

ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

ДВУХМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ * ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Пр.-доц. <i>А. А. Альбрехт</i> , Ленинград	Проф. <i>Г. И. Турнер</i> , Ленинград
Проф. <i>Р. Р. Вреден</i> , Ленинград	Проф. <i>М. О. Фридланд</i> , Казань
Проф. <i>А. Г. Елецкий</i> , Саратов	Проф. <i>И. О. Фрумин</i> , Киев
Проф. <i>К. Ф. Еленевский</i> , Харьков	Д-р <i>Г. И. Хармандарьян</i> , Харьков
Д-р <i>М. Г. Зеленин</i> , Харьков	Секретари редакции:
Проф. <i>Н. И. Кефер</i> , Одесса	д-р <i>Н. П. Новаченко</i>
Д-р мед. <i>М. И. Ситенко</i> , Харьков	д-р <i>А. В. Тафт</i>
Проф. <i>С. Л. Треубов</i> , Харьков	д-р мед. <i>В. Д. Чаплин</i>

Ответств. редактор — д-р мед. *М. И. Ситенко*

Ответств. секретарь — д-р *Н. П. Новаченко*

СОТРУДНИЧЕСТВО ЖУРНАЛУ ОБЕЩАЛИ

Проф. <i>BIESALSKI</i> , Берлин	Д-р <i>SCHANZ</i> , Дрезден
Проф. <i>HAGLUND</i> , Стокгольм	Доцент <i>SILFVERSKIÖLD</i> , Стокгольм
Проф. <i>ERLACHER</i> , Грац	Д-р <i>SORREL</i> , Берк
Д-р <i>FINCK</i> , Дрезден	Проф. <i>SPITZY</i> , Вена
Прив.-доц. <i>KORTZEBORN</i> , Лейпциг	

КНИГА ВТОРАЯ-ТРЕТЬЯ

СЕНТЯБРЬ 1927

ИЗДАТЕЛЬСТВО „НАУЧНАЯ МЫСЛЬ“

УЧР. НАРКОМЗДРАВОВОМ УССР

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Проф. д-р Ф. Эрлахер—О современном состоянии хирургии нервов . . .	1
Prof. Dr Ph. Erlacher—Ueber den gegenwärtigen Stand der Nerven Chirurgie.	7
Проф. С. Л. Трегубов—Истинное удлинение конечностей при туберкулезе костей и суставов . . .	14
Д-р мед. М. И. Ситенко—О повреждениях крестообразных связок коленного сустава . . .	20
✓ Проф. М. О. Фридланд—Колебания высоты стопы под влиянием различных моментов . . .	40
Г. И. Хармандарьян—Рентгенодиагностика рахита в раннем детском возрасте . . .	46
П. И. Бакow—Лечение классического перелома лучевой кости . . .	55
С. А. Шнейдер—Статические изменения при туберкулезном спондилите и их практическое значение . . .	71
А. А. Демидов—Антистафилолизинная реакция при заболевании костей и суставов . . .	93
А. А. Козловский—Повязка при torticollis . . .	102
Г. Ф. Скосогоренко—К вопросу о деформации Sprengel'я . . .	105
С. А. Новотельнов—Оперативное лечение рефлекторных контрактур при классическом переломе лучевой кости . . .	114
В. О. Маркс—Ostitis fibrosa localisata . . .	121
А. Ю. Штернман—Вопросы рентгенологической установки при диагностике заболеваний костно-суставного аппарата . . .	132
М. Л. Меерзон—Лечение дистальных переломов предплечья с точки зрения утери трудоспособности . . .	140
В. И. Цукерман—К вопросу о местном грязелечении костно-суставного туберкулеза в Пятигорске . . .	147
Н. А. Герасимова—Врачебная гимнастика в современной Германии . . .	153
А. З. Соркин—Редкий случай отсутствия нижней конечности . . .	157
А. Б. Габай—К вопросу о закрытых изолированных повреждениях менисков коленного сустава . . .	160
Отчеты и протоколы . . .	167
Рефераты . . .	199
Рецензии . . .	210
Хроника . . .	211

