

5  
П275

с/с 17  
17 245

# СБОРНИК

работ Губернского Съезда по Здравоохранению

ПЕРМСКОЙ ГУБ.

с 1-го по 5-е июня 1922 г.



Б 1059771 - ко









# ОГЛАВЛЕНИЕ.

Стр.  
I—III

Предисловие . . . . .	I—III
-----------------------	-------

## I. Журнал заседаний с'езда.

### 1-й день с'езда.

Открытие с'езда и порядок дня . . . . .	1
Приветственные речи . . . . .	3
Вступительная научная речь проф. <i>Вериго</i> : об отношении пищи к организму человека . . . . .	6

### 2-й день с'езда.

Доклад д-ра <i>Карамышева</i> : Дело здравоохранения в условиях новой экономической политики . . . . .	9
Прения по докладу д-ра Карамышева . . . . .	15
Заключительное слово д-ра Карамышева . . . . .	16
Доклад д-ра <i>Карамышева</i> о роли и задачах здравоохранения в области социального страхования . . . . .	17
Содоклад т. <i>Басова</i> о взаимоотношении страховых касс с здравотделами по вопросу о страховых фондах на лечебное дело . . . . .	18
Содоклад д-ра <i>Лысаковского</i> о призрении душевно-больных хроников . . . . .	19
Прения по докладам Карамышева, Басова и Лысаковского . . . . .	28
Заключительное слово д-ра Карамышева . . . . .	29

### 3-й день с'езда.

Доклад т. <i>Марковой</i> по охране материнства и младенчества . . . . .	29
Общая положения доклада . . . . .	35
Содоклад д-ра <i>Дьяковой</i> по охране здоровья детей . . . . .	36
Прения по докладам Марковой и Дьяковой . . . . .	43
Заключительное слово д-ра Дьяковой . . . . .	44
Заключительное слово т. Марковой . . . . .	44
Доклад д-ра <i>Александрова</i> о борьбе с венерическими болезнями . . . . .	44
Прения по докладу д-ра Александрова и его заключительное слово . . . . .	51
Доклад проф. <i>Протопопова</i> о борьбе с психическими заболеваниями . . . . .	51
Прения по докладу проф. Протопопова . . . . .	59

### 4-й день с'езда (утреннее заседание).

Доклад д-ра <i>Катаева</i> по борьбе с туберкулезом . . . . .	60
Прения по докладу д-ра Катаева . . . . .	62
Доклад представителя Мандатной Комиссии тов. <i>Кожеевникова</i> . . . . .	63
Доклад д-ра <i>Черномордика</i> —голод, его последствия и будущия условия работ здравоохранения . . . . .	64
Доклад д-ра <i>Ильона</i> о влиянии голода на психическия заболевания . . . . .	85
Заключительныя слова докладчиков о голоде . . . . .	107
Доклад проф. <i>Парина</i> о выпуске периодических изданий . . . . .	108
Прения по докладу проф. Парина . . . . .	109
Чтение и голосование резолюций, положений и выводов по докладам . . . . .	110



## 4-й день с'езда (вечернее заседание).

Продолжение чтений резолюций, положений и выводов . . . . .	112
Заслушивание результатов работ Секций:	
1) Доклад д-ра Орлова по Санитарно-Эпидемической Секции . . . . .	112
2) Доклад д-ра Ях/акова по Лечебной Секции . . . . .	112
3) Доклады т.т. Кожевникова, Наседкина-Советкина по Хозяйственно-Материальной Секции и Медснабжения . . . . .	112
4) Заключительная речь д-ра Карамышева и закрытие с'езда . . . . .	112

## II. Резолюции, положения и выводы приняты с'ездом.

Резолюция по докладу д-ра Карамышева --Органы Здравоохранения в условиях новой экономической политики . . . . .	113
Резолюция по докладам д-ра Карамышева и т. Басова по страховой медицине . . . . .	114
Резолюция по докладу д-ра Дьяквой по оздравлету . . . . .	115
Резолюция по докладу д-ра Александрова о венерических болезнях . . . . .	115
Выводы по докладу д-ра Лысаковского о призрении душевно-больных хроников . . . . .	116
Выводы по докладу проф. Протопопова о борьбе с психическими заболеваниями . . . . .	117
Выводы по докладу д-ра Катаева по борьбе с туберкулезом . . . . .	118
Положения по докладу д-ра Черномордик о голоде . . . . .	119
Положения по докладу Санитарно-Эпидемической Секции . . . . .	120
Резолюция по докладу Лечебной Секции . . . . .	122
Положения и практические выводы по докладу Хозяйственно-Материальной Секции . . . . .	123

## III. Протоколы заседаний Секций.

Протокол заседаний Санитарно-Эпидемической Секции . . . . .	124
Протокол заседания Лечебной Секции . . . . .	132
Доклад Материально-Хозяйственной Секции . . . . .	140
Протокол Соединенного заседания Лечебной и Тарифно бюджетной Секций по вопросу о сметах . . . . .	143

Дополнение к докладу д-ра КАРАМЫШЕВА о роли и задачах здравоохранения в области социального страхования . . . . .	144
---	-----

## IV. К 25-летию Пермского Бактериологического Института.

Акт торжественного заседания, состоявшегося 18 июня 1922 г. . . . .	150
Речи и приветствия, заслушанные на заседании . . . . .	155
Приветствия, полученные после заседания . . . . .	158





## Предисловие.

Мысль созвать настоящий с'езд возникла сравнительно давно, а именно в самом начале текущего года, когда экономические условия были еще значительно лучше условий современной действительности.

Официально в первый раз Губздравотдел поднял вопрос о созыве Губернского с'езда 3 февраля с. г. на заседании президиума Губздравотдела с участием членов горсовета по секции здравоохранения. На означенном заседании идея созыва губс'езда была встречена полным единодушием. При чем, имея в виду, с одной стороны, прекращение гражданской войны и переход Республики на путь мирного строительства, а с другой—принимая во внимание острый научно-книжный голод и крайний недостаток специальных медицинских трудов и журналов, было решено придать настоящему с'езду научно-практический характер и сборник работ этого с'езда издать в виде специально-медицинского журнала.

Такой характер с'езда диктовался желанием всех работников по здравоохранению поскорее подойти к делу охраны народного здоровья с чисто объективной, спокойно-деловой точки зрения.

Такой подход к делу вызывался еще и тем, что специальные научно-практические с'езды в области здравоохранения не созывались уже несколько лет.

На ряду с вопросами чисто принципиального (научного) характера являлось необходимым созвать Губернский с'езд по здравоохранению также и по чисто текущим, деловым вопросам, так как уже в начале текущего года почувствовался некоторый перелом в практических подходах к делу здравоохранения в связи с новой экономической политикой, с одной стороны и в связи с голодом, охватившим несколько наиболее плодороднейших губерний Европейской России,—с другой.

Принципиально одобренная в заседании 3 февраля с. г. идея с'езда практически проводится в жизнь начала значительно позднее, так как в отношении новых принципов медико-санитарного дела Губздравотделу хотелось сначала познакомиться с руководящими указаниями Центра, а затем уже созвать с'езд для obeуждения практического проведения в жизнь этих директив.



Но, к сожалению, Центр долгое время не только не давал никаких руководящих указаний, а наоборот своими крайне разноречивыми распоряжениями: с одной стороны о сохранении той или иной области здравоохранения, того или иного подотдела или секции и углубления работ последних, а с другой—о новом и новом сокращении штата и урезывания пайков и т. д., окончательно затемнял и без того туманную картину ближайших перспектив в деятельности органов здравоохранения.

В виду такой неясности положения, работы по с'езду пришлось несколько отложить, дожидаясь из Центра получения соответствующих информации. Однако, вскоре такое положение стало выявлять свои отрицательные результаты, ибо жизнь гигантским шагом катилась по наклонной плоскости НЭПО, вовлекая в свой бешеный круговорот все и вся, в том числе и недостаточно приспособленный еще к жестокой действительности аппарат здравоохранения.

