

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*'а 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.

Р. 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-

раженному хрящу, который в этом месте изъеден и имеет дефект, проникающий в толщу хряща; надхрящница сильно утолщена; позади хряща имеется нередко полость между хрящем и отслоенной надхрящницей, наполненная гноем и грануляциями; иногда хрящ изменен, — теряет свой молочный цвет и становится желтовато-серым. Патогенез и этиология инфекционных хондритов, в частности хондритов после сыпного тифа, не представляются точно выясненными. Лапте объясняет воспалительно-гнойные изменения в хрящах (после брюшного тифа) также, как и при остеомиелитах, бактериальными эмболами, причем получается картина хондромиелита (согласно исследованиям Лапте, начиная с 3-го десятилетия, хрящи, питаемые вначале надхрящницей, получают собственные сосуды, и в центре хряща образуется канал, выполненный тонкими пучками соединительной ткани, сосудами и жировыми клетками). По мнению Петрашевской при заболевании сыпным, возвратным тифом или какими-либо другими инфекционными болезнями могут наступать некрозы хрящей (вследствие действия токсинов или закупорки сосудов надхрящницы), которые медленно рассасываются, но при малейшей посторонней кровяной инфекции быстро переходят в нагноение, возбудителем которого наичаще бывает стафилококк. Шацкий держится того взгляда, что причиной поражения реберных хрящей после сыпного и возвратного тифов является изменение сосудов, в зависимости от инфекции, причем первично поражается перихондр, а изменения хряща — вторичного характера. Лечение инфекционных хондритов — оперативное и должно заключаться в полном удалении всего пораженного хряща вплоть до костной части ребра с одной стороны и до грудины — с другой, причем, в случае надобности, должны быть удалены и соседние хрящи. В случаях, где дело еще не дошло до нагноения, можно применять внутримышечные инъекции йода с иодоформной эмульсией и повторные смазывания пораженных участков *t-ga jodi*; наконец, проф. Петровым предложена аутовакцинация больных, дающая благоприятные результаты. В. Б.

Абсцессы m. recti abdominis после инфлюэнцы наблюдал в 4 случаях (у 3 мужчин в возрасте старше 20 и у одной 10-летней девочки) Page (Annals of Surgery, 1919, LXX, № 2). Нарывы развивались в течение 2-го месяца после начала заболевания инфлюэнцей и локализовывались в области между пупком и лобком. В первых 3 случаях в гною были найдены пневмококки типа I, в последнем случае — красящиеся по Грам'у стафилококки. Кроме того автор ссылается на 9 патолого-анатомических исследований, произведенных Wolbach'ом на трупах лиц, погибших от инфлюэнцы: у всех их были констатированы в области между пупком и лобком инфильтрация и припухлость прямых мышц при их желтоватой или насыщенно-красной окраске, а также геморрагии, размягчение, разрыхление и разволокнение других мышц тела. Основываясь на этих патолого-анатомических находках Wolbach'a, а также на своих собственных клинических исследованиях, Page приходит к заключению, что Zenker'овское перерождение имеет место не только при брюшном тифе, но и при инфлюэнце и пневмонии; мышцы,