INHALT

	Seite
Prof. Dr Ph. Erlacher. Ueber den gegenwärtigen Stand der Nerven Chirurgie.	7
Prof. S. Tregubow. Die wahre Verlängerung bei Knochen- und Gelenktuberkulose . . .	14
Dr. med. M. Sitenko. Ueber die Kreuzbänderverletzungen des Kniegelenkes . . .	20
Prof. M. Fridland. Die Beeinflussung der verschiedenen Momente auf die Schwankungen der Fusshöhe . . .	40
Dr. G. Charmandarian. Die Röntgendiagnostik der Rachitis im frühen Kindesalter . . .	46
Dr. P. Bakow. Die Behandlung der klassischen Radiusfraktur . . .	55
Dr. S. Schneider. Die statische Veränderungen bei Spondylitis tuberculosa und ihre praktische Bedeutung . . .	71
Dr. A. Demidow. Die Antistaphylolysinreaction bei der Knochen- und Gelenkerkrankungen . . .	93
A. K[os]lowsky. Das Torticollisverband	102
Dr. G. Skossogorenko. Zur Frage über die Sprengelsdeformation . . .	105
S. Novotelnow. Die operative Behandlung der reflektorischen Kontrakturen bei der klassischen Radiusfraktur.	114
W. Marks. Ostitis fibrosa localisata . . .	121
A. Sternmann. Zur Frage der Röntgendiagnostik der Knochen und Gelenkerkrankungen . . .	132
M. Meersohn. Die Behandlung der distalen Vorderarmfrakturen vom Standpunkte des Arbeitsfähigkeitsverlustes . . .	140
B. Zuckermann. Zur Frage über die lokale Schlammbehandlung der Knochen und Gelenktuberkulose in Pjatigorsk (Kaukasus) . . .	147
H. Gerassimowa. Die Heilgymnastik in Deutschland . . .	153
A. Sorkin. Ein seltener Fall eines Fehlens der unteren Extremität . . .	157
A. Gabay. Zur Frage über die verschlossenen isolierten Meniscusverletzungen des Kniegelenkes . . .	160
Verhandlungen und Protokollen . . .	167
Referaten . . .	199
Rezensionen . . .	210
Chronik . . .	211

в том, что он давно уже широко пропагандирует идею пластических операций. Интересна мысль о свободной пересадке *patellae*. В некоторых случаях (после травмы) можно использовать *tuber calcanei*, а иногда, может быть, и головку *fibulae*.

Председатель Г. И. Турнер.

Секретарь Г. Я. Эпштейн.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОДСЕКЦИЯ ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА

Заседание от 28 марта 1927 г.

Председательствует д-р мед. М. И. Ситенко секретарь—д-р Н. Б. Шмарьевич.

И. Проф. С. А. Трегубов — Два случая болезни Perthes'a после вправления врожденных вывихов бедра.

В отдельных случаях после вправления врожденных вывихов бедра уже давно были отмечены изменения в очертаниях головки, при чем они более всего напоминали те, которые наблюдались и описаны Perthes'ом. В настоящее время я наблюдаю эти изменения в двух случаях после вправления врожденных вывихов в возрасте 3½ года. Вправление было произведено 1 год тому назад, было легким, и через полгода обе девочки были на ногах без повязок, не хромили. До самого последнего времени никаких жалоб не было; около месяца тому назад у одной из них после какого-то неосторожного движения появилось легкое прихрамывание; на рентгенограмме — головка бедра точно расплавилась и едва можно уловить ее очертания. В другом случае — у девочки течение было аналогично с этим и прихрамывание началось без всякой травмы, при чем на рентгенограмме — картина болезни Perthes'a — головка стала уплощенной и деформированной. О дальнейшем течении заболевания будет доложено в будущем (демонстрируется серия рентгенограмм).

Прения.

Д-р мед. М. И. Ситенко спрашивает, легко ли было произведено вправление вывихов бедра или нет.

Проф. С. А. Трегубов — Вправить вывихи удалось очень легко.

Г. И. Хармандарьян — На снимках демонстрируемого случая, по моему мнению, не начальная стадия Болезни Perthes'a, а одна из конечных стадий: очевидно, деформация, имеющаяся на последней рентгенограмме, является результатом травмы, которая уже после вправления обострила имевшееся раньше заболевание Perthes'a. Рентгенограммы в своей последовательности свидетельствуют о постепенном исчезании головки бедра, а последний снимок говорит за полное исчезновение ее. Деформация *acetabuli* — есть вторичная, как результат изменения головки и ее суставной поверхности и первично не связана с болезнью Perthes'a.

И. О. Фрумин (Киев) — болезнь Perthes'a — явление не совсем редкое после вправления врожденного вывиха бедра; на 200 приблизительно, вправлений, произведенных в Киевском Детском Ортопедическом Институте, было около 10 случаев болезни Perthes'a, т. е. около 5%. В 2 случаях болезнь Perthes'a была с обеих сторон после вправления двухстороннего вывиха бедра. Интересна дальнейшая судьба этих больных: у одной из больных через 12 лет после вправления развился юношеский деформирующий артрит. Что касается демонстрируемых изменений в своде, то д-р И. О. Фрумин полагает, что обычная реакция костной части *acetabuli* на вправление — явление, отмечаемое почти всегда после вправления и не связанное с развитием болезни Perthes'a.

Н. Б. Шмарьевич указывает, что самое интересное в болезни Perthes'a — это этиология. В литературе уже неоднократно приводились случаи болезни Perthes'a у лиц с врожденным вывихом бедра. *Biebergeil* и *Brandes* приводят случаи болезни Perthes'a после бескровного вправления; *Spitzu* приводит случаи врожденного вывиха бедра с болезнью Perthes'a, без того, чтобы эти вывихи когда-либо вправлялись. Тот же *Spitzu* приводит случай *Brandes'a*, где был вправлен врожденный вывих бедра, а на другой, т. е. нормальной стороне развился остеохондрит. У *Brandes'a* имеются три случая врожденного одностороннего вывиха бедра, при чем болезнью Perthes'a были поражены головки обоих бедер. *Calot* придает большое значение врожденным подвывихам бедра. Таким образом, ясно, что пока еще трудно в каком-либо определенном смысле связать болезнь Perthes'a с врожденным вывихом бедра. Демонстрируемые случаи, несомненно, усилят ту казуистику, которая даст позже возможность разобраться в этиологии болезни Perthes'a и остеохондритов вообще.

