

Советские научные работники сохраняют историческую преемственность от революционной интеллигенции Красного Парижа.

Советская интеллигенция, вместе с рабочими и колхозными массами, под руководством ленинской партии и ее вожди, тов. Сталина, участвует в строительстве бесклассового общества.

И в эти дни деградации капитализма и расцвета хозяйства и культуры в Советском Союзе—социалистическом отечестве всех угнетенных и эксплуатируемых, как боевой призыв к действию звучат имена—врача и инженера Эдуарда Вальяна, национального гвардейца Коммуны—теографа Элизе Реклю, художника Курбе и многих, многих других.

Кризис медицины и здравоохранения в Германии.

(Окончание).

Проф. С. М. Шварц (Казань).

Остановимся вкратце на постановке дела подготовки врачей на медфаках Германии. Студент медик проводит в высшей школе не меньше 5½ лет, обыкновенно дольше. Первые 5 семестров посвящаются обще-биологической подготовке, последующие 6 семестров—клинической. По истечении 11 семестров, если студентом выполнены все работы по клиникам и прослушаны все требуемые обязательные курсы,—он допускается к сдаче государственных экзаменов. В случае, если студент не сдал какого либо экзамена, он имеет право сдавать его только еще один раз, по прошествии 2—6 месяцев после провала. Если студент провалился 2 раза, он врачебного диплома не получает. Так как многие экзаменаторы бывают очень строги и формальны, то вполне понятно, почему эти экзамены получили у студентов название „Rigorosum“, т. е. строгое испытание. Кстати отмечу, что студенты не только обязаны вносить сравнительно большую сумму в виде платы за учение, но должны еще платить за экзамены. За полудокторский экзамен студент медик платит 90 марок, за государственные—252 марки. Шесть лет обучения на медфаке (по данным, опубликованным в D. M. W. N. 12, 1932 г.) стоят студенту около 10.000 марок (сюда включены расходы на питание, квартиру, плата за обучение, книги). Для того, чтобы получить аппробацию, окончивший врач должен еще год работать в качестве практиканта в больнице или клинике. Тогда он получает звание врача; а для того, чтобы именоваться врачом специалистом (Facharzt), он должен иметь 4-х летний стаж по данной специальности в клинике или больнице.

Несколько слов о постановке преподавания. Оно за послевоенный период несколько не изменилось. По-прежнему лекции занимают очень большое место в системе преподавания, студентам приходится нередко слушать лекции по 6—7 часов подряд, попадают талантливые лектора, но бывают и очень плохие. Учебный план тоже мало изменился.

Считаю необходимым указать на то, что до сих пор социальная гигиена не включена в число обязательных курсов. Впервые ординарным профессором по этой дисциплине был утвержден в 1920 г. проф. Гротьян. В Германии, кроме него, ординарных профессоров по социальной гигиене не было. Курс социальной гигиены, хотя объявляется и в других у-тах, но он либо совсем не посещается,

либо посещается единичными студентами. В беседе со мной один из старейших социальгигиенистов Германии экстраординарный профессор Мюнхенского у-та Каупп жаловался на то, что он ежегодно объявляет курс, который однако срывается, так как студенты не являются на лекции. То же имеет место в других у-тах.

Не лучшее дело обстоит с преподаванием профессиональной гигиены. Хотя в некоторых у-тах этот курс, в качестве необязательного, объявляется, но он обыкновенно, срывается за отсутствием слушателей. Нередко чтение курса профгигиены поручается лицам, никакого отношения к профгигиене не имеющим (напр., бактериологам), поэтому неудивительно, что курс студентов заинтересовать не может. Должен однако отметить, что и объявляемый ежегодно одним из старейших работников в области профессиональной гигиены экстраординарным профессором Мюнхенского у-та Кельшем курс профгигиены не проводится за отсутствием слушателей медиков (на это указал сам Кельш в беседе со мной).

Неоднократно, перед соответствующими министерствами поднимался вопрос о создании самостоятельных кафедр по социальной профгигиене, но этот вопрос всегда решался отрицательно. Подавляющее большинство руководителей кафедр гигиены и других дисциплин медфаков выступают единым фронтом против создания кафедр социальной и профессиональной гигиены. Наиболее часто приводимый аргумент против организации самостоятельных кафедр по упомянутым дисциплинам это перегрузка учебного плана медфака. Настоящие мотивы конечно, другие, а именно игнорирование большинством преподавателей не только клинических, но и гигиенических дисциплин, социального момента, выхолащивание социального содержания медицины, биологизация ее.

Незнакомство студентов медиков с социальной и профессиональной патологией тем более недопустимо, что почти 75% немецких врачей—кассовые врачи, обслуживающие застрахованное население. Более того, этим врачам приходится очень часто давать заключения о возможной связи имеющегося у рабочего заболевания с его профессиональной деятельностью. Естественно, что незнакомство врачей с социальной и профессиональной патологией и гигиеной приносит колоссальный ущерб трудящемуся населению Германии.

