

Bradford and Titsler. *Экспериментальная гонорея у эмбрионов цыплят*. (Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., т. 34, 1936). Авторам удалось культивировать гонококков в течение нескольких недель и в ряде случаев даже в течение 3 месяцев. Путем серийных прививок от яйца к яйцу доказано, что микробы размножались в желтке при температуре 37°. Прививки производились эмбрионам в возрасте 12—23 дня; микробы вносились в желток. Спустя 1—13 дней после прививки исследовался желток, кровь, печень эмбриона, из которых производились посевы. Вес эмбрионов колебался от 7 до 18 г. В момент исследования 6 эмбрионов оказались больными. Положительные культуры были получены из крови сердца.

А. Д.

Barbellion и Feld. *Внутрикожная реакция Мютермилха и Гримберга с полисахаридами из гонококков* (Compt. rend. Soc. de biol. № 15, 1936). Авторы применили раствор полисахаридов из гонококков для внутрикожной реакции у больных гонореей и здоровых людей. Раствор в количестве 0,2 куб. см, содержащий 0,2 мг полисахаридов, вводился внутриочно на наружную поверхность плеча. Реакция появлялась через сутки. Полисахариды были применены 3 взрослым и 16 детям без гонореи и у всех реакция была отрицательной. У второй группы (лица со старой гонореей) из 39 человек у 33 реакция была отрицательная и у 6 положительная. Из 33 человек больных гонореей у 31 реакция была положительной и у 2—отрицательной. У последних 2 больных была гонорея 4-х и 7-дневной давности.

А. Д.

Graber Duvernay. *Хронические артриты гоноройной природы* (Journ. de méd. de Lyon, 1936). Обычно гоноройные артриты заканчиваются в 3 недели анкилозом, луксацией или выздоровлением. В отдельных случаях болезнь переходит в хроническую стадию и развивается картина, напоминающая arthritis deformans. Автор приводит данные о наблюдавшихся им 5 случаях. Хронические артриты могут развиваться после подострой стадии и редко наступают через годы после начала заболевания гонореей. Гонококк в таких случаях является predisposing фактором к развитию деформирующего артрита. В подострой стадии артритов необходимо для выяснения этиологии заболевания производить клинические, рентгенологические и лабораторные исследования. Рентгеновское исследование дает часто картину остеоартрита. В некоторых случаях артритов крупных суставов можно обнаружить изменение со стороны хрящевых поверхностей сустава. У ряда больных при наличии артрита невозможно обнаружить гонококков в полости сустава, но исследование сока простаты и семенных пузырьков дает ценные указания на наличие гоноройной инфекции в мочеполовом тракте. Реакция отклонения комплемента бывает при гоноройных артритах чаще положительной. Наконец, встречаются случаи, когда трудно бывает провести дифференциальную диагностику между артритом гоноройным и неспецифическим. В этих случаях полезно применить пробное лечение гонококковой вакциной.

А. Д.

Порудоминский. *Опыт лечения гоноройных осложнений инъекциями новокаина* (Сов. хирургия, № 6, 1936). Автор задался целью выяснить роль нервной системы в этиологии и патогенезе гоноройных заболеваний. Существование хронического процесса в уретре и половых железах может рассматриваться не как существующая „дремлющая“ инфекция, а может быть поставлена в зависимость от развития местного дистрофического процесса в тканях. Неэффективность вакцинного лечения при хронических поражениях половых желез и суставов гоноройного характера можно рассматривать не как доказательство сомнительности вакцинного лечения, а как выражение перехода болезни в дистрофическую стадию, в прогрессирующем расстройстве иннервации тканей. Трофический процесс никогда не бывает местным, а оказывается связанным со всей сложной системой невротрофической деятельности организма. Автор при проведении своих клинических наблюдений воспользовался приемами, проводившими к выключению отдельных нервных областей инфльтрационной анестезией по Вишневскому раствором новокаина—1/40/0. Для параренальной анестезии употреблялось 90—100 см<sup>3</sup>, а для регионарной—30-40 см<sup>3</sup> раствора. Под наблюдением было 24 случая острого эпидидимита, 9 сл. паренхиматозного простатита и 6 случаев артрита. Одним из постоянных явлений после терапевтического вмешательства было улучшение самочувствия больного. У 13 больных боли прошли через несколько часов после вмешательства, у 7 боли в при-

