

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.