

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Лямблиоз ¹⁾.

Д-ра А. В. Давидова (Москва).

Лямблии—относительно нередкие гости в организме человека. По данным Schill'я в Германии лямблиоз наблюдается в 25—27% у детей и в 10% у взрослых; Vach в Рейнской области нашел лямблии (л.) у 14,9% обследованных им 435 человек (взрослых и детей); Wetzler считает, что в Италии 10% взрослых заражены л. Кузнецова обследовала тонким зондом 46 больных и 12 раз нашла л., а Пермякова и Ланде нашли л. у 11 из 39 обследованных ими больных.

Несмотря на такое значительное распространение этого паразита и на то, что он был открыт Lamb'лем больше 70 лет тому назад, лямблиоз до сих пор еще недостаточно изучен, и нет еще единства мнений насчет патогенности его для человеческого организма.

Lamblia intestinalis, или *megastoma entericum*, или как французы и англичане его называют, *Giardia intestinalis* относится к простейшим (protozoa), к группе биченосцев-флагеллатов. En face она имеет грушевидную форму, с вытянутым концом, которым она проделявает оживленные движения. На передней поверхности ее отмечается углубление, в котором просвечивают два пузырька, соединенные мостиком-перемычкой,—это ядро, напоминающее гимнастические гири. В профиль л. имеет форму глубокой ложки или ковши-черпалки. В свежем дуоденальном соке или желчи л. быстро пробегает по всему полю зрения и исчезает из виду. Если же добытый зондом секрет некоторое время постоял, в особенности на холоде, то паразит застывает и виден только en face. По величине он примерно в два раза больше лейкоцита и снабжен четырьмя парами жгутиков. Фиксированный в абсолютном спирте (15 минут), он хорошо красится по Giemsa и эозинном (0,5 эозина на сто грамм 50%-го спирта).

По мнению большинства авторов, л. живет в тонких кишках, преимущественно в duodenum, присасывается к кишечной стенке и питается путем осмоса, так как настоящей ротовой полости у него не имеется. Паразит этот встречается не только у человека, но и у мышей, крыс, кроликов и кошек. Однако полагают, что л. человека и животных не идентичны, а Simon категорически отрицает возможность заражения от животных и полагает, что паразит переходит от человека к человеку через загрязненные пищевые продукты, питьевую воду и т. п. Переносчиками могут быть и мухи. Ближе паразит не изучен, так как его не удается вырастить искусственно, и нет поэтому возможности проследить ход его развития.

Первые авторы, хорошо изучившие л., Grassi и Шевяков, еще в 1888 г. признали, что л. является паразитом патогенным для человеческого организма, что он может быть причиной диарреи и анемии. Через четыре года, в 1892 г., появилась работа Moritz'a и Hölzl'я, которые на основании собранного ими значительного материала пришли к обратному заключению и считают л. невинным паразитом и утверждают, что они находили л. у совершенно здоровых людей. Эта точка зрения принята значительным количеством авторитетных исследователей. Kolle и Hetsch, Jollos считают л. абсолютно непатогенным. Наш русский исследователь Гартъе также отрицает за ними патогенетическое значение. Нахождение л. может быть, по мнению его и ряда цитируемых им авторов (Jaksch, Müller, Schaudinn, Dofelin), важно в диагностических-симптоматическом отношении, так как присутствие живых паразитов в выделениях (испражнениях или рвотных массах) всегда указывает на соответствующее поражение кишок или желудка. И еще сравнительно недавно (в 1917 г.) Lieger указывал, что л. могут быть находимы в кишечнике человека как не-

¹⁾ Доложено в Научной конференции Госпит. терапевт. клиники 2 МГУ 18/IV 1930 г.

винные паразиты, однако при больших количествах он считает их патогенными.

В последнее время господствует другой взгляд и почти все авторы считают их патогенными. Так, в работе Якимова, Василевской и Цветковой мы находим указания, что на Кавказском фронте при дизентерии одним из них были найдены исключительно лямблии. Во всех 11 случаях лямблиоза Пермяковой и Ланде оказались те или другие болезненные процессы: в 5 случаях холецистит, в 1 сл. ангиохолит-холецистит, 1 сл. *icterus catarrhalis*, 2 сл. гастроэнтерит, 2 сл. энтероколит. Из 12 сл. лямблиоза Кузнецовой 3 приходится на энтероколит, 9 на ангиохолит. Wetzler у лиц со здоровым кишечником никогда не находил лямблій. Westphal у 30 лиц с нормальным кишечником при зондировании ни разу не находил л., а при 100 исследованиях кала у лиц со здоровым кишечником только путем обогащения 2 раза нашел т. н. Dauerformen. Teitge исследовал 200 человек и у 21 нашел л., но только у таких, которые жаловались на желудочно-кишечные заболевания.

Нужно, однако, заметить, что Тржецеский в работе, относящейся еще к 1896 году, на основании ряда своих случаев доказывал патогенность л. и отмечал поносы, боли в животе, диспептические явления, плохой аппетит, изменение вкуса, чувство тяжести и давления подложечкой после еды, отрыжку, тошноту. Кроме этого, наблюдался плохой сон, постоянные головные боли, головокружение, чувство слабости и боли в суставах и пояснице. После лечения глистогонными и слабительными (каломель) вместе с исчезновением или значительным уменьшением л. в кале наступало субъективное и объективное улучшение. Автор считает доказанным прямое раздражающее действие л. на кишечную стенку.

В вышедшей недавно работе проф. Крюкова л. отводится еще более широкое поле деятельности. Крюков считает л. этиологическим моментом некоторых форм «катарральных желтух», течение которых отличается от обычного тем, что болезнь загибается на неопределенное время, переходит в хроническое состояние с периодическими ухудшениями и улучшениями. Длительный лямблиоз может, по его мнению, повлечь за собой цирротические изменения печени с клинической картиной цирроза *Hapot*. Лямблиоз иногда симулирует симптомокомплекс язвы 12-типерстной кишки с характерными болезненными ощущениями в месте расположения этого органа. «В таких случаях», говорит проф. Крюков, «лечение, направленное на дуоденальную язву, не сопровождается успехом, а неудача может привести к оперативному вмешательству, избежать которого возможно, если иметь в памяти такую этиологию этого симптомокомплекса».

Приводимые ниже истории болезни наглядно иллюстрируют, как богата может быть симптоматология при *lamblia intestinalis*.

Сл. 1. Б-я Ч-ова, 27 лет, медичка, п. 6. от 30/I 30, № 247, поступила в клинику с жалобами на сильную слабость и головокружение. Семейный анамнез ничего особенного не представляет. До 18 лет кроме кори ничем не болела и пользовалась хорошим здоровьем. В 1920 г. перенесла холеру, продолжавшуюся около 2-х недель. В последующие три года раз или два в месяц, иногда реже, в течение 1—2 дней у б-ой поднималась t° до 40° , врачи подозревали малярию, но плазмодии в крови найдены не были. В 1926 году по поводу болей в обл. соесис аппендектомия. Через $2\frac{1}{2}$ месяца после операции брюшной тиф, в том же году скарлатина и грипп. С этого времени б-я чувствует слабость. В последние два года часто страдала поносами, сменявшимися запорами.

В клинике отмечено: б-я грацильного телосложения, несколько инфантильна, кожа и видимые слизистые бледноваты. Со стороны внутр. органов: небольшое расширение сердца вырав. (на 1 см.), непостоянный систолический шум у верхушки и на а. *pulmonalis*, иногда акцентуация 2-го тона на ней. Пульс лабильный, быстро меняющийся при перемене положения б-ой, в лежачем положении ее—76—80 ударов в 1'. В легких ничего патологического не отмечается. Органы пищеварения: несколько обложенный язык, уменьшенный аппетит; при пальпации болезненность под ложечкой, в обл. желчного пузыря и точки *Mc. Burney's*. Печень выходит из подреберья на 2 поп. пальца, гладкая, край острый. Селезенка не прощупывается, перкуторно не увеличена. Мочеполовая система в порядке. Со стороны нервной системы: резкая игра вазомоторов, красный дермографизм, весьма живые рефлексы и несколько ажитированное состояние.

Были исследованы кровь, моча, кал, желудочный и дуоденальный сок. Кровь: Нб—70% (по *Sahli*), э.—4570.000, л. 6.800, э.—0,10—0, п.—6%, с.—45%, л.—45%, м.—4%. Кр. давл. 110/75. Моча N. В кале небольшое количество непер-

варенных крахмальных зерен и две lambl. intestin. в препарате. Желуд. сок: натощак получено 10 к. с. бесцветной жидкости. Своб. HCl abs., общ. кислотность—6. После завтрака В.-Э. (через 45 минут) добыто 50 к. с. бесцветной жидкости: своб. HCl—12, связ. кисл.—16, общ. кисл.—36; молочн. к-та abs, реакц. на кровь отриц.; крахм. зерна в стадии ахродекстрина. 5/II в добытом дуоденальном содержимом единичные лейкоциты; через зонд выпрыгнуто 50 к. с. 30% раствора сернокислой магнезии; спустя 4 минуты рефлекс Мельцер-Лайона, в черной густой желчи В масса лямблий, которые покрывают все поле зрения и находятся в оживленном движении. 11/II снова через дуоденальный зонд введена магнезия, лямблий опять в желчи В, но в значительно меньшем количестве; единичные лейкоциты в желчи В и несколько больше в желчи С. 21/II 0,15 новосальварсан внутривенно. Здесь же следует отметить, что t^0 , державшаяся до зондажа на 37,3—37,5, после первого зондажа спустилась до нормы и опять поднялась до прежних цифр спустя 2 дня после введения новосальварсана. В это же время у б-ой появилась красная, сильно зудящая сыпь на локтевых сгибах и на члс, чувство тяжести в эпигастральной области и одышка. 27/II новосальв. 0,15, 6/III дуоден. зонд: в желчи В 5—8 лямблий в п. з., в 2-х пол. зр. по 35—50 л., в желчи А и С до 5 лямблий в п. з., лейкоциты единичные в желчи В. 10/III faeces N, л. не обнаружены. 11/III новос. 0,3. 14/III дуод. зонд: в желчи В. 1—3—4 лямбл. и 3—5 лейкоцитов в п. з. 18/III новос. 0,45. 28/III дуод. зонд: в желчи А (до введения магнезии) 3—5—10 лямблий и 3—4 лейкоцита в п. з.; в желчи В 5—6 лямблий в п. з. и ед. лейкоциты. Кроме того, из этой желчи были выловлены плавающие в ней плотные кусочки, макроскопически весьма похожие на гной, микроскопически же оказавшиеся состоящими почти сплошь из лямблий. В желчи С найдены 3—5 лямблий в п. з. и единичные лейкоциты. Зондаж каждый раз несколько ослаблял больную, второе и третье вливание новосальварсана она перенесла хорошо. После четвертого вливания б-я была вялой, апатичной и казалась ослабшей. Тем не менее на 4-ый день после вливания t^0 упала до нормы. Б-я выписалась 31/III с нормальной t^0 , с хорошим самочувствием, без жалоб на болп, одышку или головокружение. Печень значительно сократилась, болезненность в обл. желчного пузыря и печени только при энергичной пальпации. Функциональное исследование (проба Видаля, нагрузка глюкозой, определение билирубина в крови и желчных кислот в моче) не дало отклонений от нормы. Холецистография патологических изменений в пузыре не обнаружила.

Сл. 2. (д-ра Н. С. Каменевой). Б-ал П-ва, 29 лет, п. б. от 6/III 30 г. № 759. Семейный анамнез чистый. 25-ти лет брюшной тиф. Спустя 3 месяца выкидыш, после этого 2 норм. беременности, закончившиеся нормальными родами. 10/II т. г. искусств. выкидыш, сопровождавшийся кровотечением в течение 1½ недель. Затем появились небольшие боли в животе, главным образом в правом подреберье, а 5/III внезапно приступ сильнейших болей в обл. печени, отдававших в правое плечо, озноб, t^0 до 38°. 6/III второй приступ острых болей, после которого б-я была направлена в клинику. Из status'a ее в клинике нужно отметить только глухие тоны сердца, особенно на сосудах, и увеличенную болезненную печень, сильную болезненность в обл. желчного пузыря и болезненные точки справа от позвоночника. t^0 —N. Б-ой был назначен уротропин с белладонной, грелки. 13/III был введен дуоденальный зонд и 50 к. с. 30% раств. серно-кислой магнезии. Результаты следующие: 1) желчь А—мутноватая, единичные лейкоциты; 2) желчь В—един. лейкоциты и 3—5 лямблий в п. з. 3) желчь С—макроскопически обильные хлопья гноя, микроскопически—очень много лямблий (иногда сплошными полями). 27/III дуоден. зонд. Лямблии в меньшем количестве. Через зонд введено 0,45 новосальварсана. Вскоре после этого боль в области печени прошла. Б-я выписалась 28/III в хорошем самочувствии. Однако произведенный в этот же день зондаж обнаружил следующее: желчь А—макроскопически хлопья гноя, но значительно меньше, чем при первом зондаже. Микроскопически в желчи А—сплошные поля лямблий и единичные лейкоциты. В желчи В—лямблии в меньшем количестве. лейкоциты единичные.

Итак, у обеих больных холецистит и ангиохолит, у обеих больных найдены lambl. intestinal. в значительном количестве, обе больные выписались практически здоровыми, в хорошем состоянии, хотя лямблий при выписке у них осталось немного, правда значительно меньше, чем вначале.

Можно ли, однако, поставить их заболевание в зависимость от лямблиоза, а несомненное объективное улучшение от уменьшившегося количества паразитов?

Ряд авторов констатирует, что с исчезновением или уменьшением паразитов больные выздоравливают. Это отметил уже Тржецеский. То же наблюдали Teitge и Wetzler. Cade и Lepine наблюдали 3-х летнего ребенка, похуевшего, с тяжелой диарреей, временами кровавистой, и анальными болями. В кале многочисленные лямблии, при отсутствии амёб. После трех инъекций ацетиларсола по 0,16 кровавистые испражнения исчезли, также поносы. Через некоторое время снова жидкие испражнения. В кале опять найдены многочисленные л. Новая серия инъекций ацетиларсола по 0,16—шесть инъекций в три недели. Общее состояние значительно улучшилось, кишечные явления исчезли полностью, в кале л. затем обнаружены не были. Tixier и Denis 8/II 28 г. продемонстрировали в Лионском медицинском о-ве больного, который в течение одиннадцати лет страдал приступами дизентерии, которую относили на счет хронического аппендицита и печеночной колики. Исследовали кал и нашли в большом количестве лямблии. Полное излечение стоварсолом.

Таким образом, этиологическая зависимость между изложенными болезненными явлениями и лямблиозом представляется как будто несомненной.

Что касается наших больных, то у первой, Ч-ой, до возникновения холецистита отмечается ряд инфекций, и хотя мы в желчи никаких патогенных микроорганизмов не нашли, все же возникает вопрос об инфекционном происхождении ее холецистита, который, быть может, постепенно развивался после перенесенного ею брюшного тифа. Что касается 2-ой больной, II-вой, то у нее холецистит получился непосредственно после совсем гладко прошедшего аборта (кровотечение, продолжавшееся 1½ недели), кроме того и у нее брюшной тиф в анамнезе. Улучшение же состояния обеих больных можно с большим основанием приписать обычному клиническому режиму и лечению при этой болезни.

