

Gyn., 1927, № 5) предлагает «химическую экстирпацию» матки, основанную на прижигающем действии хлористого цинка. Берутся палочки состава $\text{zinci chlorati } 40,0, \text{oxydi zinci } 10,0, \text{farinae tritici } 30,0, \text{aquae dest. q. s. ut f. bacilli } 8-10 \text{ mm. } \times 70-130 \text{ mm.}$ и вводятся в полость матки после предварительного расширения цервикального канала бурами Негара. Слизистая тела и шейки, а также подлежащий мышечный слой, на много миллиметров претерпевают при этом характерные изменения: ткани мумифицируются, кровь свертывается в капиллярах и даже в артериях, лимфа затвердевает, мышечные и соединительнотканые волокна сморщиваются, и вокруг палочки хлористого цинка образуется мертвая масса в форме цилиндра, которая постепенно секвестрируется. Вокругности получается интенсивное раздражение и массовое скопление полинуклеарных лейкоцитов. Процесс разыгрывается в течение 8—14 дней, пока секвестр совершенно не отделится от здоровых тканей. Отделившийся секвестр выделяется самостоятельно, или же его можно извлечь щипцами, каковая операция производится без наркоза, причем, если она предпринимается неслишком рано, то производится без труда, без кровотечения и совершенно безболезненно. Натуживание больной облегчает удаление секвестра. В большинстве случаев палочки с хлористым цинком переносятся больными без значительной общей реакции, — только в первые 2 дня больные жалуются на болезненные схватки, которые устраняются морфием или пантопоном; ¹⁰ иногда повышается до 38,5—39°, аппетит почти не страдает, общее состояние здоровья в течение недели обычно улучшается, беспокоящие симптомы исчезают. По удалении секвестра автор рекомендует все же профилактическое освещение рентгеном или радием. В всех 8 случаях, леченных по данному способу, больные перенесли лечение благополучно; в 6 операбельных случаях получилось полное выздоровление (отсутствие рецидива 1—5 лет), в 2 неоперабельных больные погибли через 4 месяца.

Е. Заболотская.

ж) Педиатрия.

137. *О патогенезе детской холеры.* Bratusch-Marrain (Arch. f. Kinderheilk., 1926, B. 78) усматривает причину детской холеры в действии на различные системы органов патологических продуктов брожения, развивающихся в инфицированном кишечной палочкою (весьма возможно, своеобразным штаммом) кишечнике и легко всасывающихся через пораженную слизистую. Та же причина нарушает способность тканей связывать воду, что сказывается потерей в весе; обеднение же тканей водой нарушает функции различных органов, прежде всего мозга. Таким образом потеря организмом воды не является патогенетической причиной синдрома детской холеры, а лишь одним из его симптомов. Высказанное мнение подтверждается как тем фактом, что даже острые потери воды (напр., в некоторых случаях спазмофилии) сами по себе не вызывают явлений детской холеры, так и фактом исчезновения симптомов интоксикации без возмещения утраченной организмом воды, т. е. при продолжающемся падении веса.

М. Прозорова.

138. *О лечении детской холеры.* Исходя из своего понимания патогенеза детской холеры, Bratusch-Marrain (Arch. f. Kinderheilk., 1926, B. 78) предлагает лечить эту болезнь по методу проф. Монгад водной диетой. Ребенку дается исключительно вода, подслащенная сахарином, причем одновременно применяется очищение желудка и кишечника дезинфицирующими и слабительными средствами, а также практикуются подкожные введения физиологического раствора (2—4 раза в день по 20—50 куб. сант.). Такое лечение продолжается до исчезновения явлений интоксикации и появления голодного стула, т. е. от 2—3 до 8—10 дней. Автор настаивает, что один лишний день голодания приносит меньше вреда, чем слишком рано начатое питание. Вслед затем ребенку дают сначала ничтожные дозы пищи (по 1 дес. ложке цельного молока на каждое кормление, или пахтанье), а потом количество пищи быстро доводится до необходимой ребенку калорийности. При таком лечении автор получил сокращение цифры смертности от детской холеры вдвое.

М. Прозорова.

139. *Бронхоэктазия у детей.* В. А. Кисель (Педиатрия, 1926, № 3—4), изучив материал, относящийся к бронхоэктазиям у 40 детей в возрасте от 1 г. до 13 лет, пришел к следующим выводам: 1) Бронхоэктазия — болезнь по преимуществу младшего детского возраста, почему надо думать, что бронхоэктазии у старших детей и взрослых имеют свое начало в более раннем возрасте. 2) Бронхоэктазия чаще всего развивается, как результат пневмонии после кори и коклюша. 3) Си-