

Без конца я мог бы увеличить число примеров. Я хочу лишь подчеркнуть, какой напряженный труд прячется за лирическим „Интермеццо“ Гейдна и за блеском и легкостью Ноктюрна Шопена.

Конечно, нельзя рассчитывать на высокое литературное мастерство всех наших авторов, но учиться писать просто и ясно, работать над стилем своих трудов, обратить внимание на литературное оформление научной статьи обязан каждый.

Недавно Гладков поделился с читателями журнала „Литературная учеба“ опытом своей работы над романом „Цемент“. Он заканчивает свою статью следующими словами: „Неряшество, плохая продукция, слабая литературность—это то же самое, что и скверная продукция завода, цеха, мастерской—это брак. Борьба за качество, за квалифицированные кадры—одна из основных задач нашей эпохи“. Автор „Цемент“ прав. Его сравнения можно смело перенести и в область нашего труда. Поспешный диагноз, плохо проведенная операция, небрежная профилактическая работа, неряшливо написанная научная статья—все это брак, плохая продукция нашей профессии.

✓ Среди больших задач, стоящих перед советским врачом, пусть не будет забыта и эта малая, но ценная задача—овладение техникой литературного слова. А литературное слово—это ясное, четкое, предельно сжатое изложение мысли, доступное пониманию масс.

Раса и быт в этиологии рахита.

Проф. Е. М. Лепского.

В № 9—10 „Каз. Мед. Журн.“ за 1931 г. была помещена статья Ф. Д. Агафонова „Распространение рахита среди детского населения г. Казани“, в которой автор, на основании разбора данных о заболеваемости рахитом детей, посетивших одну из консультаций, приходит к заключению, что обстановка, окружающая ребенка, не имеет решающего влияния на частоту проявления рахита. В происхождении того факта, что татарские дети поражены рахитом сильнее, чем русские, автор придает расовым особенностям такое же значение, как и образу жизни. В следующем (11—12) номере журнала за тот же год в передовой статье уже была отмечена неправильность этой точки зрения. Вопрос этот заслуживает более подробного рассмотрения.

В работах о рахите можно встретить далеко расходящиеся взгляды по этому пункту: в то время как одни ставят на первое место среди причин рахита факторы врожденные (семейные или расовые), другие не придают им большого значения, а на первое место выдвигают роль факторов бытовых, социальных. В качестве сторонника первого взгляда можно привести Ад. Черни, который высказал мнение, что ребенок, рожденный родителями свободными от той аномалии конституции, какую представляет собой рахит, не может заболеть рахитом от одних только патогенных условий внеутробной жизни. В качестве представителя противоположного взгляда можно назвать Дегквитца, который считает невероятным, чтобы конституциональные факторы играли решающую

роль в таком заболевании, которое местами поражает поголовно всех детей. Расхождение во взглядах такого рода представляет широкий теоретический интерес, так как спор о сравнительном значении врожденных и внеутробных или эндогенных и экзогенных факторов в этиологии болезни имеет место по отношению не к одному только рахиту. Вместе с тем расхождение отражается и на практических мероприятиях, какие признаются нужными сторонниками того или другого взгляда. Если я основную причину усматриваю в окружающих условиях жизни, то я и в борьбе с этой болезнью признаю нужным прежде всего изменить к лучшему эти условия; кто главной причиной болезни считает врожденную аномалию конституции, тот и среди мер борьбы будет выдвигать на первый план евгенические мероприятия и т. п.

В дальнейшем я ограничивалось в настоящей статье рассмотрением интересующего нас вопроса только в отношении рахита, тем более что на примере этой болезни выясняется положение и по отношению к другим болезням.

Как доказательство того, что именно расовое предрасположение определяет степень распространения рахита, обычно приводятся данные о неодинаковой пораженности им детей разных национальностей, живущих рядом. Так, напр., дети итальянцев и негров, живущих в больших городах САСШ, страдают от рахита в гораздо большей степени, чем дети местного населения. Не касаясь здесь того, что национальность далеко не всегда является однородной в расовом отношении, надо указать на следующее: приводя такие примеры, обычно не принимают во внимание, что социально-экономическое положение и гигиенические условия, в каких живут сравниваемые национальности, совершенно различны. Так, эмигранты обычно занимают менее квалифицированным и хуже оплачиваемым трудом, чем местное коренное население и живут в наиболее скученных и наименее гигиеничных кварталах, что не может не отражаться и на заболеваемости детей рахитом.

