

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Из клиники детских болезней Каз. мединститута (Директор проф. В. К. Меньшиков).

Профилактика кори и ее организация.

Приват-доцента А. А. Беляева.

Периодически вспыхивают эпидемии кори, поражая б. ч. детское население. Отдаленные местности, имеющие плохую связь с центрами, охватываются болезнью реже, но в зависимости от того, как долго там не было кори, ею заболевает все население. Классический пример Раним'а, описавшего эпидемию кори на островах Фарреро, лежащих в пустынной части Атлантического океана, служит доказательством летучести кори и ее способности не утихать, пока не будет охвачен весь „горючий материал“.

Коревые эпидемии встречались в самых дальних и изолированных местах: на о.о. Фиджи, Гавайских, среди народов Африки и Южн. Америки. Корь отмечена и за полярным кругом нашего крайнего Севера с его редким и кочевым населением. В 1927 г. наблюдалась большая эпидемия кори в полярной тундре Туруханского края среди долган, тунгусов, якутов, самоедов со смертностью 12—19% детского и взрослого населения (Тарасов). В Илимпейской тундре из нескольких сот заболевших умерло от кори 120 чел. (Богданов).

Корь прочно свила гнездо среди нас и представляется настолько обычным заболеванием, что даже некоторой частью врачей считается легкой болезнью, которую должны перенести все.

Смертность от кори принято считать в 6—7%. Между тем Brügger отметил колебания ее в 26,7% у старших детей и 42% у грудных. Salomon в эпидемию 1922/23 г. видел среди грудных 58% смертности. Лунин, Розанов сообщают о внутрибольничных эпидемиях кори, где смертность равнялась 50 и 67%. Да и обычная смертность, кажущаяся на первый взгляд небольшой, при ближайшем рассмотрении поражает своей величиной. Bergard, напр., за 1900—10 г.г. подсчитал в Европе около 1 милл. смертей от кори, несмотря на несовершенство статистики, от которой частично ускользает эта регистрация. В СССР корь производит значительные опустошения: Добрейцер отметил новый подъем заболеваний с 1924 г. (24,4‰); к 1928 г. количество их уже достигло 39,2‰. По Казани в 1924 г. было 40,5‰ заболеваний (Добрейцер), в 1928 г. — 113,9‰ со смертностью 3,9‰, из которой на долю детей 1-го года падает 71,8‰ (сан. эпид. ТНКЗ). Сравнительно небольшой % смертности не может служить иллюстрацией благополучия, а скорее относится к недочетам статистики. Кроме того, вообще не учитывается смертность после кори от вторичных инфекций (коклюш, tbc). У Roger из 1817 коревых последствий погибло 103 от туберкулеза (5,7‰). Уже приведенных цифр достаточно, чтоб не считать корь невинным заболеванием.

Профилактика кори упирается в вопрос о возбудителе и вытекает из свойств самого contagia. Удовлетворительного ответа на первый вопрос мы до сих пор не имеем. Со времени развития бактериологии идут поиски возбудителя. Исследования прежних авторов (Manfredi, Tobeitz, Corniel, Babes, Меньшиков и др.) и последнего времени (Caronia, Tunnicliff, Flesch, Ferry и Fischer, Златогоров, Бурова и Наследышева) дали крайне разноречивые результаты.

Одновременно существует теория, считающая корь аллергической реакцией организма на проникший в него вирус.

Не зная заразного начала кори, мы можем, однако, говорить о свойствах ее contagia. В зависимости от этого может быть построен и план борьбы с корью.