Кстати отмечу, что имеющийся в Германии кадр врачей-профпатологов, в значительной своей части, охраняет не столько интересы и здоровье рабочего класса, сколько интересы предпринимательского кошелька. Таковыми являются все фабричные врачи, которые представляют собою верных слуг капиталистов и служат для защиты их материальных интересов против попыток рабочих добиться улучшения условий труда или добиться вознаграждения в случае профессионального заболевания, отравления или травмы. Таковыми же являются и ряд других профпатологов, обслуживающих предпринимательские кассы взаимного страхования (Berufsgenossenschaft) в качестве консультантов или экспертов. Недалеко отшли от этих врачей, состоящих на непосредственной службе у предпринимательских организаций, и ряд таких, которые хотя непосредственно и не состоят у них на службе, но находятся в косвенной связи с предпринимательскими организациями и, работая в клиниках, больницах и научных институтах далеко не всегда соблюдают объективность при даче заключений о характере имеющегося у рабочего заболевания. Укажу несколько примеров. Про профессора социальной и профессиональной гигиены Лейпцигского университета Зейца мне рассказал один из старейших санитарных инспекторов Германии, что первый, т. е. Зейц, в своей научной и практической деятельности выявил себя как верный слуга капиталистов. Его работа, посвященная влиянию свинца, и его заключения как эксперта в случаях профотравлений выдают, чьим интересам служит этот представитель „нейтральной“ науки. Мои личные впечатления от беседы с проф. Зейцем таковы же. Столь же „объективны“ заключения и многих других экспертов профпатологов. Укажу для примера на профессора Моллинеуса, выступления которого на VI-ом Интернациональном конгрессе по профпатологии и травматологии (в Женеве) очень ярко показали как он „охраняет“ интересы рабочих и как он заботливо оберегает кошелёк капиталистов от „необоснованных“ посягательств пострадавших на производстве рабочих. Этих примеров, нам думается, достаточно, чтобы читатель имел впечатление, как и кем подготавливается студент медик к своей буду-

щей деятельности не врача вообще, а врача, гл. обр. обслуживающего трудящееся население Германии.

Но вот студент медик сдал Rigorosum, провел год практического стажа и получил, наконец, аппробацию. Исполнилась его заветная мечта, он имеет право частной практики, право самостоятельной работы. Где же он начинает применять свои знания для практической деятельности? Ничтожная часть врачей—в клиниках и больницах, а остальные? Остальные открывают кабинеты для частной практики. Но как получить необходимое количество пациентов? Это не так легко. Ведь города насыщены врачами. Естественно, пациенты идут к старым врачам, сумевшим уже завоевать клиентуру. Необходимо себя сначала зарекомендовать, получить имя, набить себе руку, соответствующим образом оборудовать ожидальню и кабинет. Вот почему подавляющее большинство оканчивающих старается елико возможно, скорее стать кассовыми врачами, что представляет за последние годы большие трудности.

Что такое кассовый врач? Остановимся на этом вопросе несколько подробнее ибо около $\frac{3}{4}$ всех немецких врачей в той или иной степени обслуживают кассовых больных.

Согласно немецкому законодательству, рабочие и служащие, получающие заработную плату ниже определенного размера, обязаны состоять членами больничной кассы и вносить ежемесячно определенную сумму денег, в размере около 3—4% заработной платы. Предприниматели, с своей стороны, должны вносить в кассу половину внесенной рабочим суммы, т. е. рабочие вносят в два раза больше предпринимателей. В случае заболевания, члены больничных касс получают бесплатную медицинскую помощь и, при потере трудоспособности, им выплачивается с 4-го дня болезни половина заработной платы. Медицинская помощь застрахованным оказывается кассовыми врачами. Согласно договору, заключенному между страховыми кассами и профессиональными объединениями врачей, страховые врачи обязаны оказывать амбулаторную помощь застрахованным, за это они получают пожегонную оплату. За обслуживание амбулаторной помощью страхованного в течение месяца врач получает в среднем около одной марки. Для того, чтобы выколотить сумму, необходимую для содержания квартиры с ожидальней для больных и кабинетом для приема, обслуживающего амбулаторный прием персонала, уплатить налоги и, наконец, чтобы заработать на жизнь—страховой врач должен иметь ежедневно большое количество больных¹ почему он старается всякими правдами и неправдами наберывать максимум пациентов. И некоторым врачам это удается: они принимают, нередко, в течение одного дня по сто и более больных (это мне говорили немецкие врачи, хорошо знающие обстановку и условия работы кассовых врачей). Об этом пишет Лик в книге „Die Schäden der sozialen Versicherung“ (вред социального страхования). Он указывает на то, что ему известны многие кассовые врачи, которые принимают в день по 100—200 человек. Естественно, что при обслуживании в день 100—200 больных они обследуются плохо и оказываемая им помощь неудовлетворительна.

