

и задержкой мочи, в начале процесса можно применить консервативные мероприятия. При нарастании явлений показано хирургическое вмешательство путем производства разреза через промежность. Вскрытие гнойника через прямую кишку нецелесообразно. При острых эпидидимитах показана инцизия придатка с рассечением оболочек для лучшего дренажа — это мероприятие быстро ведет к уменьшению болей в пораженном органе. При наличии рецидивирующих хронических эпидидимитов, сопровождающихся невралгиями и обуславливающих непроходимость для сперматозоидов из яичка, существуют все показания к удалению придатка целиком, ибо инцизия в этих случаях беспредельна. Редкое осложнение при гонорее — нагноившиеся бубоны — подлежат инцизии. При артритах с наличием гонококков в выпоте целесообразно прибегать к пункции сустава, однако автор считает, что артриты всегда стоят в прямой зависимости от первичного очага, поэтому необходимо в первую очередь направить терапию на ликвидацию очагов в простате и семенных пузырьках. В упорных случаях везикулитов целесообразно производить взвзвотию с последующим введением в канатик деинфицирующих растворов для воздействия на семенную пузырьки. При возникновении стерильности автор рекомендует производить операцию по Разумовскому. „Непроходимые“ стриктуры лучше лечить уретротомией. А. Д.

2) Гонорея

Govindan Nair. *Белый протозил в лечении гонорейных заболеваний.* (Ind. J. of ven. dis. vol. 4, № 1, 1938). Белый протозил был применен при лечении 21 больного острой и хронической гонореей, из коих излечено 25 человек при назначении в среднем от 15 до 18 грамм препарата на курс лечения. При острых уретритах безуспешности лечения отмечена лишь в 4% случаев. Препарат оказывает прекрасное терапевтическое действие и в случаях осложненной гонорей. Побочные явления наблюдаются редко, они бывают выражены слабо и исчезают после прекращения приема препарата. А. Д.

Redewill, F. (Сан-Франциско). *Острый гонококковый перигепатит.* (Urol. a. cut. rev., № 10, 1937). Симптоматология острого гонорейного перигепатита сводится к довольно резким болям в верхнем правом квадранте живота; боли эти самостоятельные, и при пальпации они чаще наблюдаются у женщин с наличием пельвиоперитонита и гонококков в отделяемом уретры и шейки. Сопутствующим симптомом является общая разбитость, тяжелое состояние, лейкоцитоз в крови и повышенная температура. Диагноз ставится в ряде случаев лишь на операционном столе, когда производится лапаротомия по поводу „аппендицита“ или воспалительных явлений в правой трубе. В оперированных случаях гонококки обнаруживаются в продуктах воспаления вокруг печени и в спайках. Лечение данного заболевания должно заключаться в назначении тепловых процедур на область печени в течение длительного срока. Одновременно целесообразно назначать внутривенные вливания глюкозы (500 см³). А. Д.

Lacquet, Thieffry, Piton et Basset. *Костные деформации при гонорейном коксите.* (C. r. de la Societe med. des Hopitaux. 11/III 1938). Авторы приводят описание трех случаев гонорейного коксита. Деформация кости в виде обширных абразий головки бедренной кости, сглаживания выступа коадила, его подвывих и опущение суставной ямки, появляются очень рано, не протяжении нескольких дней. У одной больной они ясно обрисовались уже на 8-й день заболевания. Они появляются сразу, точно срезанные каким-нибудь острым инструментом. Раз появившись, они долго не обнаруживали тенденции ни к дальнейшей прогрессии, ни к репарации. Процесс консолидации кости начинается с 1 месяца. На рентгенограммах он выявляется в виде сгущения костной тени, что соответствует отложению известковых солей и появлению анастомозирующих перекладин, приводящих к анкилозу. Диагноз гонорейного артрита можно поставить сразу, на основании вышеописанных признаков. Воспаление тазобедренного сустава, появившееся очень остро, сразу с сильными болями, у молодого субъекта, сразу наводит на мысль о гонорейном происхождении. Авторы настаивают на раннем энергичном лечении. Они рано прибегают к уретротерапии. Начатое в первые часы заболевания это лечение может оказать abortивный эффект и спасти сустав от деформации. Деибская.

Goldrey, A. *Аутосеротерапия гонорейных артритов.* (Urolog. Rev. 1937. 41. 556 - 558). В связи с тем, что гонорейный артрит наблюдается только у 1—2% всех больных гонореей, а считает, что в крови преобладающего числа лиц имеются защитные вещества, препятствующие инфекции суставов гонококками.