

явная опечатка, ибо несколькими строками ниже указано villus; то же самое búc-sípa, щека, вместо труба, ибо немного выше сказано бисса, щека. Не следует забывать, что во многих типографиях главный корректор всегда знает больше автора и исправляет его «ошибки». В одной из моих работ мне так и не удалось ни разу поместить термин «карбоновая» кислота, ибо корректор усердно исправлял его на «карболовая». Также чрезвычайно трудно включить в статью фамилию Ваас, которая непременно будет напечатана Boas; bacillus coli communis обязательно превращается в bacillus coli и т. д.

Я очень рад тому, что С. А. Бельский указал на крайнюю необходимость правильного правописания и ударения в медицинских терминах. Я укажу здесь ряд слов, которые упорно произносятся неверно, и правильное произношение которых следовало бы систематически подчеркивать:

правильно: ampúlla, ánticus, arthrócáce, aponeurósis, diagnósis,
неправильно: ampulla, ánticus, arthrocáce, aponéurosis, diagnóstico;
правильно: cervícis, émésis, duodénium, eczéma, formícans, frágilis,
неправильно: cérvicis, emésis, duódenum, eczéma, fórmicans, fragilis;
правильно: импúльс, intégrum, infréquens, iridis, irritans, коллáпс,

неправильно: импульс, intégrum, infréquens, íridis, irrítans, коллапс;
правильно: lábilis, libído, liénis, mediastínium, mónópus, múltiplex, óbštétrix,
неправильно: labilis, libido, lienis, mediástinium, monópus, múltiplex, obštétrix;
правильно: obtípus, olecránon, ómēga, omópláta, órbita, pemphíguš, phlégmóne,
неправильно: óbštípus, olécranon, oméga, omopláta, orbita, pémphiguš, phlegmóne;
правильно: pílúla, pódágra, prósopus, prognósis,
неправильно: pilúla, podágra, prósopus, prógnosis;
правильно: postícus, pólypus, prurigo, prurítus, pylórus, rétina,
неправильно: pósticus, polýpus, prúrigo, prúritis, pylorus, rétina;
правильно: parésis, rhizóma, sarcína, secundinae, serótínus,
неправильно: parésis, rhizoma, sarcina, secundinae, serotínus;
правильно: сина́пс, sýncelónus, sýndrómum, syntáxis, symptómum,

неправильно: сина́пс, synclónus, syndrómum, sýntaxis, sýmptomum;
правильно: tonsúrans, túnica, trigónum, umbilícus, vértēbra,
неправильно: tónsurans, tunica, trigonum, umbilicus, vertēbra;
правильно: vesíca, vibices,
неправильно: vésica, vibices,

а также окончание сложных слов с кратким и потому не ударяемым вторым слогом от конца:—clésis,—còpus,—désis,—dýmus,—gēnes,—gnáthus,—lýsis,—mēlus,—mētra,—páguš,—pága,—phásis, phýton,—phýsis,—pýguš,—schísis,—spóron,—stásis,—tónus, наоборот—phýma.

Все читатели были бы очень благодарны С. А. Бельскому, если бы он в специальной статье изложил общие правила правописания и ударения медицинских терминов подобно тому, как мы имеем соответственные указания в словарях Griesbach'a и Roth'a (старое издание).

Проф. М. Я. Брейтман (Ленинград).

VIII Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов.

Д-ров Н. А. Подзорова и Б. С. Тарло.

VIII Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов состоялся в Киеве 21—26 мая 1928 г. Торжественное открытие съезда имело место 21 мая вечером в Оперном театре. Председатель Организационного комитета проф. Г. Ф. Писемский отметил, что настоящий съезд является юбилейным, т. к. в текущем году прошло ровно 25 лет со времени съезда акушеров и гинекологов в Петербурге. После вступительного слова проф. Писемского был избран почетный президент съезда и почетный его председатель, проф. Д. О. Отт. Память скончавшихся членов-учредителей акушерских съездов была почтена вставанием. После заслушания ряда приветствий Съезду вечер закончился концертным отделением.