Д-р мед. М. И. Ситенко указывает, что у него также был случай болезни Perthes'a после вправления врожденного вывиха бедра, легко произведенного. Причину болезни Perthes'a следует искать в конституциональных особенностях больного, эндокринной системе, рахите: связать с травмой обычно не удастся.

II. Н. Б. Шмарьевич демонстрирует больную Зб-ую Ц., 14 лет, со множественными амниотическими перетяжками пальцев обеих рук, правой голени, врожденной косолапостью и врожденным дефектом пальцев правой руки. Средний палец правой руки имеет дефект на уровне середины средней фаланги, 4 и 5 пальцы — на уровне дистальной трети основной фаланги. Движения в метакарпо-фаланговых суставах нормальные. Все 3 культи имеют коническую форму, и на концах их рубцы. На левой руке на уровне середины средней фаланги 3 пальца имеется ясно выраженная кольцевидная врожденная перетяжка; кожа здесь вполне подвижна; функция пальца нормальная. Левый указательный палец на 1^{1/2} сант. короче правого (6 и 7^{1/2} сант.) и деформирован за счет утолщения мягких тканей в дистальной трети основной фаланги; абдукционная контрактура в дистальном межфаланговом суставе.

На уровне середины правой голени имеется врожденная циркулярная перетяжка мягких тканей шириною в 1 сант. Левая нога короче правой на 3^{1/2} сант, и находится в положении equino-varus. Во всем остальном больная представляет собою вполне здорового человека.

Случай этот представляет собою интерес в том отношении, что на нем ясно видно, как плод может быть в изолиальном обвита амниотическими тяжами, давшими на одной руке даже полное внутриутробное отшнуровывание трех пальцев, т. е. самоампутацию с коническими культями. Очевидно, что во время таких амниотических сращений отдельные части плода испытывают вынужденное положение, а отсюда в данном случае произошла контрактура указательного пальца и врожденная косолапость.

III. Н. Б. Шмарьевич демонстрирует больного Гу-ва, 19 л., со сгибательной (под углом в 100°) дермато-десмогенной контрактурой левого лучезапястного сустава и пальцев.

Данная контрактура образовалась после тяжелого ожога, происшедшего 3 года назад от разорвавшегося примуса. Дважды предпринятые операции: иссечение рубцов и пересадка по Тиршу) улучшений не дали. И вот теперь докладчик находит, что единственный способ, который можно здесь испытывать с большой надеждой на успех—это лечение „закруткой“ (Quengel) по способу Mommsen'a с одновременным массажем имеющихся мощных рубцовых тяжей на сгибательной стороне лучезапястного сустава. Другие обычные способы лечения контрактур (вытяжение, этапно-гипсовые повязки и другие) здесь не применимы по топографическим соображениям. Лечение „закруткой“ в данном случае нужно проводить крайне осторожно, так как напряженные рубцы могут в любой момент треснуть и дать долго незаживающие каллезные язвы. Вообще же при лечении по способу Mommsen'a нужно строго соблюдать следующие основные условия: 1) тщательно вымоделировать гипсовую повязку (в которую обычно вделана шина Cramer'a) с тем, чтобы она была хорошо фиксирована на предплечьи; 2) до наложения гипсовой повязки лучше предварительно обернуть предплечье войлоком, а в тех местах, где сжимается большое давление—положить еще обычные резиновые губки (немцы употребляют „фактисс“—резиновые стружки); 3) способ „закрутки“ считается правильно применяемым только тогда, когда все лечение протекает совершенно безболезненно для больного, а потому следует вперед продвигаться очень медленно и накручивать веревочку не более чем на пол или один оборот в день, не переходя таким образом „порога физиологического раздражения тканей“. Все же, несмотря на свою простоту и верность результатов, способ Mommsen'a требует много терпения и настойчивости, как со стороны врача так и больного.

Прения

И. О. Фрумин (Киев) указывает, что способ Mommsen'a также применяется в Киевском Ортопедическом Институте, давая обычно хорошие результаты, но при подвывихах в коленном суставе он очень мало помогает.

Д-р мед. М. И. Ситенко сообщает, что в Институте Ортопедии и Травматологии способ Mommsen'a также применяется с хорошими результатами, но этапно-гипсовая повязка дает результаты не хуже.

В. И. Цукерман спрашивает, не отражается ли фиксация соседнего локтевого сустава гипсовой повязкой на его функции и не получается ли контрактура.