Летучесть коревой инфекции, ее крайняя contagiозность, дающая заражение почти при мимолетном соприкосновении с больными, в большей степени ослабляет эффект, который можно было бы получить, применяя изоляцию почти при всякой другой болезни. В домашней обстановке это является почти непреодоли-

мым препятствием при современном уровне жилищно-бытовых условий населения, во внутрибольничной же или иной, приближающейся к ней, обстановке можно кое-что сделать. Необходимо ежедневное освидетельствование у детей полости рта, носа при приеме, напр., в ясли, ночные санатории. Опыт некоторых авторов (Knoerpelmascher) показал, что при своевременной изоляции в боксы уже заболевших удается избежать заражений корью в больницах или иных местах общения детей. Устройство системы изоляторов и „плюзов“ для обслуживающего персонала является рациональным условием, препятствующим распространению инфекции. С другой стороны, продолжают попытки отметить наиболее ранние признаки кори. „Коревая линия“ Brownlee, „преэнантема“ Petényi, „линия гиперемии“ Stimson'a могут вместе с другими ранними явлениями помочь наблюдательному врачу в деле изоляции заболевших.

Иное значение имеет срок изоляции больных, так как при сокращении его увеличивается пропускная способность коревых отделений. Наблюдения Schöpfungfeld'a, опыты Redlich'a показали, что уже на 6-й день кори соприкасавшиеся не заболевали и, наоборот, заболевал всякий, встретившийся с коревыми в периоде продром. Санитарное законодательство СССР на основании постановления Ученого Мед. Совета (16/I 1925) предусматривает срок изоляции заболевшего до падения температуры, в то время как раньше требовалось 4 недели со дня появления сыпи и отсутствие следов шелушения.

Является ли третье лицо или предметы передатчиками кори? Большинство авторов по этому вопросу высказывается отрицательно. Однако, в литературе и до последнего времени встречаются сообщения о возможности переноса инфекции даже после значительного срока, прошедшего после болезни (Kelsch, Förster и др.). Если принять во внимание на основании опытов Anderson'a и Goldberger'a, что вирус кори находится в секрете конъюнктивы, слизи носа, глотки, бронхов, в крови и гное (при осложнениях), то профилактические меры в смысле дезинфекции должны быть направлены особенно сюда. Должна производиться дезинфекция, хотя бы и облегченного, так сказать, образца. К тому же нужно обратить внимание на быструю и совершенную дезинфекцию санитарного транспорта (Кириеев).

В отношении собственно профилактики кори можно говорить об активной, активно-пассивной и чисто пассивной иммунизации. Поскольку возбудитель кори еще не найден, нельзя придавать большого практического значения попыткам активной иммунизации к кори, которые отмечены уже давно. Они восходят к середине XVIII столетия, когда впервые Номе (1758 г.) пытался перевивать корь здоровым детям, употребляя кровь заболевших. Опыты в этом направлении продолжались и дальше. Известны работы Speganza, Katona, Hiraishi и Okamoto и друг., применявших для иммунизации цельную и разведенную кровь коревых, Savini, Лунина—сыворотку коревых. Для той же цели Richardson и Connor, Herrman, Degkwitz пользовались секретом носоглотки как первоисточником для прививочного материала. С 1923 года велись наблюдения при вакцинации культурами возбудителя Сагона им самим, Sindoni, Gröber и Redlich и мн. др. Отметим также вакцинации культурами возбудителя Златогорова, Буровой и Наследышевой, которую проводили сами авторы. Все эти и ранее бывшие исследования, дававшие не раз противоречивые результаты, говорят за то, что вопрос о активной иммунизацией против кори еще не разрешен окончательно, а поэтому прививки против нее не могут претендовать на роль специфических. Значительно лучше дело обстоит с пассивной иммунизацией, где готовые антитела, находящиеся в сыворотках лиц, перенесших корь (Degkwitz), могут при соблюдении известных условий оказать благотворное действие на подвергающихся опасности коревого заболевания. Нужно различать два положения: 1) когда прививаемые MRS не встречались с коревыми и 2) когда они, бывши в соприкосновении с ними, находятся в периоде инкубации. В первом случае они получают пассивный иммунитет, во втором—пассивно-активный, так как помимо антител извне организм будет иметь время выработать свои иммуногены.