Научная работа съезда протекала в пленарных заседаниях, которые происходили утром и вечером. Всего состоялось 9 пленарных заседаний. Первое и вто-

рое научные заседания съезда, посвященные программным вопросам о миомах матки и временной стерилизации женщины, были проведены совместно с V Всесоюзным съездом рентгенологов и радиологов.

Основным пунктом по первому программному вопросу являлся вопрос о *терапии миом* и в частности вопрос о том, должно ли быть отдано предпочтение хирургическому лечению, или оно должно уступить место лечению лучистой энергией.

Первый программный докладчик, проф. Кривский (Ленинград), на основании обширного материала в 12,121 сл. миом, собранного путем анкеты, пришел к выводу, что, пока программа-максимум применимости лучистой энергии не может быть в наших условиях широко достигнута, мы должны держаться минимальной, работая ножом. Из деталей анкеты Кривского можно указать, что полное брюшностеночное удаление миоматозной матки дало 3,6% смертности (у Albrecht'a—3,6%), надвлагалищная ампутиация—1,6% (у Albrecht'a—1,9%), влагалищная экстирпация—1,6% (у Albrecht'a—2,8%); т. обр. в руках русских гинекологов миомотомия дала даже лучшие результаты, чем в руках германских гинекологов на одинаковое, приблизительно, количество случаев (12,056 у Albrecht'a).

Вопросу о *лечении миом лучистой энергией* были посвящены доклады Неменов (Ленинград), Гамбаров (Тифлис), Архангельского (Москва) и Порховника (Киев). Всеми докладчиками отмечено, что смертность при лечении рентгеном равна 0, при лечении радием она не выше 1%, в среднем равна 0,23% (Неменов). Исчезновение клинических симптомов, по Неменову, наблюдается при этом лечении в 100% случаев, по Гамбарову—в 98,5%, по Архангельскому—в 94%. Полное исчезновение опухоли Гамбаров отмечает в 65,2%, Порховник—в 47%, причем этот докладчик подчеркивает, что окончательный эффект может сказаться очень поздно (до 1½ лет). Наиболее серьезным осложнением при рентгенотерапии надо считать явления выпадения яичниковой функции, которые особенно сказываются у молодых особей, причем здесь очень важную роль играют конституция (Неменов) и лабильность нервной системы (Гамбаров). Опасности рентгеновского освещения для будущего потомства преувеличены. Противопоказания к рентгенотерапии Архангельский формулирует так: юный возраст, неточный диагноз, беременность, крайняя анемия, опухоль, вызывающая явления сдавливания. Неменов советует рентген комбинировать с радием, который быстро останавливает кровотечение. Большинство выступавших в прениях по данному вопросу высказалось в том смысле, что хирургический метод и рентгенотерапия не конкурируют друг с другом, а дополняют друг друга. Лишь проф. Скробанский (Ленинград) высказал себя решительным сторонником хирургического лечения, признавая рентгенотерапию показанной лишь в редких случаях.

По вопросу о деталях хирургического лечения миом ничего нового внесено не было. На методы консервативного лечения миом указал проф. Чернеховский (Москва), отметивший полезность применения при миомах метода Грамматикати.

Из других докладов по вопросу о миомах можно отметить доклад Улезко-Строгановой (Ленинград), показавшей, что мышечные элементы этих опухолей происходят из зародышевой соединительной ткани, и доклад проф. Малиновского (Москва), подошедшего к изучению миом с новой точки зрения—путем тонких исследований обмена веществ у миоматозных больных.

Вечернее заседание 22 мая было посвящено вопросу о *временной стерилизации женщины*. Порховник и Гамбаров, выступавшие с докладами о временной рентгеновской стерилизации, как профилактической против беременности, так и лечебной при воспалительных процессах, в общем высказались очень сдержанно, подчеркнув всю опасность этого метода, зависящую оттого, что при временных методах дозировки никогда нельзя быть уверенным в том, что временная стерилизация не превратится в постоянную, — тем более, что эффект лучистой энергии может иногда наступить очень поздно (до 6 лет). Очень неодобрительно некоторые из выступавших отнеслись к рекламированию д-ром Борманом широко в печати метода рентгеновского предохранения от беременности.