Н. Б. Шмарьевич. Тугоподвижность в суставе остается ничтожной и весьма быстро ликвидируется последующими сухо-воздушными ваннами, массажем и гимнастикой; контрактуры никакой не остается. Способ Mommsen'a не дает почти никакой атрофии, на что указывает также и Biesalsky в своем предисловии к работе Mommsen'a. Способ этот конечно, не должен применяться шаблонно, а все контрактуры нужно дифференцировать, индивидуализируя в отдельных случаях терапию. Одна контрактура легко выпрямляется под наркозом, вследствие исчезновения рефлекторного момента, другая—вытяжением, третья—этапно-гипсовыми повязками, четвертая—оперативным вмешательством, пятая—лечением „закруткой“ и т. д. Шаблон в лечении контрактур может привести к вредной потере времени и средств.

IV. Е. П. Борко-Рюмина. Судьба изолированных гнезд при костном тbc.

Изолированные поражения при костном туберкулезе приходится встречать довольно редко. Они могут протекать, как самостоятельная форма или, как известная

начальная стадия одной из форм туберкулеза. По вопросу об этиологии и патогенезе костного туберкулеза до настоящего времени нет единства мнений, равно как и в классификации его. Изолированное гнездо может оставаться долго, как известная стадия туберкулеза, или может перфорировать сустав или мягкие ткани. Дальнейшая судьба зависит от величины эмбола, от количества и вирулетности бактерий, от локализации гнезда, конституциональных особенностей организма и момента травмы. Величина и форма изолированных гнезд колеблется. Патолого-анатомически это есть полость, заполненная бугорчатыми грануляциями, в одних случаях с преобладанием деструктивных явлений, в других — регенеративных; и то и другое хорошо дифференцируется на рентгенограммах и может служить прогностическими данными. В моменте перфорации большое значение имеет травма, сильно осложняя картину течения изолированного гнезда, давая бурную и тяжелую картину со стороны сустава. Проникновение небольшого количества туберкулезного токсина в сустав даже без травм тоже дает тяжелые явления. В тех случаях, где регенерация преобладает, и гнездо окружено склеротическими изменениями, как барьером — на рентгенограмме это заметно в виде белого вала. Довольно быстро наступает заполнение дефекта костной тканью, построенной соответственно условиям статики (демонстрируется больная и 23 рентгенограммы восьми больных из Клиники Ортопедической Хирургии). Диагноз в большинстве случаев не трудный. Лечение обычно консервативное; только в тех случаях, где гнездо лежит вне сустава и близко к кортикальному слою без явлений регенерации, там показано радикальное вмешательство.

В итоге докладчик приходит к следующим выводам: 1) для решений вопроса есть ли изолированное поражение, необходимо производить рентгенограммы в двух проекциях; 2) изолированное гнездо есть первый стадий костного туберкулеза; 3) изолированным это гнездо остается в редких случаях; в большинстве — оно перфорирует, давая то или иное течение костно-суставного туберкулеза; 4) моменты перфорации в большинстве случаев сопровождаются бурной клинической картиной; 5) форма и размеры изолированного гнезда могут колебаться в широких пределах; 6) изолированное гнездо может организоваться путем заполнения дефекта вновь образованной костной тканью, построенной соответственно законам статики.

Прения

А. В. Тафт спрашивает, какую терапию предлагает докладчик при изолированных гнездах.

И. О. Фрумин — Доклад представляет собою интерес не только с точки зрения раннего распознавания процесса, но и с теоретической точки зрения. Мы до сих пор не знаем, как, например, распространяется процесс в коленном суставе. Французы, вскрывая больные суставы и, исследуя *in situ*, убедились, что процесс обычно начинается со спонгиоза; но до сих пор все же нет обоснованных данных для такого оперативного вмешательства. Рентгенологические исследования изолированных гнезд нужно и дальше продолжать. Докладчица не затронула вопроса о том, что нужно делать с этими изолированными гнездами. Лечить ли их консервативно, или оперативно. В тех случаях, когда нет склеротических изменений и очаг грозит прорывом в сустав, следует, конечно, оперировать. Нужно также оперировать и с социальной точки зрения. Основной метод все же — оперативное удаление очагов с последующей пломбировкой.

В. М. Пономаренко — Больных, подозрительных на туберкулез, нужно всегда снимать в двух проекциях, так как иногда даже на хорошей рентгенограмме не всегда удается уловить изолированные гнезда. Необходимо произвести очень тщательное обследование больного на многих снимках.

Е. П. Борко-Рюшина — При изолированных гнездах консервативное лечение обычно дает хорошие результаты и только в тех случаях, когда изолированное гнездо лежит близко к кортикальному слою, при чем явления регенерации незначительны, показано оперативное вмешательство.

Заседание от 15 апреля 1927 г.

Председатель — проф. С. А. Трегубов, секретарь — Н. Б. Шмаревич.

И. Ф. Е. Эляшберг и проф. К. Ф. Еленевский — Случай туберкулезного гонита с демонстрацией макро и микроскопических препаратов.

