом, в заметном уменьшении болевых ощущений. Повышение дозировки сопровождалось соответственно более интенсивно выраженной клинической реакцией, а вместе с тем и лучшим терапевтическим результатом. При применении больших доз от 5,0—15,0, вызывавших хорошо выраженную температурную и очаговую реакцию, наблюдалось ускорение естественного хода процесса и более быстрое разрешение острых воспалительных явлений. В тех случаях, где острые воспалительные явления в простате и семенных пузырьках ослабевали и уже наступало обратное течение патологического процесса, мы не могли подметить более быстрого уменьшения размеров предстательной железы под влиянием гравиданотерапии. Наконец, во всех хронических случаях простатитов и везикулитов, несмотря на применение больших доз, мы не наблюдали никакого эффекта, хотя и тщательно следили за изменением данных пальпации и микроскопической картины простатического сока. Относительно благоприятный результат получился в 3 случаях хронических простатитов и везикулитов, где диатермия про-

статы вызывала значительное обострение процесса в железе и семенных пузырьках. Большие дозы гравидана, примененные в момент наибольшего обострения процесса в указанных органах под влиянием диатермии способствовали ускорению обратного развития патологического процесса.

Под нашим наблюдением были двое больных с острым и один с хроническим куперитом, где была применена гравиданотерапия. У одного больного после четырех, у другого после шести инъекций гравидана в больших дозах, инфильтраты в Куперовых железах значительно уменьшились и стали совершенно безболезненными; у третьего больного с хроническим куперитом, несмотря на 4 инъекции гравидана в больших дозах, никаких изменений не наблюдалось и только в дальнейшем после 8 грязевых ванн инфильтрат совершенно рассосался.

При лечении большими дозами гравидана трех больных с острым кавернитом и одного больного с остро протекающим периуретральным абсцессом наблюдались благоприятные результаты: после 3—5 инъекций инфильтраты резко уменьшились в объеме, при пальпации совершенно безболезненны.

В 2-х случаях хронических кавернитов гравиданотерапия в большой дозировке не дала никакого терапевтического эффекта.

У трех больных со стриктурами уретры гоноройного происхождения гравиданотерапия не оказала никакого влияния на рассасывание рубцов.

Влияние гравиданотерапии на артриты испытано в 5 острых, одном подостром и 3-х хронических случаях.

В двух случаях острых гоноройных артритов наблюдался блестящий терапевтический эффект.

Большой К., 31 года, вечнослужащий. Гонорея впервые с 20/XI 1934 г. Лечился в районе неаккуратно спринцевкой Тарновского и внутренними средствами; 11/XII 34 г. появилась опухоль левого, а через сутки правого голеностопного суставов. Опухоль и болезненность в пораженных суставах увеличились, вследствие чего больной 13/XII был положен в стационар. Status praesens: из уретры умеренное гнойное отделяемое, при микроскопическом исследовании которого обнаружены гонококки внутри и внеклеточно. Моча: 1-я порция мутновата, с гнойными и слизисто-гнойными нитями. 2-я — прозрачна, с единичными нитями такого же характера. Prostatitis et vesiculitis incipiens subacuta dextra. Резко выраженная краснота и припухлость обоих голеностопных суставов, особенно выделяющаяся в окружности обоих внутренних мышечков; резкая болезненность при давлении в области прикрепления сухожилий мыщц к внутренним мышечкам. Объем движений пораженных суставов резко ограничен. Большой с трудом передвигается при помощи костылей. 13/XII через 6 часов после инъекции гравидана в дозе 5,0, <sup>10</sup> поднялась на <sup>10</sup> до 38,1<sup>0</sup>; очаговая реакция сказывалась в значительном усилении болезненности и припухлости в обоих голеностопных суставах. На следующий день 14/XII температура нормальна, краснота и опухоль в обоих пораженных суставах резко уменьшились, болезненность при пальпации незначительная. Движения в обоих суставах свободны, большой ходит по палате, слегка опираясь на палку. 15/XII после второй инъекции в дозе 10,0 температурная и очаговая реакция были выражены слабее, чем после первой. 16/XII краснота и припухлость в обоих коленных суставах исчезли, движения совершенно свободны; при давлении осталась лишь небольшая болезненность в определенных точках. Большой ходит совершенно свободно. 17/XII сделана третья инъекция гравидана в дозе 15,0, а 19/XII через 6 дней после поступления в клинику больной выписан с полным клиническим выздоровлением со стороны суставов для дальнейшего амбулаторного лечения гонорей.

