

Harris и McDonald. Влияние люмбарной симпатектомии на рост парализованных конечностей (J. Bone and Joint surg. Boston V. 18, I 1936). Авторы исходят из того положения, что усиленный подвоз крови к конечностям, продолжающийся в течение долгого времени, будет иметь в конечном результате их ускоренный рост. Такое усиление кровоснабжения в области ног наблюдается после люмбарной симпатектомии. Коротконогость, которая следует после перенесенного полимиелитического паралича, является результатом устранения тех добавочных факторов, которые обычно влияют на базальный рост эпифизарной линии. Такими факторами обычно являются сокращения нормальной мускулатуры и достаточный подвоз крови. Авторы утверждают, что после хорошо выполненной люмбарной симпатектомии в иных случаях удается избежать коротконогости после перенесенного полиомиелита. Хорошего результата легче удается достигнуть, если параличом бывает поражена одна конечность, если этот паралич не слишком тяжел и если операция предпринята достаточно рано (до 6-летнего возраста). Ганглиоэктомия в общем дает лучший эффект, чем рамисекция. В. Дембская,

в) Акушерство и гинекология.

Guggisberg H. Гипофизарные расстройства в связи с беременностью (Schweiz. med. Wschr. 1936. 2). А. указывает на часто наблюдающиеся во время беременности и в послеродовом периоде расстройства, которые, несмотря на отсутствие точных патолого-анатомических данных, должны быть отнесены по клинической аналогии за счет гипофиза. Встречающиеся иногда билатеральные гемиянопсии и невриты зрительного нерва должны считаться результатом увеличения передней доли и давления на хиазму; после родов эти явления проходят. Подобным же благоприятным предсказанием отличаются и другие расстройства, связанные с изменениями мозгового придатка: акромегалические явления у многих беременных, нарушения водного баланса до diabetes insipidus включительно и расстройства жирового обмена. Некоторые формы ожирения с задержкой развития половых функций и вторичных половых признаков—тоже гипофизарного происхождения; сюда же относится и кахексия Simmond'a, при которой отличное действие оказывает назначение препаратов передней доли. В заключение а. указывает на послеродовую атрофию половых органов, при которой хорошие результаты дает применение крови беременных (ранних месяцев), вероятно, вследствие высокого содержания в ней гормона передней доли. Б. Иванов.

Caffier. К вопросу о менструации (Zbl. Gyn. 1936. 5. 257—267). В связи с успешно производимой Штрассманом пересадкой труб в матку для восстановления canalis menstrualis в случаях предшествовавшей полной облитерации, стал актуальным вопрос о возможности менструальных кровотечений из труб. А. считает, что название „трубная менструация“ неправильно; по его мнению, появляющееся при этом каждые 4 недели кровотечение не является менструацией в собственном смысле этого слова, а представляет лишь циклическое выделение крови без овуляции. Способ Штрассмана восстанавливает canalis menstrualis, но не восстанавливает менструации. О последней можно говорить лишь при пересадке способного к функции эндометрия во вновь созданную полость матки (способ Сердюкова). Б. Иванов.

Liegnier. Лечение инсулином менструальных расстройств (Zbl. f. Gyn. Bd. 59, 10/XI, 1935). Автор вполне соглашается с утверждением Клафтена, что инсулин является весьма эффективным средством при лечении менструальных расстройств у исхудавших женщин. Обычно у таких женщин наряду с сильным исхуданием наблюдаются расстройства со стороны печени и желудочно-кишечного тракта, т. е. углеводного и жирового обмена. У предков таких больных нередко наблюдался диабет. Очевидно панкреатическая недостаточность у них являлась наследственным признаком. В связи с этим автор указывает на тот факт, что панкреатическая недостаточность в иных случаях проявляется как диабет, а в других как исхудание, сопровождающееся генитальными расстройствами. В. Дембская.

Theobald. Лечение неврита беременности витамином В (Lancet № 5876. V.CCXXX. 11/IV 1936). Автор приводит истории болезни 5 беременных женщин, находившихся в последней стадии беременности и страдавших симптомами неврита беременности. В 4-х случаях эти симптомы были устранены одной только инъекцией витамина В к диете, так что можно было предположить, что заболевание явилось следствием недостаточного подвоза этого аксессуарного вещества. У двух

пациенток был обнаружен также недостаток витамина Д, что было скорректировано соответственной диетой. Токсению беременности он считает одним из проявлений авитаминоза.

