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 пиэлография дала картину глубоких изменений туберкулезного характера в почках. *А. Д.*

Meyer—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 изъявлением, 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 больной X лучами произведена операция экстирпация опухоли с частью уретры. После больная 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.*

Laverny, 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 эпидидимотомию; 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). *Гонорея 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