Некоторые кассовые „львы“ (так называют в Германии кассовых врачей, добившихся колоссальной практики) доходят до того, что больные ими даже не обследуются, лекарства выписываются по анамнезу. Приведем свидетельство Лика. Он пишет¹): „Как же поставлено дело у врачей, обслуживающих во время приема 100 больных? Знакомый мне врач заменял в течение некоторого времени „кассового льва“. Первый больной, которого он принимал, жаловался на кашель. Врач предложил больному раздеться. «Как!», воскликнул удивленно больной, „раздеться, этого мне не приходилось у вашего предшественника когда-либо делать!“. „Насколько я слышал, добавляет Лик, у этого врача никогда еще не пришлось ни одному больному раздеться для обследования“. Случай, аналогичные вышеуказанным, далеко не единичны. Естественно, что такой метод работы и обслуживания больных не удовлетворяет ни наиболее передовых врачей, ни, тем более, больных. Неудивительно, пишет Лик, „что это, т. е. такого рода обслуживание

¹) Liek. Die Schäden der Sozialen Versicherung.

больных действует угнетающим образом и вызывает глубокое недовольство лучших врачей. Я знаю многих настоящих врачей, которые отчаялись от бессмыслицы их теперешней работы и хотят оставить врачебную профессию, хотя они очень любят врачебное дело⁴.

Но, если такой метод обслуживания больных не удовлетворяет лучших врачей, то он еще меньше удовлетворяет самих больных. Многие больные смотрят на врача как на торгаша, шарлатана и посещают кассовых врачей только потому, что вынуждены выплачивать ежемесячно в кассу из своего небольшого заработка сравнительно большую сумму.

Естественно, встает вопрос, почему кассы не устраивают амбулаторий. Такие попытки делались, как со стороны наиболее передовых касс, так и со стороны некоторых магистратов. Но оказывается, что в условиях капиталистического строя, при сохранении священной частной собственности это оказалось невозможным. Профессиональные организации врачей (так называемый Hartmannbund) не согласились на это, так как это нарушает интересы свободной профессии врачей, т. е. интересы частно практикующих врачей и интересы больного, который должен иметь право свободного выбора врача. Насколько Союз врачей действительно заботится об интересах больных можно судить по его отношению к вопросу организации муниципальных амбулаторий и диспансеров. Когда некоторые отделы здравоохранения муниципалитетов и отдельные страхкасы организовали амбулатории, то профессиональная организация врачей объявила под бойкотом врачебные должности, подлежащие замещению в этих муниципальных и кассовых амбулаториях, а врачам запретила их занимать. Попутно отметим, что ту же политику Союз врачей повел и в отношении туберкулезных и венерологических диспансеров. По мнению профессионального союза врачей, они должны быть только местом, где больной получает совет (Beratungsstelle), лечение же должно проводиться только частно практикующими врачами.

Почти в каждом номере профсоюзных журналов публикуются находящиеся под бойкотом врачебные места. И нужно сказать, что эти реакционные врачебные организации одержали, в подавляющем большинстве случаев, победу, и кассы и отделы здравоохранения должны были пойти на уступки. В настоящее время амбулатории и диспансеры, дающие больному не только совет, но и проводящие лечение, имеются в очень небольшом количестве.

Остановимся еще в нескольких словах на политической характеристике врачей.

Политическая установка врачей выявилась достаточно ярко еще на выборах во врачебные организации в конце 1931 г. Данные результатов этих выборов говорят о том, что подавляющее большинство врачей, даже Берлина—национал-социалисты и примыкающие к ним группы. В мелких городах фашисты еще более значительно представлены среди врачебной массы. Свою реакционную сущность врачебные организации выявили вполне открыто в вопросе о 218 параграфе (т. е. по вопросу о запрещении производства абортот). Как известно, донос на врачей Ф. Вольфа и Кенле,—произведших аборт у ряда женщин из числа пролетарского населения, по социальным показаниям, был сделан заместителем председателя врачебной организации г. Штутгарта.

Съезд врачебных организаций Hartmannbundes в Кельне (1931 г.) принял специальное постановление, поддерживающее § 218, идущий против интересов рабочего класса и всего трудового населения.

Можно бы привести множество примеров, характеризующих политические настроения большинства врачей и их врачебных организаций, но и сказанного, мне думается, достаточно, чтобы видеть, что между врачами и широкими массами трудящихся города и села не только нет необходимой связи, но что большинство врачей чуждо, а многие и враждебны интересам рабочего класса.

Напомню хотя бы о Любекском процессе, который со всей убедительностью показал, что некоторые врачи нередко смотрят на больных, особенно из среды трудового населения, как на опытных кроликов и позволяют себе ставить на больных и здоровых эксперименты, которые, как

это имело место в Любеке, стояли жизни около сотни пролетарских детей.

Все вышесказанное привело к тому, что широкие массы населения разочаровались в школьной медицине, стали недоверчиво относиться к врачебной помощи и все чаще начали прибегать к услугам знахарей, число которых в Германии растет с каждым годом.

