

переломы внутренней лодыжки 58 (4,1%), переломы наружной лодыжки 223 (15,7%), комбинации переломов лодыжек с вывихами 69 (4,9%). Мужчины составляют 89% всего материала, женщины 11%. Наибольшее число переломов приходится на 3-е и 4-е десятилетия жизни. Количество прямых и не прямых насильий приблизительно одинаково. Общая смертность 1,8%; специально же при осложненных переломах смертность достигает 7%. Смертность значительно выше, начиная с 4-го десятилетия и дальше. Костное сращивание в случаях подкожного перелома наступало, в среднем, через 8 недель; длительность пребывания в госпитале—12 недель. При открытом переломе сращивание затягивалось до 11 недель, госпитальное пребывание до 16 недель. Быстрее всего излечивались переломы наружной лодыжки (35 дней коечного лечения). Лечение, как правило, производилось гипсовыми повязками, реже вытяжением по Zippinger'у. Другие методы (Steinmann'овский гвоздь, Nасkenbruch'овский кламмер, оперативное лечение) применялись лишь в виде исключения. Матерьял Trutman'a обнимает специально 540 случаев переломов лодыжек. Из них большая часть приходится на неосложненные переломы наружной лодыжки—310 случаев (57,41%), затем таковые же переломы обеих лодыжек—37 случаев (6,86%), внутренней лодыжки—32 случая (5,92%) и надмыщелковый перелом fibulae—32 случая (5,92%); остальные случаи приходятся на различные более редкие виды околомыщелковых переломов. Непрямое насилие имело место в 417 случаях (77,22%), прямое—в 123 (22,78%). Большинство переломов произошло в январе и феврале, вследствие падения на скользкой почве. Длительность лечения колебалась от 7 и, повышаясь с возрастом, до 13 недель. Временная утрата трудоспособности при переломах наружной лодыжки составляла, в среднем, 50 дней, при переломах внутренней лодыжки—65 дней. Полное восстановление трудоспособности отмечено у 518 больных (96%). В 22 случаях (4%) постоянная утрата трудоспособности колебалась от 5% до 35% и касалась преимущественно пожилых лиц. Причину инвалидности являлись в нисходящем порядке: тугоподвижность голеностопного сочленения, мышечная атрофия, плоская стопа, боли, костные мозоли, вечерний отек стопы и arthritis deformans. Лечение в большинстве случаев (358=66,3%) производилось неподвижными повязками, реже (175 случаев =32,41%)—ранней мобилизацией, в виде исключения (7 случаев=1,29%)—вытягивающими повязками. Наилучший эффект давала ранняя мобилизация, при которой средняя продолжительность полного восстановления работоспособности ноги равнялась 44,2 дня в то время, как при гипсовой повязке этот срок затягивался до 55,5 дней.

М. Фридланд.

Операция остеосинтеза при несросшихся переломах длинных трубчатых костей требует, по мнению большинства современных хирургов, предварительного освежения и освобождения концов костного перелома от рубцовых тканей. Thomas (Journ. of the Americ. Med. Assoc., vol. 80, № 5, p. 309—315, 1923) считает, однако, такую точку зрения ошибочной и рекомендует держаться следующего правила. В случае, если несросшийся перелом возник после открытого инфицированного ранения, необходимо выждать с операцией

остеосинтеза один год, чтобы вернее исключить возможность оживления старой инфекции. Самую же операцию остеосинтеза надо производить в два сеанса, — в первый сеанс ограничиться подготовкой ложа для трансплантации путем выбивания долотом продольного желоба через оба конца кости, шириною в $\frac{1}{4}$ ее окружности, после чего рана закрывается наглухо. Если в течение ближайших 5 дней рана нагнаивается, ее широко раскрывают и лечат Dakin'овской жидкостью. Если же нагноения не обнаруживается, то переходят ко второму сеансу операции остеосинтеза: выбивается долотом из верхней трети tibiae костно-надкостничный, с избытком надкостницы, лоскут и переносится в новое ложе, к краям которого тщательно прижимается расправленный избыток надкостничного лоскута. Укрепления трансплантата винтами, гвоздями и даже просто швами следует, по возможности, избегать. В заключение гипсовая повязка. При таком образе действий прочное костное сращение костных концов наступает, согласно опыту автора, в течение 2—6 месяцев.

М. Фридланд.

Диагностика туберкулезного спондилита у взрослых, в особенности при отсутствии кифоза и характерной реакции на нагрузку позвоночника, представляет нередко большие трудности. Baeré (Bull. méd., № 10, 1923) советует в таких случаях обращать особое внимание на различные „невралгические“ явления, одностороннее повышение сухожильных рефлексов и симптом Babinsk'ого, а также на ограниченную ригидность спинальной мускулатуры. Если только есть возможность, необходимо произвести рентгеновское исследование (снимок), могущее обнаружить самые ранние стадии туберкулезного остеопороза (расплывчатость костных очертаний позвоночника).

М. Фридланд.

Операция костно-пластической фиксации позвоночника по Albee, произведенная Baer'om (Bull. of the Johns Hopkins Hosp., vol. 33, № 374, p. 140—142, 1922) в 50 случаях, привела В. к следующему выводу: операция Albee у детей до 6-летнего возраста совершенно противопоказана, от 6 до 16 лет показана очень редко (неуспех операции, произведенной у больных с незаконченным ростом скелета, достигал свыше 60%), и, наоборот, у взрослых операция Albee показана почти во всех случаях (всего 10% неуспеха).

М. Фридланд.

Лечение застарелых врожденных вывихов тазобедренного сустава представляет до сих пор очень трудную задачу для хирурга. Поэтому заслуживает особого внимания простой способ операции, рекомендуемый при этого рода деформации Hahn'ом (Münch. med. Wochenschr., № 3, 1923), а именно, подвертельная остеотомия бедра со вставлением дистального отломка в вертлужную впадину в положении легкого разгибания, комбинированного, в случаях одностороннего вывиха, с небольшим отведением. Последнее компенсирует укорочение ноги приблизительно на 1 см. Способ этот, примененный на 9 больных в Гейдельбергской ортопедич. клинике проф. Vulpius'a, дал вполне удовлетворительные результаты: таз во всех случаях получил прочную опору, феномен Trendelenburg'a у 5 боль-