

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 семенной пузырек. 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 méd. 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.

На этом основании для лечения гоноройных артритов он применяет аутосеротерапию; полученная из крови больного сыворотка инактивируется нагреванием и впрыскивается ему под кожу по 1—2 см³ через день. Общая или местная реакция наблюдается при этом крайне редко. В качестве первого признака улучшения отмечается уменьшение болей; в дальнейшем в течение недели исчезает выпот в суставе и увеличивается объем движений в нем. Больные наблюдались в течение 6 месяцев, причем ни у одного из них рецидива заболевания не отмечено. Применение аутосеротерапии отнюдь не исключает обычного местного лечения заболеваний мочеиспускательного канала, семенных пузырьков и простаты.

Б. Иванов.

Richet. *Пиротерапия гоноройных артритов* (Paris Médical T. 27, № 49. 4/XII 1937). При лечении гоноройных артритов можно применять активную гипертермию, вызываемую впрыскиванием эмульсии микробных тел или химических веществ, и пассивную, осуществляемую при помощи физических способов согревания. У каждого из этих методов есть свои достоинства. При физических методах можно дозировать с точностью до одной десятой градуса степень лихорадки, а также и ее продолжительность. При биологических способах перегревание не поддается такому точному определению, зато при нагреве равной степени общая реакция организма бывает сильнее выражена. Противопоказанием к пиротерапии является старость, кахексия, недостаточность почек, печени, сердца и наличие флебита.

Пассивная пиротерапия осуществляется при помощи горячих ванн и коротких электрических волн. Американские статистики отмечают на 240 проследенных случаях 56% излечения, 36% улучшения и 8% неудач. Активная гипертермия наступает после внутривенного впрыскивания тифозной или стрептококковой вакцины или интрамускулярного введения сульфурированных масел. Пиротерапия, вызванная при помощи химических или биологических агентов, может принести пользу не только при гоноройных артритах, но и при эпидидимитах, а также, до некоторой степени, при сальпингитах. Однако она не оказывает никакого действия на гоноройные метриты и цервициты. Терапевтический эффект пиротерапии может быть объяснен как непосредственным воздействием на гонококка, который весьма термолабилен, так и косвенным — на организм больного. Она уменьшает вирулентность гонококка и усиливает защитные реакции организма.

В. Дембская.

Fanet et Dreyfus, M. R. *Пиротерапия гоноройных заболеваний* (Ann. mal. ven. № 5, 1937). Первый конгресс по пиротерапии в Нью-Йорке (март 1937). 6-е заседание. Гонококк погибает при температуре 41 и 42°, причем он может быть убит путем натуральной пирексии или искусственной. Продолжительность срока высокой температуры может колебаться в довольно широких пределах, ибо одни штаммы гонококков погибают при температуре 41,5° в течение 15 часов, другие остаются жить при этой же температуре в течение 23 часов. Таковы положения Дрейфуса, выставленные на конгрессе и поддержанные другими докладчиками. Жанэ доложил об использовании различных пирогенных агентов. Натуральная пирексия достигает цели в том случае, если повышенная температура длится достаточное время. Искусственная пирексия достигается различными приемами: химическими средствами, специфическими препаратами, неспецифическими, физическими. К специфическим средствам должны быть отнесены гонококковая вакцина, лизаты гонококков и живая культура. Ряд средств, конечно, не убивает гонококков сам по себе, но так влияет на жизнеспособность гонококков путем повышения температуры, что последние в конечном счете погибают. Прививки малярии и рекуррэнса гоноройным больным действуют хорошо, но они все же по своему терапевтическому эффекту не превосходят местного лечения. Стоит ли все же, говорит Жанэ, гоноройным больным прививать такие инфекции, как малярия и рекуррэнс, если нет полной уверенности в благоприятном исходе предпринятого лечения. Из физических агентов упомянуто тепло. В САСШ употребляется аппарат Кеттеринга-гипертерм. Далее упоминается диатермия, впервые примененная Рукайролем. Наконец, лечение гонореи короткими волнами; этот метод новый, но исследования и наблюдения последующих лет дают право утверждать, что гонорее можно излечить в 1 сеанс продолжением в 15 часов, в два сеанса по 8—9 часов или, наконец, в три сеанса по 6—7 часов. Карпентер в своем докладе указал, что для лечения гонореи пирексией требуется знание резистентности гонококков у каждого больного по отношению к тем-