

бочих и трудящихся социальная гигиена, как научная дисциплина, должна была появиться на арене и капиталистических стран. Она и появилась—прежде всего в Германии в 1920 г. И на долю Гротьяна пала честь занять эту первую кафедру в Зап. Европе. Из его биографии видно, что он обладал рядом предпосылок чтобы занять эту кафедру. Широкая социально-экономическая подготовка, метод социально-экономического мышления, живое соприкосновение с трудящейся массой и бедной—были этими основными предпосылками. Ряд его ценных трудов по социальной гигиене дали ему также право на занятие первой в Европе кафедры по социальной гигиене.

Но жизнь шла значительно впереди Гротьяна; принадлежность его к немецкой социал-демократической партии, притом к правому ее крылу, буржуазный и узко-националистический оппортунизм не дали Гротьяну возможности встать в уровень с запросами жизни. Мы видим это по его отношению к знаменитому § 218-му, к вопросам «гигиены человеческого размножения», к разрешению вопросов народного питания и пр. Там, где он выступал как социал-гигиенист и социальный политик, там он оказался ниже истинных задач своей научной дисциплины и ниже запросов современной жизни и ее революционных требований. Он был для этого слишком половинчатый соглашатель и приспособленец. В виду этого и его определение понятий социальной гигиены, как научной дисциплины, приемлемое в Западной Европе и Америке, не соответствует нашим советским революционным запросам и установкам: оно слишком формально-академично, оно не выявляет истинных задач социальной гигиены—особенно в социалистическом разрезе; поэтому и его популярная «Социальная патология», которой до сих пор широко пользовалась наша советская медицинская молодежь, ныне не может ее удовлетворять, несмотря на богатство фактического материала в ней собранного.

В Германии Гротьян не пользовался большой популярностью: может быть твердая независимость и самостоятельность характера служили тому причиной. Один из его посмертных биографов говорит, что Гротьян «всегда имел *Mut* *gehabt in seinen Veröffentlichungen unpopulär zu sein*» (Grotjahn hat immer den Mut gehabt in seinen Veröffentlichungen unpopulär zu sein). Но он был популярен среди своих слушателей и особенно коммунальных врачей, которых он сумел сконцентрировать и организовать вокруг себя.

Со смертью Гротьяна Германия и Зап. Европа потеряли своего первого и единственного профессора по социальной гигиене. В этом крупное общественное и социальное значение факта его смерти. Явится ли кто-либо ему на смену—неизвестно. Сам Гротьян отвечал на этот вопрос скептически и с сомнением. Ответит на этот вопрос жизнь Германии в ее сложной политической и социально-экономической ситуации.

Проф. М. Гран.

Библиография и рецензии.

А. Пине́й. „Последние достижения гематологии“. Гос. Изд. 1931 г. 3 р. 75 к.

Большинству из нас мало доступна английская литература. Поэтому нужно приветствовать желание Госиздата познакомить читателя с книгой Пинея, с его материалом и мыслями, с его ссылками на литературу, в значительной мере английскую. Пине́й не задается целью дать руководство по гематологии, в котором—хотя бы кратко—было отражено все существенное. Его цель познакомить читателя с некоторыми главами и вопросами гематологии, видимо более интересовавшими самого автора. Отсюда большая неравномерность освещения и пестрота материала. Сравнительно подробно Пине́й останавливается на следующих вопросах: 1) развитие клеток крови, 2) лейкемии—лейкозы. Пине́й все формы лейкозов считает новообразованиями. Обоснование автором такого понимания мне кажется мало убедительным; в частности, сопоставление лейкемических изменений с изменениями при метастазах злокачественных новообразований в костный мозг мне кажется основанным на сходстве чисто внешнем и поверхностном (я не имею в руках других работ Пинея, где вопросы освещены подробнее). Пине́й понимает свое толкование, как рабочую гипотезу. 3) Пернициозная анемия. По авто-

ру, для развития пернициозной анемии должны иметь место: а) остатки мегало-бластического эритропоэза в печени (конституциональная особенность) и б) тот или иной раздражитель. „Заболевание представляет собой патологическую и клиническую, но ни в коем случае не этиологическую единицу“ (69 стр.). Пинеи выражает уверенность, что он внес „некоторый порядок в этот несколько хаотический вопрос“ (81 стр.); чтобы судить, насколько автор прав, у меня не достает знакомства с фактическим материалом, положенным автором в основу его „рабочей гипотезы“. 4) Геморрагические диатезы. И здесь автор интересуется главным образом патогенезом, в конце главы пытается связать различные формы. 5) Из 5-ти глав, посвященных спленомегалиям, больше места отведено болезни Гоше и ахолурической желтухе „как представляющим высокий теоретический интерес“.

