

УКРАИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ НАРКОМЗДРАВА УССР

ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

ВТОРОЙ ГОД
ИЗДАНИЯ

1-2

1 9 2 8

«НАУЧНАЯ МЫСЛЬ» * ХАРЬКОВ

ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

ДВУХМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ * ВТОРОЙ ГОД ИЗДАНИЯ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

- | | |
|--|--|
| Пр.-доц. А. А. Альбрехт (Ленинград) | Проф. М. О. Фридланд (Казань) |
| Проф. Р. Р. Вреден (Ленинград) | Проф. И. О. Фрумин (Киев) |
| Проф. В. П. Вознесенский (Ростов н/Д.) | Проф. А. К. Шенк (Москва) |
| Проф. А. Г. Елецкий (Саратов) | Д-р Г. И. Хармандарьян (Харьков) |
| Проф. К. Ф. Еленевский (Харьков) | Редакторы отдела социальной ортопедии и травматологии: |
| Д-р М. Г. Зеленин (Харьков) | Д-р М. А. Абрамович (Харьков) |
| Проф. Н. И. Кефер (Одесса) | Д-р И. А. Либерман (Харьков) |
| Проф. П. Г. Корнев (Ленинград) | |
| Пр.-доц. Е. Ю. Крамаренко (Одесса) | Секретари редакции: |
| Проф. Н. И. Краузе (Саратов) | С. И. Ситенко |
| Проф. А. А. Ошман (Баку) | Д-р Н. П. Новаченко |
| Д-р мед. М. И. Ситенко (Харьков) | Д-р А. В. Тафт |
| Проф. С. А. Трубунов (Харьков) | Д-р мед. В. Д. Чаплин |
| Проф. Г. И. Турнер (Ленинград) | |

Ответственный редактор — д-р мед. М. И. Ситенко
Ответственный секретарь — д-р Н. П. Новаченко

УЧАСТИЕ ЖУРНАЛУ ОБЕЩАЛИ

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Проф. <i>Biesalski</i> , Берлин | Проф. <i>Lorenz</i> , Вена |
| Проф. <i>Haglund</i> , Стокгольм | Д-р <i>Schanz</i> , Дрезден |
| Проф. <i>Erlacher</i> , Грац | Проф. <i>Schede</i> , Лейпциг |
| Д-р <i>Finck</i> , Дрезден | Д-р <i>Sorrel</i> , Берк |
| Прив.-доц. <i>Kortzeborn</i> , Лейпциг | Доц. <i>Silfverskiöld</i> , Стокгольм |
| | Проф. <i>Spitzu</i> , Вена |

КНИГА ПЕРВАЯ — ВТОРАЯ

МАРТ 1928

ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНАЯ МЫСЛЬ»

УЧР. НАРКОМЗДРАВОВОМ УССР

Научная Библиотека Учр. Н/И. Ин-та
Ортопедии и Травматологии
им. проф. М. И. Ситенко

БАК

4624

4624

3044

4624

4624

УЧР. НАРКОМЗДРАВОВОМ УССР
1928
782/1
Учр. Наркомздравово

СОДЕРЖАНИЕ

Проф. И. Я. Фрумин	
Проф. S. Schede — Неправильная статика и сколиозы	1
Проф. С. Л. Трегубов — Капельное вытяжение	14
М. И. Ситенко — Os tibialae externum и ее отношение к плоской стопе	18
Н. Д. Киптенко — Статистика ортопедических заболеваний по данным ортопедической клиники госуд. Ин-та для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани	28
А. Е. Фрумина — Осложнения при бескровном вправлении врожденных вывихов бедра	45
М. И. Никифоров — К казуистике и патогенезу Coxa vara adolescentium (statica).	53
А. Н. Бакулев — Luxatio supraacromialis claviculae	60
Б. С. Куценко — Холодные абсцессы при костно-суставном туберкулезе	63
Ф. И. Берхин — Случай смерти от асфиксии вследствие натечного абсцесса при туберкулезном спондилите	78
С. П. Порицкая — К вопросу о консервативном лечении контрактур тазобедренного и коленного суставов	82
А. Я. Равицкая — К вопросу о восстановлении acetabuli после вправления врожденного вывиха бедра	91
Р. И. Голубицкая — Случай остеохондрита тазобедренного сустава со своеобразной диссоциацией головки бедра	95
Прив.-доц. Б. Колдаев и Б. Куценко — Об активной реакции гноя хронических и острых абсцессов	98
А. Я. Равицкая — Картина белой крови в клинике костно-суставного туберкулеза	105
М. М. Альтшулер — Реакция Costa при туберкулезе костей и суставов	113
М. М. Альтшулер — Значение реакции Matefy в клинике костно-суставного туберкулеза	120
Д. А. Иващенко — К вопросу о врожденном частичном гигантском росте и его этиологии	125

СОЦИАЛЬНАЯ ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

М. Т. Фридман — Об организации ортопедической помощи и борьбы с увечностью на Украине	132
Проф. В. Москаленко — Основные задачи травматологического отделения при фабрично-заводской больнице	143
Бухалов — Несчастные случаи на предприятиях Государственного объединения грозненской нефтяной и газовой промышленности за 1925-26 операционный год	150
Сезды и заседания	156
Рецензии	167
Рефераты	169

INHALT

Prof. S. Schede. Haltungsfehler und Skoliosen	1
Prof. S. Tregubow. Die Tropfenextension	14
M. Ssitenko. Os tibiale externum und seine Beziehung zum Plattfuß	18
N. Kiptenko. Die Statistik der orthopädischen Erkrankungen auf Grund der Data der orthopädischen Klinik des Staatlichen Instituts für ärztliche Fortbildung (Kasan).	28
A. Frumina. Die Komplikationen bei der unblutigen Reposition der congenitalen Femurluxationen	45
M. Nikiforow. Zur Kasuistik und Pathogenese der Coxa vara adolescentium (statica)	53
A. Bakulew. Luxatio supraacromialis claviculae	60
B. Kuzenok. Die kalten Abscesse bei Knochen und Gelenktuberkulose	63
F. Berchin. Ein Todesfall von der Asphyxie wegen eines Senkungsabscesses bei der tuberkulösen Spondylitis	78
S. Porizkaja. Zur Frage der konservativen Behandlung der Hüft und Kniegelenkkontrakturen	82
A. Rawitzkaja. Zur Frage der Wiederherstellung des Acetabuli nach der Reposition der angeborenen Hüftgelenkverrenkung	91
R. Golubizkaja. Ein Fall der Osteochondritis des Hüftgelenks mit eigenartiger Dissoziation des Femurkopfes	95
Pr.-doz. B. Koldaew und B. Kuzenok. Über die aktive Reaktion des Eiters des chronischen und acuten Abscesse	98
A. Rawitzkaja. Das Bild des weissen Blutes in der Klinik der Knochen und Gelenktuberkulose	105
M. Altschuler. Die Reaktion Costa bei der Knochen und Gelenktuberkulose	113
Idem. Die Bedeutung der Reaktion Matefy für die Klinik der Knochen und Gelenktuberkulose	120
D. Iwaschczenko. Zur Frage des congenitalen partiellen Riesenwuchses und seiner Etiologie	125

SOZIALE ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE

M. Friedmann. Über die Organisation der orthopädischen Hilfe und Krüppelfürsorge auf der Ukraine	132
Prof. W. Moskalenko. Die Grundprobleme der traumatologischen Abteilung im Krankenhaus auf einer Fabrik	143
Buchalow. Unfälle auf Unternehmungen der staatlichen Vereinigung der Naphta- und Gasindustrie in Grosnoje im Jahre 1925-26	150
Verhandlungen und Protokolle	156
Rezensionen	167
Referate	169

*Посвящается
глубокоуважаемому профессору
ИЛЬЕ ОСИПОВИЧУ ФРУМИНУ
по поводу двадцатипятиле-
тия его врачебной и обществен-
ной деятельности.*

Редакция



И. О. Фрумин
по поводу двадцатилетия врачебной и общественной
деятельности.

