

розирована, утолщение особенно заметно в верхней трети, ниже *tuberositatis tibiae*. В этом месте отмечается болезненность при перкуссии и появление болей ночью. Реакции Вассермана и Кана — отрицательные.

На рентгено снимке голени видно мощное разрастание костной ткани (склероз), в центре, на передней поверхности ниже *tuberositatis tibiae* видна небольшая полость, округлой формы, размером $2 \times 1,5$ см. Секвестров не обнаружено. Диагноз: абсцесс Броди.

I/IV под эфирным наркозом разрез по передней поверхности левой большеберцовой кости, на 4 см ниже бугристости. Кость трепанирована, вскрыта полость, содержащая гной, пиогенную оболочку и два маленьких секвестра. Полость выскоблена, протерта спиртом и в нее вложено два костных трансплантата, взятых с большеберцовой кости той же конечности (по Чаклину). Суживающие швы. Гипсовая повязка. Послеоперационное течение гладкое. Рана заживает вторичным натяжением. Повторный рентгено снимок I/IV показал наличие в полости трансплантатов и развитие вокруг них костной ткани. Больная чувствует себя хорошо, болей нет. Рана зажила рубцом.

Таким образом, в одном из наших двух случаев абсцесс Броди локализовался в нижней трети, а в другом — в верхней трети голени. По литературным данным абсцесс Броди чаще локализуется в верхней трети.

Диагностика абсцесса Броди во многих случаях затруднительна. Торпидное течение болезни, усиливающиеся боли по ночам заставляют предполагать сифилитическое поражение кости, и больные нередко проделывают курс антисифилитического лечения. Локализация процесса в метафизах трубчатых костей, хроническое течение с ремиссиями, частое развитие сопутствующего артрита, ночные тупые боли — таковы опорные пункты для распознавания абсцесса Броди. Правильность диагноза проверяется рентгеновскими исследованиями.

Этиологическим моментом считают перенесенные ангины, остеомиелит, грипп и др. инфекционные заболевания. В первом нашем случае этиологическим фактором мы считаем грипп, во втором случае — перенесенный в детстве остеомиелит. Посевы гноя в наших обоих случаях не дали роста микроорганизмов.

Сталинград, Котлубанская, 125, кв. 1.

Ф. КОТЕЛЬНИКОВ

Блефаропластика при рубцовых выворотах свободным лоскутом кожи ушной раковины по Гольдфедеру

Для исправления рубцовых выворотов век предложено много способов блефаропластики.

Одни из них — пластика лоскутом на ножке (Фрике, Диффенбаха, Имре и т. д.) — старые способы, широко вошедшие в практику окулистов, другие операции, появившиеся в более поздний период истории пластики — блефаропластика свободным лоскутом (Тирш-Эверсбуш, Лефор-Вульфэ-Краузе) тоже нашли достаточное число приверженцев. Способ свободной пластики век исключает целый ряд недостатков операций на ножке. Способ значительно проще по технике. В случае неудачи легко может быть повторен, чего нельзя сказать про пластику операций на ножке. Но и пластика свободным лоскутом кожи не лишена недостатков. Если исключить такие недостатки, как чрезмерное сморщивание, гангрена лоскута, которые при известной педантичности устранимы, то остается еще один существенный недостаток, — неодинаковый цвет трансплантата (лоскут берут с плеча) и кожи лица. Даже при хорошо проведенных операциях с прекрасным приживлением, лоскуты оставляют впечатление заметной заплатки.

При методе поверхностной пластики век свободным лоскутом кожи ушной раковины по Гольдфедеру, устраняется этот значительный недостаток.