Затем имеются следующие главы: 5-я и 6-я—лейкемоидные картины крови, инфекционные (5-я) и неинфекционные (6-я). Автор прав, когда так определяет содержание термина—„такие изменения в циркулирующей крови, которые напоминают картину лейкозов, без настоящего, однако, лейкотического субстрата“ (83-я стр.), или когда он говорит, „этот термин неприменим в тех случаях, когда имеется просто избыток нормальных клеток одного типа при отсутствии клеток менее дифференцированных“ (98-я стр.). Но, мне кажется, автор непоследователен, когда 5-ю главу посвящает „лейкоцитозу в самом широком смысле этого слова“, уделяя сравнительно большее внимание нейтрофильной картине по Арнету, Шиллингу и др.—Глава 7-я (6 стр.) „ретикуло-эндотелиоз“. Пинеи говорит, главным образом, о болезни Ходкина, употребляя также название „лимфаденома“. На стр. 271-й (словарь) сказано: „Лимфогранулома. Синоним болезни Ходкина“. Термина „лимфаденома“ в словаре нет совсем. Почему в тексте выпал термин „лимфогранулома“—несомненно более употребительный и как будто более удачный? Запутанностью терминологии, которую отмечает и автор, может быть, объясняются некоторые литературные справки о лейкемической и сублейкемической картине крови и др.—Глава 8-я (5 стр.). Полицитемия. Пинеи говорит только о эритромии.—Глава 10-я (16 стр.). Симптоматические изменения крови. Краткие сведения о изменениях крови при некоторых физиологических и патологических состояниях, главным образом при инфекционных заболеваниях.—Глава 11-я (2 стр.). Селезенка при различных инфекционных заболеваниях. Только несколько справок из новейшей литературы.—Глава 13-я (7 стр.). Болезнь Бантти.—Глава 15-я (4 стр.) *Al. pseudo-leukaem. inf.* Добавление 1-е (7 стр.). Некоторые детали гематологического и гистологического исследования. Тут же РОЭ и определение содержания билирубина по *v. d. Bergh's*.—Добавление II-е (10 стр.). Указание руководств и монографий по гематологии. Названо около 100, о каждой книге Пинеи дает краткий отзыв. Это показывает, насколько автор владеет литературой вопроса.—Добавление III-е (3 стр.). „Словарь“. Объяснение гематологических терминов—не лишнее. В конце каждой главы Пинеи указывает литературу вопроса.

Кого, какого читателя имел в виду автор при составлении книги, а Госиздат при печатании ее на русском языке? Во всяком случае, не начинающего, не человека, желающего получить элементарные сведения по гематологии. Такой читатель многого не найдет в книге, да не все и поймет. Для человека, имеющего основные представления и желающего углубить свои знания, книга представляет интерес. Пинеи, главным образом, интересуется теоретическими вопросами гистогенеза, патогенеза и т. п. Практическая сторона дела—диагностическая, лечебная и т. д.—если и затрагивается, то далеко не везде, с достаточной полнотой—нигде. На симптомах автор останавливается иногда потому, что это нужно для понимания сущности болезненного процесса—что сказывается и на распределении материала, производя впечатление недостаточной последовательности изложения (см., напр., „пернициозная анемия“). Не все, конечно, ново. Не все, может быть, выдерживает критику с точки зрения теоретического интереса и ценности. Местами характер набросков и случайных справок из литературы. Но все же указанный читатель, мне кажется, не пожалеет времени, затраченного на знакомство с книгой Пинеи, может быть, найдет, что это удовольствие несколько дорого оплачено.