С'ЕЗДЫ И СОВЕЩАНИЯ

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА.

Заседание 14 октября 1927 года.

Председатель—Проф. С. А. Треубов.

Секретарь—Н. Б. Шмаревич.

1. Г. М. Батурина, (Институт Ортопедии и Травматологии). Демонстрация случая пересадки сухожилий по поводу *pes plano-valgus sin.* и *pes varus dextr.* (*Residua poliomyelitis ant.*). *paralyt.*

Больная Н. 5 лет перенесла детский паралич в возрасте 2½ лет. Правая нога: стопа в положении *pes varus*; разгибание—норма, сгибание одновременно с небольшой аддукцией переднего отдела стопы; приведение полностью, отведение—невозможно. Левая нога: стопа в положении *pes plano-valgus*, тыльная и подошвенная флексия—норма; отведение в полном размере, приведение—отсутствует. Электродиагностика: на правой и левой ногах ослаблены: *m. m. glut. max.; biceps. femor.; m. m. semitend.; m. m. semimembr.* и *m. m. triceps surae*. Совсем не дает сокращения—*m. m. peron. long. et brevis* и не возбуждим—*m. tibial. ant.*

Остальные мышцы—нормальные.

27 августа операция под эфирным наркозом, правая нога: пересадка *m. tibial. ant.* на *peroneus tert.* Левая нога: пересадка сухожилия *m. peron. tert.* и *ext. dig. com. longus* на *m. tibial. ant.*

7 сентября. На девятый день после операции вырезана задняя шинка, сняты швы; последующее лечение: массаж, гальванизация и активные движения стоп.

14 октября *Status*, через пять недель после операции: правая нога—активная пронация и экстензия стопы хорошо выражены, при чем ясно напрягается и электродиагностически дает хорошие сокращения пересаженное сухожилие *m. tibial. ant.* При стоянии стопа активно устанавливается в правильное положение. Левая нога: сохраняется положение пронации, хотя в меньшей степени чем до операции; активно производит супинацию; электродиагностически пересаженное сухожилие *m. ext. digitor. commun. longus* дает сокращения. В дальнейшем назначены вклады и разрешено нагружать обе ноги полностью.

2. Г. Скосогоренко. Институт Ортопедии и Травматологии. Демонстрация больной М-ко с *pes calcaneus sensu strictiori paralyt. sin.* Деформация стопы развилась в течение двух лет. 10 лет у больной был *poliomyelitis anterior*. До лечения больная пользовалась стопой, наступая преимущественно на пятку. *Calcaneus* повернут вокруг фронтальной оси книзу так, что линия направления его по отношению к продольной оси голени проходит почти параллельно. Клинически и электродиагностически выпадение функции *m. triceps surae*. По поводу этой деформации была произведена 4 ноября 1927 г. пересадка сухожилий *m. m. flexor hallucis long.* и *peroneus long.* на *calcaneus* у места прикрепления Ахиллова сухожилия, после чего на стопу и голень была наложена циркулярная гипсовая повязка в положении *equinus*'а стопы. Через 10 дней пассивные и активные движения, гальванизация пересаженных мышц, а на ночь больная укладывала ногу в гипсовую шину. Теперь сгибание стопы производится с достаточно большой силой. Положение *calcaneus*'а заметно изменилось в смысле поднятия его нижней части вверх; свод уменьшился. Больная производит сгибание стопы с грузом в 8 фун. действующей в противоположном направлении. Походка заметно улучшилась.

Прения.

Е. П. Борко-Рюмишина. В какой степени раньше был выражен *pes calcaneus* на левой ноге, так как сейчас в известной степени он имеется.

Г. Скосогоренко. *Pes calcaneus* раньше был выражен в значительно большей степени.

М. И. Ситенко. По поводу первого случая я хотел добавить, что здесь требуется еще длительное последующее лечение в виде косо́й подошвы на правую ножку и ортопедические вклады на левую. Эти вклады будут способствовать должной коррекции и восстановлению правильной формы. По поводу лечения *pes plano-valgus paralyticus* я должен сказать, что все предложенные методы не дают вполне удовлетворительных результатов, при чем пересадка *musc. peroneus long.* дает результаты худшие, чем пересадка *m. peroneus tert.*

С. А. Треубов. В этом году я был в Берлине в клинике Biesalsk'ого и, по сравнению с предыдущими годами, могу отметить определенный скептицизм в отношении пересадок. Как Biesalski, так и Mommsen на своем обширном материале отмечают,

что результаты мышечной пластики с течением времени в значительной степени аннулируются. Большое значение они придают „Übungstherapie“. По поводу применения электризации мнения расходятся: Haglund является противником электризации, а Biesalski ее еще применяет.

3. А. К. Приходько. Доклад: К вопросу о врожденных сколиозах (работа напечатана в № 4 журнала „Ортопедия и Травматология“ за 1927 г.).

Прения.

Н. Б. Шмарьевич. Какое вы рекомендуете в данных случаях лечение и какие результаты от него ожидаете?

А. К. Приходько. Лечение должно быть направлено на укрепление мускулатуры. Необходимо пользоваться гипсовыми кроватками и корсетами. Чем раньше начать лечение, тем результаты лучше.

Т. И. Цыганков. При сколиозах мне приходилось наблюдать гипертонию спинных и грудных мышц. При лечении сколиозов следует добиться расслабления мышц, а для этого нужно делать массаж не только спинных, но также грудных, брюшных и мышц плеча.

М. И. Ситенко. В современной ортопедии наблюдается переход от грубо механического мышления к биологическому. Целый ряд деформаций, которые раньше объяснялись статическими условиями, теперь объясняются биологическими и врожденными причинами. В группе сколиозов с этиологической стороны имеется целый ряд различных форм. Многие сколиозы зависят от неправильности формы V поясничного позвонка. Сколиозы с врожденными причинами обычно не дают значительной деформации, уродующей человека.

С. А. Треубов. — Так называемому „внутриутробному стесненному положению плода“ теперь придают все меньше и меньше значения в этиологии сколиозов. Большинство этих случаев есть „vitium primae formationis“, причины которого мы еще не знаем. Значение V поясничного позвонка — велико; даже самые ничтожные его изменения, сакрализация, люмбализация в известной степени меняют установку позвоночника, а отсюда и сколиоз.

Текущие дела:

С. А. Треубов информирует, что по поручению Ортопедической секции он лично не мог приветствовать санаторий им проф. Боброва в Алушке по поводу 25-летия его существования, но от имени секции была послана приветственная телеграмма.

19 октября 1927 года

ОБЪЕДИНЕННОЕ ЗАСЕДАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ

Председатель — проф. **В. Н. Шамов.**

Секретарь — **Н. Б. Шмарьевич**

1. А. А. Бельц. Доклад. К вопросу об обширных резекциях желудка по поводу рака (предварительное сообщение с демонстрацией больных и препаратов).