Было предложено несколько новых технических модификаций *хирургической стерилизации женщин*. Между прочим д-р Гринвальд (Киев), предложил окутывать яичники сальником.

В пользу *биологической стерилизации* путем вызывания спермоиммунитета высказался проф. Пальмов (Пермь).

По принципиальному вопросу о допустимости стерилизации женщины по т. н. социальным показаниям раздавались определенные голоса против, при чем особенно ярко этот протест был формулирован проф. Селицким (Москва).

Третье научное заседание съезда, 23 мая, было посвящено второму программному вопросу, о кесарском сечении. Программные докладчики, проф. Груздев и Тимофеев (Казань), высказавшись в общем за то, что в современных условиях операция кесарского сечения заслуживает, конечно, широкого применения, все же полагают, что для нее должны быть выработаны строгие показания. Лучшим методом оперирования они считают трансперитонеальное ретровезикальное кесарское сечение, лучшим видом обезболивания—местную инфльтрационную анестезию.

Проф. Илькевич (Москва), на основании материала Московских лечебных учреждений с 1921 по 1927 г.г., ставит положения: 1) операция кесарского сечения—рискованная и не всегда благоприятная для плода; 2) ее следует ограничить при относительных сужениях таза, в особенности у молодых I-para; 3) при placenta praevia к. с. не является операцией выбора; 4) цервикальный разрез, видимо, имеет преимущества; 5) вопрос об операции в инфицированных случаях не решен; 6) перфорация живого плода не может быть исключена из практики, а в инфицированных случаях показана и гуманна; 7) к. с. должно производиться опытным врачом; 8) больше внимания должно быть уделено техническим деталям, в том числе обезболиванию.

Выступавшие в прениях довольно единодушно высказывались против чрезмерного расширения показаний к к. с. В частности при узком тазе с истинной конъюгатой выше 7,5 см. Скробанский и Пальмов приступают к операции только после выжидания. Проф. Гентер (Ленинград) прежде, чем приступать к кесарскому сечению при относительном сужении таза, прибегает к функциональной диагностике, изучая: 1) выстояние головки над плоскостью симфиза, 2) выдавливание головки по Müller'y с контролем per rectum и 3) вставление головки под напором потуг. При ясно отрицательных данных—абдоминальное сечение. Все, высказывавшиеся по поводу кесарского сечения, единодушно отмечали необходимость рассматривать эту операцию, как очень серьезную, и многие решительно высказались против идеи M. Hirsch'a широким введением кесарского сечения упростить современное акушерство. Большинство высказывалось в пользу трансперитонеального цервикального сечения, только д-р Орлов (Вологда) выступил определенно против этого метода, а Терebinская-Попова отдала предпочтение разрезу Polano.

Проф. Арешев (Эривань) в целях ограничения к. с. при узком тазе рекомендует преждевременные роды, причем лучшим методом для их вызывания считает метод д-ра Собестянского, особенность которого состоит в том, что метрейринтер не замыкается наглухо, а сифонным путем соединяется с бюреткой, содержащей жидкость.

По вопросу о к. с. в инфицированных случаях ничего определенного сказано не было.

Из представленных, но не заслушанных полностью докладов можно было отметить у некоторых операторов увлечение малым кесарским сечением при беременности ранних сроков. Как курьез, отметим предложение д-ра Степанова (Ростов н/Д) при производстве аборта оперировать двум операторам одновременно—одному per laparotomiam, другому per vaginam. По предложению проф. Чернеховского съезд единодушно осудил подобный образ действия.

Д-ра Козинский (Ленинград) и Жмакин (Киев), выступавшие по поводу влагалищного кесарского сечения, высказались за модификации Hensius'a и Лейчика.

