

миокарда, гипертрофия сердца, изменения в печени и почках и т. д. В эндокринных железах, кроме щитовидной железы, можно найти состояние гипогонадизма. Эти изменения не постоянны, не однородны и не всегда связаны с феноменом корреляции желез. По этой причине вопрос об участии эндокринных желез в генезе некоторых тиротоксических феноменов остается еще до сих пор, как это отмечает Пенде, невыясненным. *Е. Ауслендер.*

Paraf, Gally et Orinstein. Рентгенотерапия щитовидной железы при сердечной недостаточности. (Bull. et mém. des Hôp. de Paris. № 27, 1936). Результаты тотальной тиреоидэктомии при сердечной недостаточности очень показательны. В то же время рядом авторов приводились хорошие результаты, полученные и от длительной глубокой рентгенотерапии при лечении Базедовой болезни. Это побудило авторов к попытке применить рентгенотерапию в одном тяжелом случае асистолии с аортитом, гипертензией и сердечной декомпенсацией. Несмотря на полный покой и применение сердечных средств явления декомпенсации нарастали и по временам появлялся даже отек легких. Больной получил 4 сеанса рентгенотерапии (всего 2000 R).

В течение некоторого времени нельзя было отметить улучшения, но постепенно наступило улучшение, и через 2 месяца больной выписался в превосходном состоянии. Через 5 месяцев эффект еще держится, улучшение подтверждается и электрокардиограммой. Так же как и тиреоидэктомия, лечение щитовидной железы рентгеном дает прекрасные результаты при болезнях сердца, но без того риска, который имеется при тиреоидэктомиях. *Е. Ауслендер.*

Lloyd. Гонадотропный гормон при лечении мужской стерильности. (Lancet, № 5870, V. 1. 1936). Наблюдения показали, что нормальное опущение яичек в мошонку стоит в зависимости и от гонадотропного гормона. Его стали применять с лечебной целью при патологической задержке этого опущения и во многих случаях при этом были отмечены весьма благоприятные результаты. Опыты на животных показали, что и процесс сперматогенеза находится под влиянием того же гормона. Вслед за экстирпацией передней доли гипофиза следовало прекращение выработки спермиев, после же ее имплантации их продукция снова восстанавливалась. Шокгард, вводя гонадотропный гормон, получал у птиц преждевременное развитие сперматогенеза. Брозиус и Шафер описывают случай азооспермии, развившейся у молодого человека после орхита, осложнившего свинку. Они стали применять к нему гонадотропный гормон, выделенный из мочи беременных женщин, и добились появления живых подвижных сперматозоидов. Брозиус описывает также случай из своей практики, где после лечения гонадотропным гормоном мужа, наступила беременность у жены после продолжительного периода стерильности. Автор приводит описание двух наблюдавшихся им аналогичных случаев. Первый случай: пациент, 27 лет, состоит три года в бездетном браке. При обследовании, как яички, так и их придатки представляются меньше и мягче нормы. В пубертатном периоде он перенес свинку, но не помнит, чтобы она сопровождалась орхитом. Анализ семени обнаружил, что в одном куб. см содержалось 2 миллиона сперматозоидов, все они были лишены подвижности и 24% их имели неправильную форму. После продолжительного отдыха и санаторного лечения появилось до 50% подвижных форм. После этого автор приступил к лечению антуитрином, вводя раз в неделю в течение 4 месяцев по 100 мышинных единиц. В декабре закончилось лечение, а в марте жена забеременела и разрешилась доношенным плодом. Второй случай отличается от первого тем, что в анамнезе имеется перенесенный орхит как следствие эпидемического паротита, оставившего после себя следы в виде некоторой атрофии правого яичка. Впрыскивание антуитрина привело к увеличению количества подвижных сперматозоидов, а затем, в конечном итоге, — к оплодотворяющему контусу.

В. Дембская.

е) Риноплатингология.