Дифференциальная диагностика заболеваний коленного сустава нередко представляет большие затруднения. В качестве примера докладчики демонстрируют больного Д., (из Института Ортопедии и Травматологии), у которого 12 лет тому назад внезапно заболело левое колено. Подострое начало; 6-ой все время на ногах; боли в течение года, затем 9 лет — светлый промежуток, при хорошей подвижности коленного сустава и едва заметной сгибательной контрактуры. В 1926 г. после простуды — обострение болей. На рентгенограмме — картина деформирующего артрита. Было намечено оперативное вмешательство и решено сделать резекцию в случае, если во время операции это

окажется туберкулезом или — артропластику, если это окажется деформирующим артритом. Во время операции обнаружены громадные полиповидные разращения и свободное тело хрящевой консистенции. Макроскопически — никаких данных за туберкулезный характер процесса. На основании найденных данных была сделана артропластика, но произведенное гистологическое исследование препарата дало ясную картину туберкулезного процесса. После операции больному было наложено вытяжение и начата функциональная терапия, которая позже после микроскопического исследования была отменена (демонстрируются макро- и микроскопические препараты и рентгенограммы).

Проф. К. Ф. Еленевский — Я представляю вещественные доказательства, касающиеся данного случая — туберкулезного гонита. Здесь имеются макро- и микроскопические препараты резецированных частей коленного сустава. Суставной хрящ в значительной степени изменен. Он потерял свой нормальный цвет и вид и неравномерно истончен. По краю суставных поверхностей хрящ сходит на нет и обнажается подлежащая губчатая кость. Местами на поверхности хряща видны плоские, бляшковидные разращения, желтовато-сероватого цвета которые оказались туберкулезными грануляциями, как показало микроскопическое исследование. По краю суставной поверхности видны кое-где маленькие полусферовидные экзостозы, покрытые хрящем. В полости сустава оказались свободные тельца уплощенно-шаровидной формы величиной в кедровый орех, беловато-серого цвета, гладкие на поверхности, как-бы покрытые хрящем, упруго-эластической плотности. Синовиальная оболочка неравномерно утолщена, уплотнена, на внутренней поверхности содержит язычкообразные разращения, серовато-полупрозрачного вида, плотноватые на ощупь и как бы гиалинизированные по поверхности. Обнаженная костная ткань местами также покрыта бляшковидными туберкулезными грануляциями. Рассеченное рисовидное тельце содержало в центральной своей части кровяно-красный участок ткани, в которой при микроскопическом исследовании обнаружена, сохранившая свои жизненные свойства, склерозирующаяся грануляционная ткань с сосудами, наполненными кровью и содержащая одиночные туберкулезные бугорки с многоядерными гигантскими клетками в них. В периферических слоях рисовидное тельце представляет собою гиалинизированную фибриноидную субстанцию, в который кое-где заключены мелкие частички известковых солей и глыбки секвестрированного хряща. В язычковидных разращениях синовиальной оболочки видна также склерозирующаяся грануляционная ткань, в которой не густо разбросаны хорошо контурированные, одиночные ретикулярные бугорки с многоядерными гигантскими клетками в центральных частях их; изредка попадаются маленькие конгломераты из 2-3 ретикулярных бугорков. Склерозирующаяся грануляционная ткань бедна клетками и капиллярными сосудами. Сохранившиеся в ней сосуды расширены и переполнены кровью. На одном из препаратов видно, как под истонченным хрящем подлежащая губчатая кость разрежена и в поверхностных слоях содержит одиночные ретикулярные бугорки, также содержащие многоядерные гигантские клетки. Бугорки залегают в рыхлой костно-мозговой ткани. Там, где хрящ уничтожен, а костная ткань покрыта туберкулезными грануляциями видно, что подлежащая кость свободна от бугорков; последние локализируются только в слое туберкулезных грануляций. Истонченный хрящ представляет атрофию хрящевых клеток и разволокнение основной субстанции хряща. Творожисто-распадающихся грануляций ни макроскопически ни микроскопически не удалось обнаружить Фибринозно-клеточковый экссудат, покрывающий туберкулезные грануляции подвергается гиалинизации и плотно удерживается на их поверхности.

Таким образом, на основании вышеизложенного следует прийти к заключению, что в данном случае имеется хронически-вялый туберкулезный процесс, который, по всей вероятности, начался не в кости, а в синовиальной оболочке в форме фунгозных разращений, а затем последовала местами узура суставного хряща и переход туберкулезного процесса на подлежащую кость в форме *caries sicca*. Хроническое течение процесса с наклоном к склерозу туберкулезных грануляций привело к образованию свободных внутрисуставных тел *corpora oyuoides* и к деструкции коленного сустава, наподобие деформирующего артрита. Образовавшиеся на суставных поверхностях костей остеофиты следует отнести к репаративным процессам.

Прения

Н. Б. Шмарьевич спрашивает, была ли отменена функциональная терапия вследствие того, что больной испытывал боли, или вследствие того, что позже был микроскопически диагностирован туберкулез колена.

Ф. Е. Эльяшберг — Функциональная терапия была отменена после того, как было установлено, что заболевание имеет туберкулезный характер.