Утреннее заседание 24 мая было посвящено информационным докладом по охматдету, причем в центре внимания был доклад т. Лебедевой. Значительный рост населения за последние годы требует расширения акушерской помощи. Для удовлетворения этой нужды может быть 2 пути—либо расширение количества акушерских коек, либо создание новых акушерских пунктов. Более подробно положения докладчицы видны из принятой по этому вопросу съездом резолюции. По вопросу об абортах докладчица сообщила, что в Москве на 100 родов приходится 76 абортов, по всей же Республике количество абортов достигает 30% в городах и 15% в селах. Необходимо отметить, что рост подпольных абортов резко падает. Дальнейшая борьба с ними должна вестись путем расширения коечной сети. По докладу Лебедевой съездом принята следующая резолюция, отразившая целиком положения докладчицы:

„VIII Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов, признавая известные достижения в организации родовспоможения в Союзе, тем не менее считает население недостаточно обеспеченным этим видом лечебно-профилактической помощи. Если в городах и более крупных промышленных центрах родовспоможением охвачено в среднем 70—72% всех рожениц, то в сельских местностях охвачено только в среднем 11,6%. В силу этого организация родовспоможения является первоочередной задачей среди других видов лечебно-профилактической помощи. Признавая наилучшей его формой стационарную помощь роженицам, съезд считает необходимым в дальнейшем планирование родовспоможения в порядке обеспечения населения квалифицированной стационарной родовспомогательной помощью, особенно в сельских местностях. Учитывая, однако, то обстоятельство, что финансовое состояние с одной стороны, недостаток кадра врачей и квалифицированных акушеров—с другой отодвигает возможность реального и полного осуществления этого плана в более или менее отдаленное будущее, съезд считает правильным в первую очередь организацию стационарных родильных коек при амбулаторно-врачебных пунктах в сельских местностях, освободив акушеров врачебного пункта в сельских местностях от всякой посторонней нагрузки и возложив на них оказывание квартирной помощи по родовспоможению и патронажной работы среди женщин. Вместе с тем съезд считает целесообразным, в качестве временной меры, организацию акушерских пунктов и без коек на расстоянии от 6 до 10 верст от врачебного участка, связав их с последним и возложив на акушеров квартирную помощь и патронажную работу среди беременных. Учитывая важную роль акушерки в проведении родовспоможения, съезд считает необходимым проводить систематическую переквалификацию в губернских центрах акушеров, проработавших на участках более 5 лет. В равной мере съезд считает необходимым усилить подготовку молодых врачей в области акушерства. В виду значительного накопления социально-биологического материала, выявленного в процессе работы учреждений охраны материнства и необходимости его научной разработки, съезд считает желательным учреждение новых научных центров типа институтов охраны материнства и младенчества“.

Последним программным вопросом съезда был вопрос *о профбредности в акушерстве и гинекологии*. Хотя со времени последнего съезда в Ленинграде, на котором впервые были поставлены вопросы о профзаболеваниях, прошло два года, однако изучение вопроса в отношении женской половой сферы подвинулось сравнительно еще мало, и даже по принципиальному вопросу о том, существует ли специальная профпатология женской половой сферы, на съезде определились два течения. Программный докладчик, проф. Курдин (Москва), не отрицая всей важности профессии в этиологии заболеваний, полагает, что в чистом виде профпатологии женской половой сферы нет. Правильнее было бы говорить о профессионо-бытовой патологии. Трудно также отграничить фактор, который докладчик называет „аборт-вредностью“. Представители другого направления, наоборот, полагают, что существуют определенные отрасли труда, которые в большей или меньшей степени отражаются на половой сфере женщины. Из ряда докладов (Григоровой, Гительсон, Харитонов, Шульмана и др.) видно, что сидячая работа и работа стоя, как равно тяжелый физический труд в плохих условиях жизни, различно отражаются на половой сфере. Многими докладчиками подчеркивалась необходимость разработки определенных методов исследования. С точки зрения методики исследования интересно сообщение д-ра Окуневой (Москва), которая сконструировала особый кольцеобразный, соединенный с регистрирующим прибором, при помощи которого она записывала смещения по вертикали матки в связи с поднятием тяжести. Как за нормальную нагрузку, не дающую опасности стойких смещений матки, докладчица считает не более 20 кило.

