

По новизне темы необходимо отметить доклады о *внутривенной пизелографии* (уроселектаном) (Френкель С. С. и Готлиб, Бесчинская Н. М.) и о *вазографии*. (Строков Ф. Я. и Кулаков). В них новый метод изображения мочеводных путей признается как полноценный, который во многих случаях противопоказанной или невозможной ретроградной пизелографии превосходит последнюю.

Из области биологии рентгеновых и радиевых лучей достойны быть отмеченными сообщения о *рентгенизации культурных растений и тутового шелкопряда для селекционных целей* (Шехтман Я. Л., Пислегин А., Воксер А.). Опыты пока не совсем закончены, характеристика мутаций еще не выяснена, но можно сказать, что при определенной дозе удастся получить более стойкие и ценные в сельском хозяйстве экземпляры для отбора и культуры.

Изучалось действие рентгеновых лучей на *рет-эндот. сист.* (Сафронова К.) на *гемат.-энцеф. барьер* (Подляшук и Могильницкий) и на *сердце* (Карлин М. и Могильницкий).

По рентгено-и радиотерапии были представлены доклады, имеющие более практическое значение, как: *лечение воспалительных процессов полости рта и придаточных полостей носа* (Кругликова Р. и Быховский), *острых маститов* (Гамбаров Г.), *тендовагинитов*, (Дорон Г. и Дубовый), *кожных заболеваний* лучами Буки (Бринд И), *рентгенотерапия опухолей эмбрионального строения* (Неменов М. И.), *профилактическое освещение преанкерозных состояний шейки матки* (Побединский, Кураченко) и *лечение рака языка* (Гроссман Ф. С.).

Съезд сопровождался выставкой аппаратуры производства Московского завода, среди которой особенно выделялись *кенотронные установки* для глубокой терапии системы главного жнн. Моск. зав. т. Витка (принятой теперь и на зарубежных заводах) и для р.-диагностики типа «полифос» Сименса. На предпоследнем заседании т. Луначарский охарактеризовал роль советской рентгенологии для оздоровления страны строящегося социализма и нарисовал перспективы ее дальнейшего роста и улучшения материального положения рентгенологов.

Заседания происходили в павильоне «Наука и Техника» грандиозного и интересного по конструкции (повидимому, не законченной) «Парка Культуры и Отдыха», где было организовано и питание членов Съезда.

На заключительном заседании, после речи председателя проф. Хармандарьяна, отмечавшего юбилей 25-ти-летней деятельности председателя ассоциации проф. М. И. Неменова, были произведены новые выборы президиума Всесоюзной Ассоциации рентгенологов и радиол. (Предс.-Хармандарьян Г. Н.—Харьков), реконструкция «Вестника рентгенологии». Местом будущего Съезда выбран Ленинград.

## Первый Всесоюзный онкологический съезд.

### С. Эйбер.

Состоявшийся 8—12 июля 1931 г. в г. Харькове I-й Всесоюзный Онкологический съезд привлек к себе актуальное внимание не только врачебной массы, но и широкой общественности. В работах съезда принимали участие видные научные силы, как профессора Петров (Ленинград), Аничков (Ленинград), Абрикосов (Москва), Зильберберг (Одесса), Широкогоров (Баку), Бухман (Ростов н/Д), Хармандарьян (Харьков), Мельников (Харьков), Быховский, Харшак (Киев) и мн. др., представители многих клиник, институтов и исследовательских кафедр, делегаты рабочих промышленных предприятий и общественно-профессиональных организаций. Исключительный интерес намеченных программных вопросов привлек на съезд самую отдаленную периферию (Владивосток, Тифлис, Узбекистан, Армения, Петрозаводск, Южный берег Крыма, Кавказ, Урал и т. д.).

