

ношение к начинающейся инфекции, где все согласны с необходимостью производить тщательную первичную обработку, широкое раскрытие карманов и удаление некротических участков.

Спорным лишь является вопрос о сроках производства ампутаций. Из опыта мировой войны известно, что более чем в половине случаев ампутации производились по поводу газовых инфекций.

Сейчас, когда в руках хирурга имеется мощное средство — серотерапия, показания к ампутации должны сузиться. Вопрос этот, безусловно, должен решаться индивидуально. Нужно на занятиях со студентами и врачами широко пропагандировать применение антитоксических и антимикробных сывороток в самых начальных стадиях газовых флегмон, подчеркивая, что такой подход несомненно сохранит большому количеству больных их конечности.

Отсутствие эффекта у некоторых авторов при применении сыворотки с профилактической целью не должен останавливать от дальнейшей проверки этого метода.

Проф. Ю. А. Ратнер делится впечатлением о 2 случаях газовой гангрены после трамвайной травмы. В обоих случаях, несмотря на раннюю первичную ампутацию, вскоре наступила смерть. Обращает внимание на симптоматиологию и профилактику газовой инфекции.

Д-р Даньков приводит случай газовой гангрены плеча после ранения кисти руки. Разрезы и дренаж были безрезультатны, от введения противосибирезвенной сыворотки получен был хороший эффект.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме). Материал докладчика не велик, но обсуждение вопроса об анаэробной инфекции ран своевременно.

Совершенно правы говорившие в прениях, что первый вопрос — это профилактика развития в организме анаэробной инфекции. С этой целью необходимо широко пропагандировать иссечение ран и введение сывороток.

Что касается методов лечения при обнаруженной уже газовой флегмоне, то здесь линия поведения хирурга не всегда одинакова. В одних случаях спасают большого широкие разрезы, в других не спасают и ампутации. Во всяком случае ампутация и экзартикуляция плеча и бедра обычно бесполезны, когда процесс распространяется уже на эти отделы конечностей.

При всех условиях сыворотки должны быть широко использованы и при развившейся болезни. Должен быть поставлен вопрос перед НКЗ о снабжении хирургических клиник и хирургических отделений больниц противонаэробными сыворотками.

Председатель проф. Н. В. Соколов.

Секретарь д-р В. М. Осиповский.

#### Заседание 31/X 1937 г.

1. Л. И. Цыпорикин (техник-протезист) демонстрирует:

а) Модификацию клеммы Шмерц-Павловича, в которой винты заменены автоматическим пружинным зажимом.

б) Прикрыватный блок, состоящий из проволочной стальной рамки с крючками и передвижного блока, укрепленного на дужке.

Демонстрируемые аппараты изготовлены докладчиком в мастерской Ин-та ортопедии и травматологии.

2. Д-р А. Г. Тихонов (демонстрация). *Задний патологический вывих голени.* Больной Б., 13 лет, поступил в клинику ортопедии и травматологии с жалобой на невозможность пользоваться левой нижней конечностью. Год назад в левом коленном суставе был острый воспалительный процесс, в результате которого образовалась контрактура сустава с полным вывихом костей голени кзади.

Данные клинического и рентгенологического обследования подтверждают, что у больного имеется полный вывих голени кзади.

Больной демонстрируется по следующим соображениям: 1) случаи полного патологического вывиха без поражения суставных концов костей редки; 2) случай представляет интерес в отношении этиологии происхождения вывиха; 3) в отношении дальнейшей терапии.

Консервативные способы устранения вывиха заведомо не дают излечения, а хирургическое лечение—полная резекция сустава—может дать, при нарушении ростковой зоны, значительное укорочение конечности (возраст больного).

3. Д-р И. Р. Лукиенко. *Остеохондропатия шейки левого бедра*. Больная Г., 5 лет, поступила в Ин-т ортопедии и травматологии с жалобой на боль в области левого тазобедренного сустава и на небольшое прихрамывание. Девочка физически развита; упитанность хорошая; левая нога слегка укорочена; имеет небольшую диффузную атрофию мышц левой ноги; нога слегка приведена. Отведение и ротация бедра ограничены. Функционально конечность укорочена на  $1\frac{1}{2}$  см. На рентгене определяется: очаг разрежения костной ткани в верхней части шейки левого бедра с глыбчатой структурой, трехугольной формы, обращенный основанием вверх; угол между шейкой и диафизом бедра около  $100^\circ$ . Диагноз: остеохондропатия шейки левого бедра и вторичная coxa vara.

