

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 сульфурованных 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 рекуррентного гоноройного больного 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 рекуррент, 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-

температуре. Стаффорд, Варрен сообщили результаты своих наблюдений над лечением 163 больных. При температуре $41,5^{\circ}$ на 100 больных было излечено 87, у 8 человек лечение не дало успеха, и они были вылечены с помощью местной терапии в сроки от трех дней до 6 недель. У 4 женщин терапевтического эффекта от пиротерапии не получено. Один больной погиб от явлений обезвоживания. Америко Валерио применял температуру 42° дважды в неделю по 4 часа. Курс лечения 8—10 сеансов. Результаты: из 82 больных с хронической осложненной гонореей излечены 64 и у 18 получено улучшение; из 37 женщин: у 23 полное излечение и у 9 значительное улучшение. Автор указал, что противопоказанием к лечению служат: возраст старше 60 лет, заболевания сердечно-сосудистой системы и туберкулез легких.

Бирман и Горовиц сообщили, что за последнее десятилетие они получили излечение 113 больных из 121, употребляя диатермию тазовых органов. Крузен, Штулер и Рандалл лечили 361 больного гонореей, применяя теплый воздух в особом приборе, где температура тела достигала $41,5^{\circ}$, каждый больной получал 5 сеансов продолжительностью 5—12 часов. У 49 больных лечение не дало эффекта. Белт и Фолькенберг сообщили о своих не совсем удачных опытах над лечением 64 больных путем назначения им одного 10-часового сеанса гиперпирексии при $41,5^{\circ}$. Персонс, Бауман и Плюмер провели лечение 87 больных, которых они разделили на 2 серии; первой серии больных было назначено лечение пирексией, у больных второй серии гонореей лечили старыми методами „промываниями, массажами и инъекциями“. Пирексия была применена в течение трех дней по 5 часов при температуре $41,4$ — $41,6^{\circ}$. В острых случаях авторы получили в 72% случаев излечение. Траутман, Штрупе, Девлин за последние два года подвергли с помощью кеттеринггипертерма 278 больных с различными формами гонореи. 225 человек были излечены полностью при 5-часовых сеансах в течение 2—9 дней при температуре $41,1$ — $41,6^{\circ}$. При острых уретритах авторы получили излечение в 87% , при хронических в $70,5\%$. Труман, Шнабель и Феттер лечили 136 гонорейных больных применением кеттеринггипертерма: 4 сеанса по 6 часов при температуре $41,1^{\circ}$, 114 человек были излечены полностью, у остальных получено улучшение.

А. Д.

Hazel a. Snow. *Гонококковая септицемия, леченная гипертермией* (I. Am. m. as. T. 109, № 16, 16/X 1937 г). Септицемия при гонорее может быть мимолетного характера и быстро локализоваться в суставах или сухожилиях. Она может носить и более длительный характер, сопровождаться эндокардитом или протекать без него. При наличии эндокардита прогноз всегда бывает тяжелым. Тайэр на трупном материале нашел, что около 11% случаев эндокардита развивается на гонорейной почве. Фридрих в 1934 г. описал 4 случая гонококковой септицемии: трое больных выздоровели без сердечных осложнений, у четвертого развился клапанный порок. У всех были получены культуры гонококка из крови. Вилер и Корнель различают два вида гонококковой септицемии. При одном гонококки в крови надолго задерживаются, при другом — интермиттирующе. При наличии эндокардита гонококкемия бывает перманентно. Диагноз гонококковой септицемии ставится на основании нахождения гонорейного фокуса, появления озноба, лихорадки, лейкоцитоза, общего недомогания и, главное, нахождения гонококков в крови. Развившийся эндокардит обнаруживается эмболиями в артериях конечностей или внутренних органов и появлением сердечных шумов. Рост гонококка на искусственных средах появляется с трудом, и потому одна и даже повторные отрицательные культуры еще не говорят против наличия септицемии. Посевы следует делать перед максимальным повышением температуры, либо после ее спадения.

Авторы приводят историю болезни пациента, страдавшего гонорейной септицемией с артритом и пурпурой, из крови которого дважды были получены чистые культуры гонококка. Спустя 15 дней после поступления больной был подвергнут перегреванию, длившемуся 5 с половиной часов, причем ректальная температура его доводилась до 106 — $107,4^{\circ}$ Ф. ($41,1^{\circ}$ С— $41,9^{\circ}$ С. Ред.) Перегревание производилось в закрытой кабинке, в которую впускался горячий водяной пар при помощи распылителя, работавшего под давлением в 50 фунтов. После сеанса больной почувствовал себя очень слабым и ему пришлось сделать внутривенное вливание декстрозы. На другой день у него был озноб и температура поднялась до $105,6^{\circ}$ Ф. Пурпура почти исчезла, и боли в суставах стали гораздо легче. Посев крови опять дал чистую культуру гонококка. В течение недели больной чувствовал себя очень слабым и температура давала