Хотя точного учета лиц, не имеющих медицинского образования, но занимающихся лечением—как промыслом, нет, тем не менее можно с уверенностью сказать, что число их велико. Что это так, можно видеть из данных, приведенных в книге проф. Меллера (Möllers) „Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche“. Он указывает, что число лиц, которые зарегистрировались в полиции, как „Nicht approbierte Heilpersonen“, (т.е. не утвержденные, не имеющие медицинского образования лекаря), возросло с 1718 человек в 1887 году до 11.761 человека в 1927 г. Причем, если за 22 года, с 1887 по 1909, число зарегистрированных полицией знахарей возросло всего только на 2755 ч., то за 18 лет, с 1909 по 1927 год, число их возросло на 7300 чел. Не подлежит, однако, сомнению, что число лиц, занимающихся знахарством, во много раз больше официально зарегистрированных. Полагают, что в Германии не менее 50.000 знахарей—приблизительно столько же сколько и врачей. „В некоторых городах—пишет Меллерс—их число выше числа врачей“. Под какими вывесками они работают? Тут встречаются самые разнообразные наименования—Augendiagnostiker, Biochemiker, Magnetopath, Elektrohomöopath, Naturheilkundler и т.д. Ведется ли какая-либо борьба с ними? Согласно существующему законодательству, в Германии всякий имеет право лечить все заболевания, за исключением венерических, а посему какая-либо борьба со знахарями очень затруднена. Имеется, правда, общество по борьбе со знахарством—„Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums, которое, в целях борьбы со знахарством, издает популярный журнал, чрезвычайно мало распространенный. Знахари же имеют свои более мощные организации и ведут в широком масштабе пропаганду своих методов лечения и не без успеха. До какой наглости они доходят—можно видеть из следующих фактов. Мне пришлось видеть афиши, наклеенные в большом количестве на рекламных столбах в западной части Берлина, где какой-то знахарь, именовавший себя Augendiagnostiker, доводил до сведения населения, что он лечит с большим успехом от многих заболеваний. Приведу для характеристики выдержки из этого объявления: „Ставлю диагноз по глазам. Самые трудно распознаваемые болезни определяю моментально. Излечиваю многие тяжелые заболевания. Особенно хорошие результаты дает мой метод лечения при желчно-каменной болезни, даже в случаях, упорно не поддававшихся лечению школьных врачей (т.е. окончивших медфак, С. III.). По приеме моего лекарства камни желчного пузыря, причинявшие годами бесконечные страдания больным, через 12 часов становятся мягкими как воск и не позже, как через 24 часа выделяются из организма. Это могут подтвердить мои многочисленные пациенты“. Следует список этих „исцеленных“ больных, среди коих значатся студенты, профессора, купцы, домовладельцы и т.п. Столь же нагло рекламируют себя совершенно беспретственно и другие курфусеры (т. называются в Германии знахари) в газетах и специальных журналах. Большой популярностью пользуется в Берлине и во всей Германии некий Вайсенберг, который лечит от всех болезней творогом и молитвой. Число его поклонников очень велико. Он издает свою газету, где пропагандирует свое учение и методы лечения. Таких шарлатанов бесчисленное множество и буржуазное общество не только не ведет с ними борьбы, но даже берет их под свою защиту. Когда Вайсенберг был привлечен к судебной ответственности родителями ребенка, страдавшего бленорреей и ослепшего после лечения глаз творогом—буржуазный суд оправдал его, т.к., мол, у него не было злого умысла, и Вайсенберг продолжает по прежнему свою преступную деятельность. Таких примеров можно бы привести десятки и сотни. Кстати отмечу, что находятся врачи, которые начинают прибегать к знахарским методам лечения, как пользующимся популярностью у населения, а некоторые врачи находятся на службе у курфусеров, пропагандируют их методы лечения и помогают им обманывать население, прикрывая их преступную деятельность. Несмотря на тот исключительный вред, который наносят курфусеры здоровью населения,—буржуазный парламент неизменно отвергает законопроект о за-

прещении знахарства в Германии. Более того, курфюшеры находят себе защитников не только среди членов рейхстага, но и среди высокоавторитетных научных работников. Укажу для примера на позицию, которую занимал в вопросе запрещения знахарства проф. кафедры Социальной гигиены Берлинского университета Гротьян. На одном из семинаров для врачей ему был задан вопрос: „почему не запрещают знахарство законодательным актом и каков его взгляд на борьбу с курфюшерами“. На это он ответил: „среди курфюшеров имеется много талантливых людей, много лиц с сильной волей и они нередко оказывают больным немалую пользу, чем врачи. Что же касается обвинения их в том, что подавляющее большинство приносит больным вред, то где у нас уверенность, что и многие врачи не приносят своим пациентам вреда. Разве Любекское дело не является доказательством того, что врачи часто наносят здоровью населения большой ущерб“. Этим ответом он показал свою толерантность к знахарству. На этом же семинаре он высказался против сохранения закона об обязательном оспопрививании. Мотив—что у детей бывают случаи осложнений после оспенных прививок и даже описаны смертельные случаи от этих осложнений. И в этом вопросе, который казался бы у гигиениста не должен вызывать никаких сомнений, проф. Гротьян занял позицию, которую защищают знахари, ведущие в Германии большую кампанию против обязательных оспенных прививок. Но, если такова точка зрения на курфюшеров проф. Гротьяна, то неудивительно, что много рядовых врачей помогают знахарям в их преступной работе из корыстных соображений. Отмечу кстати, что и хирург Лик выдвигает ряд положений, которые являются фактической защитой, хотя и замаскированной, легального знахарства, да и Бир и др., широко пропагандирующие гомеопатию, оказывают несомненную услугу курфюшерству.