2. С. А. Треубов. Отчет о XXII конгрессе немецких ортопедов (напечатано в № 4 журнала „Ортопедия и Травматология“ за 1927 год). После отчета проф. С. А. Треубов в передает привет харьковским хирургам и ортопедам от д-ра Julius Fink'a, который живет в настоящее время в Дрездене. Д-р Fink приветствует организацию российских ортопедов и обещает приехать с докладом на первый съезд российских ортопедов.

Прения.

А. А. Бельц. Каково было отношение ортопедов на конгрессе к поражению одного сустава деформирующим артритом? Не вступает ли здесь в свои права оперативное лечение?

С. А. Треубов. В основе лежит консервативное лечение, но иногда, как высказался Spritzu показано и оперативное вмешательство.

В. Д. Чаклин. Обуждались ли на съезде ревматические артриты и кто является председателем вновь организовавшегося общества „Rheuma“?

С. А. Треубов. Доклад о ревматизме носил чисто организационный характер. Председатель общества Rheuma—Goldscheider.

И. В. Кудинцев. Почему „ostitis fibrosa“ попал в ортопедические доклады. Какая цель вдвухания кислорода в сустав, физическая или химическая?

С. А. Треубов. На первый вопрос ответить трудно. Из доклада Brandes'a видно, что лучше ostitis fibrosa лечить консервативно, так как переломы обычно хорошо заживают. Вдвухание кислорода в суставы действует благотворно на артриты; как действует кислород — сказать определенно нельзя. Spritzu не сообщил о своих результатах, но рекомендовал вдвухать кислород в суставы.

Текущие дела:

Проф. В. И. Кудинцев предлагает послать приветственное письмо доктору Ю. Ф. Финку от харьковских хирургов и ортопедов; принимается единогласно.

Проф. И. В. Кудинцев предлагает послать приветствие другу мед. Ф. Ю. Розе в Германию, в связи с его тяжелым заболеванием и перенесенной операцией; предложение единогласно принимается.

Проф. И. В. Кудинцев считает отношение Правления Харьковского Медицинского Общества о предстоящем 27 ноября с. г. тридцатилетнем юбилее врачебной, научной и общественной деятельности проф. С. Л. Трегубова; собрание постановляет поручить президиуму хирургической секции совместно с президиумом ортопедической подсекции обсудить характер и форму чествования и доложить на ближайшем заседании.

Заседание 14 ноября 1937 года.

Председатель—д-р мед. М. И. Ситенко.

Секретарь—А. В. Тафт.

1. Проф. С. Л. Трегубов—Впечатления от посещения ортопедических учреждений в Германии".

Во время моей последней поездки в Германию я посетил ряд ортопедических учреждений в Берлине, Дрездене и Мюнхене, заглянул также в Göggingen, где находится знаменитое учреждение Гессинга.

В Берлине я посетил дневной санаторий-школу Bier'a для костно-туберкулезных детей. Учреждение обслуживает около 200 человек детей, которые являются сюда в 9^{1/2} час. утра и остаются до 3^{1/2} час. дня. Из дому они с собой приносят хлеб, остальное питание получают в санатории. Три дня в неделю происходит обучение, а три дня они усердно занимаются гимнастикой. Под руководством опытного руководителя проводится ряд гимнастических упражнений, построенных индивидуально для каждого с таким расчетом, чтобы не травмировать больной конечности. Учреждение скромно, но вполне целесообразно оборудовано. Кроме кухни и столовых имеются классные комнаты, перевязочная, души, навесы, на случай ненастной погоды. солнечные площадки; разбиты огороды, цветники, за которыми дети сами ухаживают. Учреждение живет по очень скромному бюджету. На питание детей отпускается около 40 коп. в день. Отбор детей для санатория производится в ортопедическом отделении клиники профессора Век'a. С этого года открыт небольшой, прекрасно оборудованный стационарий на 30 коек с мощной рентгеновской установкой и приборами для светолечения. Повятно, что в этом санаторий-школе дети только с такими профессорами, которые позволяют передвигаться; под наблюдением остаются по несколько лет.

В Oskar-Helene Heim в этом году открыт обширный ортопедический музей. В нем собрано огромное количество приборов, моделей таблиц, муляжей, гипсовых слепков; все так составлено, что перед посетителем разворачивается вся картина развития важнейших моментов истории ортопедии и отдельных методов лечения. Демонстративно изготовленные модели дают ясное представление о методах лечения, применяемых в данный момент в Oskar-Helene-Heim. Музей должно посетить всякому ортопеду, который будет в Берлине и интересно видеть вообще всякому врачу.

И раньше Biesalski придавал большое значение Uebungstherapie при спастических параличах. В настоящее время он скептически относится к операции Seliga и Stoffel'a и считает, что длительные систематически проводимые упражнения дают лучшие результаты. Точно так же и в области лечения сколиозов. Результаты стали лучше с тех пор, как на гимнастику было обращено больше внимания, упражнения более индивидуализированы и дольше проводятся.

В Дрездене я посетил Ю. Финка, который стоит теперь во главе Первого Института для спондилитиков. Учреждение это организовано Саксонским Красным Крестом вблизи Дрездена и, повидимому, послужит образцом для ряда подобных учреждений. Опыт показал целесообразность концентрации однообразных больных и выбор в качестве руководителя первого такого учреждения Ю. Финка надо считать чрезвычайно удачным. Учреждение производит прекрасное впечатление и, несомненно, сыграет большую роль, как школа для подготовки специалистов.

В Мюнхене проф. Lange стоит во главе университетской ортопедической клиники и великолепной городской ортопедической больницы на 250 коек с огромной амбулаторией. Ортопедическая, университетская клиника размещена в прекрасном здании: ряд комнат занят различными кабинетами для диатермии, сухо-воздушных ванн, светолечения, гимнастики, массажа и т. д. Большое внимание уделено здесь плоской стопе. Больные с плоской стопой занимают первое по количеству место; во втором сколиозы. При клинике имеется довольно большая протезная мастерская, в которой работает 8 человек в значительной мере занятых изготовлением вкладок. Для того, чтобы судить о размерах продукции вкладок для плоской стопы, я укажу еще, что в мастерской профессора Hohm a p'a за 1926 год было изготовлено 2200 вкладок; точно также и в городской ортопедической амбулатории поражает огромное количество больных с плоской стопой.

Целлулоидные вкладки по Lange всем хорошо известны. В них сделаны несущественные изменения, на которых я останавливаться не буду. Они хорошо видны на образцах, точно также во всех этих учреждениях большое внимание уделено сколиозам—гимнастика тщательно индивидуализируется. Почти всюду пользуются еще старыми простыми приборами. В большом ходу рамы Lange (Lagerungsapparat), которыми снаб-

жаются сколиотики в клинике и в Городской амбулатории и в них лежат наподобие того, как мы это проводим в кроватках. Вправление вывихов производится при помощи стола Вебера. Всевозможные редрессации—при помощи стола Lange; он несколько громоздок, но травма здесь меньше, чем при пользовании столом Schultze. После исправления косолопости, накладывается гипсовая повязка на голень и бедро, чтобы можно было удержать ногу в положении отведения. Во время наложения повязки большой укладывается на живот.