Помимо программных вопросов, в нескольких заседаниях съезд заслушал ряд индивидуальных докладов. Среди этих докладов отметим доклады по вопросам эндокринологии.—Улезко-Строганова и Клюков (Ленинград) показали регрессивные изменения яичника под влиянием инъекций плацентарной эмульсии, проф. Малиновский и Кушнер (Москва) демонстрировали митохондриальный аппарат желтого тела, с наличием которого они связывают секреторную функцию последнего, д-р Боканов (Смоленск) затронул проблему пола в связи с некоторыми вопросами эндокринологии, Киселев (Москва) представил данные по вопросу о диагностике ранней беременности при помощи определения гипоталамического гормона в моче. Несколько докладов представлено на тему о гормональной терапии, причем Малиновский и Ка-

закон (Москва) высказались за применение терапии продуктами расщепления эндокринных желез, а проф. Сердюков (Москва)—за применение фолликулярного гормона (фолликулина).

Из области оперативной гинекологии укажем доклады Атабекова (Москва) и Попандопуло (Харьков) о лечении мочеполювых свищей, доклад проф. Тимофеева о применении местной анестезии при гинекологических чревосечениях и экспериментальное исследование д-ра Чертока (Киев) о значении перитонизации раневых поверхностей малого таза при операциях.

Из работ бактериологического характера интересны исследования проф. Илькевича, Синева и Зайцева (Москва), которые показали, что в зимние месяцы в лохиях родильниц стрептококки находятся в 26%, летом—в 19%. У детей зимой чаще находится стрептококки в носоглотке, который часто и бывает истинной причиной гибели «слабых» детей. Указанную разницу в частоте нахождения стрептококка авторы объясняют недостаточностью ультрафиолетовых лучей зимой. В известном соответствии с наблюдениями Илькевича стоят данные санитарно-гигиенического обследования Акушерской клиники Киевского Клинического института, произведенного д-рами Ширманом, Верхоглядом и Перкельяном и показавшего ухудшение в зимние месяцы.

Вечером 26 мая съезд закончился административным заседанием, на котором вынесен протест против Шахтинских вредителей. Местом следующего съезда, который предложено собрать не ранее, как через два года, избрана Москва. Программные вопросы остались не намеченными.—предложено лишь включить в качестве таковых вопросы охраны материнства и младенчества в самом широком смысле слова.

Остановливаясь на впечатлениях, которые остались от съезда, прежде всего следует отметить большой интерес к съезду, выразившийся в значительном количестве съехавшихся. Всего было зарегистрировано 947 действительных членов и 312 гостей, причем из этого числа 537 чел. падает на Р.С.Ф.С.Р. и 722—на Украину. Что касается организации съезда, то со стороны Организационного бюро было сделано все для радужной встречи собравшихся. Нельзя того же сказать относительно организации самой работы съезда. Как и на предыдущих съездах, главным недостатком настоящего съезда было слишком большое количество докладов. Всего заслушано 100 докладов. Еще большее количество их заслушано не было. Часть этих докладов была представлена на выставке в виде т. н. «немых» докладов с помощью рисунков, таблиц, диаграмм, препаратов и т. п. Такая масса докладов повела к тому, что время докладчиков было крайне урезано, а количество желавших выступить в прениях—ограничено. Предполагавшаяся в начале при организации съезда попытка ограничить количество докладов путем отбора их в местных аппробационных комиссиях, видимо, не могла быть осуществлена¹⁾.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Педиатрическая секция.

Заседание 19/V.

Д-р. З. С. Казанская: *Случай гипотизарного ожирения* (с демонстрацией больного). Докладчица, кратко упомянув о различных формах ожирения, подробно остановилась на клиническом проявлении гипотизарного ожирения, иллюстрируя свое изложение демонстрацией больного ребенка 2½ лет.—В прениях по докладу приняли участие проф. В. К. Меньшиков и Е. М. Лепский, д-ра Г. Б. Масник, В. Н. Зуев, Ю. В. Макаров, М. Н. Лукьянчикова и пр.-доц. В. Н. Воробьев.

¹⁾ Вообще ни на одном съезде не сказался так ярко уродливый характер, который приняли наши съезды, как на Киевском. Мы едва ли ошибемся, если скажем, что огромное большинство съехавшихся не вынесли со съезда почти ничего. Очевидно, настоятельно необходимо ввести в дело съездов какие-то коррективы,—иначе дело это будет в конце дискредитировано.