

зрачков). Суть этого явления сводится к тому, что освещение тех частей сетчатки, которые не воспринимают световых раздражений, остается без всякого эффекта на подвижность зрачков; наоборот, освещение тех отделов сетчатой оболочки, которыми субъект воспринимает зрительные ощущения, имеет своим последствием ясное сокращение радужной оболочки. Реакция обнаруживается не только при освещении исследуемого глаза, но и при раздражении светом другого глаза (содружественная реакция). Что касается калибра зрачков при прямом освещении сразу обоих глазных яблок, то зрачок глаза на стороне поврежденного зрительного ганглия бывает несколько шире зрачка глаза стороны, противолежащей больному tractus opticus.

Разрушение болезненным процессом *наружного колеччатого тела* называется по реакции зрачков совершенно так же, как и повреждение tractus opticus, т. е. сопровождается развитием гемангиотической неподвижности зрачков⁴. (Даркшевич).

Примечание. В основу моей сводки по зрачковым рефлексам я положил отдел: „Störungen der Pupillenbewegungen“ в главе: „Die neurologischen Störungen bei Geisteskrankheiten“ von M. Rosenfeld. Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von Oswald Bumke. Allgemeiner Teil. III. Körperliche Störungen. Berlin. Springer. 1928, и Даркшевич. Курс нервных болезней. Том I. Общая часть. 4 изд. ГИЗ. М. П. 1923 г.—У Розенфельда и Даркшевича имеется указатель литературы по данному вопросу.

К вопросу о кризисе санитарной организации ¹⁾.

Д-ра А. Я. Плещицера (Казань).

Все чаще появляются в медицинской печати статьи, освещающие вопрос о состоянии санитарной организации в стране, о затруднениях в этой работе и о мероприятиях по изживанию этого кризиса. Пока говорят по преимуществу санитарные врачи. Врачи других специальностей как будто не слышат этой дискуссии. Вместе с тем этот вопрос настолько актуален, что заслуживает внимания широких врачебных кругов. Ведь, если санитарные врачи и санорганизация на местах говорят о кризисе и о недостатках своей работы, то невольно напрашивается вопрос, не угрожает ли это санитарному состоянию страны и будем ли мы готовы и во всеоружии при появлении эпидемий.

О чем говорят санитарные врачи? Мехоношин ¹ (Казань): „Казанская санорганизация отстала от жизни, деятельность ее носит большую частью чиновничье-административный характер, организационной же, общественной работы через сан-ячейки, в тесном контакте с массами и общественными организациями не ведется. При взаимоотношениях с комунхозом, с строительным управлением Татинжа, НКВД, Ветуправления, санорганизации Татнаркомздрава приходится уступать свои позиции“. Казанцев ² (Казань), отвечая Мехоношину и говоря о достижениях и о недочетах санорганизации Татарской Республики, подчеркивает, что специалисты лечебного дела пользуются в Татнаркомздраве большим почетом; на санитарных врачей там до сих пор смотрели, как на людей, которые „настоящего“ дела не делают, отсюда ненормальное стремление санврачей специализироваться по лечебной части. Киреев ³ (Калуга): „Давно пора задуматься над вопросом о засорении санитарной организации непригодным и ненужным для санитарного дела элементом. В связи с тем, что большинство намеченных санорганизациями мероприятий не осуществлялось, разбиваясь о недостаток и отсутствие кредитов, стали развиваться (порой публично) иронические восклицания „эх, санитария, санитария“, и вполне понятно, что началась обратная тяга санврачей в ряды лечебников, тем более, что и платят там лучше“. Бедериков ⁴ (Псков): „Надо, однако, открыто заявить, что, к сожалению, далеко не везде имеется тесно спаянное ядро санитарных работников, отсутствуют полное удовлетворение, и подчас и достаточная вера в свои силы и средства. Это последнее вносит долю разочарования и вынуждает некоторых призадуматься. Материальная небеспеченность санврачей, недостаточность материальных ресурсов на сани-

¹⁾ В порядке дискуссии.

