

ситета; он знал о Добачевском; он лично был знаком с профессором Гольдгаммером (физиком). Естественно, наша встреча и беседа с Альбертом Эйнштейном доставила нам большое моральное удовлетворение.

## XI-й Всесоюзный съезд терапевтов.

Прив.-доц. Л. И. Виленского и М. И. Ойфебаха.

С 27/1—30/1 с. г. в Москве происходил XI Всесоюзный съезд терапевтов. Съезд собрался в момент исключительной важности. За месяц до него происходил объединенный пленум ЦК и ЦКК ВКП(б), который дал лозунг на предстоящий решающий третий год 5-летки «завершить построение фундамента социалистической экономики СССР». «Создать экономическую базу социализма—это значит сомкнуть сельское хозяйство с социалистической индустрией в одно целостное хозяйство, подчинить сельское хозяйство руководству социалистической индустрии, закрыть и ликвидировать все те каналы, при помощи которых рождаются классы и рождается прежде всего капитал, создать в конце концов такие условия производства и распределения, которые ведут прямо и непосредственно к уничтожению классов» (Сталин, Гиз 27 г., ст. 27—28).

Исключительно большие темпы соцстроительства, имевшие место за последние два года—создание крепкого социалистического сектора в деревне (колхозы и совхозы), индустриализация страны—вызвали необходимость срочной реконструкции работы органов здравоохранения в соответствии с директивами партии «о медобслуживании рабочих и крестьян». Основной задачей органов здравоохранения является борьба за выполнение промфинплана, за выполнение 5-летки в 4 года, что нашло свое отражение на Съезде в докладе Наркомздрава (т. Попов): «Задачи социалистической реконструкции медицинской науки и здравоохранения».

Органы здравоохранения должны фиксировать свое внимание на обслуживании рабочего класса, строящего социализм, интересы которого должны быть удовлетворены в первую очередь. Основная масса средств и кадров должны быть направлены в ту сторону, которая решает основные моменты социалистического строительства. Советское здравоохранение должно быть классовым, опираться на массы и вместе с ними участвовать в строительстве социализма и этим оно резко отличается от западно-европейского здравоохранения. Элемент профилактики присущ и капиталистической медицине и не профилактика, как многие думают, отделяет сов. медицину от буржуазной.

Основные звенья, на которые необходимо обратить серьезное внимание в нашей практической работе—это пункты первой помощи, которые являются первичными ячейками единого диспансера, борющиеся за снижение заболеваемости рабочих и тем самым за осуществление промфинплана. Необходимо расширение медицинской сети, стремясь к созданию закрытых лечебных заведений для рабочих ведущих отраслей промышленности; должна быть усилена работа по насаждению самминимума. Нужна мобилизация внутренних ресурсов, рационализация дела медпомощи, борьба с инфекциями, обеспечение сети квалифицированным медицинским персоналом; все мероприятия должны быть увязаны с выполнением промфинплана на предприятиях.

Наблюдающийся в буржуазной Европе кризис медицинской науки является результатом загнивания капитализма, следствием тех противоречий, которые кроются в умирающем капиталистическом обществе; и он отображает общий экономический и политический кризис, который переживают буржуазные страны в настоящее время. Классовая борьба имеет место и в медицинской науке, и мы должны уметь ее отличать.

Переневы зарубежных ученых (Ашоффа и др.) на советской почве (Плетнев) являются антисоциалистическими и должны получить резкий отпор. В научных изысканиях должен быть положен принцип плановости, тесно связанный с условиями реконструктивного периода. Самые отдаленные теоретические вопросы должны быть увязаны с нашими основными задачами; научная работа должна отражать в себе марксистско-ленинскую методологию и только она может направить науку на правильный путь.

После заслушания доклада т. Попова и прений по докладу, которые заняли одно заседание, на пленарных заседаниях Съезда были заслушаны программ-

ные доклады: 1) ревматизм, 2) антагонисты туберкулеза, 3) хронические нетуберкулезные болезни легких. Одно заседание было посвящено заслушиванию отдельных докладов из серии *varia*. Кроме того, были организованы три секции: 1) профпатологии, трудэкспертизы и профилактики, 2) клинической, инструментальной и лабораторной методики, 3) секция ревматическая.

Прежде чем перейти к изложению содержания основных докладов, особо следует отметить выступление тов. Новинского на пленарном заседании съезда с приветствием от О-ва врачей-марксистов.

В своем выступлении т. Н. остановился на задачах О-ва врачей-марксистов и подверг резкой критике прошлую работу О-ва. Оторванность теории от практики соцстроительства, попытка приспособления идеализма к условиям диктатуры пролетариата сделали эту теорию — теорией меньшевистствующего идеализма. Группа Обуха в своей декларации изложила теоретические основы, на которых базировалась работа О-ва диалектики в медицине. Ревизия учения Дарвина, давшего диалектические основы марксизма и в основном разрешившего проблему эволюции, постановка вопроса об учении Ламарка и механистическое направление О-ва — характеризуют в основном его ошибки. Оценка практики О-ва врачей-материалистов показала, что оно не имело роста кадров врачей-марксистов (всего членов О-ва 130 чел.), связь со студенчеством отсутствовала; недостаточное внимание уделялось вопросам мед. образования, советского здравоохранения, подготовки кадров. Вопрос о борьбе с механистами обстоял неблагоприятно; О-во пренебрежительно относилось к выступлениям молодых товарищей, не оказывая им должной поддержки и внимания.

Переходя к проблеме оценки современного состояния медицины и мер к устранению трудностей, тов. Новинский критикует взгляд тов. Левита, считавшего возможным ликвидировать кризис в медицине на основе приближения генетики к медицине. В условиях Запада кризис связан с кризисом капитализма в целом. Отсутствие действительной научной методологии и наличие идеалистических тенденций привело к тому, что ученые Запада скатывались к позитивизму и идеализму. Вторым положением, характеризующим кризис на Западе, является отсутствие возможности проведения в жизнь основ социальной гигиены. Неверным является утверждение Левита, что генетика дает орудие диалектического материализма. Нельзя брать генетику в целом — в ней много направлений. Генетика плетется в хвосте идеалистов Запада. Современное естествознание Левит отождествляет с марксизмом — это совершенно неверно.

Далее Н. остановился на основных моментах социалистического здравоохранения, отметив трудности роста и повышение участия медицинских сил в строительстве колхозов и совхозов. Большим недочетом является то, что наша практика обогнала теорию в области сов. здравоохранения. В заключение тов. Новинский резко критикует взгляды Серебровского (см. Мед. бнл. жур. 1929 г. № 5 — Антропогенетика и евгеника в социалистическом обществе), называя их реакционными. Ближайшими задачами О-ва врачей-марксистов является изменение содержания, методов и установок работы и развертывание социалистического здравоохранения, социальной гигиены и, наконец, теоретизация практики.

Первой программной темой Съезда был ревматизм, который занял два заседания.

Докладчик: М. П. Кончаловский (Москва) — «*Этиология, патогенез ревматизма и значение среды*».

Необыкновенная пестрота и сложность этиологии и совершенно туманный и запутанный патогенез этого страдания привлекают к нему внимание клиницистов. Едва ли найдется болезнь, где этиология столь неясна, как ревматизм. В настоящее время многие считают, что название «ревматизм» нужно оставить — настолько велик объем тех болезненных процессов, которые сваливаются, как сказал Вельяминов, в одну общую кучу, так наз., «ревматических заболеваний». Более или менее очертившейся является картина острого суставного ревматизма. Особой чувствительностью к нему является соединительная ткань. В этиологии «ревматизма» играют одинаковую роль инфекция и интоксикация. Входными воротами часто бывают миндалины, но бывают и другие входные ворота для инфекции; она имеет склонность к рецидивам и обладает анафилактическими свойствами. В этиологии ревматизма играют роль холод и простуда. С одной стороны, простуда, охлаждение играют непосредственную роль; она может служить моментальным непосредственным фактором без всякого влияния инфекции; с другой стороны, ох-

лаждение является предрасполагающим моментом для вторичного влияния инфекции. Что касается первого момента, то он ярко выражается заболеванием, известным под названием пароксизмальной гемоглобинурии. Кроме эндогенных факторов (наследственность, генетика, конституция), в этиологии ревматизма играет большую роль экзогенное влияние социальной среды (профессиональный труд с его вредностями и травмами, метеорологические условия и пр.), причем анализ профессиональных вредностей имеет первенствующее значение, ибо из всех экзогенных факторов они имеют преобладающее значение в этиологии ревматизма. Задачи врача-клинициста и врача-общественника в этом вопросе должны быть синтезированы. Среди многих причин ревматизма мы общими соединенными усилиями должны подсмотреть ту, которая имеет преобладающее значение. Тогда, с ее устранением мы скорее вернем заболевшего ревматизмом к здоровью и труду.

