

ское предрасположение". Это эпилептическое предрасположение сказывалось и в темпераменте животного, в степени электровозбудимости коры мозга, в содержании К и Са в крови, и объяснялось автором действием различных гормональных факторов. Им производилась тотальная экстирпация поджелудочной железы, под эфирным наркозом у 6 собак с эпилептическим предрасположением. У животных, с выключенным инсулярным аппаратом, экспериментальную эпилепсию вызвать ни разу не удалось, однако у двух животных, прикладыванием к коре ватки, смоченной инсулином, вновь удавалось вызвать припадки. У трех собак, не имевших эпилептического предрасположения, после прикладывания к коре ватных тампонов, смоченных экстрактом поджелудочной железы, с эпилептическим предрасположением, автором вызывались местные и общим эпилептические судороги. На основании своих опытов исследователь говорит о внутрисекреторной функции поджелудочной железы, обуславливающей эпилептическое предрасположение.

Ш. Геллер.

Marinesco, Nicolesco I. et Nicolesco M. *Двусторонние поражения зрительного бугра* (Encephal. № 30, 1935).

У 39-летней женщины внезапно, без потери сознания, появляется левосторонняя гемиплегия с расстройством чувствительности, вазомоторными расстройствами и приступами болей на той же стороне. Несколько позже на правой половине туловища отмечаются мозжечковые, вегетативные и чувствительные расстройства. Смерть через год. На аутопсии, кроме мелких очагов размягчения, определяется старый очаг кровоизлияния в правом зрительном бугре и более свежий в левом, и поражение чувствительных волокон в мосту.

Ш. Геллер.

Olof Sjöquist. *Внутричерепные аневризмы а. carotis и их отношение к офтальмоплегической мигрени* (Nerven Arzt. № 5, 1936).

До введения в неврологическую практику ангиографии сосудов, аневризмы черепного отдела а. carotis interna часто определялись только при операции или аутопсии. При пользовании ангиографией диагностика этого тяжелого заболевания значительно облегчилась. А. приводит в статье 5 историй болезни своих случаев, где благодаря ангиографии с торатрастом диагноз довольно точно был поставлен при жизни 6-ных.

Клиническая симптоматология внутричерепных аневризм а. carotis зависит от кровоизлияния из них в субарахноидальное пространство или же сдавления аневризмой окружающей мозговой ткани. Главный локальный синдром — паралич глазодвигательного нерва, впервые отмеченный Adams в 1869 г. Таким образом получается гомолатеральная офтальмоплегия. N. trochlearis поражается чаще, чем отводящий нерв, который благодаря своему боковому положению реже повреждается. Миоз пораженного глаза может наблюдаться так же часто, как и мидриаз, что стоит в зависимости от степени поражения периаартериальных симпатических волокон стенок а. carotis. От этого же зависит и выраженность экзофтальма одного глаза, который иногда может совсем отсутствовать. Сдавлением аневризмы вовлекается в процесс 1-я ветвь тройничного нерва, что вызывает сильные боли в области глаза и лба, протекающие по типу тяжелых невралгий. Если одновременно с разрывом стенок аневризмы происходит просачивание крови в субарахноидальное пространство, тогда определяется ригидность затылка, отмечается потемнение сознания и разлитые головные боли. Такие разрывы сочетаются с последующими периодами тромбозирования, во время которых может наступить улучшение или полное исчезновение болезненных симптомов.

Разрывы стенок могут неоднократно повторяться. Триада: 1) боли в области 1-ой ветви тройничного нерва, 2) офтальмоплегия и 3) течение в форме острых ухудшений с последующими ремиссиями, чрезвычайно характерна для аневризмы инфраклиноидальной части art. carotis. Этот синдром сходен с описанием офтальмоплегической мигрени, данным Шарко, этиология которой малоизвестна. Во многих случаях офтальмоплегическая мигрень связана, по мнению автора, с аневризмой art. carotis. А. подчеркивает возможность врожденных аневризм или проявления их в раннем детском возрасте.

