

остеосинтеза один год, чтобы вернее исключить возможность оживления старой инфекции. Самую же операцию остеосинтеза надо производить в два сеанса, — в первый сеанс ограничиться подготовкой ложа для трансплантации путем выбивания долотом продольного желоба через оба конца кости, шириною в $\frac{1}{4}$ ее окружности, после чего рана закрывается наглухо. Если в течение ближайших 5 дней рана нагнаивается, ее широко раскрывают и лечат Dakin'овской жидкостью. Если же нагноения не обнаруживается, то переходят ко второму сеансу операции остеосинтеза: выбивается долотом из верхней трети tibiae костно-надкостничный, с избытком надкостницы, лоскут и переносится в новое ложе, к краям которого тщательно прижимается расправленный избыток надкостничного лоскута. Укрепления трансплантата винтами, гвоздями и даже просто швами следует, по возможности, избегать. В заключение гипсовая повязка. При таком образе действий прочное костное сращение костных концов наступает, согласно опыту автора, в течение 2—6 месяцев.

М. Фридланд.

Диагностика туберкулезного спондилита у взрослых, в особенности при отсутствии кифоза и характерной реакции на нагрузку позвоночника, представляет нередко большие трудности. Baeré (Bull. méd., № 10, 1923) советует в таких случаях обращать особое внимание на различные „невралгические“ явления, одностороннее повышение сухожильных рефлексов и симптом Babinsk'ого, а также на ограниченную ригидность спинальной мускулатуры. Если только есть возможность, необходимо произвести рентгеновское исследование (снимок), могущее обнаружить самые ранние стадии туберкулезного остеопороза (расплывчатость костных очертаний позвоночника).

М. Фридланд.

Операция костно-пластической фиксации позвоночника по Albee, произведенная Baer'om (Bull. of the Johns Hopkins Hosp., vol. 33, № 374, p. 140—142, 1922) в 50 случаях, привела В. к следующему выводу: операция Albee у детей до 6-летнего возраста совершенно противопоказана, от 6 до 16 лет показана очень редко (неуспех операции, произведенной у больных с незаконченным ростом скелета, достигал свыше 60%), и, наоборот, у взрослых операция Albee показана почти во всех случаях (всего 10% неуспеха).

М. Фридланд.

Лечение застарелых врожденных вывихов тазобедренного сустава представляет до сих пор очень трудную задачу для хирурга. Поэтому заслуживает особого внимания простой способ операции, рекомендуемый при этого рода деформации Hahn'ом (Münch. med. Wochenschr., № 3, 1923), а именно, подвертельная остеотомия бедра со вставлением дистального отломка в вертлужную впадину в положении легкого разгибания, комбинированного, в случаях одностороннего вывиха, с небольшим отведением. Последнее компенсирует укорочение ноги приблизительно на 1 см. Способ этот, примененный на 9 больных в Гейдельбергской ортопедич. клинике проф. Vulpius'a, дал вполне удовлетворительные результаты: таз во всех случаях получил прочную опору, феномен Trendelenburg'a у 5 боль-

ных исчез современно; имевший место у больных с двусторонним вывихом патологический лордоз позвоночника также исчез; разведение бедер увеличилось; способность к ходьбе, ограниченная до операции максимум 2 часами, увеличилась до 8 часов.

М. Фридланд.

Отдаленные результаты лечения туберкулезного коксита посредством амбулаторной гипсовой повязки прослежены в течение 3—10 лет на 130 больных Мюнхенской ортопед. клиники А. Кеск'ом (Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. 43, Н. 1, 1922). В 100 случаях имели место запущенные формы заболевания. Выздоровело 74%, без результатов осталось 15%, умерло 11%. Длительность лечения колебалась, в среднем, от 2½—3 лет (при негнойных формах) до 4 лет (в случаях, осложненных абсцессами и свищами). Результаты лечения были тем лучше, чем раньше начиналось лечение, и чем моложе был больной (половина всех больных были дети на первом десятилетии жизни). В излеченных случаях со временем удавалось установить в большей или меньшей степени функцию первоначально тугоподвижных суставов. Что же касается способности конечности выдерживать тяжесть тела при ходьбе, то в этом смысле результат во всех случаях излечения оказался вполне хорошим.

М. Фридланд.

Ампутации и протезирование. Принцип сохранения при ампутации возможно большей части конечности не всегда выдерживает критику в тех случаях, когда имеется в виду протезирование конечности. Так, по отношению к ногам Zur Verth (Münch. med. Woch., № 10, 1923) отмечает следующие „мешающие“ (hinderliche) зоны: 1) нижние 6 см. бедра, сохранение коих мешает пригонке правильно сидящего протеза, коленный шарнир которого приходится делать ниже высоты коленного сустава; 2) верхние 8—10 см. голени, каковая культя легко выскакивает из голенной гильзы и в то же время чересчур коротка для осуществления движений в колене; 3) нижние 6 см. голени, при сохранении коих невозможно устроить над культей протеза без удлинения длины протезируемой ноги, что требует также удлинения и здоровой ноги посредством специальной ортопедической обуви; 4) talus и calcaneus, т. к. Schorpart'овская культя вообще неудобна для пригонки протеза.

М. Фридланд.

б) акушерство и гинекология.

Определение степени раскрытия маточного зева у роженицы путем наружного исследования. Для этой цели Seyffart (Zentr. f. Gyn., 1923, № 38), согласно предложению Unterberger'a, рекомендует обращать внимание на высоту стояния „пограничного кольца“ Sellheim'a (граница между полым мускулом и выходной трубкой) над лобком. По его наблюдению, если маточный зев у роженицы раскрыт менее, чем на 2 сант., — „пограничное кольцо“ совсем не прощупывается при наружном исследовании, при раскрытии на 2 сант. оно определяется на 1 сант. выше симфиза, при раскрытии зева на 3 сант. — кольцо стоит на 3 же сант. выше лобка, при рас-