

вскрытии одного больного, погибшего от уремии, обнаружилась полная двусторонняя закупорка мочевого тракта уrolитами (в терминальном конце мочеточника). Имелись признаки свежей острой дилатации верхнего отрезка мочевых путей и петехиальные кровоизлияния на всем протяжении мочеточников и лоханок. Авторы полагают, что в данном случае гематурия явилась следствием непосредственной травмы, наносимой острыми камнями, а также ретроградным давлением, исходящим с места закупорки. Авторы полагают, что если бы диагноз был поставлен в самом начале, как только появилась анурия, если бы была сделана цистоскопия и предпринято надлежащее оперативное вмешательство, то жизнь больного могла бы быть спасена.

Наблюдения авторов не подтверждают указаний Гросс и Коопера, установивших, что в эксперименте на животных сульфипридиновые камни могут быть получены только при кислой моче. Случаи авторов показали, что гематурия может наступить как при кислой, так и при щелочной реакции мочи. В случаях № 1—2 и 4 вместе с сульфипридином давалась сода, и моча стала щелочной. В случае № 5 гематурия вначале появилась при щелочной моче, а при повторном курсе сульфипридинового лечения дала рецидив при кислой реакции. По сравнению со взрослыми дети оказались гораздо более предрасположенными к образованию уrolитов.

*В. Дембская.*

### *б) Инфекционные болезни.*

*Siegel M. и Goldberger E. Влияние коклюша на туберкулезный процесс. Amer. Journ. of Dis. of childr. 1939 г. vol. 57, № 3.*

Главная причина неблагоприятного влияния коклюша на туберкулез заключается по мнению большинства авторов, в изменении реактивности организма к туберкулезу. Немаловажная роль приписывается общему ослаблению организма, развивающемуся в результате коклюша. Важным фактором активации туберкулезного процесса считается также возможность бронхогенного распространения туберкулеза при коклюше. Авторы имели возможность проследить влияние коклюша на туберкулезный процесс на 25 детей в возрасте от 1 года до 5 лет, страдающих различными формами туберкулеза. Дети находились в госпитале для туберкулезных больных в течение нескольких месяцев до появления коклюша, так что форма туберкулезного процесса была у всех точно установлена. После коклюша больные находились под наблюдением около 16—19 месяцев.

Установлено, что ухудшение туберкулезного процесса произошло только в 4 случаях, из них в 2 случаях спустя 4 месяца после выздоровления от коклюша. В 2 случаях костного туберкулеза болезнь, прогрессирующая и до заражения коклюшем, продолжала прогрессировать и в дальнейшем. Насколько здесь сказалось влияние коклюша—сказать трудно. В остальных случаях неблагоприятного влияния коклюша на туберкулезный процесс выявить не удалось.

Благоприятное течение туберкулеза (фиброзные процессы, процессы рассасывания), наблюдавшееся до заражения коклюшем, продолжалось и после перенесенного коклюша даже в одном случае, где был диссеминированный туберкулез легких с каверной. Не увеличилось, а наоборот, уменьшилось число больных, выделяющих ВК, а также детей, дающих ускоренную реакцию оседания эритроцитов. Хотя на данном материале авторы не выявили специфического влияния коклюша на туберкулезный процесс, они все же не считают возможным полностью отрицать его вредное влияние. По их мнению коклюш может активировать туберкулез, способствуя бронхогенной диссеминации заразного материала во время приступа спазматического кашля, сопровождаемого глубоким вздохом. Этот момент, как полагают авторы, играет большую роль, чем изменения в состоянии аллергии к туберкулезу при коклюше.

*В. Печникова.*

*Grosin M. Кожная реакция для определения восприимчивости к дифтерии. Amer. Journ. of Dis. of childr. 1939 г. v. 57 № 3.*

Метод кожной реакции для определения восприимчивости к дифтерии был предложен Reh (1934). Отличается этот метод от общеизвестной реакции Шика тем, что токсин здесь вводится не внутривожно, а путем скарификации кожи, как при р. Пирке. Преимущества кожного метода: 1) простота техники, 2) не требуется много инструментария, 3) он отнимает меньше времени, 4) менее травмирует нервных пациентов, 5) реже получаются псевдореакции.

Метод проведения реакции ничем не отличается от проведения реакции Пирке при тбк. Две скарификации кожи производят на сгибательной поверхности предплечья в тех местах, где на кожу нанесен токсин дифтерии, в середине производится предварительная контрольная скарификация кожи без токсина. Для реакции употребляется токсин, содержащий 30 ед. в 1 куб. см, или 1200 минимальных летальных для свинки