4. Д-р Г. С. Самойлов (демонстрация). *Случай genu valgum recurvatum*. Больной И., 18 лет, поступил в клинику ортопедии и травматологии 9/IX-1937 г. В 1930 г. больной перенес операцию по поводу повреждения внутреннего мениска левого коленного сустава. Через 8 месяцев у него появляется сгибательная контрактура этого сустава. Больной был подвергнут операции надмыщелковой остеотомии.

В настоящее время, т. е. спустя 7 лет после второй операции, выясняется, что через  $3\frac{1}{2}$  месяца после этой операции на внутренней стороне коленного сустава появился свищ, который закрылся через 2 месяца.

Больной, не ощущая болей, стал ходить и нагружать конечность. Подвижность сустава стала заметно уменьшаться, и конечность принимает вальгусно-рекурвационное положение. Деформация продолжает постепенно увеличиваться.

При обследовании определяется резкая деформация и анкилоз левого коленного сустава в положении genu valgum— $120^\circ$ , рекурвация— $20^\circ$ , ротация голени кнаружи— $16^\circ$ . Функциональное укорочение—16 см; анатомически удлинение конечности 4 см; бедра на 3 см, голени на 1 см. Больной ходит, перекрещивая сзади левым бедром здоровую конечность.

На рентгенограмме коленного сустава—значительное увеличение размеров внутреннего мыщелка бедра и берцовой кости. Суставная щель не дифференцирована. В области метафизов бедра и большеберцовой кости с внутренней стороны, вблизи линии ростковой зоны, определяются четко очерченные очаги разрежения. Кортикальный слой латеральной поверхности костей утолщен.

2/X 1937 г. больному с целью исправления описанной деформации произведена атипичная резекция коленного сустава (доц. Л. И. Шулутко). Послеоперационное течение гладкое. Рентгенограмма указывает правильное стояние бедра и голени.

Случай представляет интерес с точки зрения довольно редкой деформации и удлинения конечности в связи с односторонним патологическим ростом костей на почве близ лежащего туберкулезного очага.

5. Д-р Л. В. Грубер (демонстрация). *Случай костно-пластической фиксации ключицы*

Демонстрируется случай остеосинтеза ключицы с использованием гетеротрансплантата.

Больной Т., 28 лет, поступил в клинику ортопедии и травматологии 10/X-37 г. по поводу смещенного перелома правой ключицы. Перелом произошел 27/IX 37 г. Повторная репозиция отломков осталась безуспешной.

Рентгенограмма подтвердила смещение отломков по длине (на 2 см) с диастазом их, а также и наличие осколка, стоящего перпендикулярно к оси ключицы. В области перелома определяется движение отломков.

14/X 37 г., под местной инфльтрационной анестезией (доц. Л. И. Шулутко) произведена операция остеосинтеза ключицы, путем введения в костно-мозговые каналы отломков болzung'a из бычьей кости. Из операционной раны удален свободно лежащий осколок величиной в 3 см. Швы. Гипсовая повязка типа Дезо. Контрольная рентгенограмма дала совершенно правильное стояние отломков.

6. Д-р. В. М. Осиповский. *К методике костно-пластической фиксации надакромиальных вывихов ключицы.*

Продемонстрирован больной С., у которого после травмы наступил левосторонний полный надакромиальный вывих ключицы. Б-ному произведена оперативная фиксация вывиха. В качестве материала для фиксации использована аутопластическая изолированная кожная лигатура—„кожный жгутик“ по принципу Боголюбова. Для цели костно-пластических швов кожный жгутик Боголюбова применен докладчиком впервые. Докладчик располагает 12 случаями остеосинтеза при помощи аутопластической изолированной кожной лигатуры (4 надакромиальных вывиха, 4 перелома надколеника и 4 перелома ключицы).

Методика костно-пластической фиксации надакромиального вывиха ключицы: операция производится под местной инфилтративной анестезией по Вишневскому. Линейный разрез кожи по ходу ключицы, над выступающим ее концом, заходящим несколько на плечевой свод, длиной 10—12 см. Из края раны вырезается в 0,5—1,0 см шириной и длиной 10—12 см кожная лигатура. Лигатура помещается в 70—90° спирт и подвергается дублению в течение 5—10 минут. Острым ножом или ножницами удаляются участки жировой подкожной клетчатки. Обработанная таким образом лигатура готова к употреблению.

