

и над ним сверху вниз, снизу наружу и несколько спереди назад запрокидывается, до полного с ним соприкосновения, косто-надкостничный лоскут. Образование этого костного навеса начинается на верхнем свободном крае *cristae ilei*, посередине которого проводится разрез приблизительно в 5 см. длиной; от концов этого разреза вниз по боковой поверхности *ossis ilei* проводятся через надкостницу (обнаженную, как указано выше, от *musc. gluteus medius*) два несколько сходящихся разреза почти до уровня верхнего края *acetabuli*, и окаймленный лоскут выбивается приблизительно в половину толщины подвздошной кости остеотомом сверху вниз, надламывается внизу, покрывает верхний конец бедра и сам фиксируется наложением отсепарованного *m. glutei medii*, верхний край которого сшивается катгутом с косыми мышцами живота на *crista ilei*. В заключение вся рана зашивается наглухо катгутом, применяется гипсовая фиксация всей конечности в разогнутом и слегка отведенном положении. Через 6—8 недель гипс удаляется, и начинается массаж, пассивные и вскоре же активные движения. Через 3 месяца получаются близкие к норме движения в неартрозе. Таким образом оперировано автором с успехом 5 больных.

М. Фридланд.

185. *Артропластика тазобедренного сустава*. W. C. Campbell (Surg., gynecol. and obst., 1926, № 1) считает лучшим возрастом для вмешательства этого рода 18—30 лет; после 45 лет и в детском возрасте рассчитывать на успех трудно. Наиболее подходящие случаи—post-травматические и вполне затихшие post-инфекционные анкилозы, за исключением туберкулезных. Оперативная методика: U-образный разрез с отсечением *troch. majoris*; отсечение шейки у *acetabulum* с формированием новой головки; образование нового *acetabulum* на старом месте; интерпозиция широкой фасцией, взятой из нижних отделов, ближе к колену, т. к. эта часть фасции гистологически более подходит для целей неартроза; швы на мягкие ткани. При препятствии со стороны сгибателей и аддукторов—тенотомия их. Гипс на 10 дней, после чего повязка превращается в с'емную; систематическая пассивная и затем активная гимнастика, чередуемая с иммобилизацией, особенно на первых порах. В общем механотерапия должна применяться в течение одного года. Так автором произведено 48 вмешательств у 23 больных с односторонним анкилозом и 25 операций у 13 больных с двусторонним анкилозом. Из группы односторонних анкилозов полностью прослежен результат у 16 больных (11 женщин и 5 мужчин в возрасте 16—35 лет): 9 отличных исходов (от 60° до 120°), 2 удовлетворительных, 1 сомнительный, 3 реанкилоза и 1 смерть от обострения и генерализации старого туберкулезного очага. Из группы 13 человек (11 мужчин и 2 женщины) с двусторонним анкилозом у 5 получился хороший результат, у 1 удовлетворительный, 7 получили инфекционное поражение оперированного очага и 2 умерли от послеоперационной септицемии. У одного больного, которому была сделана с одной стороны артропластика, а на другой, анкилозированной стороне—остеотомия, получился превосходный результат.

М. Фридланд.

з) *Акушерство и гинекология.*

186. *Климактерий и кровяное давление*. Относительно влияния, оказываемого выпадением функции яичника на кровяное давление, наиболее распространенным является взгляд, что ненормально повышенное кровяное давление и ненормальные колебания этого давления представляют свойственный климактерию симптом. Для выяснения этого вопроса Lehfeldt (Zentr. f. Gyn., 1926, № 45) изучал состояние кровяного давления у 111 женщин, находившихся как в естественном, так и в искусственном климактерии, причем в 39 случаях имелась миома матки, и пришел к следующим выводам: 1) Патологические колебания кровяного давления (больше 15 mm. Hg.) встречаются у 1/4 всех женщин с искусственным или естественным климактерием; считать их характерными для климактерия нельзя, т. к. при многих других патологических процессах наблюдаются такие же колебания кровяного давления. 2) Стойкое повышение кровяного давления (выше 140 mm. Hg.) не является правилом для искусственного и естественного климактерия, а, напротив, наступает лишь в небольшом числе случаев (из 111 женщин у 16, причем в 11 случаях были миомы). 3) Миомное сердце и миомное кровяное давление являются результатами относительно-частого совпадения миомы со сморщенной почкой или thуго-токсикозом.

Е. Заболотская.