Ван-Бремен (Голландия): в этиологии ревматизма рассматриваются четыре причинных фактора: 1) Local infection, 2) ревматический диатез или аномалия конституции, 3) отклонение от нормы и кожной циркуляции, 4) внешние условия (космические, социальные и др.). На развитие ревматизма оказывают влияние метеорологические условия: циркуляция воздуха, температура и т. д. У больных «ревматизмом» отмечается разница в кожной температуре на больных частях тела и изменение капилляров.

С большим интересом был заслушан обстоятельный доклад В. Т. Талалаева: «Патологическая анатомия острого ревматизма и ревматические заболевания». Изучение патологической анатомии острого ревматизма дало возможность установить, что полиартритический симптом не является тем симптомом, который объединяет все клинические формы острого ревматизма. Основным симптомом, объединяющим все клинические формы острого ревматизма, является ревматический кардит (острый эндомиокардит). Следующими, нередко выпадающими симптомами острого ревматизма, являются ревматический полисерозит и полиартрит. Поражение сердечно-сосудистой системы с ревматическим кардитом во главе, ревматический полисерозит и полиартрит составляют ревматическую триаду, наблюдающуюся в полном объеме при издавна известной форме «острый сочленовный ревматизм». Сердечная (кардиальная) форма острого ревматизма, протекающая без поражения суставов, является одной из основных форм острого ревматизма. Патолого-анатомическое изучение острого ревматизма дало возможность установить, что ревматический кардит, столь характерный для полиартритических форм острого ревматизма, как правило отмечается и при chorea minor, и при nodosum ревматизма, чем документируется принадлежность этих форм к острому ревматизму, что раньше только подозревалось клиницистами. В развитии ревматического процесса различают три стадии: альтернативно-экссудативную, пролиферативную стадию, ведущую к образованию столь характерной для ревматического процесса крупно-клеточной гранулемы (Ашоффская гранулема), наконец, третья стадия—развитие ревматического склероза. Острый ревматизм представляет собой процесс циклического характера, который заканчивается к концу 6-го месяца развитием ревматического склероза. Отсюда сам собой напрашивается вопрос, когда ревматика надо считать клинически здоровым? По мнению докладчика, ревматик должен быть удержан в постели в течение 3-х м-цев, несмотря на исчезание полиартритического симптома, и 2 м-ца в санаторных условиях при ограниченных движениях, причем те больные, которые долго были выдержаны в постели, заканчивают свою болезнь с наименьшими рубцовыми изменениями в клапанном аппарате. Затронутый докладчиком вопрос имеет столь большое социальное значение ввиду необходимости предоставления продолжительного отпуска (до 6 м-цев) больным с острым ревматизмом, что должен быть подвергнут, по нашему мнению, обсуждению на специальных совещаниях врачей совместно с органами социального страхования.

Проблеме клиники ревматизма был посвящен доклад проф. Бухштаба (Одесса). Важнейшей проблемой является определение понятия «ревматизм». Несмотря на то, что «ревматизм» — сборное понятие, охватывающее ряд заболеваний, ничего общего между собой не имеющих, все же потребности клиники заставляют временно сохранить этот термин. Ашоффская ревматическая гранулема есть тот патолого-анатомический субстрат, который охватывает ряд клинических форм, входящих в нозологическую единицу, которую докладчик предлагает называть «истинным ревматизмом».

«Истинный ревматизм» дает сердечно-сосудистую инвалидность, все остальные формы прежнего «ревматизма» дают инвалидность суставную. «Первичный ревматизм» не есть «проблема клиники ревматизма» — это проблема клиники заболеваний органов двигательного и поддерживающего аппарата. Внутренняя клиника должна быть руководящей в деле изучения большинства суставных заболеваний.

Проф. Г. Я. Гуревич (Москва) в докладе «Лечение ревматических заболеваний» указал на крайне большое разнообразие методов лечения ревматических заболеваний.

Исключительно большой интерес вызвал доклад М. А. Горшкова и А. А. Бабковой: «Клинический опыт по вопросу о патогенезе ревматизма», открывающий новую страницу в патогенезе и лечении ревматизма. Исходя из лабораторных экспериментов Сперанского, что, если местные явления при ревматизме представляют из себя отражение в периферических тканях того процесса, который течет в нервной системе, то исчезновение местных тканевых изменений — будет свидетельствовать не об удалении раздражителя из тканей, а о восстановлении нормального состояния пострадавшей нервной клетки, авторы пришли к выводу, что проникновение салициловых препаратов в район центральной нервной системы нормально затруднено наличием особой системы защиты, носящей название «барьера». Для повышения эффективности действия салицилового натра необходимо создание условий для лучшей проницаемости «барьера». Применяя метод «буксирования» для увеличения проницаемости «барьера», авторы на материале 100 больных Обуховской больницы в Ленинграде отметили, что в случаях острого ревматизма, эффективность действия салицилового натра при условии «буксирования» сильно повышается. Данные докладчиков подтвердил также присутствовавший на Съезде проф. Греков.

По ревматизму были также заслушаны доклады Г. М. Данишевского — «Распространение ревматизма в СССР», М. М. Дитерихса — «Принципы рациональной классификации и унитарной номенклатуры ревматических заболеваний», П. Г. Мезерницкого — «К вопросу влияния метеорологических факторов на заболевание суставов».

Второй программной теме Съезда: «Хронические нетуберкулезные заболевания легких» было посвящено два заседания, на которых был заслушан ряд докладов. Основным докладчиком на тему «Пневмосклерозы и пневмокониозы» выступил проф. А. Н. Рубель (Ленинград), изложивший характеристику, патогенез, этиологию и классификацию этих заболеваний. Отметив частоту их и опорные пункты диагностики, Рубель рекомендует различать три стадии пн-склероза: 1-й, когда склероз легочной ткани полностью компенсируется эмфиземой и местная аллергия выражается в частой «простужаемости» и частых острых бронхитах; 2-й, когда развивается картина «хронического бронхита» и эмфизема не способна компенсировать легочный процесс, обнаруживаются застойные явления в легких, в слизистой и подслизистой бронхов; 3-й стадий характеризуется сердечно-сосудистой недостаточностью, присоединившейся к картине «хронического бронхита». Таким образом, можно говорить о компенсированном, субкомпенсированном и декомпенсированном пн-склерозе. При пнеймокониозах Рубель клинически различает: а) кониотический перибронхит, б) кониотический пнеймокониоз и в) всего чаще наблюдаемую смешанную форму. Имеет значение для полноты клинической характеристики указание на стадий развития склероза и степень его распространенности (I, II, III ст. рентгенологов), а также физические и химические свойства пыли. В. А. Ляпустин из Свердловского кабинета по изучению профзаболеваний описал на основании обследования 350 чел., патолого-анатомических и экспериментальных данных картину хромикового пневмокониоза у рабочих Уральского гос. хромикового завода, вырабатывающего, так наз., хроматы (дву-хромокислый калий и натр). Эта форма пнеймокониоза впервые описывается в литературе. Клинику антракоза, силикоза и сидероза изложил проф. М. М. Шейнин (Харьков), обратив внимание на значение силикатной проблемы и роли кремневой кислоты.

Положение ряда авторов «нет кониоза без силикоза» требует еще дальнейших подтверждений. «Чистые» формы кониозов встречаются сравнительно редко, чаще приходится иметь дело с так наз. «кониотуберкулезом», что, конечно, влияет на клиническую картину и течение основного процесса в дальнейшем.

Л. Л. Гольст (Ин-т имени В. А. Обуха в Москве) дал характеристику рентгеновской картины пнеймосклерозов с разделением их по степени рас-



пространения на три стадии. Рентгеновский диагноз становится более вероятным в III ст. (большие фиброзные очаги и тяжи).

*«Абсцессы легких в клинике нетуберкулезных заболеваний легких»* были доложены проф. Р. А. Лурья и М. И. Ойфебах. Авторы на основании 69 случаев лег. абсцессов подтверждают участие этих случаев в связи с гриппозными заболеваниями. Различая абсцессы бронхо-пульмональные, перфоративные, гангренозные, аспирационные и метастатические, следует индивидуализировать и методы консервативной и хирургической терапии. По исходам случаи самопроизвольного излечения лег. абсцессов составляют 17%, смертельный исход 25% всех случаев.

В оживленных прениях по затронутым докладчиками вопросам высказался ряд товарищей.

Третьей программной теме Съезда: *«Антагонисты туберкулеза»* были посвящены доклады проф. Н. Д. Стражеско *«Сердце и туберкулез»*, В. Х. Василенко и Д. Г. Кричина *«Мочекислый обмен при туберкулезе легких и его антагонистах»* и Д. Я. Эпштейна *«Влияние бронхимальной астмы на возникновение, развитие и течение легочного туберкулеза»*. Проф. Стражеско (Киев) с точки зрения значения конституции и роли ретикулоэндотелиальной ткани в борьбе с инфекцией, в выработке иммунитета и в обмене подходит к вопросу о пересмотре нашего отношения к антагонистам туберкулеза. Наследственно-артритическая конституция и хронические инфекции, при которых, вследствие постоянного раздражения мезенхимы организма, наступают пролиферация соединительно-тканых элементов с последующим их склерозированием, являются антагонистами туберкулеза. К ним относятся скрытый хронический сепсис, наследственный сифилис и сифилис в третичном периоде. Ревматические заболевания сердца, сопровождающиеся всегда раздражением и перестройкой мезенхимы, способствуют благоприятному течению туберкулеза легких, особенно в тех случаях, когда налицо длительная гиперемия легких. Заболевания сердца, ухудшающие питание легочной паренхимы, способствуют возникновению туберкулезного процесса и ухудшают его течение. Сужение двустворки в результате endocarditis laryngata больше других сердечных заболеваний задерживает развитие легочного туберкулеза. Стражеско предостерегает от неправильной трактовки явлений со стороны верхушек при некоторых заболеваниях сердца, симулирующих активный туберкулез там, где его нет.—В прениях по этому докладу был высказан ряд соображений об антагонистах туберкулеза. Некоторые товарищи отвергали наличие вообще конституциональных и др. морфологических изменений организма, не учитывая при таком заболевании, как туберкулез, влияние внешней среды и ряда социальных факторов, имеющих решающее значение в поведении туберкулезного организма. Анализ последних, не приведенный докладчиком, может вскрыть ряд моментов, опровергающих существование антагонистов туберкулеза.

Василенко и Кричин (Киев) на основании своих наблюдений подчеркивают, что некоторые заболевания, как подагра, болезни сердца, сосудов и др. не ухудшают течение туберкулеза. По отношению к мочекислому обмену туберкулез легких характеризуется гипоурикемией, а его антагонисты гиперурикемией. Как один из антагонистов легочного туберкулеза, Эпштейн (Киев) выдвигает бронхимальную астму. Астматика большей частью наследственные невропатии с нервно-артрической конституцией и дистонией вегетативной системы. Эти моменты обуславливают высокую резистентность организма против туберкулезной инфекции. В редких случаях сочетания астмы и легочного тбс течение последнего атипичное по своей локализации, доброкачественное, без склонности к распаду. Прогрессирование тбс вызывает исчезновение астматических приступов.

Оживленные прения вызвал доклад проф. В. Л. Эйниса, Ф. А. Михайлова и Е. Л. Киселевой на тему *«Влияние туберкулезной токсэмии на аппарат кровообращения»*. Останавливаясь на механических (смещение сердца и средостения, ограничение дыхательных экскурсий и т. д.) и токсических факторах, авторы на 800 больных, близких друг к другу по распространенности процесса, установили, что параллельно нарастанию интоксикации ухудшается функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Для практических целей важно выделить нарушения сердечной деятельности, связанные с повышенной общей нервной возбудимостью больного, с этой целью Эйнис рекомендует вос-

пользоваться простой пробой с физической нагрузкой типа Мартине, назначая больным в течение 3-х дней по 4,0 бромистого натра в сутки; в случаях функциональных расстройств, бромирование ведет к резкому снижению тахикардии (до 20—30%). Изучение электрокардиограмм у тbc больных в настоящее время еще не позволяет авторам делать определенных выводов о состоянии сердечно-сосудистой системы при тbc.

Д. Л. Мейерсон (Одесса) осветил вопрос «*Сифилис и туберкулез легких*», указав, что старый доброкачественный туберкулез легких приобретает острое течение, когда к нему присоединяется люэтическая инфекция. Туберкулез, возникающий в организме старого люэтика, характеризуется склерогенными тенденциями и весьма доброкачественным, торпидным течением.

Переходя к работе отдельных секций, отметим, что в секции клинической, инструментальной и лабораторной методики были заслушаны доклады: В. Ф. Зеленина (Москва).—«*Изменение «токов действия» сердца при поражениях миокарда различной природы*»; Л. И. Фогельсона (Москва).—«*К патогенезу ритма галопса*»; Г. Е. Сорокина (Москва).—«*Рентгено-кимография сердца*»; Л. М. Гурвича и И. Б. Кабакова—«*Определение количества циркулирующей крови у базедовиков и сердечных больных*». Б. А. Егоров демонстрировал новый прибор для определения венозного давления крови и давления спинно-мозговой жидкости.

В биологической секции заслушано 11 докладов, из них из Казани З. И. Малкина «*О значении определения осмотического давления протеинов в клинике внутренних болезней*».

Секция профессиональных болезней, трудовой экспертизы и профилактики провела несколько заседаний, посвященных вопросу организации единых диспансеров, изучению нетрудоспособности при различных заболеваниях, профилактизации клиники, новым задачам медобразования, вопросам трудоспособности в колхозах и т. д. Доклад Либермана (Украина) об едином диспансере и формах его связи с другими лечебно-профилактическими и общественными организациями и роли терапевта в новой системе социалистического здравоохранения вызвал оживленный обмен мнений. И это вполне понятно, ибо впервые этот вопрос обсуждался на Всесоюзном съезде терапевтов. В ряде докладов был освещен вопрос о роли и задачах охраны материнства и младенчества, охраны здоровья подростков в системе единого диспансера. Если в принципиальных установках против новой формы здравоохранения, основной задачей которой является приспособление всей лечебно-профилактической работы к нуждам важнейших отраслей промышленности и сельского хозяйства, особых возражений не было, то в практической части выявились ряд трудностей и дефектов в организации единых диспансеров. Нельзя считать еще разрешенным вопрос об обслуживании по территориальному и производственному принципам. В связи с важнейшими решениями пленума ВЦСПС о реорганизации всей профсоюзной работы на основе приближения ее к нуждам промышленности (отсюда и разукрупнение наших профсоюзов) вполне понятны выступления товарищей, подчеркнувших необходимость пересмотра всей системы здравоохранения, в том числе и единых диспансеров, в направлении приближения их к предприятиям и, в первую очередь, к ведущим отраслям промышленности, поставив во главу угла производственный принцип обслуживания.

Представители Иваново-Вознесенска, Ленинграда и других районов подняли животрепещущий вопрос о роли врача-терапевта, работающего в стационарах, и его участия в диспансерной работе. Больной, попадая в стационар, обычно теряет связь с врачом-диспансеризатором, который по идее единого диспансера должен наблюдать за больным и в условиях его труда и быта. Этот разрыв в наблюдении ряд т. т. рекомендовали пополнить тем, чтобы диспансеризатор был введен в качестве сверхштатного работника больницы, где бы он мог продолжить свое наблюдение за больным и в стационарной обстановке. Вполне понятно, что нагрузка такого врача-диспансеризатора, который ведет свою работу на дому, в диспансере, на пункте первой помощи, да еще в стационаре, становится почти невыполнимой. Формы вовлечения врача стационара в диспансерную работу еще недостаточно ясны и заслуживают внимания в нащупывании правильных путей. Следует отметить, что дискуссия по вопросу о едином диспансере подтвердила жизнеспособность новой системы социалистического здравоохранения, в осуществлении которой врачам-терапевтам принадлежит исключительная роль.

