

красным тампоном при кровотечениях. Наконец, он представляет надежный буфер для мозга, предохраняя его от вредных инсультов. Пересадка сальника не служит препятствием к закрытию костного дефекта черепа костным трансплантатом.

И. Цимхес.

ж) Ортопедия.

182. *Лечение паралитического коленного сустава* было первым программным вопросом VIII Съезда Ортопедов в Париже 8 октября 1926 г. По Nové-Josseland'y (Presse médicale, 1926, № 83) при изолированном параличе m. quadriceps femoris достаточно пересадки на него m. sartorii и m. tensoris fasciae latae; в более тяжелых случаях необходим артродез коленного сустава, который можно делать в 7—8-летнем возрасте с последующей фиксацией в гипсе на 4—6 месяцев. При одновременном параличе стопы добавляется артродез голенно-таранного и подтаранного суставов путем пересадки костной подпорки на шейку talus'a. Фиксируется стопа в положении equinus'a под углом в 110°. В случаях, где существуют контрактуры и genu valgum без разболтанности сустава, можно ограничиться массажем, продолжительным вытяжением, редрессацией, тенотомией, капсулотомией или надмыщелковой остеотомией, — в зависимости от степени деформации.

Н. Киптенко.

183. *Лечение деформаций тазобедренного сустава* было вторым программным вопросом на VIII Съезде Ортопедов в Париже. Докладчик P. Mathieu (Presse med., 1926, № 83) делит эти деформации на две группы: 1) с полным анкилозом тазобедренного сустава, когда, при выпрямленном положении бедра, не нужно бывает оперативного вмешательства, а при порочном положении бедра показана подвертельная косая или клиновидная остеотомия, и 2) с сохранением подвижности бедра. В этой второй группе автор различает: а) неполный анкилоз тазобедренного сустава, где при отсутствии болей показана редрессация, а при болях — подвертельная остеотомия, б) внутривертлужный псевдартроз с большими деструктивными изменениями, где автор рекомендует артродез, и в) внесуставной псевдартроз — тяжелую деформацию с большим укорочением конечности. Здесь при отсутствии болей и малой подвижности автор рекомендует остеотомию, при отсутствии болей и большей подвижности — остеопластическую операцию с образованием навеса для фиксации бедра к тазу, при существовании болей — внесуставной артродез с образованием искусственного затвора путем пересадки различных костей. Внутрисуставной артродез непрочен и может вызвать вскрытие болезненного очага. При двухсторонней деформации тазобедренного сустава необходимо с одной стороны получить прочный анкилоз, с другой — подвижность.

Н. Киптенко.

184. *Лечение анкилозов тазобедренного сустава путем образования ложного сустава* по Вредену (В. Хпр., кн. 24, 1926) состоит в следующем: кожный разрез начинается от середины cristae ilei, на 1 см. ниже ее, и идет параллельно ей до sp. il. ant. sup.; отсюда разрез спускается вертикально вниз и, пройдя половину длинника бедра, заворачивает под прямым углом на наружную поверхность бедра до ее середины; очерченный кожный лоскут отсепаивается и откидывается кнаружи, обнажая широкую фасцию бедра и troch. major. Затем проникают у sp. il. ant. sup. в промежуток между tensor fasciae latae и gluteus medius и, спускаясь по переднему краю последнего, рассекают широкую фасцию до верхушки большого вертела, после чего проводят разрез через фасцию, идущий по краям кожного дефекта, поднимаясь по его медиальному краю до мышечного брюшка tensoris fasciae latae. Очерченный т. о. фасциально-мышечный лоскут отсепаивается и откидывается кверху и внутрь, служа в дальнейшем материалом для интерпозиции. Далее, для получения хорошего доступа к суставу спереди и сверху, m. gluteus medius ножом отделяется от своего прикрепления к crista ilei на протяжении верхнего разреза кожи, без повреждения надкостницы по всей боковой поверхности таза. Затем рассекают остеотомом шейку бедра у места перехода ее в головку, вывихивают в рану конец бедра и вертикально отпиливают шейку в уровень с боковой поверхностью диафиза бедра. Ранее образованный лоскут из широкой фасции с мышечной ножкой в виде musc. tensor fasc. latae с сохранением идущего к нему сосудисто-нервного пучка, как занавес, опускается на область acetabuli с сидящей в ней головкой бедра и несколькими кетгутowymi швами фиксируется со всех сторон к окружающим мягким тканям. После того верхний конец бедра устанавливается на обычное место в положении полной экстензии,