187. *Состоятельность реакции Lüttge и Merz'a*. Как известно, Lüttge и Merz предложили свою реакцию с алкогольными экстрактами (A. E. R.)

как для диагностики беременности, так и для определения пола утробного плода. Проверив А. Е. Р. на сотне случаев беременности VIII и IX месяцев, Joseph и Rabaи (Deut. med. Woch., 1926, № 52) получили правильные заключения относительно пола плода лишь в 61%, да и относительно диагноза беременности А. Е. Р. оказалась значительно уступающей другим реакциям. Р.

188. *Растройства частоты сердечных тонов плода в течении периода раскрытия.* На основании большого статистического материала Zangemeister (Zentr. f. G., 1926, № 14) указывает на ошибочность довольно распространенного взгляда, что растройства частоты сердечной деятельности плода в первом периоде родов являются сравнительно невинными. На 6035 родов автор в 2% наблюдал растройства сердечной деятельности плода в виде замедления ниже 100 ударов в минуту, ускорения выше 160 ударов и выраженной аритмии; из этих детей 23% умерли, 30%—родились в асфиксии. Растройства деятельности сердца наступали во второй половине периода раскрытия, причем даже кратковременное растройство имеет, по автору, плохое прогностическое значение. Наиболее частой причиной подобного рода растройств является преждевременный разрыв плодного пузыря, в особенности при плоском тазе, и нарушение плацентарного кровообращения. А. Тимофеев.

189. *Роды в тазовом предлежании плода.* Friis Basmussen (Acta obs. et gyn. scan., 1926, N. 1; по Ber. ü. die ges. Gyn., Bd. XI) сообщает о результатах, полученных в Копенгагене с 1910 по 1921 годы на материале в 465 случаев. Для прогноза важную роль играют длительность родов и преждевременный разрыв пузыря, встречающийся часто. Смертность в послеродовом периоде выше средней смертности для остальных родов. Менее благоприятен прогноз для первородящих, в особенности более пожилого возраста. Разрывы промежности отмечены во общем в 55,2%, а у первородящих—в 73%, причем 1,4% их падают на разрывы третьей степени. Общая смертность детей равна 14,2%, причем и здесь первородящие дали худшие результаты. Чтобы улучшить результаты, в особенности в периоде изгнания, автор советует прибегать к искусственному извлечению плода, причем у первородящих необходимо сделать эпизиотомию. В половине случаев автора была применена экстракция за тазовый конец, и там, где она была применена профилактически, смертность детей равна 0; наоборот, если к ней приступали при начавшейся уже асфиксии плода, смертность была 18,4%. Ridler (Med. Journ. of Australia, 1926, № 26), наоборот, утверждает, что нормальное тазовое предлежание дает лучшие результаты для детей, если роды проводятся без искусственного вмешательства. Этот автор в поликлинической практике получил смертность доношенных детей при тазовых предлежаниях равной лишь 1,13%, а для клиннки 3,44%; такую разницу он объясняет тем обстоятельством, что в клинику поступают наиболее трудные случаи. Всякое вмешательство во время родов, по Р., ухудшает прогноз для детей. Поворот на ножку и экстракция при выпадениях пуповины не дают хороших результатов. А. Т.

190. *Признаки внутриутробной смерти плода.* Merletti и Vignadi (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XI), исследуя состояние крови матери в случаях внутриутробной смерти плода, установили известное постоянство наблюдаемых при этом изменений. При наступлении потрясающих ознобов и повышении температуры, которые нередко наблюдаются после внутриутробной смерти плода, отмечается падение числа лейкоцитов и вновь увеличение их обратно пропорционально падению температуры, причем вначале апирексии наблюдается относительный гиперлейкоцитоз и только через 24 часа—возвращение числа лейкоцитов к норме. Наблюдается также понижение максимального и минимального кровяного давления обратно пропорционально повышению температуры. Описанные явления авторы считают результатом общей реакции организма с растройством в системе кровообращения,—реакции, аналогичной шоку, вызываемому протеиновыми телами и коллоидальными металлами. Развитие шока авторы объясняют тем обстоятельством, что вследствие смерти плода перегорodka, разделяющая кровь плода и матери, начинает пропускать продукты распада белка, которые и вызывают шок. А. Т.

191. *К учению об инфекционных воспалительных заболеваниях женских половых частей.* Разбирая этот вопрос, известный американский гинеколог А. Curtis (Surg., gyn. a. obst., 1926, № 1) приходит к некоторым заключениям, резко различающимся от того, что принято в современной гинекологии