

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

редким осложнением возвратного тифа. Они развиваются в разные периоды болезни, причем могут развиваться даже спустя 2—3 недели после последнего приступа. В гною селезеночных абсцессов обычно находятся стрепто- и стафилококки. Различается 2 типа течения этих абсцессов: одни протекают остро, с повышением температуры вагнитального характера, другие—хронически. Клинические признаки их довольно сбивчивы и нехарактерны: боли в левом подреберье, повышение температуры до 39°—40° с утренними ремиссиями, иногда отечность и гиперестезия кожных покровов, повышенный лейкоцитоз. Лечение этих абсцессов—только оперативное. Направление разрезов зависит от расположения гнояника. При подозрении на скопление гноя в субдиафрагмальном пространстве нужно делать трансплевральную лапаротомию.

Б. Остроумов.

Сосудосуживающие вещества в крови при самопроизвольной гангрене. Исходя из мысли, что самопроизвольная гангрена является результатом присутствия сосудосуживающих веществ в крови, Глебович (В. Хир. и Погр. Об., т. II) произвел ряд опытов с сывороткой этого рода больных, разведенной в жидкости Ringel-Locke'a, пропуская ее через изолированное ухо кролика по способу проф. Кравкова. Получились следующие результаты: 1) ни в одном случае сыворотка не расширяла сосудов; 2) сыворотка больных с g. spontanea суживала сосуды гораздо резче нормальной; 3) для окончательной установки наличия сосудосуживающих веществ при самопроизвольной гангрене требуются работы с цельной кровью.

Б. Остроумов.

Патологическая анатомия надпочечников при самопроизвольной гангрене. По Лямину (Вестн. Хир. и Погр. Об., т. II) микроскопическая картина надпочечников при самопроизвольной гангрене характеризуется значительными отклонениями от нормы, а именно, 1) stratum glomerulosum этого органа у молодых больных оказывается утратившим свой типичный рисунок, а у пожилых—совсем исчезнувшим; 2) stratum fasciculare тоже является потерявшим свой рисунок; 3) промежуточная зона Virchow'a сильно утолщается и дает ответвления в мозговую ткань; 4) мозговой слой тоже утолщается, но лишь у пожилых больных. Хромовые соли окрашивают лишь периферические части мозгового вещества, центральные же клетки, как более молодые, не окрашиваются этими солями. Вообще на основании макро- и микроскопической картины можно заключить, что при самопроизвольной гангрене имеется гиперфункция надпочечников.

Б. Остроумов.

Удаление левого надпочечника. За последнее время, в связи с теорией Опцеля о причинной зависимости самопроизвольных гангренов от гиперфункции надпочечников, остро встал вопрос о технике удаления последних. Из 2 путей к надпочечнику, — чрезбрюшинного и внебрюшинного, со стороны поясничной области, — Гирголав (В. Хир. и Погр. Об., т. II) предпочитает последний, причем оперативное вмешательство складывается из 2 моментов: 1) обнажение надпочечника, 2) удаление его. Для иссечения левого надпочечника, удалять который Опцель и предлагает, кожный раз-