

жались обычно значительно дольше. Суть действия аутогемотерапии заключается отчасти в неспецифическом раздражении белком кровяных телец и плазмы крови, отчасти специфическим влиянием содержащихся в крови больного антител.

Л. Ратнер.

580. *Профилактика и терапия послеоперационной тетании.* Вагнер в 50 заседании Германского Хирургического Общества выступил с заявлением, что причиной послеоперационной тетании может быть не только повреждение эпителиальных телец, но и другие моменты. В доказательство этого он приводит с одной стороны случаи тетании после операций на органах, отдаленных от шеи и никакой связи с щитовидной железой не имеющих, напр., после операций по поводу геморроя, гонита и пр., с другой—четыре собственных случая послеоперационной тетании. В одном из них припадок произошел перед предполагавшейся струмэктомией, которая была впоследствии сделана, но не вызвала нового припадка судорог; во втором случае тетания появилась в промежутке между двумя операциями: удалении обеих половин зуба, причем после операций судорог не было; у третьего больного тетания появилась накануне операции бедренной грыжи и у четвертого—после слабительного, данного перед рентгенографией по поводу перелома позвоночника. Факторами, способствующими возникновению тетании, В. считает назначаемые перед операциями слабительные, с касторовым маслом во главе, и жидкую диету. У двух больных, у которых тетания развилась через несколько дней после операции, она наступила спустя несколько часов после приема слабительных. Эти соображения дают автору право предостеречь хирургов от назначения перед операциями, особенно перед струмэктомией, слабительных и строгой диеты и даже советовать задержать стул при помощи опиятов. В случаях развития послеоперационной тетании при струмэктомиях автор получил очень хорошие результаты от пересадки паращитовидных желез крысы. В прениях Eiselsberg сообщил о своих наблюдениях над тетанией. Он семь раз пересадил эпителиальные тельца от телят и получил хорошие, но нестойкие результаты. У пяти больных он пересадил далее, паращитовидные железы от людей—в одном случае от живого, в четырех—от только что умерших во время родов детей. Успехи пересадки были не лучшие, чем от трансплантатов телянка. Из медикаментов Е. рекомендует афенил и аммоний chloratum. Noseman рекомендует в очень тяжелых случаях тетанической комы введение сильно размельченных эпителиальных телец прямо в вену по способу Landois. Kül полагает что тетания может быть обусловлена самыми различными причинами, одна из которых—повреждение эпителиальных телец. Из других причин он упоминает о перевозбудимости вегетативной нервной системы и о расстройстве кальциевого обмена (тетания у туберкулезных, беременных, у детей с расстройством питания). Важным моментом Kül считает также отравление организма конечным продуктом белкового обмена в кишках—диметилганидином. Профилактически, кроме предложенных докладчиком средств, Kül советует принимать сахар вместе с хлористым кальцием, глицерофосфаты и раствор молочного кальция. При опасности задушения может помочь коленно-плечевое положение, при котором трахея расширяется на 1½ см. Kausch сообщил о своих 2 наблюдениях, когда вследствие саркомы была целиком удалена щитовидная железа, и никакой тетании не наступило.

Л. Ратнер.

е) Офтальмология.

81. *Как можно избежать инфекции и др. осложнений при операции катаракты?* Отвечая на этот вопрос, Axenfeld (Klin. Monatsbl. f. Aug., 1925, Bd. 75) особенно рекомендует, как усовершенствование этой операции,—применение шва-возжей на верхнюю прямую мышцу. Это предохраняет от различных осложнений и особенно от выпадения стекловидного тела, уменьшая внутриглазное давление и лучше иммобилизуя глаз, чем другие методы фиксации. Затем А. рекомендует небольшую кантотомию наружного угла (разрез ножницами до половины расстояния от наружного угла до края орбиты), как прием, облегчающий весь ход операции, особенно в случаях глубоко запавших глаз, а также позволяющий избежать соприкосновения ножа с кожей век.

В. Адамюк.