У выздоравливающих от кори субъектов берется кровь и готовится сыворотка в период времени 7 дней после падения t^0 (по Доброхотовой 10—30 дн.) при условии отсутствия коревых осложнений и болезней крови. Degkwitz учит, что если ребенку до 4-х лет и до 4-го дня инкубации ввести 1 проф. единицу ($=2,5—3 \text{ см}^3$) такой сыворотки, то в подавляющем большинстве

случаев можно его предохранить от кори; если в тот же срок инъецировать меньше 1 ед., то корь бывает ослабленной; на 5—6-й день инкубации требуется уже 2 единицы; на 7-й—еще можно надеяться в 75% случаев получить предохранение от кори, употребляя 3 ед.; с 8-го дня даже большие количества сыворотки (30 к. с. и более) не в состоянии защитить ребенка. День инкубации практически решается на основании срока обнаружения первых продромальных явлений у угрожающих заражением. Лучше применять смесь от нескольких доноров, чтоб устранить неудачу профилактики вследствие возможности низкого титра антител в одной крови.

Пассивный иммунитет определяется в 2—4 недели (Karelitz и Levin, Cartnag; пассивно-активный иммунитет может дать устойчивость на более длительный срок 2—4—6 мес. (Naas и Blum, Koch, Park, Эгиз, Лунин) и иногда даже на всю жизнь.

Из своих наблюдений мы можем привести два случая профилактики кори во внутрибольничной обстановке, где это заболевание является особенно нежелательным и опасным. *Первый случай* относится к 1929 г., когда в детском отделении туб. санатория появились заболевания корью. Клиникой была предоставлена санаторию моновалентная MRS. После введения ее детям 3—5 лет на 5-й день инкубации в количестве 3—9 куб. с. не заболело 4 чел.; один из привитых (spondylitis et gonitis tbc) заболел на 6-й день после прививки. Болезнь протекала благоприятно с температурой не выше 37,8°, бледно-розовой сыпью и при отсутствии пятен Филатова—Корлик'а и энантемы. На 6-й день после появления сыпи, однако, присоединилось гноеечение из уха.

Второй случай наблюдался в клинике, когда у одного из детей, положенного со скарлатиной, была обнаружена корь. Среди находившихся в бараке детей оказалось 5 чел. не болевших корью. Из них 4 чел. помещалось в одной палате с коревым и 1 чел. в соседней. Всем была произведена прививка MRS в конце первых суток инкубации. Результаты см. таб. 1.

Таблица 1.

№ п/п	Фамилия, имя	Возраст	Основное заболевание	День корев. инкуб.	Кол. введ. MRS 16/1 30 г.	Дата изготовления сыворотки	Результаты профилактики
1	М. Володя	2 г.	Scarlatina	1-й	3 к. с.	14/X 29 г.	Не заболел.
2	Б. Миша	1 г. 9 м.	"	"	3 "	Тоже	"
3	Г. Лена	2 г.	Scarlatina	"	4 "	Тоже	"
4	Ф. Оля	6 л.	Adenitis colli purul.	"	8 "	14/X 29 г. 1 к. с. 1/IV 29 г. 3 к. с. 29/IV 29 г. 4 к. с.	"
5	Б. Клара	2 г. 11 м.	Scarlatina	"	6 "	1/IV 29 г.	"

Salomon приводит любопытное сравнение смертности среди привитых RS грудных детей и непривитых. Соотношение между ними равняется 1:3,6. По Дулицкому такое соотношение—еще больше (1:15,8). Цифры говорят сами за себя.

В отношении грудных детей сыворотка реконвалесцентов призвана играть пока решающую профилактическую роль. Однако, если принять во внимание, что она может быть добыта в достаточном количестве лишь при соответствующей организации этого дела, то станет понятным стремление разных авторов пользоваться другими способами для профилактических целей.

Из них прежде всего следует указать на возможность применения сыворотки взрослых, переболевших в свое время корью, у которых кровь обладает предохранительными свойствами, хотя и не в такой полной мере как MRS (Degkwitz). Degkwitz устанавливает для сыворотки взрослых одну проф. единицу в 30 к. с.; Debré считает необходимым для этого 4-кратное количество против MRS; Karelitz и Levin—5-кратное. Так же, как при MRS, здесь бывает полезно применение смеси нескольких сывороток.

