

менное. Такую временную стерилизацию он считает показанной при мено-и метроррагиях у молодых особ без анатомических изменений, а также при миомах в молодом возрасте. Опасности нового роста миомы после возобновления мenses, по мнению G., преувеличены. Далее, такая стерилизация показана в некоторых случаях дисменорреи, при тbc легких, при воспалительных заболеваниях придатков, особенно гонорройного происхождения. Явления выпадения яичниковой функции, если при этом и бывают, то преходящи. Наиболее серьезное возражение против метода заключается в возможности повреждения яйцевой клетки, что может отразиться на потомстве. Однако при опытах на теплокровных животных никогда не удавалось получить этим путем развития уродств. Наоборот, известно много случаев рождения вполне нормальных детей после бывшей рентгенизации. Беременность служит противопоказанием к применению рентгенизации *А. Тимофеев.*

435. *К терапии маточных кровотечений овариального происхождения.* В свое время Henkel предложил для этой цели производить клиновидную резекцию яичников. В последнее время тот же автор (Zentr. f. Gyn., 1926, № 14) при кровотечениях оофорогенной природы рекомендует производить частичную перевязку артериальных яичниковых сосудов, дабы ослабить питание яичников. Он произвел эту операцию 18 раз, употребляя для перевязки тонкий катгут, и остался доволен полученными результатами, поскольку об них можно судить за короткое время, протекшее после операции (1 год). *В. Груздев.*

436. *Искусственная временная аменоррея* введена Эрлангенской клиникой в план лечения воспаления придатков (Flaskamp, D. m. W., 1925, № 44). В виду того, что радикальная операция при воспалительных заболеваниях придатков приносит мало пользы, а радикальная вызывает тяжелые явления выпадения, клиника выработала такой план консервативного лечения воспалительных заболеваний придатков: в острой стадии только холод, в подострой стадии—осторожный переход к лечению теплом, протейно-и серотерапии. Так как деятельность яичника оказывает неблагоприятное влияние на течение процесса (обострения во время менструаций), то желательно временно выключать деятельность яичников, чтобы дать половой сфере известный покой. Современная рентгентехника позволяет без ущерба для ткани яичников добиваться такой временной аменорреи на 1—2 года. Аменоррея эта быстро приводит к значительному улучшению процесса, а в половине случаев—даже к полному restitutio ad integrum. У молодых и крепких особ менструальная функция восстанавливается раньше, у женщин после 36 лет временная аменоррея может перейти в climax. Многочисленные случаи беременности после такого лечения показывают, что разрушающего действия на яйцевую клетку освещение x-лучами, при известной дозировке, не оказывает. *А. Тимофеев.*

437. *Технику радиотерапии рака шейки матки и результаты лечения, полученные в Стокгольме,* приводят Neumann и H. V. James (Stralenthérapie, Вд. 20, 1925). С 1914 по 1921 г.г. было лечено 505 сл. Второй сеанс радиотерапии назначался через неделю после первого, третий—через 3 недели после второго и затем в течение первой половины года лечение не повторялось за исключением случаев рецидива. В матку вводилось 33,7—40,1 mgr. радия на 22 часа, так что общая доза равнялась 2220—2640 mgr.-часов. Во влагалище вкладывалось 70 mgr., что дает общую дозу в 4500 mgr.-часов. Фильтр—2—4 мм. свинца. В последние три года испробовано концентрированное освещение, при котором число сеансов было доведено до 2, а продолжительность сеанса—до 32—44 час. Результат от 4000 mgr.-час. при таком лечении соответствовал эффекту от 4500 mgr.-часов трехкратного освещения. При концентрированном освещении требуется большая осторожность. Следует избегать прижиганий, выскабливаний, а также повторных пробных вырезок. При операбельных рецидивах следует экстирпировать матку. Рецидивы во влагалище были лечимы радием, а в параметриях—рентгеновскими лучами. Комбинированное лечение радием и рентгеном было совсем оставлено, т. к. оказалось, что оно не улучшает, а, повидимому, ухудшает результаты. Освещение рентгеном присоединялось лишь в случаях обширного поражения желез, причем больших доз за один сеанс не давалось: на 2 поля спереди и одно—сзади давали в разные дни 2—3 раза по 1/2 эритемной дозы жестких, профильтрованных через 0,5 мм. меди лучей. Среди леченных свободны от рецидива в течение 5 лет 20,29%, причем для случаев операбельных этот процент равен 40,5%, а для неоперабельных—16,6%. Первичная смертность равна 1,19% (5 сл. перитонита и 1 сл. легочной эмболии). С 1915 г. фистул не наблюдалось. Мочевой пузырь