Проф. С. Л. Трегубов — Случай представляет собой интерес прежде всего с диагностической стороны. Что это — туберкулез или деформирующий артрит? Имеющиеся полости давали и раньше возможность поставить диагноз туберкулеза. Следует полагать, что это с самого начала была костная форма, так как трудно предполагать, чтобы синовиальная форма не давала себя чувствовать в течение многих лет. Это было изолированное костное гнездо, которое позже прорвалось в сустав и дало обострение.

Д-р мед. М. И. Ситенко—Когда данный случай попал к нам в Институт, то все-клиническое течение говорило за туберкулезный характер страдания, но на рентгенограмме не было ничего характерного для т. б. с. Было решено тогда оперировать и получить анкилоз—если это туберкулез, или сделать артропластику—если это не т. б. с. Хрящевые массы, найденные во время операции, дали нам основание предполагать о нетуберкулезном характере страдания и потому мы сделали артропластику; произведенное, однако, гистологическое исследование резецированных частей позже дало нам ясно выраженную туберкулезную картину. Подобные случаи совершенно не похожи на те, о которых мы обычно читаем в учебниках.

Д-р мед. В. Д. Чаплин—Если бы этот случай попал 2-3 года назад, то тогда бы значительно легче нам было диагностировать туберкулезный характер процесса. Теперь же, когда появились разращения, характерные для деформирующего артрита, картина получается путанной, и невольно в таких случаях можно впасть в ошибку.

II. Н. П. Новчаненко и проф. К. Ф. Еленевский. Исследование иннервации подколенной артерии и вены по методу прижизненной окраски П. И. Мелихова.

Напечатанная в „Новом Хирургическом Архиве“ (т. X, кн. 1 и 2 за 1923 г.) работа П. И. Мелихова под заглавием „Анатомические исследования иннервации сосудов нижних конечностей по методу прижизненной окраски“ послужило основанием использовать этот способ окраски на ампутированной голени у человека, тотчас же после операции. Была применена такая же методика: сосуды конечностей были сначала тщательно промыты подогретым до 38° Рингер Локковским раствором, а затем шприцем через ту же канюлю вводился 1/50% раствора метиленовой синьки, приготовленной на Рингер-Локковском растворе, также подогретым до 38°. Затем быстро был выпрепарован сосудисто-нервный пучок и фиксирован в 10% пикриново-кислом аммонии. После фиксации и после промывки препарата были приготовлены микроскопические препараты из подколенной артерии и вены путем расправления частей сосудистых стенок между двумя предметными стеклами в глицерине. После просветления препаратов удалось видеть то, что описал Мелихов: чрезвычайно своеобразное густое нервное сплетение в адвентициальных слоях сосудов. Глядя на это, делается досадно, как многое ускользает от нашего наблюдения при исследовании ткани без витальной обработки их. Эти нервные сплетения, при обычных условиях исследования сосудисто-нервного пучка, обнаружить не удается. Докладчики огласили выводы работы Мелихова и указали, что судя по этим выводам, можно надеяться изучить не только мощные сплетения вокруг артерий и вен, но и доказать существование ганглиозных клеток в периваскулярной клетчатке и изучить функциональную природу сплетений вокруг сосудов, т. е. являются ли нервные волокна эти вазо-констрикторами или вазо-дилататорами, или же сети содержат в своем составе и те и другие элементы.

III. В. И. Цукерман. К вопросу о местном грязелечении костно-суставного туберкулеза в Пятигорске.

Докладчик дает литературный обзор данного вопроса, из коего видно, что на ряду с горячими приверженцами этого метода имеются не менее ярые противники его; среднее место занимает ряд авторов, указывающих на успех грязелечения лишь при определенных формах костно-суставного туберкулеза; но и тут имеется разноречие, так как не одни и те же формы давали лучшие результаты у различных авторов.

На основании своего опыта из 116 случаев костно-суставного туберкулеза, леченных в Пятигорске, искусственно подгретой грязью из Тамбуканского озера, докладчик высказывается за допустимость лечения грязью при всех формах костно-суставного туберкулеза, при удовлетворительном общем состоянии организма, т. е. благоприятного иммуно-биологического соотношения сил. Докладчик указывает ряд сопутствующих болезненных состояний организма, противопоказующих грязелечение, а именно флоридное течение в периоде острых проявлений.

Видя в грязелечении биологический метод лечения с помощью неспецифического раздражения кожи больного свойствами лечебной грязи, докладчик рекомендует индивидуальный подход к больному и придает большое значение методике вызывания лишь самой легкой реакции со стороны местного процесса. Для этой цели применяется грязь невысокой температуры (36° R.) и регулируются интервалы между отдельными процедурами. Принимая во внимание необходимость поддерживать хорошее иммуно-биологическое состояние организма, докладчик считает необходимым на время лечения обратить сугубое внимание на общее диетогигиеническое лечение и соблюдение принципов ортопедии.

Прения

Д-р Касандров спрашивает были ли произведены биохимические исследования по которым можно было бы судить об азотистом обмене.

В. И. Цукерман—Таких исследований мы не имели возможности производить.

Д-р мед. В. Д. Чаплин—На каких суставах получались от грязелечения лучшие результаты? Какие формы давали лучшие результаты: закрытые или открытые (со свищами)? Что является критерием для определения „улучшения“ и „выздоровления“?

