

лашников (21) и Alissow'a (22) насчет применения антивируса только в свежих случаях, без стойких патолого-анатомических изменений.

При соблюдении этих условий, вытекающих из имеющегося клинического опыта, антивирус оказывается не терапевтической фантазией, а ценным вкладом в наш лечебный и профилактический арсенал.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Безредко. Местная иммунизация. 1924. — 2) Кисини Базилевская. Врач. газ., 1927, № 17. — 3) Rossi. C. r. de la Soc. de biol., 1926, № 20. — 4) Бурденко и Живаго. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1926, № 3. — 5) Canella. Giorn. bact. et immun., 1927, № 1. — 6) Безредко. Presse méd., 1924, № 56. — 7) Costa, Boyer et Guy. C. r. de la Soc. de biol., 1925, № 24. — 8) Метальников и Туманов. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1925, № 1. — 9) Carrère. Ibid. — 10) Kuffler. Ztbl. f. d. g. Opth., Bd. XV, N. 4, 1925. — 11) Чирковский и Дымшиц. Klin. Mon. f. Aug., Bd. 78, 1927; Каз. мед. журн., 1927. — 12) Полев и Микаэлян. Мед. арх. Крым. унив., т. 2, № 1. — 13) Благовещенский. Р. О. Ж., 1926, № 3. — 14) Архангельский. Журн. микр., т. III, в. 2, 1926. — 15) Chaillous et Gottoni. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1925, № 8. — 16) Nicolas. Rec. de méd. veter., 1926, № 18. — 17) Безредко. Presse méd., 1926, № 86. — 18) Lomonge. Ref. Ztbl. f. d. g. Opth., Bd. XVIII, N. 6. — 19) Potocki et Fisch. Soc. d'obstétr. et gynécol. de Paris, 1924. — 20) Кисин. Р. О. Ж., 1926, № 5. — 21) Калашников. Арх. офт., т. II, ч. 3, 1927. — 22) Alissow u. Lipowitz. Klin. Mon. f. Aug., Bd. 78, 1927.

Несколько слов о преподавании и специализации по рентгенологии¹⁾.

Пр.-доц. Р. Я. Гасуля.

Когда на историческом заседании в Вюрцбурге, в 1896 г., W. C. Röntgen передал открытые им лучи „в руки врачам“, он не подозревал, какой переворот произведут они в медицине, и был бы теперь крайне удивлен, что в такой, сравнительно, короткий промежуток времени современная медицинская рентгенология охватывает четыре больших отдела: рентгенофизику (rsp. технику), рентгенобиологию, рентгенодиагностику и рентгенотерапию. Этот подарок Röntgen'a послужил одновременно и пробным камнем для врачей, так как для практического применения рентгеновых лучей в медицине требовались познания в учении об электричестве и электротехнике. Врач-рентгенолог должен был иметь ясные топографо-анатомические представления и быть сведущим в фотографии. Не всякий, понятно, обладал этими качествами, и рентгенология стала замкнутой наукой для немногих избранных. Ктому же в академических кругах очень скептически смотрели на метод рентгенологии и с нескрываемым пренебрежением относились к рентгенологу. Все это задерживало правильное обучение рентгенологии, которое должно было по праву вестись уже на студенческой скамье. Когда же за эти 32 года практическая и теоретическая рентгенология широко и мощно развилась в самостоятельную дисциплину и клинический метод, стал ощутительно чувствоваться недостаток во врачах-рентгенологах. А где нестача, там появляется суррогат. И вот, один „практический“ врач обучался рентгенологии у рентгено-сестры, другой — у техника, третий по книгам учился управлять аппаратом, и каждый из этих врачей мнил себя тоже рентгенологом, если умел просвечивать. Так появились „тоже-рентгенологи“.

¹⁾ Дискуссионный краткий доклад на II Международном съезде радиологов в Стокгольме.