Итак, мы видим, что столь распространенное в Германии знахарство—результат многочисленных причин. Это—последствие кризиса культуры и науки в капиталистических странах, роста суеверия, мистицизма, разочарования широких масс населения в медицине, благодаря уродливым формам частной практики, нелепой и совершенно неудовлетворительной организации медицинской помощи застрахованным, отсутствию связи врачей с обслуживаемым населением.

Перейдем к вопросу о том, как сказался кризис капиталистической Германии на здоровье трудящегося населения.

Этому вопросу посвящен ряд статей в медицинских журналах и в повседневной прессе Германии. Особый интерес представляет книга известного депутата рейхстага, члена Reichsgesundheitsrat'a и члена социал-демократической партии, врача Ю. Мозеса—о влиянии безработицы на здоровье населения. В этой книге Мозес поместил ответы виднейших немецких врачей („prominente Aerzte“ по выражению Мозеса) на разосланную им анкету с вопросом о том, как повлияла безработица на здоровье населения Германии. Часть приславших ответы на запрос указывает (Шлосман, Черни, М. Гирш, Моро), что безработица пагубно отразилась на здоровье детей, беременных, рожениц, новорожденных, что безработица оказывает вредное воздействие на здоровье взрослых безработных. Но таких ответов сравнительно немного. Большинство отделяются заявлением, что они этими вопросами не интересовались или что в условиях своей работы в клинике они не имели возможности наблюдать влияние безработицы на здоровье. И неудивительно, большинство из опрошенных знаменитостей в своих клиниках безработных не видят, ибо безработному, конечно, не по карману платить за койку в клинике. Большое количество ответов ярко иллюстрирует отсутствие интереса и явно невнимательное отношение со стороны многих видных врачей к вопросам здоровья трудящегося населения. А ряд ответов

показывает истинное классовое лицо этих представителей „чистой науки“. Приведем в качестве примеров выдержки из некоторых ответов.

Проф. Штраус (Берлин) пишет, что он затрудняется дать ответ на запрос Мозеса, так как среди его пациентов безработных нет („еще бы“ С. Ш.), „но зато у меня имеются впечатления, которые я получаю другим путем и которые могут служить ответом на поставленный вопрос. Я ежедневно в течение 15-ти лет проезжаю в автомобиле, в 11 часов дня, мимо биржи труда северной части Берлина (рабочий район Веддинг) и картина улицы мне хорошо знакома. Мне кажется, что за последнее время облик безработных изменился. Среди них можно заметить гораздо больше разочарованных, раздраженных и мне думается, что я наблюдал даже, что среди молодых людей, стоящих у биржи труда, стало, по сравнению с прошлыми годами, больше лиц, питание которых пострадало“. Вот уже, истинно, „глаз Гиппократ“, если он из окна собственного автомобиля увидел то, что каждый из нас, бродивший по улицам городов Германии, видел на каждом шагу.

Но оказывается, что многие из отвечавших на запрос Мозеса и этого не заметили. Так, врач Вирц-Тангаузен (из государственного ин-та по борьбе со смертностью раннего детства) сообщает результаты разработки 328 историй болезни находившихся в клинике детей безработных и работающих родителей. Этот „исследователь“ нашел, что дети безработных гораздо лучше упитаны, чем дети работающих и он приводит следующую таблицу:

Д е т е й	Среди детей безработных	Среди детей работающих родителей
С хорошим и очень хорошим питанием	47,9%	31,1%
С удовлетворительным питанием	32,6%	30,9%
С плохим питанием	14,1%	25%
С очень плохим питанием	5,4%	11%

На основании этой таблицы врач Вирц-Тангаузен делает вывод: „Мы не имеем права говорить о большем нарушении здоровья у детей безработных по сравнению с другими детьми“. Для объяснения и обоснования своей более, чем сомнительной таблицы и столь же нелепых выводов, вышеупомянутый научный исследователь пишет: „Действительно, что меняется при безработице родителей в условиях существования детей? Жилищные условия остаются почти всегда те же, что и раньше“. Какое наглое заявление, как будто бы Вирц-Тангаузен не знает, что безработные не могут оплачивать из получаемого им скудного пособия квартиру и их самым жестоким образом выбрасывают за невзнос квартплаты на улицу.

Далее он пишет: „Правда, доход безработного меньше, чем у работающего, но часто он увеличивается за счет дополнительного заработка жены“. Автор только не указывает, как получить этот дополнительный заработок при наличии свыше 8 миллионов безработных. И другие положения автора, приводимые им в обоснование своей точки зрения, столь же мало правдоподобны. Объяснения парадоксальной таблицы, вероятно, другие. Клиника, где работает вышеупомянутый врач, находится в западной аристократической части Берлина, где рабочие не живут. Неизвестно, о каких безработных идет разговор. Нет ли среди них лиц, имеющих свой капитал и живущих на проценты с него, или пенсионеров из числа тех, которые получают по 5 тыс. и более марок в месяц пенсии за „заслуги“ в старой армии Вильгельма.

