

Антисептический метод лечения ран получит в будущей войне широкое распространение. Известен ряд старых антисептических средств (спирт, эфир, бензин, сулема и др.) и появились новые средства; риванолуция. В настоящее время необходимо накоплять опыт с различными антисептическими средствами для дальнейшей оценки их. Следует выдирать в практику также метод постоянного орошения ран, применять антивирус по Безредка. При свежих инфицированных ранах, с которыми мы будем встречаться в войсковом районе, необходимо резко ограничить применение тампонаж и дренажей. И. Циммес.

*Лечение легочных туберкулезных нагноений.* Доклады на IV международном конгрессе хирургов в Мадриде 1932 г. — (Pг. Med. 1932, 28).

Lilienthal (Н.-Йорк). Для хирурга из легочных нагноений важны абсцессы и бронхоэктазы. Оперативное вмешательство показано только при абсцессах прогрессирующих, так как значительная часть стационарных а. способна к самостоятельному излечению. Бронхоскопия, искусственный пневмоторакс могут быть применены, но френикомия не имеет эффекта. Вмешательство должно проводиться при опущенной голове и местной анестезии, иногда показана двухмоментная операция. Послеоперационные осложнения в виде бронхит. фистул обуславливают торакопластику. Нагноившиеся бронхоэктазы обычно следуют через несколько недель за операцией в ротовой полости. Лечение может быть или паллиативным: дренаж, который обычно дает фистулу, торакопластика, апикилиз, или радикальным: лобектомия. А. сообщил о 40 случаях лобектомий, хотя и с высокой смертностью (62%).

Sauerbruch (Берлин). Статистические данные (в случаях абсцессов легких и бронхоэктазов, леченных оперативно) значительно улучшились после введения в практику парафинов. пломб для образования плевроальвеолярных сращений там, где они отсутствовали. Легочный абсцесс может излечиться спонтанно, но в случае необходимости оперативного вмешательства не нужно ждать более 5 недель. А. сообщает о 12 случаях с центр. легочн. абсцессами, излеченных торакотомией, о 6 больных с гангреной легких, излеченных оперативно. При бронхоэктазах, которые в 80% были врожденными, он получал хорошие результаты. В нескольких случаях он мог удалить целую долю легких и получить выздоровление без фистулы, в одном случае резекция целого легкого была проведена с хорошим эффектом. Хирургия легочных нагноений внушает оптимистические надежды, это а. основывает на 623 случаях легочного абсцесса и 300 случаях бронхоэктазов.

Baumgartner (Париж) сообщает о 101 оперированном больном. Консервативное лечение не должно продолжаться более 2 мес. для абсцессов и 15 дней для гангрены легких. Пневмоторакс искусственный (и. п.) мало действителен в случаях, неподдающихся консервативному лечению. Бронхоскопия (аспирационная)—как подготовка к операции или как облегчающий метод в случаях неоперабельных. Только прямое хирургическое воздействие на очаг ведет к дренажу и к резекции патологических тканей. Это хирург. вмешательство состоит в: 1) пнеймотомия простая для свежих абсцессов без склеротической реакции, 2) пнеймотомия с резекцией для гнилостных абсцессов, 3) пнеймектомия для диффузных хронических распространенных нагноений. Лобектомия типичная применяется при нагноениях, осложненных бронхоэктазами и при бронхоэктазах первичных абсцедирующихся или нет, когда это поражение ограничивается одной долей.

Ascoli (Рим), 30% всех острых абсцессов может излечиться спонтанно. В случаях леченных до 6-го мес. смертность 19%, в случаях, более старых, смертность возрастает до 75%. Медикаментозное лечение, вакцины, сыворотки ведут к выздоровлению в тех случаях, где уже имеется тенденция к излечению и в частности при центральных абсцессах, дренируемых большим бронхом. Бронхоскопия полезна при а. от инородных тел. И. п. применим в а. глубоких, хорошо дренируемых и проведенный в течение 4—6 мес. может быть полезным, если поражение не хронично; в других случаях и. п. опасен. Непрямые хирург. методы: френикомия, торакопластика, экстраплевроальвеолярная пломба могут вести к излечению, в случаях диффузных а. их можно испытывать. Пнеймотомия с дренажем показана в случаях а. периферических одно- и много-полостных. В формах хронических, осложненных, только резекция легкого по Whitmore-Graham способна обеспечить выздоровление. Типичная лобектомия по автору дает высокую смертность.

Coquelet (Брюссель). Не нужно вмешиваться ранее 4—6 недель, нужно дать больному право испытать счастье на спонтанное излечение, но аб., который излечивается без операции, излечивается в течение нескольких недель. 2-й месяц от начала заболевания—лучший месяц для хирургич. вмешательства. Коллабирующие операции показаны в случаях глубоких а. с хорошим дренажем через бронх и противопоказаны при закрытых формах а. Пнеймотомия—для форм. поверхностных, кортикальных. В формах диффузных рекомендуется операции резекции.

Martin Lagos 1) В абсцессах и легочных гангренах — рекомендуется пнеймотомия. 2) При центрально расположенных, пригилусных, со свободной плеврой—бронхоскопия с аспирацией и введением антисептических веществ.

Френикопексия в случаях а. в базальных отделах легких и экстраплевральной пломба иногда могут иметь успех. Пломба экстраплевральная более эффективна и менее опасна, чем и. п. и торакопластика; если и не получается сдвигания и излечения, то все же образуются плевральные сращения и создается возможность для пнеймотомии.

При бронхоэктазах, наоборот, пнеймотомия только в случаях больших полостей, в остальных случаях—коллапстерапия, и. п. имеет эффект только в случаях врожденных бронхоэктазов со свободной плеврой и небольшой индурацией. Френикотомия менее эффективна при а. Пломбировка более эффективна и проста и менее опасна, чем торакопластика. Все эти методы—паллиативны, единственное радикальное лечение это лобектомия по Sauegbrugh; основное несчастье заключается в том, что больных, нуждающихся в такой серьезной операции, направляют к хирургу слишком поздно. Н. Крамов.

### б) Акушерство и гинекология.

Kosima S., Magara M. и Azuhata K. (Nippon Fujinkagakkai Zassi, 1932, 7—12), исследовав *бактериологически влагалищный секрет новорожденных* непосредственно после родов и день за днем в дальнейшем, получили некоторые данные о виде бактерий и времени их появления, а именно: 1) кислотность влагалищного секрета новорожденных колеблется между Ph 4,0 и 6,0. 2) Уже 24 часа спустя после родов во влагалищном секрете появляются энтеро- и стафилококки и coli-бациллы, а со 2-го дня они имеются почти в 100% случаев; молочнокислые бациллы появляются позднее (с 3-го дня). С появлением последних кокки и Coli-бациллы уменьшаются в числе и исчезают. Во влагалище в результате некоторое время обитает только один вид бактерий—молочнокислые. К концу 1-ой недели начинают появляться и размножаться опять кокки и Coli-бациллы, причем молочнокислые бациллы сохраняются.

П. Маненков.

*Экспериментальное исследование эклампсии.* Mura kami. (Nippon Fujinkagakkai Zassi, 1932, 7—12). Сообщение 1-е. А., установив, что биологическое значение гликогена еще недостаточно выяснено, приписывает ему не только участие в сахарном обмене, но и другие функции. Изучая сущность эклампсии, Mura kami предпринял исследование для выяснения предположения о специфическом влиянии гликогена плаценты на образующиеся при беременности ядовитые продукты и установил, что 1) раствор гликогена печени и плаценты обнаруживает определенное обезвреживающее яды действие, 2) последнее определяется содержанием гликогена в данном органе и бывает тем сильнее, чем больше гликогена, 3) обезвреживающее действие экламптической плаценты слабее нормальной и 4) в механизме обезвреживания процесс обсорбции не участвует. Сообщение 2-е. Исходя из данных, указанных в 1-м сообщении, а, тщательно изучил колебания гликогена в плаценте при токсикозах беременности и особенности при эклампсии. В результате исследования 18 плацент от экламптических он нашел, что в экламптических плацентах содержится гликогена много меньше (в среднем 0,17%), чем в плацентах у здоровых (в среднем 0,46%). Сообщение 3-е. Основываясь на вышеуказанном, а. пытался выяснить вопрос—не связана ли сущность эклампсии с уменьшенным содержанием гликогена в плацентах экламптичек. Он хотел установить, как изменяется гликоген плаценты при введении беременному животному плацентного и печеночного яда, уменьшается ли при этом содержание гликогена в плаценте и печени и можно ли вызвать таким образом симптомы сходные, с экламптическими. В результате всех своих иссле-