

повышения ацитоза. В заключение автор вполне справедливо отмечает, что при лечении диабета более, чем где-нибудь, должна иметь место самая строгая индивидуализация каждого отдельного случая.

*Тиреоидин при анемии.* Unverricht (Klin. Woch., 1923, № 4) в ряде случаев простых анемий констатировал отсутствие эффекта от лечения мышьяком в смысле повышения эритропоэза, хотя вес больных увеличивался. Автору удалось отметить у этих больных наличие признаков гипотиреоза. Опираясь на известные экспериментальные данные о взаимоотношении между функцией щитовидной железы и кроветворением, он назначал своим больным сначала тиреоидин по 0,1—0,2 в день, а затем, когда терапия эта оказала свое влияние на миксэдематозные явления, применил лечение мышьяком. Вскоре после этого наступило значительное увеличение числа красных кровяных шариков. Отсюда автор рекомендует в случаях отсутствия действия мышьяка на картину крови иметь в виду возможность функциональной недостаточности щитовидной железы и применять здесь тиреоидин.

*М. Чебоксаров.*

*Cholangia.* Кроме воспаления желчных путей вследствие инфекции их—*cholangitis*—с макроскопически устанавливаемыми изменениями стенок желчных ходов вплоть до нагноения в них, *Naunyn* уже в 1919 году установил термин *cholangia*—для тех случаев инфекции желчных путей, где не удается патолого-анатомически видеть поражения стенок протоков. Несмотря на то, что инфекция может распространиться от *papilla Vateri* до тончайших желчных капилляров, стенки которых образуются самими печеночными клетками,—не только не удается видеть макроскопических изменений тканей, но даже гистологическое и бактериологическое исследование дают нередко отрицательный результат. Между тем инфекция желчных путей сопровождается своеобразными заболеваниями печени. *Umbert* (Klin. Woch., 1923, № 13), останавливаясь подробно на клинике инфекционной холангии, полагает, что это заболевание возникает чаще гематогенно, чем посредством заражения через кишечник. К гематогенной инфекции относится, в частности, холангия у носителей брюшного тифа; *Umbert* видел ее также при первичном полиартрите, причем из крови можно было выделить негемолизирующий стрептококк. При так наз. же катаральной желтухе *Umbert*, в противоположность другим авторам, считает инфекцию в большинстве случаев происходящей не гематогенным путем, а путем восходящего заражения желчных путей—чаще всего бактериями из группы *b. coli*. Без резких границ холангия может перейти в поражение самой паренхимы печени, вызывая ряд заболеваний до подострых форм атрофии ее. Клинически *cholangia* отличается непостоянством желтухи, причем чаще наблюдается субиктерическая окраска; нередко, несмотря на наличие желтухи, кал имеет нормальную окраску; при хронических формах холангии могут также исчезать желчные пигменты и из мочи. Боли в области желчного пузыря, чувствительность его при ощупывании, *defense musculaire*, тяжелые припадки коликообразных болей—могут давать основание распознавать воспаление желчного пузыря или желчно-