

Эти случаи, по выражению автора, можно назвать „триумфом“ симпатэктомии. Неудач при этой операции получился у автора в одном случае прободной язвы стопы, при лечении варикозных язв и в 2 случаях застарелой, жестокой каузалгии.

М. Знаменский.

182. *Хлорэтил при родимых пятнах* (naevus flammens). J. Kossack (Med. Klin., 1927, № 52) приводит случай родимого пятна у 3-летнего ребенка, где им применено было замораживание при помощи хлорэтила (до белой окраски) с промежутками по 2 дня, всего 5 раз. Пятно было величиною с 5-марковую монету. При замораживании дело не доходило ни до пузырей, ни до иных видимых признаков реакции. После каждого сеанса пятно делалось меньше, и в заключение осталось лишь несколько мелких пигментированных точек, которые совершенно исчезли в следующие месяцы.

С. С-в.

183. *Пиявки при флебитах*. А. Нанн и А. Schwartz (Schweiz. med. W., 1927, № 47) убедились в очень благоприятном действии при флебите пиявок, каковое действие они приписывают здесь кровесвертывающему и противовоспалительному действию гирудина. По их мнению, промышленность должна заняться выработкою чистого, стойкого и точно дозируемого гирудина.

С. С-в.

### ж) Ортопедия.

184. *Отдаленные результаты иммобилизации при тbc голеностопного сустава у детей*. F. Pouzet (Revue d'orthopédie, 1927, № 2) приводит статистику 104 случаев тbc голеностопного сустава у детей до 16 лет, леченных иммобилизацией гипсовыми повязками. Наблюдения взяты за период с 1898 по 1922 г., и отдаленные результаты прослежены в каждом случае больше, чем в продолжении 3 лет. Выводы, к которым приходит автор, следующие: у детей до 5 лет иммобилизация дает 72% полного выздоровления, даже при глубоком поражении костей и наличии свищей; в возрасте от 5 до 10 лет полное выздоровление получилось у 55%; после 10 л. хорошие функциональные результаты имели место в 43%. Движения в голеностопном суставе восстановились у 70% больных, ограничение движений, вплоть до анкилоза, отмечено у 30%. Даже в случаях деформации сустава и ограничения движений функция стопы в большинстве случаев остается превосходной при условии раннего вмешательства и ношения гипсовой повязки в продолжении 1½—2 лет.

А. Алексеева-Козьмина.

185. *Вопрос об истинном удлиннении конечностей при тbc костей и суставов* рассматривает С. Л. Трегубов (Орт. и Травм., 1927, № 2—3). Удлинение конечностей, наблюдающееся при различных заболеваниях и травмах, бывает и при тbc костей и суставов. При этом удлинение происходит при заболевании диафизарной части, лежащей вблизи эпифизарного хряща; при заболевании же самого эпифизарного хряща или эпифизарной линии удлинения не происходит. Удлинение наблюдается только в периоде роста кости и достигает 0,5—2 сант., обычно в течение первых 1—3 лет течения болезни. Со временем оно сглаживается, и даже происходит укорочение. При заболевании ноги больше всего удлиняется бедро за счет образования соха valga, удлинения диафиза и утолщения эпифизов. При заболевании руки удлиняется больше всего плечо. Удлинение наблюдается чаще всего при гоните. Удлинение есть результат пониженной нагрузки (соха valga), увеличения и постарения эпифизов, а также носит рефлекторный характер.

Н. Киттенко.

186. *О повреждении крестообразных связок коленного сустава* (Орт. и Травм., 1927, № 2—3) сообщает Ситенко, наблюдавший 5 случаев этого редкого страдания. Происходят разрывы крестообразных связок вследствие 1) внезапного форсированного перегибания, 2) форсированного ротационного движения внутрь и 3) форсированного комбинированного движения сгибания, внутренней ротации и приведения. В клинической картине различают острую стадию, сопровождающуюся болями, кровоизлиянием в сустав, нарушением функций и подвывихом голени впереди — при разрыве передней связки или взади — при разрыве задней связки и хроническую стадию, проявляющуюся в общем расслаблении коленного сустава с чувством слабости и неуверенности при ходьбе. Характерен симптом „выдвижного ящика“; для получения его больного кладут на стол, сгибают ногу в тазобедренном и коленном суставах до 90°, причем