

Арміи и туберкулезъ. *)

Д-ра Е. М. Идельсона.

На вопросъ, что такое культура? одинъ изъ нашихъ отечественныхъ мыслителей далъ слѣдующее общее опредѣленіе, обнимающее собою не только матеріальное благо, но и моральное усовершенствованіе жизненнаго строя людей. Подъ культурой, говоритъ онъ, слѣдуетъ понимать извѣстную степень развитія фактической солидарности, существующей между различными элементами и группами населенія данной страны. Подобное опредѣленіе культуры, можно сказать, какъ нельзя болѣе годится и примѣнимо для характеристики и оцѣнки той общественной солидарной борьбы, которая за послѣдніе 20 лѣтъ объявлена во всѣхъ цивилизованныхъ странахъ туберкулезу, какъ одной изъ самыхъ жесточайшихъ народныхъ болѣзней. Придавая этой желаемой общественной солидарности крупную роль и особенное значеніе въ дѣлѣ борьбы съ такимъ народнымъ бѣдствіемъ, какъ туберкулезъ, нельзя также не отмѣтить, что во всѣхъ государственныхъ и общественныхъ учрежденіяхъ едва ли намъ гдѣ либо является возможность искать этой солидарности въ тѣхъ размѣрахъ, въ какихъ мы должны ее встрѣчать въ современныхъ, правильно организованныхъ арміяхъ. Наилучшій военный организаторъ, искоренившій слѣды позорнаго крѣпостничества въ Русской арміи, графъ Дмитрій Алексѣевичъ Милютинъ характеризовалъ значеніе арміи слѣдующимъ образомъ: „Въ военномъ искусствѣ“ писалъ онъ еще въ 39 году минувшаго столѣтія—„есть двѣ стороны: матеріальная и

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 31 января 1913 года.

моральная. Войско не есть только физическая сила, масса, составляющая орудіе военныхъ дѣйствій, но вмѣстѣ съ тѣмъ соединеніе людей, одаренныхъ умомъ и сердцемъ“. Изображая изъ себя, по выраженію Фонъ Гольца, вооруженный народъ и имѣя однимъ изъ своихъ лозунговъ, что „всѣ за одного и одинъ за всѣхъ“, современная армія, какъ таковая, представляетъ собою многочисленную группу людей, которые по своему однообразному режиму, обстановкѣ и по своему духу должны располагать наибольшей солидарностью, до взаимнаго самоотверженія и самопожертвованія включительно.

Казалось бы съ перваго взгляда, что армія и туберкулезъ совершенно не должны быть совмѣстимы между собою. Комплектуя свой составъ самымъ отборнымъ въ смыслѣ здоровья элементомъ, такъ сказать цвѣтомъ мужского населенія, и будучи обставлена самымъ бдительнымъ медицинскимъ контролемъ, при которомъ учитываются всѣ индивидуальныя особенности и физическія качества каждаго призываемаго подъ знамена солдата, армія, говоря аргюгi, не должна была бы имѣть въ своей средѣ никакихъ больныхъ и умирающихъ отъ бугорчатки; но на практикѣ, въ дѣйствительности, какъ видно будетъ изъ нижеприведенныхъ данныхъ, армія далеко не свободна, въ большихъ или меньшихъ размѣрахъ, отъ вседѣйствующей туберкулезной болѣзни.

Кромѣ того нельзя также не имѣть въ виду, что армія, сосредоточивая въ себѣ большой однородный человѣческій матеріалъ по возрасту, образу жизни, занятіямъ, способу питанія и многимъ другимъ условіямъ, можетъ служить для насъ исходнымъ пунктомъ и наилучшимъ показателемъ при разборѣ и оцѣнкѣ тѣхъ или другихъ успѣховъ въ области изученія соціальной патологии и массоваго народнаго здравоохраненія. Еще Вирховъ высказалъ, что военно-медицинская статистика не только важна для самой арміи, но она имѣетъ также и общее значеніе для научныхъ наблюдений и выводовъ. Поэтому при тѣхъ многочисленныхъ вопросахъ и задачахъ, которые приходится рѣшать въ дѣлѣ борьбы съ многовѣковымъ бичемъ человѣчества, существенно важно знать и быть освѣдомленнымъ, на сколько и въ какихъ размѣрахъ эта губительная туберкулезная болѣзнь проникаетъ и въ арміи, и какія примѣняемыя профилактическія мѣры оказываются наиболѣе дѣйствительными и цѣлесообразными. Что

вопросъ объ условіяхъ распространенія туберкулеза въ арміяхъ настойчиво нуждается въ своемъ ближайшемъ разрѣшеніи, указываетъ намъ также и тотъ фактъ, что объ этомъ трактовалось и обсуждалось во многихъ врачебныхъ сѣздахъ и международныхъ конгрессахъ по борьбѣ съ туберкулезомъ.

Но прежде чѣмъ изложить нѣкоторыя фактическія данныя о туберкулезѣ въ арміяхъ, я считаю долгомъ извиниться предъ почтеннымъ собраніемъ въ томъ, что позволю себѣ здѣсь вкратцѣ отмѣтить нѣкоторые, многимъ изъ васъ хорошо извѣстные штрихи изъ исторіи развитія ученія о сущности туберкулезнаго процесса; ибо всѣ наши сужденія и всѣ наши практическіе приемы, будутъ ли они касаться частной, общественной профилактики, статистической регистраціи и терапіи, всегда и всецѣло находятся въ тѣсной неразрывной связи съ понятіями и воззрѣніями, которыя видоизмѣнялись и устанавливались во врачебномъ познаніи о сущности даннаго патологическаго процесса.

Картина болѣзни, извѣстной намъ подъ именемъ туберкулеза или чахотки, была также извѣстна и древнимъ врачамъ. Гиппократъ оставилъ намъ классическое описаніе этой болѣзни. Этотъ великій наблюдатель высказалъ то положеніе, что чахотка или фтизисъ, (какъ она называлась у грековъ) излечима, если только своевременно и правильно ее лечить. О специфическомъ характерѣ чахоточной болѣзни онъ повидимому не зналъ, хотя по имѣющемуся изреченію въ сочиненіяхъ Гиппократа, „что одинъ фтизикъ порождаетъ другихъ фтизиковъ“, надо полагать, что понятіе о заразительности чахотки было ему не чуждо. По понятіямъ Гиппократа болѣзнь эта происходитъ вслѣдствіе задержки въ легкихъ слизи и крови, которыя, не будучи выведены наружу, превращаются въ гной. Долгое время полагали, что Гиппократу будто бы были также извѣстны и бугорки (туберкулы) какъ причина чахотки. Но Вирховъ окончательно доказалъ, что подъ имѣющимся въ сочиненіяхъ Гиппократа словомъ *Phymata* слѣдуетъ только понимать гнойный фокусъ.

Другой врачъ древняго міра Аврелій Корнелій Цельсій, прозванный латинскимъ Гиппократомъ, оставилъ въ своей энциклопедіи (*De medicina*) довольно подробное и обстоятельное описаніе болѣзней дыхательныхъ органовъ, а въ особенности чахотки. Подъ чахоткой Цельсій, также какъ и Гиппократъ, понимаетъ только нагноеніе легкихъ и причисляетъ

ее къ одной изъ формъ табеса (буквальный смыслъ этого термина означаетъ общее истощеніе организма). *Tabes* по Цельзію бываетъ 3-хъ родовъ: Атрофія, кахексія и фтизисъ. Цельзій весьма подробно описываетъ всѣ симптомы страданія легочной чахотки въ различныхъ ея стадіяхъ, Что же касается методовъ леченія легочной чахотки, то они выражались въ двойкой формѣ: гигиенически—діететической и лекарственной. Но болѣе важное значеніе придавалось климатическому и діететическому леченію, какъ: хорошему правильному питанію, морскимъ путешествіямъ и тому подобнымъ средствамъ. Нельзя при этомъ не подчеркнуть, что гигиенически-діететическое леченіе туберкулеза получило и у насъ свое широкое примѣненіе только со 2-й половины минувшаго 19-го столѣтія, со времени Brehmer'a, Dettweiler'a и Turban'a, отвоевавшихъ этому старинному методу леченія право гражданства и чуть ли не первенствующую роль и въ современной терапіи туберкулеза. Возрѣнія врачей на сущность чахоточной болѣзни оставались *in statu quo* безъ всякаго дальнѣйшаго развитія въ теченіе довольно продолжительнаго историческаго періода, вплоть до 17-го столѣтія, когда кругъ анатомическихъ знаній значительно расширился и когда патолого-анатомическое вскрытіе труповъ стало чаще примѣняться въ научно-врачебной дѣятельности. На этихъ вскрытіяхъ въ трупахъ умершихъ отъ легочныхъ болѣзней многимъ патолого-анатомамъ бросалось въ глаза присутствіе твердыхъ узловъ въ различныхъ органахъ вообще и въ особенности въ легкихъ.—Узлы эти были названы по номенклатурѣ Цельзія туберкулами. Первоначально въ присутствіи этихъ туберкулъ не находили никакой видимой связи съ легочными страданіями. Только извѣстный Лейденскій профессоръ Францъ Сильвій (1614—1672) впервые обратилъ вниманіе на то, что во многихъ случаяхъ фтизиса происходитъ нагноеніе этихъ туберкулъ. По мнѣнію Сильвія туберкулы образуются изъ маленькихъ, невидимыхъ для невооруженнаго глаза железъ, которыя при извѣстномъ предрасположеніи или скрофулезной конституціи, какъ онъ выражается, могутъ разрастаться и принимать форму узловъ большаго или меньшаго размѣра.

Такимъ образомъ упомянутый Сильвій далъ намъ, по выраженію Вальденбурга, первый зародышъ современнаго ученія о туберкулезѣ. Подъ вліяніемъ возрѣнія Сильвія

вкралось однако же понятіе объ идентичности золотухи съ легочной чахоткой. Смѣшеніе этихъ болѣзненныхъ процессовъ повидимому затормозило на время дальнѣйшее развитіе понятія о туберкулезѣ.

Значеніе туберкула при легочной чахоткѣ нѣсколько больше развилъ Morton (1689), который утверждалъ, что всѣмъ формамъ чахотки обязательно всегда предшествуетъ казеозный процессъ въ туберкулахъ. Послѣ этого однакожъ, въ теченіе цѣлаго столѣтія, ученіе о туберкулезѣ оставалось безъ всякихъ измѣненій и лишь только къ концу 18 столѣтія Stark (1785), Reid (1785), а въ особенности Bayle (1774—1816) впервые установилъ настоящее понятіе о милярномъ туберкулезѣ. Bayle нашелъ, что милярные туберкулы во всѣхъ органахъ имѣютъ однородный характеръ и одинаковый ходъ развитія, и что всѣ формы туберкуловъ имѣютъ между собою генетическую и клиническую связь. Такимъ образомъ Bayle первый сдѣлался, такъ сказать, инициаторомъ того ученія, что туберкулезъ представляетъ собою не мѣстное, а общее конституціональное заболѣваніе, не ограничивающееся пораженіемъ однихъ только легкихъ. Bayle развилъ свое ученіе о чахоткѣ еще тѣмъ, что онъ стремился доказать, что ни кровохарканіе, ни другіе воспалительные процессы не служатъ всегда причиною чахотки, а что для развитія послѣдней требуется извѣстное предрасположеніе такъ наз. кахектический діатезъ, и что въ первоначальной стадіи туберкулезнаго страданія даже отсутствуютъ признаки общаго истощенія.

Ученіе Байля о фтизисѣ получило дальнѣйшее развитіе работами извѣстнаго въ свое время корифея врачебной науки Ленэка, главнаго представителя патолого-анатомической школы (1781—1826), перваго изобрѣтателя стетоскопа. Ленэкъ отстаивалъ тотъ фактъ, что золотуха (скрофулезъ), есть ни что иное, какъ локализациа туберкулеза въ лимфатическихъ железахъ.

Къ этому времени по поводу пониманія сущности туберкулеза произошла цѣлая путаница во врачебномъ мышленіи и явилась масса полемическихъ недоразумѣній. Одни врачи были за теорію Ленэка, а другіе противъ. Вся полемика, главнымъ образомъ, вращалась около вопроса: слѣдуетъ ли туберкулезъ разсматривать какъ новообразованіе, или какъ воспалительный продуктъ? Сбивчивость понятій о сущности

туберкулеза во многомъ зависѣла отъ различныхъ умозрительныхъ модификацій, примѣнявшихся изслѣдователями въ своихъ толкованіяхъ объ этомъ вопросѣ. Многіе врачи и въ особенности англійскіе, какъ Baillie защищали то мнѣніе, что характерная особенность туберкулеза заключается не въ самомъ туберкулѣ, а въ творожистой казеозной массѣ, появляющейся при этомъ процессѣ. Вирхову удалось доказать, что казеозное творожистое превращеніе не есть исключительное свойство туберкула и что казеозный процессъ встрѣчается также нерѣдко при другихъ патологическихъ формахъ, какъ при хроническихъ нагноеніяхъ, при раковой болѣзни, при различныхъ некрозахъ и т. под. Миліарпый бугорокъ, представляющій собою необходимое первоначальное условіе для развитія чахотки, принадлежитъ по Вирхову къ гетеропластическимъ лимфатическимъ новообразованіямъ, т. е. къ железистымъ опухолямъ, которыя появляются въ такихъ мѣстахъ организма, гдѣ отсутствуютъ железистыя ткани. Теорія Вирхова о бугорчаткѣ хотя нашла многихъ приверженцевъ, но на ряду съ ней во врачебномъ мірѣ циркулировали и другіе взгляды и мнѣнія о сущности туберкулеза.

По воззрѣніямъ Робена и Эмписа туберкуламъ, которые ими названы грануляціями, вовсе не слѣдуетъ придавать такое смертоносное значеніе, какое имъ обыкновенно приписываютъ и что нерѣдко они подлежатъ полному излеченію. Рядомъ съ воззрѣніемъ Вирхова удержались также теоретическіе взгляды Ленэка, Андраля, Эмписа и другихъ. Среди этихъ разнородныхъ мнѣній, ученіе о туберкулезѣ получило новое направленіе подъ вліяніемъ эпохальнаго открытія Villemain'a о переносивости и возможности передачи этой болѣзни. Многочисленные положительные результаты, полученные Вильменомъ при пересадкѣ туберкулеза, обратили на себя всеобщее вниманіе. Изъ опытовъ, произведенныхъ Вильменомъ надъ кроликами, получились слѣдующіе выводы: легочная чахотка и вообще туберкулезъ представляетъ собою специфическую болѣзнь, причина которой заключается въ прививаемости специфическаго вещества, которое можетъ быть перенесено отъ человѣка къ кроликамъ. Такимъ образомъ, благодаря этимъ опытамъ, бугорчатка была носологически включена въ число вирулентныхъ болѣзней, наряду съ сифилисомъ. Результаты своихъ изслѣдованій Вильмень получилъ путемъ прививки бугорковъ и творожистой массы.

Въ заключеніе своей послѣдней работы, Вильменъ констатируетъ, что бугорчатка имѣетъ въ своей основѣ специфическій ядъ, и что чахоточная болѣзнь можетъ проявляться только отъ поступленія этого яда въ организмъ, и что самостоятельно и самородно чахотка не проявляется. Бугорчатая болѣзнь не имѣетъ по Вильмену никакой причинной связи и зависимости отъ общей слабости, нищеты, тепла, холода, наслѣдственности, профессій и многихъ другихъ условій. Появленіе бугорчатки обусловливается исключительно поступленіемъ изъ атмосферы въ организмъ посторонняго, своеобразнаго туберкулезнаго зародышеваго яда, который благодаря своей прививаемости, имѣетъ наклонность размножаться въ органическихъ средахъ человѣка и животнаго. Понятно, что это новое воззрѣніе на туберкулезъ вызвало тогда въ ученомъ мірѣ цѣлую бурю. Хотя среди широкой публики циркулировали всегда отдаленные намеки на заразительность бугорчатки, но среди ученыхъ вѣра въ заразительность чахотки въ это время совершенно не существовала.

Несмотря однако на это, многіе изслѣдователи въ разныхъ странахъ съ особенной ревностью принялись за дальнѣйшую провѣрку опытовъ Вильмена. Первый изъ нихъ Лебертъ (1868), а за нимъ и другіе при своихъ изслѣдованіяхъ не ограничивались одной прививкой туберкулеза а примѣняли также способъ ингаляцій и кормленія животныхъ бугорковымъ матеріаломъ. Среди дальнѣйшихъ изслѣдователей туберкулеза приходится упомянуть и цѣлый рядъ опытовъ произведенныхъ Collin'омъ (1867), Klark'омъ (1868) и въ особенности Клебсомъ (1868). Всѣ эти опыты давали положительные результаты, и только лишь въ рѣдкихъ случаяхъ получались отрицательныя данныя о заразительности.

Несмотря все-таки на цѣлый рядъ опытовъ, въ умахъ врачей существовала значительная рознь во мнѣніяхъ относительно заразительности бугорчатки. Рядъ воззрѣній по данному вопросу раздѣлился тогда на три группы. Первое мнѣніе, представителями котораго были Вильменъ и Клебсъ, отстаивало специфичность яда туберкулезныхъ продуктовъ, прививаемыхъ животнымъ. Второе, высказано Langhans'омъ, считало прививку животнымъ сомнительной и недоказанной. Третье воззрѣніе усматривало въ прививаемомъ бугоркѣ лишь только продуктъ механическаго раздраженія, вслѣдствіе поступленія въ кровь инороднаго матеріала, отлагающагося

въ различныхъ органахъ тѣла. Последнее мнѣніе ревностно отстаивалось Лебертомъ и къ этому мнѣнію первоначально присоединились многіе авторитетные ученые, въ числѣ которыхъ были Кларкъ, Зандерсонъ, Конгеймъ, В. Френкель и другіе. Авторы эти приводили въ доказательство тотъ фактъ, что въ органахъ экспериментально испытуемыхъ животныхъ получаются извѣстныя отложенія не только отъ туберкулезнаго вещества, но и отъ прививки раковой массы, гноя изъ нарывовъ и даже просто отъ прививки инородныхъ тѣлъ, какъ бумаги, шерсти, киновари и т. п., получались такія образованія, которыя макро-и микроскопически весьма похожи были на бугорки.

Разнорѣчивость приведенныхъ воззрѣній мало по малу стала сглаживаться послѣ того, какъ у испытуемыхъ животныхъ стали наблюдать самостоятельный туберкулезный процессъ, развивающійся отъ зараженія раны въ загрязненныхъ стойлахъ. Кромѣ того отъ прививки мелкозернистыхъ инородныхъ веществъ получали извѣстные узлы, имѣвшіе правда гистологически нѣкоторое сходство съ бугорковыми узлами, но въ нихъ не получалось дальнѣйшаго творожистаго казеознаго процесса. Въ дѣлѣ выясненія заразительности туберкулеза особенное значеніе имѣли внутри—глазныя прививки (опытъ Баумгартена въ 1880 г.), при которыхъ представлялась возможность прослѣдить процессъ отъ начала до конца.

Нельзя также не упомянуть объ опытахъ Tareiner'a и Weichselbaum'a (1882 годъ) путемъ ингаляціи и кормленія животныхъ туберкулезной массой. Ингалируя туберкулезную мокроту большому количеству собакъ, Tareiner постоянно получалъ у этихъ животныхъ легочную бугорчатку. Многіе изъ изслѣдователей какъ: Chauveau, Gerlach, Bollinger, Orth, Aufrecht производили также массу опытовъ кормленія животныхъ туберкулезными продуктами и пришли къ тому выводу, что передача туберкулеза отъ одного животнаго другому, а также отъ человѣка животному посредствомъ кормленія вполне возможна, но не такъ постоянна какъ при прививкѣ.

Такимъ образомъ многіе авторы уже тогда сдѣлали предположеніе, что ближайшей причиной туберкулеза служить организованный, способный къ размноженію микроорганизмъ, названный Клебсомъ *Monas Tuberculosis*.

Въ 1882 году Р. Кохъ, путемъ новыхъ способовъ окрашиванія микроскопическихъ препаратовъ, открылъ настоящаго возбудителя туберкулеза. Своимъ новымъ методомъ изслѣдованія въ разрѣзахъ бугорковъ Р. Кохъ нашелъ внутри клѣтокъ и отчасти въ межклѣточной ткани множество палочкообразныхъ весьма тонкихъ бактерій. Помощью введенныхъ особенныхъ прозрачныхъ средъ, Коху представилась возможность культивировать эти бациллярныя бактерии и прививать многократно отъ однихъ морскихъ свинокъ другимъ и такимъ образомъ онъ доказалъ, что эти бациллы не имѣютъ характера спутниковъ бугорчатки, а служатъ возбудителями ея. Такъ какъ при заболѣваніи бугорчаткой преимущественно поражаются дыхательные органы, то Р. Кохъ держался того воззрѣнія, что бациллы эти извергаются наружу мокротой, и смѣшиваясь съ пылью, высыхаютъ и мѣсяцами могутъ сохранять свою вирулентную заразительность.

Послѣ открытія Коха явился цѣлый рядъ провѣрочныхъ работъ Эрлиха, Френкеля и Ziehl'я. Но эти работы касались больше методовъ окрашиванія. Особенно много изслѣдованій появилось по вопросу о присутствіи туберкулезныхъ бациллъ въ другихъ органахъ, и эти работы способствовали выясненію сущности волчанки и хирургическаго туберкулеза.

Большой шагъ впередъ въ дѣлѣ изученія сущности бугорчатки произошелъ благодаря опытамъ, произведеннымъ Корнетомъ. Своими прививками Корнетъ доказалъ, что туберкулезная бацилла не вездѣсущая, какъ думали раньше, а что она лишь тамъ встрѣчается, гдѣ плежки нечистоплотныхъ фтизиковъ смѣшиваются съ пылью, высыхаютъ и порхаютъ въ воздухѣ и такимъ образомъ становятся заразительными. Указанія Корнета приобрѣли крупную профилактическую цѣнность въ томъ смыслѣ, что съ тѣхъ поръ стали обращать особенное вниманіе на то, чтобы въ крытыхъ помѣщеніяхъ чахоточные не плевали на полъ, а въ особыя плевальницы, и эта предохранительная мѣра была скорѣе введена во всѣхъ цивилизованныхъ странахъ.

Въ 1890 году не только весь врачебный міръ, но и вся большая публика была необыкновенно воодушевлена извѣщеніемъ Коха, что имъ найдено специфическое средство отъ чахотки. Такъ какъ средство это въ первое время держалось имъ въ секретѣ, вопреки старой врачебной присягѣ, сохра-

низшейся со времени Гиппократъ, то Коховскому открытію сопутствовали нѣкоторые печальные въ этическомъ смыслѣ факты. Многіе врачебные базарные практиканты подъ вліяніемъ меркантильных побужденій и надеждъ получать обильное количество чахоточныхъ интервьюеровъ, стремглавъ полетѣли въ Берлинъ, чтобы достать это секретное специфическое средство отъ чахотки *in loco nascendi*, изъ первыхъ рукъ. Съ другой стороны прусскіе культуртрегеры, упоенные открытіемъ своего земляка, на почвѣ національнаго самообольщенія возмечтали объ устройствѣ въ Берлинѣ центральнаго пункта для леченія чахоточныхъ всѣхъ странъ свѣта. Но вскорѣ однако-же, вѣроятно подъ вліяніемъ болѣе правильныхъ мотивовъ, Кохомъ было опубликовано, что специфическое средство это представляетъ собою ничто иное какъ сгущенный глицериновый экстрактъ изъ культуры туберкулезныхъ бациллъ и что при вспрыскиваніи человѣку и животному въ извѣстныхъ дозахъ получается довольно сильная реакція въ формѣ повышенной температуры, но при дальнѣйшемъ осторожномъ примѣненіи получается яко-бы выздоровленіе. По оглашеніи этого средства, врачи, разумѣется, съ необыкновеннымъ экзальтированнымъ рвеніемъ стали примѣнять его *larga manu*. Въ силу ли того, что Коховскій туберкулинъ примѣнялся съ недостаточной осторожностью, или оттого что препаратъ этотъ самъ по себѣ не производилъ желаемого терапевтическаго эффекта, скоро во врачебномъ пониманіи вмѣсто увлеченія явилось пессимистическое разочарованіе—явленіе, впрочемъ, довольно часто встрѣчающееся въ исторіи различныхъ врачебныхъ теорій. Нѣкоторые изслѣдователи, какъ В. Френкель, Gaetsch и Petruschky не утратились однако-жъ общаго пессимистическаго настроенія и приписывали терапевтическія неудачи неправильной дозировкѣ туберкулина. Вскорѣ *Alt-Tuberculin* былъ замѣненъ новыми препаратами, которыхъ теперь насчитывается до 30-ти и болѣе сортовъ, фигурирующихъ на терапевтическомъ горизонтѣ. Нѣкоторые изъ препаратовъ туберкулина имѣютъ уже теперь только историческій интересъ. Но точныхъ, строго научныхъ результатовъ о дѣйствіи препаратовъ туберкулина прочно еще не установлено. Въ показаніяхъ къ примѣненію туберкулина еще имѣется нѣкоторое колебаніе и неувѣренность, зависящая подчасъ отъ субъективности самихъ наблюдателей. Да и методы примѣненія различны; одни считаютъ наличность реак-

ціи при леченіи туберкулиномъ необходимой, другіе наоборотъ нежелательной и вредной. Кромѣ того, не смотря на то, что дозировка препарата напоминаетъ собою гомеопатію, при каждой серіи употребляемаго туберкулина приходится индивидуализировать у каждого даннаго больного. Строго говоря, какое бы научное значеніе ни имѣло за собой открытіе Коха, но до сихъ поръ наука не располагаетъ еще вообще точной фактической формулировкой специфическаго леченія бугорчатки. Въ разнообразныхъ даже клиническихъ наблюденіяхъ мы наталкиваемся на различные, какъ благопріятные, такъ и неблагопріятные результаты специфическаго метода леченія бугорчатки. Поэтому стремленіе нѣкоторыхъ врачебныхъ практикантовъ примѣнять препараты туберкулина амбулаторно, при необезпеченіи больного строго гигиеническимъ и діетическимъ режимомъ и соотвѣтствующей обстановкой, едва ли заслуживаетъ сочувствія, и къ этой, такъ сказать амбулаторной казуистикѣ, рассылаемой бесплатно фабриками, по адресу практикующихъ врачей, можно отнести *cum grano salis*, такъ какъ извѣстная часть этой казуистики носитъ на себѣ отпечатокъ фабрично-промышленной пропаганды меркантильнаго свойства.

Одновременно, въ періодъ господства Коховскихъ воззрѣній, благодаря работамъ Cornet'a, Spengler'a, Schabad'a, Sat'a и другихъ, пришли также къ тому убѣжденію, что обычное теченіе губительной легочной чахотки не зависитъ исключительно отъ одной инфекціи туберкулезной палочкой, а въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни принимаютъ также глубоко-вредное участіе и другіе гноеродные грибки и микробы, какъ стрептококки и стафилококки. Нельзя также не отмѣтить здѣсь, что за послѣднее время изслѣдованіями Рабиновичъ, Petri, Moeller'a и Любарша констатировано также существованіе такихъ бациллъ, которыя даютъ такую же реакцію при окрашиваніи и въ то-же время не могутъ считаться истинными, а псевдо-туберкулезными бациллами. Многіе извѣстные фтизіологи какъ: Renon, Kraus, Ortner, Eichhorst, педиатръ Зольтманъ и другіе относятся къ леченію туберкулиномъ довольно скептически, или по крайней мѣрѣ рекомендуютъ большую осторожность и обусловливаютъ это специфическое леченіе стаціонарнымъ содержаніемъ больныхъ, при хорошей гигиенической обстановкѣ, подъ постояннымъ непосредственнымъ контролемъ врачей. Wolff-Eisner въ своемъ новѣйшемъ

руководствѣ по серотерапіи находить, что специфическое лечение туберкулеза пока ведется только на эмпирическихъ основаніяхъ и что путемъ экспериментальныхъ изслѣдованій можетъ быть удастся въ недалекомъ будущемъ внести нѣкоторую ясность въ вопросъ о туберкулинной терапіи. Такимъ образомъ, изъ только что приведеннаго краткаго перечня фактовъ о перипетіяхъ врачебнаго пониманія сущности туберкулезнаго процесса можно сказать, что благодаря многочисленнымъ научнымъ опытамъ и экспериментальнымъ изслѣдованіямъ весьма значительно расширились наши свѣдѣнія въ области этиологіи этой распространенной народной болѣзни. Мы знаемъ теперь одну изъ ближайшихъ причинъ туберкулеза, можемъ констатировать присутствіе патогеннаго агента, знаемъ теперь природу, вирулентность возбудителя чахотки, что чрезвычайно важно при распознаваніи каждаго даннаго случая индивидуальнаго заболѣванія. Что же касается леченія бугорчатки, то мы не особенно далеко еще ушли отъ того гигиенически-діетическаго метода, который давно продиктованъ врачами классическаго міра. Поэтому пока наши теоретическія свѣдѣнія возвращаются въ клиническихъ сферахъ и въ лабораторіяхъ, онѣ представляютъ для насъ лишь только первый этапъ въ борьбѣ съ туберкулезомъ. Если еще принять во вниманіе условія современнаго жизненнаго строя, то нельзя не придти къ тому убѣжденію, что специфическій возбудитель чахотки самъ по себѣ играетъ, такъ сказать, условную роль и имѣетъ относительное, не всегда самое главное значеніе при распространеніи туберкулезной заболѣваемости среди народныхъ массъ. Причины, способствующія появленію и распространенію бугорчатки, какъ народной болѣзни безконечно сложны и многообразны, какъ сама современная жизнь человѣка въ его до-нельзя разнообразной соціальной обстановкѣ. Сложныя, не всегда урегулированныя отношенія въ разросшейся до колоссальныхъ размѣровъ промышленности, необыкновенное наростаніе техническаго производства подъ вліяніемъ капиталистическаго строя, неудовлетворительное народное питаніе, вслѣдствіе непомѣрнаго наростанія дороговизны жизненныхъ продуктовъ и ихъ фальсификаціи, необыкновенный ростъ городовъ со всѣми антисанитарными бытовыми условіями городскихъ обывателей, непосильная работа, какъ физическая, такъ и умственная, вредное вліяніе многихъ профессиональныхъ занятій, неоплачиваемость

умственного труда, вследствие не пропорціональнаго равномернаго распредѣленія класса умственныхъ труженниковъ,— все это, да плюсь цѣлый рядъ невыясненныхъ еще явленій наследственнаго, анатомическаго, біологическаго предрасположенія, создаетъ весьма широкую почву для развитія туберкулезныхъ очаговъ, въ особенности среди несостоятельныхъ, матеріально необезпеченныхъ слоевъ населенія. Уже выше было упомянуто, что древняя классическая медицина, въ лицѣ Гиппократѣ и Цельсіѣ допускала излечимость чахотки, рекомендовала чахоточнымъ больнымъ главнымъ образомъ пользоваться чистымъ воздухомъ, солнечнымъ свѣтомъ и хорошимъ правильнымъ питаніемъ, совѣтовала этимъ страдальцамъ пребываніе въ горныхъ мѣстностяхъ, морское путешествіе при усиленномъ и хорошемъ питаніи. Но этотъ гигиенически—діететическій методъ леченія надолго загложъ и въ теченіе 2-хъ тысячелѣтій окончательно преданъ забвенію, вплоть до половины 19 столѣтія, когда знаменитый фтизіотерапевтъ Brehmer произнесъ свой извѣстный афоризмъ, что чахоточный умираетъ отъ беззаботности своихъ врачей. Фтизики пичкались однѣми лѣкарственными снадобьями самаго неопредѣленнаго состава и качества. Діагнозъ „чахотка“ конечно распознанный только въ позднѣйшихъ ея стадіяхъ, считался роковымъ смертнымъ приговоромъ. Въ настоящее время можно сказать, что со времени открытія Кохомъ туберкулезной бациллы и особенно со времени изслѣдованій Корнета, доказавшаго, что возбудитель чахотки при извѣстныхъ антигигиеническихъ условіяхъ весьма распространенъ также и внѣ человѣческаго организма, даже самые ярые ортодоксальные поборники специфическаго леченія туберкулеза ставятъ на первомъ планѣ, какъ *conditio sine qua non* гигиенически—діететическій режимъ при леченіи туберкулеза. Дастъ ли намъ что либо специфическое леченіе бугорчатки—это вопросъ будущаго научнаго рѣшенія, а на практикѣ мы видимъ, что новѣйшій фазисъ борьбы съ туберкулезомъ во всѣхъ цивилизованныхъ государствахъ выражается преимущественно въ устройствѣ со стороны общества и государства широкой, планомѣрно оборудованной сѣти санаторій, лечебныхъ станцій, колоній и убѣжищъ для наиболѣе нуждающихся классовъ населенія, и такимъ образомъ въ борьбѣ съ туберкулезомъ, совокупно съ научнымъ стремленіемъ къ раннему распознаванію его, на практикѣ все сводится къ той морально-

культурной, общественной солидарности, о которой упомянуто въ началѣ моего доклада.

Переходя къ изложенію нѣкоторыхъ данныхъ по намѣченному вопросу, нельзя также не указать на то, что и военно-медицинская статистика, какъ авангардная развѣдчица, при выясненіи и оцѣнкѣ санитарнаго состоянія армій, также за послѣднее время нѣсколько измѣнилась къ лучшему и получила болѣе точный характеръ и болѣе научное направленіе. Начиная съ того, что на X международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Берлинѣ, еще въ 1896 году американскимъ врачомъ Билингсомъ былъ поднятъ вопросъ о томъ, чтобы санитарные отчеты по арміямъ всѣхъ культурныхъ государствъ объединились и обобщались по одной, научно-обработанной схемѣ. Предложеніе это было встрѣчено сочувственно со стороны всѣхъ почти европейскихъ армій и на XI международномъ съѣздѣ врачей въ Римѣ, явились военно-врачебные представители отъ 11 государствъ, и въ томъ числѣ изъ Россіи. Я не буду подробно останавливаться на этой программѣ, разработанной авторитетными по этому вопросу военными врачами, какъ Мирдачемъ (Австрія), Шернингомъ и Крокеромъ (Германія), Шнейдеромъ (Франція) и Билингсомъ (С. Америка), укажу только на то, что благодаря этой объединенной международной работѣ, мы имѣемъ теперь нѣкоторую возможность знакомиться и давать болѣе всестороннюю оцѣнку по рѣшенію многихъ военно-санитарныхъ вопросовъ вообще и въ особенности относительно туберкулеза въ различныхъ арміяхъ. Такъ уже на конгрессѣ антитуберкулезной лиги въ Парижѣ, въ 1899 году докторъ Köhler'омъ сдѣлана попытка сопоставить, путемъ сравнительной статистики, данныя о туберкулезной заболѣваемости въ 6-ти главнѣйшихъ арміяхъ со смертностью отъ туберкулеза въ гражданскихъ населеніяхъ. Но этотъ докладъ теперь не имѣетъ для насъ особеннаго интереса, такъ какъ полное сравненіе армій съ гражданскимъ населеніемъ по отношенію къ туберкулезу и въ настоящее время едва-ли еще возможно провести, чтобы получить какіе либо положительные результаты. Съ одной стороны, точная регистрація и донесеніе о каждомъ туберкулезномъ случаѣ въ гражданскомъ населеніи законодательствомъ до сихъ поръ еще не вездѣ установлено, а съ другой стороны, свѣдѣнія по смертности отъ туберкулеза въ арміяхъ въ свою очередь далеко еще не ха-

рактарны и правдивы, такъ какъ за послѣднее время болыныя, страдающіе туберкулезомъ въ арміяхъ, обыкновенно увольняются вовсе со службы.

Нѣсколько больше интереса заслуживаютъ тѣ статистическія данныя, которыя составлены за болѣе новѣйшее время Итальянскимъ врачомъ Sforza въ своемъ докладѣ на международномъ съѣздѣ врачей въ Будапештѣ въ 1910 году. Свѣдѣнія эти представляютъ сравнительную заболѣваемость туберкулезомъ какъ дыхательныхъ, такъ и другихъ органовъ въ 11 главнѣйшихъ арміяхъ. (Таблица № 1).

Изъ приведенной таблицы, по которой можно составить себѣ лишь только общее понятіе о степени сравнительнаго распространенія туберкулеза въ различныхъ арміяхъ, видно, что наименьшую заболѣваемость даютъ Итальянская и Прусская арміи, а наибольшая заболѣваемость существуетъ во Франціи и Испаніи. Русская армія, по числу своихъ туберкулезныхъ заболѣваній, даетъ среднія цифры и занимаетъ въ таблицѣ 7-е мѣсто.

Конечно точное выясненіе той рѣзкой разницы, которая существуетъ въ туберкулезной заболѣваемости различныхъ армій, пока довольно затруднительно. Освѣщеніе этого вопроса было бы возможно, если бы предварительно удалось бы точно установить этиологическіе моменты распространенія бугорчатки. До послѣдняго времени мы точно не знали происходить ли туберкулезная заболѣваемость отъ взаимнаго зараженія людей во время пребыванія на службѣ, отъ сожительства, или главный контингентъ туберкулезныхъ попадаетъ въ ряды арміи изъ гражданскаго населенія путемъ заноса латентныхъ формъ туберкулеза, развивающагося на службѣ подъ вліяніемъ новыхъ непривычныхъ условій жизни и занятій. Вопросъ этотъ окончательно не рѣшенъ еще, хотя большинство иностранныхъ авторовъ, какъ Шульценъ, Кельшъ, Grancher, Behring, Aufrecht держатся того воззрѣнія, что туберкулезъ въ арміяхъ зависитъ въ большинствѣ случаевъ отъ аутоинтоксикаціи и проявленія скрытыхъ туберкулезныхъ гнѣздъ, существовавшихъ у больныхъ еще съ ранняго дѣтства. Grancher утверждаетъ, что латентный туберкулезъ можетъ существовать задолго до наступленія зрѣлаго возраста, и подъ вліяніемъ переутомленія и непривычнаго образа жизни можетъ принимать острое теченіе. Подобная реинфекція скорѣе всего можетъ наступать на

первомъ году службы. И дѣйствительно, возрѣніе это подтверждается тѣмъ фактомъ, что изъ всего числа туберкулезныхъ половина заболѣвающихъ бываетъ на первомъ году службы, на 2-мъ году едва насчитывается $1/3$, а на долю другихъ сроковъ службы выпадаетъ только $1/5$ всѣхъ туберкулезныхъ. При аутопсіи многихъ солдатъ, умершихъ отъ другихъ болѣзней, и у которыхъ вовсе не предполагался туберкулезъ, часто также находили солитарные туберкулы давнишняго существованія въ различныхъ органахъ въ легкихъ, плеврѣ, мозгу, печени и въ брыжжечныхъ железахъ. Кельшу и Boisson'у удалось посредствомъ рентгеноскопії, при изслѣдованіи 120 рекрутъ совершенно здоровыхъ на видъ, констатировать у 51-го туберкулезныя гнѣзда.

Изъ вышеприведенной таблицы о сравнительной заболѣваемости туберкулезомъ въ различныхъ арміяхъ видно, что въ Итальянской арміи насчитывается наименьшее число туберкулезныхъ. Необходимо при этомъ принять во вниманіе что Італія изъ всѣхъ Европейскихъ странъ вообще платитъ наименьшую дань туберкулезу. По статистикѣ послѣдняго времени въ гражданскомъ населеніи умираетъ отъ чахотки $1,8\%$. Туберкулезная болѣзнь распространена преимущественно въ провинціяхъ сѣвернѣ Рима. По изслѣдованіямъ Renzi, гарнизоны Итальянской арміи, расположенные въ сѣверныхъ провинціяхъ, также даютъ большее число туберкулезныхъ заболѣваній.

О Германской арміи д-ръ Шульценъ представилъ на международномъ конгрессѣ въ Парижѣ статистическія данныя о туберкулезѣ съ 1883 года, со времени открытія Коховской бациллы, до 1903 года. По этимъ даннымъ видно, что число туберкулезныхъ заболѣваній за этотъ періодъ въ Германской арміи пошло на убыль съ 2% до $1,5\%$. Смертность отъ туберкулеза также замѣтно уменьшилась съ $0,83\%$ до $0,17\%$.

Потери Великобританской арміи отъ туберкулеза, какъ указано въ приведенной таблицѣ, особенно не выдаются своимъ размѣромъ. Но необходимо имѣть въ виду, что по условіямъ комплектованія наемными войсками, англійская армія рѣзко отличается во многихъ отношеніяхъ отъ армій континентальныхъ Европейскихъ государствъ, гдѣ существуетъ всеобщая народная воинская повинность и поэтому сравнительная оцѣнка съ другими арміями едва ли возможна.

Австро-Венгерская армія сравнительно съ другими Европейскими арміями еще въ недавнемъ прошломъ давала наибольшія цифры по заболѣваемости и смертности отъ бугорчатки. Благодаря болѣе культурному за послѣднее время развитію отдѣльныхъ народностей, населяющихъ австрійскую имперію, въ связи съ успѣхами въ области общественной гигиены, число туберкулезныхъ значительно уменьшилось, какъ въ гражданскомъ населеніи, такъ и въ арміи. Но все-таки изъ представленной здѣсь между-народной таблицы о распространеніи туберкулеза въ Австрійской арміи видно, что въ Австрійской арміи въ 2 раза больше туберкулезныхъ, чѣмъ въ Италіи и Пруссіи. Въ 70-хъ годахъ прошлаго столѣтія въ австрійской арміи число заболѣвшихъ туберкулезомъ было 7 на 1000 спис. состава, смертность отъ туберкулеза была 27 на 100 случаевъ общей смертности. Въ дальнѣйшій періодъ времени эти цифры нѣсколько стали понижаться, а за послѣднее десятилѣтіе заболѣваемость и смертность съ нѣкоторымъ колебаніемъ еще замѣтнѣе понизились.

Изъ всѣхъ главнѣйшихъ Европейскихъ армій наибольшее число жертвъ по заболѣваемости туберкулезомъ приносятъ французская армія, несмотря на то, что, собственно говоря, идея борьбы съ туберкулезомъ, какъ народной болѣзнью, зародилась во Франціи раньше чѣмъ въ другихъ странахъ и нашла себѣ откликъ и живое участіе какъ въ общей прессѣ, такъ и въ различныхъ общественныхъ и законодательныхъ сферахъ. За послѣдніе десятки лѣтъ кривая въ діаграммѣ по числу туберкулезныхъ во французской арміи все имѣла наклонность къ подъему, какъ видно будетъ изъ нижеприведенной таблицы. За послѣднее время многіе изъ извѣстныхъ французскихъ военныхъ врачей занялись подробнымъ изслѣдованіемъ вопроса о причинахъ такой крупной убыли во французской арміи вслѣдствіе туберкулезныхъ болѣзней. Раздавались даже съ разныхъ сторонъ упреки военной администраціи и военнымъ врачамъ въ томъ, что будто-бы армія по своей недостаточной организованности служить очагомъ распространенія туберкулезной заразы. Даже съ трибуны французской медицинской академіи военная казарма называлась гнѣздомъ туберкулеза. Французскій сенатъ при обсужденіи условій и законовъ комплектованія армій посвящалъ также особенное вниманіе вопросу о туберкулезѣ. Но



тщательными изслѣдованіями Кельша, Colin'a и Lemoine'a, всѣ страхи и опасенія были разсѣяны и фактически доказано, что наибольшая заболѣваемость туберкулезомъ проявляется у французскихъ солдатъ на первомъ году службы, и поэтому болѣзнь эта вѣрнѣе всего заносится въ армію изъ гражданского населенія. Нѣтъ сомнѣнія, что увеличеніе численности арміи при недостаточномъ и несоотвѣтственномъ ростаніи французскаго населенія отражается также и на выборѣ людей, призываемыхъ на военную службу. Этотъ недостаточный комплектъ людей для отбыванія воинской повинности стѣсняетъ и ограничиваетъ выборъ и оцѣнку здоровья людей при призывѣ на службу, хотя здѣсь можно добавить, что нигдѣ военные врачи такъ усердно не занимались вопросомъ объ установкѣ нормы тѣлосложенія и антропометрической формулы для опредѣленія годности людей къ военной службѣ, какъ во Франціи. До 1873 года при призывѣ новобранцевъ браковалось по слабому здоровью 320 на 1000. Послѣ этого времени число бракованныхъ новобранцевъ стало колебаться отъ 100 до 200 на тысячу принятыхъ. Въ 1894 году, когда наличный составъ арміи увеличился на 30000 человекъ, то число туберкулезныхъ во французской арміи опять поднялось съ 5‰ на 7‰. Въ силу того, что теперь во многихъ арміяхъ широко практикуется система увольненія людей подозрительныхъ по состоянію своего здоровья, вопросъ о взаимномъ распространеніи туберкулеза между арміей и гражданскимъ населеніемъ еще вентилируется и не поддается окончательному рѣшенію.

Чтобы не утомлять Вашего вниманія, я не буду касаться здѣсь туберкулеза въ менѣе выдающихся арміяхъ, какъ Испанской, Голландской и другихъ, а перейду къ болѣе подробному разбору о теченіи туберкулеза въ Русской арміи. Данные по этому вопросу взяты мною изъ ежегодныхъ санитарныхъ отчетовъ, за послѣдній 20-лѣтній періодъ, съ 1890 года по 1909 годъ, и для большей наглядности сгруппированы въ слѣдующихъ таблицахъ (№№ 2—3—4).

При близкомъ обзорѣ этихъ таблицъ получаютъ факты, не лишеныя интереса не только для самой арміи, но и могущіе также давать цѣнные указанія для нарождающейся у насъ общественной борьбы съ туберкулезомъ. Но прежде чѣмъ привести данныя о распространеніи туберкулеза, нелишне взглянуть на цифру общей заболѣваемости, смертно-

сти и неспособности во всей русской арміи отъ начала до конца обозрѣваемаго 20 лѣтняго періода. Общая заболѣваемость за этотъ періодъ не отличается особенно крупными колебаніями въ ту или другую сторону. Съ 1893 года общая заболѣваемость какъ будто стала уменьшаться, а съ 1906 года опять стала, хотя и не особенно рѣзко, увеличиваться. Но зато въ графѣ о смертности мы видимъ, что смертность отъ всѣхъ болѣзней въ русской арміи постепенно изъ года въ годъ стала уменьшаться и къ концу обозрѣваемаго періода сократилась противъ первыхъ годовъ на 50%. Въ 1890 году смертность выражалась 7.02% , а въ 1909 году смертность понизилась до 3.4% . Нельзя конечно отрицать того факта, что пониженіе общей смертности въ русской арміи во многомъ обязано болѣе усовершенствованной санитарно-врачебной организаціи, какъ по болѣе точному и правильно-му распознаванію болѣзней, такъ и по болѣе раціональному уходу и леченію больныхъ въ военно-лечебныхъ заведеніяхъ; но все таки при этомъ нельзя также непризнавать, что одной изъ главныхъ причинъ уменьшенія смертности въ арміи послужило болѣе широкое увольненіе людей со службы въ неспособные. Этотъ фактъ намъ наглядно иллюстрируетъ графа объ уволенныхъ по различнымъ болѣзнямъ изъ арміи. Если число умершихъ за 20 лѣтній періодъ сократилось на половину, то за это время число уволенныхъ по болѣзнямъ увеличилось въ 4 раза. Въ 1890 году число уволенныхъ на всю армію было 8271 и постепенноросло до 50967 или pro mille 9.93% , а къ концу обозрѣваемаго періода число уволенныхъ достигло 41.7% .