Об удачном применении сыворотки взрослых сообщали Debré, Salomon, Godlewski, Zoerfel, Майберг, Бычкова. Розанов при 10—30 к. с. сыворотки получил снижение смертности с 46,5% до 1,9%. Brügger, наоборот, не получил профилактического эффекта в 81,5%. Очень интересны указания некоторых авторов (Debré, Joannon, Bonnet, Knauer) на возможность снизить расход сыворотки взрослых, не уменьшая эффекта действия, получением ее от лиц, бывающих часто в соприкосновении с коревыми (врачи, студенты, персонал). Knauer, напр., получил прекрасный результат от 5—7—10 см³ такой сыворотки.

Технические затруднения при добывании сыворотки особенно в периферических условиях могут отчасти быть облегчены применением цельной крови взрослых—лучше родителей—переболевших корью (Nicolle и Canseil, Менделева, Колчанова). Этот метод, однако, имеет и свои отрицательные стороны. Во первых, необходимо кровь вводить по крайней мере в двойном количестве против сыворотки взрослых (30—60—80 см³); во вторых, такие количества крови могут вести к образованию гематом и поэтому лучше инъекции делать дробными дозами в нескольких местах, что опять таки представляет неудобства. Однако, Lesné, напр., видит преимущество такого рода профилактики перед сывороткой в том, что он сравнительно прост, скорее может быть проведен и, кроме того, при нем вводится в организм Нб. Проф. В. К. Меньшиков, применяя инъекции цитрата крови интраперитонеально, отметил быстрое нарастание % Нб и увеличение количества эритроцитов у детей.

Из своих наблюдений могу привести пример: в клинику обратилась мать с просьбой ввести предохранительную сыворотку ее ребенку в возрасте 13 мес. против кори, которая ему угрожает в данный момент, так как в их квартире заболел корью ребенок ее родственницы. По словам матери у заболевшего—3-й день высыпания. Считая, что угрожаемый по кори ребенок находится по крайней мере уже на 7-м дне инкубации, я предложил матери взять у нее кровь для этой цели. Она перенесла корь 17 лет тому назад. Кровь была выпрыснута ребенку в количестве 35 к. с. В течение 5 мес. после того кори у ребенка не наступило.

Второй случай касается кори в scarlatinosom отделении, где в момент заболевания одного из детей корью оказалось 6 чел., не болевших ею (таб. 2). Четырём из них удалось ввести MRS и кровь взрослых, а двое остались непривитыми.

Таблица 2.

№ п/п.	Фамилия, имя	Возраст	Основ. забол.	День корев. инкуб.	Что введено	Результат
1	С. Юра . .	1 г. 4 м.	Скарлатина	5-й д.	3 к. с. MRS	Заболел легкой корью через 3 нед.
2	Ш. Володя	4 г.	"	"	2 к. с. MRS	Не заболел.
3	З. Рахиль .	5 л.	"	"	20 к. с. крови матери	Тоже.
4	Ш. Лена .	6 л.	"	6-й д.	55 к. с. крови брата	Тоже.
5	Г. Женя .	4 г.	"	5-й д.	Осталось без прививки	Типичная корь на 17-й день.
6	Е. Ира . .	3½ г.	"	"	Тоже	Атипичная корь.

Надо добавить, что в 5-м и 6-м случаях больные находились в другой палате. Через 3 дня после первого заболевания в барак поступили еще двое больных, из которых один (Дилара М. 2 л. 3 м.) был профилактизирован через 10 дней после поступления (60 к. с. крови) и не заболел, а второй (Ильдар М. 10 мес.) не получил прививки, и у него на 13-й день после заболевания атипичной корью Иры Е. (см. случ. 6, таб. 2) после катарральных симптомов появилась слабая ко-

