

зированной физиологическом растворе. Оказалось, что это небольшое изменение приводит при постановках реакций с сыворотками гонороек к более точным результатам. А. Д.

Hasler и Speker. *Искусственная лихорадка при лечении гонороейной офтальмии* (И. А. М. А. № 2. Т. 107, 1936). Исходя из того, что высокая температура пагубно влияет на гонококков, авторы лечили 6 больных с бленореей в особой камере, где температура тела доводилась до 41—42°. У пяти больных получено выздоровление. У одного наступил рецидив. А. Д.

Ogmond. *Лечение гонореи лихорадкой*. (J. of Urology, v. 35, V, 1936). Автор подверг лечению гипертермией 20 больных, страдавших гонороейным уретритом. Из 15 лечившихся амбулаторно только у двух получились осложнения, у тех же, кто был госпитализирован, таковых вовсе не наблюдалось. Под влиянием высокой температуры в большинстве случаев быстро прекращалось уретральное истечение, и излечение наступало быстрее, чем при обыкновенных методах лечения. Артриты и эпидидимиты тоже ускоренно поддавались лечению, а в одном случае офтальмия излечилась уже после первого сеанса. Хронические случаи реагировали лучше, чем острые. Автор полагает, что это происходит от того, что успевший с течением времени выработаться иммунитет ослабляет жизненные свойства микроба и делал их более восприимчивыми к воздействию жара. Температура в 107°Ф обычно хорошо переносилась. Между сеансами прогревания следует делать перерывы в 3—4 дня. Длительность одного сеанса не должна превышать 6 часов. В острых случаях обычно приходится производить 5 сеансов. Лечение перегреванием нельзя считать безопасным, так как в течение его наблюдались даже смертные случаи. Требуется большая осторожность и внимательное наблюдение над больным. В. Дембская.

Sherman. *Лечение гонореи антивирусом*. (J. of Urology, v. 35, V, 1936). Автор взял под свое наблюдение 400 мужчин больных гонореей. 200 из них он подверг лечению обычными методами, как инстилляцией различных антибактериальных растворов, седативные медикаменты, простатический массаж и другие общепринятые симптоматические средства. Другой группе, состоящей тоже из 200 человек, он вводил гонококковый антивирус в сочетании с инъекциями гонококковой вакцины и производил массаж простаты. Антивирус приготовлялся из гоно-стрепто- и стафилококков по методу Безредка. Пациенты были проинструктированы и вводили сами себе ежедневно антивирус в переднюю уретру. Под кожу через определенные промежутки вводился поливалентная вакцина, тоже состоящая из гоно-стрепто- и стафилококков. К простатическому массажу приступали только после того, как совершенно прекращалось уретральное истечение. Из общего числа больных 305 были отпущены, как клинически вылечившиеся. Автор отмечает, что те из них, которые получали антивирус, поправлялись гораздо скорее; уретральное истечение у них прекращалось на две недели раньше, отрицательный результат бактериоскопии простатического сока получался на 3,1 недели скорее. Общее лечение лиц, получавших антивирус, заканчивалось, в среднем, на 4,9 недели раньше у тех, которые получали антивирус по сравнению с теми, которые шли на одних антисептических промываниях. Разного рода осложнения в группе, не получавшей антивируса, наблюдались в три раза чаще: простатит развился в 14 случаях, эпидидимит—в 3, везикули—в 1 и лимфаденит—в 1 случае. В группе, леченной антивирусом, простатит наблюдался только один раз, эпидидимит—3 и лимфаденит—1. Автор полагает, что в основе успеха лежит выработка тканевого иммунитета. В. Дембская.

Хроника.

20. 17 января состоялся VIII выпуск рентгенотехников, окончивших курсы, организованные Рентгеноцентром АТССР, руководимым проф. Гасуль. Из 19 чел. 7 уходят на работу в районы, а остальные остаются в Казани для обслуживания рентгенокабинетов города. В числе курсантов—четверо татар.

21. Проф. В. П. Филатов, при невозможности пересадки больным нормальной ткани роговицы, применил стеклянный протез (из рогового хрустала), имеющий форму двух конусов, сложенных вершинами.