В. И. Цукерман—Верхние конечности обычно давали результаты лучшие, чем нижние; имеющиеся абсцессы предварительно пунктировались и в них впрыскивалась иодоформенная эмульсия; свищевые формы обычно дают худшие результаты. Критерием для улучшения или выздоровления являлась безболезненность, размах движений и рентгенологические данные.

Ф. Е. Эляшберг—Бывали ли случаи ухудшения или окончившиеся безрезультатно после грязелечения?

В. И. Цукерман—В начале моей работы в грязелечебнице бывали случаи ухудшения, которые меня даже пугали, но потом, когда я овладел методом, я уже не боялся больше обострений.

Е. П. Борко-Рюмшина—Какие патолого-анатомические формы подвергались грязелечению и какие получались при отдельных формах результаты?

В. И. Цукерман.—Грязелечение применялось мною при всяких формах костно-суставного туберкулеза.

Проф. М. Б. Фабрикант—Ни одна область не вызывала столько прений, как лечение костно-суставного туберкулеза. На последнем съезде хирургов в Ростове указывалось, что те хирурги, которые вышли из школ, где усиленно резецировали, позже становились яркими противниками операций. Хотя в литературе и описывались хорошие результаты, но все же операции были оставлены. При различных впрыскиваниях многие авторы получали хорошие результаты, а другие их не имели. Верно, несомненно то, что при лечении туберкулеза нужно более, чем где бы то ни было индивидуализировать. Когда можно считать туберкулез излеченным? Мы знаем случаи, когда после клинического „излечения“ через 20 лет снова бывали иногда тяжелые обострения. Наилучшие результаты получались, когда грязелечению подвергались открытые формы со свищами и распадом. Если не было свищей, смешанной инфекции, то процесс обычно обострялся. Грязелечение не есть панацея, а только один из методов лечения при открытых формах туберкулеза. В грязелечении мы имеем могущественное средство при свищевых формах и смешанной инфекции.

Д-р мед. В. Д. Чакин—Можно спорить против того, что при всяких формах туберкулеза показано грязелечение, затем, следует ли толкать к образованию абсцесса и свища торпидно-протекающие случаи, чем предпочесть более или менее спокойное их течение. При вторичной инфекции грязелечение более показано, как средство активной гиперемии. Выводы докладчика не вполне точно обоснованы, так как применялось одновременно и грязелечение и солнцелечение, и за счет чего следует отнести успех—сказать определенно трудно. Фунгозные формы, особенно колено, не нужно абсцедировать грязелечением, а лучше предпринять раннее оперативное вмешательство, но только у взрослых.

Д-р мед. М. И. Ситенко—Мои наблюдения над грязелечением в течение 2 лет дали отрицательное впечатление при туберкулезе костей и суставов; часто получалось обострение процесса. Хорошие результаты дают рапные ванны, улучшая общее состояние больного. Особенно благоприятные результаты давали рапные ванны при открытых формах; фистулы обычно закрывались почти через один месяц. Вообще же с методами лечения туберкулеза, базирующимися на обострении процесса нужно быть очень осторожным, так как в конце концов они дают ухудшения. Я бы грязелечения при костно-суставном туберкулезе не применял.

Н. Б. Шмарьевич—Докладчик указал нам, сколько процентов у него было выздоровлений, сколько улучшений и т. п. Я должен сказать, что с термином „выздоровление“ при костно-суставном туберкулезе нужно выступать крайне осторожно. Мы никогда не можем знать, когда больной действительно выздоровел и никогда не можем ручаться за то, что у так называемого „выздоровевшего“ через много лет не получится обострение процесса, и иногда довольно тяжелого. Я сам совсем недавно видел случай туберкулезного коксита с хорошим костным анкилозом, где через 26 лет после „выздоровления“ снова открылся на своем прежнем месте свищ, а ведь в течение 26 лет человек чувствовал себя хорошо и ни на что не жаловался. Из литературы мы также знаем, что термин „выздоровление“ следует принимать весьма условно. Я вообще считал бы весьма рациональным, если во всех медицинских отчетах по костному туберкулезу термин „выздоровление“ был бы выброшен, а осталось бы только „улучшение“. Это меньше вводило бы нас в заблуждение.

Проф. С. А. Трегубов—Я отношусь отрицательно к грязелечению при костно-суставном туберкулезе. Главное действующее начало, конечно, не в эманации радия, так как известно, что грязь без радия не менее действительна. Эффект, очевидно, складывается из температуры и давления (груз) Часто химический состав грязи никакой роли не играет. Никакого заметного всасывания из грязи через кожу не бывает. Очень плохо, что мы не имеем возможности наблюдать больных дальше и не видим конечных результатов. С термином „выздоровление“, как правильно отметил Н. Б. Шмарьевич, следует выступать крайне осторожно.

