

из них у 18 образовался полный костный анкилоз, а у 4 — псевдоартроз, так как в этих случаях из-за значительного разрушения суставного хряща трудно было приладить друг к другу суставные поверхности. Подобным же образом при помощи широкой пластинки из tibiae можно получить анкилоз и в голеностопном суставе. Операция артротомии противопоказана у детей; у взрослых она может производиться только при безуспешности консервативного лечения и невозможности рассчитывать на сохранение подвижности в суставе из-за имеющихся обширных разрушений

Б. Ивансв.

Fehr, A. u. Meier, E. *Хирургическое вмешательство при переломах основания черепа.* (Bruhns' Beitr. 1937. 166. 2. 177—199). На основании 417 случаев переломов основания черепа, наблюдавшихся в Цюрихской хирургической клинике в 1919—1935 гг., а. считает, что лечение этих переломов должно проводиться хирургом в тесном контакте с отоларингологом, невропатологом и офтальмологом. Сам по себе перелом основания никогда не служит показанием к первичному хирургическому вмешательству; методом выбора при этом является консервативное лечение. В случаях переломов в области передней черепной ямки операция показана при наличии угрозы прогрессирующей инфекции со стороны инфицированных придаточных полостей носа. Среди переломов в области средней черепной ямки необходимо различать продольные и поперечные переломы пирамиды височной кости; при продольных переломах операция не показана даже при наличии воспалительных процессов в среднем ухе или истечении спинномозговой жидкости, так как в большей части подобных случаев наступает выздоровление без каких-либо осложнений; при поперечных же переломах с вскрытием внутреннего уха имеется опасность развития менингита, почему здесь необходим более активный образ действий, особенно при гнойном воспалении среднего уха и начинающемся менингите. Из поздних осложнений переломов основания черепа а. упоминает о редко встречающихся поздних риногенных абсцессах и поздних абсцессах после продольных переломов пирамиды; в этих случаях операция дает довольно благоприятные результаты. Чаще встречается поздний менингит при поперечных переломах пирамиды, причем а. подчеркивает, что больные с переломами в области лабиринта должны находиться под постоянным наблюдением отоларинголога и предупреждаться о возможности развития осложнений.

Б. Иванов.

в) Урология.

Mussgnug. *Новые данные о развитии изменений почек при гипертрофии предстательной железы.* (Zbl. Chir. 1937. 43. 2471—2472). Сообщение о результатах экспериментального изучения на собаках действия различных экстрактов предстательной железы на почки. Исследования показали, что водные экстракты гипертрофированной простаты собак и людей оказывают резко токсическое действие на почки; экстракты нормальной предстательной железы собак вызывают в почках лишь незначительные и скоропроходящие изменения. Прежде всего страдает функция почек; с ухудшением концентрационной способности развивается компенсаторная полиурия; в дальнейшем ежедневное количество мочи постепенно уменьшается, и большая часть животных при ясно выраженной олигурии и истенурии погибает от уремии. Гистологическое исследование почек дает картину нефроза с поражением клубочков. Исследования а. имеют большое значение для решения вопроса о преимуществах простатэктомии и электрорезекции; со своей стороны он подчеркивает, что для удаления токсического фокуса из организма необходима радикальная операция с одновременным восстановлением свободного оттока мочи.

Б. Иванов.

Delapnoy и Demarez. *Дермоидная киста семенного канатика* (Ann. d'Anat. et chir., т. 14, 1937). Дермоидные кисты семенного канатика чрезвычайно редки, в 1926 г. Рубашев собрал всего 13 случаев.

Автор приводит историю болезни мужчины, 30 лет, у которого у основания семенного канатика имелась опухоль величиной с детскую головку.

Диагноз был поставлен во время операции, опухоль была свободной, без сосудистых ножки весила 450 г. При вскрытии среди эпителиальных клеток и кристаллов были найдены волосы.

Е. Ауслендер.

Zeiss. *Литотрипсия под контролем глаза.* (Ztsch. f. urol., № 6, 1933). 35-летний мужчина в течение 3-х лет страдал расстройством мочеиспускания и гема-

турией. Рентгенографией распознан камень, который был раздроблен под контролем рентгенаппарата. А. Д.