Нельзя умолчать о внешней стороне издания. Перевод оставляет желать многого. Местами получается впечатление, что переводчик совершенно не владеет вопросом, просто переводит слова, не понимая содержания фраз. Может быть, о торые из ошибок нужно отнести на счет печатания, а не перевода? Местами

ошибки могут повести к неправильному пониманию, См. напр., стр. 46, 47, 58, 126, 141, 259.

Кем включены дополнительные главы русских авторов? Почему эти главы вставлены в книгу Пинея, разбивая его собственный материал? Мне кажется, можно бы предусмотреть все вопросы читателя, дав небольшое предисловие от редакции.

Что касается вставленных глав русских авторов, то в книге „Последние достижения гематологии“ безусловно уместны: гл. 16 (12 стр.), проф. А. Д. Тимофеевский.—„Теории кроветворения в свете тканевых культур, гл. 17-я (11 стр.), проф. Ф. Я. Чистович.—„Ретикуло-эндотелиозы“. Автор сообщает действительно новые факты (клинические и патолого-анатомические наблюдения), говоря о гиперплазиях р.-э. с реактивного характера и об участии р.-э. элементов в системных гиперплазиях кроветворного аппарата, и существенно дополняет Пинея, дает опыт классификации системных гиперплазий кроветворного аппарата, иллюстрируя его таблицей, приводит литературу (40 назв.).—Гл. 19-я (10 стр.), проф. М. П. Кончаловский.—„Переливание крови как лечебный метод“. Очерк: история вопроса, понимание действия и показания. Напомнить о переливании крови особенно уместно, так как этот метод лечения у нас плохо прививается.

Менее ясны мотивы помещения в книге статьи проф. С. М. Цыпкина „Патогенез пернициозной анемии“ (гл. 18-я, 20 стр.). Автор выступает со своим пониманием патогенеза болезней крови. в данном случае пернициозной анемии, не впервые (см. напр., Медич. обозрение 1911 и 1912 г.г. *Virchow's Archiv*, Bd. 239. 1922), понимание это отличается оригинальностью и значительным своеобразием. Очевидно, редакция, помещая статью, нашла нужным популяризировать взгляды автора. Это заставляет меня, как рецензента, высказаться, не вдаваясь в критику трактовки автором вопроса в полном объеме.

Автор в построении своей теории исходит из нескольких положений. Ни в настоящей главе, ни в указанных статьях он не приводит фактического обоснования своих исходных положений. Получается впечатление, что эти положения автор считает не то аксиомами, не то общезвестными и общепризнанными. Мне кажется, они не являются ни тем, ни другим.

Все дальнейшее развитие мысли автора носит характер логических умозаключений. Если автор обращается к фактам, то, прилагая к объяснению их свое понимание, свою теорию, он считает излишним приводить понимание других.

По отношению к пернициозной анемии С. М. Цыпкин приходит к следующим выводам: „...при злокачественных анемиях мы имеем комбинацию прогрессирующего гемолиза с прогрессирующим ослаблением эритропластической функции костного мозга“ (227). Причина злокачественности в эмбрионализации паренхимы костного мозга, в раздифференцировании эритробластических и лейкобластических элементов его (228). „Преобладание в костном мозгу при пернициозной анемии эмбриональных клеток (мегалобластов и мизобластов) должно рассматривать как результат раздифференцирования соответствующих дифференцированных клеток (нормобластов и мизоцитов)“ (334)—Гораздо более прав Пинея, когда он говорит: „Не следует думать, что мегалобласт представляет незрелую форму нормобласта“; и „остается несомненным, что нормобласты не являются продуктом созревания мегалобластов“ (66 стр.). С. М. Цыпкин цитирует Паппенгейма, который „объясняет упомянутое преобладание (эмбриональных клеток) усиленной пролиферацией проблематически преформированных клеток, благодаря которой они не успевают созреть до соответствующих им дифференцированных клеток. Словом, направление прямо противоположное тому, которое вытекает из раздвигаемого нами взгляда“ (234).—Все, что я знаю из литературы, весь мой личный опыт заставляют меня поддерживать мнение, что раздифференцирование кроветворной ткани, имеющее место при многих „болезнях крови“, есть действительно следствие усиленной пролиферации мало дифференцированных клеток, или родоначальных клеток (р.-э., активной мезенхимы), не успевающих дифференцироваться или в большей или меньшей мере—утративших способность нормального развития или, наконец, получивших стимул к патологическому, атипическому развитию.