Вопросы *подготовки кадров* получили освещение в докладе представителя НКЗ РСФСР тов. Б а н ь ш и к о в а, указавшего основные принципы медобразования, которые должны обеспечить органам здравоохранения необходимые кадры медработников на новом этапе социалистической реконструкции промышленности и сельского хозяйства и в борьбе за выполнение 5-летки в 4 года. В связи с новыми задачами медицинского образования и клиническое преподавание должно быть построено на синтезе между профилактической и лечебной медициной, что возможно, по мнению проф. Р. А. Лурия (Москва), тогда, когда клиника будет представлять собой комплекс учреждений (клинический стационар, единый диспансер, помощь больным на дому, лечебно-профилактические учреждения и семинарии на отдельных производственных единицах). В области пропедевтики следует ставить акцент на систематическом изучении субъективных жалоб больного, социальных моментов и особенно функциональной диагностики. Клиническое преподавание гарантирует усвоение конкретной связи между клиническим фактом и социальной средой, а отсюда и правильные пути изменения этой среды, как причины болезни, лишь в том случае, когда оно будет исходить из исторического и диалектического понимания фактов.

Из целой серии докладов, характеризующих влияние различных видов труда на сердечно-сосудистую систему, обмен веществ, биохимические изменения в организме и т. д., отметим лишь некоторые. Большой интерес представляло сообщение проф. Л а п и д у с (Саратов) на тему «*Вопросы трудоспособности в колхозах*». В районе сплошной коллективизации в Н. Поволжье бригада, которой руководил докладчик, изучала влияние на организм человека (в том числе и женщин) работы на различных системах тракторов и комбайнов. Удалось отметить ряд дефектов отдельных систем с/х машин, вредно отзывающихся на здоровье трактористов. Эти недочеты сравнительно легко устранимы, и бригадой даны соответствующие указания Сталинградскому тракторному заводу. Результаты обследования, доложенные на совещании с/х специалистов, произвели большое впечатление, ибо они с очевидностью доказали товарищам экономическое значение изучения проблемы трудоспособности в колхозах и жизненную необходимость участия медработников в выполнении грандиозных задач, стоящих перед с/х сектором СССР.

Л е в и т а н и Е р у с а л и м ч и к, изучая *язвы желудка двенадцатиперстной кишки с точки зрения нетрудоспособности больных*, нашли, что язвы дают чаще всего временную нетрудоспособность, в значительно меньшем количестве — стойкую. В отношении групп инвалидности наблюдаются резкие колебания в оценке нетрудоспособности этих больных. Составляя материал оперированных и неоперированных язв, авторы констатируют, что наибольший процент стойкой утраты трудоспособности наблюдается после оперативного вмешательства. Лица физического труда чаще попадают на инвалидность и дают более высокие группы.

*Методике экспертизы нетрудоспособности при туберкулезе* был посвящен доклад Л. Г. Шрейберга (Москва), отметившего трудности этой задачи и необходимость осторожного и индивидуального подхода к каждому больному при переводе его в инвалиды вследствие его туберкулезного процесса.

Последний день (31 января) был посвящен демонстрации делегатам Съезда ряда научных и практических учреждений Москвы.

Были осмотрены клиники 1-го и 2-го Москов. мединститутов, где делегаты имели возможность ознакомиться с клиническим материалом и получить краткое освещение вопросов, которыми занимается данная кафедра. Из других Институты были осмотрены Институт по изучению профзаболеваний, Ин-ты охраны труда, переливания крови им. Богданова, Научный ин-т питания, Туберкулезные ин-ты Москвы и т. д.

Впечатление большой работы, проделанной коллективом работников и его руководителями, производит диспансер № 6 им. Нансена в Богородске. Тов. М е л ь м а н — зав. и организатор одного из наиболее крупных диспансеров Москвы в рабочем районе — детально ознакомила делегатов с постановкой дела и отдельными звеньями единого диспансера. Крепкая связь с районными организациями, диспансерный охват рабочих одного из крупных заводов (быв. Богатырь), правильно взятый курс на выполнение директив партии о повороте лицом к производству, оставляет уверенность в жизнестойкости и целесообразности новой системы здравоохранения — единого диспансера. Интересен опыт переписи всего населения района (около 30.000 чел.) силами самого диспансера.

