Будет-ли произведена пересадка одновременно, или позже, чем парабиоз, а также производится трансплантация от более слабого животнаго к более сильному, или наоборот,—это значения в смысле успеха не имеет. Опыты пересадок, не удавшиеся на животных, по G. наверняка не удадутся на человеке вследствие того, что гораздо труднее преодолеть биологические и биохимические особенности более дифференцированных клеток человеческого организма. На основании экспериментов автор полагает, что у человека при гомопластических пересадках нужно считаться прежде всего с родственностью индивидуумов. *И. Цимхес.*

260. *Оригинальную операцию синостоза по поводу псевдартрозов* предлагает Хахутов (В. Хир., 1926, кн. 17—18). Сущность ее сводится к тому, что, по удалении рубцовой ткани и освежении поверхностей псевдартроза двойной трубчатой кости выпиливают по длиннику бо́льшего отломка в половину его толщины трансплантат длиною в 10—12 см.; такой же, но вдвое короче, трансплантат выпиливают из меньшего отломка. Затем меньший трансплантат вынимают из его ложа, а больший продольно передвигают так, что, перекинувшись мостом через дефект на месте псевдартроза, трансплантат своим концом приходит в соприкосновение с местом выпила из кости меньшего трансплантата. Что же касается последнего, то он вкладывается в место, освободившееся от перемещения бо́льшего трансплантата. Затем над местом костной операции сшиваются мышцы, которыми все кости и фиксируются. В заключение глухой шов кожи, неподвижная повязка на 4—5 недель, после чего ванны, массаж и т. д. Это—первый способ автора. Имеется у него еще и второй, представляющий ту модификацию, что меньший трансплантат выпиливается в форме усеченной пирамиды и плотно вставляется в соответственно обработанный дефект на месте псевдартроза; что же касается большего трансплантата, то он передвигается, как и в первом способе, причем для интимности соприкосновения его вертикальный опил должен соответственно быть видоизменен на косой. В этом способе не остается дефекта в месте псевдартроза, но зато остается дефект на месте сдвига бо́льшего трансплантата, вследствие чего последний необходимо фиксировать путем кругового обвивания проволокой на обоих концах к костным отломкам. Глухой шов и последующее лечение, как и в 1-ом способе. *М. Фридланд.*

261. *Артродез голеностопного и таранного суставов* E. Bouvier (Arch. f. orthop. u. Unf. Chir., 1926, Bd. 24, H. 1) предлагает производить по следующему способу: через латеральный дуговой разрез по Kocher'y вскрывается голеностопный сустав и освобождается от хряща; все кости корня стопы разбиваются 2—3 параллельными ударами молотка продольно talus'y; наружная лодыжка разбивается в сагиттальном направлении сверху вниз посредине, и медиальный кусок ее забивается под talus. Медиальная часть наружной лодыжки служит таким образом костным мостом от лодыжки к talus'y и костно их анкилозирует.
Н. Герасимова.

262. *О хирургическом лечении базедовой болезни.* А. В. Мартынов (Вестн. Хир., т. VI, кн. 16, 1926), прооперировавший с 1910 г. 64 больных, высказывает по данному вопросу ряд положений, которые могут быть вкратце формулированы таким образом: лучшие оперативные результаты получаются до наступления стойких изменений в сердечной мышце; в большинстве случаев целесообразна операция по типу Mickulicz'a,—перевязка двух верхних щитовидных артерий с оставлением маленького кусочка железы; гэмостаз надо производить по мере резекции железы, зашивая ее культи, что ускоряет операцию, уменьшает кровотечение и устраняет вред массовых лигатур, заключающийся в послеоперационной thyreo-интоксикации, от которой зависит большинство послеоперационных смертей; применение эфирного наркоза при базедовой болезни возможно; при struma nodosa thyreoxica показано вылущение узлов. *М. Фридланд.*

263. *Лечение послеоперационной задержки мочи.* По сообщению L. Michon'a (Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1926, № 1) на 196 сл. оперативного вмешательства в клинике проф. Villard'a такая задержка наблюдалась 34 раза (17,4 %), причем для устранения ее в 22 сл. было применено впрыскивание в пузырь борного глицерина (для каждого впрыскивания бралось 15—20 куб. сант. 10 % боро-глицерина, которые вводились в полный пузырь) и в 6—внутривенное введение 40 % раствора уротропина (в количестве 5 куб. сант.). Первый способ дал положительные результаты в 18 сл. из 22 (в том числе в 17 сл.—с первого раза), второй—в 4 сл. из 6. *В. Груздев.*