

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 (белладонна, 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

больного, заболевший сифилисом 4 года назад. Явления остеомиелита доказаны рентгенологически. Специфическое лечение привело к изменению серологических реакций в смысле перевода их из положительных в отрицательные.

А. Д.

Girardt Risterrucci. Четыре случая приобретенного сифилиса у маленьких детей (Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., январь 1936). Мужчина, 26 лет, обратился к авторам с явлениями мягкого шанкра. Он привел на прием маленькую девочку, которую воспитывала кормилица. Девочка имела анемичный вид; на правой миндалине у нее имелась язва, напоминающая по виду первичный склероз; шейные железы справа увеличены. Под влиянием специфического лечения язва зажила, и девочка стала выглядеть значительно лучше. Второй случай касается женщины, страдающей вторичным сифилисом: у ее дочери 18 дней от роду были явления врожденного сифилиса, у мальчика 3 лет был типичный шанкр на правой миндалине, шейные железы были увеличены и вокруг заднего прохода располагались кондиломы. Третий случай—мужчина обратился с явлениями специфического лярингита, привел на прием девочку 18 месяцев, у которой была дифтерия и явления сифилиса на правой миндалине. Лечение быстро привело к исчезновению явлений сифилиса. 4 случай: муж и жена явились на прием с явлениями вторичного сифилиса. Через 6 дней они принесли девочку 4 месяцев от роду, которая страдала анемией, лихорадкой и имела вторичные явления сифилиса. Девочка была инфицирована родителями при питании ее.

Kumer und Lang. Околосуставные узловатости и узловатый ревматизм (Arch. f. Derm und. Syph. т. 174, № 5, 1936). За последние годы уделялось значительно внимание изучению околосуставных узловатостей при сифилисе. Авторы наблюдали несколько случаев околосуставных узловатостей у больных, сифилис у которых можно было исключить в анамнезе. Гистологическое изучение узлов при ревматизме и при сифилисе показало, что провести какое-либо различие между ними невозможно. Поэтому авторы считают, что узловатости около суставов могут быть без наличия у больных в анамнезе сифилиса. Как этиологический момент в возникновении узловатостей допускается травма.

А. Д.

Nicolas и Rousset. Кожные высыпания, вызванные стоварсолом (Bull. Soc. franç. de Derm. u. Syph. 1936). У мужчины 36 лет, страдающего „старым“ сифилисом, после лечения стоварсолом появилась сыпь, похожая на pityriasis rosea. В прениях Gaté указал на 3 случая, где после назначения стоварсола лицам, страдавшим глистами, появились кожные высыпания: у 2-х сыпь носила характер рубеолиформный, а у третьего субъекта—скарлатиноподобный. У одного из первых двух субъектов сыпь появилась на 9-й день. Gaté указал также, что им наблюдалась у субъектов, принимавших стоварсол, и сыпь типа pityriasis rosea.

А. Д.

Massarini. Шанкр уретры (Semana med. т. 43, № 1, 1936). А. описывает два случая шанкра уретры. Обычно больной не испытывает каких-либо субъективных ощущений, или наблюдается жжение при мочеиспускании. Больные имеют, помимо шанкра, и явления острой гонореи канала, и последнее обстоятельство неблагоприятно сказывается на развитии спирохет. Часто такие больные являются к врачу с жалобой на гонорею. В ряде случаев можно найти у больного двустороннюю аденопатию, все же диагностика шанкров уретры обычно устанавливается с помощью уретроскопа и методом пальпации. Пальпация уретры дает возможность обнаружить ограниченный плотный инфильтрат в толще стенок уретры. Иногда из-за наличия плотного инфильтрата уретроскопию проделать не удастся, ибо в месте расположения шанкра тубус не проходит. Полученный даже в скудном количестве экссудат должен быть подвергнут исследованию, желательно в затемненном поле зрения. Серологические исследования с положительным результатом подтверждают диагностику. Под влиянием специфического лечения шанкры уретры быстро исчезают, но после их может остаться уплотнение (стриктура), которое должно лечиться расширением канала.

А. Д.

Tobias. Внеполовые шанкры (Am. j. of Syph. gonorr. and ven. Dis. 1936). При внеполовых шанкрах обычно значительно сильнее выражены воспалительные явления, чем при половых шанкрах. Дифференциальная диагностика обычно