

XI межреберном промежутке правой стороны между паравертебральной и лопаточной линией, соответствуя «нижнему пункту печени». Указанная точка, по автору, имеет важное диагностическое значение, особенно при подостром холецистите.

M. Фридланд.

315. *Под и базедова болезнь.* Вогак (Wiener kl. Woch., 1926, № 13) отмечает наблюдающееся за последние годы увеличение случаев зоба. Увеличение это автор ставит в связь с употреблением иода.

B. C.

2) Хирургия.

316. *Вопрос о спондилолистезе*, его сущности, клинических проявлениях и значении в изменении статики тела подвергает весьма существенному пересмотру Г. И. Турнер (Вестн. Хир., т. VI, кн. 16, 1926). Исходя из собственной казуистики, превышающей 15 случаев и подвернув тщательному анатомическому анализу многочисленные препараты позвоночников, автор приходит к убеждению, что «различные степени консолидации лишнего сакрального позвонка, различные размеры и формы его остистого отростка, иногда расщепленного, разнообразие в постройке задней стенки сакрального канала, а также частое сочетание численной аномалии крестцовых позвонков и spinae bifidae с интересующим нас спондилозом» говорят за «общность причин, вызывающих все упомянутые дефекты», которые таким образом кроются «в эмбриональном отступлении от нормы при развитии нижнего конца позвоночного столба». Отмечая «особую склонность мужского пола к страданию спондилозом», Т. не находил у мужчин тех тяжелых форм соскальзывания позвонков, которые составляют сущность спондилолистеза или спондилоптоза, наблюдавшихся в значительном большинстве случаев лишь у женщин. Признавая здесь известное значение за беременностью, автор все же не склонен преувеличивать роль последней, а, в согласии с своей основной мыслью, явился причиной стойких контрактур спастической плоской стопы.

M. Фридланд.

317. *Лечение спастической плоской стопы.* Н. Мейер (Arch. f. orthop. u. Unf.-Chir., 1926, Bd 24, N. 1), предлагает для этой цели выключать из функции перонеальную группу мышц. Пронаторы и экстензоры в спастической плоской стопе переутомляются вследствие длительного перерастяжения. Последнее является раздражителем, вызывающим повышенный тонус мышц, который, в свою очередь, является причиной стойких контрактур спастической плоской стопы. Принимая это в соображение, автор рекомендует следующую операцию: N. regopenus, снабжающий перерастянутые мышцы, обнажается через разрез длиною в 5 см. наружной части подколенной ямки, у головки малоберцовой кости, и под него подводится оловянная пластина шириной в 1 см., после чего нерв подвергается действию паров хлор-этана в продолжении 2—3 минут. В результате получается исчезновение боли и свободная ходьба. Длительность паралича п. regoposi в случаях автора была 5—7 месяцев, затем следовало полное восстановление функции разгибателей. За время паралича с топа подвергалась лечению редрессацией, массажем, и давались супинаторы, которые менялись через 4—6 недель, по мере исправления стопы. Способ автором применяется с 1921 года. За это время им проведено 53 случая, из них в 49 прослеженных случаях имело место восстановление нормальной стопы при полном устранении спастического состояния.

Н. Герасимова.

318. *Укрепление суставов по поводу привычного вывиха посредством фасциальной свободной пластики* по Йозерью выполнен с успехом в 4 случаях на плече и в 1—на коленной чашке Гирголов (Zentr. f. Chir., 1926, № 3). На плечевом суставе операция производилась таким образом: разрез по длиннику волосков m. deltoidei; обнажение и отсепарование суставной сумки; экстракапсулярное сквозное пробуравливание плечевой кости; иссечение длинного и широкого лоскута из fascia lata; проведение трансплантата через костный канал плеча и перекрещивание широко распластанных концов его поверх суставной сумки с пришиванием хорошо натянутых концов фасции шелком к processus coracoideus в направлении кнаружи до acromion'a. Суть способа заключается в искусственном укреплении как-бы добавочной связкой сустава. При привычном вывихе коленной чашки автор дугообразным разрезом обнажил чашку, пробуравил ее насквозь во