Аналогичное, если и не совсем такое же положение, мы имеем и с заболеваемостью детей рахитом в Казани: татарские дети болеют им больше, чем русские. Сейчас же напрашивается мысль о решающем влиянии врожденного расового фактора. Но более подробное изучение бытовых условий обнаруживает ряд других обстоятельств, которые не могут не играть здесь существенной роли. Так, Кревер констатировала, что татарские дети в большинстве своем живут в квартирах с очень малой площадью окон и что вследствие остатков затворнического образа жизни в быту татарских женщин (обследование производилось около 10 лет тому назад) маленькие дети сравнительно редко бывают на воздухе и на солнце.

Ф. Д. Агафонов, сопоставляя квартирные условия с % рахитиков в разных группах детей г. Казани, приходит к заключению, что качество квартиры не всегда сказывается на количестве заболеваний рахитом, и отсюда делает вывод, что вообще „обстановка, окружающая ребенка, не имеет решающего значения“. Не говоря уже о том, что квартира еще не исчерпывает собой всей окружающей обстановки, надо заметить, что количество детей в отдельных группах, которыми оперирует Ф. Д. Агафонов, далеко не так велико, чтобы можно было на основании этих цифр делать очень решительные выводы. В некоторых группах это

количество меньше 100, а иногда опускается до 50 и ниже, так что вычисленные из них цифры процентов могут иметь и случайный характер. Еще важнее то обстоятельство, что Ф. Д. Агафонов совершенно не учитывал, сколько времени какая группа детей проводит вне дома под действием света. А это имеет существенное и, может быть, даже решающее значение. Как известно, дети могут жить в великолепной квартире, но если они в течение ряда месяцев по тем или другим причинам очень мало выходят из дому, то они заболевают рахитом. И наоборот: дети, семья которых живет в плохой квартире, но которые проводят много времени на воздухе, не заболевают рахитом.

Недостаточный учет этого обстоятельства привел некоторых авторов к полному отрицанию значения социальных факторов в этиологии рахита. Так, проф. Кусков приводит литературные данные Киселя, Стржельбицкого и Фельдмана, которые не замечали разницы в частоте рахита у бедных и богатых, и приходит к заключению, что приписать значительную роль в этиологии рахита социальным факторам невозможно. В свое время я уже приводил доводы против этой точки зрения (см. № 4 в списке литер.). То же можно сказать и относительно выводов других упомянутых здесь авторов.

Если бы Ф. Д. Агафонов учитывал роль светового фактора, он, несомненно, пришел бы к другим результатам. В пользу значения этого фактора говорит и распределение заболеваний рахитом по сезонам года: большая часть их приходится на те месяцы, когда дети мало бывают на солнце; это подтверждается и материалом Ф. Д. Агафова.

Таким образом, заключение его о маловажности окружающей обстановки является неверным, а попытка сослаться на расовые особенности ничем не обоснована.

Если мы теперь обратимся к другой стороне условий жизни, именно к питанию населения, то мы найдем, что и в этом отношении имеются существенные отличия между русскими и татарами. Остановимся только на одном факте из этой области. Как известно, татары часто употребляют в пищу конину и конское сало. Заинтересовавшись этим обстоятельством, я вместе с д-ром Р. М. Мамиш произвел сравнительное исследование содержания антирахитического витамина D с одной стороны в конском сале и в жире кобыльего молока, а с другой стороны—в коровьем масле и в гусином сале. Мы убедились, что в то время как коровье масло и гусиное сало содержит небольшое количество антирахитического фактора, конское сало и жир кобыльего молока его совершенно не содержат. Нельзя отрицать, что этот факт тоже должен иметь некоторое значение среди причин, приводящих к большему распространению рахита среди татарских детей, чем среди русских.¹⁾

Так обстоит дело, если разобраться в условиях пользования детей светом и в условиях питания, но этим, конечно, далеко не исчерпываются все внешние условия. Детальное изучение условий жизни детей той и другой национальности, несомненно, вскрыло бы еще ряд других обстоятельств, объясняющих разницу в их пораженности рахитом.

¹⁾ В другом месте эти данные будут опубликованы подробнее, см. № 5 в списке литературы.