В двух часах езды от Мюнхена лежит город Augsburg, а возле него в Göggingen'e развил свою замечательную деятельность Hessing, и я решил проехать туда. Göggingen небольшая деревня в 10 минутах езды от Augsburg'a. На улице Hessing'a перед зданием санатория—памятник Hessing'у, поставленный ему при жизни. Hessing происходил из очень бедной семьи, Тринадцатый в семье, мальчиком был отдан в науку к столяру, затем к органичных дел мастеру, где усердно занялся конструкцией органов. Протезным делом заинтересовался случайно; первое время он увлекся лечением переломов и овладел этим делом так хорошо, что к нему стали стекаться в большом числе больные. Затем он пришел к конструкции шинно-гильзового аппарата. Постепенно совершенствуя его, он стал с успехом применять его при лечении различных контрактур деформаций, детских параличей. Точно также он внес ряд усовершенствований в конструкцию корсетов, пока, наконец, выработал прекрасный корсет, носящий его имя. Слава об его искусстве была так велика, что к нему стекались больные со всех концов Европы. Он выстроил ряд санаторий, которые могли вместить до 300 человек больных. Но и этого было мало. Его больные размещались по всей деревне. В 1916 году он умер в глубокой старости, окруженный почетом, получив высшее звание „гофрата“ и множество орденов. Дело его ведет теперь его племянник, один из лучших его учеников. Учреждение живет старой славой знаменитого, несомненно очень даровитого, человека. Я видел и теперь там ряд больных, приехавших из других стран, сколиотиков, паралитиков, которые показали мне изготовленные здесь аппараты. Я отчасти понял секрет успеха этого учреждения. Аппараты несомненно тщательно, художественно сделаны и идеально пригнаны. Готовятся они не по гипсовым оттискам, а на теле больного, путем длительной, кропотливой работы; достигается такая точная пригонка, что в дальнейшем коррекция при помощи тонких сложных приспособлений осуществляется, во многих случаях, вполне удовлетворительно. Едва ли, однако, там могли бы справиться с грубыми деформациями скелета, где необходимо кровавое вмешательство. Огромное, причудливой архитектуры, здание, построенное по плану Hessing'a, теперь наполовину пустующее: дивный парк, разбитый все тем же Hessing'ом, великолепная церковь и замечательный орган в ней,—на всем чувствуется своеобразный гений этого человека-самоходка.

Прения.

М. Г. Зелинин.—При спастических параличах упражнения являются исключительным методом лечения, или же они применяются после предварительных операций?

С. А. Треубов.—В последнее время в Германии увлекаются „Übungstherapie“.

В. Д. Чаклин.—Были ли вы у Киша? Каковы ваши впечатления?

С. А. Треубов.—Был. Мое отношение резко отрицательно. Вся система вытязений, применяющаяся у Киша, чрезвычайно неудовлетворительна. Вообще, Киш более популярен в России, чем в Германии.

М. И. Ситенко.—Как долго проводят упражнения при лечении спастических параличей?

С. А. Треубов.—Годами. Viesalski считает, что это единственный путь.

2. Проф. *С. А. Треубов.* Дальнейшее наблюдение над случаями болезни Perthes'a после вправления врожденных вывихов бедра.

Около полугода тому назад я демонстрировал Вам ряд рентгенограмм тазобедренного сустава после вправления врожденных вывихов, из которых на одной была типичная картина болезни Perthes, а с изменениями как со стороны головки, так и со стороны вертлужной впадины. На другой группе рентгенограмм, если помните, можно было наблюдать постепенное исчезновение ядра окостенения головки на больной стороне. На последней рентгенограмме уже не было никаких следов ее. Положение шейки, которая представлялась толще и короче, как это обычно бывает при болезни Perthes'a, указывало, что установка хороша, но головки не было. Между сводом вертлужной впадины и разрезом шейки бедра был промежуток около двух сантиметров. Объективно—едва уловимое прихрамывание, субъективных явлений никаких. С тех пор прошло полгода. За это время было сделано 4 рентгенограммы, при чем уже на второй можно уловить в части, соответствующей ядру головки, небольшие зернышки; на следующем снимке их уже больше, они яснее видны, крупнее, а на последнем уже не трудно уловить очертание головки. Она уже имеет характерную, сплюснутую форму шляпки гриба, только состоит как бы из хлопьев, которые, слившись, дадут нам знакомые очертания. Таким образом, на предшествующих рентгенограммах мы наблюдали один из стадий развития болезни Perthes'a, как бы растворение, расщепление ядра окостенения головки. Как это видно на рентгенограмме, вертлужная впадина и окружающие впадины не остаются безучастными в этом процессе. Теперь мы наблюдаем процесс создания, образования новой головки, но по форме отличной от нормальной, соответствующей по очертаниям болезни Perthes'a.

Трудно с уверенностью объяснить всю картину, но связь с травмой наиболее вероятна; могут, конечно, играть роль и другие причины. Больная еще под моим наблюдением и в дальнейшем я представляю ее рентенограммы.

Прения.

В. Д. Чаклин.—Какова теперь функция сустава у пациента?

С. А. Треубов.—Функция прекрасна. Теоретически рассуждая, нужно было бы беречь эту мягкую головку, но практически это невозможно. Ребенок бегает и удержать его невозможно.

М. И. Ситенко.—Какие симптомы наблюдались и каково было лечение?

С. А. Треубов.—Первым симптомом была хромота. На рентгенограмме поражено несоответствие головки и acetabulum. Лечение заключалось в наложении гипсовой повязки на четыре недели.

М. Г. Зеленин.—Сколько случаев болезни Perthes'a вы наблюдали после вправления врожденного вывиха?

С. А. Треубов. Два.

В. Д. Чаклин.—Особенно ценна серия этих рентгенограмм. Я знаю эту девочку; это очень живой, хорошо бегающий ребенок. Что же касается толкования рентгенограмм, то я полагаю, что пятнышко на месте головки представляет центр оссификации. Под влиянием травмы этот центр резорбировался, теперь же головка формируется вновь, но уже атипически. Литературные данные тоже говорят за травму, как этиологический момент.

М. И. Ситенко.—В Институте Ортопедии и Травматологии на 31 случай врожденных вывихов болезнь Perthes'a наблюдалась два раза. Затруднений при вправлении не наблюдалось. В одном случае был рахит. Нужно все-таки думать, что не одна травма является причинным моментом болезни Perthes'a, конституциональные условия тоже играют роль. Доклад проф. Треубова представляет чрезвычайно большой интерес.

З. Д-р. Э. Сухомлинова. (Институт Ортопедии и Травматологии). Демонстрация больного Б. И. 13 лет. „Paralysis musc. opponens sin. post polyomyelitim“.

Клиническая картина до операции: отсутствие противопоставления первого пальца к пятую; некоторое укорочение конечности и незначительная атрофия ее. Больному произведена пересадка musc. extensoris digiti V sinistri на основание первой метакарпальной кости (по Соок'у). Мягкая повязка в положении сближения первого и пятого пальцев на 10 дней. Результат операции: появление полного противопоставления первого пальца к пятую, при чем при сближении первого и пятого пальцев ясно напрягается пересаженная мышца.

Прения.

Д-р А. В. Тафт.—По поводу данного случая я хотел добавить, что путем малой и несложной операции можно заметно повысить работоспособность кисти; хватательные движения имеют большое значение и роль орропенса велика. От подобной пересадки получаются очень хорошие результаты.

Текущие дела.

О выработке тем для съезда.