В. Дембская.

Friedrich H. *Редкие формы расстройств мочеиспускания у женщин (склероз сфинктера, стеноз мочеиспускательного канала)* (Zbl. Gyn. 1936. 4. 212—217). Целью работы а. является стремление заставить врача при трудно объяснимых расстройствах мочеиспускания у женщин подумать о возможности наличия в данном случае одного из заболеваний, наблюдавшихся им у двух больных. Клинические явления, обнаруженные во время операции, и результаты гистологического исследования показали, что дело шло о настоящем склерозе сфинктера, т.е. о заболевании, клиническая картина которого, поскольку дело касается женщины, описана лишь в самое последнее время. Во втором случае препятствие для мочеиспускания помещалось не в шейке мочевого пузыря, а в мочеиспускательном канале; имелся стеноз уретры, также почти неизвестный у женщин. В первом случае после иссечения клиновидного куска из передней губы сфинктера наступило выздоровление, а во втором—расстройства исчезли после расширения уретры.

В. Иванов.

г) Невропатология.

Pitha M. *Мышечные атрофии при поражениях париетальной доли* (Rev. Neurologique, № 4, 1936). Автор сообщает о 4 случаях своих наблюдений. *Первый случай* касается 6-ного 48 лет, с судорогами правой половины туловища, по типу джексоновских, наблюдавшихся в течение 10 лет; на операции установлена глиома левой париетальной доли величиной с куриное яйцо, которая и была удалена. Через 3 месяца после операции, при наличии легкого гемипареза, отмечаются диффузные мышечные атрофии в правой половине туловища, преобладающие в мелких мышцах руки; гипотония и понижение мышечной силы. *2 случай* Мужчина, 48 лет, в течение 6 месяцев общие судороги с нарастающей общей слабостью. За последний месяц ежедневные головные боли, временами ажитированы, иногда сонлив. Объективно: легкий левосторонний гемипарез с атрофиями мышц левой руки и расстройством глубокой чувствительности на левой половине туловища. Расширение вен глазного дна, левосторонняя гомонимная гемианопсия. На операции удалена опухоль правой теменной доли: глиобластома. Спустя два м-ца после оперативного вмешательства—расстройство глубокой чувствительности и мышечная слабость исчезают, гемианопсия и атрофия только мелких мышц левой руки остаются.

3 случай. Больной, 37 лет. В течение 2 м-цев сильные головные боли в затылочной области, периодические расстройства речи по типу афазии Wernicke. Объективно: резкая асинергия, при походе—отклонение туловища влево, рефлекторная, двигательная, чувствительная сферы не изменены. Застойные соски зрительных нервов с многочисленными кровоизлияниями. Оперативным путем удаляется опухоль левой париетальной доли. 4 месяца спустя отмечается правосторонний гемипарез с легким понижением тонуса мышц правых конечностей, расстройством глубокой чувствительности и астереогноз, диффузная мышечная атрофия правых конечностей, но преобладают атрофии мелких мышц кисти и предплечья.

4 случай. Больной, 26 лет, в течение года страдает приступами судорог в левой половине лица. Объективно: никаких изменений со стороны двигательной и чувствительной сферы, но наблюдаются резкая атрофия левой половины языка (без реакции перерождения), подергивания правой половины языка; понижение левого роговичного рефлекса. Застойные соски зрительных нервов с обеих сторон. Декомпрессивная трепанация дала только незначительное улучшение. При вторичном хирургическом вмешательстве определяется туберкулома с гнойным содержимым в обл. Роланд. борозды. Центральная атрофия языка—чрезвычайно редка, всего 2 случая (Joffroy, Бехтерев).

Говоря о симптоматологии описываемых мышечных атрофий, автор подчеркивает их преобладающее расположение в мелких мышцах кисти и постоянно предшествующую и сопутствующую гипотонию и медленный постепенный рост атрофий. Электровозбудимость поражения мышц понижена, без признаков перерождения мышц. Степень выраженности атрофий идет параллельно парезу мышц, но в расстройствах чувствительности такой пропорциональности нет; во многих случаях чувствительность была сохранена. По мнению автора, мышечные атрофии при поражении париетальной доли бывают значительно чаще, чем думают о них.