Неразрешимых вопросов накопилось настолько много, что пришлось опять возвращаться к с'езду и Губздравотдел вновь подходит к этому вопросу. В заседании 19 апреля окончательно устанавливается день созыва этого с'езда, избирается организационная комиссия по разработке программы и порядка технического проведения работ с'езда.

В виду желания придать с'езду научно-деловой характер, к организационной работе Губздравотделом привлекаются некоторые видные профессора местного Университета, бывшие общественные врачи и новые медицинские силы.

Работа по с'езду быстро начинает подвигаться вперед, но опять новая неожиданность! —В конце апреля получается знаменитое радио Центра № 96 о снятии с 1 го мая почти всего медико-санитарного дела с государственного снабжения и о передаче такового на местные средства, которых, как известно, нет вообще, а в Пермской губернии в особенности.

Это лаконичное радио поставило Губздравотдел в совершеннейший тупик и Заведывающему Губздравотделом пришлось немедленно выехать для выяснения дальнейшего существования органов здравоохранения в Центр. Само собой разумеется, что до приезда Заведывающего Губздравотделом из Москвы работы по с'езду опять пришлось прекратить, так как неизвестно было, что будет далее вообще и в каком виде будут существовать здравотделы.

Но приезде из Москвы Заведывающего Губздравотделом выяснилось, что положение дела здравоохранения действительно очень серьезное и срочная необходимость созвать Губернский с'езд, хотя бы уже для разрешения одних только *текущих дел*—была очевидна.



Частично от первоначального проекта организации с'езда пришлось отказаться, так как вопросы „момента“ опять выбили из-под ног научную почву с'езда и volens nolens пришлось несколько перерабатывать программу его.

Начавшаяся так планомерно и систематически проводиться работа по организации с'езда с приездом Завгубздравотделом в несколько дней была видоизменена и срочно были разосланы приглашения на с'езд, в некоторые места даже без программы.

Как и следовало ожидать, на местах приглашения на с'езд пришли очень поздно, почему с'езд вышел недостаточно многолюдным. Из соседних губерний, приглашенных на с'езд, успела делегировать своего представителя одна только Екатеринбургская губерния.

В силу перечисленных выше причин, с'езд не мог выявить всего того, что на него возлагалось в самом начале. Но все же первые шаги к новому подходу научно-деловой работы в области здравоохранения сделаны и будем надеяться, что следующий Губс'езд вызовет больший к себе интерес и будет значительно содержательнее и многолюднее настоящего с'езда.

Приступая к изданию настоящего сборника, Губздравотдел, полагая, что помещенные здесь материалы до некоторой степени будут иметь историческую ценность, как об'ективное отражение действительного положения вещей по вопросам народного здравоохранения, надеется возбудить интерес к делу здравоохранения среди заинтересованных организаций и широких масс и последние окажут ему ту или иную поддержку и сочувствие, а органы здравоохранения и медработники на местах займутся теперь же подготовкой к новому с'езду, который, будем надеяться, удастся созвать при более благоприятных условиях и результаты работ его будут естественно ценнее, важнее и богаче.

*Г. Пермь, Июня 15 дня 1922 г.*

---







# Журнал пленарных заседаний Губернского съезда по здравоохранению Пермской губернии с 1-го по 5-е июня 1922 года.

1-й день съезда (1-го июня).

*На заседаниях съезда присутствовали — от Губздравотдела:* д-р Карамышев, д-р Черномордик, тов. Маркова, д-р Морейн, д-р Дьяков, тов. Михалев, т. Костарев, д-р Тилли (губвоенсан), тов. Шарфштейн, тов. Гладких, тов. Тайц (коллектив РКП).

*От уездов:* т. Кожевников (Пермск. уездздравот), д-р Орлов (Воткинский), д-р Шилова (Оса), тов. Шендель (Оса), д-р Яхлаков (Оса), д-р Ревзон (Оханск), тов. Кучев (Чердынь), тов. Денисов (Чердынь), тов. Первов (Усолье), д-р Маврицкий (Соликамск), д-р Липская (Чердынь), тов. Пшеничников (Кунгур), тов. Коновалов (Кунгур), тов. Морозов (Сарапул), д-р Петрова (Сарапул), д-р Ледомская (Кизел), тов. Богданов (Кизел), д-р Кислов (Усолье).

*От врачебной секции медикосантруд:* д-р Космодемьянский.

*От лечебных заведений в мест. лишения свободы г. Перми:* доктор Ложкин.

*От Пермской психиатрической лечебницы:* проф. Протопопов, д-р Лысаковский, д-р Драбина, д-р Ильон.

*От Губженотдела:* тов. Исаева.

*От Губкомголода:* тов. Бурнаев.

*От Медикосантруд:* тов. Спицын.

*От Губпрофсовета:* тов. Плешков.

*От Александровской больницы:* д-р Азерьер, д-р Эскин, д-р Сычевская.

*От Губдинспансера:* д-р Катаев (он же представ. от Перм. Уездздрав.).

*От Бактериологического Института:* проф. Здравосмыслов, д-р Мартынов.

*От Городской заразной лечебницы:* проф. Флейшер, тов. Ляпен.

*От Прачечной:* Наседкин-Советкин.



*От Университета:* проф. Вериге, проф. Пичугин, проф. Чирковский, проф. Парин, д-р Абрамович (Военном Университета).

*Врачи гор. Перми:* Бруштейн, Доронина, Р. Зиф, Николаева, Волопянский, С. Зиф, Ляпустина, Фраткина, Годзярская, Александров.

*От Рунвода:* доктор Шаров.

*От Екатеринбургской губернии:* д-р Курдов.

---

*С'езд открывает* Заведывающий Губздравотделом д-р *Карамышев*, который предлагает избрать президиум с'езда.

В состав *президиума* открытым голосованием избраны следующие лица: д-р Карамышев, проф. Парин, проф. Здравосмыслов, д-р Орлов, тов. Морозов и кандидатом тов. Кожевников.

После избрания президиума зачитывается и принимается следующий *порядок дня*, установленный на утреннем заседании:

1. Вступительная речь профессора Вериге и приветственные речи представителей организаций.

2. Организационный вопрос—доклад на тему: „Органы здравоохранения“ в условиях новой экономической политики и основные задачи здравоотделов—докладчик д-р Карамышев.

3. Роль и задачи здравоотделов в области социального страхования—докладчик тов. Карамышев, и о приращении хроников и взаимоотношения с Сибезом—докладчик д-р Лысаковский.

4. Доклад по охране материнства и младенчества—докладчик тов. Маркова, содокладчик д-р Дьякова.

5. Борьба с социальными болезнями: а) борьба с венерическими болезнями—докладчик д-р Александров, б) с психическими заболеваниями—докладчик профессор Протопопов, в) борьба с туберкулезом—докладчик доктор Катаев.

6. Голод и его последствия и будущие условия работ органов здравоохранения в этой области—докладчик д-р Черномордич и 2-й доклад д-ра Ильона „о влиянии голода на психические заболевания“.

7. Доклад о Всероссийском с'езде бактериологов и эпидемиологов—профессора Здравосмыслов и проф. Чирковский.

8. О выпуске периодических изданий—профессор Парин.

9. Текущие дела.

С'езд постановлено разбить на следующие секции: а) лечебной медицины, б) санитарно-эпидемиологическую и в) медзабжение и материально-хозяйственную.



### Приветственные речи.

С первой *приветственной речью* выступает Заведующий Губздравотдела д-р *Карамышев*, который приветствует съезд от имени Губздравотдела.