С. А. Треубов указывает, что нужно идти в ногу с хирургами. Если последние имеют тему „Статистика в хирургии“, то быть может нам нужно выбрать „Статистику в ортопедии“. *М. Г. Зеленин* предлагает, что лечение сколиозов должно быть одной из тем. *В. Д. Чаклин* — предлагает избрать темой вопрос об артродезировании. *М. И. Ситенко* предлагает выработать темы к следующему заседанию. *С. А. Треубов* предлагает списаться с ортопедами Киева и Одессы.

О 30 летнем юбилее *С. А. Треубова*.

М. И. Ситенко предлагает поручить президиуму ортопедической секции приветствовать юбиляра.

Заседание 16 декабря 1927 года.

Председатель—д-р. мед. *М. И. Ситенко*

Секретарь—*Н. Б. Шмаревич*.

1. Проф. *С. А. Треубов*. Демонстрация случая прободения acetabulum при туберкулезе тазобедренного сустава.

Докладчик демонстрирует серию рентгенограмм случая туберкулеза тазобедренного сустава, который закончился прободением acetabulum. В данном случае любопытно то, что в течение восьми месяцев мальчик шел под диагнозом туберкулеза коленного сустава. На первой рентгенограмме, сделанной в конце этого периода, правда, с трудом можно отличить большую сторону от задорной, но все же можно. Как это видно на следующих рентгенограммах, в течение нескольких месяцев развилось разрушение головки и вертлужной впадины. По установке trochant minor. видно, как бедро повернуто кнаружи. Значительная контрактура, которая в течении нескольких месяцев не поддавалась исправлению при грузе в 7 фунтов, легко сгладилась в течении 18 дней при грузе 200 грамм. Боли утихли совсем, температура нормальна; между тем, как показывают эти рентгенограммы, разрушение шло все дальше, охватывало все новые участки и, как это видно, на

последних снимках, закончилось прорободением суставной впадины. На последних рентгенограммах, которые относятся ко второму году болезни, можно наблюдать в высокой степени интересную картину. На ряду с деструктивными явлениями хорошо выражены и явления регенерации; ясно видно развитие зашиты соответственно месту прорободения в виде наслоения новообразованной кости. На месте самой деструкции отчетливо видны протянутые вертикально плотные перекладины от края изъеденной суставной впадины до большого вертела. Видно, как сеть вновь образованных перекладин становится гуще, а сами перекладины толще.

Прения.

М. И. Ситенко. Как лечили этого больного?

С. А. Трегубов. До 1925 года он лечился, как гонитик при помощи гипсовых повязок, а затем, как кокситик. Он прибыл в Евпаторию в гипсовой повязке весом в 18 фунтов. Бывшая у него небольшая контрактура легко исправилась вытяжением.

К. В. Побережный. Какова была клиническая картина? Был ли инфильтрат в малом тазу? По этому инфильтрату пальпаторно легче определить перфорацию, чем по рентгенограммам.

С. А. Трегубов. В малом тазу был большой инфильтрат, который постепенно рассасывался. Пункцию я опасался делать, дабы не внести вторичной инфекции. В Евпатории я демонстрировал пять случаев, где были инфильтраты в малом тазу. Проф. Н. Н. Бурденко рекомендует в таких случаях исследовать *per rectum*. Нужно отметить несоответствие клинической и рентгенологической картины.

М. Г. Зеленин. Была ли подвижность в тазобедренном суставе, в каком виде отпущен больной?

С. А. Трегубов. Подвижность в тазобедренном суставе была едва заметной. Больной был отпущен в хорошем состоянии без каких-либо болевых ощущений. Явления регенерации были хорошо выражены. Была наложена циркулярная гипсовая повязка, так как мальчик очень живой.

М. И. Ситенко. Случай, демонстрируемый проф. С. А. Трегубовым, весьма поучителен. Долгое время не могли поставить диагноза. Иногда встречаются случаи, где долго не знаешь, с чем имеешь дело. В Институте Ортопедии и Травматологии недавно наблюдался случай, который раньше трактовался как гонит, а через три месяца обнаружился ясный очаг в верхнем эпифизе бедра. Случай С. А. Трегубова интересен также с точки зрения механизма перфорации и разъясняет нам его: процесс раз'едает *acetabulum* и туда проходит головка, как при центральном вывихе. Этот случай объясняет нам и другой случай с центральным вывихом, который демонстрировался в Институте Ортопедии и Травматологии и где так много говорили о механизме вывиха.

2. Е. Т. Баранник. Демонстрация больной (из клиники Ортопедической Хирургии). Случай туберкулезного гонита у люэтика.

Больная Л-ва, 20 лет поступила в клинику 26 октября 1927 года с явлениями незначительной атрофии левой ноги, сгибательной контрактуры левого коленного сустава под углом в 140° , с подвывихом голени кзади и ничтожной, мало обращающей на себя внимание, болезненностью; функция левого коленного сустава: разгибание активное до угла в 140° , пассивное—до угла в 150° ; сгибание активное до прямого угла, пассивное до угла в 80° . Больна три года. Начало заболевания не острое; болезнь развивалась постепенно и выражалась появляющимися периодически припуханиями левого коленного сустава. Местная температура и боли отсутствовали. Функция сустава сохранена полностью. Таково было течение процесса в течение трех лет. За три месяца до поступления в клинику больная упала, ушибла левое колено, после чего процесс обострился (появились сильные боли в суставе, местная температура), и с этого момента начала развиваться контрактура, что заставило больную слезь в постель. Через две недели боли исчезли; в дальнейшем они появлялись только при длительной ходьбе и были крайне незначительны. Контрактура, появившаяся с момента травмы, с каждым месяцем увеличивалась. Рентгенологически (в передне-задней и боковой проекциях) отмечается резко выраженная атрофия эпифизов бедра и голени; в области внутреннего мыщелка бедра отмечается изолированное гнездо с центральным секвестром. Реакция Вассермана резко положительная. Лейкоцитоз и лимфоцитоз. Контрактура была исправлена в течение 6-7 дней капельным вытяжением, предложенным проф. С. А. Трегубовым. В последующие три недели была значительно исправлена сублоксация голени, путем противовтяг на бедро и голень и груза в два фунта на область сустава. Затем нижняя конечность была фиксирована открытою гипсовою повязкою. Интерес данного случая заключается в атипичности клинической картины туберкулезного гонита, выражающейся почти полным отсутствием болей и незначительным нарушением функции. Нужно полагать, что данная ничтожная болезненность и небольшое ограничение функции находится в зависимости от наличия люэса в организме.

Прения:

В. И. Цукерман. Применялось ли антилюэтическое лечение?

Е. Т. Баранник. Применяли иодистый калий; другие специфические средства боялись применять дабы не обострить процесса.

А. К. Приходько. Какое лечение применялось в промежутке между двумя рентгенограммами? Была ли фиксация коленного сустава?

Е. Т. Баранник. Только два флакона *Kali jodati* и открытая гипсовая повязка.

Н. Б. Шмарьевич. В нашей практике *lues* суставов встречается довольно редко, в то время как по статистике Вельяминова на каждые восемь случаев туберкулеза полагаются быть одному люэтическому артриту. Одно из двух: или частота *lues'a* у Вельяминова преувеличена или мы не умеем еще хорошо распознавать *lues* суставов. Весьма вероятно, что многие случаи протекают под флагом туберкулеза. Нам, несомненно, следует всякие подобные случаи туберкулезных артритов, протекающих с малой болезненностью и незначительным нарушением функции, брать под подозрение и искать там люэ.

