

ция (экстирпация матки per laparotomiam) была выполнена под местной анестезией.—В прениях д-р Ю. А. Лейбчик указал на применение местной анестезии в Казанской Университетской Гинекологической клинике, где таким образом делаются и чревосечения. Д-р Б. С. Тарло, только что вернувшийся из Ленинграда, отметил, что местная анестезия почти совершенно не применяется в тамошних гинекологических клиниках, а также подчеркнул возможность подготовки внушением, особенно, если операция предстоит у лиц с неуравновешенной психикой. Д-р Соколова приветствовала применение местной анестезии особенно в практике участковых врачей.

Д-р Г. Д. Дерчинский изложил свои наблюдения над *воздушной пробой для определения целостности плаценты*. Проба эта, состоящая во вдвухании воздуха ртом, через пупочную вену, в сосуды плаценты, опущенной в воду, была испытана докладчиком в 153 случаях. Д-р Д. считает особенно ценными отрицательные результаты этой пробы, при которых можно быть уверенным, что плацента вышла вся.—Прения: проф. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев, д-ра Н. Н. Чукалов и Ю. А. Лейбчик.

Проф. А. И. Тимофеев сделал доклад: *К вопросу об опасности ручного удаления плаценты*. В основу доклада лег акушерский материал Казанской Университетской Ак-Гин. клиники и Ак-Гин. клиники Казанского Института для усов. врачей, обнимающий всего 9.065 родов, в том числе 170 случаев ручного выделения плаценты. Сравнивая заболеваемость и смертность после этой операции с заболеваемостью и смертностью после других акушерских операций, докладчик пришел к общему заключению, что опасность ручного выделения плаценты в общем преувеличивается.—В прениях по докладу приняли участие д-р П. В. Маненков и проф. В. С. Груздев, указавший на господствующую в современном акушерстве, с легкой руки немецких акушеров, преувеличенную боязнь перед занесением заразы извне в половой канал роженицы,—боязнь, не оправдываемую фактическими данными.

Пензенское Научное Медицинское Общество.

Заседание 8/III.

Демонстрация препаратов *пептической послеоперационной язвы* по материалу Хир. отд. Губбольницы.

Демонстрация 6-ой с *диссеминирующей формой рецидива рака* во круг послеоперационного рубца после операции удаления грудной железы.

Д-р Л. О. Эляшович: *Пептическая язва тонкой кишки после операции гастрэнтеростомии*. Докладчик привел 12 случаев язвы за последние 12 лет после применения разных методов гастрэнтеростомии. Он отдает предпочтение Г.-Э. по Наскер-Вгауну. Между прочим привел историю болезни недавно оперированного больного с язвой тонкой кишки, который перенес раньше 2 лапаротомии по поводу язвы duodeni в 1922 и 1924 гг. Произведена резекция желудка, тонкой и толстой кишки. Выздоровление.

Д-р А. С. Козлова сообщила о поездке в Ленинград на курсы по *бактериологии* и познакомила собрание с научными достижениями в этой области.

Д-р Н. М. Савков: *700 операций на желудке и duodenum, произведенных за последние 12 лет в Пензенской Губбольнице*. Появление огромного количества язв в первые революционные годы докладчик ставит в связь с нервно-психической травмой этих лет. Дисфункция вегетативной системы отмечена у значительного количества больных, особенно с язвами пилоро-дуоденального отдела желудка. В докладе было отмечено большое значение болезненных спазмов привратника, способствующих образованию язвы. Спазм зависит от ряда причин рефлекторного свойства со стороны брюшных органов. Отдельные результаты в 69% операции были хорошие, в 18%—плохие и в 13%—удовлетворительные. Понятно приведены результаты заживления язвы после Г.-Э. у 44 больных, которым были сделаны чревосечения вторично, по поводу разного рода послеоперационных осложнений. Операцией выбора для большинства желудочных и дуоденальных язв должна остаться, по автору, Г.-Э. по Наскер-Petersenu. Резекции должны подлежать хронические язвы с пониженной секрецией и дилатацией ж-ка.—В прениях приняли участие д-ра В. Ф. Зборовский, И. С. Егоров, Л. О. Эляшович и С. И. Гурвич.

И. Савков.