

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 прови-кают, 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 сы-воротке 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 пере-ливания. 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 го-могенность: если его рассматривать под микроскопом, то в первом случае эритроциты оказывают распределенными равномерно, во вто-ром—слипшимися в более или менее крупные кучки. При отсут-ствии агглютининов кровь смело можно брать для переливания, смешав ее с 1% раствором Na citrici в пропорции 125 : 50. Указан-ная смесь может быть долго (4 мес. и далее) сохраняема без вся-кого 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 безо-пасности переливания и собственной крови (аутотрансфузии), напр., при graviditas extrauterina. *В. Груздев.*

в) Акушерство и гинекология.

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

включению, что у живых С. в. равняется не 11, а лишь 10,3 сент., причем высшая граница ее для нормального таза равна 9,5 сент.; при меньших размерах С. в. дело идет уже об узком тазе. В. Г.

Влияние беременности на нервную систему и психику. Хорошко (Клинич. Мед., 1922, № 5—6) находит, что беременность в общем, как правило, защищает и развивает душевные и нервные функции организма женщины. Случай вредного влияния ее на нервную систему и психику составляют скорее исключения. Вследствие этого борьба с беременностью неблагоприятно отражается на нервных и душевных функциях организма, и прерывание беременности по показаниям по стороны нервной системы и психики должно быть применяемо лишь в редких, даже исключительных случаях, среди которых автор особенно выдвигает случаи хореи беременных.

Суперфетация. Hofmeister (Arch. f. Gyn., Bd. 117) наблюдая случай двойничной беременности, где, по его мнению, имела место бесомненная суперфетация (новое зачатие у женщины уже беременной). В случае этом женщина в конце своей III беременности была доставлена в клинику с начавшимися родовыми схватками, которые через 2 дня прекратились; еще через 4 недели, однако, они опять возобновились, и пациентка родила сначала живого, вполне зрелого ребенка, а затем — мацерированного, но также достигшего полной зрелости ребенка. В. Груздев.

Сыпной тиф и беременность. По наблюдениям Уланова (Моск. Мед. Ж., № 5—6, 1922) сыпной тиф у беременных протекает так же, как и у небеременных женщин, даже как будто немного легче. Преждевременное прерывание беременности он вызывает лишь в 50%, но отнюдь не всегда. В. Груздев.

Повторная внематочная беременность. По данным Mauchner's (Zentr. f. Gyn., 1922, № 50), обнимающим 93 случая оперативного лечения трубной беременности, повторная беременность у женщин, перенесших graviditatem extrauterinam, наблюдается в 46,2% (42 сл. из 93), причём в 73,8% она оказывается маточной и лишь в 26,2% — внематочной. Из общего числа женщин в материале автора, забеременевших внутриматочно после перенесенной внематочной беременности, однако, почти половина (14 из 31) абортывали, и лишь 17 из 31 родили в срок. В. Груздев.

Роды при полном Herzblock'e. Walz (Zentr. f. Gyn., 1922, № 49) наблюдая у женщины 22 лет, родившей в первый раз, полный Herzblock (диагноз подтвержден электрокардиограммой). Как роды, так и послеродовой период прошли у женщины совершенно нормально. В. Груздев.

К технике искусственного выкидыша. Разбирая вопрос о повреждениях матки при операции инструментального удаления плодного яйца, Menge (Arch. f. Gyn., Bd. 117) приходит к выводу, что „внутриматочное применение ложки и абортных щипцов при беременности, перешедшей 10-ю неделю, противно здравому смыслу, ошибочно и заслуживает наказания“. В. Груздев.