Второй момент: разрез мягких тканей и освобождение акромиальной головки ключицы и акромия. Кожная лигатура протягивается через отверстия, проделанные дрелем Дуана, при помощи иглы Дершампа.

Третий момент: установление суставных концов и фиксирование их лигатурой завязанной морским узлом с помощью двух пинцетов. Швы на рану. Повязка типа Дезо. Повязка на третий день снимается. Рука на косынке. Ранняя механотерапия и физиотерапевтические мероприятия.

В демонстрируемом случае через пять недель функция конечности восстановилась. Б-ной вполне работоспособен.

Рентгенография показала стояние суставных концов в пределах нормы.

7. Д-р В. С. Ефимов. *Случай врожденного двустороннего переднего вывиха голени.*

Демонстрируется трупик новорожденного с врожденной деформацией голени, стоп и кистей, а также рентгенограммы случая.

*Прения:*

Доц. Л. И. Шулутко указывает на большой интерес демонстрируемых случаев. Особого внимания заслуживают genu valgum recurvatum и остеохондропатия шейки бедра.

Первый из указанных случаев интересен, главным образом, по этиопатогенезу имеющейся деформации. Здесь локальные метафизарные туберкулезные очаги в области внутреннего мыщелка бедра и б.-берцовой кости вызвали местный усиленный рост, при нормальном развитии наружных участков тех же костей. Эти моменты и создали довольно редкую деформацию.

Во 2-м случае имеется остеохондропатия шейки бедра, в 3-й стадии этого заболевания в сочетании с соха vara, которую надо считать вторичной.

Вопрос о возможной локализации асептического некроза в области шейки бедра еще до настоящего времени вызывает разногласия. За такую возможность высказываются Корнев, Дреман, Соррель и др. В настоящем случае клиника намерена сделать пробуривание шейки бедра по Беку.

Случай костно-пластической фиксации ключицы демонстрируется с целью пропаганды точки зрения ортопедической клиники в отношении использования гетеротрансплантата для фиксации отломков.

Следует отметить весьма интересную демонстрацию д-ра В. М. Осиповского, который использовал кожный жгутик для оперативного вправления акромиального конца ключицы. Этот метод подкупает своей простотой, и его необходимо проверить на большом материале.

Д-р А. Г. Тихонов в случае патологического вывиха голени рекомендует экономную резекцию с предварительной тенотомией сухожилий сгибателей голени. В случае неустранимости контрактуры до желаемой степени—в последующем применить остеотомию бедра.

Д-р И. Р. Лукиенко полагает, что остеосинтез при помощи гетеротрансплантата делает операцию значительно проще и короче, что особенно важно на периферии.

Проф. В. А. Гусынин. Демонстрированные больные показывают успешное разрешение клиникой целого ряда сложных вопросов костной хирургии. Особого внимания заслуживает практикуемый метод остеопластического синтеза переломов ключицы с большим смещением отломков. Хороший результат оперативного лечения при рекурвации колена.

8. Доц. Л. И. Шулуток (доклад). *Последний вариант нашей универсальной шины для лечения переломов костей нижней конечности.*

В демонстрированную весною в новой модификации универсальную шину для лечения переломов костей нижней конечности внесены некоторые изменения. В последнем варианте шины предусмотрена более надежная фиксация стержня с блоком для груза от бедра, а также добавочная легкая рама и шнур с ручкой, укрепляющейся к указанной раме, — для предоставления возможности самому больному производить функциональное лечение. Шина в последней модификации демонстрируется обществом.

В прениях проф. Н. В. Соколов отметил большие преимущества шины, предлагаемой автором и указал на целесообразность массового ее производства.

Председатель проф. В. А. Гусынин (резюме). Продемонстрированная доц. Л. И. Шулуток шина для лечения перелома ноги была уже раз одобрена хирургическим обществом. Внесенные в шину изменения делают ее еще более пригодной для функционального лечения перелома.

9. Д-р В. М. Тихонов (доклад). *К вопросу о регенерации менисков коленного сустава.*

Экспериментально изучается регенеративная способность отдельных частей мениска. Макроскопический анализ данных эксперимента на различных сроках положен в основу настоящих выводов.