582. *О шве при операции старческой катаракты.* Elschmig (Klin. Mon. f. Aug., Bd. LXXVI) особенно рекомендует 2 способа закрывания раны старческой катаракты посредством шва. Первый состоит в проведении шва через конъюнктиву. Конъюнктивальный лоскут, прилегающий к роговице, захватывается

тонким хирургическим пинцетом у своей вершины, через него проводится спереди назад сильно изогнутая роговичная игла, снабженная тонкой, черной шелковой нитью и зажатая в иглодержатель в обратном направлении (от себя), затем раневая губа конъюнктивы, которая почти всегда отходит кзади, захватывается пинцетом на точно противоположащем месте, немного оттягивается вперед, и через нее окончатительно проводится игла. Кусок нити, лежащий между губами раны, вытягивается в виде петли в одну сторону и кладется на конъюнктиву яблока, причем концы нити предварительно завязываются узлом—так, чтобы по окончании экстракции линзы сразу можно было завязать шов. При операциях катаракты вне капсулы Е. считает излишним как предварительный, так и последующий шов. Препимущество швов выявляется особенно в тех случаях, когда можно ожидать неправильного хода экстракции, напр. при миопических, сильно выступающих глазах, у очень беспокойных больных, а также у стариков с бронхитом или гипертрофией простаты. Инцизия корня радужки по Pflüger-Hess'y может быть предпринята Weske'овскими ножницами вплотную около шва; удаление катарактальных масс производится через боковые части раны, как и вправление радужки. Наложение дополнительных швов по бокам Е. считает необходимым лишь в редких случаях выпадения стекловидного тела. Во всех случаях подвывиха или вывиха линзы, при которых выпадение стекловидного тела угрожает сразу уже после лоскутного разреза, он рекомендует вправление шва Liegard'a таким образом: накладывается уздечковый шов через rectus superior, глазное яблоко фиксируется фиксационным пинцетом и отводится при операции на левом глазу—медиально, при операции на правом—латерально, концы черной шелковой нити вдеваются в две тончайших иглы, и одна из них проводится вплотную у верхнего края роговицы, в области краевого петлистого сплетения, в горизонтальном направлении, на 2 мм. в ширину, через поверхностные пластинки роговицы, а другая—на 3 мм. выше лимба параллельно первому шву через конъюнктиву—эписклеру, несколько больше в ширину; петли нити между обоими местами прикрепления остаются лежать на глазном яблоке, концы нити провизорно завязываются; затем следует обычный лоскутный разрез и дальнейшие акты экстракции. По окончании операции шов завязывается, причем, сильного затягивания его нужно избегать, во избежание искривления роговицы. Если стекловидное тело лежит в ране, то с обеих сторон накладывают еще по одному конъюнктивальному шву. Конъюнктивальный шов, наложенный первым способом, должен оставаться неделю и только у более спокойных больных удаляется на 5-й или 6-й день, роговичный же шов может быть снят после 3—4 дней.

Е. Волженский.

ж) Акушерство и гинекология.

583. *Базедова болезнь и беременность.* Jülich (Med. Klin., 1925, № 25) пытается дать ответ на весьма важные для практического врача вопросы, как влияет беременность на базедову болезнь, и является ли последняя показанием для производства аборта. Эти вопросы до сих пор остаются еще спорными, почему наблюдавшиеся J. два случая являются очень поучительными. У первой больной в самом начале беременности развилась базедова болезнь, у второй беременность вызвала рецидив бывшей несколько лет тому назад и оперированной базедовой болезни. Оба случая протекали очень тяжело и потребовали искусственного прекращения беременности. Последнее у обеих больных оказало очень благоприятное влияние на течение базедовой болезни и вызвало значительное улучшение как субъективных, так и объективных явлений.

Л. Ратнер.

584. *Лечение михорадающего аборта* Torre Blanco (по Berich. über d. ges. Gyn., Bd. X, N. 13) проводит активно, в особенности, если инфекция ограничивается полостью матки. Ручное удаление остатков плодного яйца автор считает таким же опасным приемом, как, напр., выдавливание фурункула или карбункула. От расширения шейки при помощи дилататоров в случаях септического аборта следует отказаться и в случае нужды прибегать к hysterotomia anterior. После инструментального выскабливания матки полость ее должна быть смазана йодом. Промывания ее после выскабливания делать не следует.

А. Т.

585. *Прием для уменьшения прижатия вывавшей пуповины.* Ruiz Contreras (Zentr. f. Gyn., 1926, № 37) рекомендует, после вправления вывавшей петли пуповины, в тех случаях, когда немедленная экстракция плода невозможна или опасна, вкладывать между стенкой таза и подлежащей частью марлевый валик