Каждый случай офтальмоплегической мигрени должен исследоваться ангиографически. При аневризме art. carotis, лежащей над прос. clinoidaeus, наблюдаются поражения tractus n. optici, обонятельного нерва; при больших размерах

аневризмы — и душевн. расстройства. Аневризмы супраклиноидальной части вызывают первичную атрофию зрительного нерва, выпадения поля зрения, анемию и расстройства психики. От давления аневризмы может разрушаться и прилежащая костная ткань турецкого седла, и тогда клиническая картина аневризмы art. carotis протекает так, как при опухоли гипофиза.

Останавливаясь на терапии, автор указывает на наложение лигатуры на art. carotis communis или art. carotis interna, но, имея в виду самопроизвольное тромбозирование и рубцевание аневризматического мешка, рекомендует это мероприятие применять только в угрожающих жизни или часто рецидивирующих случаях.

Ш. Геллер

2) Хирургия.

Beauchemin, Springer and Elliott. *Интравенозная паральдегидовая анестезия* (Medical Times, June, 1935.)

В психиатрических больницах малая хирургия ставит хирурга в известное затруднение, когда местная или общая ингаляционная анестезия является практически невозможной.

В таких случаях Elliott рекомендует кратковременную интравенозную паральдегидовую анестезию. Средняя доза — 9,2 куб. см на 60 кг веса вызывает анестезию на 6 мин. Техника проста. Высчитанная доза вливается в шприц и впрыскивается в вену с быстротой 2 куб. см в секунду. Пациент погружается в глубокий сон во время инъекции или немедленно после нее.

Выгода этой анестезии: быстрота и сравнительная безопасность, нет стадии возбуждения, не бывает головных болей, нет ни тошноты, ни рвоты, ни расстройств желудочно-кишечного тракта; нет легочных осложнений и ни разу не приходилось прибегать к сердечным средствам.

Действие паральдегида изучалось клинически и лабораторно.

В. Г. Горбатов.

Kondoleon und Dragonas. *Цистография, как способ диагностики и локализации эхинококка мозга* (Zentralblatt für Chirurgie, № 33, 1936).

Аа. в 2 трудно диагностируемых случаях эхинококковых кист мозга поставили правильный диагноз при помощи артериографии и вдувания воздуха в желудочки мозга. На рентгенограмме ясно обозначилось круглой формы резко отграниченная полость. В этих случаях реакция Кацони была отрицательная. В обоих случаях диагнозы подтвердились рентгенологически.

Юров.

Grzywa. *Применение надколенника в качестве аутопластического штифта (больцунг) при резекциях коленного сустава по поводу деструктивных процессов в эпифизах бедра* (Zentralblatt für Chirurgie, № 32, 1936).

При туберкулезных гонитах с деструктивными процессами в эпифизах бедра аа. на основании одного наблюдения, рекомендует в качестве больцунга употреблять надколенник. Операция: разрез extensor'a. Резекция коленного сустава обычным способом. Экскохлеация пораженных участков в эпифизе бедра. Освещение надколенника спереди, сзади и с боков, причем проксимальный конец остается в связи с сухожилием. В головке tibiae выдвигается небольшое ложе. Надколенник осторожно молотком вбивается в полость эпифиза бедра, а другой конец его вставляется в полость tibiae. Сухожилие m. quadriceps femoris пришивается к tuberositas tibiae.

Юров.

Seiffert. *Первичный нервный шов в запущенных случаях инфицированных ран* (Zentralblatt für Chirurgie, № 32, 1936).

В случаях тяжелых инфицированных ранений с разрушением нервов, доставляемых в поздние сроки (8-й день), аа. рекомендует применение первичного нервного шва. Сначала иссекается образовавшаяся неврома, а затем концы нервов сшиваются. Сшивать можно бок в бок, с тем, чтобы после окончания гнойного процесса наложить вторичный шов, или же сразу, конец в конец, проводя швы через периневрий. Для предохранения нервного шва аа. обертывает его серебряной полоской; тампонада не применяется. Лечение в шине, через 7 недель гальванизация.

В одном случае ранения n. radialis аа., после сшивания концов нервов в сильно инфицированной ране, получил хороший результат. Через год функция руки и пальцев была полностью восстановлена.

Юров.