За два года мы провели 19 операций свободной пластики кожи ушной раковины по Гольдфедеру на 17 больных: 2 пересадки на верхних веках, 3 — у наружного угла глаза вне век по поводу обезображивающих рубцов и остальные — на нижних веках. Все больные с большими рубцами после ожогов и травмы с резкими выворотами. Из 19 операций в одном случае трансплантат не прижился, причем случай относится к числу первых операций. Неудачу целиком отношу за счет некоторой поспешности. Во всех остальных случаях успех был отличный как в смысле функциональном, так

и в косметическом. В одном случае, оперированном по поводу лагофтальма, наблюдался в последующем умеренный птоз. Больного мы оперировали по поводу массивного рубца в области надбровной дуги, подтянувшего верхнее веко. После иссечения рубца верхнее веко легко опускалось, закрывало глазную щель и поднималось. Раневая поверхность была покрыта кожей ушной раковины, трансплантат укреплен несколькими узловатыми швами. Лоскут прижился хорошо, вокруг узкий нежный рубчик.

В косметическом отношении кожа ушной раковины — прекрасный пластический материал. После приживления остаются только едва заметные, нежные рубчики. Первоначальный хороший результат в дальнейшем не только не ухудшался, но значительно улучшался в смысле соединения лоскута с кожей лица (часть больных удалось видеть через год с лишним после операции).

Магнитогорск, Соцгород,
2 квартал, корп. 4, кв. 35-г.

Г. А. ПЛОТКИН

Лечение грибковых поражений ногтей 50% пирогаловой мазью по способу д-ра А. М. Ариевича

Районный микологический пункт при Московск. един. диспансере № 10
(зав. диспансером д-р А. А. Бернштейн)

Ряд авторов (Григорьев, Иордан, Черногубов, Геллер, Сабуро и др.) предлагает различные методы лечения онихомикозов: механические, физические, биологические и медикаментозные. Однако все авторы, без исключения, констатируют большие трудности лечения ногтей, длительность и частую безрезультатность его. Поэтому вопрос об изыскании эффективного метода лечения онихомикозов занимал и занимает внимание наших советских дерматологов (Черногубов, Подвысоцкая, Кашкин и др.).

Из всех предложенных до настоящего времени методов, наиболее ценным, на основании нашего опыта, следует считать метод, предложенный д-ром А. М. Ариевичем (Сов. мед. № 17—18, 1938).

В основном этот метод сводится к следующему: перед наложением пирогаловой мази (50%) необходимо тщательно изолировать все мягкие части, окружающие ногтевую пластинку. Это достигается наложением коллоидных повязок на кожу окружающих мягких тканей из узеньких полосок марли в 4-5 слоев. Получается окошечко, соответствующее размеру ногтя. На ногтевую пластинку накладывается 50% пирогаловая мазь; вся фаланга пальца обертывается куском восчаной бумаги и завязывается марлей на 24 часа, а при отсутствии болезненности на 48 часов. Через 48 часов повязка снимается, удаляются остатки мази, и палец оставляется под вазелиновой повязкой на 24 часа. Далее следует повторное наложение мази (второй сеанс) на 48 часов с предупреждением больного, что при малейшей болезненности повязку следует снять и очистить ногти от мази.

Нагноения почти не бывает, если наблюдать тщательную изоляцию мягких тканей. При появлении пустулки на краю ногтевого валика, что может случиться при недостаточно тщательной изоляции, своевременно принятые меры прекращают возможность нагноения (прокол пустулки, марганцевые ванночки, примочки).

Наложение мази повторяется, в среднем, 8 раз. После такого курса лечения ноготь делается черным, иногда мягким.

После трехкратного наложения мази следует проверять ногтевую пластинку на мягкость и на степень проникновения мази в тело ногтя: последнее проверяется путем подстригания свободного края ногтя — наличие серой полоски в толще ногтя говорит о необходимости дальнейшего наложения мази; отсутствие этой полоски свидетельствует о полном пропитывании ногтя кислотой.

Придерживаясь методики д-ра Ариевича, я не получал, как правило, нагноения. Осторожность и тщательность при наложении коллоидной повязки является гарантией от нагноения ногтевых валиков в подавляющем большинстве случаев.

В течение 3 лет через микологический пункт Сталинского района г. Москвы прошло 27 человек, страдавших онихомикозами. Из них: 18 б-ных с трихофитией ногтей, один с фавозными ногтями и 8 с поражением ногтей дрожжевыми грибами. Количество пораженных ногтей и процент излечения распределяется следующим образом: