

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 гиперемиа (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

не дающие теней инородные тела (дренажные трубки, марлевые полоски) становятся при рентгеноскопии видимыми. Таким путем автору удалось в одном случае обнаружить при эмпиеме оставленную дренажную трубку, а в другом—марлевую полосу, которая при импрегнации контрастным веществом стала видима.

И. Цимхес.

б) Внутренние болезни.

503. *Техника записи венозного пульса*, по предложению W. Voller's'a (Zeit. f. Kreislaufforschung, H. 17), может быть упрощена и уточнена путем введения стеклянной капсулы с двумя крючками, между которыми накладывается резиновая лента, обвязанная вокруг исследуемого через правую ключицу и левую подмышку. Капсула накладывается на наиболее пульсирующее и предварительно смазанное жиром место шеи лежащего пациента, а лента с помощью специального приспособления затягивается до желаемого давления. Отводящая трубка находится сбоку капсулы. Тем же автором предлагается еще один способ применения двустенной стеклянной или алюминиевой капсулы.

С. М. Райский.

504. *Нарушение потоотделения при декомпенсированных сердечных заболеваниях* E. Z a k'o'm (Zeit. für Kreislaufforschung, 1928, № 11) определяется путем наложения ладонной поверхности конечной фаланги пальца больного на специально приготовленную бумажку, обработанную ляписом. У здоровых людей или у лиц с полной сердечной компенсацией через некоторое время после соприкосновения пальца с бумажкой на последней остаются черные крапинки хлористого серебра, образующегося благодаря соединению серебра бумажки с хлоридами пота. Отсутствие крапинок автором рассматривается, как признак нарушения потоотделения, каковое нарушение в стадии декомпенсации идет параллельно с нарушением мочеотделения.

С. М. Райский.

505. *О профилактическом тонизировании сердца*. I. Friedman n (Schweiz. med. W., 1927, № 43) применяет для этой цели наперстянку,—сердце тогда выносит разные вредности заметно лучше. При этом препараты, содержащие и дигитоксин, действуют сильнее, чем освобожденные от него. Часть общего количества наперстянки может быть при этом заменена кофеином, но один кофеин действует слабее.

С. Г.

506. *Гипертония и чеснок*. H. Sch w a n n (Schweiz. med. Woch., 1928, № 5) дает чеснок при гипертонии у пожилых людей в промежутках (по 1—2 недели) между приемами йода, но действие его оценивает лишь как суггестивное. У лиц молодых он никогда не видел от этого средства понижения давления, хотя субъективное улучшение—всегда.

С. Г.

507. *К функциональной диагностике сердца*. P a l c s ó (Zeit. f. Keislauff. 1928, № 15), изучив предложенную G ö n s z y пробу задержки дыхания на 53 больных с болезнями сердца, почек и сосудов, нашел, что установление продолжительности задержки дыхания представляет собою простой и надежный метод определения работоспособности сердца. При этом компенсацию сердца надо считать неустойчивой, если больной лежа задерживает дыхание лишь в течение 22 сек. (после прогулки в 50 метров—30 сек.).

С. М. Райский.

508. *Фармакотерапия бронхиальной астмы*. Подводя итоги современному состоянию этого вопроса, проф. E. Schott (Deut. med. W., 1928, № 23) ставит на первый план старые средства, именно, водные соли и курительные средства. К первым относятся иодистые калий и аммоний, даваемые в растворе 10:150, трижды в день по столовой ложке, месячными, с перерывами каждую 4-ю неделю. Приступы астмы при этом делаются реже, слабее, а иногда и совсем прекращаются на долгое время. Причина эффекта, вероятно, лежит в улучшении отхаркивания, плюс, может быть, влияние через щитовидную железу. Разнообразные курительные средства тоже иногда применяются с большою пользой. Далее автор отмечает полезность при астме впрыскиваний атропина (по 0,001 подкожно) и папаверина (0,04 в вену), а также внутренних приемов белладонны, солей кальция (в вену), особенно же—адреналина и эфетонала (первый вводится по $\frac{1}{2}$ —1 кб. стм. раствора 1:1000 подкожно, а второй дается per os таблетками по 0,05), но решительно не советует применять морфий, кроме самых крайних случаев, —такие больные чересчур легко делаются морфинистами.

С. Г-в.