

хочу хоть сколько-нибудь обесценить значение правильно поставленной противоэпидемической борьбы, которая, наоборот, должна быть всегда в орбите самого глубокого внимания тех, кто стоит на славном посту народного здравоохранения, равно как и всего общества в целом. Если по эпидемическим законам путем массовой иммунизации населения, путем постоянного подбора, отмечающего неустойчивую часть населения и ведущего к появлению резистентного поколения, путем ослабления или потери патогенным возбудителем своей вирулентности человеческое общество и выходит из эпидемической полосы, то мы отлично знаем, что это всегда бывает сопряжено с тяжелыми материальными потерями и достигается ценой огромного количества человеческих жизней, причем и здесь, по крайней мере в некоторых случаях, остается в полной силе выражение: „война уничтожает лучших“ (Gottstein). Уже по этим соображениям мы не можем оставаться пассивными зрителями, отдавая себя в полное распоряжение слепым силам природы. И на этом фронте человек должен стремиться подчинить себе природу.

Привели ли, однако, здесь человеческие старания к положительным результатам?

Располагаем ли мы в настоящее время достоверными и убедительными данными, которые бы свидетельствовали, что наши усилия не остаются бесплодными?

Блестящим примером торжества человеческого гения в борьбе с заразными болезнями является оспопрививание, где человеческий разум, подражая самой природе, сумел превратить ужасный оспенный вирус в могучее средство борьбы против этой инфекции. Gottstein в своей работе „*Kommen und Gehen der Epidemien*“ считает, что необычайно низкая смертность от заразных заболеваний во время империалистической войны стоит в прямой зависимости от успехов в области борьбы с эпидемией. Не менее доказательной является его ссылка и на послевоенное время, когда с востока в Германию тянулись бесчисленные вереницы беженцев и пленных, заносивших из пораженных эпидемиями мест семена заразы, и, однако, несмотря на огромное скопление пылающих искр, они сумели вызвать в Германии лишь небольшие, быстро потухавшие очаги заразы. В этой работе автор приводит чрезвычайно демонстративную таблицу, характеризующую понижение смертности в Германии от различных заразных болезней.

На 100.000 жителей умерло в Германии от:

	скарлатины	тифа	дифтерии	туберкулеза	всего
1881	62,8	40,4	102,0	344,9	2602
1900	24,0	11,3	27,7	222,6	2117
1927	1,0	3,0	7,0	109,0	1269

Примеров подобного рода можно было бы привести бесчисленное количество. Все они единодушно указывают, что правильно и систематически проводимые противоэпидемические мероприятия, наряду с культурным подъемом жизни страны, являются лучшим средством в борьбе с заразными болезнями. Не нужно, однако, при этом забывать того, что успех борьбы с заразными болезнями во многом определяется отношением к ним и самостоятельностью самого населения: научно-обоснованные противоэпидемические мероприятия только тогда приведут к желанной цели, если они будут опираться на общую солидарность всех слоев общества и чувство ответственности каждого его члена (Gottstein).

Основные моменты работы противотуберкулезных учреждений Германии.

(Из отчета о заграничной научной командировке октябрь—ноябрь 1928 г.).

Ассистента Каз. ун-та В. И. Катерова.

Как идейное, так и практическое руководство борьбой с туберкулезом в Германии находится в руках „*Deutsches Zentralcomité zur Bekämpfung der Tuberkulose*“, во главе которого стоят: председатель комитета, он же—президент германского ведомства Здр. d-r Hamel и генеральный секретарь комитета d-r Helm. Но различные противотуберкулезные учреждения в Германии (больницы, диспансеры, санатории и т. д.) принадлежат различным организациям: го-

родам, страхкассам, Обществу Красного Креста и т. д. Это обстоятельство, повидимому, все же вносит известный диссонанс в цельность работы туберкулезных учреждений.

Среди всех учреждений, работающих по борьбе с туберкулезом, центральное место отводится диспансеру и методам диспансерной работы. Вынужденные значительно сократить свою работу во время империалистической войны и ближайших лет после нее, германские туб. учреждения (как санатории, больницы, так и диспансеры) стали вновь развертывать свою деятельность особенно с 1924 года.

Как на пример диспансерной работы, укажу на диспансер в районе Neuköln'a (в Берлине), находящийся в заведывании д-ра Zadek'a. Основанный еще в довоенные годы этот диспансер может гордиться своей работой: обслуживая весь район Neuköln'a с населением, 300 тыс. человек, диспансер имеет лишь 4-х врачей и 11 сестер-обследовательниц (кроме того, одна ассистентка в рентгеновском кабинете и персонал канцелярии), причем, по заявлению д-ра Zadek'a, диспансер обслуживает 80% населения. Объяснения такого несоответствия (в сравнении с нашими нормами) количества персонала и обслуживаемого населения лежат в следующем: 1) германский диспансер не ведет лечебной работы он производит обследование, ставит диагноз, оказывает помощь по линии социальных мероприятий, а для лечения направляет больного в соответствующие учреждения (больницы, санатории и т. п.); 2) большая организованность работы как учреждения в целом, так и всего персонала; 3) большая работоспособность персонала при комфортабельности обстановки (необходимая аппаратура, телефоны, пишущие машинки и т. д.). Насколько продуктивной может быть работа диспансера при хорошей постановке, показывают, например, некоторые данные д-ра Bräunling'a (собщенные им в читанном им курсе): в Штеттине число туберкулезных больных, имеющих отдельную комнату, доведено диспансером за последние годы с 10% до 50%, а число лиц, не имеющих отдельной кровати и нуждающихся в этом, уменьшилось с 25% до 2%.

Другой тип диспансера—Ernährungsfürsorge—имеет целью улучшить питание туберкулезных больных и нуждающегося в этом населения, в особенности детей-школьников. Дети с 1920 года получают в школах горячий завтрак, а в настоящее время даже горячий обед (стоимостью 50—60 фенн.), который отпускается или за плату 5—20 фенн. или (неимущим) бесплатно. Д-р Ballin (Spandau), говоря о роли этого рода помощи туберкулезным больным, подчеркивает, что здесь необходимо проводить тактику Familienfürsorge, т. е. улучшать питание не одного заболевшего члена семьи, а всей семьи; иначе продукты, выданные на одного больного, будут разделены на всю семью и не окажут никому существенной помощи.

Что касается стационарных туб. учреждений в Германии, то они, в особенности санаторные учреждения, за последние годы значительно изменили характер своей работы: в настоящее время германские санатории большей частью превращаются в больницы-санатории, в которых находится 70—90% больных с открытой формой (часто кавернозного характера) туберкулеза, тогда как не так давно еще в санатории направлялись больные с незначительными изменениями, главным образом в целях профилактики. При этом под видом начальных форм туберкулеза попадались иногда вовсе не туберкулезные больные, число каковых доходило в некоторых санаториях до 30%. Основания к такому изменению состава больных, направляемых в санатории, были следующие: 1) длительные и множественные наблюдения над туберкулезными больными с выраженным процессом (даже кавернозного характера) и с выделением ВК в мокроте показали, что эти больные далеко не представляют собою безнадежного материала, а при соответствующем лечении могут терять ВК в мокроте, восстанавливать на более или менее продолжительный срок свою работоспособность и даже излечиваться; 2) удаление на значительный срок туберкулезного больного, выделяющего ВК, из окружающей обстановки, предохраняет от распространения туберкулеза данным больным; 3) легкие случаи туберкулеза могут быть часто излечиваемы и другими более дешевыми мероприятиями (улучшение квартиры, питания и т. д.). Кроме санаторий, не могущих, конечно, принять всех больных с открытой формой туберкулеза, в Германии имеются еще учреждения более дешевого типа (убежища), а в последнее время кое-где организуются и специальные трудовые колонии для этих больных.

Одновременно с изменением контингента больных был разрешен и вопрос о сроке пребывания больных в санаториях. В то время как прежде в германских

санаториях больные находились по 2—3 месяца, сейчас срок пребывания неограничен и как в больницах, так и в санаториях, больные остаются большей частью 5—6 месяцев, нередко 1—2 года и даже более. Соответственно с изменением состава больных в санаториях существенно расширились, конечно, применяемые в них методы лечения. На основном фоне обще-санитарного и укрепляющего режима применяются все современные методы лечения легочного туберкулеза, конечно, с некоторой разницей в количественном отношении в зависимости от индивидуальных взглядов шефа учреждения. Так, например, в санатории „Hohenlychen“ (дир. d-r Kisch), где % больных с тяжелой формой туберкулеза сравнительно меньший, чем в других санаториях, преобладает консервативный метод лечения, но применяется также, в соответствующих случаях, хемотерапия (Solganol—немецкий препарат золота, не дающий, будто бы, побочных явлений), рентгенотерапия, туберкулинотерапия, пневмоторакс и другие виды коллисотерапии. В больницах-санаториях „Waldhaus Charlottenburg“ (дир. d-r Ulrici) соответственно с более тяжелым контингентом больных применяются преимущественно все виды коллисотерапии, как-то: пневмоторакс (одно- и двусторонний), подсобная операция Jakobeu'sa, френико-экзерес, олеоторакс, пломбировка и торакопластика. За последнее время в Waldhaus Charlottenburg'e одновременно с постройкой еще одного корпуса и расширением количества коек до 600 вновь выстроены и соответственно оборудованы две операционных.

Что касается установления показаний к применению различных видов коллисотерапии, то они, конечно, варьируют в зависимости от случая и взглядов шефа. В частности наиболее серьезный вид хирургического вмешательства при лечении туберкулеза легких, операция Jakobeu'sa и торакопластика, получили уже в Германии полное признание и производятся почти в каждом туберкулезном учреждении. Однако, наряду с широким распространением методов хирургического лечения легочного туберкулеза в Германии, можно встретить и больших клиницистов, относящихся осторожно и сдержанно к их применению. Так, мне пришлось видеть у проф. F. Klemperer'a ((Krankenhaus Reinickendorf) случай раннего инфильтрата, где проф. F. Klemperer воздерживался от наложения пневмоторакса, т. е. случай протекал хорошо и при консервативном лечении. Точно также проф. Klemperer почти не прибегает к наложению двухстороннего пневмоторакса, считая, что и односторонний пневмоторакс оказывает благоприятное биологическое воздействие на обе пораженные стороны. Еще более сдержанно относятся проф. Klemperer к торакопластике.

Из учреждений, предназначенных для лечения больных с костно-суставным туберкулезом, мне удалось быть в отделении проф. Kisch'a в Hohenlychen'e.

Проф. Kisch, применяя при лечении костно-суставного туберкулеза принципы, принятые и у нас (общеукрепляющее лечение, покой, вытяжение, солнце-и светолечение), продемонстрировал мне, однако, ряд случаев (подтвержденных и прекрасными рентгеновскими снимками), в которых ему удалось получить не только затихание процесса, но и значительное восстановление функции пораженных суставов (тазобедренного, коленного, локтевого), применяя в соответствующий момент пассивную и активную гимнастику, что ведет иногда к образованию нового сустава. Эффектны также были снимки, показывавшие самопроизвольное рассасывание секвестров после применения йода (по совету его шефа проф. Bier'a). Второе учреждение проф. Kisch'a—„Institut der Stadt Berlin für Knochen- u. Gelenkkranke“ в Берлине является большим дневным санаторием (на 300 детей и 30 взрослых с 32 стационарными койками) для хирургических туберкулезных больных более легких (ходячих) и амбулаторией для тех же больных. Особенность этого учреждения та, что оно расположено в ряде совершенно простого типа барраков, крытых площадок на огромной и пустынной территории почти в центре города; обслуживается оно минимальным штатом и стоит дешево; предназначено для малоимущих слоев населения.

Посещая германские лечебные учреждения, нельзя не обратить внимания на ряд их особенностей. Нечего говорить, конечно, о комфортабельности обстановки, о высокой организованности и дисциплине как персонала, так и больных, об образцовом порядке и идеальной чистоте. Поражает также работоспособность всего персонала и его высокая квалификация. В частности в отношении врачей (не говоря уже о шефах учреждений, большей частью лицах с большим научным именем), следует сказать, что все они достаточно подготовлены, имеют определенную научную установку и не мыслят себя узкими специалистами («туберкулезниками»). Так, например, в туб. санаториях исследования уха, носа, горла, глаз,

мочеполовых органов (у женщин внутреннее исследование), нервной системы, а также пользование рентгеновским методом исследования считаются обязательными и производятся врачами, ведущим больного; только в случаях более сложных в диагностическом или терапевтическом отношении вызывается соответствующий специалист. Специальных рентгенологов в туб. учреждениях нет, в затруднительных случаях врач консультирует с шефом. Число больных на каждого врача в стационарных учреждениях около 50—60 чел., в диспансерах ежедневно на приеме 35—36 чел. При внешней беглости обхода шефа (около 50 чел. в час) и наличии у него под наблюдением 300—400 больных видно, что больные ему известны; во время обхода вниманию шефа предлагаются обычно более существенные и конкретные вопросы (следует ли применить такой-то метод лечения, необходимо ли держать больного еще в учреждении и т. п.), при чем все излагается кратко и ясно и ответы даются такие же.

Что касается методов клинического обследования, то наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями (крови, мокроты, мочи, в некоторых учреждениях у каждого больного определяется основной обмен) очень большое значение придается рентгеновскому методу исследования. У каждого больного можно видеть во время обхода 3—5 и более снимков, и неудивительно, конечно, что во всех учреждениях количество снимков в архивах исчисляется тысячами и десятками тысяч (например, в Hohenlychen'e в отделении проф. Kisch'a—свыше 40 тысяч снимков). Разумеется, что во всех учреждениях, где мне пришлось быть, имеются рентгеновские кабинеты: в некоторых чрезвычайно богатые и совершенные (например, аппарат для стереоскопических снимков), в некоторых—более просто обставленные, но дающие полную возможность в любой момент просветить, а в случае надобности тут же сделать снимок и через 5 минут иметь его уже готовым. При таком положении невольно задается вопросом, как стал бы чувствовать себя немецкий врач, особенно фтизиат, если бы его лишили рентгена. Д-р Zadek считает, например, что рентгеновский аппарат должен быть столь же обычным прибором в руках каждого врача, как и стетоскоп, и должен находиться в его врачебном кабинете, чтобы не нужно было ходить в отдельную комнату, быть связанным временем и т. д.

Что касается других вопросов клиники, стоящих сейчас, повидимому, в центре внимания германских клиницистов, работающих по туберкулезу, то одним из них является вопрос о ранних инфильтратах. Это видно как по громадной литературе, продолжающей и сейчас занимать страницы специальных и общих немецких медицинских журналов, так и по докладам и прениям на эту тему на последнем германском туберкулезном Съезде, так и по тому, что почти в каждом учреждении вам демонстрируют ряд снимков данного заболевания. Учение Ranke о трех аллергиях в настоящее время, повидимому, уже несколько отходит с первого плана, но все же продолжает занимать умы клиницистов, главным образом своей теоретической стороной.

Большую работу одновременно прделывает германская научная мысль и в области вопросов эпидемиологии, иммунитета и профилактики туберкулеза. Упомяну о наиболее актуальных из них, затронутых рядом видных специалистов (проф. Ettinger, проф. B. Lange, d-r Braeuning, d-r Langer и др.) в читанных ими курсах по туберкулезу в Waldhaus Charlottenburg'e. Вопросы, освещенные проф. Ettinger'ом: 1) что важнее Exposition или Disposition? 2) что чаще—эндо-или экзогенная реинфекция (суперинфекция)? 3) какой способ инфекции наиболее опасен—пылевой или капельный и 4) следует ли стремиться к абсолютному предотвращению человеческого организма от туберкулезной инфекции? Все эти вопросы, имеющие колоссальное значение, далеки еще от окончательного разрешения, но настойчиво приковывают к себе внимание исследователей. Д-р Braeuning в своей лекции совершенно правильно подчеркнул огромную опасность Pubertätsalter в отношении заболеваемости туберкулезом; два фактора здесь действуют, взаимно усиливая опасность: с одной стороны, большие пертурбации, совершающиеся в организме в связи с периодом полового созревания, понижают временно устойчивость организма, с другой стороны об людях этого возраста наименее заботятся: юноша вышел из-под надзора школьного врача, но не попал еще в круг наблюдения страхового врача. Этими обстоятельствами объясняется, что смертность от туберкулеза в юношеском возрасте вновь достигает цифры смертности от туберкулеза в грудном возрасте.

В частности смертность девушек в этом возрасте выраженно превосходит смертность мальчиков, уступая таковой в остальные периоды жизненного цикла.

Отмечая приведенные факты, д-р Браунинг указывает, что в этом месте общественной борьбы с туберкулезом в Германии имеется большой пробел. На особенностях течения туберкулеза в юношеском возрасте остановил также особое внимание и д-р Рагел в своих лекциях о патологической анатомии туберкулеза.

Понятно, что в центре внимания стоит также и вопрос о предохранительных прививках по Сальметту. В этом вопросе в Германии как по литературным данным, так и по лекциям д-ра Браунинга, д-ра Лангера и по личной беседе с проф. L. Rabinowitsch-Kempner'ом, мнение довольно единодушное: не отрицая теоретической обоснованности идеи Сальметта, все считают, что его доводы (статистические и экспериментальные) относительно практической ценности его метода еще недостаточно убедительны, и для подтверждения их необходимы длительные, большие и тщательные наблюдения. Что касается допустимости постановки наблюдений на детях, то считается, что при строгом соблюдении установленных правил производства прививок BCG и тщательном последующем контроле такие наблюдения возможны.

Интенсивная работа научной мысли в Германии в области учения о туберкулезе с практическим осуществлением всех научных достижений как в области профилактики, так и в области клиники туберкулеза, одновременно с поднятием общего экономического благосостояния Германии за последние годы, дали ряд серьезных достижений в борьбе с туберкулезом, а именно: 1) значительное снижение смертности от туберкулеза (за последние 20 лет смертность от туберкулеза в Германии уменьшилась вдвое и сейчас составляет 10,7 на 10 тысяч жителей, а в больших городах даже — 9,9); 2) заметное отставание % смертности от туберкулеза от общей смертности населения, несмотря на то, что последние также за эти годы значительно снизилась; 3) выравнивание % смертности от туберкулеза во всех слоях населения; 4) удлинение средней продолжительности жизни больных с открытым туберкулезом с 3,2 до 4,2 лет.

В заключение не могу не упомянуть о том прекрасном впечатлении, которое оставляет, думаю, у каждого посещение так называемой Krankenhaus Erppendorf (дир.—проф. L. Brauer) в Гамбурге: прекрасно расположенное и распланированное по павильонной системе учреждение с 3.000 коек всех специальностей, с целым рядом прекрасно оборудованных центральных кабинетов (рентгеновский, светолечебный, водолечебный и т. д.) является одним из крупнейших во всей Германии и, повидимому, одним из лучших. При больнице находятся туберкулезный и раковый научно-исследовательские институты и 4 специальных института: патологической анатомии, физиологии, биологии и химии. Как отделения больницы, являющиеся одновременно и университетскими клиниками, так и институты возглавляются виднейшими профессорами. Громадный материал, богатство аппаратуры и комфортабельность всей обстановки создают чрезвычайно благоприятные условия, как для высоко-научной, так и преподавательской работы. Помимо занятий со студентами, Krankenhaus Erppendorf ставит своей целью основательную подготовку врачей как путем устройства периодических курсов, так и предоставлением возможности индивидуальной научной работы. Профессор L. Brauer, полный сил и энергии, имеет все основания гордиться организацией столь грандиозного и образцового учреждения, к созданию которого он стремился в течение 20 лет, и для расширения и дальнейшего совершенствования которого он продолжает неустанно работать и до сих пор.

Рефераты.

а) Общая патология.

51. *Сердце, как вторичный орган кровообращения.* Mendelsohn (Zeit. für Kreislauff., 1928, № 19), базируясь на том, что при онтогенетическом и филогенетическом развитии высшего животного организма мы видим выполнение одной первичной клеткой всех сложных функций обмена веществ, образование в плазме форменных элементов параллельно с растущей потребностью организма в кислороде, постепенное образование лимфатических трубок и отдифференцирование от них кровеносных сосудов, наконец, образование в одном месте сосуди-