

роннее заражение данной инфекцией, и какие факторы предотвращают заражение другого глаза. Взвешивая различные предположения, он находит возможным известные ему случаи разделить на 2 группы: к одной относятся случаи, где имелся высокий иммунитет, но в одном глазе он был до такой степени ослаблен каким-либо другим случайным заболеванием конъюнктивы (большую роль здесь автор придает односторонним поражениям носа), что получилась возможность заражения трахомой; ко второй группе относятся случаи, где после заражения трахомой одного глаза произошло понижение вирулентности возбудителя, и этого оказалось достаточным, чтобы предупредить заражение другого; в этих случаях автор все же допускает возможность заражения второго глаза впоследствии, при создавшихся подходящих условиях.

В. Адамюк.

д) *Акушерство и гинекология.*

Кесарское сечение. Современные показания к абдоминальному кесарскому сечению Schiffmann (Zentr. f. G., 1921, № 45) разделяет на 4 группы: 1) абсолютная невозможность родов при узком тазе при С. в. 6 сант. и ниже (в интересах матери); 2) в целях исключения родового акта в интересах матери и плода при узком тазе, при опухолях, болезнях сердца, pl. praevia, при interpositio uteri gravidi, varices, при фистулах, отвислом животе и пр.; 3) в целях быстрого прекращения беременности (только в интересах матери) при нефритах, эклампсии, преждевременной отслойке плаценты, энцефалите, ileus'e, лихорадке и др.; 4) для устранения предполагаемой опасности для плода (профилактические показания).

Martius (Zentr. f. G., 1921, № 5) полагает, что с усовершенствованием техники кесарского сечения операции профилактического поворота и преждевременных родов будут совершенно вычеркнуты из практики. Формулируя показания к кесарскому сечению, он думает, что операция эта показуется при мертвом плоде при С. в. в 6 сант. и меньше, при живом—в 7,5 сант. и меньше. У первобеременных при не очень сильно суженном тазе и при отсутствии инфекции надо ждать, но не более 2—3 час., если не будет заметной подвижки родов, у многородящих же, у которых предшествовавшие роды оказались неудачными, нужно как можно раньше приступать к кесарскому сечению. Применение интраперитонеального цервикального разреза позволяет прибегать к этой операции и в случаях инфицированных, но при тяжелой инфекции и общем септическом состоянии больной к кес. сечению следует присоединять экстирпацию матки. Munro Kerr (Journ. of obst. a. gyn. of the Brit. empire, v. 28, 1921) на основании сборной статистики больших английских госпиталей за 10 лет полагает, что расширение показаний к операции кесарского сечения будет возможно тогда, когда будет устранена опасность разрыва послеоперационного рубца на матке при последующих родах. В настоящее время к этой операции надо прибегать 1) при узком тазе с С. в. 8, 1 сант. и ниже, т. к. пуботомия и преждевременные роды в этих случаях дают плохие результаты; 2) при опухолях, если они не отходят в большой таз в Trendelenburg'овском положении больной; 3) при эклампсии

в конце беременности—при отсутствии схваток и нераскрытой шейке; 4) при placenta praevia—в случаях центрального и краевого предлежания; 5) при ventrofixatio и interpositio uteri gravidi; 5) при ригидности и аномалиях мягких родовых частей автор ограничивает применение данной операции только случаями старых плотных рубцов шейки.

Усовершенствование техники кесарского сечения с применением т. н. интраперитонеального цервикального разреза сделало возможным применение этой операции и в случаях, уже инфицированных. Holland (Jour. of obst. a. gyn. of the Brit. empire, v. 28, № 3/4), разбирая преимущества данного разреза, отмечает, что рана матки заживает при нем лучше, т. к. лежит в области менее подверженной сокращениям и менее богатой сосудами, а возможность хорошей перитонизации уменьшает опасность срощений и распространения инфекции.

Бекк в 1919 г. предложил (Amer. jour. of obstetr., 1919, febr.) видоизменение цервикального кесарского сечения, которое состоит в том, что поперечным разрезом вскрывается брюшина на матке непосредственно над пузырем, брюшинные лоскуты отсекаются сверху и книзу, и нижний сегмент матки вскрывается продольно. По зашивании раны матки брюшинные лоскуты накладываются один на другой. Метод этот применим и для случаев, сомнительных по чистоте.

Banister (Journ. of obst. a gyn. of the Brit. empire, v. 28, № 3/4) и в случаях инфицированных применяет классическое кесарское сечение, но прибегает к дезинфекции вульвы, кожи, а равно и полости матки при помощи особой синей краски, изготовленной в лаборатории Middlesex-Hospital'я.

А. Тимофеев.

е) Неврология.

О взаимоотношении между claudicatio intermittens и обширными заболеваниями. Idelson (D. m. W., № 42, 1923) наблюдал 358 случаев перемежающейся хромоты (в том числе 16—у женщин). По этиологии больные распределялись след. образом: злоупотребление никотином—175 случаев, сифилис—59 (16%), влияние холода—51 (14%), утомление ног вследствие продолжительного стояния в холоде и сырости—102 (28%), плоская стопа—61, подагра—29, диабет—20, признаки общего артериосклероза—39. В 150 случаях имела место невропатическая конституция, в 75—невро-сосудистый диатез; нередко у больных наблюдались чрезмерно высокое кровяное давление и angina pectoris, часто гемиплегии (с благоприятным прогнозом).

М. Вайнберг.

Люминал при мигрени. Stiefler (D. med. Woch., № 42, 1923) предложил для лечения мигрени люминал—средство, уже применявшееся для этой цели и другими авторами. S. провел курс систематического лечения люминалом у 75 больных, страдавших мигренью, с очень хорошими результатами. Дозировка: 2—3 раза в день от 0,025 до 0,05. Максимальная доза: 2 раза в день по 0,1. Лечение может продолжаться несколько недель и даже месяцев, причем дозировка должна то повышаться, то понижаться.

М. Вайнберг.