

ных исчез современно; имевший место у больных с двусторонним вывихом патологический лордоз позвоночника также исчез; разведение бедер увеличилось; способность к ходьбе, ограниченная до операции тахімум 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, N. 1, 1922). В 100 случаях имели место запущенные формы заболевания. Выздоровело 74%, без результатов осталось 15%, умерло 11%. Длительность излечения 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 черезчур 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.

в) Акушерство и гинекология.

Определение степени раскрытия маточного зева у рожениц 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-

крытии на 5 сант.—кольцо стоит на 4 сант. выше симфиза, при зеве в 7 сант.—кольцо определяется в 5-ти сант. над лобком, и, наконец, при раскрытии зева на 10 сант. высота стояния кольца над симфизом равняется 6 сант. Ощупывать „Grenzring“ следует при опорожненном мочевом пузыре, перед самым началом схватки, продолжая пальпацию и во время этой последней,—тогда граница между полным мускулом, с его изменяющеюся консистенцией, и менее изменяющеюся выходной трубкой определяется всего яснее.

В. Груздев.

Ощущение давления на прямую кишку, как признак изгнания плаценты из тела матки. Как известно, общепринятым способом ведения последового периода в акушерстве является тот, при котором отделение последа от маточной стенки предоставляется силам природы, выделение же из полового канала производится искусственно, по способу Credé. Чтобы узнать, отделилась ли плацента и вышла ли из полости маточного тела, т. е. настали ли моменты для выжимания ее по Credé, предложен целый ряд признаков: Schroeder, напр., указывает на приподняtie дна матки вместе с его сужением, Ahlfeld—выпячивание пуговины из рукава и пр. Mikulicz-Radewski (Zentr. f. Gyn., 1923, № 27) в качестве такового отмечает появление у рожениц ощущения давления на прямую кишку. Признак этот был проверен автором на 190 случаях родов, причем автор убедился в его практической пригодности для данной цели.

В. Груздев.

Применение ретроплацентарной крови для распознавания сифилиса. Klee и Hofmann (Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXII) нашли, что ретроплацентарная кровь у рожениц вполне пригодна для производства с нею реакции Wassermann'a. Впрочем авторы считают положительный результат реакции с этою кровью недостаточным для диагноза сифилиса,—он только должен возбуждать подозрения о наличии lues'a, диагноз которого должен быть в таких случаях проверен всеми другими способами.

В. Груздев.

Диагностическое значение реакции Wassermann'a в акушерстве. По наблюдениям G. Richter'a (очч. в Zentr. f. Gyn., 1923, № 35), при оценке этого значения надо проводить строгое различие между беременными в ранних стадиях беременности—с одной стороны и беременными в поздних стадиях, а также роженицами и родильницами вскоре после родов,—с другой: тогда как у первых положительная RW указывает на наличие lues'a, у вторых положительному результату ее нельзя придавать такое же диагностическое значение. Соответственно этому нерационально пользоваться для RW, как то делают некоторые исследователи, ретроплацентарной кровью. У родильниц, согласно с указаниями Esch'a, реакция эта начинает приобретать диагностическое значение лишь с 1-го дня после родов. Что касается детей, то, между тем как у более старших из них при наличии наследственного lues'a RW обычно бывает положительною, у новорожденных даже при несомненном lues hereditaria она может быть отрицательной; за то, если бывшая сначала отрицательною у новорожденного реакция потом