В своем приветствии д-р *Карамышев* отмечает, что съезд собирается в один из тяжелых моментов и ему предстоит разрешить ряд животрепещущих вопросов, которые должны получить то или иное освещение в совершенно новой обстановке; среди новых реальных условий, при которых должны будут работать здравотделы и выйти из них победителями, и не взирая на всевозможные трудности закалиться и стать еще более сильной и окрепшей организацией.

С трудом завоеванный опыт представителей с мест, а также ознакомление с результатами работ в области здравоохранения во Всероссийском масштабе должны лечь в основу работ настоящего съезда. При чем, считаясь с особенностями работ по здравоохранению, докладчик призывает съезд не уклоняться от прямых и основных положений в области работ по здравоохранению, а подойти к последним с глубоко-государственной научной точки зрения; съезд должен кликнуть клич ко всем рабоче-крестьянским массам, ко всем организациям и заявить им, что дело здравоохранения в опасности и что необходимо развернуть и укрепить охрану здоровья трудящихся. Таков должен быть лозунг настоящего момента, в особенности в нашей Пермской губернии, в силу исключительных условий последней, где лозунги эти должны быть более подчеркнуты и требуют срочного проведения в жизнь. Дело здравоохранения в настоящее время испытывает острый натиск мирового капитала, но и в этих условиях мы должны сохранить свою работу и в случае надобности даже расширить и развернуть ее в области предупредительных мер.

Переходя к основным задачам съезда, д-р *Карамышев* полагает, что у всех собравшихся должна быть твердая воля и практически деловое решение вопросов здравоохранения в такой плоскости, чтобы так или иначе пережить переходный период настоящего времени безболезненно. Свое приветствие д-р *Карамышев* заканчивает следующими словами: „как не задушила костлявая рука голода Ребушинского Советскую власть, так и не задушит нас эпидемическая волна, созданная благодаря Алянте и усиленная благодаря западным капиталистам во главе с пресловутой Францией, которая срывом Генуэзской конференции помешала осуществить постановление международной Варшавской конференции о срочной помощи России в эпидемическом отношении. С твердой волей, полной энергии, мы должны восстано-



вить наше дорогое дело и приступить к работам первоиюньского Пермского Губернского с'езда“.

Со следующей приветственной речью выступает представитель от Губпомголода тов. *Бурнашев*, который говорит, что мы (коммунисты) знаем, что много сил и эзергии пришлось употребить Вам для работ в области помощи сотням и тысячам голодающих рабочих и крестьян, облегчая их страдания по мере Ваших сил. Цена такое горячее отношение (говорит докладчик), позвольте мне искренне поблагодарить Вас, работников медицинского дела, за проделанную работу и выразить уверенность, что Вы с такой же энергией возьметесь за продолжение этой работы не ослабляя ее, а наоборот усиливая, ибо труден был путь борьбы со спутниками голода—эпидемиями, но Вы смело шли вперед и мы думаем, что и в будущем Вы, как бы не был труден путь, смело и твердо пойдете вперед на борьбу с ними.

Следующим приветствует с'езд от имени Губпрофсовета тов. *Плешков*, который, напоминая с'езду о том, что в правильном разрешении вопросов на настоящем с'езде заинтересованы не только члены профсоюзов, но и все трудящиеся, внимание которых обращено на правильность решения данных вопросов и на улучшение охраны народного здоровья. В особенности необходимо данному с'езду взять правильный путь в настоящий момент перехода дела здравоохранения с государственного снабжения на местные средства. Докладчик призывает с'езд перейти на новый путь без ущерба медицинской помощи для трудящихся и в своей плодотворной работе наметить правильный путь.

От имени Губправления Профсоюза “Всемиркосантруд” приветствует с'езд тов. *Спицин*, который выносит пожелание успешных занятий с'езду и в дальнейшем—проведению в жизнь намеченных с'ездом планов в работе уездных и губернских органов здравоохранения.

Следующим выступает от имени коллектива РКП при Губздравотделе тов. *Тайц*, который произносит следующую краткую, но горячую речь: „товарищи и граждане, приветствую Вас от имени коллектива РКП при Губздравотделе с пожеланием успешной борьбы с эпидемиями и заразными болезнями и изжить таковые с таким же успехом, как русский пролетариат изжил врагов Советской России“.

От имени медицинского факультета Пермского Государственного Университета приветствует с'езд декан медфакультета профессор *Парин*, который останавливается на мысли о том, что органы здравоохранения и медицинские факультеты имеют одну общую задачу и должны представлять две силы, действующие параллельно и в одном направлении, далее отметил, что в на-



стоящее время в Перми создались условия для плодотворной совместной деятельности. В заключение выражает привет работникам по охране народного здоровья, которые стойко несут свою ответственную работу в тяжелых материальных условиях.

От имени Пермского Уездного Исполнительного Комитета Советов Рабочих и Крестьянских Депутатов и Пермского Уездного Уездного Управления приветствует съезд тов. *Кожесевников*, который говорит, что съезду придется разрешить ряд вопросов, которые имеют весьма большое значение при новой экономической политике в области здравоохранения, где должна быть выявлена определенная линия работ, как с медицинской, так и финансово-хозяйственной стороны. Разрешать эти вопросы здесь крайне необходимо, для того, чтобы раз'ехавшись по местам делегаты съезда могли проводить их в жизнь при настоящих трудных условиях и при той разрухе, которая создана семилетней войной и голодом. Если мы, говорит тов. *Кожесевников*, проявим максимум энергии, то мы сумеем преодолеть все преграды, которые будут встречаться на нашем пути, который в особенности труден тем, что Советской власти приходится уступать не только перед международным капиталом, но также и перед мелко-буржуазной идеологией широких масс, которая еще крепко живет в массах. В противовес этой идеологии должна быть поставлена коммунистическая идеология, которая должна ярким букетом расцвести в сердцах людей. Эта идеология большинству еще непонятна, но идеи коммунистического мировоззрения мы должны в недалеком будущем развить среди всех людей. Этими словами тов. *Кожесевников* заканчивает свое приветствие и призывает съезд к плодотворной работе.

Последним выступает с приветствием д-р *Космодемьянский*, который, приветствуя собравшихся от имени научно-медицинского общества врачей и врачебной секции медикосантруса, констатирует присутствие в первый раз на съезде по здравоохранению общественных врачей. Этот знаменательный факт, говорит д-р *Космодемьянский*, даст врачам уверенность, что голосу врачей (наиболее квалифицированной группы), вынесшим в течение 4-х лет все тяжести народных бедствий, вызванных голодом и эпидемиями, будет отведено наиболее авторитетное место. Свое приветствие д-р *Космодемьянский* заканчивает пожеланием съезду плодотворной работы.

По окончании приветствий по предложению председателя *Карамышева* была почтена вставанием память погибшего на эпидемии медперсонала и всех сотрудников.

Затем съезд приветствует по поводу 25-тилетнего юбилея Пермский Бактериологический Институт и директора института профессора Здравосмы-



слова, как проработавшего в своем детище также 25-ть лет и желает ему и его помощникам дальнейшей плодотворной работы, принося им сердечный привет.

После ответной речи на это приветствие профессора Здравосмыслова, съезд переходит к выборам мандатной и редакционной комиссий. В первую комиссию избираются: *Кожевников, Бурнашев, Спицын* и кандидатом *Маркова* и во вторую — *Космодемьянский, Шендель и Орлов*.

По окончании приветственных речей и принятия приветственной телеграммы на имя Семашко, к съезду обращается с вступительной научной речью профессор *Вериго*, встреченный единодушными аплодисментами.

Речь *Вериго*. Отмечая тот факт, что организаторы съезда решили начать научной речью работу настоящего съезда, имеющего практические задачи, профессор приветствует такую постановку дела, полагая, что практическая работа будет правильна и прочна, если она обоснована на научных данных.

Тема речи имеет характер злободневный: об отношении пищи к организму человека.