По отношенію къ теченію туберкулеза за обозрѣваемый періодъ времени, заболѣваемость, смертность и увольненіе въ неспособные сгруппированы въ таблицѣ № 3, абсолютныя и промилыныя данныя. Присматриваясь къ этой таблицѣ мы видимъ, что заболѣваемость туберкулезомъ за этотъ періодъ не даетъ также особенно рѣзкихъ колебаній. Средняя ежегодная заболѣваемость туберкулезомъ въ русской арміи равняется 3.86% . Зато смертность отъ бугорчатки замѣтно стала понижаться и съ 1904 года до конца обозрѣваемаго періода уменьшилась почти на половину. Въ 1890 году смертность отъ бугорчатки равнялась 1.24% , а въ 1909 году, была только 0.69% . Очень можетъ быть, что на уменьшеніе смертности отъ туберкулеза въ русской арміи повліяло также и то обстоятельство, что бугорчатка

получила въ отчетахъ за послѣднее время другую регистрацію и болѣе точную дифференціальную діагностику. Мысль о заразительности бугорчатки, благодаря работамъ Коха, Cornet'a, Баумгартена, Флюгге и другихъ, хотя была усвоена нашими врачами еще въ концѣ 80-хъ годовъ прошлаго столѣтія, но эта мысль реализировалась постепенно и не получала сразу въ официальныхъ отчетахъ полного права гражданства. По нашимъ отчетамъ первыхъ годовъ обозрѣваемаго нами періода, бугорчатка фигурировала въ группѣ болѣзней органовъ дыханія и многими врачами несомнѣнно смѣшивалась съ хроническимъ катарральнымъ воспаленіемъ легкихъ, плевритами, бронхитами и т. под., и только по отчету начиная съ 1904 года туберкулезъ выдѣленъ въ отдѣльную патологическую форму и причисленъ къ группѣ инфекціонныхъ заболѣваній.

Наростаніе числа увольненій изъ арміи по туберкулезу, особенно за послѣднее время, какъ видно изъ таблицы № 3 также несомнѣнно отражается на уменьшеніи смертности отъ туберкулеза. Но какія бы не были причины этому явленію, фактъ, что смертность отъ туберкулеза въ русской арміи идетъ на убыль, можетъ считаться съ точки зрѣнія специально военно-санитарной неоспоримо отраднымъ. Но съ другой стороны не малый интересъ возбуждаетъ къ себѣ сопоставленіе въ процентномъ отношеніи смертности отъ туберкулеза съ общей смертностью въ рус. арміи (таблица № 4.). Изъ всѣхъ смертныхъ случаевъ въ арміи на долю туберкулеза выпадаетъ около 20%, или изъ 5 умершихъ одинъ умираетъ отъ бугорчатки. Подобнаго рода фактъ заслуживаетъ уже всеобщаго вниманія. Если въ арміи, гдѣ существуетъ уже полнѣйшая возможность предупрежденія путемъ ли выбора людей при приѣмѣ на службу или путемъ постоянного бдительнаго врачебнаго контроля надъ заболѣвающими, для своевременнаго удаленія ихъ изъ рядовъ арміи, если говорю я, одна пятая часть смертныхъ случаевъ бываетъ вслѣдствіе бугорчатки, то какова должна быть смертность отъ туберкулеза въ тѣхъ сферахъ гражданскаго населенія, гдѣ всѣ предохранительныя мѣры отсутствуютъ.

Не лишены также нѣкотораго интереса свѣдѣнія о заболѣваемости туберкулезомъ въ 3-хъ арміяхъ: Французской, Русской и Германской. Свѣдѣнія эти за одинъ и тотъ же 20 лѣтній періодъ мнѣ удалось сгруппировать только относительно 3-хъ упомянутыхъ армій (Таблица № 5).

Изъ этой таблицы видно, что русская армія по своей туберкулезной заболѣваемости занимаетъ приблизительно среднее мѣсто между Французской и Германской арміями. Здѣсь не лишне будетъ также отмѣтить, что приведенная сравнительная статистика по туберкулезу во Французской и Германской арміяхъ сдѣлалась предметомъ нежелательной полемики, имѣющей нѣкоторую окраску военно-боевого и національнаго соперничества. Во Французскомъ сенатѣ, гдѣ дебатировался вопросъ о туберкулезѣ, были высказаны представителями военного вѣдомства нѣкоторые намеки на то, что официальные цифры о туберкулезѣ въ нѣмецкой арміи будто бы не соотвѣтствуютъ дѣйствительности. Профессоръ Берлинской медицинской академіи Швенингъ, разбирая вопросъ о туберкулезѣ въ сказанныхъ арміяхъ за 20-ти лѣтній періодъ, ревностно отстаивалъ правдивость своихъ цифръ и значительное число туберкулезныхъ во Французской арміи объясняетъ неправильнымъ выборомъ людей для арміи, вслѣдствіе недостаточнаго нарастанія французскаго населенія. Фактъ этотъ къ сожалѣнію указываетъ на то, что международное объединеніе еще не вполне проникнуто той строго научной объективностью, которую необходимо соблюдать при изученіи общечеловѣческой бугорчатки, свирѣпствующей безразлично среди многихъ племенъ, нарѣчій и состояній.

Для постановки правильной планомѣрной точки зрѣнія на борьбу съ туберкулезомъ въ арміи крайне важно условиться и рѣшить вопросъ о причинахъ его. Конечно, отъ болѣе или менѣе категорическаго рѣшенія этого вопроса зависятъ во многомъ вся профилактика и всѣ мѣры, которыя могутъ быть предприняты для предохраненія и оздоровленія арміи отъ таберкулеза. Къ сожалѣнію надо сознаться, что не смотря на значительное число работъ и статистическихъ выкладокъ, существующихъ какъ въ заграничной, такъ и въ нашей литературѣ по этому вопросу, рѣшеніе его далеко не исчерпано и не увѣнчалось еще положительной отвѣтной формулой. Препятствіемъ тому отчасти служитъ тотъ фактъ, что во врачебномъ мышленіи окончательно не устранена еще извѣстная разнорѣчивость во мнѣніяхъ и взглядахъ на причину болѣзней вообще и туберкулеза въ особенности. За послѣдніе 40 лѣтъ мы врачи особенно увлекались стремленіемъ отыскивать и констатировать ближайшія причины болѣзней, т. наз. *causa*

прохита; но теперь повидимому увлеченіе это нѣсколько осты-
ло и приняло другое направленіе въ силу того убѣжденія, что
кажущіяся намъ ближайшія причины, собственно говоря, дале-
ко не всегда ясно освѣщаютъ намъ все то, что на практикѣ
необходимо требуется знать для ихъ устраненія. Сплошь и ря-
домъ, при выясненіи условій данной болѣзни, хотя-бы даже съ
извѣстнымъ намъ патогеннымъ возбудителемъ, приходится счи-
таться и имѣть дѣло съ цѣлымъ весьма сложнымъ комплек-
сомъ разнообразныхъ и одинаково важныхъ причинныхъ
моментовъ. Въ прежнее время, до расцвѣта бактеріологіи,
при выясненіи причинъ чахотки особенное значеніе приписы-
валось индивидуальному врожденному предрасположенію, такъ
называемой *наследственной диспозиціи* каждого даннаго боль-
ного, затѣмъ наступилъ періодъ, когда врожденное предрас-
положеніе почти не признавалось. Диспозиція къ болѣзнямъ
отступила на второй планъ и одно время была почти от-
вергнута и замѣнена теоріей о специфической инфекціи, пред-
ставителей которой мы имѣли въ лицѣ Конгейма, Роберта
Коха, Корнета и многихъ другихъ изслѣдователей. За пос-
лѣднее же время снова стали держаться того воззрѣнія, что
врожденное предрасположеніе имѣетъ весьма существенное
значеніе въ ряду этиологическихъ моментовъ и что едва-ли
можно обойти и отрицать его роль и значеніе въ происхож-
деніи болѣзней. Но опять таки приходится имѣть въ виду,
что врожденное предрасположеніе къ извѣстнымъ болѣзнямъ,
какъ таковое, само по себѣ взятое, при настоящемъ состоя-
ніи нашихъ знаній представляетъ еще для насъ понятіе
слишкомъ общее, расплывчатое, скорѣе только эмпирическое,
основанное часто на не совсѣмъ точныхъ анамнестическихъ
данныхъ, смотря потому, въ какомъ направленіи мы ищемъ
и учитываемъ это предрасположеніе, въ анатомическомъ ли,
химико-физиологическомъ, или біологическомъ смыслѣ. Нѣкото-
рые изслѣдователи, напр., замѣнили слово диспозиція отсут-
ствіемъ далеко еще не выясненнаго иммунитета. Конечно надо
полагать, что въ недалекомъ будущемъ разныя условія диспози-
ціи къ болѣзнямъ вѣроятно будутъ точнѣе разработаны, вы-
яснены и формулированы, а пока еще подъ терминомъ пред-
расположенія нерѣдко скрывается и маскируется наше неполное
знаніе многихъ истинныхъ причинъ. Поэтому, не касаясь здѣсь
спорнаго еще въ наукѣ вопроса объ эндогенномъ или экзо-
генномъ происхожденіи туберкулеза, получается ли туберку-

лезъ отъ рожденія или онъ проявляется въ дѣтскомъ и въ дальнѣйшихъ возрастахъ, вслѣдствіе близкаго сожителства и соприкосновенія съ чахоточной родней. я лишь позволю себѣ здѣсь сослаться на весьма цѣнный статистическій матеріалъ, который собранъ въ Прусской арміи за 14-лѣтній періодъ, въ формѣ отдѣльныхъ специальныхъ карточекъ для чахоточныхъ больныхъ солдатъ. Карточки эти, разработанныя Шернингомъ и Фишеромъ, представляютъ собою матеріалъ изъ 11500 туберкулезныхъ больныхъ солдатъ, зарегистрированныхъ самымъ точнымъ образомъ подъ непосредственнымъ врачебнымъ наблюденіемъ, начиная съ первыхъ моментовъ заболѣванія до удаленія туберкулезнаго изъ арміи. Кромѣ подробныхъ отмѣтокъ объ анемнестическихъ и объективныхъ клиническихъ данныхъ во всѣхъ карточкахъ этихъ больныхъ зарегистрированы результаты изслѣдованія мокроты на присутствіе туберкулезныхъ бациллъ. Больные съ сомнительнымъ диагнозомъ не были включены въ этотъ статистическій матеріалъ. Кромѣ того медицинскимъ отдѣленіемъ Военнаго Министерства разосланы были по всѣмъ подвѣдомственнымъ учрежденіямъ опросные листы. въ которыхъ освѣдомлялось о дальнѣйшей судьбѣ этихъ больныхъ по увольненіи со службы, относительно улучшенія или ухудшенія ихъ здоровья на родинѣ, о работоспособности, инвалидности и т. п. По вопросу о наслѣдственномъ обремененіи туберкулезомъ по этому матеріалу выходитъ, что изъ 11500 больныхъ солдатъ 3011 имѣли родителей, страдавшихъ явной картиной чахотки. Цифры эти весьма правдоподобны еще и потому, что процентъ наслѣдственности чахотки вполне идентиченъ и совпадаетъ съ тѣми данными, которыя опубликованы профессорами Якобомъ и Паневицемъ относительно 3295 пациентовъ, пользовавшихся стационарно въ специальныхъ санаторіяхъ для туберкулезныхъ, гдѣ также оказалось около трети всѣхъ больныхъ съ наслѣдственнымъ туберкулезнымъ обремененіемъ. Аналогическое изслѣдованіе роли наслѣдственного семейнаго туберкулеза среди солдатъ Французской арміи опубликовано Лемоэномъ, который производилъ анкету у 3193 чахоточныхъ солдатъ. у которыхъ, при подробномъ и тщательномъ опросѣ, оказалось также 37% восходящаго семейнаго туберкулеза. Кромѣ того оказалось, что 24% этихъ же опрошенныхъ больныхъ до поступленія своего на службу приходили въ близкое соприкосновеніе съ чахоточными.

Относительно свѣдѣній о наслѣдственности туберкулеза въ русской арміи приходится отмѣтить, что несмотря на то, что у насъ имѣется прекрасный статистическій документъ въ формѣ отдѣльнаго медицинскаго листа для каждаго солдата, вопросъ о наслѣдственности еще не использованъ, такъ какъ въ этомъ листѣ еще нѣтъ графы о наслѣдственности. Правда, у насъ имѣются нѣкоторыя изслѣдованія по вопросу о наслѣдственности бугорчатки, (Щепотьевъ, Маркъ), но эти изслѣдованія основаны на небольшомъ цифровомъ матеріалѣ, собранномъ въ районѣ одного какого нибудь военнаго госпиталя и поэтому не могутъ имѣть убѣдительнаго значенія.

Но помимо вопроса о наслѣдственности или о непосредственной бацилярной инфекціи туберкулезомъ, приходится еще считаться съ другими не менѣе важными этиологическими моментами, вліяющими на распространеніе туберкулеза въ арміи. Такъ, напримѣръ, масса изслѣдователей, начиная еще съ 50 годовъ прошлаго столѣтія, путемъ огромнаго числа антропометрическихъ измѣреній пришла къ убѣжденію, что одна изъ главныхъ причинъ грудныхъ болѣзней, въ томъ числѣ и бугорчатки въ арміи, зависитъ отъ пріема на службу людей слабаго дегенеративнаго тѣлосложенія, въ особенности грудной клѣтки и мускулатуры. Рѣзко увеличенная заболѣваемость бугорчаткой, отмѣченная въ теченіи цѣлаго ряда годовъ, въ нашихъ гвардейскихъ полкахъ многими авторами приписывалась преимущественно тому, что окружность груди не соотвѣтствуетъ росту гвардейцевъ. При этомъ нельзя также не оговорить здѣсь, что вопросъ о роли тѣлосложенія по отношенію къ происхожденію туберкулеза въ своей эволюціи далъ намъ также немало увлеченій и разочарованій, и въ этиологическомъ смыслѣ вопросъ этотъ еще можетъ считаться довольно проблематичнымъ. Первоначально, благодаря массѣ произведенныхъ измѣреній тѣлосложенія и роста солдата во всѣхъ Европейскихъ арміяхъ узаконены были опредѣленные нормы и формулы по отношенію роста къ окружности груди и вѣсу тѣла. Клиницисты для распознаванія болѣзней органовъ дыханія и бугорчатки также много манипулировали спирометрами, пнейматометрами, различными придуманными ленточными измѣрительными приборами и циркулями для съемки разнообразныхъ діаметровъ грудной клѣтки. Достаточно припомнить Винтриха и Вильденбурга и многихъ другихъ. Въ результатъ однако оказалось, что примѣненіе прин-

ципа грудоизмѣренія для опредѣленія здоровья и годности людей, поступающихъ на службу, во многихъ индивидуальныхъ случаяхъ не оправдалось. Принципъ грудоизмѣренія не удовлетворяетъ еще и потому, что очень часто получается недоборъ полного комплекта людей для пополненія арміи. Затѣмъ цѣлая серія трудовъ многихъ авторовъ, съ профессоромъ анатоміи Тольдомъ во главѣ доказывали, что грудоизмѣреніе не можетъ служить исключительнымъ критеріумомъ и этиологическимъ условіемъ при оцѣнкѣ здоровья призываемыхъ на службу субъектовъ, особенно при однократномъ примѣненіи его. Подъ вліяніемъ этихъ новыхъ наблюденій формулы грудоизмѣренія были объявлены во всѣхъ арміяхъ необязательными и что грудоизмѣреніе *ceteris paribus* можетъ быть только принято во вниманіе при всѣхъ другихъ объективныхъ методахъ изслѣдованія. Не могу не добавить здѣсь, что занимаясь въ теченіе 8 лѣтъ измѣреніями элементовъ тѣлосложенія у нижнихъ чиновъ для выясненія различныхъ условій военной службы, я вынесъ такое убѣжденіе, что эти изслѣдованія могутъ имѣть извѣстную цѣнность для характеристики вліянія занятій и служебныхъ условій на здоровье лишь только при повторномъ ихъ періодическомъ примѣненіи. Однократныя же изслѣдованія могутъ часто повести къ неправильнымъ, ошибочнымъ выводамъ.

Другой рядъ изслѣдователей считаетъ дислокацію войсковыхъ группъ въ густо населенныхъ городахъ и столицахъ весьма существеннымъ моментомъ для распространенія туберкулеза въ арміи. Обстоятельныя и весьма подробныя статистическія работы и сопостановленія Лазаренко, Закржевскаго, Георгіевскаго и Дубелира отводятъ скученности и густотѣ населенія весьма крупную роль въ этиологіи бугорчатки.

Третьи авторы придаютъ особенное значеніе климатическимъ условіямъ для распространенія туберкулеза. Въ силу рѣзкой разницы въ климатъ на обширной территоріи Россіи, уроженцы Кавказа и Юга, попадающіе на сѣверъ, несравненно чаще заболѣваютъ бугорчаткой. Вліяніе климатическихъ условій на заболѣваемость бугорчаткой отмѣчено многими наблюденіями и статистическими данными не только у насъ, но и въ арміяхъ всѣхъ Европейскихъ государствъ, гдѣ территорія гораздо меньше и болѣе однообразна, чѣмъ у насъ. Marvaud, Arnould, Vick и многіе другіе подтверждаютъ это мнѣніе цифровыми данными. Объ этомъ также

многokrатно упоминается и въ нашихъ официальныхъ отчетахъ.

Четвертые авторы учитываютъ этнографическія, національныя, психическія и даже религіозныя особенности, влияющія на здоровье вообще и способствующія умноженію туберкулезныхъ въ арміи, вслѣдствіе тѣхъ рѣзкихъ перемѣнъ въ образѣ жизни, наступающихъ при переходѣ изъ своей гражданской обстановки въ военную службу. Не будемъ уже подробно говорить о тѣхъ причинахъ, которыя находятся въ тѣсной связи со специальными мѣстными условіями военно-служебнаго быта, какъ напр. неудовлетворительность въ гигиеническомъ отношеніи той или другой казарменной обстановки, переутомленіе людей отъ усиленной караульной службы, шаблонная солдатская шинель и однообразная и долгосрочная обмундировка, не всегда соответствующая климатическимъ и метеорологическимъ особенностямъ данной мѣстности. Тѣсное и неблагоприятное размѣщеніе больныхъ во многихъ лазаретахъ, госпиталяхъ и больницахъ, которые назывались профессоромъ Манасеинымъ *парниками чахоточныхъ*, и т. п. чисто мѣстные и бытовыя условія. Всѣ эти приведенныя причины, указанныя въ цѣлой массѣ литературныхъ работъ и отмѣченныя во многихъ официальныхъ санитарныхъ отчетахъ по арміямъ, несомнѣнно указываютъ намъ на то, что въ рѣшеніи вопроса о причинахъ распространенія туберкулеза нельзя исключительно останавливаться на одной только специфической заразительности бугорчатки въ арміи, и что всѣ эти причины имѣютъ важное значеніе и никоимъ образомъ не могутъ и не должны быть игнорируемы въ борьбѣ съ туберкулезомъ въ арміи. Лучшимъ доказательствомъ служитъ тотъ фактъ, что въ однихъ войсковыхъ частяхъ число туберкулезныхъ заболѣваній достигаетъ до 40‰, а въ другихъ только до 2‰, несмотря на то, что служебныя условія болѣе или менѣе одинаковы. Не взирая однакоже на сложный конгломератъ причинъ, выставляемыхъ многочисленными авторами, по поводу распространенія туберкулеза въ арміяхъ, мнѣніе о томъ, что туберкулезъ заносится въ армію главнымъ образомъ изъ гражданского населенія, должно считаться наиболѣе вѣрнымъ и правдоподобнымъ. Въ Германской арміи, напримѣръ, благодаря тому, что многія войсковыя части комплектуются постоянно въ теченіе нѣсколькихъ поколѣній изъ однихъ и

тѣхъ же районныхъ мѣстностей, удалось точными статистическими данными установить, что туберкулезъ въ этихъ войсковыхъ частяхъ находится въ зависимости отъ степени распространенія его въ гражданскомъ населеніи. Наименьшее число туберкулезныхъ въ Итальянской арміи, какъ уже было упомянуто, также объясняется и незначительнымъ распространеніемъ этой болѣзни въ самой Италіи. Во Французской арміи изслѣдованія Кельша и Лемозна доказали, что наибольшая заболѣваемость туберкулезомъ встрѣчается среди солдатъ первыхъ сроковъ службы. Если еще принимать во вниманіе патолого-анатомическія изслѣдованія Naegeli, давшія при вскрытіяхъ 96% туберкулеза, а также и туберкулезныя реакціи, найденныя докторомъ Францомъ въ 75% у 1000 солдатъ Боснійскаго гарнизона, далѣе офтальмо-реакцію Вольфъ-Эйзнера-Кальметта у изслѣдованныхъ многихъ десятковъ тысячъ субъектовъ съ большимъ процентомъ положительныхъ результатовъ,—все это указываетъ намъ на всеобщность туберкулеза въ гражданскомъ населеніи, и что на долю специальныхъ условій военной службы можно отнести лишь только небольшой процентъ туберкулезныхъ заболѣваній въ арміи. Но армія, преслѣдуя главнымъ образомъ свою основную специальную задачу всегда находится на извѣстной подобающей высотѣ боевой готовности, не всегда располагаетъ возможностью во всю ширь, такъ сказать, участвовать въ борьбѣ съ туберкулезомъ, какъ съ народной болѣзنیю со всѣми ея многочисленными и до нельзя разнообразными причинами. Вся дѣятельность арміи по отношенію къ борьбѣ съ туберкулезомъ до сихъ поръ складывалась и могла только конкретно выражаться въ слѣдующемъ опредѣленномъ направленіи. Постепенно усовершенствовать свою санитарно-бытовую обстановку для уменьшенія и уничтоженія у себя всѣхъ питательныхъ средъ и очаговъ для туберкулезной бациллярной заразы; энергически противодействовать и опротестовывать всѣхъ новобранцевъ неправильно принятыхъ на службу со слабымъ здоровьемъ и дегенеративнымъ тѣлосложеніемъ и, наконецъ, какъ самая радикальная мѣра—изъять и удалять изъ своей среды туберкулезныхъ больныхъ какого бы происхожденія они ни были. Изъ представленной здѣсь 3-ей таблицы видно, что смертность отъ туберкулеза въ русской арміи за обозрѣваемый 20 лѣтній періодъ, особенно за послѣднее десятилѣтіе изъ года въ годъ понижается.

Нельзя не признать, что этотъ успѣхъ въ пониженіи смертности получился отчасти отъ того, что при приѣмѣ на службу стала практиковаться болѣе тщательная двойная фильтрація людей по состоянію ихъ здоровья, какъ во время призыва, такъ и по прибытіи ихъ въ каждую войсковую часть. Изъ отчетовъ по Министерству Внутреннихъ Дѣлъ о состояніи народнаго здравія видно, что ежегодно въ присутствіяхъ по воинской повинности число забракованныхъ новобранцевъ по груднымъ болѣзнямъ и бугорчаткѣ достигало за послѣднее 5-лѣтіе среднимъ числомъ ежегодно до 11244. Число опротестованныхъ молодыхъ солдатъ въ войсковыхъ частяхъ по бугорчаткѣ и болѣзнямъ грудныхъ органовъ достигало за послѣднее время среднимъ числомъ 1750 случаевъ. Еще больше, надо полагать, влияетъ на уменьшеніе смертности въ арміи то, что число уволенныхъ со службы по болѣзнямъ за этотъ періодъ значительно возросло. Въ началѣ обозрѣваемаго періода на 1000 чел. спис. состава увольнялось только 9,93, а за послѣднее время этого періода ежегодное увольненіе по болѣзнямъ достигло 41,7‰. — въ 4 съ половиной раза больше. За послѣднее 3-хъ лѣтіе обозрѣваемаго періода по официальнымъ отчетамъ уволено изъ русской арміи болѣе 10 тысячъ солдатъ, страдавшихъ различными явно выраженными формами бугорчатки. Въ дѣйствительности же надо полагать, что число туберкулезныхъ бываетъ гораздо больше, если будемъ учитывать тѣхъ подозрительныхъ слабогрудыхъ больныхъ, которые изъ года въ годъ увольняются съ бронхитами, плевритами, катарромъ легочныхъ верхушекъ и другими неподдающимися на службѣ леченію болѣзнями органовъ дыханія. Такого рода больныхъ, уволенныхъ изъ русской арміи за послѣднее трехлѣтіе, оказалось среднимъ числомъ ежегодно больше 10 тысячъ человекъ. Очутившись въ своей далеко не гигиеничной, примитивной, бѣдной домашней обстановкѣ, эти многія тысячи туберкулезныхъ солдатъ, уволенныхъ со службы, несомнѣнно создаютъ обширные очаги для распространенія бугорчатки въ нашемъ малокультурномъ населеніи, которое еще не имѣетъ никакого представленія о заразительности бугорчатки. Возвращающійся на родину туберкулезный солдатъ ѣстъ со своей семьей изъ одной миски, пьетъ изъ одной кружки, спитъ въ повалку со всей семьей на общихъ полатахъ, питается наравнѣ съ семьей чернымъ хлѣбомъ, картофелемъ

и квасомъ. Такимъ образомъ получается какой то *circulus vitiosus*. Населеніе снабжаетъ армію мало или вовсе не распознанными, скрытными случаями туберкулеза. Армія же въ свою очередь возвращаетъ населенію солидную туберкулезную дань уже въ болѣе активной и рѣзко выраженной формѣ. Подъ впечатлѣніемъ этого печальнаго факта съ точки зрѣнія общественной борьбы съ туберкулезомъ, невольно рождается вопросъ о томъ, куда дѣвается та масса туберкулезныхъ больныхъ и какая участь постигаетъ тѣхъ больныхъ, которые изъ года въ годъ, съ одной стороны, остаются за флагомъ и не принимаются на службу, а съ другой—выбрасываются за бортъ военнаго корабля въ гражданское населеніе? Разрѣшеніе этого важнаго для народнаго здравохраненія вопроса, заслуживаетъ особеннаго вниманія и должно быть включено въ число ближайшихъ боевыхъ лозунговъ нарождающейся у насъ лиги борьбы съ туберкулезомъ. Вѣдь общая воинская повинность, или повинность крови (*Blutsteuer*), какъ нѣмцы выражаются, принадлежитъ къ такимъ крупнымъ и пока неизбѣжнымъ явленіямъ современной жизни, что едва ли кому можетъ прійти на умъ оспаривать или отрицать тотъ долгъ и тѣ обязанности, которые государство и все общество должны фактически проявлять по отношенію къ заболѣвшимъ бугорчаткой во время пребыванія своего подъ знаменами. Вопросъ о дальнѣйшей судьбѣ заболѣвшихъ и увольняемыхъ со службы туберкулезныхъ солдатъ нуждается въ ближайшемъ и болѣе правильномъ разрѣшеніи. Еще лѣтъ 12 тому назадъ въ одномъ изъ военно-санитарныхъ обществъ докторомъ Бушуевымъ весьма мѣтко охарактеризовано положеніе нашихъ чахоточныхъ солдатъ въ госпиталяхъ и лазаретахъ, и при этомъ имъ рисуется тяжелое настроеніе врачей, не умѣющихъ оріентироваться, какъ поступать съ каждымъ даннымъ чахоточнымъ больнымъ: сдавать ли его воинскому начальнику для отправленія его этапнымъ порядкомъ на родину, отличающуюся большею частью неприглядной домашней обстановкой, или оставлять его дожидать свои печальные дни въ туберкулезномъ отдѣленіи, которое называлось тогда больными „морилкой“. Зандеръ, Унтербергеръ, Маркъ и многіе другіе военные врачи, а также и Кавказское медицинское общество единогласно высказываются о необходимости урегулировать болѣе правильное по-

печеніе о заболѣваемыхъ и увольняемыхъ изъ арміи по бугорчаткѣ нижнихъ чиновъ.

На 9-мъ Пироговскомъ съѣздѣ врачей также было постановлено ходатайствовать предъ военнымъ начальствомъ о томъ, чтобы были устроены особыя санаторіи, въ которыхъ могли бы имѣть призрѣніе тѣ нижніе чины, которые приобрѣли туберкулезъ во время пребыванія своего на службѣ. Правда, во многихъ нашихъ госпиталяхъ и больницахъ имѣются отдѣльныя палаты, *якобы* для изоляціи туберкулезныхъ больныхъ. Но обстановка и режимъ едва ли во всѣхъ госпиталяхъ могутъ соответствовать тѣмъ принципамъ, которые теперь признаны необходимыми для соблюденія при содержаніи и призрѣніи туберкулезныхъ. Въ Германской арміи уже сдѣланы нѣкоторые шаги къ объединенію военного и гражданскаго вѣдомствъ въ дѣлѣ помощи и призрѣнія туберкулезныхъ нижнихъ чиновъ, заболѣвающихъ на службѣ. На основаніи точной освѣдомленности въ Германской арміи обыкновенно различаются больные солдаты, заразившіеся туберкулезомъ на службѣ, отъ тѣхъ больныхъ, которые случайно, по ошибкѣ попали въ армію съ подозрительнымъ туберкулезомъ. Этимъ разборомъ обыкновенно руководствуются тамъ при назначеніи пенсіи выходящимъ въ отставку по болѣзни. Кромѣ того среди широкой сѣти здравницъ, число которыхъ насчитывается больше сотни, и организованныхъ по всей странѣ для страхуемыхъ рабочихъ, функционируетъ также извѣстное число санаторій (Genesungsheim) для содержанія и пользованія нижнихъ чиновъ, увольняемыхъ со службы по туберкулезу. Во Франціи, судя по докладу профессора Лемозна на послѣднемъ антитуберкулезномъ конгрессѣ въ апрѣлѣ нынѣшняго года, видно также, что тамъ назрѣваетъ вопросъ о попеченіи надъ увольняемыми со службы туберкулезными солдатами. „Съ точки зрѣнія гуманности и общественнаго здравоохраненія“, говоритъ Лемознь, „необходимо принимать особенныя предохранительныя мѣры противъ того, чтобы увольняемые изъ военной службы туберкулезные больные не распространяли своей болѣзни среди гражданскаго населенія, а также необходимо заботиться объ этихъ увольняемыхъ больныхъ. Несмотря на то, что на основаніи многочисленныхъ наблюденій солдаты большею частію приносятъ зародышъ бугорчатки изъ дому, все таки это не должно убавлять обязанностей военного вѣдомства

принимать дѣятельное участіе въ дальнѣйшей, внѣслужебной судьбѣ этихъ больныхъ, ибо при исполненіи служебнаго долга часто встрѣчаются такія условія, какъ переутомленіе, простуда и т. п. причины, которыя служатъ толчкомъ къ заболѣванію туберкулезомъ. Поэтому всѣ уволенные туберкулезные больные должны быть призрѣваемы въ отдѣльныхъ здравницахъ или въ изолированныхъ отдѣленіяхъ больницъ ближайшаго къ мѣсту родины района.“

Д-ръ Францъ въ своемъ докладѣ на международномъ конгрессѣ въ Римѣ по борьбѣ съ туберкулезомъ въ Австрійской арміи, подробно излагаетъ всѣ профилактическія мѣры, которыя стали приниматься за послѣднее время и при этомъ также указываетъ на необходимость болѣе тщательной изоляціи заболѣвшихъ на службѣ солдатъ не въ общихъ госпиталяхъ, но въ отдѣльныхъ здравницахъ. Одна изъ такихъ здравницъ уже оборудована и начнетъ скоро функціонировать.

У насъ въ Россіи первымъ починомъ въ этомъ дѣлѣ надо считать здравницу, устроенную на свой счетъ В. Княземъ Михаиломъ Александровичемъ въ Финляндіи, близъ Теріоки для слабогрудыхъ нижнихъ чиновъ гвардейскаго корпуса. Время пребыванія въ этой здравницѣ продолжается отъ 4-хъ до 8 мѣсяцевъ. Въ 1910 году тамъ уже пользовались 120 нижнихъ чиновъ, страдавшихъ туберкулезомъ, плевритами и бронхитами. Существующія уже давно въ русской арміи санитарно-гигіеническія и санитарно-лечебныя станціи при постепенномъ ихъ расширеніи и приспособленіи могли бы также служить большимъ подспорьемъ въ дѣлѣ попеченія о туберкулезныхъ, увольняемыхъ изъ арміи. Судя по официальнымъ военно-санитарнымъ отчетамъ всѣ больные, пребывающіе на этихъ станціяхъ, за малымъ исключеніемъ, возстановливаютъ свое здоровье и на столько поправляются, что большинство изъ нихъ возвращается обратно на службу въ свои войсковыя части, и между этими больными бываетъ весьма мало рецидивистовъ. Приходится только сожалѣть о томъ, что на этихъ санитарныхъ станціяхъ до сихъ поръ отводилось мало мѣстъ для больныхъ, страдающихъ бугорчаткой и вообще болѣзнями органовъ дыханія. По сдѣланному мною подсчету за послѣднее десятилѣтіе обозрѣваемаго періода, всѣхъ больныхъ, перебивавшихъ на этихъ станціяхъ, было среднимъ числомъ ежегодно около 7500 человекъ. Туберкулезныхъ и съ болѣзнями органовъ дыханія было

среднимъ числомъ всего около 8%. Наибольшій контингентъ больныхъ на этихъ станціяхъ давали глазные 35%, а съ болѣзнями костно-мышечной системы 14%. Нельзя не согласиться съ мнѣніемъ, высказаннымъ во врачебной литературѣ по поводу того, что въ русской арміи почему то посвящается меньше вниманія туберкулезнымъ и слабогрудымъ, чѣмъ глазнымъ больнымъ. Для глазныхъ больныхъ функционируютъ по округамъ специальные окулисты. Глазные больные, по выраженію корпуснаго врача Унтербергера, вылавливаются въ рядахъ арміи и подвергаются строгой изоляціи въ отдѣльныхъ, даже специально нанимаемыхъ помѣщеніяхъ. Станціи для глазныхъ существуютъ по мѣрѣ надобности и въ теченіе круглаго года. Для больныхъ же, страдающихъ болѣзнями органовъ дыханія и подозрительнымъ туберкулезомъ, санитарныя станціи открываются на время лѣтняго сезона и то сравнительно съ весьма ограниченнымъ числомъ мѣстъ. Между тѣмъ число грудныхъ больныхъ въ 3 или 4 раза превышаетъ число глазныхъ, и по смертности ихъ и сравнивать нельзя съ глазными больными. Кромѣ того въ заболѣваемости грудными болѣзнями вообще и бугорчаткой въ частности, при ихъ медленномъ, долговременномъ и скрытномъ теченіи лучше всего отражаются и сказываются всѣ санитарныя недочеты въ арміи, которые могутъ и должны быть своевременно устранены. Даже сравнительно съ сифилитиками туберкулезные больные являются какими то пасынками въ арміи. Сифилитиковъ, по увольненіи со службы, оставляютъ на излеченіе до полного исчезанія всѣхъ симптомовъ болѣзни, а туберкулезныхъ больныхъ, если они только въ состояніи двигаться, послѣ установленнаго діагноза немедленно отправляютъ на родину, иногда даже, согласно существующему приказу, съ провожатымъ, для того, чтобы эти больные не умирали на пути слѣдованія по нашимъ длиннымъ дорогамъ, мало приспособленнымъ еще для перевозки заразныхъ больныхъ. Даже существовавшая у насъ единственная кумысо-лечебная станція „Барбошина Поляна“ почему то закрылась въ 1903 году по нѣкоторымъ недоразумѣніямъ со стороны мѣстной администраціи. Между тѣмъ какъ на этомъ курортѣ ежегодно пользовались около 150 слабогрудыхъ и съ подозрительной бугорчаткой больныхъ. Конечно устройство по всѣмъ округамъ соответствующаго числа отдѣльныхъ т. назыв. домашнихъ санаторій для слабо-

грудыхъ и туберкулезныхъ, по типу вышеупомянутой здравницы В. К. Михаила Александровича сопряжено съ большими финансовыми затратами и въ близкомъ будущемъ едва ли можно рассчитывать на его осуществленіе. Поэтому попеченіе о слабогрудыхъ и чахоточныхъ больныхъ, находящихся на *перепутьѣ* между арміей и гражданскимъ населеніемъ, должно быть намѣчено въ ряду тѣхъ проблемъ, которыя придется рѣшать по районно нарождающимися у насъ мѣстными отдѣлами антитуберкулезной лиги. Кратковременная помощь, оказываемая на военно-санитарныхъ станціяхъ и въ госпиталяхъ, должна быть расширена мѣстными отдѣлами лиги для тѣхъ больныхъ, которые по туберкулезу уходятъ со службы. Въдѣ основной принципъ въ общественной борьбѣ съ туберкулезомъ, какъ извѣстно, главнымъ образомъ сводится къ тому, чтобы по возможности изолировать изъ населенія больныхъ, одержимыхъ бугорчаткой въ первоначальной стадіи ея появленія и развитія, а въ позднѣйшихъ стадіяхъ, при ея неизлечимости, способствовать къ тому, чтобы эти больные сдѣлались безвредными для окружающихъ. Первымъ условіемъ для выполненія этой задачи должна служить освѣдомленность каждаго отдѣла лиги о числѣ туберкулезныхъ, имѣющихся въ районѣ его дѣятельности.

Р. Кохъ въ своемъ докладѣ Берлинской академіи наукъ по поводу причины замѣтнаго уменьшенія числа туберкулезныхъ въ нѣкоторыхъ городахъ и мѣстностяхъ придаетъ особенное значеніе этой освѣдомленности въ формѣ обязательнаго, проведеннаго законодательнымъ путемъ контроля надъ чахоточными каждаго даннаго района, для возможнаго ихъ изолированія и призрѣнія въ отдѣльныхъ здравницахъ и лечебныхъ пунктахъ. На послѣднемъ международномъ конгрессѣ по борьбѣ съ туберкулезомъ, въ апрѣлѣ 1912 года, вынесена также резолюція, что общественный контроль не долженъ ограничиваться регистраціей одной только смертности, но также и случаевъ заболѣванія, если только таковыя распознаны и констатированы врачебными изслѣдованіями. Въ интересахъ освѣдомленности о распространеніи туберкулеза въ населеніи, армія можетъ оказывать антитуберкулезной лигѣ незамѣнимую услугу такъ какъ при исполненіи акта воинской повинности все мужское населеніе страны подвергается врачебному изслѣдованію, не говоря уже о тѣхъ туберкулезныхъ, которые увольняются изъ арміи

на родину въ болѣе выраженной формѣ. Подобная объединенная связь между арміей и другими общественными организаціями по борьбѣ съ туберкулезомъ уже существуетъ на практикѣ. Такъ, на примѣръ, въ 14 Баденскомъ корпусѣ Германской арміи войсковые врачи, участвующіе при приѣмѣ новобранцевъ, а также старшіе врачи военныхъ лазаретовъ всегда обязаны сообщать въ своемъ районѣ различнымъ мѣстнымъ учрежденіямъ подробныя свѣдѣнія о туберкулезныхъ какъ среди непринятыхъ на военную службу, такъ и среди увольняемыхъ изъ арміи.

Заканчивая свой докладъ, я долженъ оговорить, что я лишь ограничился указаніемъ на печальную судьбу только тѣхъ туберкулезныхъ больныхъ, которые находятся, такъ сказать, на рубежѣ между арміей и гражданскимъ населеніемъ и нуждаются въ соотвѣтствующей общественной помощи. Что касается вообще военно-санитарныхъ мѣръ въ борьбѣ съ туберкулезомъ въ самой арміи, то нарастающее все больше и больше число изслѣдованій и наблюденій, какъ въ нашей, такъ и заграничной литературѣ, приводятъ къ тому выводу, что центръ тяжести этихъ мѣръ заключается главнымъ образомъ въ устраненіи доступа въ армію молодыхъ людей, одержимыхъ предрасположеніемъ къ туберкулезному заболѣванію. Но надо сознаться, что это устраненіе доступа подозрительныхъ по туберкулезу въ арміи вовсе не такъ легко, какъ это кажется. До тѣхъ поръ пока мы не владѣемъ вполне точными методами ранняго распознаванія бугорчатки, пока эти методы не будутъ широко примѣняться на практикѣ не только въ крупныхъ центрахъ и университетскихъ городахъ, но и въ глухой провинціи, всегда является возможность попаданія въ ряды арміи людей предрасположенныхъ къ заболѣванію вездѣсущей въ населеніи бугорчаткой. Относительно же прочихъ мѣръ приходится констатировать, что во всѣхъ современныхъ правильно организованныхъ арміяхъ мѣры эти выражаются съ наибольшимъ успѣхомъ скорѣе въ формѣ санитарно-гигіеническихъ, чѣмъ специально-лечебныхъ. Бацилярная зараза туберкулезомъ какъ таковая не особенно страшна для арміи, такъ какъ вездѣ тщательно разработаны и функционируютъ въ большей или меньшей степени подробныя инструкціи для искорененія туберкулезныхъ очаговъ путемъ изоляціи больныхъ и дезинфекціи жилыхъ помѣщеній, одежды и прочихъ

источниковъ ихъ проявленія. Туберкулезная заболѣваемость, по многообразнымъ условіямъ и причинамъ своего распространенія, должна быть причислена къ явленіямъ общественной патологіи. И поэтому профилактика здѣсь играетъ несравненно большую роль, чѣмъ специфическое леченіе, если бы даже оно давало самые блестящіе результаты. Всѣ наши санаторіи, здравницы, лѣтнія колоніи, лѣсныя дачи, амбулаторіи имѣютъ de facto болѣе предохранительное, чѣмъ лечебное значеніе, и въ организаціи обильнаго числа подобныхъ учрежденій на почвѣ культурной солидарности между всѣми слоями населенія собственно и скрывается весь смыслъ общественной борьбы съ туберкулезомъ.

Литература.

При составленіи настоящаго доклада авторъ пользовался слѣдующими литературными источниками:

1. Лавровъ, П. Л. Государственный элементъ въ будущемъ обществѣ.
2. Милютинъ, Д. А. О Суворовѣ. Огеч. Записки 1839 г.
3. Handbuch der Geschichte d. Medicin v. Th. Puschmann Jena 1903.
4. Siegert, C. E. Dr. Die Erkrankungen d. Lunge in Celsus Sammelwerke. Zeitschrift f. Tuberculose B. 16. H. 6.
5. Hanseemann. D. Ueber das conditionale Denken in der Medizin. Berlin 1912,
6. Fischer Dr. Veröffentlichungen aus d. Gebiete des Militärsanitätswesens. H. 34.
7. Lemoine G. H. La Tuberculose et L'armée. Revue de la Tuberculose № 2, 1912, Paris.
8. Sforza, Cl. Militärarzt №№ 16. 17. 1911 г.
9. Franz, K. Dr. Militärarzt № 8 1912 г.
10. Schwiening, Prof. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1912 № 25.
11. Ежегодные санитарные отчеты по Русской арміи съ 1890 по 1909 г. Изданіе Глав. В.-Медицинскаго Управленія.

12. Cornet. Die Tuberculose. Wien 1907 г.
13. Tuberculose Vol. 6 № 1.
14. Knaak. Dr. Die Betheiligung der Armee in d. Bekämpfung d. Tuberculose. D. Medizin. Wochenschrift 1904 № 45.
15. Kelsch. Tuberculose dans l'armée. Revue d'hygiène 1905 г.
16. R. Koch. Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. 67. H. 1.
17. Told, Prof. Studien über die Anatomie der menschlichen Brustgegend. Stutgard 1875 г.
18. Naegeli, O. Ueber Häufigkeit, Localisation und Ausheilung d. Tuberculose. Virchow's Archiv Bd. 160.
19. Wolff-Eisner. Руководство къ серотерапіи С.-ПБ. 1912 стр. 191,
20. Туберкулезъ. 1912 Іюнь.
21. Marvaud, A. Болѣзни солдатъ. Приложение къ военно-медиц. журналу 1895.
23. Щепотьевъ, Н. К. Къ этиологіи чахотки въ арміи. В. М. Жур. 1896, Октябрь.
24. Маркъ, С. А. Къ вопросу о борьбѣ съ чахоткой въ арміи. В. М. Ж. 1907 Іюнь. Авг. Сентябрь.
25. Лебедевъ, Н. А. О распространеніи бугорчатки въ войскахъ арміи и гвардіи по анатомо-патолог. даннымъ. В. М. Ж. 1911 Октябрь. Ноябрь.
26. Долматовъ, О чахоткѣ среди ниж. чиновъ гвардіи. В. М. Ж. 1901 Августъ.
27. Поспѣловъ, Къ вопросу о бугорчаткѣ легкихъ въ арміи. Дисс. 1908 С.-ПБ.
28. Унтербергеръ, С. Ф. Какимъ образомъ воен. врачи могутъ съ успѣхомъ бороться съ чахоткой въ войскахъ. В. М. Ж. 1905 г. Май Іюнь.
29. Столяровъ, О причинахъ развитія грудныхъ болѣзней въ войскахъ С.-ПБ. 1872.
30. Frölich. Военная медицина. Перев. Иванова С.-ПБ. 1888.
31. Идельсонъ, Е. М. Къ вопросу о физическомъ развитіи солдата подъ вліяніемъ 1-го года службы въ пѣхотѣ. В. Санитарное дѣло 1889 г.
- Къ сравнительной опѣнкѣ взвѣшиванія съ измѣненіемъ роста у новобранцевъ. В. С. Дѣло 1886.
- Изъ наблюденій надъ учебной командой. Казанскій Медич. Журналъ 1903.

32. Лазаренко Н. О. О связи смертности отъ чахотки съ густотой и скученностью населенія. Дисс. 1890 С.-ПБ.
 33. Гензель. О связи заболѣваемости органовъ дыханія съ климатич. и метеорологич. условіями мѣстностей. В. М. Ж. 1897 мартъ
 34. Закржевскій. О разныхъ способахъ зараженія бугорчаткой въ войскахъ. В. М. Ж. 1889 Апрель.
 35. Гейлихъ. Къ вопросу о заболѣваемости легоч. чахоткой въ войскахъ. Дисс. 1905 г.
 36. Бушуевъ. О выпискѣ чахоточныхъ солдатъ изъ лечебныхъ заведеній. Врачъ № 45. 1900 г.
 37. Куцевъ. А. А. О санаторіяхъ для туберкулезныхъ больныхъ офицеровъ и ниж. чиновъ. Труды Импер. Кавказ. Медич. Общества 1911 Апрель—Декабрь.
 38. Отчетъ о состояніи народнаго здравія за послѣдніе 3 года С.-ПБ.
 39. Зандеръ. Въ вопросу о выпискѣ трудно-чахоточныхъ солдатъ изъ лечеб. заведеній. В. М. Ж. 1901 Августъ.
 40. Никольскій. Несовершенство въ дѣлѣ приѣма новобранцевъ. Воен. сборникъ 1909 г. январь.
 41. Горскій, П. А. Къ вопросу объ опротестованныхъ новобранцахъ В. М. Ж. 1909 Іюнь.
 42. Инструкція о мѣропріятіяхъ противъ развитія и распространенія заразныхъ болѣзней въ арміи. Изданіе глав. воен. медич. управленія 1905 г.
- 