

David, Guillaumat, Askénasy. *Внутрижелудочковая менигиома.* (Revue neurologique, № 4, 1937).

Приводится редкий случай внутрижелудочковой опухоли типа менигиомы, описание которых во всей мировой литературе насчитывают единицами. В этой области наиболее часты папилломы и эпителиомы.

У больного, в возрасте 36 лет, за 5 лет до поступления в клинику появились сильные головные боли в лобной области, без тошноты или рвоты, продолжавшиеся по 10—15 минут, приступами по несколько раз в день, но не постоянно, а через 3—4 дня. Только через 4 года понижается зрение, и с этого же времени больной временами начинает затрудняться в подборе слов; зная назначение предмета, не может сказать его название. Наследственность, как личная, так и родителей, неотягощена. При объективном исследовании в клинику определяется правосторонняя гемиплегия, с легкими контрактурами, гиперрефлексией и пирамидными знаками. На пораженной стороне—анестезия, аналгезия и астереогноз. Парез лицевого нерва центрального происхождения. Застойные соски зрительных нервов обоих глаз и правосторонняя гомонимная гемианопсия. Путем вентрикулографии, показавшей уменьшение, уплощение и смещение затылочного рога левого желудочка, была подтверждена диагностика опухоли и уточнена ее локализация, что значительно облегчило последующее оперативное вмешательство. На операции из левого бокового желудочка была удалена опухоль, весом 120 грамм. С 10-го дня после операции гемиплегия и афазия стали регрессировать, и через 7 недель больной в удовлетворительном состоянии выписан из клиники. Особый интерес случая—в гистологическом строении опухоли—менигиомы, хотя полости желудочков не имеют соединения с мозговыми оболочками. Возможность развития таких опухолей объясняется авторами существованием атипических складок мозговых оболочек, проникающих в желудочки через щель Bichaf, и особенностями эмбриогенеза.

Ш. Геллер.

Chavani, David, Stuhl. *Случай эпидурита со сдавлением спинного мозга и хорошими отдаленными результатами после операции.* (Revue neurologique № 4, 1931).

У больной, в возрасте 29 лет, в 1931 г. появляются сильные боли корешкового характера в области поясницы и в нижних конечностях, усиливающиеся во время менструаций, в 1933 г. развивается спастическая параплегия с легкими тазовыми расстройствами, в 1934 г. введением липоиодоя определяется полная блокада, почему и произведена была ламинектомия в области позвонков D¹⁰—L¹. На операции найдена соединительнотканная опухоль, эпидурально расположенная и частично резецированная. Микроскопически подтверждается воспалительное происхождение ее. Вскоре после операции двигательные расстройства начинают исчезать, но в конце того же года вновь развивается парапарез. Повторная обширная ламинектомия, с максимальным удалением костного вещества позвонков от D⁹ до L²² вплоть до вертебральных сочленений, и резекция остатков опухоли дает хороший эффект. Последующая, в течение 3 лет, массивная рентгенотерапия, которая до операции оказалась безрезультатной, сделала больную вполне трудоспособной.

Ш. Геллер.

в) Хирургия.

P. Shambaug. *Послеоперационные нагноения.* (Surg., gynec. and Obstetr. Vol. 64, № 4, 1937, стр. 765—771).

На основании изучения литературы и собственных случаев автор приходит к выводу, что подготовка кожи больного спиртом и сулемой по сравнению с другими способами дает наименьшее количество случаев послеоперационного нагноения раны. Нагноение чистых операционных ран чаще встречается у более пожилых людей, чем у молодых. Местная анестезия не повышает количества нагноений. Кетгут дает больше случаев нагноения, шелк меньше. В тех случаях, где пользуются тонким шелком, накладывая на фасции узловатые швы в 2—3 ряда, наличие шелка в нагноившейся ране не замедляет ее заживления. Заживление раны может происходить и без удаления погруженных шелковых швов. Иногда присутствие тонкого шелка в инфицированной ране удлиняет срок заживления последней на время от 3 до 4 месяцев, но это встречается очень редко и не должно удерживать от применения шелка в соответствующих случаях.

В. Маят.