

ществам, циркулирующим в крови, научит вовремя блокировать мозг и ограждать его от поступления ядовитых веществ, то, надо думать, течение многих инфекционных болезней примет другой характер и не будет иметь столь грозных последствий, какие оно имеет теперь, благодаря влиянию яда на мозговые центры. Этим же способом можно будет обрывать течение т. наз. „локализованных“ процессов, как показали опыты проф. Сперианского с коревой пневмонией, а также и профилактика болезней, может быть, даст более реальные результаты.

В заключение считаю долгом выразить благодарность д-ру Н. Н. Благовещенскому за указания и предоставление литературы.

## Рефераты.

### а) *Туберкулез.*

201. *Лечение легочной чахотки препаратами золота.* С. Klieneberger (Fortschr. d. Ther., 1927, № 23), применяя у 42 больных кризолган и санокризин, в виде впрыскиваний, получил настолько благоприятные результаты, что совершенно оставил теперь лечение туберкулином, практиковавшееся им 20 лет. Только в 4 случаях у него не получилось никакого улучшения, во всех же остальных оно наблюдалось, и частью очень значительное, с большими нарастаниями веса. При этом санокризин оказался действующим энергичнее, чем кризолган.

С. С-в.

202. *О происхождении пнеймоплевритов.* Как известно, Graetz объясняет развитие пнеймоплевритов при искусственном пнеймотораксе переходом воспалительного процесса с тbc очагов на близ лежащую плевру, вследствие сжатия легкого воздухом, причем экссудат образуется чаще непосредственно после первых же вдуваний. В других случаях жидкость появляется через 4—8 мес., нося характер транссудата. Следовательно, этиология плевритов неодинакова. Меерсон (Вопр. Губ., 1927, № 11), изучив этот вопрос экспериментально и клинически, пришел к выводу, что поздние транссудаты образуются вследствие изменения эндоплеврального давления под влиянием нарушенной резорбции газа в измененной фиброзными разращениями легочной ткани (длительное сжатие воздухом ведет, как известно, к проростанию соединительной тканью не только пораженных, но и здоровых частей коллабированного легкого). Эти транссудаты, вследствие облитерации устьиц Rescklinghausen'a и утолщения плевральных листков, рассасываются с большим трудом. Автор для избежания этого осложнения рекомендует не стремиться к полному сжатию легкого, а в каждом случае находить оптимум давления, при котором происходит уменьшение токсических явлений. Этого оптимума эндоплеврального давления и следует в дальнейшем придерживаться. В своих случаях автор методикой парциального пнеймоторакса добился уменьшения пнеймоплевритов с 48% до 5%.

М. Ойфебах.

203. *Сухозидение при тbc костей.* Ваеуер'у (Zentr. f. Chir., 1927, № 49) удавалось получать иногда поразительное улучшение костного тbc путем ограниченного введения жидкостей (втечения 14 дней только чашка молока утром и чашка чаю вечером, больше никакой жидкости). Кроме бугорчатки, способу этому поддаются и другие заболевания костей. V. Chlumsky (ibid., 1928, № 6) тоже заметил, что уменьшение введения жидкостей до 400 куб. см. в сутки (на 4 недели) и запрещение соли, пряностей, колбас и консервов часто влияют при хирургической бугорчатке очень благоприятно на общее состояние больных.

С. С-в.

### б) *Физиотерапия.*

204. *Успехи радиотерапии* описывает Bayet (по Ber. ü. d. ges. Gyn., Bd. XII). Значительным прогрессом в этой области является введение радия в толщу опухоли при помощи игол. Обязательным условием такой терапии является точное определение границ опухоли, что при раках матки и параметриев достигается с помощью чревосечения; таким образом возникает как бы особый вид хирургии, целью которого является создание доступа для приложения радия. Так как продолжительность деления клеток при раках достигает 15—20 дней, то отсюда вытекает