

Gyn., 1927, № 5) предлагает «химическую экстирпацию» матки, основанную на прижигающем действии хлористого цинка. Берутся палочки состава *zinci chlorati* 40,0, *oxydi zinci* 10,0, *farinae tritic.* 30,0, *aquae dest.* q. s ut f. *bacilli* 8—10 mm. ×70—130 mm. и вводятся в полость матки после предварительного расширения цервикального канала бужами *Negara*. 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; <sup>10</sup> 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.* Вratusch-Marrain (Arch. f. Kinderheilk., 1926, В. 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 вымещения утраченной организмом воды, т. е. при продолжающемся падении веса.

*М. Прозорова.*

138. *О лечении детской холеры.* Пеходя из своего понимания патогенеза детской холеры, Вratusch-Marrain (Arch. f. Kinderheilk., 1926, В. 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-

филис, повидимому, не играет никакой роли в этиологии приобретенной бронхоэктазии. 4) Роль тbc в этиологии расширения бронхов не выяснена. 5) Рентген мало облегчает раннюю диагностику этого заболевания: из 12 случаев в 5, при просвечивании, расширения бронхов обнаружено не было. 6) Действительного средства для лечения бронхоэктазий в настоящее время не имеется; главное внимание при этом заболевании следует обращать на улучшение условий жизни больных в санитарно-гигиеническом отношении. 7) Улучшение при бронхоэктазиях наблюдалось в 47,5%, без улучшения остались 22,5% больных, exitus наблюдался в 30%; случаев полного выздоровления не наблюдалось. *Левинсон.*

### з) Сифилидология.

140. *К лечению сифилиса.* На основании патолого-анатомического материала, охватывающего 23,015 вскрытий, произведенных с 1906 до 1925 г., Langer (Münch. med. W., 1926, № 43) находит, что за это время заболеваемость сифилитическим аортитом возрасла почти втрое! Факт этот заставляет автора прийти к заключению, что в наших современных стремлениях возможно повысить интенсивность противосифилитического лечения мы стоим на неверном пути. Правда, гуммозные поражения при употреблении сальварсана и т. п. уменьшились, но процент параличей, сухотки и аортитов значительно возрос. *Р.*

141. *Признаки врожденного сифилиса во время родов изучали* Commandeur и Rhenner (Berich. über d. ges. Gyn., Bd. XI, Н. 1/2) и пришли к заключению, что они могут быть обнаружены лишь у сравнительно-небольшого количества сифилитических детей. Вес плаценты в качестве признака, указывающего на сифилис, может иметь значение только в том случае, если он по отношению к весу плода дает пропорцию не менее, как 1:5. Клинические явления редки. Необходимо подвергать аутопсии всех мертворожденных детей.

142. *Лечение врожденного сифилиса по Müller'y* (Врач. Об., 1926, № 7). Каждый курс лечения длится 12 недель и состоит из 4 периодов, в каждом по 3 недели, во время которых больной получает 3 внутримышечных впрыскивания каломеля и 3 внутривенных впрыскивания неосальварсана. Доза каломеля—0,001 на кило веса ребенка, доза неосальварсана на 1-м году жизни—0,03, на 3—4-м году—0,02 на кило, причем она постепенно понижается до 0,01. После 12-недельного лечения следует пауза в 1/4 года. Если р. Wasserman'a отрицательна, то, для большей уверенности в результатах, проделывают 2 курса лечения, затем следует пауза в 1/4 года, и в заключение проделывается провокационное впрыскивание неосальварсана, причем, если до и после этого впрыскивания исследование по Wasserman'y дает отрицательный результат, то лечение считается законченным. В 90% всех случаев RW дает отрицательный результат уже до 2-го курса лечения, и в таком случае все лечение продолжается 1 1/2 года. Не более, как в 10% случ. р. Wasserman'a оказывается положительной; в таких случаях лечение обнимает еще 4 курса, которых обычно бывает вполне достаточно, чтобы RW осталась отрицательной на долгое время. *В. Редлик.*

143. *К симптомопатологии и патогенезу поражений внутреннего уха при lues hereditaria tarda.* С. К. Бернштейн (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 9—10) описал 2 случая поражения внутреннего уха с сифилитической этиологией, значительным понижением слуха, отсутствием роторатного, спонтанного и калорического нистагмов и наличием фистульного. Терапия в обоих случаях была безрезультатна. Причину нистагма автор ищет в остеоитических изменениях, сифилитической этиологии, овального окна и стремени и внутрилабораторных поражениях нервных элементов. По его заключению при наследственном сифилисе встречается особая форма поражения органа слуха, характеризующаяся: 1) быстрым, глубоким, диффузным, двусторонним и окончательным поражением функций внутреннего уха, без повреждения среднего уха; 2) отсутствием всяких симптомов невроменингита; 3) присутствием ей симптомом фистулы без фистулы, указывающим на локализацию поражения во внутреннем ухе. *Матвеев.*

144. *Антисифилитическое лечение беременных* Klaf ten (Arch. f. Gyn., Bd. 128, Н. 1/2) советует начинать возможно раньше и проводить возможно энергичнее, причем рекомендует комбинированное лечение ртутью и сальварсаном, или висмутом и сальварсаном. При лечении неосальварсаном начинают с дозы 0,15, которую затем повышают до 0,3, и вводят такое количество два раза в не-