Из методов лечения пернициозной анемии С. М. Цыпкин останавливается только на спленектомии и печеночной диете. „Рациональная терапия пернициозной анемии может заключаться лишь в ослаблении искомого, пока еще неизвестного нам, (238) яда болезни“ (236). „Терапевтической мерой, влекущей за собой

ослабление яда, несомненно, следует считать спленектомию“ (237). „Надо полагать, что спленектомия во всех случаях этой болезни сокращает силу яда на определенный процент“ (239). Не всегда достаточное ослабление яда является причиной того, что „спленектомия дает положительный результат далеко не во всех случаях пернициозной анемии“. В данном случае особенно ярко выступает, как мало автор в своих логических построениях и выводах считается с фактами. Если в „допеченочном“ периоде лечения пернициозной анемии многие весьма холодно расценивали спленектомию, как лечебный метод, то теперь, как будто, один Spengler склонен отводить спленектомии место среди методов нашего вмешательства в течение болезни. Если понятна позиция Spengler'a, которому посчастливилось наблюдать два случая, где спленектомия имела исключительный — по своей стойкости — положительный результат, то выдвигание спленектомии чуть ли не на первое место в арсенале лечебных средств С. М. Цыпкиным (как будто не располагающим аналогичными наблюдениями, не ссылающимся на Spengler'a) производит впечатление неожиданности. Блестящие результаты, получаемые при лечении печени, делают для автора несомненным, что „причину болезни следует в известной мере связывать с поражением печени. За это говорит прямая логика. Надо полагать, что упомянутое поражение печени имеет своим следствием выпадение какой-то внутрисекреторной функции обезвреживающего характера“ (340), — в результате наводнение крови ядовитыми веществами, разрушение эритроцитов, эмбрионализация паренхимы костного мозга.

Почему бы автору не подкрепить его построения ссылками на действительно новые достижения в гематологии: культивирование форменных элементов крови, результаты пункции костного мозга? Почему бы не связать свою теорию с развитием учения о р.э. системе?

Для меня лично построения автора, всегда казавшиеся слишком теоретическими, становятся еще более оторванными от фактической действительности после указанных „последних достижений гематологии“.

Проф. Н. К. Горяев.

Хроника.

86) *Казанским туберкулезным институтом* 1/XII 1931 г. организованы *отделения Ин-та на текстильной и меховых фабриках* Казани. Целью отделений является всестороннее изучение условий труда и быта рабочих этих фабрик, устранение вредных в производстве и в быту и приближение лечебно-профилактической помощи к производству. Работа отделений включается в общий план здравпункта фабрики и проводится через него работниками здравпункта, Туб. Ин-та, местных туб. диспансеров при максимальном вовлечении актива фабрики. Для организации отделений и работы в них Туб. ин-том выделены ассистенты Ин-та д-ра Н. М. Захаров и Н. А. Крамов.

87) В первой половине января 1932 г. *Ульяновская научная ассоциация врачей* чествует известного окулиста д-ра мед. Г. И. Сурова по поводу 35-летия научно-врачебной и общественной деятельности.

Ульяновская Н. А. В. просит желающих принять участие в чествовании юбиляра приветствия направлять по адресу: Ульяновск, раб. поликлиника, глазной кабинет А. Смирнову.

88) *Во Франции* после ряда лет, когда рождаемость превышала смертность, первый квартал 1931 г. снова дал превышение смертности над рождаемостью на 34679 чел.

89) General's Statistical Review of England and Wales 1930 дает сведения о числе самоубийств в Англии и Уэльсе за 1930: их было 5056 (3527 м. + 1529 ж.). По способу самоубийства разделяются так: отравление угаром и светильным газом — 1383 (больше женщин), утопление — 887, повешение — 753 (больше мужчин), колющие и режущие орудия — 613, огнестрельн. оружие — 262 (среди них 8 женщин), бросились под поезд — 214, отравления — 715 (из них сулемой 354, CN — 43, жарбол. к. — 56, солян. кисл. 53 и др.), разных других способов — 229. По возрасту: