радия назначалась в зависимости от величины опухоли и возраста больного. Гистологическая картина (пробная эксцизия 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. Kehlkopfeilheil. Bd 142, H. 2, 1936 г.). На основании гистологического исследования, имевшего целью определить характер волокон в ветвях тройничного, обонятельного и пограничного нерва и соотношение этих волокон друг к другу, автор сообщает: исследование велось на кошках, белых крысах, морских свинках; препараты фиксировались по Wittmaak и de Castro с заливкой в целлоидин—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 волокнами 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 anterior et posterior, n. sphenopalatinus, n. nasalis posterior состоят как из мякотных, так и из безмякотных волокон; N. n. alveolares superior, infraorbitales palatini состоят преимущественно из мякотных волокон. Количественное соотношение ветвей обоего рода в нервных стволах по отношению друг к другу—различно. В названных нервах никаких ганглиозных клеток не обнаружено.

Безмякотные волокна симпатического нерва частью идут к ветвям тройничного 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 наблюдалось. *Б. Соколов.*

Amersbach. *Лечение озены.* (Arch. f. Ohr., Nas. и Kkh. Bd. 142. H. 2, 1936). А. сообщает о двадцатилетнем опыте наблюдения и лечении озены. После обзора существующих теорий этиологии озены (механическая, химизм костей, конституциональная, трофическая, инфекционная, эндокринная) автор *пытается* на основании своих 138 случаев оперативного лечения озены (по Lautenschläger'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 озены хирургия пока бессильна. *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, истончение струи мочи; перенес гонорею 20 лет назад; при обследовании у него была обнаружена стриктура уретры. После ее дилятации, удалось больному проделать цисто-и уретроскопию. Позади семенного пузырька на рентгенограмме с наливкой мочевого пузыря удается видеть затекание контрастной жидкости в ямку, расположенную в простатической части уретры. При пальпации 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, которая 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-