

в 1. Почти во всех случаях получился безусловно благоприятный результат. Благоприятное действие стафилококковой вакцины было подмечено также в нескольких случаях аспе гомасеа, в 1 случае псорриазиса и в 1—хронической язвы голени. *Б. Остроумов.*

Лечение септических заболеваний внутривенными вливаниями азотнокислого серебра. Петрашевская (В. Хир. и Погр. Обл., т. 1, кн. 2) применила этот способ у 68 больных с сепсисом. Вливание производилось в одну из подкожных вен верхней или нижней конечности, в количестве до 1000 куб. сит. раствора $\text{arg. nitr. 0,1:1000}$. Из 68 случаев в 27 вливание было сделано слишком поздно, у больных, находившихся уже в безнадежном состоянии, и все эти больные погибли. Из остальных 41 больных, леченных вливаниями азотнокислого серебра, 26 поправились, а 15 погибли. В частности, из 17 больных со стафилококковым сепсисом умерло лишь двое, остальные 15 выздоровели. Проверив затем экспериментально, на кроликах, влияние растворов азотно-кислого серебра на стафилококковый сепсис и получив положительные данные, автор на основании как этих опытов, так и клинических наблюдений пришел к заключению, что во внутривенном вливании раствора серебра мы имеем прекрасное средство для борьбы с общим сепсисом, особенно стафилококковым,—при том, однако, условии, если вливание это будет произведено своевременно, и все гнойные очаги в организме будут вскрыты: применение вливаний серебра при указанных условиях дает, повидимому, хорошие результаты также и при смешанной инфекции. *В. Боголюбов.*

Об артропластике. Putti (Journ. of orthop. Surg., 1921, III) на основании собственных 113 артропластических операций приходит к заключению, что абсолютным показанием к артропластике являются: анкилоз челюсти, двусторонний анкилоз тазобедренного сустава и анкилоз локтя в разогнутом его положении; противопоказана артропластика у стариков и детей вообще, в частности же на суставах, перенесших туберкулезную инфекцию и анкилозировавшихся вследствие прогрессирующего артрита, а также во всех случаях, где имеются подозрения на неполно потушенные инфекционные очаги. Лучший возраст для операции—между 20 и 50 годами. Мышцы, бывшие бездеятельными даже многие годы, способны после возвращения подвижности суставу довольно быстро восстанавливать свою функцию. Показания к артропластике колена должны быть значительно расширены; наоборот, плечевой анкилоз, компенсируясь за счет подвижности лопатки, редко требует артропластики, точно так же, как и локоть, если он не находится в состоянии сгибательного анкилоза. При операции необходимо всячески щадить мышцы. Лучшим разрезом для локтя является Коснеговский, для бедра—кривой чрезвертельный с проксимальным основанием, для колена—U-образный с нижним основанием, для голеностопного сустава—2 боковых разреза. Расстояние между резецированными участками суставных концов должно быть не менее дюйма; для интерпозиции автору всегда служила fascia lata. Через 10 дней после операции следует приступить к пассивным движениям. При операции на ниж-

них конечностях можно разрешить ходить не раньше, чем через месяц. Наилучшие результаты после операции дает локоть, затем колено, челюсть и, наконец, бедро. Успех определяется безболезненностью, хотя-бы умеренной функцией вновь образованного сустава, его устойчивостью и выносливостью.

М. Фридланд.

Фиксация паралитической стопы представляет нелегкую задачу, для разрешения которой предложено много различных методов. Cook и Stern (Journ. of orthop. Surg., 1921, III) сообщают о результатах критической оценки различных „стабилизирующих“ операций стопы.—оценки, произведенной специальной комиссией из американских ученых, на основании изучения ими обширного клинического материала. Главнейшие выводы комиссии таковы. 1) Металлические стельки, проводки, винты, гвозди, шелковые лигатуры и костные скобки предосудительны и недействительны. 2) Артродез дает прекрасные результаты при боковой неустойчивости стопы, особенно если хороша икроножная мышца; наилучшие результаты получаются при тройном артродезе R u e r s o n'a (в artic. talo-navic, calcaneo-tuboid, и talo-calcanea) или подтаранном (art. talo-calcanea) D a v i s'a; артродез голеностопного сустава редко показан. 3) Астрагалэктомия со смещением стопы кзади по W h i t m a'n'y, произведенная при res calcaneus, calcaneo-valgus и др., а также при болтающейся стопе и при боковых ее деформациях, дает, несомненно, самые лучшие результаты: происходит прочное торможение в направлении всех патологических уклонений стопы при наилучшем косметическом эффекте. 4) Горизонтально-поперечная тарсэктомия дает результаты ниже тех, которые получаются от астрагалэктомии, да к тому же операция эта более трудна, кровава и менее научна. 5) Пластическая пересадка сухожилий должна рассматриваться лишь как вспомогательное средство к стабилизирующей операции; что же касается использования жизнеспособных связок по методу Gallie, Putti, Resckham'a и др., то эти операции, как правило, не дают благоприятных результатов.

М. Фридланд.

Отдельные переломы *tibiae* и *fibulae* ведут соответственно—первый к приведенному, второй—к отведенному положению стопы. По излечении перелома обычными консервативными способами движения в голеностопном суставе либо резко ограничиваются, либо даже совсем исчезают. В виду этого Z a n e (по реф. в Surg., Gynec. and Obst. 1922, XXXIV) рекомендует здесь открытую операцию: при аддукционных переломах надо сшивать металлической пластинкой *tibiam*, при абдукционных переломах—сшивать таковой же пластинкой *fibulam*; целая же соседняя кость остается в своей нормальной позиции относительно *talus'a*, который вправляется на свое место.

О развитии кости. Nathan (N. York Med. Journ., 1922, CXIV), исследуя процесс биологического развития кости в связи с вопросом о костных пересадках, нашел, что под надхрящницей совершенно нет клеток, которые были-бы похожи на остеобластов, а последние, в свою очередь, совершенно непохожи на хрящевые клетки. Остеобласты суть клетки самостоятельного происхождения, кото-