Koch и Eigler. Лучистая терапия фиброиды основания черепа. (Arch. f. Ohr. Nas. и Kehlkopfheilkunde, Bd 142, H. 1, 1936 г.). Аа. сообщают о 6 случаях лечения фиброиды основания черепа (basalfibroid) радием. Два случая были совершенно неоперабельны, так как опухоль проросла все придаточные пазухи; в остальных 4 случаях опухоль локализовалась только в носоглотке. Доза

радия назначалась в зависимости от величины опухоли и возраста больного. Гистологическая картина (пробная экспизия во всех случаях) не может определять дозу радия, так как клеточная структура в отдельных частях опухоли оказывается непостоянной. Существенных нарушений на слизистой оболочке от лучей радия авторы не наблюдали. У 5 больных получено полное излечение, шестой находится еще под наблюдением. Авторы рекомендуют применять радиотерапию, особенно при больших размерах опухоли. *Б. Соколов.*

Erngei. *О строении носовых нервов.* (Arch. f. Ohr., Nas. u. Kehlkor-felheil. Bd 142, H. 2, 1936 г.). На основании гистологического исследования, имевшего целью определить характер волокон в ветвях тройничного, обоня-тельного и пограничного нерва и соотношение этих волокон друг к другу, автор сообщает: исследование велось на кошках, белых крысах, морских сви-ках; препараты фиксировались по Wittmaak и de Castro с заливкой в целло-идин—парафин по Apathy, продольные и поперечные срезы осмировались по Kiss'y, серебрились по Ramon'y и Lenhossek'y. Обонятельный нерв содержит только безмякотные волокна, которые нигде не смешиваются с мякотными во-локнами тройничного нерва. В слизистой оболочке обонятельной области были найдены маленькие группы ганглиозных клеток, казавшиеся на осмированных препаратах светлыми и круглыми.

Ветви тройничного нерва имеют смешанное строение: n. n. ethmoidalis an-terior et posterior, n. sphenopalatinus, n. nasalis posterior состоят как из мякот-ных, так и из безмякотных волокон; N. n. alveolares superior, infraorbitales pala-tini состоят преимущественно из мякотных волокон. Количественное соотноше-ние ветвей обоого рода в нервных стволах по отношению друг к другу—раз-лично. В названных нервах никаких ганглиозных клеток не обнаружено.

Безмякотные волокна симпатического нерва частью идут к ветвям тройнич-ного нерва, частью идут самостоятельно в мелких пучках в непосредственной близости сосудов и желез.

Нервное снабжение Якобсонова органа происходит за счет обонятельного, тройничного и симпатического нервов. В мелких ветвях тригеминуса находятся волокна обоих видов. В эпителии органа никаких ганглиозных клеток не на-блюдается. *Б. Соколов.*

Amersbach. *Лечение озы.* (Arch. f. Ohr., Nas. и Kkh. Bd. 142, H. 2, 1936). А. сообщает о двадцатилетнем опыте наблюдения и лечении озы. После обзора существующих теорий этиологии озы (механическая, химизм костей, конституциональная, трофическая, инфекционная, эндокринная) автор *пытается* на основании своих 138 случаев оперативного лечения озы (по Lautenschlä-ger'y, Wittmaak'y, Halle, Brünings'y, Eckert-Möbius'y и др.) сделать вывод в пользу какого-нибудь из перечисленных оперативных вмешательств. Автор приходит к убеждению, что в вопросах лечения озы хирургия пока бес-сильна. *Б. Соколов.*

ж) Урология.

Clark. *Дивертикул в простатической части уретры* (Journ. Am. Med. Ass. № 1, т. 107, 1936). Мужчина, 56 лет, жаловался на расстройство мочеиспускания, истечение струи мочи; перенес гонорею 20 лет назад; при обследовании у него была обнаружена стриктура уретры. После ее дилатации, удалось боль-ному проделать цисто-и уретроскопию. Позади семенного пузырька на рент-генограмме с наливкой мочевого пузыря удается видеть затекание контрастной жидкости в ямку, расположенную в простатической части уретры. При паль-пации в дивертикуле обнаружено плотное тело—камень. Лечение хирургическое. *А. Д.*

Mühlpfordt. *Стриктуры мужской уретры после применения хлористого цинка* (Med. Kl., № 33, 1936). Описан случай, когда врач по ошибке применил себе спринцевание уретры 30% хлористым цинком. Развилась стриктура, кото-рая с трудом поддавалась лечению бужированием, и вскоре после прекращения лечения наступало вновь сужение канала с тенденцией к прогрессированию. *А. Д.*

Kobert Cone. *Дивертикул женской уретры* (Urol. and Cut. rev., XI, 1936). Сообщение касается 6 случаев дивертикулов. Болезнь не представляет затруд-