Наша больная, Ч-ова, последние два года страдала поносами, сменявшимися запорами. В анамнезе этой же больной имеется указание на перенесенную холерицу. Весьма возможно, что в данном случае лямблиоз послужил этиологическим моментом. Такие наблюдения в литературе имеются. Nothnagel, Schilling, Müller, Ad. Schmidt сообщают об острых холероподобных случаях поноса с водянистыми слизистыми испражнениями, в которых массах находили большую часть неподвижные вегетативные формы л., в меньшем количестве цисты, причем в этих случаях не находили холерных вибрионов или других protozoa и возбудителей кишечных болезней. Острый диаррейный приступ можно рассматривать как первую реакцию только что пораженного кишечника.

У нашей больной мы наблюдали ряд неврастенических симптомов, которые также можно отнести на счет лямблиоза. Такую нервную возбудимость при лямблиозе наблюдали и другие авторы.

Весь симптомокомплекс у нашей больной Ч-вой заставляет думать, что в основе его находится лямблиоз.

В ряде случаев лямблиоз протекает, вероятно, бессимптомно, ничем себя клинически не проявляя. Это имеет место и при других заболеваниях, напр. при камнях в желчном пузыре. Надо, однако, полагать, что при благоприятных для себя обстоятельствах (разные инфекции, какие-нибудь моменты, ослабляющие организм) они обнаруживают свои патогенные свойства и с своей стороны способствуют разрушительной работе других инфекций. Получается своего рода *circulus vitiosus*.

Здесь необходимо обратить внимание еще на одно обстоятельство. Лямблии считают паразитами кишечника (*intestinalis*), их находят по преимуществу в *duodenum*. Особняком стоит сообщение Dorter'a, который нашел их в толстых кишках. В приведенных же мною двух случаях л. были найдены гл. образом в пузырной и печеночной желчи (В и С). Это может иметь значение не только в смысле развития воспалительных явлений со стороны желчных путей, но и в смысле образования желчных камней (пузырных или печеночных). Последние хотя и редко встречаются, но все же бывает (см. работу Руфанова из клиники проф. Мартынова). Так, холестерин под влиянием отшелушившегося эпителия может выпасть из желчи и послужить основой для образования камня (Кёрте). Бойзен связывает возникновение камней с неинфекционным десквамативным катарром печеночных желчных протоков. Что десквамация эпителия должна иметь место при лямблиозе, при их присасывании к эпителиальной клетке, при постоянном раздражении желчных путей, представляется более чем вероятным. Помимо этого, если бы даже л. находили только в желчном пузыре, то, как справедливо заме-

чает Руфанов, «воспаление и камни желчного пузыря нельзя считать заболеванием изолированным, стоящим вне связи с самой печенью, ее мельчайшими протоками, даже клетками».

Все это выдвигает настоятельную необходимость бороться с лямблиозом.

Раньше назначали слабительные (каломель), глистогонные, тимол и проч. Ввиду того, что л. относится к protozoa, то с появлением салварсана стали применять его с определенным успехом. Teitge, напр. советует не особенно скупиться на салварсан, он считает его самым действительным средством против лямблиоза. «Доза в 0,9», говорит он, «наверняка излечивает, хотя такая доза должна быть применена в виде исключения». Более осторожно высказывается Schilli: «возможно, что исчезновение лямблей (после нео) только случайное, успех, возможно, только временный». Wetzel считает, что «выпрыскиваниями нео можно добиться такого значительного уменьшения лямблей, что устранятся болезненные симптомы, но трудно надеяться введением нео окончательно уничтожить паразитов и препятствовать их возвращению». Салварсан применяется интравенозно или вводится через дуоденальный зонд. Некоторые, в особенности французские авторы, хвалят stovarsol (немецкий spirocid, русский осарсол). Известный специалист в области паразитологии Petzetakis (Александрия) говорит: «Le stovarsol est un médicament excellent pour le traitement des parasitoses intestinales; il est en général bien supporté à la dose de 0,50, 0,75 et 1 gr. par jour pour l'adulte».