Говоря о значении недочетов питания для развития рахита, нельзя не вспомнить интересного замечания, сделанного поэтому по поводу Ф. Энгельсом. В своей книге о положении рабочего класса в Англии в 1844 г. Энгельс, дав яркую картину тяжелых условий в каких живет английский пролетариат и указав на распространение среди детей туберкулеза, продолжает следующим образом: „Вторым последствием недостаточного питания тела во время роста ребенка является рахит, тоже очень часто встречающийся у детей рабочих; отвердевание костей при этом замедляется, развитие скелета вообще задерживается и рядом с обычными явлениями рахита встречаются часто искривления позвоночника... Дети не наедающиеся досыта как раз в то время, когда питание им наиболее необходимо—а сколько таких детей во время каждого кризиса и даже в периоды расцвета промышленности—не могут не стать крайне слабыми, золотушными и рахитичными“ (стр. 147). Это написано почти сто лет тому назад—в 1845 г., когда о роли недочетов питания в происхождении рахита еще почти ничего не было известно. И если Энгельс, не будучи врачом, все же в общем верно отметил один из основных этиологических моментов в происхождении рахита, то это можно объяснить только правильной общей установкой, заставлявшей его искать причины болезней прежде всего в социальных условиях.

Подчеркивая значение окружающих условий, мы не должны однако, отвергать в этиологии рахита и роли врожденных факторов. Только всестороннее изучение как эндогенных, так и экзогенных причин в их взаимодействии даст нам полное и правильное представление о причинах болезни.

В пользу значения эндогенных факторов в этиологии рахита можно привести, напр., следующие данные: имеющееся при рахите расстройство солевого обмена возникает тем скорее и тем легче, чем меньше запас солей и антирахитического витамина, приносимый ребенком при рождении; а величина этого запаса в свою очередь зависит до некоторой степени от условий питания матери во время беременности.

Другой пример представляет приведенный раньше факт усиленной заболеваемости рахитом детей негров и итальянцев, эмигрировавших в Сев. Америку. Кроме условий среды здесь, несомненно, может играть роль и повышенное врожденное предрасположение. Происхождение его можно объяснить следующим образом.

В странах, сравнительно бедных солнцем, все дети, предрасположенные к рахиту, заболевают им; вместе с рахитом они приобретают повышенную восприимчивость к ряду других заболеваний. В результате болевшие рахитом умирают в более раннем возрасте, чем лица не болевшие им. Таким образом в странах, имеющих мало солнечных дней, происходит постоянное очищение народонаселения от субъектов, предрасположенных к рахиту. Иначе обстоит дело на родине негров и итальянцев. Здесь действие ультра-фиолетовых лучей, защищающее от рахита, выражено сильнее, чем в Сев. Америке; среди этих народов поэтому не происходит такого энергичного освобождения населения от лиц, предрасположенных к рахиту, как это имеет место в САСШ. Среди детей негров и итальянцев врожденное предрасположение к рахиту должно поэтому встречаться чаще и должно быть выражено сильнее. При соответствующих внешних (климатических или бытовых) условиях, эта склонность неиз-

бежно проявится; это и сказывается в повышенной заболеваемости рахитом детей эмигрантов.

В пользу врожденных факторов говорит и более частое заболевание рахитом мальчиков по сравнению с девочками. Факт этот можно отметить на большинстве крупных статистик; возможно, что в основе этого лежит неодинаковое содержание витамина D в теле лиц разного пола. По отношению к витамину A такой факт установлен Пульсоном. Относительно витамина D таких исследований еще нет. Возможно также, что здесь играют роль и какие-то невыясненные еще различия в „эндокринной формуле“ мальчиков и девочек.

На первых двух из приведенных выше примеров хорошо, между прочим, видно, как тесно переплетены между собой внутренние и внешние причины болезней и как факторы врожденные, и на первый взгляд строго эндогенные, в конце-концов также оказываются результатом экзогенных воздействий. В частности „расовое предрасположение“ при ближайшем рассмотрении часто удается расшифровать как результат воздействия бытовых и других внешних факторов. С другой стороны, в зависимости от тех или иных эндогенных свойств резко меняется значение экзогенных факторов.

Таким образом, при рахите, как и при других болезнях, играют роль как врожденные, так и внеутробные этиологические факторы тесно между собой переплетенные. Нельзя отрицать, следовательно, роли врожденного предрасположения и в повышенной заболеваемости рахитом, наблюдаемой у татарских детей. Но в какой мере этот фактор играет роль в данном случае, нужно еще выяснить. В то же время огромная роль бытовых факторов ясна уже и сейчас. А для практической борьбы с болезнью не столь важно до конца выяснить роль всех, даже менее важных, факторов, как найти основные устранимые причины болезни. В этиологии рахита нам теперь такие причины известны в виде определенного недочета в питании и в виде недостаточного воздействия на ребенка ультра-фиолетовых лучей. На устранении этих причин и нужно сосредоточить усилия.

Недостаточное внимание к окружающим условиям, как к причине болезней, и поспешные ссылки на врожденное предрасположение и т. п. обычно идут рядом с различными реакционными тенденциями. Обнаружение причины болезни в окружающих условиях логически требует улучшения этих условий, что далеко не всегда в интересах господствующего класса. Между тем как ссылка на врожденную причину позволяет относиться к болезни как к чему-то неизбежному и, во всяком случае, отодвигает устранение причины в далекое будущее. В частности, расовые теории в патологии могут, с одной стороны, быть порождением шовинистических настроений господствующей национальности, которая третирует угнетаемую национальность как „низшую расу“. С другой стороны, эти теории питают националистические тенденции самих угнетаемых национальностей. Выразители этих теорий не всегда отдают себе отчет в их политическом смысле и происхождении; субъективно они могут быть и свободны от шовинистических или националистических тенденций, объективно они льют воду на мельницу реакции. Но нередко расовые теории выдвигаются в патологии именно с целью отвлечения общественного внимания от социальных причин болезней.

Возвращаясь к рахиту, надо сказать, что при борьбе с этой болезнью особенно недопустимо пренебрежение к окружающим условиям и ударение на расовом предрасположении. Опыт показывает, что сравнительно небольшие изменения в быту детей, изменения, которые легко достигаются санитарно-просветительной работой детских консультаций, или несложные коррективы в детском питании значительно ослабляют заболеваемость детей рахитом. Мы теперь коренным образом перестраиваем весь быт семьи, мы строим социалистические города, где могут быть созданы условия, совершенно устраняющие возможность массового или сколько-нибудь значительного распространения рахита. В такое время задерживаться на „расовых особенностях“, как на причине рахита, в ущерб борьбе с его бытовыми причинами совершенно не в интересах дела здравоохранения.

Литература: 1) Ad. Czerny. Rachitis. Hndb. d. spez. Pathol u Ther. v. Kraus u. Brugsch. Bd. IX, 7.—2) R. Degkwitz B. Ergebn. d. soz. Hyg. Bd. I.—3) П. В. Кусков. Журн. ран. возр. т. VIII, № 2. 4) Е. М. Лепский. Там же т. IX, № 1.—5) Лепский и Р. М. Мамим. Сб. посвящен. К. Г. Болю. Казань, 1932 г.—6) E. Poulsso n. D. med. Woch. 1930 г. № 40.—7) Фр. Энгельс. Положен. рабочего класса в Англии в 1844 г. Русск. изд. 1928 г.

Из Инфекционной клиники Каз. Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Завед. каф. профессор А. Ф. Агафонов).

К организации противокоревых станций.

Д-ра С. А. Егеровой.

Цель нашего сообщения фиксировать внимание врача педиатра и инфекциониста на необходимости организации противокоревых станций. Функционирование станций не только обеспечит сохранение жизни детей, но и даст известный экономический эффект—не оторвет от производства мать-работницу; отсюда, понятно, что врачам необходимо широко ознакомить общественность с целью и задачей противокоревых станций.

Роль детских инфекций в заболеваемости, смертности и физическом развитии ребенка велика, и корь среди этих инфекций занимает одно из первых мест. В России в довоенное время умирало от кори столько, сколько от дифтерии и скарлатины взятых вместе. Особенно страдают от кори дети грудного и младшего возраста. Смертность от кори по Дегвицу равна 6—7%. В яслях и дет-домах % возрастает до 21—28. При внутригоспитальных инфекциях смертность доходит до 50—60%. Особенно велика смертность среди детей необеспеченных слоев населения, т. к. эти дети чаще заболевают корью в возрасте первых 3-х лет жизни, а, как известно, этот возраст дает наибольший процент тяжелых осложнений и тем самым больший процент смертности. Кроме того, корь, поражая младший возраст, сенсibiliзирует его по отношению к туберкулезу.

Таким образом было бы желательно отодвинуть заблвание корью на более старший возраст, предупредить заблвание корью среди детей раннего возраста, детей ослабленных, с расстройством питания, с зачатками т.б.с. инфекции. К сожалению, у нас в Союзе имеется сдвиг заболеваемости корью в сторону младшего возраста, что усугубляет коревую опасность.