тарное дело, незначительная доля внимания, уделяемого работе санорганизации и все то, что в рядах санитарной организации определяется проявлением санитарного нигилизма,—все это крайне неблагоприятно отражается на притоке молодых товарищей в ряды работников санитарного дела. Санитарный нигилизм проявляется в довольно значительных размерах и по линии общественности, и по линии органов местной власти, в числе которой часто значатся и наши здравотделы. Быстролетов⁵ (Брянск): „Таким образом работа в различных звеньях санитарной организации для подавляющего большинства санврачей сводится к одному текущему надзору, а в научно-практических обследованиях — к поставке объектов исследования. Помимо того, участковый принцип санврача в губернских и окружных городах служит отрицательным фактором, не позволяя работнику быть достаточно компетентным консультантом по всем вопросам санитарного дела. Как следствие такого положения, санитарные врачи не получают удовлетворения в своей работе и последняя становится им в тягость. В свете высказанного положения вполне понятно будет многое в том кризисе, который мы имеем“. Николаев-Нагля⁶ (Великие Луки): „Каждое дело представляет интерес тогда, когда из него видны те или иные результаты, и работа спорится в том случае, когда имеешь дело не с абстрактными вещами, а с чем-то более живым. Часто, однако, в работе санврача этой живой, так сказать, базы нет, и зависит это в большинстве случаев не от него. Последний, проводя повторные обследования и не находя улучшений, находит трату своих сил беспредельной, и тут, вот, и начинается этот „критический“ момент. Ведерников⁴ (Исков): „Существенное значение для создания условий образования санитарного кадра имеет обеспечение санитарной организации научной базы. Однако и в этом отношении полного благополучия констатировать не приходится. Одним из оснований в создании санитарного кадра, около которого должна нарастать последующая смена—создание научных баз санитарной работы, т. е. тех условий, которые смогли бы в последующие работы вступающего в санитарные ряды вложить сознание важности, полезности, серьезности, целесообразности и интереса собственной инициативы. Санврачу должно быть обеспечено участие в работе лабораторий. Если мы обратимся к лечебникам, то несмотря на то, что лаборатории для них имеют меньшее значение, они не оторваны так от лабораторной работы, как санитарные врачи. Отрыв же санитарных врачей от лабораторий ничем не оправдываем и непонятен“. Беляев⁷ (Донбасс): „И, однако, при всех усилиях мы воочию наблюдаем, что основного ядра и прочного молодого массива, который бы смог со всей ответственностью принять на себя бремя строительства санитарного дела на периферии, пронести его через горнило испытания, которых еще и сейчас не мало стоит на нашем пути, мы пока не имеем и, что самое главное, пока не видим его и в перспективе. По-прежнему продолжается „гастролерство“ на санитарных должностях, масса „попутчиков“, которые по разным случайным поводам прицепляются к нам по дороге, чтобы при первой возможности с нами расстаться, даже „не поблагодарив“ за встречу и часто за оказанную помощь. Кардинальным вопросом, который необходимо будет ставить перед собой санитарной организацией—это забота о смене, о новом кадре санитарных врачей, о молодяке, который бы смог в полной мере принять на себя и продолжить дело построения, развития и руководства санитарным делом на местах“.

Эти краткие выдержки позволяют выявить сущность тех проблем, которые выдвигаются санитарными врачами, позволяют определить сущность кризиса санитарной организации и указывают наиболее важные пункты, куда советское здравоохранение должно направить свое внимание. Несмотря на то, что санитарные врачи пицут только о больных сторонах своей деятельности, не исключается и не затушевывается вопрос об имеющихся достижениях. На фоне, несомненно, больших достижений в этой области, мы все же имеем отставание санорганизации от запросов населения страны. Это отставание дает себя чувствовать особенно остро сейчас, когда на очередь поставлены такие проблемы как индустриализация страны, культурное строительство и переустройство быта на социалистических началах. Во всю ширь встает вопрос о роли санитарных мероприятий в деле оздоровления населения, о ее значимости в профилактике заболеваемости и оздоровлении труда и быта. Ни один врач-лечебник, говоря абстрактно, не станет отрицать большой роли санитарных мероприятий в борьбе с эпидемиями, заразными болезнями, но при практическом решении того или иного вопроса он будет стоять в стороне. Население рассуждает таким образом: „дайте, раньше разбогатеем и потом уже будем говорить о серьезных санитарных мероприятиях“. Такая точка

зрения привита населению веками прошлой, дооктябрьской истории, когда подавляющее большинство населения было неграмотно и некультурно, когда на темноте миллионов масс населения строилось благополучие царского строя. В настоящее время мы имеем большой рост политической самосознательности населения, имеем большой взлет культурных запросов трудящихся масс, с каждым днем растут гигиенические навыки населения. Большая работа в области санпросвета дала свои положительные результаты — население начало сознавать пользу и необходимость соблюдения личной гигиены. Это только первый этап. Вопросы широких санитарно-гигиенических мероприятий не ставились еще перед коллективами трудящихся и потому их интерес к этим вопросам не столь значителен.

Наиболее животрепещущими и большими вопросами работы санврачей и развертывания санорганизации в целом являются привлечение кадров санитарных врачей, организационные формы и содержание работы санврача, создание научной базы, эффективность мероприятий, авторитет санорганизации и санврача.

Остановимся вкратце лишь на некоторых вопросах. Вопрос о кадрах санитарных врачей занимает внимание всех авторов и ставится в плоскости количественного и качественного его разрешения. На 1-ое октября 1927 г. число санитарных врачей в РСФСР без административного персонала было 1.246 ч. В количественном отношении в сравнении с до-октябрьским периодом имеются большие достижения. Но в качественном отношении — все авторы указывают на необходимость очищения своих рядов от гастролеров и попутчиков и необходимость переквалификации многих санврачей. В первую очередь, полагаем, должно быть обращено внимание на работу медицинского факультета. Наши медвузы готовят врача-универсалиста с определенным учебным уклоном. Студенты на школьной скамье не получают установки на большую значимость санитарных и профилактических мероприятий в нашей стране. Выпускники медицинских факультетов дают очень небольшой процент молодых врачей, намеревающихся серьезно посвятить себя работе санврача. Да, молодой врач по окончании медфака не подготовлен для самостоятельной работы в области санитарии. Медицинскими факультетами должен быть поставлен вопрос о подготовке кадров санитарных врачей, может быть для этого следует ввести 6 год обучения.

Вопрос о том, должен ли быть сохранен участковый принцип работы санврача или нужно добиваться разделения работы по специальностям во всех городах, где есть несколько санитарных врачей, должен быть решен в настоящее время таким образом, чтобы был сохранен участковый принцип работы. Ведь для большинства наших уездных и кантональных городов приходится говорить исключительно об участковом или районном принципе работы санврача из-за скудности местных бюджетов и из-за отсутствия кадров санврачей. Но и в больших губернских городах перестройка работы санврача на новых началах по специальностям по этим же причинам встречает большие затруднения, но не может, конечно, быть и нет принципиальных разногласий из-за того, чтобы в каждом районе города была группа санитарных врачей-специалистов (жилищного, пищевого, коммунального и т. д.). Подчеркивая необходимость сохранения пока районного принципа работы санврача, полагаем, что районный или участковый санитарный врач должен быть организатором всех санитарных мероприятий в своем районе. Он должен нести ответственность за санитарное состояние порученного района, он должен привлекать всех врачей, работающих и проживающих на территории его района, также население района для проведения санитарных мероприятий в жизнь и организовывать их. Эта постановка вопроса не исключает необходимости иметь санврачей-специалистов по отдельным отраслям санитарной работы в качестве консультантов.