ревая сыпь. Он погиб при явлениях колита и интоксикации. Третий случай касается 6-ной Веры Ф., 5 л., которая поступила в отделение накануне смерти упомянутого больного и через 15 дней заболела легкой корью. Эта цепь заболеваний подчеркивает исключительную легкость заражения корью и указывает на необходимость профилактики ее всеми доступными способами. В частности надо указать на необходимость введения значительных количеств крови, чтобы получить предохранение от кори. В некоторых случаях даже своевременные и значительные количества ее не приносят успеха. Напр.: 1) П. Мша, 6 мес., 21/III 30 г. поступил по поводу эксуд. диатеза; 26/III в виду появившегося заболевания корью в отделении ему введено 8 к. с. крови; 6/IV отмечено повыш. t° , кашель; 8/IV—пятна Филатова-Корлік'a и коревая анатема. 2) П. Ариадна, 7½ мес., с диагнозом атрепсия, фурункулез; 20/III получила внутримышечно 20 к. с. крови матери; 25/III по поводу коревого заболевания в отделении—инъекция 15 к. с. крови; 29/III—15 к. с. крови; 3/IV—12 к. с.; 7/IV—12 к. с. Несмотря на это 9/IV отмечена коревая сыпь и 12/IV ребенок при явлениях катарр. пневмонии погиб. В первом случае введение 8 к. с. крови нужно считать недостаточным; во втором, по видимому, была недостаточной реакция ослабленного организма на инъекции крови.

Значительные затруднения с получением RS, кропотливость проверки ее на возможность других инфекций даже в клинической обстановке, наконец, неполноценность сыворотки и крови взрослых в смысле профилактического действия и необходимость применения значительного количества их заставили искать новые пути пассивной иммунизации субъектов, подвергающихся опасности заболевания корью. То, что организм взрослого является иммунным после раз перенесенной кори, имея тем не менее в крови незначительное количество защитных тел, по аллергической теории может быть объяснено способностью на всякий контакт с вирусом быстро вырабатывать коревые антитела, т. е. обогащаться ими.

Пользуясь методом Degkwitz'a—выращивать в соответствующих условиях коревой вирус, Вааг инфицировал его через 48 часов в количестве 5 к. с. 1—2 раза подкожно взрослым и через 2—6 недель получил в значительном количестве сыворотку. Из 73 детей, подвергавшихся профилактике, у него заболело 11 чел. (17,7%) ослабленной формой кори.

Конечно, метод Вааг'a еще требует проверки в клинике, но, если он оправдает себя, то мы будем значительно сильнее вооружены, так как прививки на взрослых дадут больший эффект и в смысле технического исполнения самой иммунизации и в смысле возможности получить от них значительное количество профилактически ценной сыворотки.

Параллельно укажем на работы Ferenсі, Knoerfelmacher, которые предлагали пользоваться инъекциями взрослым крови коревых с целью получить обогащение их сыворотки иммунотелами.

Нужно отметить стремление некоторых авторов получить чужеродную сыворотку, как замену однородной, представляющей опасность передачи некоторых инфекций. Помяловский (1905), напр., иммунизировал лошадей и коз к найденному им бациллу и получил сыворотку, которая предохраняла морскую свинку от заражения смертельной дозой бацилла. Однако, проф. Гундобин пришел к заключению, что она не обладает профилактическим действием. Degkwitz иммунизировал баранов культурами, полученными после посева на питательных средах секрета из носоглотки или инфицированной крови коревых, и получал от них сыворотку. Она, по словам Degkwitz'a, предохраняет от кори наравне с RS. Автор рекомендует ее применение на 7—10—17-й день и даже при обнаружении первых prodromальных явлений, „не смущаясь тем, что профилактика как бы заменяется терапией“. Профилактическое действие сказывается в течение 1 мес.

Новый способ профилактики Degkwitz'a проверялся многими и только Wiese и Hagen дают более или менее благоприятный отзыв о ней; большинство отметили неясные результаты или явную неудачу (Кауре, Progulsky и Redlich и друг.) или сообщили (Mosse, Кауре), кроме того, о наблюдавшихся тяжелых сывороточных явлениях. Schlossman, непримиримый противник этого метода, считает его не заслуживающим никакого доверия. Требуется еще дальнейшей проверки сыворотка Ferry и Fischer, полученная путем иммунизации лошадей токсином, найденного ими „Streptococci morbilli“. Несколько больше наблюдений имеется с сывороткой, полученной в результате иммунизации коз

к возбудителю кори, открытому Tunnclif. Сам автор отмечает полное профилактическое действие сыворотки в 97%. Иммуитет держится только несколько недель. Другие авторы (Hoynes и Gasul, Mellea и друг.) считают, что сыворотка Tunnclif может предохранить от кори или ослабить заболевание, если ее применять не позднее 4-го дня инкубации в количестве 5—10 к. с. (Halpern). Tunnclif, проверявшая действие козьей сыворотки при одновременном контроле с RS, нашла, что % неудач при той и другой почти одинаков.

