

ваниями по Жанэ получен положительный результат больше чем в 70% случаев. Меньшая эффективность отмечена при орхите, вульвовагините, аните-артрите. 3. Лечение химическими препаратами должно быть начато с самого начала заболевания. 4. Необходимо сделать перерыв в лечении в тех случаях, когда лечение должно продлиться больше 15 дней. 5. Другие химические препараты одновременно с сернистыми препаратами следует применять с большой осторожностью. 6. Больной должен тщательно осматриваться врачом не реже 1 раза в неделю. 7. Осложнения редки. 8. Литреит, фолликулит шейки матки, скенит надо лечить до применения химиотерапии также и местно. *М. Вексель.*

*Nicolas и Rousset. Лечение гонорей сульфамидом. (Bull. de la Soc. fr. de Derm. et Syphil., № 5, 1938).*

Авторы лечили химическим препаратом „Septoplex“ (пара-аминофенил-сульфамид) 48 больных (с гонореей 42 мужч., 6 ж.).

Из 6 женщин 5, давность болезни которых была не больше 15 дней, были излечены в 7 дней.

На 42 случая лечения мужчин было 8 неудач. В 34 случаях результат лечения химическим препаратом „Septoplex“ был весьма благоприятный. В 18 случаях гонорея была больше 15-дневной давности; больные получали до этого спринцевание 1% протарголом. Излечение было достигнуто в течение 4—7 дней у 15 больных.

Из 16 случаев свежей острой гонореи (от нескольких часов до одной недели) неудача получилась в 5 случаях. В остальных 11 случаях излечение было достигнуто только приемами внутрь химического препарата пара-аминофенил-сульфамида без применения промываний.

Дозировка препарата: По 6 таблеток (1 таблетка 0,5) в день в течение 12 дней.

*М. Вексель.*

*Brulé, Hillemand, Vildé. Лечение сульфаниламидом гонорейного артрита. (Bull. et Mém. Soc. Med. des Hop. de Paris, T 53, 1937).*

Авторы приводят два случая гонорейного артрита, которые они подвергли лечению сульфаниламидом. У одного пациента наступило поразительно быстрое выздоровление. Спустя два дня больной почувствовал себя совсем хорошо, хотя до того симптомы заболевания упорно не поддавались никакому воздействию. Два рецидива, появившиеся в то время как лечение было прервано вследствие недостатка сульфаниламида, тотчас прошли как только его приемы были возобновлены. У второго больного имелся гонорейный уретрит, орхит и тяжелая артралгия. Ему давали ежедневно по 2 грамма сульфаниламида. Через два дня боли в суставах прошли, и орхит начал рассасываться. У третьего больного имелся гонорейный ревматизм с псевдо-флегмоной левого колена. Сульфаниламидовая химиотерапия дала быстрый эффект, однако несмотря на продолжающееся лечение наступил рецидив и развился гидроартроз на противоположной стороне.

*В. Дембская.*

*Bierman, Hogenowitz. Лечение женской гонореи комбинированным нагреванием. (Am. J. Obst. Gyn. V. 34, 1937).*

При лечении женской гонореи авторы прежде всего стремились поднять общую температуру больных, помещая их в кабинет, нагреваемый электрическими лампами, и воздействуя на них токами короткой волны. После того как температура тела достигала 106° F, общее воздействие прекращалось и начиналось местное нагревание области малого таза при помощи диатермии, затем — на 1—2 часа воздействием ультракоротких волн. Общая температура при этом старательно поддерживалась на достигнутом уровне. За последние 6 лет авторы подвергли этому лечению 121 больную. Общее поднятие температуры сочетается с 6-часовым воздействием диатермии на область малого таза и 2-часовым — коротких волн, так что температура влагалища подымается до 109—110° F, в то время как общая держится на 105,5—106,5° F в течение 12 часов. В среднем требуется 2—3 таких сеанса для полного уничтожения гонококков. Такое перегревание переносится тяжело и сопряжено с некоторыми опасностями, поэтому может проводиться только в клинической обстановке и требует большого внимания со стороны ухаживающего персонала.

*В. Дембская.*