Организм человека (и вообще животный организм) не есть что-то постоянное. Все вещества, его составляющие, находятся в непрерывно текущем состоянии. Поступая из внешнего мира, они усваиваются организмом и, произведя известную работу, уходят во внешний мир. Тело человека является как бы станцией, через которую проходит мировая энергия, проявляющаяся во всех действиях организма.

Со времени Либиха, изучившего химические процессы живого организма, обуславливающие его жизнь и деятельность (окисление, обмен веществ), установлено, что вещества, поступающие с пищей, можно разделить на три определенные категории: белки, жиры и углеводы. Они сгорают в организме и выделяются в виде простых элементов (вода, угольная кислота).

Относительно значения пищевых веществ всех трех категорий, исследованиями немецкого физиолога Бюхнера установлен, закон изодинамии. Вещества сгорают для освобождения энергии. Экспериментальными опытами вне животного организма доказано, что 1 грамм жиров дает 9 больших калорий тепла. Один грамм белков и углеводов по 4 больших калорий. Одни вещества можно заменить другими в самых разнообразных комбинациях пропорционально производимой ими тепловой энергии и животный организм от этого не пострадает, равновесие его не нарушится, раз введено будет достаточное количество калорий (тепловых единиц). В этом сущность закона изодинамии.



Таким образом один грамм жиров, дающий при сгорании 9 больших каллорий, может быть заменен  $2\frac{1}{4}$  граммами белков или углеводов, один грамм которых дает 4 больших каллории и наоборот. Белки и углеводы могут заменить одни других в равных количествах, так как и при сгорании дают одинаковое число каллорий. Однако выяснилось, что такая замена может быть произведена лишь до известного предела. Всех белков заменить нельзя. Нужен известный физиологический минимум белков, без которого равновесие организма нарушается, хотя бы жиры и углеводы вводились в достаточной степени по содержанию каллорий.

Зачем нужен физиологический минимум белков? Согласно воззрений Либиха, животный организм во-первых выделяет тепловую энергию, его надо так сказать „топить“, чтобы поддержать равновесие, а во-вторых, производя мышечную работу, тратить белковые вещества клеточных элементов мышц. Для первого необходимы жиры и углеводы, а для второго—белки.

С течением времени, при более совершенных методах исследований, когда физиологи стали в состоянии точно следить, какие вещества сгорают в организме при той или иной его деятельности, выяснилась ошибочность взгляда Либиха на необходимость физиологического минимума для организма. При исследовании мышечной деятельности было найдено, что она совершенно не влияет на распад белков в организме. Производит ли организм легкую или тяжелую мышечную работу, распад белков будет в том и другом случае одинаковым. Усиленная мышечная работа не вызывает усиленного сгорания белков. Другие виды деятельности организма (нервная, железистая пищеварительная) не требуют усиленного распада белков.

Отсюда—загадка: белки не нужны для непосредственной деятельности организма, но если мы не будем вводить их в организм, последний все-таки начнет выделять их, расходуя из собственных элементов тела, питается собственными белками и постепенно погибает.

Общепринятого решения этого вопроса нет. Личные взгляды лектора сводятся к следующему: процессы обмена веществ в организме он разделяет на две части: а) энергетическую, когда организм усваивает получаемую с белками, жирами и углеводами энергию и, отработав, отдает ее во внешний мир и б) чисто материальную часть, сопровождающуюся освобождением энергии, а характеризующуюся только распадом белков.

Для чего нужна материальная часть обмена?

Проследив процесс обмена внутри клеточных элементов, находим, что процесс сгорания в организме является таковым только по конечным продуктам выделения. По существу же процесс этот, происходящий в растворах



или в присутствии больших количеств воды, при обыкновенной температуре значительно отличается от обычного понятия горения, т. е. соединение с кислородом при сильном развитии тепла. Частицы пищевых веществ очень сложные, состоящие из тысяч атомов, претерпевают целый ряд постепенных распадов на более мелкие, простые (до угольной кислоты и воды). Роль кислорода косвенная, он окисляет только продукты распада, а не самые частицы, подлежащие распаду. Процессы же распада в организме происходят под влиянием ферментов, что наблюдается, например, при брожении алкогольном, гниении и других видах брожения, конечные продукты которых таковы же, как и конечные продукты горения веществ в организме. Таким образом процессы обмена сводятся к деятельности ферментов, находящихся внутри клеток организма и обуславливающих процессы распада. Ферменты при своей деятельности непрерывно частично уничтожаются и возобновляются. Значит постоянно требуется новый приток веществ на их возобновление. Вот это то количество веществ, необходимое для образования ферментов, и дает физиологический минимум белков.

Постепенно накапливающиеся факты подтверждают это положение так:

1. Процесс белкового обмена повышается при лихорадочном состоянии. Это объясняется тем, что при лихорадочном состоянии, когда в организм проникает инфекция, количество ферментов увеличивается, микробы развивают свои ферменты или вещества, близкие к ним, как лизины и токсины.

2. Железы внутренней секреции выделяют вещества по химическому составу и по действию в организме весьма близкие к ферментам и при нарушении правильной деятельности этих желез наблюдается увеличение распада белков.

3. Если лишить животный организм введения витаминов, что наблюдается, например, при кормлении рисом с сильно ободранной внешней оболочкой, процессы в организме расстраиваются, повышается распад белков.

4. Болезни обмена веществ, как, например, скорбут, рахит, остео-малация, также обуславливаются отсутствием в организме специфических, близких к ферментам, веществ.

Итак, кроме энергии, которую выделяет организм и которую он получает с пищевыми веществами, главным образом жирами и углеводами, надо всегда иметь в виду материальную часть обмена—распад физиологического минимума белков. И при практической деятельности врач всегда должен иметь в виду, что часто сам организм больного инстинктивно требует той или иной пищи, которая, будучи введена даже в незначительных количествах, даст необходимое количество ферментов или подобных им веществ, как вита-



мины и др. и будет непосредственно способствовать восстановлению нарушенного равновесия организма.

По окончании речи проф. Вериге, заседание 1-го дня с'езда об'является закрытым.

## 2-й день с'езда 3-го июня.

Председательствует тов. *Морозов*.

Открывая заседание, председатель предлагает от имени президиума с'езда ввести в состав президиума прибывшего сегодня на с'езд врача *Курдова*, бывшего старого общественного врача Пермской губернии.

Предложение единогласно принимается.

Слово предоставляется д-ру *Карамышеву* для доклада: „Дело здравоохранения в условиях новой экономической политики и перспективы такового“.

### Доклад д-ра Карамышева.

„15-го декабря было получено радио о частичном переходе на местные средства. Данное распоряжение было распространено по всей губернии 16-го числа путем с'езда, происходившего тогда в губернском масштабе. И здесь начинаются со всей яркостью новые условия. Работа протекает под лозунгами сокращений, жестких бюджетов и прочих моментов, ставивших нас и места в затруднительное положение. Наше стремление было направлено, чтобы опередить события и во-время предупреждать места.

Но все-таки потом мы встали в такое положение, что дальше идти некуда, т. е. аппарат здравоохранения, приспособленный для минимальной работы, должен был точно фиксирован, но из Центра не получали директив, а наоборот создавались положения, требовавшие восстановления отделов, сокращенных согласно требований момента. Таким образом сокращалось все. Аппарат Губздравотдела, бывший когда то в 360 человек, спустился до 60 человек.

