

общей инфекции. По Fränke Ю возникает эндофлебит с последующим тромбозом мелких тонзиллярных вен (собственно септический очаг) и отсюда процесс гасходится по большим венам до V. jugularis. Только в виде исключения возможно лимфогенное распространение с размягчением лимфоузлов и последующим венным тромбозом. Claus считает, что периваскулярные флегмоны в ретрогонзиллярной соединительной ткани образуют очаг сепсиса, откуда уже возможно вторичное поражение вен (основывается на 58 случаях). Первичная железисто-сосудистая форма постангинозного сепсиса, при которой инфекция могла бы перейти с размягченных лимфоузлов на вены—очень редка. Uffenorde думает, что флегмонозное воспаление, в обычной форме наступающее в тканях и лимфатических щелях Spatium parapharyngeum может отсюда вторично распространиться по венам. Uffenorde различает три типа постангинозного сепсиса: гематогенный, лимфогенный и интерстициальный (флегмонозный). В первой из названных форм миндалины сами по себе очаги сепсиса, распространение болезненных возбудителей в крови происходит само по себе из области миндалин, при этом нет перигонзиллита. Нет значительного припухания желез и большие вены остаются свободными. В обоих других случаях может быть комбинация с периаденитами, перифлебитами, тромбозом. Такое различие взглядов надо объяснить по видимому (по Uffenorde) наследием других патологических процессов. Автор описывает широко распространенную в их клинике (Гельсингфорс, проф. Meurman) пробу получения люмбальной пункции при сдавливании V. V. jugulares. Первоначально данная проба применялась Queskenstedt'ом при диагностике повышенного давления внутричерепной полости в зависимости от опухолей позвоночного канала. Вначале он определял высоту давления в норме, а затем—при сдавливании обеих V. V. jugulares internae.

Позднее отоларингологи стали применять данную пробу при диагностике синустромбозов (Tobeu и Ауег—22 наблюдения. Больной принимает горизонтальное положение на боку. Обозначают высоту в/ч. давления в норме. Затем сдавливают V. jugularis одной стороны на высоте подъязычной кости или верхнего края гортани и получающееся изменение давления отмечают; после этого колонка, по окончании сдавливания, падает на прежнюю высоту; также определяют давление и на другой стороне; наконец сдавливают обе V. V. jugulares одновременно—при этом давлении может подняться вдвое (по сравнению с первоначальным). При свободных обеих V. V. jugulares колонки при одностороннем сдавливании поднимаются немного (1—2 см); если же Sinus sigmoideus или Bulbus jugularis будут содержать обтурирующий тромб, давление повышается только при компрессии здоровой стороны; сдавливание же на обтурированной стороне не изменяет высоты давления. Автор заканчивает подробным описанием истории болезни и разбором своего случая.

Б. Соколов.

## Заседания медицинских обществ.

### Краевая научно-медицинская ассоциация АТССР.

#### Хирургическая секция

14 ноября 1934 г.

Председатель проф. М. О. Фридланд.  
Секретарь доц. Г. М. Новиков.

#### 1. Демонстрация.

1. Д-р Наливкин. *Случай болезни Кинбека.* Б-ой явился с жалобой на боль в правом лучезапястном суставе после падения на ладонь. Был диагностирован классический перелом луча. На сделанной после этого рентгенограмме обнаружено разрезание, некроз и отдельные участки склероза в луновидной косточке с общей ее деформацией.—типичная картина остеохондропатии, болезни Кинбека в третьей стадии по Аксхаузену.

2. Д-р А. Г. Тихонов. *Случай артропластики тазобедренного сустава*. Больной 46 лет. Оперирован (проф. М. О. Фридландом) 3 ноября 1934 г. по поводу псевдартроза шейки левого бедра после бывшего полгода тому назад перелома. Предложено было сделать скрепление бульонным гвоздем по Ольби. Сделан разрез Лянгенбека, обнаружено значительное расхождение отломков и невозможность надежного их скрепления гвоздем. Ввиду этого план операции изменен; резецирована головка, из большого вертела сформирована новая головка; гипс в отведенном на  $30^\circ$  положении бедра на  $2\frac{1}{2}$  недели. Затем механотерапия. Гладкое заживление. В настоящее время после операции прошло 5 недель. Результат: больной ходит с палочкой без боли, которая до операции упорно держалась, свободные движения от  $180^\circ$  до  $120^\circ$  в сторону сгибания и на  $30^\circ$  в сторону отведения (до операции отсутствовали). Укорочение ноги не увеличилось, осталось в размере 4 см.

3. Д-р Е. М. Константиновский. *Случай псевдартроза обеих костей предплечья*. Колхозник 34 лет. Год назад прямая травма и перелом обеих костей правого предплечья в средней трети на одном уровне; кости не были реонированы и слабо фиксированы шиной. Развился псевдартроз. Предпринятая в местной больнице операция сшивания проволокой оказалась безрезультатной. Кости резко искривлены под углом, предплечье сильно укорочено. Функция руки тяжко нарушена. В ближайшие дни предполагается в клинике ортопедии и травматологии произвести реконструктивную операцию остеосинтеза при помощи двух свободных костно-надкостничных трансплантатов из большеберцовой кости.

