

449. *Лечение гонорройных эндоцервицитов* Brady (Bull. of the Johns Hopkins Hosp., vol. 37, № 6, 1925) рекомендует проводить при помощи крепких растворов хромовой ртути, которые, по его наблюдениям, менее вредно действуют на слизистую оболочку, чем обычные растворы йода или азотнокислого серебра. Лечение проводится так: ежедневно делаются спринцевания с ас. boricum, ас. carboicum и ментолом; два раза в неделю portio vag. смазывается раствором хромовой ртути, а в шейку до внутреннего зева вводится полоска, смоченная в том же растворе; раствор лучше всего брать крепостью в 20%.

A. T.

450. *Стоварсол при инфекционных заболеваниях мочевых путей.* Sternbach (Wien. klin. Woch., 1926, № 23) с успехом применял при уретритах, циститах и пиелитах гонорройного и стафилококкового происхождения стоварсол (спироцид)—мышьяковый препарат, за последнее время нашедший себе применение при сифилисе. Давалось это средство per os, в виде таблеток, в дозе 0,25, 2—3 раза в день. При заболеваниях coli-бациллярной природы оно оказалось, однако, недействительным, равно как и в одном случае стрептококковой инфекции.

V. Груздев.

VII Всесоюзный Съезд Акушеров и Гинекологов в Ленинграде 24—28 мая 1926 г.

Настоящий Съезд, являющийся вторым в послереволюционное время, собрал такое же большое количество членов, как и первый. Открытие Съезда состоялось 24 мая, в 11 ч. у., в актовом зале Государственного Ак.-Гин. Ин-та. После приветствия, сказанного председателем Организационного Комитета, проф. Д. О. Оттом, был избран почетный президиум в составе: председателя—проф. В. С. Груздева (Казань), тов. председателя—проф. М. М. Миронова (Харьков) и секретаря—доц. С. П. Виноградовой (Киев).

Научная работа Съезда, в виду большого количества докладов, протекала по трем секциям, за исключением одного общего заседания, посвященного программному вопросу о терапии рака матки. Это заседание прошло совместно со Съездом Рентгенологов и началось в 2 часа дня 24 мая.

Программным докладчиком выступил проф. Груздев. Охарактеризовав рак матки, как настоящее общественное бедствие, он изложил современное состояние вопроса об этиологии и патогенезе рака, после чего перешел к главной части доклада—мерам борьбы с раком матки, возможным в условиях современной русской действительности. В качестве главной из таких мер проф. Г. отметил улавливание случаев болезни в самом ее начале, для чего необходимо соответствующее санитарное просвещение населения, соответственная подготовка медперсонала и надлежащим образом оборудованные лаборатории в участках. Рядом мероприятий, направленных к облегчению больным транспорта и предоставлению им помещений (убежища для раковых больных), необходимо дать, затем, раковым больным возможность раннего и рационального лечения. Лучшим методом последнего проф. Г. считает возможно раннюю радикальную операцию, которую в более запущенных случаях лучше всего производить по методу Wertheim'a-Zweifel'я, дающему минимальную смертность от перитонита. Для неоперабельных случаев остается радиотерапия, а потому необходимо стремиться к снабжению радием всех учреждений, где оказывается помощь раковым больным. Наконец, для правильной постановки дела борьбы с раком матки необходимо точная регистрация раковых больных.

Хирургическому лечению рака матки посвящены были доклады д-ров Богуща (Н.-Новгород) и Хохлова (Вологда). Д-р Богущ при помощи расширенной операции Wertheim'a с перевязкой обеих подчревных артерий добился 70% операбельности при 13,6% смертности; однако эта операбельность, которую проф. Немецов назвал „операбельностью отчаяния“, к повышению % абсолютно

излеченных не ведет, и количество рецидивов у Богуша велико. У Хохлова операбильность около 60%, рецидивов тоже много.

Результаты лечения лучистой энергией представлены были в докладах проф. Неменова и д-ра Полубинского. Первый признает лучистую энергию серьезным конкурентом оперативному лечению, полагая, что лечение ею может быть проводимо и в операбильных случаях рака матки. Особенно хорошие результаты дает комбинированная терапия рентгеном и радием. Послеоперационного освещения радием Неменов не рекомендует. Полубинский считает, что радиотерапия является радикальным методом, что она дает лучшие результаты, чем операция, и менее ее опасна в смысле первичной смертности. Принимая во внимание долговечность радия, курс радиотерапии следует признать очень дешевым (около 13 коп).

Для выработки резолюции по вопросу о борьбе с раком матки избрана комиссия в составе профф. Груздева, Писемского, Какушкина, Скробанского и др.

Работа первой секции Съезда началась изучением 2-го программного вопроса о значении особенностей конституции в акушерстве и гинекологии.

Программный докладчик, проф. Соловьев, полагая, что конституциональные особенности зависят от взаимоотношения эндокринных желез, не считает конституцию за нечто постоянное. Влияние беременности и климактерия на конституциональные особенности женщин служит тому примером. Докладчик устанавливает два конституциональных типа женщины—липоматозный и фиброматозный. Несомненно, что эти типы предрасполагают к определенным гинекологическим заболеваниям. В следовавшем за докладом проф. С. докладе д-ра Лельчука было указано значение конституции в возникновении некоторых опухолей, а именно, оказалось, что липоматозные женщины, обнаруживая пониженную детородную функцию, склонны к заболеванию миоматозными опухолями, а женщины фиброматозного типа более плодовиты и более склонны к раковым заболеваниям. Д-р Антошина нашла, что наибольший процент девиаций и опухолей матки падает на женщин пикнического типа.

Этими докладами и исчерпывалось на Съезде изучение конституции в связи с гинекологией; больше внимания было уделено вопросу о конституции в акушерстве.

Д-р Изаксон (Киев) пытался найти объективный критерий, с помощью которого можно было бы точно доказать принадлежность индивидуума к определенному конституциональному типу. Необходимо при этом пользоваться совокупностью признаков, причем антропометрические измерения должны играть видную роль. Докладчика интересовало строение таза и течение родов у женщин разных типов. Оказалось, что сужение таза с конъюгатой ниже 19 см. встречается в 90% у астеничек. При окружности запястья ниже 14 см. докладчик всегда находил уменьшение наружной конъюгаты. Эпигастральный угол у астеничек равен 73° , у пикничек— 105° .

Снабженный большим цифровым материалом доклад Мельникова и Сердюкова рисует значение конституции при беременности, во время родов и в послеродовом периоде. Наибольшее количество отклонений от нормы обнаруживают астенички, у которых роды длятся дольше, воды отходят раньше, и оперативные вмешательства требуются чаще. Инфантильные женщины часто обнаруживают расстройство инволюции. Эклампсия чаще наблюдается у инфантильных и пикничек.

Отметим еще доклады д-ра Виноградовой и Николаева. Первая, пользуясь методом капилляроскопии, показала, что между конституцией и состоянием капилляров существует определенная связь: у астеничек преобладают средние, длинные, узкие и прямые капилляры, у пикничек—короткие, широкие, заметно извитые. Николаев, изучая состояние вегетативной нервной системы, пришел к выводу, что при беременности наблюдается сначала или гиповаготония, или гиповаготония, а во второй половине—явная симпатикотония. Во время родов усиливается ваготония.

Из прений по докладом о конституции выяснилось несомненное влияние последней на детородную функцию женщины и на возникновение некоторых заболеваний, что имеет важное значение в профилактическом отношении. Было признано, далее, что, в виду неполноты существующих классификаций, необходимо стремиться к выработке однородной классификации, для чего желательно изучение конституции женского организма при каждом гинекологическом исследовании женщины в больной и клинической обстановке.

Третьим программным вопросом был вопрос о бесплодии,—его этиологии и лечении. Докладчик, проф. Какушкин, отметил, что, чем культурнее страна,

тем меньше деторождений. В России, наряду с высокой рождаемостью, мы имеем большую смертность, благодаря чему на 1000 жителей приходится ничтожный прирост населения в 13 чел. Для установления первичной стерильности женщины докладчик предлагает срок от 3 до 5 лет. Определяя общее количество бесплодных женщин в 29%, проф. К. указывает, что из этого количества первично-бесплодные составляют меньшинство. В отношении этиологии всеми докладчиками подчеркивалось, что необходимо исследовать отдельно как мужа, так и жену; необходимо изучить, далее, характер их половой жизни и соотношение между половыми продуктами.

Проф. Какушкин главными причинными факторами бесплодия у женщин считает несостоятельность яйца, несостоятельность половых органов и их функциональную недостаточность. Мандельштам вводит понятие о бесплодном браке, где в $\frac{1}{3}$ всех случаев непосредственным виновником бесплодия является мужчина. Причины женского бесплодия он делит на 3 группы: 1) генитальные—могущие создавать механические препятствия, спермотоксическое влияние секрета, изменение химизма влагалища, ускорение или замедление в созревании фолликулов и, наконец, недостаточность фолликулярной жидкости; 2) негенитальные—болезни обмена веществ, крови, эндокринного аппарата, а также заболевания яичника вторичного характера, и 3) факторы психогенные, которые, по мнению докладчика, играют второстепенную роль. Большинство выступавших считает главной причиной вторичного бесплодия воспаление гонорройного характера, дающее 54% всех бесплодий; $22\frac{1}{2}\%$ падает на инфантилизм, а остальное количество распределяется между другими этиологическими моментами. Был подчеркнут тот факт, что наибольший процент бесплодных дают женщины, занимающиеся умственным трудом. При конституциональной группировке бесплодных женщин, произведенной д-ром Харитоновым на материале в 350 чел., оказалось, что $\frac{3}{5}$ падает на астеничек, $\frac{1}{5}$ —на пикничек, а затем идут все остальные. Наибольшее количество бесплодных приходится на возраст от 20 до 29 лет.

При исследовании мужа необходимо обращать внимание на семя и потенцию, причем всеми выступавшими по этому вопросу указывалось, что необходимо изменить способ получения семени—добывать его из вагины, и до исследования нужно воздержание от coitus'a (Черток). До исследования сперму надо помещать в термостат, так как несомненно, что подвижность сперматозоидов зависит от условий, в которые они поставлены. В этиологии так часто встречающейся азооспермии главная роль принадлежит эпидидимитам, которые в 72% бывают вызваны гонореей. Мужчина является, таким образом, в $\frac{1}{3}$ случаев непосредственным виновником бесплодного брака. Что касается исследования женщины, то, кроме исследования характера coitus'a (проф. Какушкин придает здесь большое значение наличию libido), необходимо исследовать ее половой аппарат, секрет влагалища и циклические изменения в эндометрии (Мандельштам). В отношении методов исследования было сделано интересное сообщение д-ром Бушмакиной о способе Hühner'a: через 4 часа после coitus'a насасывается секрет цервикального канала, наносится на предметное стекло и рассматривается под микроскопом; если в нем окажутся живые сперматозоиды, то нижележащие отделы полового аппарата исследовать незачем.

Большое значение в установке причин бесплодия придается методу пертубации, устанавливающему непроходимость труб, которая является абсолютной причиной бесплодия и нередко возникает на почве латентно протекшего воспаления трубы, ничем другим не обнаруживающегося. На большом диагностическом значении этого метода очень подробно остановился на Съезде д-р Мандельштам, который считает пертубацию одним из лучших способов для выяснения этиологического момента бесплодия. По его материалу первично-стерильные дают в 51% непроходимость труб, а вторично-стерильные—в 68%. В отношении техники пертубации, получившей в настоящее время широкое распространение, Мандельштамом выставлено требование обязательного получения phrenicus-симптома. „Без phrenicus-симптома,—заявил он,—нет проходимости“. Однако это мнение оказалось единичным; выступавшие в прениях оппоненты, применявшие эту методику, не соглашаясь с данным положением докладчика, указывали, что при проходимых трубах нет нужды вызывать этот феномен. Метод проф. Отта с тушью был признан безопасным и верным в том отношении, что он, кроме проходимости труб, указывает также на мерцательную способность трубного эпителия. Против него выступил лишь проф. Какушкин, который считает его недоказательным и небезопасным, так как частицы туши, находясь в трубе, раздражают ее мукозу, и еще неизвестны резуль-

таты их пребывания здесь. Что касается метода сальпингографии, то, по Мандельштаму, он может оказать ценные услуги в смысле топической диагностики трубной непроходимости, когда последняя уже установлена пертубацией. Проф. Какущкин рекомендовал при первичном бесплодии без объективных причин применение передней кольпотомии, которая дает возможность осмотреть трубы, отделить спайки и определить наличие мелкокистовидного перерождения яичников. Это предложение встретило, однако, серьезные возражения со стороны многих оппонентов, указывавших, что цели, достигаемые кольпотомией, не оправдывают наносимой большой травмы (Ануфриев, Выдриш).

Что касается терапии бесплодия, то здесь единодушно было признано, что раньше необходимо применять консервативное лечение, которое считается основным, и лишь при отрицательных его результатах прибегать к оперативному вмешательству. Особый интерес вызвали новейшие оперативные методы лечения бесплодия. Имплантация трубы в матку применялась в небольшом числе случаев лишь проф. Кипарским, который советует резецировать непроходимую часть трубы, а абдоминальный конец ее вшивать в матку таким образом, чтобы их слизистые соприкасались. Вопрос о пересадке яичника в матку клиника проф. Писемского разработала экспериментально на кроличихах, которым производилась аутотрансплантация яичника в матку с сохранением его сосудистой ножки. Оказалось, что пересаженная часть яичника приживает с сохранением своего анатомического строения и физиологической функции, что, между прочим, подтвердилось и тем, что 3 кроличихи из 20 родили после такой операции. Крупский, из клиники проф. Писемского, на основании работы Estes'a предлагает срезать лишь тонкую пластинку яичника и пришивать ее в матку таким образом, чтобы фолликулы лопались в ту и другую сторону. Опыты д-ра Медовара из той же клиники со вшиванием в матку яичника, находящегося *in situ*, тоже дали положительные результаты в смысле сохранения анатомической структуры и функциональной способности яичников. В виду сравнительной скудости фактического материала, определенных выводов по вопросу о пересадке яичников сделать, однако, пока еще нельзя. Д-ром Архангельским было еще указано на применение при бесплодии рентгенотерапии, причем в 100% наступала беременность; что касается механизма действия лучей Röntgen'a, то здесь, вне всякого сомнения, играют роль гиперемия и активация функциональной способности яичников.

Из других докладов по 3-му программному вопросу надо отметить доклады д-ров Полонского и Речменского—о бесплодии при конической шейке и Гудим-Левковича—об искусственной стерилизации. Первые два докладчика на основании своих наблюдений пришли к выводу, что бесплодие при конической шейке обуславливается недостаточным поступлением во влагалище секрета матки и шейки, который нейтрализует кислую реакцию влагалищного секрета: чем больше сужение, тем резко кислотность последнего; в случаях дисцизии шейки и эндодервицитов кислотность влагалищного секрета понижена, благодаря увеличению количества выделений из матки и шейки. Гудим-Левкович для стерилизации впрыскивал кроличихам плацентин по 2 куб. см., каждые 1—2 дня, 10—12 раз. После случки беременности у животных не наступало. При микроскопическом исследовании яичников в них было найдено большое количество погибших фолликулов, других же дегенеративных изменений в яичнике не обнаружено.

Специальное заседание Съезда было посвящено токсикозам беременности, хотя программные доклады по этому вопросу и не были зачитаны, в виду отсутствия программных докладчиков. Вопрос этот разрабатывался экспериментально в клинике проф. Малиновского д-рами Кватером, Кушниром и др. Докладчики останавливались главным образом на эклампсии, являющейся кульминационной точкой токсикозов беременности. В патогенезе видная роль отводилась содержанию кальция в организме беременной и гиперфункции половых желез. В доказательство этого д-ром Кватером были поставлены опыты над беременными кроличихами, которых сажали на безкальциевое питание, и которым трансплантировался яичник. Животные не донашивали, рожали мертвых плодов и при родах имели судороги. На основании своей работы д-р Кватер приходит к выводу, что при эклампсии мы имеем дело с отравлением организма на почве распада белковой молекулы, причем в организме увеличивается количество органических кислот, главным образом мясо-молочной, остаточного азота и аммиачных солей, что и вызывает экламптическую интоксикацию.

Д-р Кушнир рассматривает токсозы, как продукт нарушенного коллоидного состояния организма, на почве нарушения кальциевого и белкового обмена.

и деятельности эндокринного аппарата. Путем инъекций кармина и колларгола автор изучал главным образом значение ретикуло-эндотелиального аппарата, который, по его наблюдениям, особенно гиперплазируется во время беременности. Элементы ретикуло-эндотелиальной системы до образования плаценты развиваются в *hilus*е, а в дальнейшем—в венозных пазухах. Гиперплазия этого аппарата является регулятором коллоидного равновесия организма. Что касается состояния вегетативной нервной системы при беременности, то в большинстве случаев имелись явления как симпатикотонии, так и ваготонии, при токсикозах же (рвота и пtiализм)—тонус симпатической нервной системы был повышен в ветвях сплюн-ных желез и желудка.

Изменениям, вызываемым эклампсией в почках, был на Съезде посвящен доклад д-ра Александрова, который определял функциональную способность почек по Зимницкому и пришел к выводам: 1) тяжесть эклампсии вряд ли отражается на почках и степени их поражений,—в $\frac{1}{2}$ случаев никаких следов эклампсии здесь не оставляет; 2) в другой половине имеется недостаточность клубочков.

В отношении терапии токсикозов беременности докладчики касались главным образом опять-таки эклампсии, причем в защиту консервативного образа действий при последней выступил проф. Строганов со своим усовершенствованным профилактическим методом; он указал, что при точном проведении этого метода он имел на 300 случаев тяжелой эклампсии всего 8 смертей. Как и всегда, неудачи других с его методом проф. Строганов объяснял неправильной методикой, а потому и предложил в Ленинграде консультировать с ним по телефону. Другие докладчики (Сахаров, Добротин) и выступавший в прениях проф. Скробанский указывали, что и при точном проведении метода проф. Строганова смертность матерей равна 15%—17%, при кесарском же сечении (влагалищном и классическом) она равна всего 5%—7%; это и заставляет их высказаться в пользу немедленного оперативного родоразрешения при эклампсии *sub partu*.

По вопросу о внутренней секреции на Съезде надо отметить доклады д-ра Козинского и проф. Сердюкова. Докладчики касались главным образом трансплантации яичников, показаниями к которой считали инфантилизм, ранний климакс, послеродовую атрофию яичников и явления выпадения после ранних экстирпаций. Козинский, Орлов и др. указывали, что наилучшие результаты в смысле приживания и функциональной способности дают ауто- и гомотрансплантация, гетеротрансплантация же, по их наблюдениям, не приживают. Проф. Сердюковым было указано, что успех приживания зоотрансплантата зависит от его свежести, асептики, техники операции и др. Им гетеропластика применялась 12 раз, всегда с хорошими результатами. На основании своих наблюдений он приходит к выводу, что 1) гомо- и гетеропластика равноценны по своим результатам; 2) гетеропластика при эндокринопатиях у женщин дает хорошие результаты. В отношении места пересадки указывалось, что в брюшную полость пересаживать яичник не следует, так как брюшина обладает большой резорбционной способностью.

С большим интересом был выслушан на Съезде доклад д-ра Маноїловой о новых путях в изучении внутренней секреции. Докладчица указала, что существует тесная зависимость между гормонами и ферментами,—что изменение ферментов ведет к изменению и гормонов. Большое значение она придает электролитному состоянию организма. Во многих патологических состояниях эндокринного происхождения виновато нестолько нарушение функции гормонального аппарата, сколько изменение в содержании солей К и Са.

Обмену веществ были посвящены доклады д-ров Чертока и Эстрина о хлоридовом и холестеринном обмене у беременных; докладчики нашли, что 1) у беременных в первую половину содержание хлоридов нормально, 2) во вторую же половину оно увеличивается. Что касается количества холестерина, то оно увеличивается в последние 4 мес. беременности; в крови плода его гораздо меньше, чем у матери; после родов количество холестерина падает. Он является растворителем коллоидов и увеличивает резистентность клеток.

Из этой группы докладов можно еще отметить хорошо обработанный доклад д-ра Янченко об изменении лейкоцитарной формулы у беременных. Докладчик пришел к следующим выводам: 1) вначале беременности имеется небольшой нейтрофильный лейкоцитоз, более ясно выраженный у первобеременных; 2) во время родов резко повышается число лейкоцитов, появляется сдвиг нейтрофилов влево, исчезают эозинофилы, падает количество лимфо- и моноцитов; 3) после родов вте-

чение 7—8 дней картина крови приходит к норме, и только незначительный нейтрофильный лейкоцитоз сопровождается послеродовой период в течение 6—8 недель.

Вторая секция посвящена была вопросу о воспалительных заболеваниях женской половой сферы. В частности, по вопросу о профилактике инфекционных заболеваний родильниц выступали здесь д-ра Янкелевич, Елкин, Трон и Миранова. Выяснилось, что для борьбы с экзогенной инфекцией на первом месте должны стоять меры асептики—тщательная подготовка наружных половых частей, ограничение внутренних исследований, принципиальное зашивание всех разрывов, даже небольших (Елкин), уборка родильниц в перчатках отдельных для каждой, на отдельном же судне, под контролем врача; необходимо затем немедленная изоляция лихорадящих. В борьбе с эндогенной инфекцией видную роль играет профилактическая вакцинация в консультациях для беременных, которые должны быть связаны с родильными домами. По Янкелевичу и Елкину эту вакцинацию надо производить за 20 и 10 дней до родов смешанной стрепто- и стафилококковой вакциной, а по Бурлакову—попеременно стрепто- и стафилококковой вакциной, ибо смешение вакцин недопустимо, так как те и другие микробы требуют сред различной реакции. Для подозрительных рожениц Янкелевич применяет вакцинацию *sub partu*,—немедленно при поступлении 25 мил. стрепто- и 100 мил. стафилококков, через 48 часов *post partum*—50 мил. стрепто- и 200 мил. стафилококков и еще через 48 часов—100 мил. стрепто- и 400 мил. стафилококков. Тбс, пороки сердца, нефрит и гнойные очаги служат противопоказаниями к вакцинации.

В отделе диагностики несколько докладов было посвящено изучению морфологических и химико-физических особенностей крови при септических заболеваниях. Интересно здесь отметить попытку Милутиной рационально варьировать терапию в зависимости от изменения формулы крови. Интересно также наблюдения д-ра Бурлакова, который при помощи впрыскиваний различных вакцин в шейку матки, в слизистую вагины и в слизистую гесы определяет место входных ворот инфекции и характер ее возбудителя по степени общей реакции, которая бывает наиболее резкой, если вакцина, соответствующая возбудителю, вводится в пределах от ворот инфекции до главных сосудов этой области.

По вопросу о консервативном лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы на Съезде было довольно много сообщений, не представляющих, однако, чего-либо особенно важного и нового. Укажем только, что Гутнер и в особенности Харитонов рекомендовали аутогемотерапию, которая является одним из видов специфической парентеральной терапии.

По вопросу о женской гоноррее большинство докладов было представлено Гос. Венерологическим Ин-том. Основной доклад проф. Иванова содержал ряд оригинальных и нередко противоречащих общепринятым положений. Таково, напр., его утверждение, что в 85% случаев женской гонорреи имеется поражение влагалища, и что в 50% подострых случаев гонорройные воспалительные инфильтраты распространяются по паравагинальной и парацервикальной клетчатке. Равным образом и некоторые методы лечения, рекомендованные клиникой проф. Иванова, встретили резкую критику, напр., метод лечения массажем с „ихтиолизацией“ (Елистратова). В Венерологич. Ин-те считают необходимым при женской гоноррее принципиально лечить уретру (Юдин), которая в хронических стадиях может быть поражена на значительную глубину (Иогансен).

Несколько докладов было посвящено на Съезде лечению гонорреи вакцинами. Кан нашел, что специфическая вакцинотерапия дает лучшие результаты по сравнению с другими парентерально вводимыми средствами, Елкин высказался за вакцинацию по методу Викага, а Штенберг и Папитов—против. Теумин испытал вакцинацию по Вискю без особого успеха.

В прениях по вопросу о гоноррее выяснилось значительное разногласие во взглядах между венерологами и гинекологами, а потому Съезд высказал пожелание о совместной работе тех и других.

Третья секция Съезда посвящена была индивидуальным докладам по разным вопросам гинекологии и акушерства. На первом месте по интересу и большому, принципиальному значению стоял здесь доклад Улезко-Строгановой об экспериментальном раке. На экспериментальном раке у мышей, вызванном смазыванием гудроном, докладчица могла убедиться, что злокачественному росту эпителия предшествуют характерные изменения соединительной ткани, сводящиеся к уменьшению сосудистого слоя, исчезанию эластической соединительной ткани и тучных клеток. Утрате сопротивляемости со стороны соединительной ткани, нару-

шению равновесия между двумя тканями Улезко-Строганова приписывает большое значение в каузальном генезе рака. Пониженная сопротивляемость организма, которая легче может иметь место в условиях современной культурной жизни, возможно, играет роль в увеличении числа раков, в особенности в более молодом возрасте.

Привлекло внимание врачей также сообщение д-ра Третьякова о лечении запущенных раков впрыскиваниями в окрестность раковых очагов эфира, после которых в раковой ткани наступают изменения, похожие на те, которые наблюдаются при действии радия.

Посвященные практическим вопросам акушерства доклады Строганова и Вербова касались вопроса об уходе за сосками, которые проф. Строганов советует обрабатывать не дубящими средствами, а глицерином со спиртом, и вопросу о ведении послеродового периода, для которого Вербов предлагает применять особое полусидячее положение роженицы на стерильном судне, а пр. Строганов намечает такую схему в случае задержки последа: 1) Credé, 2) Credé + потягивание за пуповину, 3) хлороформ + Credé, 4) хлороформ + Credé + потягивание за пуповину, 5) ручное отделение. Потягивание иногда может быть очень сильным—до отрыва пуповины.

Среди индивидуальных докладов отметим еще сообщения проф. Вачнадзе и д-ра Соколова (Пенза) о спинномозговой анестезии. Оба докладчика являются сторонниками этого рода обезболивания, причем д-р Соколов подчеркивает особенное его значение при операциях рака матки. Выступавший в прениях д-р Драверт рекомендовал применяемому им эпидуральной анестезию.

Что касается выставки при Съезде, то следует прежде всего заметить, что помещение ее—в узком проходном коридоре—нельзя признать удачным. Из экспонатов отметим: из Гинекологической клиники Северо-Кавказ. Ун-та—влагалищное зеркало д-ра Силина (Вр. Газ., 1926, № 2), иглодержатель с катушкой для ниток Черепихина и его же прибор для пертубации; из Киевской клиники—ряд агаровых патолого-анатомических препаратов, кролик с окопечком в брюшной стенке. Д-р Терновский выставил свой прибор „геноскоп“ позволяющий быстро определять срок беременности и родов (вроде календаря беременности); д-р Евенков представил большой материал, в виде таблиц и рисунков, к учению о телосложении женщины; д-р Маненков (Казань) выставил модель эмбриологической реконструкции широкой связки зародыша с ее содержимым; д-р Елкин—усовершенствованную модель щипцов Kjelland'a и рисунки оперативного метода укрепления пузыря и тазового дна; проф. Сердюков демонстрировал прибор для сальпингографии.

Заканчивая свои работы, Съезд в последнем своем пленарном заседании принял ряд резолюций по программным вопросам и время созыва будущего Съезда назначил через 2 года, определив его место в Киеве. Прежде, чем закрыть настоящий Съезд, почетный председатель его, проф. Груздев, в теплых словах приветствовал и благодарил председателя Организационного Комитета, проф. Д. О. Отта, и поднес ему от имени членов Съезда адрес в изящной папке.

При всем интересе к Съезду у авторов настоящего отчета, как и у многих других членов Съезда, осталось некоторая неудовлетворенность, благодаря отсутствию цельности впечатлений, что зависело от слишком большого количества докладов, заславивших разбить работу Съезда на несколько секций. Теснота помещений, где пришлось работать Съезду, тоже немало мешала работе.

Ш. В. Маненков и Ф. П. Ханина-Гайдук.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Хирургическая секция.

Заседание 11/VI.

Л. В. Алексеева: „Первичный шов при антротомиях“. В клинике проф. В. К. Грутнева проделано 27 антротомий с зашиванием наглухо, причем в полость перед наложением последнего шва вводилось 10% висмутовая паста. Из 27 случаев в 14 получилось первое натяжение. Случаи с холестеатомой давали