Мы, по мере возможности, остановились на основных моментах в работе XI Всесоюзного съезда терапевтов. Какая же общая оценка может быть дана Съезду, собравшему около 1700 делегатов со всех концов СССР? Отобразил ли он тот резкий перелом в научно-исследовательской и практической работе врача, который должен наступить на настоящем историческом этапе? С определенностью можно ответить, что этого перелома пока нет и что перестройка институтов, клиник разворачивается недостаточными темпами. Отдельные сдвиги можно видеть в том, что впервые на терапевтическом съезде заслушаны доклады Наркомздрава и ряд сообщений по профпатологии и организационным вопросам здравоохранения (единый диспансер и т. д.). Огромное большинство заслушанных докладов свидетельствуют об отсутствии объединяющего плана научной работы; постановления отдельных вопросов клинической и экспериментальной медицины, с превалированием биологической оценки фактов, без учета влияния внешней социальной среды, отсутствие диалектического метода и марксистско-ленинской методологии в разработке этих проблем не могли полностью удовлетворить аудиторию, что и было отмечено в выступлениях ряда товарищей. Такая постановка докладов должна быть изменена: оторванность научной работы от нашей повседневной практики, от основных задач социалистического строительства делает ее абстрактной и обесценивает ее значение.

Указанные дефекты были учтены, и Съездом были сделаны организационные выводы в его постановлении об организации Всесоюзного терапевтического общества. Основная задача Общества заключается в активном его участии в социалистическом строительстве СССР, в повышении обороноспособности страны, руководстве его филиалами на местах. Вовлечение в его ряды широких врачебных масс и научных работников, тесный контакт с советской общественностью, развертывание работы на основе диалектического материализма, внесение строгой научности в научно-исследовательскую работу—обеспечит Обществу оживление научной работы, являющейся не самоцелью, а частью соц. строительства нашего Союза. Методами работы Общества должны быть ударничество, соц. соревнование на базе широкой самокритики.

Программными темами к следующему Всесоюзному съезду намечены—«*Методологические основы клинического исследования внутренних болезней*», «*Клиника и эпидемиология гриппа*», «*Гастриты*», «*Заболевания сердечно-сосудистой системы*» и «*Трудоспособность*».

## Библиография и рецензии.

М. Изелен. *Повреждения и инфекционные заболевания кисти*. Редакция и предисловие проф. М. Н. Шевандина. Стр. 116. Харьков. 1930 г. Изд. «Научная Мысль». Цена 1 р. 10 к.

Проф. М. Н. Шевандин указывает, что повреждения и воспалительные процессы пальцев и кистей рук принадлежат к актуальным вопросам хирургии. Это «профессиональная» болезнь рабочих. Руки их весьма часто подвергаются ранениям и многочисленным разражениям. Эти ранения также нередко вызывают ограничение функции с калечением пальцев или всей руки. Лечение подобных повреждений представляется нелегким делом; здесь не только надо оказать своевременную и целесообразную помощь, но и обеспечить максимальную функциональную способность руки при осложнении. Поэтому необходимо поручить оказание помощи и лечение травматиков специалистам-хирургам. Было бы ошибкой думать, что всякий молодой врач может продуктивно работать на медпункте; особенно это касается крупных производств с большим количеством рабочих. Каждый хирург должен быть знаком с правильной постановкой дела подачи первой помощи на медпункте и рациональным лечением возможных осложнений. Не меньшее внимания надо уделять также целесообразному лечению инфекционных процессов на руках. Как тяжело могут пострадать больные от неправильных и несвоевременных разрезов панарициев и флегмон! Хорошим руководством для решения поставленных задач может служить книга М. Iselin'a, переведенная с французского на русский язык М. А. Диканским. В первой части своей книги Iselin касается ранений пальцев и кисти и рациональной помощи при них. Во второй части имеются сведения об инфекционных процессах на руках, причем подробно разбираются как все виды панарициев и флегмон, так и способы операций при