

*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 склонностью к ремиссии, 4) болями, зависящими от внешних причин (простуда) и развивающимися в виде приступов, 5) б. ч. поражением митральных клапанов, 6) быстрою реакциею 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 вызывается различного рода кокками, второй представляет большую частью 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, Н. 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-Calvé-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

которого должно быть общее противотуберкулезное лечение. 3) Типичная операция Albee (медиальное рассечение остистых отростков) предпочтительнее, чем ее дальнейшие модификации. 4) Небольшие холодные абсцессы дают после операции улучшение, большие натечники по большей части улучшения не дают, а абсцессы со свищами обнаруживают ухудшение. 5) Паралитические явления необходимо прежде, чем предпринимать анкилозирование позвоночника, лечить консервативными мероприятиями; если последние не дают результатов, показана ламинэктомия. 6) Операция костно-пластической фиксации позвоночника дает наилучшие результаты в ранних стадиях спондилита, в запущенных же случаях, с поражением 4-5 позвонков, большим горбом, свищами и цветущим туберкулезом других органов, она противопоказана. *М. Фридланд.*

## г) *Акушерство и гинекология.*

*Менструальные изменения маточной мукозы.* Подвергши систематическому изучению менструальную кровь, Sekiba (Arch. f. Gyn., Bd. 121, N. 1) нашел, что в 1-й день менструации она, как правило, содержит уже макроскопически различаемые обрывки секвестрировавшейся маточной мукозы; реже их можно подметить на 2-й день регул и почти никогда—в дальнейшие дни. Микроскопическое исследование этих обрывков убеждает, что весь поверхностный слой маточной мукозы („compasta“) подвергается при менструации некробозу и отторгается, каковое отторжение имеет место в верхних отрезках железистого слоя. Этим подтверждается указание Schroeckera относительно значительного разрушения слизистой оболочки матки во время menses, отвергаемое другими исследователями. *В. Г.*

*Строение и функции желтого тела,* Jaffé (Zentr. f. G., 1924, № 21) указывает, что деление развития желтого тела на стадии по Ruge не соответствует действительности. „Blütestadium“ по Ruge автор считает необходимым отодвинуть дальше, когда желтое тело наиболее богато клетками, а эти последние—липоидами. Это придется на стадию Rückbildung Ruge и совпадает с межменструальным промежутком. Липоиды желтого тела, состоящие, по автору, из холестеринавых эфиров, не составляют секрета клеток, а только отлагаются в них аналогично тому, что имеет место в корковом слое надпочечника. В качестве фактора, вызывающего появление менструации, желтое тело роли не играет. Вероятнее его влияние, как органа, задерживающего появление menses, причем здесь действующим началом являются не липоидные вещества желтого тела, а скорее всего еще неизученные тела белкового характера. *А. Тимофеев.*

*Содержание кальция в теле растущего плода.* Произведенные Schmitz'em (Arch. f. Gyn., Bd. 121, N. 1) исследования убедили его, что кальций, в минимальных дозах, появляется в теле зародыша еще в тех стадиях развития последнего, когда нет и речи о развитии костей. Чем более затем приближается плод к зрелости, тем более возрастает содержание Са в теле его, притом не только абсолютно, но и относительно, тогда как в теле матери содержание его соответственно падает. Это обеднение организма беременной