В связи с демонстрациями были заданы вопросы, в частности, проф. Гусыниным, всегда ли ортопедическая клиника пользуется столь малым разрезом, как Лянгенбековским для таких обширных вмешательств, как формирование нового сустава. Д-р Тихонов: разрез Лянгенбека в данном случае сделан был потому, что предполагалась «загвоздка» по Ольби; обычно же при артропластике клиника применяет дугообразный разрез Мерфи-Лексер-Пайра. Проф. Фридланд: Все три демонстрации поучительны. Болезнь Кинбека мало знакома хирургам, а между тем она не так уж редко встречается не только в результате острой травмы, но еще чаще вследствие хронической функциональной перегрузки кистевого сустава при некоторых профессиях: у прачек, гладильщиц, у крестьянок в период усиленной жатвы. Что касается оперативного вмешательства при неврологических переломах бедренной шейки у стариков, то заведующая мною клиника довольно широко ставит здесь показания к оперативному вмешательству в виде резекции и артропластики, так как этот метод дает, по нашему опыту, гораздо более быстрый и функционально лучший результат. Наконец, случай псевдартроза лишней раз подчеркивает ту истину, что открытое хирургическое вмешательство при помощи репозиционной фиксации отломков костей далеко не гарантирует исправления дефектов лечения, допущенных при проведении закрытого метода репозиции и фиксации. Естественнее и легче предупредить псевдартроз, чем излечить от него.

## II. Доклады.

1. Д-р Л. И. Шулушко. *К методике костнопластической фиксации переломов ключицы*. Изложив основные показания для открытого вмешательства при переломах ключицы и современные методы относящихся сюда операций, среди которых доминируют сшивание проволокой, пластинки Лена и Ламботта, докладчик высказывается за замену аллопластического материала ауто-и гетеропластикой. С этой целью автор предлагает фиксировать отломки костным гвоздем, для чего используется собственный осколок при оскольчатом переломе (кстати сказать, довольно часто встречающемся), либо бульонная кость. Один конец гвоздя вводится в костномозговой канал наружного отломка, а другой конец гвоздя вводится в специально высеченный паз внутреннего отломка, на его верхней или передней поверхности. По такому способу сделаны автором две операции. Один из больных демонстрируется на 20-ый день после операции: больной уже без повязки, свободно и безболезненно владеет рукой; безупречен также анатомический и косметический эффект, иллюстрированный в обоих случаях рентгенограммами.

По докладу развернулись оживленные прения. Проф. Гусынин: неправильно сросшиеся переломы встречаются довольно часто. Повязка Дезо дает много плохих результатов. Шина Белера лучше. Сшивание проволокой — метод далеко несовершенный; я видел после него случай плексита. Предложение д-ра Шулуцкого очень интересно. Однако операция технически не так проста. Проф. Соколов: повязка Дезо, действительно, дает часто плохие результаты; лучше повязка Сайра, но она требует хорошего липкого пластыря, который трудно достать. Оперативное вмешательство нередко необходимо, но автор как будто расширяет в этом отношении показания. Д-р Вергилесова задает вопрос, как стерилизуется бульонная кость и чем объяснить хорошие результаты, полученные методом автора. Доц. Ратнер: предложение д-ра Шулуцкого хорошее. Вместе с тем надо сказать, что неплохи и более простые методы. Я получал хорошие результаты при простом сшивании надкостницы над местом перелома кетгутот. Проф. Алексеев: значение хорошо наложенной повязки велико и после оперативного пособия. Клиника проф. Вишневского видела хорошие результаты от фиксации проволокой. Д-р В. Тихонов делится впечатлениями о своей командировке в Ленинградский травматологический институт, где применяется операция сшивания отломков ключицы проволокой и пластинками Лена. Плохо то, что, несмотря на самую совершенную технику, часто приходится впоследствии удалить проволоку и пластинки, а эта вторая операция иногда не на много менее травматична, нежели первая. Д-р А. Тихонов, участвуя в производстве операции д-ра Шулуцкого, я могу сказать, что проволочный шов по технике не проще, чем способ, рекомендуемый д-ром Шулуцко. Не все, конечно, случаи можно лечить этим способом. Д-р Шулуцко в заключительном слове отвечает: бульонная кость перед операцией кипятится 30 минут; фиксация, достигаемая операцией настолько прочна, что больные (которым операция производилась под местной инфльтрационной анестезией) могли делать обширные экскурсии в любых направлениях рукой, не нарушая репозированного положения отломков. Тем не менее, повязка после операции безусловно необходима, лучше всего гипсовая, типа Дезо. Показания к оперативному вмешательству нами несколько не расширяются, но в тех случаях, когда оно показано, мы считаем, что рекомендуемый способ имеет преимущества перед способами, связанными с введением металлических предметов. Председатель, резюмируя доклад и прения, отмечает, что основным методом лечения переломов ключицы, как и всяких других переломов вообще, остается, конечно, метод консервативный, но в тех случаях, когда имеются показания для хирургического вмешательства, способ докладчика должен найти применение, так как представляет преимущества ауто-и гетеропластической трансплантации перед аллопластической плюс большее совершенство фиксации.

2. Проф. Н. В. Соколов. *Отчет о Всероссийской конференции хирургов 15—18 октября 1934 г. в Москве.* В неподдающемся краткому реферированию докладе автор подробно изложил содержание вступительной речи наркома здравоохранения тов. Каминского, содержание многочисленных докладов научных работников по вопросам современных методов лечения ран, а также заключительный доклад проф. Бурденко на тему о подготовке врачебных кадров. Доклад проф. Соколова, а также дополнения, сделанные проф. Гусыниным и Фридландом, отображали выявившийся на Всероссийской конференции широкий размах научно-исследовательской деятельности медицинских вузов и призывали откликнуться на призыв т. Каминского еще большим подъемом рабсты на местах.