

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. Schopart'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-