Schilling, Torday, Kleinschmidt, инъецируя молоко, caseosan, aolan, отметили благотворное профилактическое действие их против кори. Gallei предохранил от кори в 100% случаев при помощи противодифтерийной и нормальной лошадиной сыворотки. Salvoli категорически опровергает равноценность молока и норм. лошадиной сывор. по сравнению с MRS. Интересно отметить работу Dardani, предохранившего в 147 случаях от осложнений при кори у детей применением вакцины из найденных в осложненных случаях пневмококков, bac. Pfeiffer'a, стрепто-стафилококков и ложнодифтерийных палочек.

Этим исчерпываются мероприятия, которые мы имели и имеем в борьбе с заболеваниями корью. Мы стоим перед фактом, что до сих пор никому не удалось осуществить в достаточных размерах профилактику ее, не прибегая к человеческому материалу. Можно видеть, что из всего ряда защитных средств против этой инфекции наиболее реальным является применение сыворотки или крови реконвалесцентов и взрослых. Однако, требования, которые приходится предъявлять к полученной крови у доноров, трудность получения ее в достаточном количестве, особенно у маленьких детей или у слишком нервных, впечатлительных, в большинстве случаев, отпугивает экспериментаторов и суживает круг применения профилактики кори. Между тем даже у детей 8—10 лет с относительно нормальной сосудистой реакцией можно без риска взять 120—150 к. с. крови, пользуясь для этого короткой иглой с просветом в 1—1,5 мм, через которую кровь поступает, так сказать, самотеком. На хороший конец из этого количества крови получается 50—80 к. с. сыворотки.

В лучшем положении находится вопрос получения крови взрослых, хотя и здесь необходимо соблюсти целый ряд требований для получения вполне стерильных сывороток, что не может не препятствовать заготовке их в достаточном количестве. Между тем нужда в сыворотках все время ощущается, ибо популярность их среди населения гораздо больше возможностей заготовки. При всякой вспышке кори врач приходится сталкиваться с настоятельной необходимостью применения RS при отсутствии запаса ее. За-границей уже давно существуют организации серо-профилактики такого рода. Degkwitz первый обратил внимание на необходимость добывания RS, и в Мюнхене путем рационализации этого дела удалось ежегодно добывать и распределять около 2000 проф. единиц сыворотки. В Германии MRS вообще приобрела права гражданства; там имеются особые пункты для добывания крови реконвалесцентов. Во Франции для этого возникли „коровые станции“; в САСШ, Румынии и других странах проводятся подобные же мероприятия. Наконец, у нас за последнее время стала намечаться организация в указанном направлении. В Москве, напр., в ряде детских учреждений широко проводятся прививки RS (Дулицкий, Коршун). Примером может служить отчасти и станция при Бак. ин-те им. Пастера в Ленинграде, где, по сообщению Данилевича, за один только 1928 г. было изготовлено 31.51 сывороток реконвалесцентов (коровых и scarlatinosных). Всего же по сведениям за тот год было получено около 70L человеческой сыворотки.

Нужно думать, что со времени работ Вааг'а открылись еще более широкие возможности. Однако, следует отметить недостаточное внимание к этому вопросу со стороны руководящих организаций. Еще VIII Съезд бактериологов (1924) признал MRS „надежным профилактическим средством“. IX-й Съезд рекомендовал широко применять серо-профилактику кори. На сывороточно-вакцином советании НКЗ (1924) одобрена представленная проф. Коршуну инструкция, предусматривающая способы получения и применения RS. В ней говорилось, что „губздравам рекомендуется принять меры к бесперебойному снабжению сывороткой детских учреждений и больниц“. Между тем на расширенном сывороточно-вакцином советании НКЗ в 1929 г. раздавались голоса о необходимости возложить заготовку сывороток на инфекционные больницы. В наших условиях это равносильно почти полной невозможности иметь сыворотку.