У второго больного с острым гоноройным полиартритом, доставленного в клинику на лошади в тяжелом состоянии, через сутки после второй инъекции гравидана в дозе 6,0 наступило восстановление физиологической функции в пораженных суставах.

В остальных случаях остро протекающих гонорейных артритов большей давности, где также была применена большая дозировка, лечебный эффект был выражен значительно слабее и сказывался в постепенном уменьшении болезненности в периартикулярном аппарате, в уменьшении припухлости и т. д. В одном из последних случаев сначала проводилась малая дозировка без видимого терапевтического результата и последний обозначился лишь с переходом на большую дозировку. При лечении малыми дозами одного больного с подострым полиартритом не наблюдалось никакого результата. Отсутствие терапевтического эффекта под влиянием различных доз гравидана можно было констатировать во всей группе хронических гонорейных полиартритов, включая одного больного, где кроме хронического гонорейного полиартрита имелся и хронический гонорейный периостит в области tibiae, и второго больного с хронически протекавшим воспалением левого седалищного нерва.

В группе комбинированных осложнений наблюдалась разница во влиянии гравиданотерапии на различные осложнения гонореи в осумкованных очагах. Наилучшие результаты были получены при начинающихся остро протекающих артритах; обратное развитие процесса при простатитах и везикулитах шло значительно медленнее, чем при эпидидимитах.

Занимаясь гравиданотерапией, мы для сравнения проводили параллельно в приблизительно аналогичных случаях лакто и вакцинотерапию, причем постоянно мы были свидетелями более могущественного влияния последних методов лечения по сравнению с применением гравидана. Кроме того у ряда больных, где эффект от гравиданотерапии был слабо выражен, после перевода их на лакто и вакцинотерапию был получен очень хороший результат.

Для иллюстрации приводим следующий случай:

Больной Ж., 19 лет, служащий. Гонорея 6 месяцев; больной поступил в клинику по поводу острого правостороннего эпидидимита величиной с куриное яйцо и фузкулита толщавой с мясисц. После трех инъекций гравидана в дозе 3,0—5,0—10,0 отмечались умеренные температурные и очаговые реакции, а вместе с тем и умеренный терапевтический результат, сказавшийся в уменьшении болезненности и припухлости в пораженных органах. После трех инъекций гравидана через промежуток в 3 дня, течение которого у больного температура была в пределах нормы, была сделана инъекция молока в дозе 3,0; через 5 часов после инъекции температура, бывшая до инъекции нормальной, поднялась до 38,2°; одновременно с поднятием температуры отмечалось усиление болей в пораженном придатке. На следующий день температура 36,8°; придаток яичка совершенно безболезнен и уменьшился в объеме на 1/3 по сравнению с предыдущим днем. Через 2 дня после первой инъекции молока больному была сделана вторая инъекция в дозе 6,0, а на следующий день больной был выписан с безболезненным остаточным инфильтратом величиной с вишню.

Преимущество лакто и вакцинотерапии над гравиданом мы видели и в других аналогичных случаях, а также на сравнительном параллельно проводившемся материале.

На основании наших наблюдений мы приходим к выводу, что гравиданотерапия в клинике мужской гонореи дает более слабо выраженную клиническую реакцию, а вместе с тем и более слабый конечный терапевтический эффект, чем лакто и вакцинотерапия.

Отрицательным тормозящим фактором для гравиданотерапии среди нашего материала была малярия. В тех случаях, где была активная малярия, мы не могли констатировать какого-либо успеха от гравиданотерапии

В ряде случаев, после первой, иногда после нескольких инъекций гравидана в большой дозе, наблюдалось обострение скрытой малярии, сопровождавшееся угнетением реактивной способности организма. У этих больных после гравиданотерапии, особенно в больших дозах, кривая температуры повышалась до своего максимума не через 6—10 часов, как обычно, а на следующий день или через 2 дня; у некоторых больных отмечалось повышение температуры, длительно (2—3 дня) не разрешавшееся и сопровождавшееся ухудшением процесса в пораженном органе. Увеличение дозы гравидана при наличии активной или обострившейся скрытой малярии нередко способствовало более тяжелому течению, осложнений гонорей. Поэтому мы считаем применение гравидана противопоказанным в тех случаях, где имеется малярия в активной или в скрытой, но обострившейся форме. Лишь после предварительной усиленной противомалярийной терапии (хинин, осарсол) мы считали возможным продолжение гравиданотерапии, причем нередко получали обычные благоприятные результаты.

В 3 случаях остро и хронически протекающих орхоэпидидимитов малярийного происхождения, где гонорей не имелось, гравиданотерапия, несмотря на предварительное лечение хинином, не оказала никакого терапевтического эффекта.

