

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) Davi's'a; артродез голеностопного сустава редко показан. 3) Астрагалэктомия со смещением стопы кзади по W h i t m a'n'y, произведенная при pes 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, Resckha'm'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-

рые приносятся к пункту оссификации и проникают в хрящ при помощи кровеносных сосудов. Иначе говоря, развития надхрящницы в периосте, как это принято было думать, на самом деле не происходит. Подобно периостальной кости, развивается также эпифизарная и перепончатая кость: кровеносные сосуды из медуллярной полости прорастают вплоть до эпифизарной линии и приносят с собою остеобластов, обуславливая этим закладку эпифизарного центра окостенения: в перепончатой кости сосудистые петли провирают, вместо хряща, в соединительную ткань. Таким образом N a t h a n восстает против распространенного взгляда, что основным источником регенерации кости является содержащая в своем камбиальном слое остеобластов надкостница: не надкостница и не кость, а лишь остеобласты (resp. условия, обеспечивающие живой приток остеобластов) являются, по автору, тем основным моментом, который обеспечивает успех костной трансплантации. *М. Фридланд.*

Переливание крови. Изучив на большом материале вопрос о переливании крови, N ü r n b e r g e r (Zentr. f. Gyn., 1922, № 49) убедился, что причина наблюдающегося иногда при этом шока лежит не в гемолизинах, а в гемагглютинидах: если в кровяной сыворотке лица, которому переливается кровь, имеются агглютинины к красным кровяным шарикам лица, от которого кровь берется, — что бывает, в среднем, в 5%, — то такая кровь непригодна для переливания. Чтобы быстро (в течение 1—3 мин.) определить наличие или отсутствие агглютининов, автор предлагает следующий прием: на чисто вымытое предметное стекло помещают каплю 10% раствора Na citrici и к ней приливают, при помощи двух, употребляемых для счета кровяных телец, пипеток с одной стороны каплю крови, взятую из ушной мочки лица, от которого берется кровь, с другой — каплю крови лица, которому кровь предполагается перелить; все три капли перемешиваются затем при помощи стеклянной палочки, а также путем поднимания и опускания предметного стекла; при отсутствии агглютинации смесь образует на стеклышке однородный слой, при наличии же ее кровяное пятно скоро теряет свою однородность: если его рассматривать под микроскопом, то в первом случае эритроциты оказываются распределенными равномерно, во втором — слившимися в более или менее крупные кучки. При отсутствии агглютининов кровь смело можно брать для переливания, смешав ее с 1% раствором Na citrici в пропорции 125 : 50. Указанная смесь может быть долго (4 мес. и далее) сохраняема без всякого вреда, если только налить ее в стерильную колбу, насытить ad maximum кислородом и затем быстро запаковать горлышко колбы. Необходимо лишь тщательно избегать дефибрирования крови, каковую предосторожность автор считает conditio sine qua non безопасности переливания и собственной крови (аутотрансфузии), напр., при graviditas extrauterina. *В. Груздев.*

в) Акушерство и гинекология.

Величина истинной кон'югаты. На основании многочисленных измерений Z a n g e m e i s t e r (Arch. f. Gyn., Bd. 117) приходит к