

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 отсепааровывается 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 отсепааровывается и откидывается кверху и кнутри, 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,

и над ним сверху вниз, снизу наружу и несколько спереди назад запрокидывается, до полного с ним соприкосновения, косто-надкостничный лоскут. Образование этого костного навеса начинается на верхнем свободном крае *cristae ilei*, посередине которого проводится разрез приблизительно в 5 см. длиной; от концов этого разреза вниз по боковой поверхности *ossis ilei* проводятся через надкостницу (обнаженную, как указано выше, от *musc. gluteus medius*) два несколько сходящихся разреза почти до уровня верхнего края *acetabuli*, и окаймленный лоскут выбивается приблизительно в половину толщины подвздошной кости остеотомом сверху вниз, надламывается внизу, покрывает верхний конец бедра и сам фиксируется наложением отсепарованного *m. glutei medii*, верхний край которого сшивается катгутом с косыми мышцами живота на *crista ilei*. В заключение вся рана зашивается наглухо катгутом, применяется гипсовая фиксация всей конечности в разогнутом и слегка отведенном положении. Через 6—8 недель гипс удаляется, и начинается массаж, пассивные и вскоре же активные движения. Через 3 месяца получаются близкие к норме движения в неартрозе. Таким образом оперировано автором с успехом 5 больных.

М. Фридланд.

185. *Артропластика тазобедренного сустава*. W. C. Campbell (Surg., gynecol. and obst., 1926, № 1) считает лучшим возрастом для вмешательства этого рода 18—30 лет; после 45 лет и в детском возрасте рассчитывать на успех трудно. Наиболее подходящие случаи—post-травматические и вполне затихшие post-инфекционные анкилозы, за исключением туберкулезных. Оперативная методика: U-образный разрез с отсечением *troch. majoris*; отсечение шейки у *acetabulum* с формированием новой головки; образование нового *acetabulum* на старом месте; интерпозиция широкой фасцией, взятой из нижних отделов, ближе к колену, т. к. эта часть фасции гистологически более подходит для целей неартроза; швы на мягкие ткани. При препятствии со стороны сгибателей и аддукторов—тенотомия их. Гипс на 10 дней, после чего повязка превращается в с'емную; систематическая пассивная и затем активная гимнастика, чередуемая с иммобилизацией, особенно на первых порах. В общем механотерапия должна применяться в течение одного года. Так автором произведено 48 вмешательств у 23 больных с односторонним анкилозом и 25 операций у 13 больных с двусторонним анкилозом. Из группы односторонних анкилозов полностью прослежен результат у 16 больных (11 женщин и 5 мужчин в возрасте 16—35 лет): 9 отличных исходов (от 60° до 120°), 2 удовлетворительных, 1 сомнительный, 3 реанкилоза и 1 смерть от обострения и генерализации старого туберкулезного очага. Из группы 13 человек (11 мужчин и 2 женщины) с двусторонним анкилозом у 5 получился хороший результат, у 1 удовлетворительный, 7 получили инфекционное поражение оперированного очага и 2 умерли от послеоперационной септицемии. У одного больного, которому была сделана с одной стороны артропластика, а на другой, анкилозированной стороне—остеотомия, получился превосходный результат.

М. Фридланд.

з) *Акушерство и гинекология.*

186. *Климактерий и кровяное давление*. Относительно влияния, оказываемого выпадением функции яичника на кровяное давление, наиболее распространенным является взгляд, что ненормально повышенное кровяное давление и ненормальные колебания этого давления представляют свойственный климактерию симптом. Для выяснения этого вопроса Lehfeldt (Zentr. f. Gyn., 1926, № 45) изучал состояние кровяного давления у 111 женщин, находившихся как в естественном, так и в искусственном климактерии, причем в 39 случаях имелась миома матки, и пришел к следующим выводам: 1) Патологические колебания кровяного давления (больше 15 mm. Hg.) встречаются у 1/4 всех женщин с искусственным или естественным климактерием; считать их характерными для климактерия нельзя, т. к. при многих других патологических процессах наблюдаются такие же колебания кровяного давления. 2) Стойкое повышение кровяного давления (выше 140 mm. Hg.) не является правилом для искусственного и естественного климактерия, а, напротив, наступает лишь в небольшом числе случаев (из 111 женщин у 16, причем в 11 случаях были миомы). 3) Миомное сердце и миомное кровяное давление являются результатами относительно-частого совпадения миомы со сморщенной почкой или thуго-токсикозом.

Е. Заболотская.

187. *Состоятельность реакции Lüttge и Merz'a*. Как известно, Lüttge и Merz предложили свою реакцию с алкогольными экстрактами (A. E. R.)