Очень характерен для настроения и взглядов части врачей ответ д-ра Брауэра, директора больницы Эппендорфа (Гамбург). Он пишет, что пока у него нет наблюдений о влиянии безработицы на здоровье, так как больница этой проблемой не интересовалась, но что в ближайшее время его сотрудники серьезно займутся изучением этого вопроса. Причем, он предполагает воспользоваться следующей методикой: „Известно“, что многие заболевания, — пишет он — „даже насморк, изменяют коэффициент полезного действия при работе“. А так как в его клинике имеется большой опыт по изучению газообмена и коэффициента полезного действия при различных заболеваниях, то „вы можете понять, что у нас имеются

все основания к тому, что бы проблему безработицы основательно изучить, пользуясь методом газообмена и определения величины коэф. п. д. и получить данные более объективные, чем клинические впечатления. Мы приступили к выполнению этой работы и обследуем в настоящее время несколько безработных по вышеуказанному методу“.

Этот подход к изучению столь важной социальной проблемы, как безработица, очень характерен для многих ученых Германии, которые смотрят на рабочего, как на живую машину и оценивают ее только по величине коэф. п. д. Но вышеупомянутый ученый проявляет свою „заботу“ не только о физическом состоянии безработного. Он высказывает свои опасения на счет того, что длительная безработица может отразиться и на его психике, что он отвыкнет от работы и ему будет трудно потом встать за нее, а посему „недостаточно тренировать мускулатуру безработных путем объединения их в спортивные организации“. Какая заботливость о безработных: вместо организации удовлетворительного и дешевого питания—организация спортивных кружков среди них! (С. Ш.) и поэтому он предлагает: „Необходимо организовать в какой-либо форме обязательную работу для безработных, которые этим могли бы сохранить не только свою мускульную силу, но душевную силу к *механической работе* (подчеркнуто нами, С. Ш.) и сознание, что они являются полезными членами общества“.

Но не думайте, что он предлагает дать какую-либо работу безработным, чтобы они имели хотя бы небольшой приработок к совершенно недостаточному для удовлетворения самых элементарных жизненных потребностей, пособию. Нет, „эта работа“ — пишет Брауэр—, должна быть компенсацией государству за получаемое безработным пособие“. И ту сугубо реакционную, фашистскую установку (это положение является составной частью практической программы нац. соц.) член с-д фракции рейхстага Мозес не только не заклеил, но напечатал ее без всяких примечаний.

Но и другие, посвященные этому вопросу работы и статьи, печатаемые в медицинских журналах, дают, в большинстве своем, не соответствующую истинному положению вещей картину. Многие из них ограничиваются только общими рассуждениями, другие указывают на наличие тех или иных симптомов вредного влияния безработицы на здоровье, но большинство авторов пытается затуманить положение, сгладить острые углы этого вопроса, обойти напрашивающиеся политические выводы. Укажу, в качестве примера, на статью доц. Вольфа (директора одного из отделений Hauptgesundheitsamt'a г. е. отдела здравоохранения Берлина), „Arbeitslosigkeit und schulkinderwachstum“—Kl. Wochenschrift. 9/1. 1932 г.

На основании разработки материала антропометрических измерений детей, поступающих в школы района Grenzlaue Berg (район Берлина), он делает вывод, что ухудшения антропометрических показателей не отмечено, а посему нельзя говорить о том, что безработица оказала вредное воздействие на здоровье детского населения. Автор, хорошо владеющий, как соц. гигиенист, статистическим методом, не приводит в своем анализе данных о социальном составе обследованных детей, не указывает, сколько среди них детей безработных, какие показатели физического развития дали дети работающих родителей по сравнению с детьми безработных. Он ограничивается только указанием, что в вышеупомянутом районе имеется много безработных. Вполне понятно, что такой анализ нас совершенно удовлетворить не может и сделать вышеупомянутый вывод, пользуясь только суммарной оценкой антропометрических показателей всех детей—нет должных оснований.

Но, если у автора нет оснований к тому, чтобы делать столь безапелляционно вышеупомянутый вывод, то совершенно недопустимым является его попытка перенести свои наблюдения над школьниками на все население. Он пишет: „В заключение мы приходим, базирясь на данных антропометрических изменений поступающих в школу, к выводу, что здоровье населения (подчеркнуто нами, С. Ш.), а в особенности состояние питания 1930—31 году, еще не пострадало“.

Но автор чувствует, что этому парадоксальному выводу не поверят и он старается объяснить этот парадокс. Две причины—пишет он—могут быть приведены для объяснения этого явления: самопомощь индивидуума в виде сокращения численности семьи (т. е. сокращение деторождения) и помощь государства в виде пособия безработным“. Автор, как будто бы не знает, что эти пособия систематически сокращались, что, благодаря преступной жилищной политике, проводимой в интересах домовладельца, значительная часть этого пособия уходит у безработ-

ного на оплату жилья, что большая часть безработных не получает пособия по безработице, а переводится сначала на так называемое кризисное пособие, а затем на пособие по бедности (Wohlfahrtsunterstützung).

