

б) Хирургия.

Простой способ вправления вывихов тазобедренного сустава рекомендует Хрусталев (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1922, кн. 4—9) на основании своего опыта. Способ этот был предложен еще в первой половине XIX стол. Collin'ом, но скоро забыт и возрожден и усовершенствован Жанелидзе. Больного укладывают таким образом, чтобы Рокрагтова связка вывихнутой стороны лежала параллельно краю стола, а таз придавливается передне-верхней остью и лобком к столу с помощью давления рукой помощника на крестец. Вывихнутая нога медленно свешивается за край стола, сгибаясь в тазобедренном суставе до прямого угла. Хирург сгибает ногу больного в колене и, надавливая сильно вниз, одновременно совершает мягкие рстирующие движения. Способ пригоден для всех родов вывихов, сохает. *Е. Алексеева.*

Операция Албее при туберкулезе позвоночника произведена в Обуховской (Петроградской) больнице с 1914 г. 35 раз у больных в возрасте от 7 до 45 лет; отчет об этих случаях и дает П е т р а ш е в с к а я (Вестн. Хир., 1922, кн. 4, 5, 6), на долю которой пришлось $\frac{1}{3}$ всего количества оперированных. Наилучшие результаты получились от применения операции при поясничных спондилитах, значительно худшие — при поражениях грудного отдела, где автор считает теперь более показанными операции Halstead'a или Whitman'a. В случаях более резко выраженного кифоза наблюдалось прорезывание конца пластинки через мягкие ткани, что вызывало впоследствии необходимость скусывания выступающего конца. Смерть непосредственно от операции наступила лишь в 1 сл. (от послеоперационного сепсиса). Изучение рентгенограмм у оперированных больных показало отложение мощных пластов новообразованной костной ткани в области трансплантата. Нарушений роста позвоночника от операции Албее у детей не наблюдалось ни разу. Присутствие натечных гнояников и свищей, если они вне поля операции, а также наличие туберкулеза в других органах не служат, по автору, противопоказаниями к производству операции Албее. Важно отметить, что во всех случаях больным непосредственно после операции накладывался гипсовый корсет, длительность ношения которого, к сожалению, не указана. *М. Фридланд.*

Артродез голеностопного сустава. Операция артродеза (искусственного анкилозирования) тязко парализованных, „болтающихся“ суставов восстанавливает в значительной мере трудоспособность последних. Наиболее частым объектом артродеза является голеностопный сустав, в отношении коего по настоящее время предложено не менее 15 различных модификаций операции артродеза. Рокницкий, исходя из идеи Hoffa, предложившего внесуставной метод фиксации голеностопного сустава посредством заднего надкостнично-костного трансплантата, взятого на периферической ножке из tibia и завороченного вниз на calcaneus, рекомендовал (Хир. Арх. Вельям., 1916, кн. 1), для большей прочности фиксации, производить свободную пластинку пластинки, взятой из fibula, и пересаживать трансплантат в виде „расторки“ между задним бугорком нижнего

эпифиза tibiae и задним же выступом calcanei, где начинается от него Ахиллово сухожилие. Однако Лисовская и Джанелидзе (Вестн. Хир., 1923, Юбил. Сборник Оппеля) полагают, что операция Рокницкого также ненадежна в смысле прочной фиксации голеностопного сустава, в виду чего предлагают более сложную модификацию: иссечение мощной костной пластинки со специальными выступами на концах из tibiae здоровой ноги и пересадку трансплантата в тщательно подготовленное ложе между задними же отделами (как у Рокницкого) tibiae и calcanei, которые снабжаются особыми зарубками, соответственно выступам концов трансплантата.

М. Фридланд.

Простой способ пластики запавшего носа предлагает проф. Петров (Вестн. Хир. и Погр. Обл., 1922, кн. 4—6). Разрез в 1 см. на перегородке носа, тотчас под его кончиком, введение Косберг'овского пинцета и отслаивание им кожи до переносья. В приготовленный ход вводится трансплантат в виде заостренной трехгранной призмы, взятый из tibia (острым концом к переносью). В заключение один шовик на 24 часа.

Е. Алексеева.

Angina ulcero-membranacea s. Plaut-Vincenti u ee лечение. Anthon (Zeitsch. f. Hals, Nasen-und Ohrenheilk., 1922, Bd. I) сообщает о 98 случ. stomatitis Plauti, наблюдавшихся в поликлинике Charité в Берлине за вторую половину 1920 г. Из них в 87 сл. наряду с stomatitis имелась ангина Plauti, причем в 85 сл. была поражена лишь одна миндалина с прилегающей окружностью (plica triangularis, дужка) и в 2 сл. — обе миндалины с дужками. Почти во всех случаях (98%) ангины Plauti одновременно существовал более или менее тяжелый gingivitis marginalis. Гингивит этот начинался раньше ангины и по силе развития представлял 3 степени: I степень: хорошо отграниченная гиперэмиическая зона, шириною в несколько миллим., соответственно десневому краю. II степень: разрыхление и опухание десен и межзубных сосочков и кровоточивость десен; в нескольких случаях слизистая оболочка была покрыта серо-беловатым паутинообразным налетом, или представлялась как-бы облитой молоком, причем после снятия налета обнаруживалась слегка кровоточащая поверхностная эрозия. III степень: ясный язвенный распад десневой каймы одного или более зубов. Чаще всего наблюдались гингивиты II степени и переходы к III. Гингивитом поражались предпочтительно десны моляров, особенно верхних, против выходного отверстия ductus Stenoniani, где особенно охотно отлагается и зубной камень. Очень часто к гингивиту справа или слева присоединялось заболевание миндалины и болезненное опухание лимфатических желез подчелюстного угла соответственной стороны с болью при глотании. При бактериологическом исследовании налета с шейки зубов находились в большом числе веретенообразные бациллы и особенно спирохэты, но в смешении с большим количеством других микробов полости рта. Ангина Plauti может находиться на скрытых местах (карман под plica triangularis tonsillae, лакуны гипертрофированных миндалин). По современному взгляду она представляет чистый спирохэтоз. Для выясне-