датках уменьшились и у 4—не наступило заметного влияния. Из 24 больных, у 18 была проведена регионарная терапия. Рассасывание инфильтрата в придатке шло довольно медленно у половины всех случаев. Параренальная инъекция новокаина оказывает меньшее влияние на воспалительный процесс в придатке, чем регионарная инъекция. Из 9 случаев простатита в 6 наступило улучшение под влиянием параренального введения новокаина. В 5 случаях полиартрита и 1 случае невралгии седалищного нерва автор получил улучшение у 2 больных в 2-месячный срок, у 2 больных терапевтического эффекта не получено. А. Д.

Fuchs. *Современная терапия мужской гонореи* (Wien. kl. W. № 19, 1936). В лекции, читанной для сельских врачей в Вене, автор кратко излагает принципы и методы лечения мужской гонореи. После микроскопического исследования выделений из канала, впервые обратившемуся больному преподаются обычные правила и навыки гигиены, запрещается половая жизнь, назначаются обычные правила и навыки гигиены, запрещается езда на машинах, танцы и т. д. и, наконец, даются указания больному о регулировании деятельности кишечника. Внутренние средства имеют лишь симптоматическое значение; при острых уретритах автор рекомендует назначение больным бальзамических средств: а при наличии у больного уретрита—дезинфицирующие мочу средства: а при наличии у больного уретрита—дезинфицирующие мочу средства: уротропин, салол и т. д. При лечении острого уретрита необходимо назначать профилактические средства, действующие успокаивающе на гладкую мускулатуру (белладона, папаверин), а также средства, ведущие к соблюдению полового покоя. В течение 12—15 дней от начала заболевания уретритом, автор рекомендует применение стеклянной спринцовки для введения в уретру дезинфицирующих средств (белковые препараты серебра). В случаях, когда больной может посещать врача ежедневно или через день, промывание канала марганцовокислым калием из большого шприца должен производить врач. После промывания мочи, больному назначаются инстилляции в уретру 5—10% раствора протаргола, или  $1\frac{1}{2}$ —2% раствора азотнокислого серебра. При возникновении у больного осложнений медикаментозное лечение отходит на второй план и заменяется физиотерапевтическими процедурами. При простатитах и везикулитах назначается аппарат Азбергера, при эпидидимитах—тепло во всех видах. При артритах необходимо во всех случаях госпитализировать больного и применять возможно раньше пассивные и активные движения в пораженных суставах, во избежание возникновения анкилозов. Наряду с физиотерапевтическими процедурами необходимо назначать и иммунотерапевтические препараты: специфическая вакцинация или применение белковых препаратов. При возникновении у больного метастазов, явлений гоносеписа полезно назначение вливаний колларгола и трипофлавина. Для установления факта излеченности гонореи рекомендуется прибегать к различным методам провокации. А. Д.

Jung. *Врожденный сифилис костей. Рентгенологический диагноз у детей в возрасте менее года* (Chinese Med. Journ, 1936, апрель). Дается анализ рентгенологических изменений в длинных костях конечностей у 62 детей моложе года, включая и 6 внутриутробных плодов. Наличие врожденного сифилиса основывалось на серологических данных, а также на гистопатологических изменениях. Из 56 живорожденных детей у 44 были обнаружены рентгенологические изменения в виде остеомиелита. Периостит, развившийся в результате остеохондрита, был обнаружен у 4 детей в возрасте 2 мес. Автор считает, что на основании данных рентгенограмм можно ставить диагноз врожденного сифилиса. Эти же данные позволяют проводить дифференциальную диагностику между различными формами остеохондрита и разными типами периоститов. А. Д.

Mandebaum H. and Saperstein A. *Передача сифилиса при переливании крови. Случай острого гумозного остеомиелита* (J. Am. Med. Ass., том 105, 28/III 1936). В случаях заболевания сифилисом, где передача инфекции произошла при переливании крови, обычно развиваются вторичные явления спустя 1—3 месяца после переливания. В случае авторов у больного развились явления гумозного остеомиелита спустя 8 недель. Явления локализовались на груди. Вначале образовались узлы, позднее изъязвившиеся. Серологические реакции крови положительны, с ликвором—отрицательны. Донором являлся брат