В. И. Цукерман В заключительном слове указывает, что за 20-30 мин. он не мог подробно упомянуть обо всем; более подробные данные имеются у него в работе, предназначенной для печати. Приписывать неудачи при грязелечении у некоторых авторов в тех случаях, где не было специальных противопоказаний, надо плохой методике

и несоблюдению основных принципов ортопедии. Даже такой хваленый и распространенный метод лечения, как гелиотерапия по Rollier, если не подходить к больному индивидуально может дать даже смертные случаи. Лично докладчик на 32 случая спондилитов, леченных исключительно гелиотерапией, имел 2 случая смерти. На легкое обострение местного процесса не следует смотреть, как на ухудшение. Если появился натечник, нужно своевременно его пунктировать и вести грязелечение дальше. Различные форм костно-суставного туберкулеза отражалось лишь на длительности излечения, но не на результатах, которые все же были благоприятными в большей или меньшей степени. Понимать слово „излечение“ надо в клиническом и рентгенологическом значении, а не в биологическом, так как добиться последнего очень трудно, о чем свидетельствуют возвраты болезни при разнообразных методах лечения даже спустя 15-20 лет.

IV. Лифиц демонстрирует ребенка Золю Г. из Института Ортопедии и Травматологии 2 месяцев с врожденной двухсторонней косолапостью и амниотическими перетяжками. В области пальцев правой стопы и на пальцах рук имеются амниотические перетяжки; 3, 4 и 5 пальцы на правой стопе и руке срослены между собой и почти отсутствуют. Из анамнеза известно, что роды протекали нормально; в области амниотических перетяжек на другой день после родов стали отделяться „ниточки“ (со слов матери). В роду косолапости и других врожденных деформаций не отмечается.

ПЕРВОЕ ВСЕУКРАИНСКОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО БОРЬБЕ С ТРАВМАТИЗМОМ

(17-18 мая 1927 года)

По инициативе НКЗ и соответствующей поддержке НКТ, ВУСПС, в мае 1927 года в Харькове было создано первое Всеукраинское Собрание по борьбе с травматизмом. Вопросы, связанные с надлежащей оценкой факторов, вызывающих рост травматизма, вопросы правильной постановки борьбы с травматизмом — достаточно назрели в общественных организациях и требовали своего разрешения.

Тот интерес, который был проявлен к Собранию, может быть характеризован составом и числом членов его. Было приглашено 100 человек, присутствовало к концу первого дня заседания — 162. Из 62 гостей 13 человек приехали из округов по своему почину (врачи, инженеры). Из 39 приезжих членов собрания — 10 представителей профессиональных ячеек (завкомы, рудкомы), НКТ — 3 чел. врачей хирургов заводских и рудничных больниц; фабрично-заводских — 26 чел. От НКТ СССР — проф. Синев.

Организационная часть Собрания была выполнена силами Лечебного Профессионального управления НКЗ и Института Ортопедии и Травматологии; последний при содействии Института Рабмеда, устроил при здании, где проводилась работа съезда, выставку.

Программа съезда разбивалась на две части — организационную и научную. Всего было заслушано 25 докладов. После открытия Собрания (утром 17 V избран президентом в составе: от НКЗ — т. Ефимов, Сомов, от НКТ — Кустелян; от НКТ СССР — проф. Синев, от ВУСПС — т. Адов, от ВУК'а металлистов — т. Онущенко, от ВУК'а горняков — т. Данилов, врач Рудченковской больницы — Ерохин, профессор — Шевандин, Кудинцев, директора Института Ортопедии и Травматологии — д-р медицины Ситенко, Рабочей Медицины — проф. Каган. В секретариат избраны врачи: Приходько, Остапко, Новаченко.

Первый день был посвящен 4 докладом: по НКЗ НКТ (2 доклада) и ВСНХ и прениям по этим докладом.

В программном вопросе „Основные задачи НКЗ в деле борьбы с промышленным и сельско-хозяйственным травматизмом докладчик — НКЗ Украины — т. Ефимов фиксировал внимание на трех основных моментах.

1. Рост промышленного и сельско-хозяйственного травматизма является результатом индустриализации нашей страны. Несовершенство в регистрации несчастных случаев не дает возможности точно и ярко отразить картину этого роста.

2. Причинами несчастных случаев являются дефекты санитарно-технического порядка: непригодность дореволюционных фабрично-заводских помещений, загруженность станками; слабая освещаемость, плохая вентиляция; недостаточно внимательное отношение самих рабочих к машинам; незнакомство с техникой безопасности, недостаточность предохранительных приспособлений к машинам.

3. В проведении в жизнь мероприятий по борьбе с травматизмом должны принимать равное участие все три наркомата (НКЗ, НКТ, ВСХ), работая согласованно в контакте с профессиональными организациями.

Основной задачей НКЗ является правильная постановка * медицинской помощи а) на пунктах первой помощи, положение о которых утверждено; б) в крупных заводских и рудничных больницах, где должны быть организованы травматологические отделения под руководством Института Ортопедии и Травматологии. Параллельно с лечебной работой, должна идти профилактическая, имеющая колоссальное значение в деле изучения производства, условий труда, быта рабочего. Это возлагается на фабрично-заводских врачей.