С. А. Треубов. Самое характерное в диагностике *lues'a*—это отсутствие болезненности. Часто обращает на себя вниманием несоответствие клинической и рентгенологической картин.

К. В. Побережный. В данном случае рентгенкартина типична для туберкулеза; в организме есть *lues*, но *lues* в суставе—под вопросом. Очень интересно было бы объяснить такую малую болезненность в суставе.

М. Г. Зеленин. Я за всю свою жизнь ни разу не видел люэтического гонита, и мне весьма интересно было бы его посмотреть. Если у кого встретится такой случай, то очень прошу его показать. Данный случай похож на туберкулез и ничего люэтического я здесь не вижу.

М. И. Ситенко. *Lues* суставов встречается сравнительно редко. За год через Институт Ортопедии и Травматологии прошло 7 случаев. Отмечаемую обычно симметричность поражения при *lues* мы редко встречаем. Бросается в глаза безболезненность или ночные боли. Встречаются иногда такие случаи, где даже гистологически невозможно определить *lues*. Считать отсутствие болей характерным только для *lues'a*—нельзя, так как и при туберкулезе встречается иногда малая болезненность. Данный случай следует считать гибридным.

З. Н. Б. Шмарьевич. Доклад: К вопросу об отдаленных результатах костно-пластической фиксации позвоночника при туберкулезном спондилите (работа напечатана в № 5-6 журнала „Ортопедия и Травматология“ за 1927 год).

Прения:

В. М. Пономаренко. Наблюдали ли вы положительные результаты от операции *Albee*?

Н. Б. Шмарьевич. К сожалению, удовлетворительных результатов от операции *Albee* нам видеть не пришлось, хотя мы их тщательно искали.

В. М. Пономаренко. Проф. В. Н. Шамов, которому пришлось много оперировать по способу *Albee*, правда, в условиях неблагоприятных (период голода и недостатка), получал от этой операции все же хорошие результаты. Об этом В. Н. Шамов говорит на своих лекциях студентам.

Н. Б. Шмарьевич. О материале проф. В. Н. Шамова я уже упомянул в своем докладе. Среди многих неблагоприятных результатов возможно, что были и хорошие случаи. Мне лично таковые не попадались.

В. И. Цукерман. К сообщенным докладчиком двадцати двум случаям неудачных результатов от операции *Albee* при туберкулезном спондилите я мог бы прибавить еще с десяток случаев, которые я наблюдал в течение двух лет работы в Харьковском бюро врачебной экспертизы. Вряд ли причину неудач должно считать технической погрешностью, так как случаи были оперированы различными хирургами с крупным именем. Больные в возрасте от 20 до 30 лет, в большинстве рабочие и служащие, были отпущены в промежутке времени от двух до шести месяцев после операции снова в ту же обстановку, на свою прежнюю работу даже без опорного корсета; они уходили из лечебного учреждения в убеждении, что туберкулезный процесс в позвоночнике был этой операцией ликвидирован. Поднятие больного ранее окончания срока прохождения трансплантатом всех стадий для функционального восстановления, отпуск его из лечебного учреждения до снабжения корсетом и возвращение его к физическому труду—составляют три основных ошибки, ведущих к неудачам этого способа.

А. К. Приходько. Волна увлечения операцией *Albee* постепенно спадает. Это особенно заметно среди ортопедов, так как они более продолжительное время и более тщательно наблюдают подобного рода больных, чем хирурги.

Материал Института Ортопедии и Травматологии охватывает 61 случай туберкулезного спондилита, которым была произведена операция *Albee*. Среди них 19 детей.

В первые периоды увлечения этой операцией показания ставились очень широко и в ближайшее время после операции благоприятные результаты отмечены в 85%. В четырех случаях—*exitus* (через 1½ месяца—1½ года после операции). В дальнейшем из обследованных в отдаленные периоды 41 больных—в 20 случаях отмечены неудовлетворительные результаты. Тщательные наблюдения заставили сузить показания.

В некоторых случаях благоприятные клинические данные после операции не всегда находят подтверждение в данных рентгенографии. В одном случае через 6 лет после операции несмотря на полное отсутствие болей и работоспособность, на рентгенограмме можно было констатировать дальнейшее разрушение соседних позвонков, представлявшее резкий контраст с первоначальной рентгенограммой с небольшим сужением межпозвоночной щели между 12 D и 1 L.

Операция Albee противопоказана в детском возрасте, а также при наличии симптомов сдавления спинного мозга и корешков. В последнее время операция Albee в Институте Ортопедии и Травматологии при туберкулезном спондилите не производится.

К. В. Побережный. Наблюдения над больными, подвергшимся операции Albee и попавшими в стационар Харьковского детского костно-туберкулезного санатория или прошедшими через его амбулаторию и врачебную санаторно-курортную комиссию, говорят далеко не в пользу этой операции. Прежде всего среди них я не видел ни одного случая закончившегося спондилита; у всех отмечалось увеличение гиббуса, который был до того времени незначительным, или образование его там, где его вовсе не было; нередко появление параличей или парезов конечностей, до того времени отсутствовавших. Боли в области гиббуса не исчезали. Больные после операции принуждены были проделывать такой же длительный срок лечения, какому подвергаются и больные, лечащиеся консервативно—покоем в гипсовых кроватках. Косметически операция дает худшие результаты, чем рекинация в кроватках по Финку. Приходится задать вопрос—насколько целесообразна эта операция у детей и ответ на этот вопрос дать отрицательный.

С. А. Трегубов. Надо считать вполне установленным, что пластинка, введенная в остистые отростки не останавливает туберкулезного процесса. Не трудно себе представить, что пластинка, удерживая до известного момента от спадения, сближения пораженных позвонков, этим самым затрудняет и умножает задачу репарации. Может создаться такое положение, при котором организм не в силах заполнить образовавшуюся полость и только перелом пластинки помогает сближению; но это иногда сопровождается такой травмой, при которой неизбежно получается обострение процесса. Приводимые д-ром Н. Б. Шмарьевичем случаи операции Albee не являются искусственно подобранными, других случаев мы не наблюдали; отсюда не следует, конечно, что их вовсе нет. Если мы к этому материалу прибавим те неблагоприятные случаи, о которых упоминали д-р А. К. Приходько, В. И. Цукерман и К. В. Побережный, то уже получится довольно внушительная цифра отрицательных данных, вполне объективных над которыми должны задуматься сторонники операции Albee.

М. И. Ситенко. Ближайшие результаты после операции Albee производят отрадное впечатление: боли исчезают, общее состояние заметно улучшается. Отдаленные результаты не вполне утешительны, хотя в ряде случаев на материале Института Ортопедии и Травматологии в поздних стадиях мы имеем хорошие результаты. Вполне естественно, что хирурги увлеклись этой операцией, так как консервативное лечение тянется очень долго и связано с большими трудностями. Стационарных коек для подобного рода больных и ортопедических средств у нас очень мало. Необходимость последующего длительного общего лечения после операции признается всеми авторами. Способ Финка у детей дает очень хорошие результаты. Заслуживает внимания метод Waldenström'a.

