

желчных кислот нет. При желтухах механического происхождения диссоциация никогда не наблюдается,—здесь желчные пигменты и кислоты всегда встречаются вместе.

М. Чебоксаров.

Применение поливалентных вакцин per os. Недригайлов, Линяникова, Беляева и Жданова (Врач. Газ., 1923, № 6) нашли, при своих экспериментах, что даже однократное введение per os поливалентных вакцин (холера, брюшной тиф, дизентерия) ведет к появлению в крови значительного количества агглютининов. Авторы подметили, затем, что эмульсия из мертвых дизентерийных микробов, подобно желчи, может играть роль сенсibilизатора кишечника.

В. Г.

Механизм влияния парэнтеральной лактотерапии. Вопрос о механизме протеиновой терапии до настоящего времени еще не получил разрешения, почему всякая новая мысль в этой области привлекает наше внимание. На основании ряда предпосылок и данных иммунитета и анафилаксии Зенович-Кашенко (Врач. Дело, юб. №) утверждает „что парэнтеральное введение молока вызывает в организме накопление значительного количества амбощепторов, которые привлекают на себя, фиксируют, связывают комплемент сыворотки и тем самым ослабляют или прекращают болезненный процесс, если он только лизинного характера“. Автор развивает идею в том духе, что бактериолиз сам по себе не предохраняет организм от заражения, и что лизины губительны для организма, и не только в виде бактериолизиннов, но и в виде лизинов к белкам и белок-липоидам. ... Парэнтеральная же лактотерапия ослабляет или уничтожает лизинный процесс, и этим объясняется благотворное ее влияние на некоторые болезненные процессы.

М. Гушинов.

Пути инфекции при остром пиелите. Как известно, почти в 70% острых пиелитов возбудителем является *b. coli*. Но каким образом происходит заражение почечных лоханок? На этот счет существует 3 теории: 1) гематогенная (нисходящая), 2) кишечная (гематогенная и лимфогенная) и 3) восходящая (по лимфатическим сосудам мочеточника и по просвету мочеточников). Согласно нисходящей гематогенной теории, особенно распространенной во Франции и Америке, патогенные микроорганизмы, попавшие тем или иным путем в кровь, выделяясь почками, инфицируют почечные лоханки. Levy (Deut. Arch. f. kl. Med., Bd. 138) не считает возможным этот путь инфекции. В подтверждение он приводит свои наблюдения над 40 сл. септического аборта, где у больных исследовалась кровь и моча до и после опорожнения матки. Несмотря на бактериэмию и частую, иногда до 3 дней длившуюся бактериурию (*b. coli*), ни в одном из этих случаев не было ни пиелита, ни цистита. По тем же соображениям автор отрицает возможность и кишечно-гематогенной инфекции, даже у детей, ибо, допуская ее, нужно было бы ожидать развития пиелитов во всех случаях язвенных поражений кишечника (тиф, туберкулез, дизентерия и т. п.), чего, однако, не наблюдается. Кишечно-лимфогенный путь (найденное Franke сообщение по лимфатическим сосудам между *colon ascendens* и капсулой правой почки) автор также отрицает, так как наличиесть бактерий

В указанных путях не доказана. По этой же причине он не считает допустимой и восходящую инфекцию почечных лоханок по лимфатическим путям, охватывающим стенки мочевого пузыря, мочеточников и почечных лоханок. Он полагает, что почечные лоханки поражаются, благодаря восходящей по мочеточникам инфекции. В пользу такого предположения говорит то обстоятельство, что пиелиты чаще всего встречаются у детей без различия пола, а из взрослых — у женщин; у последних играют, при этом, роль анатомические отношения (короткая уретра и близость заднепроходного отверстия и мочеиспускательного канала), у детей — загрязнение пеленок и белья мочей и фекальными массами. Движение инфекции против тока мочи не имеет значения, так как кишечная палочка очень подвижна. Кроме того, в пользу такого рода восходящей инфекции говорят и наблюдаемые особенно при переполненном мочевом пузыре антиперистальтические движения мочевого пузыря и мочеточников, которые могут быть настолько сильными, что гонят вверх до почечных лоханок элементы красящих взвесей.

П. Николаев

Лечение пиелитов диетой Meyer-Betz-Haas'a. Daniel (Deut. med. Woch., 1922, № 49) описывает лечение пиелита по Meyer-Betz-Haas'у в комбинации с методом Lephartz'a. Meyer-Betz основываясь на том, что *b. coli* плохо растет в кислой среде, а Haas — на том, что уротропин отщепляет формальдегид только в кислой среде, и что рост бактерий обратно пропорционален концентрации мочи, — независимо один от другого предложили лечить пиелиты сухой кислой диетой, сочетая ее с назначением внутрь уротропина, салицилатов и фосфорной кислоты. Автор, оставшись очень доволен полученными результатами, ведет лечение до след. плаву: 1) в первый день сильно ограничивается количество жидкости; 2) в след. 3 дня больные получают уротропин и Na salic. по 1,0 по 3 раза в день и выпивают 1000,0 раствора фосфорной кислоты 8:1000; в эти же дни больным по 2 раза в день производятся суховоздушные ванны (20—30); 3) в след. 3 дня — обильное питье (до 2—3 литров в день), причем особенно рекомендуется чай из *fol. uvae ursi* и *herbae herniariae*, по ложке на литр.

П. Николаев

К распознаванию кистовидного перерождения почек. Наблюдения, произведенные проф. Н. Я. Чистовичем (Врач Дело, 1923, № 3—5) над одним больным, у которого посмертное вскрытие обнаружило наличие кистовидного перерождения почек, показали, что выведение мочевины, фосфатов и хлоридов при этом заболевании крайне затруднено, содержание мочевины в крови повышается до угрожающих размеров, выведение воды, если и достаточное при умеренном питье, становится неудовлетворительным при повышенном введении воды, и способность разжижения мочи сильно страдает. Все эти особенности, по Ч., могут быть использованы с диагностическими целями.

В. Грузовъ

б) Хирургия.

Абсцессы селезенки при возвратном тифе. По Оглоблиной (В. Хир. в Погр. Обл., т. II) абсцессы селезенки являются довольно