

ровке при поверхностной терапии: основываясь на своем личном опыте, он проводит терапию по старым принципам. Материал: favus, naevus, trichophitia. Глубокая терапия проводится современная. Техника: KV—150, 3 МА, трубки Coolidge'a, расстояние—26 сант., f—8×8, в 1 сеанс—1 HED, фильтр—0,5 Zn и 1 mm. Al. Предварительно на больном определяется ED, потом, посредством интенсиметра Fürstenaу, а изредка (для проверки последнего) ионтовантиметром Vulf'a и фантомом (водяным или восковым), определяется Prozentualeitiefendosis. Пользуются здесь также, приблизительно, таблицей доз Seitz'a и Vintz'a.

Описанным учреждением я и закончил свое знакомство с постановкой рентгенодиагностики и рентгенотерапии в Москве. Кроме того, за время своего пребывания здесь я аккуратно посещал заседания Московского Общества Рентгенологов и Радиологов. К сожалению, заседания эти бывали не так часто, благодаря летнему времени. Во всяком случае я прослушал здесь целый ряд докладов на различные темы. Между прочим, слышал доклад проф. Брауера (Гамбург) на тему: „Рентгеновская картина туберкулеза легких“.

## Рефераты.

### а) Инфекционные болезни.

*К этиологии и патологии сыпного тифа.* Интересные наблюдения по данному вопросу опубликованы Wolbach'ом, Todd'ом и Raefrey (Centr. f. Bacter., Bd. 74, H<sup>3</sup>/<sub>4</sub>), членами американской комиссии, отправленной Обществом Кр. Креста в Польшу. Тщательно и безупречно поставленные наблюдения над вшами показали, что до кормления их на сыпнотифозных больных никогда не удастся в теле вшей обнаружить Rickettsia Pro wazeki; наоборот у определенного числа вшей, питавшихся кровью сыпнотифозных, обнаруживаются интрацеллюлярно расположенные скопления Rickettsia. Другая часть вшей избегает инфекции, что, по мнению авторов, зависит оттого, что заражаются только те вши, которые сосали кровь на местах болезненно измененных капилляров. Сыпнотифозные Rickettsi'i спустя некоторое время исчезают из кишечного канала вшей и не обнаруживаются ни в их пищевode, ни в слюнных железах; кал вшей, однако, остается инфекционным, так что комиссия полагает, что перенос инфекции связан не с актом сосания крови, а происходит таким образом, что рана от укуса загрязняется инфицированным калом вшей. Довольно часто авторы находили вшей, в кишечном канале которых встречались Rickettsi'i, расположенные экстрацеллюлярно. Авторы считают их возбудителем волынской лихорадки и идентифицируют их с Rickettsia pediculi. Патолого-анатомические изменения говорят за то, что болезнь локализуется в мелких кровеносных сосудах, а паразиты находятся исключительно в эндотелии сосудов. Образующиеся узелки в коже, центральной нервной системе, поперечно-полосатых мускулах и реже во внутрен-

них органах содержат *virus*. Инфекциозность узелков доказывается наблюдением, по которому при впрыскивании здоровой морской свинке мозговой ткани от проделавшей заболевание свинки спустя три дня после падения температуры, т. е. в тот период, когда кровь становится уже неинфекционной, получается все же положительный результат. *В. Аристовский.*

*О дифтерийной бациллэмии.* При истинной дифтерии микробы проникают глубоко в ткань, и в остром периоде болезни, как правило, наступает бациллэмия, вызванная палочкой Loeffler'a (Kirch, Centrbl. f. Bakt., Bd. 75, N<sup>5</sup>/<sub>6</sub>); при круппе, наоборот, локализация возбудителя в общем ограничивается больной слизистой оболочкой. Дифтерийные бациллы находятся в крови до тех пор, пока длится острый дифтерийный процесс, затем они исчезают. В редких случаях бациллэмия поддерживается, благодаря существованию скрытых очагов. При наличности бациллэмии возбудитель особенно охотно поселяется в мышце сердца. Быть может, местным образованием токсина в миокарде и обуславливается частота при дифтерии токсических поражений сердца. *В. Аристовский.*

*Диагностика скарлатины методом отклонения комплекмента.* В то время, как прежние авторы для серодиагностики скарлатины применяли в качестве антигена стрептококка, Salor и Grumbach (Centbl. für Bakt., Bd. 75, N<sup>5</sup>/<sub>6</sub>) приготовили антиген (алкогольный экстракт) непосредственно из крови больного. С этим антигеном ими были произведены исследования на 32 больных на 5—39-й дни болезни. За одним исключением реакция до 35-го дня болезни оказалась резко-положительной, между 35-м же и 39-м днем болезни оказалась слабо-положительной или отрицательной. Контрольные исследования с сыворотками других больных давали постоянно отрицательный результат, равно как 5 сывороток, реагировавших резко-положительно по Wassermann'у. *В. Аристовский.*

*К этиологии кори.* Tunicliff и Moody (Centbl. f. Bakt., Bd. 75, N<sup>5</sup>/<sub>6</sub>) изолировали из крови и со слизистой оболочки дыхательных путей коревых больных Граш-положительного мелкого диплококка. Заражая обезьян, кроликов и морских свинок чистой культурой этого диплококка, авторы вызывали у животных те же болезненные явления, как и при инфекции промывной водой носовой полости коревых больных. Культуры диплококка, хотя и не как правило, проходят через свечу Bergkefeld'a. *В. Аристовский.*

*К патологии и профилактике кори.* Ch. Nicolle и E. Conseil (C. rend. de l'Ac. des Sc., 1923, № 3), прививая, в видах предохранения, кровь коревых больных и инфицированных обезьян, нашли, что в этих случаях корь протекает доброкачественно и не дает осложнений. Однако этот способ был вскоре заменен употреблением сыворотки выздоравливающих от кори, каковой метод и получил в настоящее время широкое распространение. Сыворотка берется между 6-м и 10-м днем после падения  $t^0$  и впрыскивается в количестве не менее 10 куб. сант. Длительность получающегося при этом иммунитета неизвестна в точности, но вряд-ли превосходит несколько недель. В самое последнее время и этот способ заменен