Н. Б. Шмарьевич. Я с большим удовлетворением должен отметить, что мнения всех выступавших в прениях по поводу операции Albee вполне совпадают с моими наблюдениями. От этой операции при туберкулезном спондилите следует отказаться. Операция Albee должна найти себе почетное место при других страданиях позвоночника, иногда не поддающихся консервативному лечению, как старые компрессионные переломы, вывихи, спондилолизезы и т. п. Заслуга проф. Albee все же велика, так как ему мы обязаны новым весьма оригинальным методом. Центр внимания хирургов, как правильно отметил в свое время на съезде Т. П. Краснобаев, должен лежать не столько в технике операции, сколько в выяснении влияния операции на течение туберкулезного процесса.

4. Проф. С. А. Трегубов—доклад „К истории Ортопедии“ с демонстрацией 60 диапозитивов (работа готовится к печати).

Текущие дела:

По предложению проф. С. А. Трегубова принято постановление: организовать пленарное заседание Харьковского Медицинского Общества по вопросу „О детских параличах“, при чем просить секции педиатров, невропатологов и ортопедов выделить своих докладчиков.

Заседание 6 января 1928 года.

Председатель—проф. С. А. Трегубов.

Секретарь—Н. Б. Шмарьевич.

1. Э. Марулис—Институт Ортопедии и Травматологии. Случай отрыва сухожилия m-li triceps.

Больной О., 25 лет, в июле 1926 года был ранен в область правого локтевого сустава; разможенный olecranon был оперативно удален. По заживлении раны больной мог активно сгибать и разгибать правую руку в локтевом суставе до угла в 85°, после чего предплечье пассивно падало до максимального разгибания и сгибания. 13 декабря 1927 года произведена операция (М. И. Ситенко). Взятая длинная полоска из фасции бедра продета через расщепленное во фронтальной плоскости сухожилие m. triceps и через отверстие, проделанное в плча. Затем оба конца полоски сшиты при разогнутом ad maximum положении конечности. Рука уложена в проволочную шину. 6 января 1928 года больной выписался. Активное и пассивное сгибание в локтевом суставе возможно до угла в 70°, активное и пассивное разгибание—до угла в 165°.

2. *А. В. Тафт*—Институт Ортопедии и Травматологии. Случай *Coxitis haemophylisica*.

Больной М. 7 лет поступил 7 декабря 1927 г. в Институт с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе. Боли появились в апреле 1927 года. Постепенно образовались контрактуры. Ребенок страдает гемофилией и происходит из гемофилической семьи: два брата матери умерли от кровотечения, брат больного тоже страдает гемофилией.

Status praesens. Правая нижняя конечность согнута в тазобедренном суставе под углом в 150° , отведена и ротирована кнаружи. Движения в суставе сохранились в виде незначительного объема качательных движений. При исследовании крови найдено, что время свертывания (в аппарате Егорова) 13—18', *Blutungszeit*—прервано на 16', свертываемость на стеклах 22—23'. Симптом *Rumpel-Leede*—отрицательный. Рентгенографически имеется сужение суставной щели, изъеденность верхнего отдела *acetabuli*, уплощение и склероз верхнего сегмента бедренной головки.

Случай этот представляет интерес в смысле диагноза. Клиническая картина, рентгенографические данные, указывающие на обширные суставные изменения с вовлечением в процесс эпифиза бедренной головки, анамнез и лабораторные данные заставляют диагносцировать в данном случае *coxitis haemophylisica*. Против болезни *Perthes'a*, о котором можно было бы думать на основании уплощения бедренной головки, говорят большой суставные изменения, не характерные для этого заболевания.

Прения.

Н. Б. Шмарьевич.—Диагноз *coxitis haemophylisica* был Вами поставлен только на основании анамнеза?

А. К. Приходько.—Какая намечается терапия?

А. В. Тафт.—Диагноз поставлен, главным образом, на основании анамнеза, так как и больной и его отец страдали гемофилией и у данного больного было сильное кровотечение из десен, которое удалось остановить при помощи кроличьего легкого. Лабораторным исследованием установлена пониженная свертываемость крови.

С. А. Треубов.—Сообщает о двух случаях гемофилии, которые он наблюдал. Демонстрируются рентгенограммы двух братьев, мальчиков в возрасте 10-12 лет, которые уже в течение двух лет находятся на лечении по поводу болей и опуханий суставов теперь коленных, а до того голеностопных и локтевых. Мальчики только время от времени укладываются, когда у них обостряются боли и припухают суставы; шли они под диагнозом туберкулеза. Из анамнеза выяснилось, что оба они гемофилики, при чем один из них едва не погиб от кровотечения после ничтожной ушибленной ранки. При проколе коленного сустава был получен полный шприц крови. Рентгенологически любопытно „раннее постарение эпифизов“, которое наблюдается и при *tbc*. В тех случаях, где из анамнеза нельзя получить данных о гемофилии—диагностика гемофилического артрита представляет значительные трудности, особенно когда поражен один сустав. Нужно, однако, сказать, что при *arthritis haemophylisica* мы часто не встречаем контрактур; рентгенологическая картина также несколько иная, чем при туберкулезе; явления атрофии здесь выражены слабее. В нескольких случаях я наблюдал пятнистость рисунка, напоминающую соты, что видно и на этих снимках.

М. И. Ситенко. Нужно думать, что контрактуру у данного больного удастся устранить при помощи этапно-гипсовой повязки, которую мы наложим в ближайшие дни. Я наблюдал еще один случай гемофилического артрита, где, по выражению *С. А. Треубова*, можно было отметить „постарение эпифиза“; у этого же больного была большая субпериостальная гематома.

В. И. Цукерман. Мне также пришлось наблюдать один случай гемофилического артрита в коленном и голеностопном суставах; братья больного погибли во время „обрезания“.

З. И. Гейманович. Я несколько раз видел гемофилические артриты. В случаях кровотечений можно рекомендовать однократное вливание сыворотки крови роженицы. Однократное вливание этой сыворотки тотчас же останавливает кровотечение. Действие этого препарата поразительное, и это отмечается также в литературе. Диагноз обычно ставится на основании анамнеза.

Д-р. Э. М. Сухомлинова. Институт Ортопедии и Травматологии. Демонстрация больной *С. А.* 18 лет. „*Paralysis m. glutei medii et minimi sinistri post polyomyelitis*“.—После пересадки *mus. erector trunci* по *Lange*.

Клиническая картина до операции: отсутствие отведения, резко выгашенный феномен *Trendelenburg'a*. Больной произведена пересадка *m. erector trunci sinist.* при помощи шелковых нитей на *trochanter major sinister* (по *Lange*). Гипсовая повязка в отведенном положении конечности в течение шести недель Гальванизация. Результат операции через пять месяцев: полное исчезновение симптома *Trendelenburg'a* значительная устойчивость при походе, активное отведение левой нижней конечности до угла 60° . При отведении ясно прощупывается напрягающееся вновь образованное искусственное сухожилие.

Прения.

Н. Б. Шмарьевич. В данном случае ближайший результат операции по *Lange* получился блестящий, но нет ли опасности получить в будущем сколиоз, вследствие нарушения симметрии и изменения функции *mus. erector trunci*.

С. А. Трегубов. Я был в этом году в клинике проф. Lange, и должен сказать, что они своими результатами похвалиться не могут. В данном случае результат получился очень хороший. Угроза сколиоза в будущем компенсируется удовлетворительной функцией конечности.

4. Д-р мед. В. Д. Чаплин. Институт Ортопедии и Травматологии. Демонстрация больного (18 лет) с пересадкой *m. sartorius* на *quadriceps dex.* после полиомиелита. Выпадение всей группы разгибателей голени слева значительно растривало походку. Однако на левой ноге хорошо сохранился *m. sartorius*.