На местах такая же работа шла во всю, койки губернии с 6307 спустились до 4483, при чем сокращение проведено за счет самотических, а именно на 1929, из постоянных заразных коек в числе 1923 сокращено—169 коек. При этом приходилось жить с думами, как сократить, с каким аппаратом на завтра работать и т. д., плюс к этому общая обстановка, требовавшая громадного напряжения. Но этот период изжит и сейчас переживаем период другого характера. Сейчас должен идти вопрос не о сокращении вообще дела органов здравоохранения и штатов их, а об укреплении и фиксировании таковых и улучшении в качественном отношении. Центр предупреждал нас о положении дела, мы предупреждали



места. Все уезды были обследованы президиумом Губздравотдела. В январе было разослано официальное предупреждение о снятии с государственного снабжения; в следующие месяцы повторялись подобные предупреждения. Но местные средства не текли и туго шла помощь. Сокращая—считались с принципом, чтобы голодные уезды не урезывать по возможности в лечебных койках и койках Омлада; также старались не урезывать Пермь согласно существовавшему декрету о местных средствах и в виду серьезного положения в Перми, в котором она находится еще и по настоящее время, как и вообще вся губерния.

Уезды неблагополучные страдали еще и от того, что наряды на местах не выполнялись за неимением в продбазе продуктов. Единичные попытки снабжать из губернии приводили к реквизиции на местах, как это резко вылилось в Сарапуле. Но в то же время составлялись акты Упрофбюро о критическом положении Уездравотделов, т. е. одной рукой уезд отбирает продукты, специально данные для больниц и Омлада, а другой пишет послание во все губернские организации о критическом состоянии больниц с указанием, что один проработал вместо шести—семь часов, другой еще сколько то часов переработал и т. д. Наверное будут иначе ставиться вопросы, когда уезду придется содержать весь аппарат. В других уездах также не было полного благополучия и много материалов накопилось у Уездравотделов об этом трудном периоде. Все эти явления подчеркивают, что в отношении здравоохранения не проведено основного положения—соответственно бережного отношения к делу здравоохранения. Была до сих пор привычка, что откуда-то, что-то должно даваться. Орган здравоохранения обязан, должен сделать и больше ничего. Но какие же обязательства по отношению к нему других учреждений и масс населения? Оказывается никаких. И в настоящий период ставится вопрос так: для охраны здоровья—местами должны быть предоставлены средства. Места должны изыскать эти средства, а органы здравоохранения на эти средства будут держать фронт здравоохранения. И если здесь будет упущение, если здесь не будет срочной работы, то ясно, что вопрос сведется к серьезному положению и недалековидные органы пострадают. Мы должны пробить две твердыни. Одну—это вовлечь, заинтересовать делом здравоохранения широкие массы и всколыхнуть их, убедив их этим самым продержат лечебный аппарат и другую—это преодолеть стремление различных организаций разделить на части аппарат здравоохранения с подчинением его себе. Здесь, товарищи, будьте очень осторожны и знайте, что мы имеем дело в хозяйственно-коммерческой обстановке, подкрепляемой юрисконсультами и т. д. и на ласковые слова поддаваться



нельзя. Чтобы не быть голословным, я привожу здесь следующую выдержку из отношения в Наркомздрав Пермского Губздравотдела, подтверждающую это положение и говорящую о вредности стремиться к слиянию с некоторыми организациями напр. Комхозом:

„Губздравотдел для того, чтобы выполнить задания Центра и декреты должен представлять твердую единицу без распыления в своей структуре прав и обязанностей. Это особенно необходимо в виду тяжелого переходного момента, когда приходится становиться на путь известных договорных отношений, в виду новых экономических условий. Последние распоряжения Наркомздрава о взятии на себя большей половины расходов облегчает эти задания и наше стремление будет направлено к тому, чтобы орган здравоохранения мог сконцентрировать внимание всех, по возможности на вопросах здравоохранения, но в то же время Губздравотдел с его периферией не должен быть распылен по тем или другим организациям. Между тем некоторые органы мыслят, что Губздравотдел должен перейти к Комхозу, на что руководители данного состава Губздравотдела не согласятся, так как видят в этом вред и ущерб делу. Да и не имеется еще пока соответствующих распоряжений из Центра о том, что хозяйственная часть лечебных заведений должна обслуживаться комхозами лишь в том случае, если Губздравотдел перейдет к комхозу, как это вольно трактуется некоторыми. Правда реальную форму это принимает, но постольку, поскольку поступают образцы подобных отношений. Допускать новых со специфическими заданиями людей в область здравоохранения, как показал опыт, не целесообразно и это чересчур болезненно отзывается на деле здравоохранения, так как в виду обилия заданий у комхозов, не совпадающих с интересами лечебного дела, таковой и в настоящее время имеет цель взвешивать вопросы с точки зрения лишь своей выгоды, т. е. проводить параллели между мостами, больницами, пожарными, амбулаториями и т. д. Отсюда и является стремление комхоза не только помочь, сколько взять все ресурсы от Губздравотдела, вплоть до распоряжения государственными кредитами последнего. Видя в этом положении ненормальность и жестокий вред делу, Пермский Губздрав конечно на это не соглашается, т. к. и без того уже достаточно много пострадал, примером чему служит уничтожение мастерских при психолечебнице, отобрание Липогорской колонии и т. д. Так что помимо распыления в чисто организационном отношении несомненно будет распыление средств и имущества лечебных заведений и больше, пожалуй, ничего. Узды в этом направлении оказались жизненными и несут посильную работу по переводу на местные средства“.

Кроме того все вы знаете о 3% из целевого налога, из которого здесь отделено было нам лишь 2%, кроме того комхоз без ведома нашего отпирал в Центр смету, совершенно для нас неприемлемую, но Центр заметил это и вернул с тем же послем ее обратно. Таким образом попытка комхоза извлечь в свою пользу из дела здравоохранения кончилась неудачей.

Итак подходя к Комхозам с точки зрения организационной, что они могут дать и в какой степени улучшить дело, мы сможем разрешить все запутанные вопросы. Здесь привожу выдержку Семашко:

„Чрезвычайно труден только переходный момент. А чтобы его пережить, нужно одно организационное правило. На пушечный выстрел не допускать к организационной работе путаников, неврастеников и всех, кто или по молодости, или по затаенным контр-революционным замыслам подталкивает к отказу от завоеваний октябрьской революции и „к автономии“ от власти советов“.

Мы должны подходить к вопросам в этой области так, что-бы органы здравоохранения могли иметь твердую организационную форму. При переходе на местные средства две твердыни нужно преодолеть (индиферент-



ность масс и захватное стремление некот. организаций) Охрана здоровья должна занять  $\frac{1}{3}$  местного бюджета, надо во время учитывать уклоны и пресекать их развитие, если таковые ведут к осложнению работ.

Наш опыт должен быть учтен в дальнейшей деятельности. Органы здравоохранения в настоящий трудный момент встречают препятствия, но они выйдут из этого трудного момента лишь окрепшими.

Таковы итоги. И среди этой обстановки удалось создать прочный, казалось, план подхода к ряду серьезных мероприятий в губернском масштабе, а именно подготовиться к холере, борьбе с венерой и другими мероприятиями, не говоря уже о реорганизации дела вообще.

Но 27-го апреля было получено другое радио—о передаче всего дела здравоохранения на местные средства и опять приходится работать среди новой обстановки и создавать ряд новых предпосылок и изыскивать способы выхода из положения.

Пришлось в связи с создавшимся положением выехать срочно в Москву, здесь получить информацию, и быть участником совещания Губздравотделов Северной области.

В этом совещании выяснилось, что благополучные губернии по урожаю особенно не страдают с переходом на местные средства и могут выйти из положения. Примеры чему—доклады делегатов Архангельска, Рыбинска, где вполне справятся с этими задачами. В самом худшем положении оказалась Пермская губерния, как голодающая. Делали на съезде доклады все заведывающие Отделами Наркомздрава, при чем в согласовании с переходом на местные средства отмечу лишь здесь доклад Наркомздрава—Семашко, который дал следующие организационные выводы:

1. На страховые средства надеяться мало приходится, в виду сокращения смет и т. д., следовательно, и медицины за счет страховых взносов развивать много не придется.