Из отчетов некоторых больших бактер. институтов (Ростовский, Саратовский, Вятский) не видно, чтобы вопросу добывания RS уделялось внимание. Между тем, больницы не обладают всеми возможностями получения и снабжения RS целого города или района. Гартх говорит, что требования применения предохранительной человеческой сыворотки „особо трудно выполнимы, требуют от изготовителя большого клинического опыта и налагают на него чрезвычайную ответственность“. Изготовление RS должно быть поручено отдельному лицу, что невозможно в больнице как лечебном учреждении с часто недостаточным штатом. В лучшем случае учреждение сможет выпускать сыворотку лишь для ограниченного круга лиц, чем нарушается принцип широкой серопротекции кори.

Случай сепсиса, отмеченный Schlossmann'ом в Хемнице у ребенка после применения MRS и приписываемый Degkwitz'ем несомненному загрязнению сыворотки, должен направить мысль на организованный подход к этому вопросу.

Проект проф. Тарасевича (1924), одобренный комиссией НКЗ, говорит о необходимости предварительного и, если надо, последовательного контроля всякой сыворотки Госуд. институтом контроля сывороток и вакцин. Без разрешения института препараты не могут быть выпущены в обращение. А наряду с этим допускается возможность выпуска коревых сывороток за страх и риск каждой больницы в отдельности. Явление—явно ненормальное. Вторым следствием такого положения будет неравномерность распределения дефицитной сыворотки, так как все будет зависеть от случая. Обязательства снабжения MRS ни для кого не существует. Bernard, напр., считает необходимым устройство центральных пунктов выдачи RS, находящихся под государственным контролем.

В этом вопросе есть и еще одна теневая сторона: невозможность для больниц без надлежащей организации осуществлять учет коревых очагов и результатов серопротекции. Многие заболевания корью совершенно не учитываются, так как проходят бесследно для больных даже при отсутствии лечения. Однако, в другом месте они могут послужить к возникновению эпидемии с большой смертностью. Само собой понятно, что и санитарная пропаганда, один из важнейших факторов протекции кори, не может осуществляться только больницами. Протекция кори может получить реальную почву лишь тогда, когда для этого будет создана соответствующая единая организация, где совместными действиями инфекционных отделений, бак. институтов, школьно-санитарных организаций и т. п. будет дана возможность получать кровь, готовить сыворотку, контролировать стерильность, распределять ее и учитывать результаты.

Роль инфекционных отделений в этой организации сводится к активному участию по добыванию сывороток, их применению и к санитарно-просветительным мероприятиям.

Успех протекции кори, как и всякой другой инфекции, будет зависеть от твердого и ясного плана мер борьбы с ней. Одновременно надо помнить, что сама корь с ее крайней контагиозностью может служить очень чувствительным индикатором на правильность организации в данном направлении. Такое обстоятельство должно быть отнесено к факторам, в известной мере благоприятствующим положительному разрешению затронутого вопроса *).

Проблема протекции населения в Германии.

С. М. Шварца.

(Письмо из Берлина).

Отмеченное еще в довоенные годы почти во всех культурных странах снижение рождаемости нашло свое выражение и в Германии. Десятилетие, предшествовавшее франко-германской войне (1861—70 гг.), показало в среднем 37,2 рождений на 1000 населения (см. таб. № 1). Послевоенные годы (1872—1876) дали нарастание рождений до 40,9‰. В дальнейшем начинается систематическое снижение, которое достигло 27,5 на 1000 населения в последний год, предшествовавший мировой войне (1913). Всего с 60-х годов до 1913 г., приблизительно за полстолетия, рождаемость упала на 13,4‰. Годы мировой войны дали катастрофическое падение рождаемости (minimum 13,9‰ в 1917 г.); первые же после-

*) Литературный указатель по техническим условиям не помещен. Ред.