

фронтальном направлении, провел фасциальный трансплантат через кость, концы распластал на суставной капсуле и укрепил их шелком. *М. Фридланд.*

319. *Влияние окружающей среды на судьбу костных трансплантатов* чрезвычайно обстоятельно проследил экспериментальным путем Верещинский (Вест. Хир., кн. 19, 1926), поставив 4 серии опытов. Первая серия состояла в выращивании кусочков кости с надкостницей и без нее вне организма по методу Sargella, в количестве 45 культур. При этом оказалось, что костная ткань подвергается медленному умиранию, надкостница же пролиферирует, но для окончательных конструктивных процессов ей не хватает ряда химических веществ и нек. др. условий. Во второй серии опытов автор имплантировал стружки и осколки костей, покрытых и лишенных надкостницы, в межмышечные пространства кроликам; всего было сделано 20 пересадок с длительностью наблюдения до 4 недель. Здесь костная ткань также подвергалась некробозу, начиная с центра, надкостница же довольно энергично продуцировала новую кость; кроме того имели место процессы, характерные для метастазии окружающей соединительной ткани в костную. Третья и четвертая серии опытов, успешно проведенные на 45 кроликах, заключались в аутопластической пересадке преимущественно малоберцовых костей на поверхность (по типу Schienung) и внутрь костномозгового канала (по типу Bolzung) переломленной большеберцовой кости. Костная ткань и на этот раз подвергалась дегенерации и лакунарной резорбции с гибелью большей части костных клеток трансплантата. При этом замечательно, что внутрикостные трансплантаты не обнаруживали ни малейшей склонности к костному спайанию с основной костью (наблюдение длилось свыше года), внекостные же, наоборот, благодаря энергичному замещению новообразованной тканью, сливались с основной костью, образуя в единую живую костную ткань. Общим выводом для всех групп опытов является тот, что «в подавляющем большинстве случаев сам трансплантат, даже если он пересажен с надкостницей, подвергается неизбежной гибели... Костная ткань под влиянием целого ряда литических процессов рассасывается, оставляя после себя или отдельные участки рубцовой ткани, или замещающаяся новообразованной костной субстанцией. В последнем случае материал умирающей кости служит, повидимому, для восстановления живой костной ткани... В костно-мозговой полости трансплантаты могут приживать, замещаться новообразованной костью, давать удовлетворительные функциональные результаты, но конечная судьба их — уступить место естественному просвету костно-мозгового канала. И только приживание и укрепление костных отрезков на поверхности костей дает наиболее стойкие результаты».

*М. Фридланд.*

320. *Фиксация плечевой головки после полного удаления лопатки* — вопрос, почти незатронутый литературой. В виду этого заслуживает внимания способ, примененный с успехом в одном случае Polya (Zentr. f. Chir., 1926, № 4). Удалив правую лопатку по поводу саркомы, Р. заострил Lueg'овскими щипцами акромиальный конец ключицы и насадил на него надпиленную до анатомической шейки головку плеча в отведенном положении; гипсовая повязка на 3 недели. Получился прочный синостоз и хороший функциональный результат.

*М. Фридланд.*

321. *Новый способ лечения острого гнойного артрита* предлагает Mosti (по реф. Zentr. f. Chir., 1926, № 3) в виде промывания сустава эфиром, который вводится шприцем в количестве 10 к. см. на несколько секунд, после чего снова высасывается. Промывая таким образом сустав 2—3 раза ежедневно в течение нескольких дней, автор получил в 3 тяжелых случаях очень хорошие результаты.

*М. Фридланд.*

322. *Лечение неправильного врожденного вывиха тазобедренного сустава и coxa vara по методу подвертельной остеотомии* было описано в 1918 г. Bauer'ом, и в том же году этим способом оперирован один больной Ludloff'ом. Вскоре после сообщения Bauer'a A. Lorenz сообщил, что он уже давно разработал и выполнил этот лечебный план, обозначив его даже особым термином «развилка (Gabelung) верхнего конца бедра». Однако описываемый способ практиковался еще раньше, о чем свидетельствует один пациент Ludloff'a, оперированный от правостороннего тазобедренного вывиха посредством подвертельной остеотомии Czerny в 1896 г. Beck, сообщая об этом в О-ве Франкфуртских Хирургов (Zentr. f. Chir., 1926, № 7), указывает на основании своих наблюдений, что самым важным при выполнении данной операции моментом