2. Аппараты необходимо упростить, но необходимо сохранить отделы: Лечебный, Санитарный и Управление делами.

3. И/отделы оmlада и Охрандет подлежат слиянию, с тем, чтобы в центрах было раз'единение.

4. Свести деятельность органов здравоохранения к роли санитарных Бюро недопустимо, так как задачи здравоохранения шире.

5. Необходимо наметить на местах ряд конечных пунктов отступления, но во всяком случае рабочим и служащим обеспечить все виды лечебной бесплатной помощи.



Далее д-р Карамышев знакомит совещание со следующей *резолюцией*, принятой 3 районным совещанием Губздравотделов Северных губерний 9—12 мая 1922 г.:

1. Считаясь с экономическим положением Республики, Совещание все же полагает, что резкий переход на местные средства, в своей начальной стадии вредно отразится на общем ходе работ и полагает целесообразным и необходимым возбудить ходатайство о государственной дотации, принимая во внимание индивидуализацию губерний.

2. В силу целого ряда объективных условий, Республика и в ближайшие годы будет находиться в полосе тяжелых эпидемий, а потому совещание признает, что существующие санитарные организации должны быть не только сохранены, но полагает необходимым усилить их, для осуществления чего Наркомздраву необходимо войти в соглашение с подлежащими органами о принятии на себя дополнительных расходов.

3. В силу экстерриториальности эпидемий, массового распространения их при несвоевременной ликвидации местных очагов, заинтересованности в борьбе с ними всего государства в целом и различных ведомств и организаций, а также в виду непосильности борьбы с ними для северных губерний, совещание полагает, что в области борьбы с эпидемиями необходимо проведение обще-государственного плана и обще-государственных мероприятий. Необходимо поэтому, чтобы все санитарные противоэпидемические мероприятия проводились главным образом за счет государства; при чем безусловно необходимо сохранение содержания за счет государства всех эпидемических коек сверх нормальных (довоенных) для эпидемических заболеваний данного района.

4. Совещание отмечает, что главным источником переноса эпидемий являются железно-дорожные и водные пути. Необходимо полное проведение санитарных мероприятий на них во избежание дальнейшего распространения ими заразных заболеваний.

5. Необходимо полное согласование мероприятий по борьбе с эпидемиями со всеми заинтересованными ведомствами и одинаковая заинтересованность и участие в этой области, для какой цели необходимо на места при Губздравах организовать постоянно-действующие междуправительственные эпидемические совещания (комиссии), с участием в них представителей всех заинтересованных учреждений и компетентных научных сил.



6. Вакцинация в борьбе с надвигающейся холерой является одним из могучих профилактических средств; совещание поэтому полагает, что в местах, угрожаемых по холере, вакцинация должна производиться в возможно широких размерах, и одновременно с этим совещание считает необходимым забронирование за сан.-эпидотделом НКЗ противоэпидемических медикаментозных средств, производя выдачу таковых Губздравам бесплатно.

7. Совещание считает, что в условиях настоящего момента рабочая медицина должна находиться в руках органов здравоохранения, с привлечением на места представителей хозорганов и профорганизаций, одновременно прося НКЗ повлиять на хозорганы в центре о скорейшей выдаче взносов.

8. Необходимо в связи с переходом на местные средства установить взаимные перечисления между Губздравицами и соответствующими хозяйственными, военными и проч. органами, по расходам, производимым Губздравицами за оказание медицинской помощи рабочим и служащим, а также гражданам других губерний, о чем необходимо НКЗ издать соответствующий циркуляр.

9. В виду невыясненности числа пайков и средств, подлежащих отпуску Губздравицам для содержания административных аппаратов, совещание считает необходимым:

а) При распределении пайков в центре считать, как минимум, для Уздравотделов 5 пайков.

б) Безусловное сохранение санитарных организаций в уездах.

в) В Губздравицах, как минимум, должны быть сохранены п/отделы: Лечебный, Санитарный, Охр. Мат. и Млад. и Организационный, при чем на основе означенных директив Губздравицам предоставляется право видоизменения, согласуясь с местными условиями.

г) Рекомендовать всем Губ. и Уезд. исполкомам объединение воедино технических аппаратов Отделов, согласуясь с местными условиями.

10. Совещание, признавая целесообразным и необходимым периодические районные совещания, считает необходимым просить Наркомздрав создавать последние периодически, по возможности 2 раза в год.

Д-р Карамышев делая выводы заканчивает свой доклад словами Наркома:

*Твердостью, выдержкой, обидительностью мы преодолевали не одно препятствие. Только таким путем мы преодолеем и это временное (и надеемся кратковременное) финансовое затруднение“.*



Прения по докладу:

Тов. *Кожевников* говорит о положении медицинского дела на местах в создавшихся в настоящее время условиях, когда медицинскими учреждениями начинают управлять двое хозяев: Волисполкомы и администрация учреждений, что должно тягостно отразиться на постановке дела. Необходимо единоличное управление лица, ответственного за постановку дела, за сохранность инвентаря и проч.

Остаиваясь на заводской медицине, он говорит, что и здесь так же ненормальна двойственность в управлении. Медицина должна быть единой и должна находиться в ведении Здраводела, ответственного за постановку лечебного дела.

Переходя к вопросу об изыскании местных средств на содержание лечебных заведений, оратор доказывает, что ресурсы эти не должны быть волостными (не следует больницы отдавать Волисполкомам) а уездными, что даст возможность более планомерного их использования; указывает пример обложения мельниц в Пермском уезде.

В заключение указывает на тяжелое положение медперсонала, находящегося в ужасных материальных условиях, и тем не менее стойко работающего свыше всяких норм труда. Призывает съезд сказать свое веское слово о необходимости немедленного обеспечения медперсонала.

Тов. *Пшеничников* сообщает о закрытии нескольких лечебных учреждений в Кунгурском уезде и проводит ту мысль, что медицинское управление должно остаться в Здраводелах.

Д-р *Яхляков*, высказываясь относительно средств, которыми будут располагать здраводелы, полагает, что кооперативные товарищества мы создать не сможем, 30% всех поступающих налогов не удовлетворят и  $\frac{1}{4}$  всех необходимых расходов, поэтому Здраводелы в конце концов останутся без средств.

Т. *Кучев* говорит о двойственности в медицинском и хозяйственном управлении и о необходимости одного ответственного лица и о неподготовленности волисполкомов к принятию лечебных учреждений. Предлагает подойти к слиянию хозяйства уздоров с другими учреждениями приемами бывшего земства, лечебную же и административную сторону оставить за уздравами.

Тов. *Морозов* призывает съезд должным образом отнестись к словам тов. Кожевникова о положении медицинского дела на местах. У нас медицины сейчас нет, мы стали раздавать медицинские участки направо и налево, связь с Уздравом нарушилась. Медработники, понав в затруднительное положение, стали разбегаться, оставшиеся более тяготеют к Волиспол-



комам, чем к Здравоотделам. Необходимо наметить структуру будущего Здравоотдела, перейти на уездную смету, аппарат хозяйственный и лечебный должен остаться за Уездами. Необходимо выяснить, за чей счет будет вестись борьба с эпидемиями.

Д-р *Курдов* рисует картину широкой постановки дела здравоохранения в последние годы, когда прекрасные теоретические планы старались проводить в жизнь, когда нормы работы казались столь роскошны, но централизация и оторванность сказала: слишком далеко зашли, хозяйственная беспечность кончилась крахом. Пышно расцвел бюрократизм. Надо с ним покончить путем децентрализации и приблизиться к населению. Для изыскания местных средств и управления медицинским делом более удобна уездная единица. В качестве корректива к ней следует создавать уездные коллективы — санитарные советы. На местах необходимо связаться с населением при помощи участковых коллективов.

