

тования, раствора *natrii citrici*. В оценке этого приема, однако, далеко не все авторы являются согласными: между тем, как одни считают его, при тяжелых острых анемиях, прямо спасающим жизнь, другие указывают на его опасность. Так, Schäfer еще недавно сообщил в Берлинском Акушерско-Гинекологическом Обществе (Deut. med. Woch., 1921, № 52) об одном случае, где подобное вливание повлекло за собою смерть больной. причем вскрытие показало, что, повидимому, причиной смерти были токсические свойства вялой крови. В большинстве подобных случаев смертельный исход ставит в связь с капиллярными тромбозами на почве гемолиза, развивающегося вследствие образования в крови изолизинов и изоагглютининов. По исследованиям Zeller'a (Deut. med. Woch., 1921, № 52), источником опасности здесь служат кровяные пластинки, которые при некоторых условиях подвергаются распаду и агглютинация. Каковы же эти условия? Обыкновенно при переливании крови ее смешивают или с 1% раствором *natrii citrici* по равной части (способ Wederhake), или с 2% раствором того же вещества в пропорции 9:1 (по Fischer'y), или с 3% раствором лимоннокислого натрия в таких же отношениях и с добавкой 2—3 объемов раствора поваренной соли (по Klinge'r'y). И вот, прямые наблюдения показали Zeller'y, что распад и агглютинация кровяных пластинок легко наступают лишь при обработке крови по Wederhake, если особенно к кровяной смеси добавляется при этом поваренная соль, а разбор смертельных случаев, описанных в литературе.—что в них имело место вливание смеси Wederhake после предварительного внутривенного или подкожного введения физиологического раствора. Исходя из этого, Zeller советует 1) при непрямом переливании собственной крови пользоваться лишь способами Fischer'a и Klinge'r'a, 2) прежде, чем переливать, исследовать состояние кровяных пластинок в кровяной смеси,—элементы эти должны здесь представлять хорошо сохранившимися, издириванными и обнаруживающими присущие им в норме своеобразные дрожательные движения.

*Прогностическое значение гемолиза у рожениц и родильниц.*

Хотя дурное прогностическое значение наличности гемолитических стрептококков в выделениях полового канала у рожениц и родильниц и оспаривалось с разных сторон, все же многочисленные исследования убедили Kirstein'a (Arch. f. Gyn., Bd. 115), что гемолиз в данном случае действительно является *signum mali ominis*, и это относится не только к стрептококкам, но и к другим представителям микробной флоры женского полового канала. Правда, при отсутствии гемолитических микробов не исключает совершенно возможности нормального, безлихорадочного течения пuerпериального периода, но, раз микробы с указанною способностью имеются в половом канале,—шансы женщины заболеть тяжелым пuerпериальным процессом бывают значительно выше, чем при наличности в выделениях полового канала только агемолитических микробов.

В. Г.

*Акушерский паралич n. peronei.* Разбирая это редкое явление, Whitman (Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago, 1922) считает его результатом сдавления внутритазового отрезка седалищного нерва большой головкой плода при узком тазе или травматизиро-

вания щипцами. Немедленно после проявления его нужно произвести ортопедическое и неврологическое исследование с целью точно установить дифференциальный диагноз, а затем принять меры, — именно, устроить ортопедический аппарат, — чтобы предотвратить деформацию конечности и облегчить больной возможность передвижения. Прогноз, в смысле полного выздоровления, надо в случаях паралича п. *peronei* ставить с осторожностью. М. Фридланд.

*Этиология мастита.* В противоположность установившемуся взгляду Claus (Zeitschr. f. Geb., Bd. 84) на основании бактериологических исследований пришел к выводу, что инфекция со стороны ротика ребенка чрезвычайно редко бывает причиной грудницы; тоже самое следует сказать и относительно заражения грудей содержимым прямой кишки ребенка и лохиями. По Claus'у весьма вероятно, напротив, что некоторые из постоянно находящихся на грудных сосках стрептококков, первоначально гемолитические, впоследствии уже на сосках приобретают гемолитические свойства и вызывают инфекцию, причем трещины и рагады служат воротами для внедрения последней в груди. В. Г.

*Злокачественные миомы матки.* Berreitter (Zentr. f. Gyn., 1921, № 44) думает, что частота, с какою встречаются злокачественные миомы, сильно преувеличивается. Автор на 609 случаев этих опухолей мог установить злокачественность лишь 6 раз, а если принимать в расчет лишь случаи, подвергнутые систематическому микроскопическому изучению, то в 2%. Настоящие злокачественные миомы почти всегда содержат в себе большое количество неправильных гигантских клеток. В. Г.

*Расширенная абдоминальная экстирпация матки при раке маточной шейки.* Giesecke (Arch. f. Gyn., Bd. 115) сообщает интересные данные об этой операции из клиники Stöckel'я в Kiel'e. Из технических особенностей ее особенно заслуживает быть отмеченным, что Stöckel не зашивает отдельно рукава и не дренирует его, а после удаления матки пришивает брюшину пузыря, вместе с клетчаткой, к передней рукавной стенке, брюшинный же покров *pecti*, вместе с клетчаткой, — к задней, после чего накладывает непрерывный катгутовый шов на всю брюшинную рану. Первичная смертность после этой операции за 1910—1916 гг. равнялась, при средней операбельности в 64%, — 19,6%, а % стойких излечений — 33,5%.

*Поперечное клиновидное иссечение дна матки при двусторонней экстирпации маточных придатков.* При оперативном удалении воспаленных труб, с оставлением яичников, или хотя части их, Veuttner (Arch. f. Gyn., Bd. 115) рекомендует, в подходящих случаях, иссекать клиновидно дно матки в поперечном направлении, причем верхушка клина должна доходить до мукозы. Перед иссечением перевязываются обе маточные артерии, а после иссечения маточная рана стягивается несколькими узловатыми швами, и к задней стенке маточного тела пришивается или брюшина, покрывающая пузырь, или париетальная брюшина передней брюшной стенки, чем достигается как перитонизация маточной раны, так и удержание матки в нормальном положении. В. Г.