Zeiss (Вильдунген). *Туберкулезная структура уретры.* (Ztsch f. urol., № 5, 1937). У мужчины 39 лет, страдающего туберкулезным циститом 5 лет, неоднократно были обнаружены туберкулезные палочки в моче при наличии значительной пиурии. Цистоскопия ввиду значительной кровоточивости из уретры не удалась. Уретро-цистограмма дала возможность обнаружить в передней уретре значительные язвенные изменения туберкулезной природы. Внутривенная пиелография дала картину глубоких изменений туберкулезного характера в почках. А. Д.

Meuer—Wildisen, R. *Ложный тумор в перепончатой части уретры.* (Schweiz. m. w. № 6, 1937). Мужчина 72 лет явился с жалобами на недержание мочи. Обследование показало, что в перепончатой части канала прощупывается опухоль плотной консистенции; моча мутная с наличием гноя и эритроцитов. Уретрограмма с торотрастом дала возможность установить наличие инородного тела в перепончатой части канала. Хирургическим путем тело извлечено и оказалось резиновым кусочком. Установить причину попадания резины не удалось, все же не исключена возможность, что это обрывки старого резинового катетра. А. Д.

Sparks and Parsons (Виксбург—Миссисипи). *Карцинома женской уретры. Сообщение о случае с обзором литературы.* (Urol. and cut. rev. № 3, 1937). Женщина 75 лет, не болевшая ранее урологическими заболеваниями, обратилась с жалобами на затруднение мочеиспускания и появление крови из вагины. При обследовании была обнаружена небольшая опухоль в уретре с изъязвлением, которую можно было выводить к наружному отверстию. Окружающая уретру клетчатка не была фиксированной; паховые железы не пальпировались. После биопсии кусочка опухоли установлена карцинома. Через 3 месяца, после предварительного облучения большой Х лучами произведена операция экстирпация опухоли с частью уретры. После большой мочилась нормально. В приложенной к статье таблице приведены данные в отношении карциномы уретры.

Карцинома уретры не является крайне редким заболеванием. Прогноз заболевания серьезный, но не всегда безнадежный. А. Д.

Lavegny, H. *Лечение острых эпидидимитов* (Urol. a. cut. rev. № 3, 1937). Во всех случаях острых эпидидимитов, когда применяется консервативная терапия, не приводящая к уменьшению болей в придатке и снижению температуры в течение 24 часов, автор считает показанной эпидидимитомию; этот метод целесообразнее применять в самых ранних стадиях заболевания, когда можно заподозрить развитие абсцессов в придатке. Оперированные больные получают облегчение вскоре после операции и встают с постели уже на 6-й день, а с 7-го дня начинаются промывания канала. Пребывание в госпитале в большинстве случаев можно ограничить 1—2 днями. Рассечение оболочек нужно производить по передней поверхности яичка. В выносный проток вводится антисептическое вещество. Швы с кожи снимаются на 5-й день.

Консервативные методы терапии эпидидимитов значительно удлиняют сроки пребывания больных в стационаре, и не обеспечивают столь быстрого уничтожения болезненности органа как при хирургическом вмешательстве. Во всех острых случаях эпидидимитов показано хирургическое лечение. Рецидивы при консервативном лечении бывают чаще. На материале в 130 больных, леченных хирургическим путем, и более 200—консервативным способом автор и обосновывает свои выводы. (В статье приведена сравнительная таблица результатов лечения). А. Д.

Wolbarst, A. (Нью-Йорк). *Гоноррея мужчины с хирургической точки зрения* (Urol. and cut. rev. № 5, 1938 г.). При остром уретрите хороший отток гноя из канала происходит лишь при широком наружном его отверстии, при узком же отток гноя затруднен, поэтому автор рекомендует производить меатотомию. При наличии длинного препуциального мешка гной из канала задерживается в мешке, и часто при недостаточной чистоплотности больного происходит либо фимоз, либо парафимоз. По миновании острых явлений автор рекомендует в подобных случаях производить циркумцизию. Пери-и парауретральные абсцессы требуют хирургического лечения; при локализации в промежностной части канала и при нагноении Куперовой железы целесообразно производить вскрытие гнойника с последующим его дренажем. При остром абсцессе простаты, сопровождающемся всегда ознобом, лихорадкой и болями, а впоследствии