Но, в связи с банкротством магистратов многих крупных городов, эти пособия бедным были почти сведены к нулю. Более того, автор в своем желании затушевать преступную политику буржуазного государства идет так далеко, что даже значительно возросшее за время кризиса число самоубийств он объясняет только изменением возрастного состава населения.

Можно бы привести ряд высказываний, аналогичных тем, которые делает Вольф. Укажу только на поразившую меня беседу с известным далеко за пределами Германии знатоком санитарной статистики R. На мой вопрос—нет ли данных, указывающих на пагубное влияние кризиса на здоровье населения—он ответил (беседа происходила во второй половине 31 г.): „таких данных пока нет. Наоборот, у нас имеются результаты антропометрических измерений безработных, которые говорят о том, что их физическое развитие нисколько не пострадало от кризиса. Это, вероятно, результат того, что они ничего не делают, а посему затрачивают мало энергии, а с другой стороны занимаются физкультурой“.

Такова оценка влияния кризиса на состояние здоровья населения со стороны многих врачей. Так выглядит „объективный и чисто научный“ подход к изучению этой проблемы.

А как выглядит жизнь на деле? Достаточно проследить за повседневной прессой, чтобы даже в либеральных газетах (не говорю уже о коммунистических) найти многочисленные показатели губительного влияния кризиса на здоровье широчайших масс населения и, в первую голову, безработных. Если доцент соц. гигиены Вольф не мог в своем ученом исследовании найти вредного влияния кризиса на здоровье и питание детей, то, как нельзя более ярко иллюстрируют нам это влияние показания родителей и учителей на школьном процессе в Эссене.

История процесса такова. Около 1000 эссенских рабочих (большинство безработные) были привлечены к судебной ответственности за то, что их дети не посещали школу и тем нарушили закон об обязательном обучении детей школьного возраста. На суде, однако, выяснилось, что дети не посещали школу потому, что у них нет одежды и обуви, что они хронически не доедают и систематически хворают. Зведущий школой показал на суде, что у детей, посещающих школу, часто бывают обмороки, что многие школьники сильно истощены, что они дома обыкновенно не завтракают и приходят в школу голодные. А так как школа не может давать питания и школьники не имеют необходимой обуви и одежды, то, естественно, что они бросают школу.

Публикуемые в газетах от поры до времени данные обследования условий быта безработных говорят о том, что многие из них не только не имеют крова, но что они и их дети хронически не доедают.

Да и наши личные впечатления от ознакомления с бытом многих семей безработных, живущих в сколоченных из досок от ящиков и т. п. „строительного материала“ домиках на периферии Берлина, Дюссельдорфа, Дортмунда, Эссена, Бохума,—произвели на нас удручающее впечатление. Рассуждения Вирц-Тангаузена и других о том, что в жилищных условиях безработных не происходит значительных изменений и что безработные развивают свою мускулатуру благодаря систематическому занятию физкультурой и спортом—плод досужей фантазии людей, которым интересы рабочего класса не только чужды, но которые сознательно извращают факты, желая прикрыть своими квази-научными рассуждениями и исследованиями преступную политику буржуазии.

А о чем говорят нам демографические данные? Они указывают на катастрофическое снижение рождаемости за годы кризиса.

Несмотря на резкое падение рождаемости, особенно в крупных промышленных центрах (снижение рождаемости для городов с населением свыше 100 тыс. чел. влек составило в 1931 г. около 10%, по сравнению с 1930 г.), смертность проявляет тенденцию к нарастанию. Следовало ожидать, в связи со столь значительным снижением рождаемости и тем самым — резким уменьшением абсолютной смертности детей до 1 года, дальнейшего снижения кривой общей смертности. В Берлине, в 1931 г., смертность даже превысила рождаемость на 10 тысяч человек.

Следует отметить неуклонный рост в связи с кризисом числа самоубийств.

По крупным городам (свыше 100 тыс. населения) количество самоубийств возросло в 1931 г., по сравнению с 1929 г., на 15—20% (по неполным данным, в 1931 г. было свыше 6 тыс. самоубийств, в 1929 году 5064 случая). Кончают самоубийством не только отдельные, отчаявшиеся найти работу и выход из создавшегося тупика лица, но нередко целые семьи кончают свое бедственное существование, открыв газовый кран. Газеты частенько описывают жуткие картины этих трагедий. Укажу для примера на следующий случай — отец семьи, безработный, не могший в течение продолжительного времени найти работу, доведенный страданиями семьи до отчаяния, убивает топором жену и детей и вешается на пороге своего домика в Laubenkolonie. Такие случаи, конечно, не единичны.

