

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.

Лавегну, Н. *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). *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

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 см<sup>3</sup>). 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.