

Соquelet (Брюссель). Не нужно вмешиваться ранее 4—6 недель, нужно дать больному право испытывать 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, пригилюсных, со свободной плеврой—бронхоскопия с аспирацией и введением антисептических веществ.

Френикопексия в случаях а. в базальных отделах легких и экстраплевральной плевры 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 Sauegberg u c h'u; 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, причём молочнокислые бациллы сохраняются.

П. Маненков.

Экспериментальное исследование эклампсии. Muga k a m i. (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, Muga k a m i 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 сорбции 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 экламптичек 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-

Дований А. пришел к выводам: 1) Увеличение и уменьшение гликогена печени плацанты идет пропорционально разрушению яда. 2) В экламптической плаценте гликогена меньше, чем в нормальной. 3) У животных во второй половине беременности можно вызвать инъекцией сперва гепатотоксина, затем плацентарного яда заболевание, напоминающее эклампсию. *П. Маненков.*

Сахарный диабет и беременность. (Nippon Fujinkagakkai Zassi, 1932, 7—12). Naito, касаясь течения диабета в связи с беременностью, приводит два относительно точно изученных им случая беременности при диабете (диабетички редко беременят) — один случай легкой формы и другой — тяжелой. В этих случаях диабет во время беременности улучшился, ассимиляция сахара с прогрессированием беременности увеличилась, глюкозурия уменьшилась и субъективные симптомы исправились. А. полагает, что улучшение состояния диабетичек при беременности объясняется изменением в инкреторной системе в течение беременности, а не компенсаторным влиянием pancreas'a плода на болезнь матери, как то полагает Holzbuch. *П. Маненков.*

Hasegawa и Muramatsu (Nippon Fujinkagakkai Zassi, 1932, 7-12), изучая *практическое значение рентгена в диагностике положений плода и самоповорота*, пришли к выводам, что 1) при определении положения плода путем пальпации ошибки нередки и рентгеновские способы являются в таких случаях превосходным вспомогательным диагностическим средством; 2) благодаря повторному применению этих способов у одной и той же беременной удалось с несомненностью установить возможность самопроизвольного изменения положения плода в последние месяцы беременности путем самоповорота; 3) обычно самоповоротом изменяются при этом тазовые предлежания и поперечные положения на головные предлежания и редко — в обратном направлении, причем аа. установили, что дети, находившиеся в конце беременности в головном предлежании, родились в 95,8% случ. в головном предлежании, а из имевших тазовое предлежание и поперечное положение почти 86,7% родились в головном предлежании и только 13,3% сохранили до родов свое первоначальное положение; 4) ввиду указанной частоты самоповорота плода на головку аа. полагают, что следует воздерживаться в конце беременности от применения наружного поворота на головку при тазовых предлежаниях и нужно ждать самоповорота. *П. Маненков.*

Заседания медицинских обществ.

Краевая научная медицинская ассоциация АТССР.

Глазная и хирургическая секции.

Протокол соединенного заседания глазной секции и секции уха, носа и горла Н.-мед. ассоциации, 13 марта 1933 года.

Присутствовали сотрудники глазной и ушной клиники, Трахоматозного института, прикомандированные врачи, два представителя от В.О.С. и гости, всего в количестве 27 человек.

Председатель глазной секции проф. В. Е. Адамюк, открывая заседание, предложил почтить вставанием память проф. Н. А. Геркена, состоявшего с 1921 г. почетным членом Казанского офтальмологического о-ва, ныне вошедшего в состав Н.-м. ассоциации.

Память проф. Н. А. Геркена почтена вставанием.

Затем председателем данного собрания был предложен проф. К. Р. Викторов.

1. Слушали доклад д-ра А. Н. Круглова и д-ра В. А. Чудносоветова „Инфекции глаза субарахноидальным введением туши при носовом и трахеальном дыхании“.

Экспериментальная работа предпринята с целью выяснения влияния носового и трахеального дыхания на лимфатическую систему глаза в его заднем отделе. Для разрешения данного вопроса авторами опытами на животных проследили степень заполнения тушью субвагинального пространства зрительного нерва при введении ее в субарахноидальное пространство спинного мозга под контролем заполнения тушью периневрального пространства N. olfactorii. На