Можно бы привести сотни и тысячи фактов, характеризующих исключительно бедственное положение, в котором находятся трудящиеся массы, в особенности безработные, Германии. Полагаем, однако, что приведенные нами данные достаточно ярко показали, что все попытки буржуазных ученых показать, что, благодаря мероприятиям государства, экономический кризис не отразился пока на здоровье населения — неверны. Мы видим, что преступная организация производства и распределения в давшей трещины по всем своим швам и прогнившей насквозь капиталистической Германии — повседневно нарушает здоровье сотен тысяч и миллионов трудящихся Германии.

В заключение ответим еще на вопрос о том, как отразился экономический кризис на здравоохранительной сети.

Еще в 1931 г. магистраты начали закрывать, в целях экономии, многочисленные клиники и б-цы, причем следует отметить, что, несмотря на сокращение сети лечебных учреждений, число пустующих коек в больнице было очень значительно. Естественно, это не результат того, что заболеваемость населения уменьшилась в 1931—32 году. Причины другие.

Так как за время пребывания безработного в больнице из его пособия удерживается изрядная часть, последний, чтобы не ухудшить и без того очень тяжелое материальное положение семьи, стационарируется только в случае тяжелого заболевания.

Те же счастливицы, которые еще имеют работу, избегают, в случае заболевания, стационарирования, т. к. опасаются, что их могут уволить в виду болезненного состояния. Рабочий прекрасно знает, что капиталисты не церемонятся, в особенности в годы кризиса, с больными, что, если он даже работал много лет и потерял все свои силы на производстве, с этим не посчитаются и как только он попадет в список малоденных работников, его при первой же возможности выбросят за ворота и заместят здоровым, молодым работником, из которого капитал еще не высосал все его силы.

Необходимо отметить, что одновременно с закрытием, в целях экономии, многочисленных больниц и клиник (в частности, весной 1932 г. была закрыта, из соображений экономии, и знаменитая хирургическая кл-ка проф. Бирра), были развернуты в 1931—32 г. новые конфессиональные больницы (католические и протестантские). Более того, эти больницы получили, несмотря на кризис, большие суммы, в виде дотации, от государства. Буржуазное государство, сокращая, в связи с экономическим кризисом, пособия безработным и закрывая городские б-цы, находит,

однако, средства для тех, которые лечат не только телесные недуги, но одновременно обрабатывают „души“ больных в желательную для капиталистов сторону.

В 1931—32 г. произошло не только значительное сокращение больничной сети, но и свернута работа части туберкулезных диспансеров и многочисленных учреждений по охране матлада. Функционирующие же учреждения лишены в значительной степени фондов социальной помощи. А так как туберкулезные диспансеры, как мы уже указали выше, не имеют права лечить, а дают только советы и оказывают социальную помощь больным, то естественно, что тем самым их работа в значительной степени сведена на нет.

Таково было положение здравоохранения Германии в 1931 г. и первой половине 1932 года. За истекшее время положение здравоохранения не только не улучшилось, а сильно ухудшилось.

Дальнейшее наступление капиталистов и помещиков, при благосклонном содействии предательской социал-демократии и реформистских профсоюзов, на жизненные интересы рабочего класса; сокращение заработной платы, повышение цен на предметы питания, удлинение рабочего дня, увеличение армии безработных до 8 мил. с лишним человек, сильное сокращение фондов социального страхования и, в частности, фондов на медицинскую помощь—все это отразилось, конечно, самым пагубным образом на здоровье широчайших масс трудящихся города и сельских местностей и привело к дальнейшему нарастанию кризиса всей системы здравоохранения.

Рост революционного движения и мощи коммунистической партии в Германии заставил буржуазию и помещиков, после продолжительных колебаний, решиться на последний шаг и поставить у власти национал-социалистов. Сброшены окончательно фиговые листки буржуазной демократии. Во имя защиты интересов буржуазии и помещиков оголтелые фашисты со звериной жестокостью отбирают у рабочего класса Германии все его завоевания, которых он добился ценой крови сотен тысяч своих лучших сыновей за послевоенный период. В частности, идет дальнейшее разрушение здравоохранения Германии. Еще до прихода к власти, фашисты широко пропагандировали свою теорию о вреде социального страхования и, в частности, страховой медицинской помощи, как ослабляющей немецкий народ, так как она искусственно сохраняет в жизни больных, слабых, малоценных, в понимании фашистов, людей. Теперь они приступили к практическому осуществлению своих нелепых идей и теорий.

Естественно, что если еще в 1931—32 годах мы были свидетелями жесточайшего кризиса медицины и здравоохранения Германии, то, с приходом к власти фашистов, этот кризис превратился в катастрофу.

Где же выход? Для нас совершенно ясно, что ни рецепт Муха, ни советы Бира—назад к Гипократу, ни указания Лика—долой социальное страхование, не являются разрешением кризиса медицины и здравоохранения. Кризис медицины, как науки, и здравоохранения Германии будет разрешен одновременно с разрешением кризиса всей капиталистической системы. Кризис же всей капиталистической системы будет разрешен только путем замены этой системы социалистическим государством.

Единственный выход из кризиса—это победоносная пролетарская революция.