

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. Umber (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; Umber видел ее также при первичном полиартрите, причем из крови можно было выделить негемолизирующий стрептококк. При так наз. же катаральной желтухе Umber, 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-

каменную болезнь и даже послужить поводом к оперативному вмешательству, причем хирург ни камней печени и желчных ходов, ни вообще никаких макроскопических изменений не находит. Холангии свойственно, далее, увеличение селезенки, напоминающей брюшно-тифозную, а в хронических случаях селезенка остается увеличенной и плотной. Небольшие колебания температуры всегда можно обнаружить при тщательном измерении ее, особенно *per gestum*; нередко замечается здесь и более значительная лихорадка перемежающегося типа. Картина крови не представляется типичной, хотя нередко имеется лейкопения, и *Urbeg* видел даже случаи холангических абсцессов без гиперлейкоцитоза. Течение холангии в острых случаях может быть вполне доброкачественным, причем на почве бывшей холангии легко развивается желчнокаменная болезнь, а в тяжелых случаях дело доходит до холангита и может повести к вторичным абсцессам печени. Хронические рецидивирующие формы ведут к увеличению селезенки и к асциту и могут очень напоминать болезнь *Banti*. Значение холангии для печени весьма различно и зависит от характера повреждения печеночной ткани инфектом, причем в одном ряде случаев развивается гепатит, в другом — острая или подострая атрофия печени и, наконец, в третьем — цирроз печени типа *Laennec's* или типа *Hanot*. Терапия в большинстве случаев сводится к соответствующей, богатой углеводами диете, назначению щелочных и щелочно-глауберовых вод; в острых случаях *Urbeg* рекомендует салициловые препараты и уротропин, в случаях более упорных и склонных к частым рецидивам показана холецистэктомия с последующим дренажем пузыря или желчных путей.

P. Лурия.

б) Хирургия.

Инфекционные хондриты (Буш, Вестн. Хир. и Погр. Обл., т. II; Заблудовский, Нов. Хир. Арх., т. I, кн. 2; Шацкий, В. Хир. и Погр. Обл., т. I, кн. 3; Петрашевская, В. Хир. и Погр. Обл., т. I, кн. 1; Хесин, Моск. Мед. Журн., 1921) наблюдаются особенно часто после сыпного, реже — после возвратного тифа, но встречаются иногда и после брюшного тифа и „испанки“. Клиническая картина их довольно однообразна: часто наблюдаются тупые боли, а затем появляется припухлость в области реберных хрящей (большую часть 5—8), почти всегда вблизи соединения хрящей с грудиной, причем величина припухлости колеблется от крупной сливы до величины кулака взрослого человека; припухлость вначале обладает очень плотной консистенцией, затем появляется участок размягчения в области образовавшегося гнояника, который и вскрывается наружу, образуя свищ; иногда припухлость, достигшая даже значительной величины, не нагнаивается, но развивается обратно и исчезает. Заболевание реберных хрящей возникает иногда уже во время самой болезни (сыпного тифа), но чаще после, через различный промежуток времени — от нескольких недель до года. Поражается одно ребро или несколько ребер, лежащих рядом друг с другом, или в разных местах (иногда на обеих сторонах грудной клетки симметрично). Патолого-анатомические изменения: свищ ведет к по-