Говоря о содержании работы санврача, следует подчеркнуть, что вполне правы те авторы, которые говорят, что санитарный врач должен быть освобожден от мелкой работы, которая может быть выполнена лицами, не имеющими высшего медицинского образования. Мы вступаем в полосу, когда перед санитарными врачами из года в год будут вставать новые задачи. Работа будет увеличиваться количественно и углубляться качественно. Наше фабрично-заводское строительство, планировка рабочих поселков, колхозное строительство должны развертываться в соответствии с требованием последних научных достижений в области санитарии и гигиены. Вопросы переустройства нашего быта на новых культурных социалистических началах упираются, с одной стороны, в область санитарии и гигиены, а с другой стороны — в поголовную грамотность всего населения. Таким образом вполне конкретно вырисовывается содержание работы санврача и, исходя из нашей предпо-

сылки, что санитарный врач должен быть организатором санитарно-гигиенических и противо-эпидемических мероприятий в своем районе, он, без сомнения, должен быть освобожден от мелочных заданий по постоянному осмотру дворов, площадей и т. д. Санитарная организация должна взять на себя инициативу и должна поставить перед широкими трудящимися массами вопросы общественной санитарии и гигиены совместно с секциями здравоохранения и коммунальными Горсовета. Мы подразумеваем не только санпросветработу в этом направлении, но, в первую очередь, работу по организации населения и использовании коллективной инициативы широких масс в строительстве и осуществлении широких санитарно-гигиенических мероприятий, имеющих общественное значение.

Размер статьи не позволяет нам хотя бы вкратце остановиться на других вопросах не менее актуальных и первоочередных, чем вышеизложенные. Рассчитывая на широкий отклик врачебных кругов, которые пополнят и изложат более подробно те вопросы, которые не были нами освещены, мы считаем возможным резюмировать положение вопроса так: 1) весь комплекс вопросов, выдвигаемых санврачами, заслуживает самого серьезного внимания не только санврачей, но и врачей-лечебников и других специальностей, 2) органы здравоохранения и санпрофилактические отделы должны взять на себя инициативу и постоянно будировать внимание всей советской общественности к этим вопросам и вовлекать их в организационное строительство санитарных мероприятий, 3) очередной задачей санорганизации на местах должно быть привлечение внимания коллективов трудящихся к проведению и строительству санитарно-гигиенических мероприятий, имеющих общественное значение.

Литература: 1) Гигиена и эпидемиология, 1928, № 1.—2) Ibid., 1928, № 7.—3) Вопросы здравоохранения. 1928, № 22.—4) Ibid.—5) Ibid., 1929, № 2.—6) Ibid., 7) Ibid., 1928, № 15.

Новые способы общего наркоза.

«Заграничные впечатления о посещении хирургических клиник Австрии, Германии и Италии в 1928 году».

Л. Г. Фишман.

В 1927/28 году я, совместно с д-ром Рыжих, работал по вопросу о влиянии общего наркоза на функцию печени. Желая ознакомиться с новыми видами общего наркоза, а также с распространением применения того или иного вида обезболивания, я в начале мая текущего года испросил командировку сроком на 4 месяца в Германию, Австрию и Италию.

В Берлине я посетил как университетские хирургические клиники (проф. Vier'a и проф. Sauebrusch'a), так и большие хирургические отделения городских больниц (главным образом профессоров Nordmann'a, Meier'a и Gorband'a).

С переходом проф. Sauebrusch'a в Берлин, центр хирургической работы сосредоточен в Шаритэ. За один год работы проф. Sauebrusch произвел огромные перемены, и в настоящее время новая операционная Шаритэ является лучшей операционной Берлина. Работа клиники распределена таким образом, что с утра, с 8-ми часов, идут операции, причем сам профессор Sauebrusch оперирует до 11 часов, а затем 4 раза в неделю—часовая лекция. В 4 часа вечера—обход и первая перевязка оперированных больных. Во время операций проф. Sauebrusch'a обращает на себя внимание большое количество участников, причем на некоторых больших операциях (опухоль основания черепа, удаление придатка мозга) число это достигает 10—11 человек. Большинство операций клиника проводит под общим эфирным наркозом (капельный способ). В последнее время в клинике снова появился авертин, хотя совсем недавно проф. Sauebrusch выступал против этого наркоза и на 51 Германском Конгрессе продемонстрировал 3 случая гангрены толстых кишек с летальным исходом. Местная анестезия применяется в клинике только при некоторых операциях (большинство операций на легком и некоторые зубы). Местная анестезия производится 1/2% раствором новокаина, в виде проводниковой анестезии. В тех случаях, когда операция производится под повышенным давлением, пользуются аппаратом Roth-Dreger'a