

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. Фридберг 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 остаются длительно, 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. Спусти 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

ремиттирующие повышения. Спустя 10 дней после первого сеанса был сделан второй. В течение 5 часов температура поддерживалась на уровне 106—107,8° Ф (41,4° С — 42,1° С. Ред.). На этот раз он вынес ее хорошо. К вечеру температура пришла к норме. На следующий день после второго сеанса в простатическом соке был впервые найден гонококк. При исследовании, повторенном через три недели, гонококки уже не были найдены. Наступило полное излечение.

В. Дембская.

Заседания медицинских обществ.

Общество рентгенологов ТАССР

Заседание 9.1. 1938 г. Присутствовало 29 чел.

1) Доц. А. Н. Кресер. *Современное состояние вопроса ателектазов легких.* Учение о нарушениях бронхиальной проходимости отражает функциональное направление в клинике. Схема Джексона представляет три степени бронхостенозов: 1) незначительное сдавление — „сквозная частичная закупорка“ — воздух проходит при вдохе и выдохе, анатомические изменения не формируются, функциональное нарушение. Рентгенологический признак смещения средостения при вдохе в сторону, где сдавлен бронх — симптом Гольцкнехта-Якобсона; 2) более значительное сдавление или „частичная вентиляционная закупорка“ — так как диаметр бронха при вдохе расширяется и суживается при выдохе, образуется как бы клапан, нагнетающий воздух с последующим развитием эмфиземы в периферическом отделе легкого;

3) полное сдавление или „полная закупорка“ — воздух не может ни войти, ни поступить обратно — образуется ателектаз.

Причины ателектаза: а) изменение самой стенки бронха — воспалительный процесс, рак бронха и т. д., б) патологические изменения вне бронха, вызывающие вторично его сдавление (увеличение железы, опухоль и т. д.), в) закупорка бронха массами, не связанными ни со стенкой бронха, ни с окружающими его органами — сгусток крови, комочек слизи, инородное тело и т. д.

Патофизиологическая сущность ателектаза трактуется различно. „Ателектатический отек“ легкого — выступание эксудата в свободные от воздуха альвеолы легкого (Corillon и Wignbaum). Замедление тока крови в ателектатическом участке, в результате которого возникает отечность (Beitzke), гиперемия в стенозированном участке с трансудацией тканевой жидкости в альвеолы (Wallgren). Клинико-рентгенологическая картина ателектаза: а) одышка, кашель, притупление перкуторного звука, отсутствие дыхательного шума, б) на рентгене гомогенная тень по ходу бронха, смещение медиастинум в сторону ателектаза, сужение межреберий, поднятие диафрагмы.

Патолого-анатомические данные ателектаза: а) исчезновение альвеолярных полостей, б) переполнение капилляров кровью, отек капилляров.

Ателектаз легкого является сложным клиническим синдромом, осложняющим течение целого ряда легочных заболеваний, в частности, туберкулезного процесса. Как самостоятельное заболевание ателектаз возникает при наличии инородного тела в бронхе. Исход ателектаза находится в зависимости от механики его развития — полное восстановление легкого; превращение его в склероз; переход в нагноительный процесс. Бронхоскопия, применение контрастного рентгеновского исследования с введением в бронх липоидоля будут в значительной мере содействовать изучению вопроса о нарушениях бронхиальной проходимости.

В прениях выступали: доц. М. И. Гольдштейн и М. С. Перлин.

Заседание 15.V 1938 г. Присутствовало 29 врачей и 33 рентгенотехника.

1) В. А. Новиков. *Некоторые новые достижения в области советской рентгенотехники.* Выпуск рентгено-аппарата в СССР находится на высоком уровне современной техники как по качеству аппаратуры, так и по масштабам