

рушение кровообращения и иннервации кости является биологическим раздражителем тbc очага, ведущим сначала к рарификации короткого конца кости, а затем к усилению оссификации и склерозированию последней. *Н. Киттенко.*

г) Рентгенология.

163. *Рентгеновое освещение гипофиза в гинекологии.* Del Buono (по-Вег. и. d. ges. Gyn., В. XII) разбирает по отношению к яичникам 2 группы эндокринных желез: с одной стороны эпифиз, thymus и pancreas, с другой — гипофиз, щитовидную железу и надпочечники. От корреляции желез этой последней группы зависит функция яичника. Автор думает, что гиперфункция гипофиза обуславливает: 1) физиологические и патологические изменения менопаузы, 2) гипофункцию яичников (oligo-amenorrhoea), 3) дисфункцию матки и яичников (дисменоррея, метрорпатия, фибромы). От рентгеновской „гипофизарной кастрации“ автор получил блестящие результаты при симптомах яичниковой недостаточности. При миомах, метрорпатиях и воспалительных заболеваниях придатков он тоже получал улучшения. Гипофизарной кастрацией автор добивается в один сеанс. При дисменоррее и фибромах результаты получились не столь благоприятные. *А. Т.*

164. *X-лучи при легочной бугорчатке.* Holten (Zeit. für Tbc., Bd. 47, № 1) сообщает, что осмотр 353 леченных x-лучами чахоточных спустя 1—6 лет дал 69,9% вполне работоспособных, причем автор приписывает значительную часть этого благоприятного результата именно названному лучам. *С. С—в.*

165. *Просвечивание x-лучами туберкулезных поражений суставов через гипсовую повязку.* При консервативных методах лечения суставного тbc требуются часто просвечивание для контроля терапии. Каждый раз в таких случаях снимать гипсовую повязку не следует, вследствие нарушения покоя сустава и материальных затрат; лучше производить просвечивание через повязку. Путем ювтометрического измерения W u n e n (Zentr. f. Chir., 1928, № 2) убедился, что гипсовые слои действуют при этом, как фильтр, почему он и предлагает при гипсовых повязках увеличивать время экспозиции в зависимости от толщины повязки: при жестких лучах и толщине слоя гипса в 10—12 мм. следует увеличить время экспозиции на 30 %, при 6—7 мм. — на 15 % и при 3—4 мм. — на 10 %. При снимках мягкими лучами следует увеличивать время экспозиции на 70 %, 90 %. *И. Цимхес.*

166. *Лечение x-лучами опухолей гипофиза.* Б. И. Шаронов и В. И. Жученко (Физиотерапия, 1927, № 2—3) полагают, что применение x-лучей при лечении опухолей гипофиза является безусловно необходимым, причем рентгенотерапия должна быть испытана независимо от природы опухоли, степени ее развития и клинических симптомов. Наилучший результат она дает при новообразованиях, развивающихся в передней доле мозгового придатка, т. е. в случаях акромегалии. Благоприятное действие лучей сказывается здесь прежде всего в исчезновении или уменьшении симптомов давления на хиазм, — суженное поле зрения становится шире, visus повышается; во вторую очередь сглаживаются симптомы давления на мозг, — уменьшаются или совершенно прекращаются рвота и головные боли. Позже восстанавливается нарушенная деятельность половых желез, — у женщин появляются менструации, у мужчин повышается половая способность, вес у тех и других падает. Возвращения к норме увеличенных конечностей не наблюдается, речь может идти в некоторых случаях только об относительном уменьшении их размеров. Из различных патолого-анатомических разновидностей опухолей от x-лучей разрушаются только аденомы, тератомы же, кисты и гумозные новообразования не поддаются их влиянию при современной технике. *Л. Н. Клячкин.*

д) Внутренние болезни.

167. *К определению свежего воспаления по мочевому осадку.* Чтобы по мочевому осадку отличить острое воспаление от хронического, Preissecker (Wiener kl. Woch., 1927, № 27) рекомендует прибегать к окрашиванию его эозинном: дело в том, что живые клетки не воспринимают это красящее вещество и остаются неокрашенными, мертвые же тотчас воспринимают краску. Если при прибавлении 1 капли 0,5% водного раствора эозина к свежему осадку гнойные клетки в последнем не окрашиваются, или окрашиваются через продолжительное время, то дело идет о живых клетках, т. е., следовательно, об остром воспалении, в противном же случае — о хроническом. Еще большую ясность при распознавании живых и мертвых клеток дает окрашивание Trypanblau и Kongorot'ом. *Е. Заболотская.*