Наряду с этими назначают дезинфицирующие препараты: уротропин, салол, бензонафтол, салициловый натр, аспирин, тимол, ментол, трипфлавин, холевал и проч. Мне кажется—без достаточных оснований. Все эти медикаментозные средства вообще не действуют на protozoa. Помимо этого, если паразиты находятся в желчных путях, то они не подвергаются воздействию дезинфицирующих, так как эти последние туда не попадают, или, если некоторые вещества (уротропин, иод) и попадают, то в таких ничтожных количествах, что их действие весьма проблематично. В этом отношении особенно убедительны исследования Шепехта. У людей с фистулой желчного протока он исследовал желчь, выделявшуюся после приема ими ряда антисептических веществ. Кроме этого, больным, у которых можно было исключить наличие эмпиемы желчного пузыря, а также задержку оттока желчи, он в течение многих дней до операции давал соответствующие средства и затем при операции исследовал бактериологически желчь, стенку пузыря и вырезанные куски печени. В стенке пузыря было доказано присутствие бактерий в 98%, в печени и желчи—в 50—55% случаев. Следовательно, влияние дезинфицирующих средств незаметно и назначение их вряд ли имеет смысл.

Как мы видели выше, один уже дренаж желчных путей посредством дуоденального зонда и введение через него серноокислой магнезии действуют благоприятно в смысле значительного уменьшения количества лямблей и понижения их жизнеспособности. Мне думается, что один уже дренаж, систематически проводимый в течение некоторого времени, может дать уже многое. Что касается салварсана, то его, повидимому, следует назначать в более массивных дозах, как разовых, так и общих, чтобы получить соответствующий терапевтический эффект. У нашей больной после первого введения 0,15 новосалварсана получилась анафилактическая реакция (одышка, зудящая сыпь), поэтому мы должны были быть осторожны с этим методом лечения. Ей всего было введено 1,05 новосалварсана. Другой больной салварсан был введен через зонд в дозе 0,45 только один раз. Так что говорить о достаточном лечении салварсаном в этих случаях не приходится. Тем не менее мы все же видели, что количество паразитов уменьшилось и что больные выписались со значительным улучшением. Более подходящим, безусловно, является назначение стоварсола. Как по простоте и удобству его применения, так и потому, что он все же действует *in loco*, в кишечнике, в том месте, где лямблии обычно скопляются больше всего. Надо только помнить, что все салварсанные препараты являются ядами для печени, почему при болезнях желчных путей и обычно сопровождающих их гепатитах должна быть соблюдена осторожность и бдительность, должна проверяться функция печени. В нашем случае она оказалась нормальной, но при даче салварсана обнаружился аллергический (анафилактический) явления, что тоже надо иметь в виду.

Как видно из изложенного, уничтожить (излечить) лямблиоз дело не легкое, последнее слово в терапии лямблиоза еще не сказано, и нужны еще дальнейшие

выискания, чтобы установить те пути и средства, которые дадут возможность больным окончательно избавиться от этого далеко не безразличного паразита.

