

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.