Под спинно-мозговой анестезией (Sol. Novocain 5%) больному произведена пересадка *m. sartorius* на *patella* таким образом, что мышца отделена до половины бедра, проведена подкожно через образованный канал и укреплена к *patella*. Во время операции легко можно было убедиться в значительной силе *m. sartorius*, заставив больного сократить мышцу.

В послеоперационном периоде фиксация в задней шине на 10 дней, затем легкие движения, электризация. Можно было проследить, как постепенно эффект пересадки улучшался, при чем к концу месяца появилась не только устойчивость коленного сустава, но и возможность активного разгибания голени, не достигавшего, однако, полного объема.

Для улучшения походки на левой стопе, где имеется паралич флексорной и перонеальной групп, будут созданы искусственные сухожилия по Lange проведением нитей (медиально и латерально) от сухожилия *m. triceps surae* и фиксированием их к тылу стопы. Справа, где имеется *calcaneo-valgus paralyticus*, будет сделана *astragalectomy* по Whitman'у.

Прения:

З. И. Гейманович. Как вы решили, что *musc. sartorius* пригоден для пересадки?

В. Д. Чаплин. Функция *sartorius*'а была ясна и электродиагностика нам подтвердила это.

М. И. Ситенко. Мышечная пластика в области колена дает функциональный эффект в 30% всех случаев и все-таки пересадки следует делать, так как без пересадок больные хуже ходят, а от аппаратов, там где это возможно, следует отказаться. Если пересадки и не всегда дают двигательный эффект, то все же они укрепляют сустав и дают возможность более устойчиво ходить. Наиболее подходящие мышцы для пересадок это *tensor fasciae latae* и *sartorius*. При выборе мышц мы в первую очередь руководствуемся клиническими данными, а во вторую—электродиагностическими, так как иногда электродиагностика дает положительный результат, а во время операции обнаруживается перерождение мышц.

С. А. Трегубов. Сила *sartorius*'а здесь ничтожна, но для статики даже самая ничтожная сила имеет значение. *Sartorius*, несомненно, является более подходящей мышцей.

5. Д-р М. А. Меерзон. Институт Ортопедии и Травматологии. Операция Stoffel'я при спастической гемиплегии.

Больной К. 7 лет. Левая верхняя и нижняя конечность—атрофичны. Положение руки вынужденное в состоянии сгибания в локтевом суставе до угла в 160° и пронации. Супинация и пронация активно отсутствуют, пассивно возможны. Левая стопа в положении *equinovarus*. Ходит, опираясь на пальцы.

Операция 10 ноября 1927 года: 1) перерезана веточка *n. mediani*, идущая к *m. pronator teres*, *flexor carpi radialis* и *palmaris longus*; 2) резецирована целиком веточка *n. tibialis*, идущая к *m. soleus* и две трети ветвей *n. tibialis*, идущих к *m. gastrocnemius*. Последующее лечение: массаж, движения, гимнастика.

6 января 1928 г. Супинация и пронация предплечья активно возможны. Ходит устойчиво, наступает всей подошвенной поверхностью левой стопы.

Результаты операции в данном случае можно считать вполне удовлетворительными.

Прения:

В. Д. Чаплин. Я хочу обратить в данном случае внимание на следующую необходимость. После резекции веточки *n. mediani* следует тут же на операционном столе произвести редрессацию и добиться установки гиперкоррекции.

М. И. Ситенко. За границей, как сообщает проф. С. А. Трегубов, постепенно отходят от операции Stoffel'я и переходят к „*Übungstherapie*“, но нужно иметь в виду, что „*Übungstherapie*“ у нас недоступна, так как для этого необходимо держать больных в учреждении в течение многих лет. Школа Gocht'а и сейчас продолжает пользоваться операцией Stoffel'я.

В. И. Цукерман. В статье Biesalsk'ого от 1913 года подчеркнуто, что „*Übungstherapie*“ хороша, но после соответствующих операций на нервах.

С. А. Трегубов. В клинике проф. Biesalsk'ого я бывал много раз и в последнее посещение я обратил внимание на то, что они охладели к операции Stoffel'я. В известных случаях, конечно, оперировать нужно, но не всегда можно ожидать должного эффекта. Ближайшие результаты обычно бывают хороши. После операции следует проделать „*Übungstherapie*“.

6. Д-р В. Рудановская. Институт Ортопедии и Травматологии. Демонстрация больной Д. А. 18 лет. *Pes equinus sin. paralyt.*

Левая стопа до операции находилась в положении *pes equinus*. Приведение и дорзальная флексия отсутствовали, плютарная флексия была сохранена, отведение—ослаблено.

При ходьбе стопа пассивно отвисала книзу, больная опиралась вначале на пальцы, а затем только опускалась на пятку.

1 ноября 1927 года произведена операция по способу *Langé*.

На месте перехода мышечной части *m. gastrocnem.* в сухожильную был проведен разрез. Под углом, вершиной обращенной вверх, был надсечен *m. gastrocnemius* и с наружной и внутренней стороны надсеченные мышечные части были прошиты толстым шелком по две нити с каждой стороны. Концы нитей были проведены в подкожной клетчатке и подшиты на стопе поднадкостнично: с внутренней стороны—к *os navicul.*, с наружной—к *os. cuneif.* III. Стопа была установлена под углом в 90° . Гипсовая повязка на три недели.

В настоящее время при ходьбе отвисание почти исчезло. Больная становится сначала на пятку, а потом на передний отдел стопы. Появились боковые движения; при движении стопы в сторону тыла и подошвы—прощупываются два тяжа из новообразованных сухожилий, несколько кпереди от лодыжек.

Т. М. И. Ситенко. Доклад: „*Os tibiale externum* и ее отношение к плоской стопе (работа напечатана в журнале „Ортопедия и Травматология“ № 1 за 1928 год).

Прения:

Э. И. Гейманович. Как возник термин „*os tibiale externum*“?

М. И. Ситенко. Следует полагать, что „*os tibiale*“ называется так потому, что она расположена вблизи нижнего края *ossis tibiae*.

А. П. Николаев. Доклад *М. И. Ситенко* интересен не только для ортопедов, но также для анатомов-антропологов. „*Os tibiale externum*“ мы встречаем не только у человека, но и у некоторых млекопитающих. У обезьян „*os tibiale*“ мы не находим. Совпадения „*os tibiale*“ с плоскою стопою следует объяснить явлениями чисто механическими. Нельзя ли рассматривать *os tibiale* как явление вторичное в зависимости от плоской стопы. *Os tibiale* является образованием гомологичным *tuberositas ossis navicularis*, которое вследствие тех или иных причин могла не спаяться.

С. А. Треубов. Я хочу обратить ваше внимание на два обстоятельства. Докладчик отметил, что *os tibiale externum* болезненно в возрасте от 12 до 22 лет и *Роух* наблюдал *os tibiale* у новобранцев. Я глубоко убежден в том, что это есть апофизит, заболевание типа Шляттера. Это тот отросток *ossis navicularis*, который позже должен слиться с ней. Это вне всяких сомнений. Болезнь именно характерна для молодого возраста. Предположение же, что это есть явление атавистическое—менее вероятно.

Текущие дела:

Постановлено просить Оргбюро III Всеукраинского Съезда Хирургов (Днепропетровск) поставить программным вопросом ортопедического дня: „Внутренние повреждения коленного сустава“.