На основании вышеприведенных наблюдений могут быть сделаны следующие выводы:

1. Гравиданотерапия дает хорошие результаты в остро протекающих случаях осложнений гонорей у мужчин.

2. Успех гравиданотерапии в остро протекающих случаях осложнений гонорей заключается в значительном ускорении цикла развития болезненного процесса с сравнительно быстрым исчезновением воспалительных явлений и, особенно, болевых ощущений.

3. Различные гонорейные поражения осумкованных очагов дают неодинаковый терапевтический эффект. Лучший результат получен при начальных остро протекающих артритах, кавернитах, эпидидимитах; более слабы — при простатитах и везикулитах.

4. На гонорейные поражения слизистой мочевого канала и мочевого пузыря гравиданотерапия не оказывает никакого влияния.

5. При хронических осложнениях гонорей гравиданотерапия не дает никакого терапевтического результата.

6. Температурная и очаговая реакции в тех случаях, где гравиданотерапия показана, являются желательными и служат хорошим показателем успешности данного метода терапии.

7. Дозировка гравидана в каждом случае должна быть индивидуализирована. Наиболее целесообразной первоначальной дозой мы считаем дозу в 3,0; в дальнейшем в зависимости от степени температурной и очаговой реакции доза повышается в  $1\frac{1}{2}$ —2 и более раз; максимально применявшейся нами дозой была доза в 15,0.

8. Малярия, понижая реактивную способность организма в его борьбе с гонорейной инфекцией, препятствует вместе с тем успеху гравиданотерапии.

9. Гравиданотерапия не предохраняет от рецидивов и развития новых осложнений в периоде лечения.

10. Сравнительная оценка влияния гравидана, лакто- и вакцино-терапии, проводившаяся как на одних и тех же больных, так и в параллельных аналогичных случаях, показала, что гравиданотерапия по силе своего влияния и по своим конечным результатам значительно уступает упомянутым видам лечения, вследствие чего она имеет меньше оснований, чем лакто- и вакцинотерапия, для практического применения в клинике мужской гонорей.

Из Клиники кожных и венерических болезней Казанского государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина  
(директор проф. Я. Д. Печников).

## Реакция оседания эритроцитов в клинике мужской гонорей. <sup>1)</sup>

Асс. Г. З. Мухамедияров.

Реакция оседания эритроцитов, являясь одной из наиболее тонких биологических реакций, завоевала себе прочное место в различных отраслях медицины. Особенно широкое применение она получила в клинике туберкулеза и в гинекологии, где ею пользуются для прогностических и диагностических целей. Изменения реакции О. Э. были использованы в диагностических целях и в клинике гонорей рядом авторов (А. Купзе, Хатеневер и др.) с различными результатами.

Задачей нашей работы было поставлено сравнить значение этой биологической реакции для диагноза и прогноза гонорейного процесса с обычными клиническими данными.

Материал наш охватывает 84 случая, из них больных стационарных 65, амбулаторных 19. Количество произведенных исследований 307. Большинство больных — люди молодого и среднего возраста. Количество больных у нас сравнительно не велико, но мы главное внимание уделили наиболее типичным случаям и производили у таких больных возможно большее число исследований за время их нахождения под нашим наблюдением.

Поставка реакции производилась по методу Westergren'a: кровь бралась из локтевой вены простерилизованным и промытым 5% раствором NaCl. citrici шприцем в количестве 2 куб. см. в точно установленные часы утра и вечера (у некоторых больных дополнительно взяты крови производилось и в промежутках между этими установленными часами). Гемоглобинометр Sahli наполнялся 5% раствором NaCl. citrici до деления 20 мм; из шприца добавлялась кровь до деления 100; опрокидыванием гемоглобинометра кровь перемешивалась с sol. NaCl. citrici, после чего прибор ставился в штатив в вертикальном положении. Результаты регистрировались через один час. Реакцию производили в помещении, где T° поддерживалась 16—17°K. Нормальным считалось оседание эритроцитов 4—8 мм. в час.

Весь наш материал можно разбить на следующие группы:

I. Острая гонорея без а) начальной стадий (3—7 дней после начала инфекции) — 3 случая;

в) стадий полного развития — 3 случая;

с) стадий обратного развития — 4 случая.

II. Острая гонорея с осложнениями.

1. Эпидидимиты. а) Чисто-гонорейные — 10 случаев.

в) Смешанные (с присутствием микробов) — 9 случаев.

2. Простатиты и сперматоцеститы . . . . . 6 случаев

<sup>1)</sup> Доложено на заседании Кожно-венерологической секции НМА 23/X 1934 г.