

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 tibiaм, 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-