

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-

ния патогенеза ее весьма важен тот факт, что большое число язвенно-перепончатых ангин поражает верхнюю половину миндалин, где (в верхнем отрезке) довольно обыкновенно существует более или менее глубокая бухта, — описанный Killian'ом recessus palatinus, — играющая роль при возникновении тонзиллярных абсцессов. В recessus palatinus здоровой миндалины находятся bac. fusiformis почти в 90%, спирохэты же — едва в 5%. При гингивите спирохэты, нормально находимые на шейке зубов, размножаются (в меньшей степени веретенообразные бациллы). Возможно предположение, что размножившиеся и активированные воспалительным процессом, или под влиянием конституциональных расстройств сделавшиеся патогенными, спирохэты зубной шейки при попадании к веретенообразным бациллам миндалин могут вызвать angina Plauti. Для лечения stomatitis, как и anginae Plauti, наилучшим средством, наиболее действительным, простым и дешевым, является 5% acid. chromicum. Применению средства предшествует однократная очистка пораженной миндалины или заболевшей слизистой оболочки рта и десен комком ваты, смоченным перекисью водорода. Больному предписывается полоскать горло 3 раза в день раствором перекиси водорода (1 лож. на стакан воды). Для лечения достаточно нескольких втираний 5% ac. chromici (1 раз в день на 1, 2, 4 и 7-й день) в заболевшие десны и миндалины.

И. Рождественский.

б) Неврология.

Sympathectomia periarterialis. Введенную Leriche'ем симпатэктомию Brüning (Klin. Woch., 1923, №№ 2, 20), видоизменив, неоднократно применял в последнее время при заболеваниях вазомоторно-трофической системы. Он приводит, напр., случай поражения caudae equinae с трофической язвой на правой голени и пролежнем в седалищной области справа, которые зажили после симпатэктомии на правой art. femoralis, несмотря на 4-летнюю давность. Подобные случаи говорят за то, что ненормальное повышение тонуса симпатической нервной системы ведет к дегенерации тканей, тогда как понижение — к регенерации. Неудачи операции В. объясняет лишь ошибками в технике и применением операции в случаях, где она противопоказана. Благоприятные результаты от нее получаются при трофических язвах от повреждения нервов и при всех проходящих ангиоспастических состояниях (claudicatio intermittens, вазомоторно-трофические неврозы, ангиоспазмы в пресклеротической стадии артериосклероза, спастический парапарез при заболеваниях спинного мозга, болезнь Raynaud и т. д.).

М. Вайнберг.

Быстрое анатомическое распознавание прогрессивного паралича. Исследование мозга гистологическими методами по Niessl'ю и Alzheimer'у для распознавания прогрессивного паралича практическому врачу недоступно, почему Stiefler (Münch. m. Woch., 1923, № 22) горячо рекомендует остроумный гисто-химический способ Spratz'a. При прогрессивном параличе вокруг сосудов коры головного мозга скопляется значительное количество пигмента с большим содержанием железа. Метод Spratz'a и заключается в ре-