Первый день съезда, открывшийся докладом НКЗ Украины т. Конторовича и посвященный *государственной и общественной борьбе со злокачественными новообразованиями, их статистикой и профилактикой* в 9-ти докладах полностью исчерпал свою программу. Полных статистических данных о распространении рака во всем СССР нет. Можно отметить отдельные цифры смертности лишь по некоторым республикам и крупным городам. Приблизительно

в РСФСР в год умирает до 95000 чел., в УССР—31500 чел., или на 100000 населения—81, в БССР—70. Коэффициент смертности от рака в Ленинграде и Москве несравненно выше, чем в других городах. Среди причин смерти всего населения УССР рак стоит на 4-м месте, у женщин в 50—55 лет на 1-м. При условии средней продолжительности жизни ракового больного в 3 года (Петров), надо считать, что в УССР раковых больных около 95000, причем подавляющее количество их находится еще в производительном возрасте и гибель их наносит неосомненный ущерб развитию народного хозяйства и культуры. Больше всего гибнут от рака пищеварительного тракта, затем женских половых органов и, наконец, грудной железы. „Необходимо изучить социальную патологию рака, в особенности среди промышленных рабочих и колхозников, и в связи с ней выработать профилактические оздоровительные мероприятия“ (Мерков—Харьков). Диспансеризации подлежат: 1) раковые больные с определенно-выраженным симптомокомплексом, 2) все предраковые состояния, требующие тщательного и внимательного наблюдения, вмешательства, 3) рабочие тех производств, вредность которых является более или менее обоснованной в генезе рака. Методика такой деятельности должна охватывать: 1) подготовку общественного мнения широких масс населения по вопросу о противораковой борьбе путем широкой популяризации идей в форме ее; 2) проведение широкой санпросветительной пропаганды медперсоналом печатно и устно и на основе самостоятельности населения в области труда и быта; 3) обследование физического состояния населения, профессиональных и бытовых факторов, способствующих развитию рака (Розанов—Москва, Певелюцкий—Харьков).

Переоценка значения врожденного предрасположения, явно преувеличенная роль наследственности и укрупнившееся представление о раке, как неизлечимой болезни, является теми основными факторами, которые сильно затрудняют планомерную борьбу с ним, поэтому профилактика должна состоять из предупреждения самого заболевания (физкультура, общая гигиена тела, методическое лечение хронических воспалительных процессов—туберкулеза, сифилиса, воздержание от употребления острораздражающих веществ, в частности и в особенности от алкоголя, табака, санация полости рта, полового аппарата, защита от профессиональных травм, химических и механических раздражителей). Необходима также терапия предраковых болезней, надо организовать просвещение не только среди населения, но и для врачей, создавая ячейки, отделения, диспансеры, и институты по онкологии (Холдин—Ленинград). В указанных учреждениях, а в особенности в институтах для усовершенствования, главное внимание в проблеме онкологии должно быть уделено изучению профилактики и ранней диагностики. Поэтому, для образования кадров высококвалифицированных онкологов следует посылать туда хирургов, гинекологов, ларингологов, рентгенологов. Там, указанные специалисты углубят свои знания не только по профилактике и диагностике, но и приобретут знания—показания к современным методам лечения, и навыки—оперативную технику (Быховский—Киев).

С изложением второго программного вопроса—*этиология и патогенез злокачественных новообразований* выступали: Аничков (Общая этиология злокачественного новообразования с современной точки зрения), Широкого-ров (Экспериментальные опухоли, вызываемые нефтепродуктами), Абрикосов (Морфология бластоматозной клетки), д-р Магат (Роль клеточной проницаемости в проблеме раковой клетки), Корицкий (Патогенез опухоли в связи с новейшими данными о регенерации). Сущность этиологии кроется в изменении интрацеллюлярных регуляторных процессов, отчего нормальная клетка превращается в клетку злокачественной опухоли с ее характерными отличиями. Возникновение и проявление этой трансформации происходит путем накопления свойств, отличающих клетку здоровую от клетки злокачественной. Здесь главную роль играет ряд механо-физико-химических факторов. Общая схема этиологического момента складывается из 1) внешних не специфических факторов, 2) изменения тканевой среды, под влиянием которой создается предраковое состояние, ведущее организм к раковому процессу с разрастанием клеток по бластоматозному типу. Онкогенное действие вышеуказанных факторов складывается из природного раздражителя и состояния самого организма, причем оно может быть вне нарушения целостности тканей, либо являться результатом бывшего воспаления. Экспериментально выяснено, что регенеративный процесс в формировании опухоли зависит не только от интенсивности раздражения, но и от свойств животного. Нефть с ее продуктами,

в реальной обстановке соприкосновения с рабочим не оказывает, на основании множественных и точных исследований, онкогенного действия. Все структурные свойства нормальной клетки полностью имеются и у опухолевидной, однако последняя представляет собой разнообразие морфологических изменений. Точную оценку их и по настоящее время дать безошибочно нельзя. Надо предполагать, что в ядре бластоматозной клетки, в частности в хромосомах, имеется обоснование для атипичного роста, влекущего за собой образование ее. Ткань перевиваемой опухоли обнаруживает повышенную проницаемость бластоматозной клетки, что особенно характерно при воздействии на нее ионов кальция и рентгено-лучей. Это свойство имеет огромное значение для раковой клетки в связи с клеточным обменом и возбудимостью ее. Таким образом специфические биофизико-химические свойства раковой клетки имеют ряд конкретные-диалектических особенностей и связности, причем характерным для бластом является постоянство и стойкость всего комплекса явлений. Основным методом изучения патогенеза опухоли надо считать целлюлярный, соглашаясь с Геккелем об универсальной потенции эпителия в репродукции клеточных видов. И с этой точки зрения, патогенез рака—это десмоплазия эпителия (Кромайер, Мильман), т. е. размножение высокопотенциальных клеток с изменением форм в направлении менее потенциальных клеток мезенхимы с наличием промежуточных форм, не характерных для данного вида животного. Гинсбург (Баку) по вопросу о предраковом состоянии выставил ряд основных положений: 1) Рак—последовательное заболевание с местным проявлением общей дисфункции организма. 2) Учет данных диспансерного обследования в условиях длительного времени дает возможность составить онкограмму; из нее вытекает суждение о предраковом состоянии. 3) Нарастающее преобладание положительных биореакций на рак (повышенная реакция оседания эритроцитов, реакция Лянге, Абдергальдена, Кона, понижение поверхностного натяжения сыворотки, падение содержания кальция, нарастание ацидоза и т. д.) дает уже право считать наличие предраковой дистазии. 4. Поэтому онкограмма представляет собой неотъемлемую часть всестороннего систематического обследования больного. В виду того, что соединительная ткань оказывает стимулирующее влияние на прививку и рост ракового трансплантата (Богомолец), является возможным считать, что наличие воспалительного процесса в организме, благоприятно для него протекающего, влияет на рост опухоли, задерживая его. Данные эксперимента и клиники подтверждают это положение (Михайлов—Москва). Пересаженные опухоли мышам воспалительно обработанные, были значительно меньше, чем у контрольных. Больные с протекшим гладким послеоперационным течением получают рецидивы в два раза чаще по числу и в два раза скорее по сроку, чем такая же группа больных с осложненным послеоперационным течением (параметрит) (Михайлов—Москва).

Многочисленными докладчиками и выступавшими в прениях по вопросу о диагностике злок. новообразований установлены не только общий клинический симптомокомплекс, но и микроскопическая диагностика. Этапы развития рака складываются из трех фаз злокачественности: 1) биологическая—потенциальная. 2) морфологическая—предраковая, 3) клиническая—определяемая (рак местный, быстро растущий, инфильтрирующий, рассеянный—диагноз трупа). Поэтому, клиника его должна быть изучена с патолого-анатомической стороны (атипия в росте влияет на динамику предракового процесса, имея три формы: вегетативную, язвенную, инфильтрирующую) и с точки зрения гемодинамики. Токсическое воздействие ферментативного процесса в пораженном организме выражается или антагонистическим проявлением этого процесса, или синхроничностью с быстрым нарастанием кахексии. Необходимо знать морфологию местного очага. В клинических симптомах ясно выявляется рак с его обще-био-химической дисфункцией (полипоз, полипоматоз, хронические язвы); если же имеется диффузная инфильтрация, то рак протекает хронически—„молчаливо“, т. е. не отражается на клиническом профиле больного (мастопатия, скirr грудной железы, желудка, рак мочевого пузыря). Необходимо оговориться, что в зависимости от степени противодействия или содружественного проявления местной и общей реакций, формы ракового поражения будут протекать или остро—молниеносно, либо медленно—хронически. Степень злокачественности определяется микроскопически беспорядочной насыщенностью ядерных клеток (ядерная концентрация), и чем ее больше, тем тяжелее прогноз (Гинсбург—Баку). В борьбе со злок. новообразованиями ранняя диагностика имеет особо важное значение. Так как раковое поражение гортани,

пищевода, желудка, плевры дает быстрое изъязвление, то тщательное микроскопическое исследование соответствующих объектов может обнаружить те или иные элементы новообразования, т. е. дать возможность установить ранний диагноз (Альтгаузен—Харьков).

Ранняя и точная диагностика, научно-статистическое изучение опухолевого процесса требуют: 1) установления единых и целесообразных правил для получения биоптического материала, его регистрационной обработки, однотипного протокольного обследования, 2) организации подготовки врачей-диагностиков, 3) выработки однообразной терминологии и классификации опухолей.

Последний программный вопрос—*терапия злок. новообразований* был исчерпывающе изложен проф. Петровым в его докладе: „Современное значение оперативного, лучевого и комбинированного лечения“. По сие время почти все злок. новообразования подлежат оперативному вмешательству, являющемуся основным методом лечения, причем наилучший результат получается от сочетанного с рентген-терапией. Злок. опухоли желудочно-кишечного тракта могут быть излечены только оперативно, за исключением нижнего отрезка прямой кишки, где необходимо дополнительное лечение—рентгеном. Кожные раки требуют применения операции вместе с рентген-терапией, при поражении наружного полового аппарата у мужчин—операции, у женщин—эндо-термо-электро-тории. Рак матки, разросшийся, подлежит вначале рентген-терапии, а затем последующей операцией; в начальном периоде роста—метод выбора: или операция, или облучение. Для рака грудной железы—операция является исключительно методом выбора. Имеющиеся факты, накопившийся опыт указывают на благоприятные применения облучения, дающего возможность не производить широких „радикальных“ операций, а для сарком сочетанные методы операций и облучения до и после операции дают достаточно удовлетворительный результат.

В вестибюле съезда была организована богатая по разнообразию и числу выставка макро-микро препаратов, рисунков, схем, рентгенограмм по изучению злок. новообразований. Следующий съезд намечен в 1934 году в Ленинграде.

## Хроника.

52) Советом народных комиссаров РСФСР 22/VIII с. г. („Известия“ от 28 авг.) издан по докладу НКЗ декрет о подготовке медицинских кадров. В этом декрете, после указания, что передача мед. и фармац. учебных заведений в НКЗ способствовала ряду достижений, постановляется: 1) значительный рост на 1932 г. контингента приема учащихся, открытие новых мединститутов и мед.-фармацевт. техникумов; 2) введение заочного обучения врачей и среднего медперсонала, не менее чем 4 тыс. человек врачей и 15 тыс. среднего персонала; 3) поставить среднее медобразование так, чтобы оно служило соответственным переходом к высшему; 4) широко поставить дело подготовки врачей-физкультурников; 5) улучшить преподавание санитарно-гигиенических дисциплин в Медвузах; 6) открыть при Пермском мединституте фармацевтический факультет; 7) довести время производственной практики в Медвузах до 50% всего времени, обеспечив оплату преподавателей за руководство производственной практикой; 8) разработать мероприятия по повышению педагогической квалификации и по марксистско-ленинскому воспитанию преподавателей Мединститутов и Медтехникумов, а также разработать систему краткосрочной подготовки преподавателей теоретических дисциплин (физика, химия и др.), отпустив соответствующие ассигнования; 9) увеличить контингент аспирантов на 1932 г. до 1300 чел. по медвузам и до 700 чел. по Научн. инст.; 10) предусмотреть в 1932 г. необходимые ассигнования на строительство учебн. заведений и общежитий; 11) улучшить срочно жилищные условия аспирантов, как постройкой специальных общежитий, так и выделением мест в студенческих общежитиях; 12) обеспечить издание новых учебных руководств; 13) разработать вопрос о профессионально-правовом положении среднего медперсонала; 14) организовать специальные подготовительные отделения, а также национальные группы при рабфаке для максимального привлечения учащихся из национальностей.

53) В июне с. г. в Лондоне состоялся международный конгресс по истории науки и техники, в котором принимала участие и Советская делегация в составе академиков Бухарина, Иоффе, Вавилова, т. т. Рубинштейна.