Остановившаяся на принципе бесплатности лечения только для рабочих и служащих, оратор горячо возражает против, указывая, что по прежней практике даже минимальная плата за рецепты всегда приводила к резкому сокращению посещаемости амбулаторий, благодаря чему заразные болезни во время не улавливались и развивались эпидемии. Стационарное платное лечение также не может дать никаких положительных результатов, так как и ранее им могла пользоваться лишь незначительная часть больных, теперь же положение будет еще печальнее. Лечение должно быть бесплатно для всех.

Что касается средств, то исполкомы должны дать их на первое время, пока не окреп налоговый аппарат. Во всяком случае мы можем сказать, что мы сделаем лишь тогда, когда узнаем, какими ресурсами располагаем.

Тов. *Шендель* предлагает уездам развязать себя от хозяйственных хлопот, соединившись с другими отделами исполкомов и надеется, что это освобождение благотворно отразится на постановке медицинского дела. Предлагает установить тесную связь с фельдшерскими пунктами через врачебные участки и высказывается за принцип коллегиальности.

Заключительное слово д-ра *Карамышева*.

Докладчик согласен, что лечебные учреждения должны снабжаться из уездных ресурсов. Но уезды к этому не подготовлены и ресурсов не имеют. Придется обратиться к волисполкомам, перед этим нельзя останавливаться ради поддержания существующих учреждений впредь до налаживания налогового аппарата.



По поводу введения санитарных советов докладчик дает справку о бывшем в октябре Санитарном Совете при Губисполкоме, который не способствовал объединению работы, к чему Губздравотдел всегда стремится. Настоящий съезд является именно такой попыткой объединения. Санитарные советы, как совещательные органы при Здраводелах, конечно, желательны. Начинать введение их следует в уездном масштабе и в виде комиссий по борьбе с эпидемиями, согласно постанов. съезда Здраводелов северных губ.

Переходя к положению дела на местах, докладчик говорит, что положение не является безнадёжным. Не будем говорить о закрытии больниц, выходы есть. Губ. и волисполкомы должны изыскать средства от местного населения. Кроме того мы сами должны выявить гибкость, быть коммерсантами. Некоторые уезды уже меняют муку, лес на медикаменты. Нам необходимо создать фонды, вступить в кооперативные товарищества. В особенности это относится к медснабжению.

Платную систему лечения, как временную меру, в переходный период мы должны провести. Должна быть проявлена твердая воля, любовь к делу и переходный период сократится...

После заключительного слова докладчика, заседание, заслушав выводы его доклада, принимает их в принципе и передает в редакционную комиссию...

Объявляется перерыв.

После перерыва слово предоставляется д-ру *Карамышеву* для доклада на тему: „о роли и задачах здравоохранения в области социального страхования“.

Доклад д-ра *Карамышева* вкратце сводится к следующему:

Страховые кассы получили первоначальное распространение в 1918 г. Они равнялись по профессиям и были прикрепляемы к производственным организациям, к производственным районам.

В дальнейшем страховые кассы в Пермской губернии претерпели некоторый уклон в сторону неаполитичности... весьма сомнительного свойства.

Именно при занятии нашего края белыми и отступлении их, все имущество и капиталы касс и медперсонал около 100 чел. были эвакуированы. Придя вслед за белыми, красные не нашли никаких следов от касс. Приходилось дело налаживать снова.

Но в связи с принципом единой медицины страховые кассы были ликвидированы. В ноябре 1919 года страховое дело было передано Отделам здравоохранения. Последние, распространяя свою деятельность на известные территории, независимо от производственных организаций, не могли обслу-



жить в полной мере некоторые рабочие центры, где всегда замечалась ориентировка по профессиям, по производствам. Экономические организации с своей стороны были заинтересованы в упорядочении дела. Отсюда возникают районные отделы здравоохранения, благодаря чему медицинская помощь приблизилась к рабочему классу, объединенному в известные группы по производствам.

Однако в дальнейшем Райздравотделы пришлось ликвидировать в связи со всеобщим сокращением штатов.

Райздравотделы были жизненны и ликвидированы — лишь вследствие экономических условий.

В самое последнее время опубликовано положение об организации комиссий в составе представителей: от профсоюзов, экономических организаций и здравотделов, как в губернии, так и на местах. Они должны приблизить медицинскую помощь к рабочим организациям. Жизнь дает этим комиссиям большую роль: заменить Райздравотделы.

Производства, также и профсоюзы сами всегда были заинтересованы в постановке медицинской помощи для рабочих, всегда стремились приблизить эту помощь к своим организациям. На IX съезде было объявлено положение о комиссиях по улучшению быта рабочего класса. Теперь нужда в непосредственном сотрудничестве профсоюзов и производств с Здравотделами признается во Всероссийском масштабе. Н.К.З. дает положение, по которому сами организации входят в курс медицинского дела. Комиссии эти должны быть жизненны, так как они возникли, благодаря естественному развитию дела, они должны быть повсюду организованы и укреплены. Уздравотделы на местах должны пойти навстречу; в их интересах — позаботиться, чтобы производства не пострадали и чтобы в то же время не создавалась ведомственная медицина. (См. особое приложение).

---

Слово предоставляется содокладчику тов. *Басову* на тему „о взаимоотношениях страховых касс с Здравотделами по вопросу о страховых фондах на лечебное дело“.

Доклад развивается по следующим основным положениям:

1. Социальное страхование в настоящее время перестраивает свою структуру применительно к новой экономической политике.
2. От вопросов государственного страхования оно переходит к страхованию по производствам, по предприятиям.
3. В кассах принимают участие исключительно сами трудящиеся.
4. Деятельность касс чужда политической борьбы, так как рабочий класс содействует органам государства,



5. Социальное страхование имеет задачи: поддержать временную утрату трудоспособности по болезни, безработице, оказывать врачебную помощь и обеспечивать пенсией.

6. Страховые фонды регулируются Собезом и фонд на лечебное дело передается Здравотделу, являясь дополнительной медицинской помощью.

7. Чтобы фонды не расходовались не по назначению, при Здравотделах должны быть организованы комиссии, которые будут наблюдать за направлением фондов по их прямому назначению.

8. Страховые кассы должны быть децентрализованы, они автономны в каждом районе.

9. Практическое применение фондов: выдача бесплатно лекарств, посещение больных на дому врачом и т. п.

---

Слово предоставляется содокладчику д-ру *Лысаковскому* на тему „о призрении душевно-больных хроников“.

Перед русскими практическими работниками в области психиатрии при осуществлении выдвигаемых наукой и жизнью планов и форм призрения душевно-больных издавна, как и теперь, возникали чрезвычайные трудности, основная сущность которых заключалась в огромности задач и в резком несоответствии должного с сущим.

Расширения и совершенствования психиатрической организации властно требовали—с одной стороны население, постепенно освобождающееся от панического страха перед таинственным „сумасшедшим домом“, а с другой— прочно вставшая на естественно-научную базу психиатрия. Так как однако рост психиатрической организации и больничного строительства, в частности, не поспевал за ростом числа больных, то большинство русских психолечебниц оказалось переполненными свыше всякой меры. Дело дошло до того, что видные ветераны-психиатры, не мало положившие на своем веку трудов в пользу душевно-больных, в качестве возражения против принципа децентрализации психиатрической помощи, приводили на многочисленных съездах опасение перед, так сказать, чрезмерной ее популяризацией в населении.