1. Мениск обладает неодинаковой регенерационной способностью в своих отдельных частях: а) поперечное сечение рогов и места прикрепления, а также открепления капсулы от мениска всегда ведет почти к полному его восстановлению; в) экстирпация, резекция и поперечное сечение во всю ширину мениска почти во всех случаях ведет к различной степени замещения дефекта. Преобладает слабое и неполное замещение дефекта. Чем больше дефект, тем менее полно восстанавливается целостность поврежденного мениска; с) линейное повреждение и дефекты внутреннего свободного края мениска остаются без изменений в течение нескольких месяцев. 2. Не наблюдается чрезмерного разрастания регенеративной ткани. 3. Регенерационный процесс идет со стороны капсулы или паракапсулярных поврежденных отделов мениска при наличии образования кровяного сгустка на месте дефекта. 4. Процесс замещения дефекта слабеет или прекращается при воспалении в суставе и паракапсулярно. 5. Отмечаются некоторые возрастные влияния на степени замещения дефекта.

Выводы являются предварительными и будут подвергнуты критическому анализу гистологическими исследованиями, к которым мы приступаем.

*Прения:*

Доц. Л. И. Шулуток указывает на довольно частые повреждения коленного сустава, когда нарушение целостности мениска просматривается. Практика оперативного лечения отрывов мениска указывает на очень плохие регенеративные способности мениска, особенно при повреждениях его внутреннего бессосудистого края. В связи с этим вопросом д-р В. М. Тихонов и ведет свою экспериментально-клиническую работу, первая часть которой сегодня заслушана.

Доложенный материал представляет для ортопеды большой интерес, и кажущиеся на первый взгляд противоречия в выводах докладчика, несомненно, исчезают при более детальном рассмотрении видов повреждения менисков и результатов этого вмешательства на собаках. Дальнейшие гистологические исследования смогут разрешить поставленные в доложенной работе вопросы.



Д-р И. П. Попов считает, что докладчик совершенно не коснулся вопроса васкуляризации менисков. На регенерацию менисков оказывает влияние возраст. При постановке опытов надо учитывать возраст животных.

Д-р Д. С. Линников указывает на необходимость учитывать трофические моменты.

Председатель проф. В. А. Гусынин (резюме). Экспериментальная работа В. М. Тихонова о регенерации менисков представляет большой теоретический и практический интерес. Некоторые сомнения, высказанные в прениях по отдельным положениям докладчика, ни в какой мере не уменьшают ценности работы.

Председатель проф. В. А. Гусынин  
Секретарь д-р В. М. Осиповский.

### **Заседание Казанского филиала Общества невропатологов и психиатров 19/IX 1937 г.**

Профессор И. И. Русецкий выступил с отчетным докладом о деятельности Казанского филиала общества.

В 1937 году проведено 5 научных заседаний, из них одно тематическое (изменения при малярии).

Были доложены и обсуждены следующие доклады: 1) М. Л. Шифрина и А. Д. Халывкин. Случай первичного эхинококка оболочки спинного мозга. 2) М. А. Неймарк. Спинная сухотка по материалам нервных клиник г. Казани. 3) Е. Е. Андреева. Демонстрация оперированного больного после эхинококка 4-го желудочка. 4) Асс. Молчанова. Три случая закрытых повреждений позвоночника с демонстрацией рентгеновских снимков. 5) Проф. Андреев. Сообщение о Харьковском съезде, посвященном вопросам конституции, наследственности и изменчивости. 6) М. П. Андреев. О состоянии психиатрической помощи в Татарской Республике. 7) И. И. Русецкий. О состоянии неврологической помощи в Татарской Республике. 8) Соловцова. К вопросу о малярийных психозах. 9) П. А. Бадюл. К вопросу о малярийных повреждениях периферической нервной системы. 10) М. А. Рифман. О влиянии токсических доз плазмацида на нервную систему. 11) А. Н. Смирнов. Демонстрация больного с ангиоматозной опухолью левой височной доли после операции. 12) Проф. Андреев и доц. Кочергин. Второй Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. 13) Асс. А. Х. Терегулов. К вопросу о возбудимости блуждающего нерва у собак в связи с местным давлением на большой мозг при остром опыте. 14) Асс. Еселевич и Славин. К клинике поражений ветвью задней мозговой артерии. 15) Асс. Шифрин. Демонстрация больных с миотонией и амиотрофическим боковым склерозом. 16) Проф. Андреев. Памяти академика И. П. Павлова. 17) Асс. Жогалев. Изменения вегетативной нервной системы при трансцеребральном ионофорезе у здоровых людей и у лиц с органическим поражением.

В этом заседании были произведены выборы Президиума О-ва; тайным голосованием избраны: председателем проф. И. И. Русецкий, членами: Камчатка, Еселевич, Попов, Андреев и Омороков.