

*Хронический ревматизм и lues.* Клиническая классификация полиартритов до сих пор еще окончательно не установлена. László (Zeit. f. d. ges. phys. Ther., 1923, Bd. 28) на основании весьма значительного материала одного из венгерских курортов различает два типа хронического суставного ревматизма. Первый тип, по его мнению, характеризуется 1) началом заболевания в сравнительно молодом возрасте (10-30 лет), 2) распространением его на различные суставы, 3) припуханием суставов с наклоном к ремиссии, 4) болями, зависящими от внешних причин (простуда) и развивающимися в виде приступов, 5) б. ч. поражением митральных клапанов, 6) быстрой реакцией от бальнеологических процедур. Для второго типа автор считает характерными: 1) более поздний возраст (30-50 лет), 2) б. ч. симметрическое поражение суставов, 3) умеренные припухания, остающиеся без изменения и не зависящие от внешних влияний, возникающие б. ч. ночью, 4) преимущественное поражение аортальных клапанов, 5) склонность болезни не поддаваться бальнеотерапии. Оба вида болезни, по автору, вызывается различными возбудителями: в то время, как первый вызываются различного рода кокками, второй представляет большую часть результат сифилитической инфекции. В огромном большинстве случаев второго вида W. R. была положительною. Специфическая терапия сифилитических полиартритов дает, по наблюдениям L., наилучшие результаты, в особенности, если она комбинируется с бальнеотерапией.

*Г. Клячкин.*

#### 6) Хирургия.

*Пластика на мигрирующем круглом стебле*, предложенная проф. В. П. Филатовым (Вестн. Хир. и Погр. Обл., т. III, вып. 8 и 9) в глазной практике, успешно применяется и хирургами. Сущность ее в следующем: выкраивается длинная кожная лента, концы которой не перерезываются, а края сшиваются друг с другом по всей длине, превращая ленту в „стебель“. Затем сшиваются края кожной раны. Через 2—3 недели подлежащие пластическому закрытию участки, пораженные опухолью, рубцами и пр., удаляются, у конца стебля выкраивается лоскут кожи нужной величины и формы, переносится на раневую поверхность и пришивается к краям ее, после чего края дефекта на месте взятого лоскута сшиваются. По приживлении лоскута (через 10—15 дней) питающий его стебель резецируется у основания лоскута, а резекционная рана пересаженного лоскута зашивается.

*И. Цимхес.*

*Костно-пластическая фиксация позвоночника* при его туберкулезе произведена Е. König'ом (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir., Bd. XXI, N. 3) у 41 больного: 21 мужчины и 20 женщин, в возрасте от 2 до 48 лет. 28 больных были оперированы по Albee, 18— в модификации Halsted-Salvé-Polya. Умерло 5 человек, в том числе один в связи с самой операцией. Выводы автора: 1) Свободная костная трансплантация при туберкулезном спондилите, обеспечивая покой и разгрузку больного отрезка позвоночника, дает хорошие результаты. 2) Этот оперативный метод является, однако, лишь вспомогательным средством в общем лечебном плане, основой