Таково было положение вещей до войны и до революции. После октябрьского переворота рентгенологии посчастливилось очутиться в созданных советской властью благоприятнейших условиях развития. Результаты сказались за сравнительно короткий промежуток времени,—около 10 лет,—мы имеем целый ряд специальных, прекрасных оборудованных рентгеновских институтов и клиник в Ленинграде, Москве, Харькове, Киеве и др. городах, организованы кафедры рентгенологии, мы имеем всесоюзную ассоциацию рентгенологов и радиологов, журнал „Вестник рентгенологии“ и сборники „Экспериментальная рентгенология“, а главное—имеем уже штат врачей-рентгенологов, специализирующихся и усовершенствующихся в специальных институтах или рентгенологических отделениях при институтах для усовершенствования врачей.

Да будет мне позволено кратко поделиться своим опытом при нашей кафедре.

В преподавании рентгенологии мы стоим перед тремя задачами, которые требуют отдельного, индивидуального разрешения: первая задача,—это обязательное преподавание рентгенологии в медвузе, начиная с клинических семестров; вторая задача—это курсы усовершенствования для врачей-практиков и участковых врачей с целью их ознакомления с общими физическими, биологическими и диагностически-терапевтическими основами рентгенологии (для этого достаточно 4 месяцев); наконец, третья задача—это специализация в рентгенологии и подготовка аспирантов к научной самостоятельной работе, к чтению лекций и ведению практических занятий в данной области. Для этого необходимы по меньшей мере 3 года пребывания в хорошо оборудованном рентгеновском институте, отделении при большой больнице и т. п. Преподавание здесь, естественно, во многом разнится от преподавания во второй группе,—от курсанта до окончания занятий мы требуем общих знаний, от специализирующегося мы требуем специальных знаний и специального умения. Ему должны быть знакомы все рентгентехнические, диагностические и терапевтические процедуры; он должен знать типы классической и современной аппаратуры, а главное—у врача-рентгенолога клиника должна быть его *alma mater*. Клиническая и патолого-анатомическая подготовка являются необходимыми условиями при специализации по рентгенологии. Отдельные отрасли нашей дисциплины так развились, что все их охватить уже не под силу одному. Специальный курс рентгенофизики и техники приходится поручать физику. В 2 последних семестрах 1927/28 г. мною был включен еще курс по методике анализа рентгеновских картин. В конце каждого курса необходимы семинар и коллоквиум.

Рефераты.

а) Рентгенология и радиология.

501. *Биологическое действие радия на раковые очаги* описывает L a h n (Stralenthérapie, Bd. 27), по мнению которого радий оказывает специфическое действие на ядра раковых клеток, вызывая их пикноз, деформацию ядрышка, образование вакуол, сморщивание и распад ядра. Окружающая соединительная ткань в специфических изменениях не участвует. Весьма важное значение L. приписывает особым веретенообразным клеткам (carcinomatogenen Stützellen), которые внедряются в раковые массы и разъединяют их. Напротив, процесс фагоцитоза в исчезновении карциномы роли почти не играет, резорбция же погибших раковых клеток есть литический процесс, который разыгрывается в крови или соках организма. В общем исчезание карциномы идет такими стадиями: 1) разрыхление раковых масс; 2) дегенерация ядра; 3) кератинизация протоплазмы; 4) распадение цугов эпителия; 5) полная дегенерация раковых клеток; 6) резорбция и 7) образование рубца. Т. о. это есть процесс чисто-гуморальный. Для ускорения лечения полезны гиперемия (застой), дробное или длительное освещение, а также введение собственной сыворотки аутолизата опухолевой ткани или введение чужеродной крови. А. Т.

502. *Определение не дающих тени инородных тел путем рентгеновского исследования.* Доц. M. S g a b t z e r (Zentr. f. Chir., 1928, № 31) предлагает наполнять раневые полости resp. свищевые ходы контрастными массами, причем