

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 flammeus). 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 Китенко, 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

подолу всей поверхностью располагают на столе, захватывают голень руками в верхней трети и тянут ее вперед или назад, как бы выдвигая ящик комода,— получается подвывих. В острых случаях лечение консервативное, в хронических— оперативное, каковое кроме того рекомендует в своей модификации. При разрыве передней связки просверливают канал в наружном мыщелке бедра с таким расчетом, чтобы внутреннее отверстие его приходилось на месте прикрепления передней связки к мыщелку; такой же канал просверливают на внутреннем мыщелке большеберцовой кости; кроме того на наружном мыщелке бедра делается Т-образный костно-надкостничный лоскут несколько выше наружного отверстия канала. Из наружной поверхности другого бедра берут свободную полоску широкой фасции бедра длиной в 20 ст. и шириной в 2 ст., один конец полоски подшивают под Т-образный лоскут, другой протаскивают чрез канал наружного мыщелка бедра и большеберцовой кости и по выходе из нее подтягивают кверху между капсулой и апоневротическим растяжением ко внутреннему надмыщелку бедра, где и пришивают.

Н. Киттенко.

187. *Высокий каблук с точки зрения нормальной обуви.* Тема эта подвергнута рассмотрению со стороны Вайнцвейга (Журн. Совр. Хир., 1927, т. II). Автор рассматривает два типа высокого каблука: французский и английский. Французский каблук рационален, если достаточно продвинут вперед,— до середины свода стопы, если ось наклона каблука параллельна оси тяжести тела, т. е. равна 35°, и если площадь соприкосновения каблука с пяткой горизонтальна, так что не получается соскальзывания стопы вниз, ведущего к сжатию пальцев и провисанию свода. Нижняя часть каблука, соприкасающаяся с полом, должна быть не меньше 5½ кв. сант. Высота каблука не должна превышать 5 сант. Каблук S-образно изогнут сзади и делается из дерева. Английский каблук делается деревянный или кожаный, ось его вертикальна, пяточная поверхность короче, чем во французском. Он менее рационален, чем французский каблук, как не дающий достаточно надежной поддержки свода. Для поддерживания свода имеет также значение елечная часть, которая должна быть плотна и достаточно выгнута, особенно с внутреннего края соответственно выгибу свода; лучше елечную часть делать из металлической пластинки, заходящей спереди до головок метатарзальных костей, а сзади под пятку. Задник также делают из плотного материала; он должен плотно облегалать пятку сзади и с боков, удерживая стопу от боковых качаний. Еще более плотному охвату стопы способствует бери: он является поддержкой тыла стопы, препятствуя соскальзыванию стопы вперед. Наиболее рациональны сапоги и полуботинки, совершенно не рациональны лодочки. На основании изложенного автор приходит к выводу, что высокий французский каблук, правильно сделанный, не является тем этиологическим для плоскостопия и hallus valgus моментом, за какой его считают.

Н. Киттенко.

з) Офтальмология.

188. *X-лучи при глаукоме.* Lloyd Ralph (Arch. of ophth., 1927, 56) наблюдал, при освещении рентгеновскими лучами ослепших глаукоматозных глаз, исчезновение острых симптомов болезни и главным образом болей. Этому дается два объяснения: по Sgalitzer'у рентген прекращает процессы секреции, в данном случае цилиарного тела; по Hessberg'у при этом наступает облитерация капилляров, что особенно важно при геморрагической глаукоме.

В. Адамюк.

189. *Операция глаукомы.* S. Holth (Klin. Mbl. f. Aughlk., Bd. 79) в нескольких случаях острой глаукомы произвел успешно предложенный им iridokleisis с меридианальной иридотомиею. Он считает эту операцию более действительною, чем иридэктомия, рекомендуя способ с поперечной иридотомией при buphthalmus у детей.

С. С—в.

190. *Лечение бугорчатковых заболеваний глаза.* А. Meesmann и W. Reehling (Klin. Mbl. f. Aughlk., Bd. 79) лечили новым туберкулином «Ertuban» 31 случай глазной бугорчатки. Из 16 случаев с законченным лечением в 8 наступило выздоровление или улучшение, 5 остались без перемены, и в 3 наблюдалось ухудшение. Из 15 случаев, находящихся еще на лечении, в 7 наблюдается улучшение, в 3 — никакой перемены, в 2 — ухудшение, а в 3 — улучшение с одной стороны и ухудшение — с другой.

С. С—в.