Литература: 1) Bach. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, 1924, Bd 28.—2) Wetzler. Arch. f. Verdauungskr., 1927, Bd, XL.—3) Гартъе. Простейшие животные в кишечнике детей. СПб. 1908.—4) Grassi и Шевяков. Z. f. wissenschaft. Zoologie, 1888, Bd 46.—5) Jollous. Handbuch der pathogen. Mikroorganismen V. Kollé und Wassermann, 1913.—6) Cade и Levine, Pr. médic., 1925, № 45.—7) Кёрте. Болезни желчных путей, 1930.—8) Kollé и Hetsch. Эксперим. бактериология и инфек. бол., 1912.—9) Крюков. Кл. мед., 1929, № 23—24.—10) Кузнецова. Терап. арх., 1924, вып. 5—6.—11) Luger. W. kl. Woch., 1917, № 52.—12) Moritz и Hölzl. M. m. W.,—1892, № 47.—13) Павловский. Руководство к практической паразитологии человека, 1924.—14) Пермякова и Ланде, Врач. газ., 1927, № 16.—15) Petzetakis. Pr. médic., 1925, № 19.—16) Schilli, D. m. W., 1928, № 32.—17) Руфанов. Кл. мед., 1929, № 23—24.—18) Teitge. Kl. Woch., 1929, № 25.—19) Тржецкий. Русск. арх. патолог., 1896.—20) Fixier и Denis, Pr. médic. 1928, № 15.—21) Якимов, Василевская и Цветкова. Рус. врач, 1917, № 10.

Дрезденская гигиеническая выставка 1930 г.¹⁾

Проф. М. М. Гран.

Международная Гигиеническая выставка 1930 года в Дрездене сама по себе является крупным фактом в медицинской и санитарной летописи минувшего года; для Советского Союза она получает особый интерес, поскольку наш Союз на ней экспонировал и занимал очень видное место. Наркомпрос и Наркомздрав делегировали на эту выставку значительную группу профессоров, молодых научных сотрудников и врачей—и уже это обязывает бывших на выставке дать отчетную характеристику последней. (В числе 12-ти лиц, командированных от Наркомпроса РСФСР по Казани, были проф. М. М. Гран и доцент С. М. Шварц). Но, помимо того, итоги выставки в целом и выступление Советского Союза, расценка выставки и нашего советского выступления на ней заслуживают серьезного внимания широких советских общественных кругов и в первую очередь медицинских.

Прежде всего к истории Дрезденской выставки необходимо отметить, что в истории Международных гигиенических выставок Германии принадлежит почетное место; ей принадлежит идея специальных *Международных гигиенических выставок*; она впервые осуществила эту идею в 1911 году в том же Дрездене; на этой выставке также экспонировала Россия, но Россия царская, самодержавная. Как отмечается в русском каталоге Дрезденской гигиенической выставки 1911 года «Россия первую из иностранных государств отозвалась на призыв принять участие на выставке», причем отозвалась очень активно постройкой своего собственного павильона (правительственным комиссаром был проф. В. В. Подвысоцкий). Павильон был выстроен в древне-русском стиле по мотивам Московского Кремля (по проекту петербургского академика проф. В. А. Покровского); символически возглавляла павильон, как отмечает отчет, «величественная статуя «Россия»—работы русского скульптора Ю. Н. Сквирыской. Козыряла на выставке царская Россия «земской медициной», всеми скорпионами преследовавшая «крамольное земство». «Земская медицина» была «гвоздем» Дрезденской выставки 1911 года; тогда Земская медицина действительно фиксировала на себе исключительное внимание Западной Европы. На Дрезденской выставке 1930 года—через 20 лет—Россия уже явилась в виде «Союза Советских Социалистических Республик (Union der Socialistischen Sowjet-Republiken)» на «удивление и страх врагам»; «гвоздем» выставки была уже не земская, а Советская, социалистическая медицина. Эта историческая справка уместна и многопоучительна, обязывающая нас фиксировать особенное внимание на Дрезденской гигиенической выставке 1930 года.

Но все же обращаем внимание на основную нашу историческую справку, что Германии нужно отдать должное: ей принадлежит первое место в истории

¹⁾ Доложено в научной конференции Кафедры социальной гигиены 23 февраля 1931 года.