Наряду со спросом на психиатрическую помощь приходится, к сожалению, отметить целый ряд предвзятых мнений по отношению душевно-больных, мнений, изображающих последних в качестве уже „отпетых, бывших“ людей, способных разве только к неосмысленному труду. Такого рода предубеждения, коренящиеся в неосведомленности, констатируются не только в некультурной среде, но высказываются нередко ответственными и интеллигентными общественными работниками, а подчас даже врачами. И следствия такого отношения к душевно-больному не безразличны для них: в одних



случаях это сказывается сажанием больного на цепь, в других отчитыванием, в-третьих, наконец, равнодушием к его судьбе. Нужна у нас еще долгая и упорная культурно-показательная работа для того, чтобы рассеять сгустившийся вокруг душевно-больного метафизический туман и внедрить в сознание общества ту простую истину, что душевно-больной — тоже человек, факультативно полезный член того самого общества, настоящие и прошлые недуги которого рождают социальные болезни, к которым раньше всего должны быть отнесены и душевные расстройства. Принципиально каждый душевно-больной имеет право на призрение и на заботе о реализации этого права должны быть сосредоточены усилия общественных, государственных и профессиональных организаций на местах. Это особенно важно теперь, в тяжелое для психопомощи переходное время снятия с государственного снабжения и перехода на местные средства, когда на пути осуществления новых широчайших начинаний увеличивается барьер невозможностей. Трагедия отечественной психиатрической помощи достигла, кажется, теперь своего кульминационного пункта — уже ставится вопрос о том, быть ей или не быть и потому особенно существенным является теперь сохранить от разрушения и использовать наилучшим, наиболее целесообразным способом то, что есть. В дальнейшем изложении постараемся иллюстрировать высказанное цифрами и конкретными данными.

Пермская Психиатрическая лечебница обслуживает обширный край, простирающийся от Глазова до Ишима и на север до берегов Ледовитого океана, с общей площадью в  $1\frac{1}{2}$  мил. кв. верст, т. е. втрое большей, чем Франция, и с населением равным по меньшей мере 7 мил. человек. Согласно административному делению, край этот состоит из 3 губерний — Пермской, Екатеринбургской и Тюменской — и Вотской автономной области. При коэффициенте душевной заболеваемости населения, равном, по аналогии с данными иностранной статистики, а также по материалам переписей душевно-больных в Московской, Петроградской и Уфимской губерниях,  $2\frac{1}{2}$  на 1000, найдем общую цифру душевно-больных края, достигающей 17500 человек. Соответственно ценным данным произведенных в России психиатрических переписей, установивших не только число, но и группировку больных по подходящим для них видам призрения, оказывается, что не менее 40%, т. е. 7000 психопатического элемента края безусловно и неотложно нуждается в той или другой форме призрения; из них  $\frac{1}{3}$ , т. е. около 2200 человек может быть оставлена дома на попечении своих родственников под известным общественно-административным контролем на местах, остальные же  $\frac{2}{3}$  или около 4800 чел. подлежат помещению в лечебницу, колонию и разного



рода приюты для хроников и, наконец, в патронажи, о которых будет речь ниже. Что в этих цифрах нет преувеличения, доказывается опять таки данными Уфимской психиатрической переписи 1912 года, обнаружившей среди населения около 1400 душевно-больных-острых, опасных, беспокойных и неопрятных (т. е.  $\frac{1}{5}$  ч. или 20% общего числа душевно-больных губернии, безусловно пугающаяся в больничном содержании обременяла население), что, по масштабу нашего края, даст уже 3200 человек. Вот тот резерв, из которого будет пополняться контингент нашей лечебницы.

Конечно, и на исключенных пока нами из общего числа 17500 чел. больных края 8500 челов. должно быть распространено общественное попечение в той или иной форме, по крайней мере к этому необходимо всемерно стремиться: ведь имеются страны, где призываются почти все душевно-больные (90 — 95%), например: Шотландия, Англия, Швейцария, однако, в силу ограниченности наших возможностей, этот вопрос должен быть признан второстепенным, и дело здесь должно ограничиться регистрацией больных и элементарным попечением однообщественников.

Из указанных нами выше 4800 больных, нуждающихся в первоочередном призрении, согласно данным опыта и статистики, не менее 60%, т. е. около 2880 (больные острые, опасные для себя и окружающих, беспокойные хроник, слабые, неопрятные) должно быть устроено на койках в лечебницу, для чего, считая оборот койки за год равным 3, необходимо не менее 960 коек. В колониальном призрении нуждается не менее 20%, т. е. 1000 человек из числа спокойных работоспособных хроников (часть эпилептиков, большая группа больных с законченным преждевременным слабоумием, а также не менее значительная группа врожденно слабоумных — дебилов и некоторые другие формы психозов). Для этих больных, по преимуществу земледельцев, нужно, считая оборот колониальной койки за год равным 1,5, всего 670 коек, 5% должно быть устроено в приютах для эпилептиков, 5% в приюте для идиотов.

7%, т. е. около 350 человек, из числа спокойных, неработоспособных по преимуществу, подлежат помещению в патронажи и, наконец, остальные 3%, т. е. около 150 человек, должны быть размещены в инвалидных домах (психиатрических богаделен), это калеки, беспомощные инвалиды, престарелые; в этих же домах могла бы найти себе приют и часть патронажников впредь до развития патронажа.

Таковы нужды в области общественного призрения душевно-больных. Рассмотрим же теперь наши ресурсы в виде больнично-колонийных коек, которыми мы располагаем. В городских отделениях можно поместить никак



не более 450 коек, соблюдая минимальную допустимую кубатуру, остальные же наши специально-приспособленные психиатрические бараки заняты совершенно чуждыми делу призрения душевно-больных организациями — заразным баракom Александровской больницы, домом просвещения и даже тюремной больницей, отнимающими у нас 200 мест. Правда, в настоящее время общее число больных в лечебнице едва достигает 360, но это катастрофическое падение цифры больных, как показывают наши статистические данные, никак не могут быть приписаны уменьшению поступлений, оставшихся на прежней почти высоте (1500 за год), но лишь невероятно высокой смертности, повысившейся с 7—10% довоенных лет до 35% к общему числу пользовавшихся больных за последние годы. Больные доставляются к нам нередко крайне истощенными и, не встречая в лечебнице сколько-нибудь сносных условий питания, гибнут почти поголовно. Еще более печальны те многочисленные случаи, когда молодые и вполне излечимые, полные сил наши пациенты погибали на наших глазах от хронического недоедания. Смело можно сказать, опираясь на имеющийся в наших руках статистический материал, что в 1920—1921 г.г. добрая половина наших больных нашла себе у нас безвременную могилу, по независящим обстоятельствам, вместо того, чтобы выздороветь вполне или частично и стать вновь полезными членами общества. Итак, наша лечебница вымирает. Надо, однако, надеяться, что такое положение вещей продлится не долго и что общество совместными с властью усилиями предотвратит гибель высоко полезного для целой громадной области учреждения и тогда оно в два-три месяца наполнится больными: ведь в довоенное время среднее ежедневное число больных в лечебнице достигало 1200 человек. Таким образом ясно, что все ранее находившиеся в пользовании психолечебницы бараки должны быть ей немедленно возвращены, так как число коек, которые могут быть развернуты во всех, составит много меньше необходимого для лечебницы в собственном смысле (600 вместо 960).

Здесь, в целях освещения вопроса о том, является ли психолечебница организацией производительной или, быть может, паразитирующей, уместно будет прибегнуть к несложным расчетам более чем скромным и далеко не полным. Прежде всего придется остановиться на том ущербе, который терпит общественно-государственный организм от плохой постановки дела в лечебнице. При сохранении прежнего довоенного % смертности в течение последних 4-х лет больных умерло бы не 2516 человек, но лишь 835, при чем, согласно изучения причин смерти и прижизненных диагнозов умерших, можно сделать определенный вывод, что из выживших не менее 50% всех,



т. е. 800 человек дало бы половинную сравнительно с нормой трудоспособность, т. е. произвела бы при продолжительности жизни каждого в 10 лет и годовой производительности в 50 рублей (довоенных) общую сумму ценностей в 400.000 руб. ( $50 \text{ руб.} \times 800 \times 10$ ), это пассив от излишних смертей. Далее, принимая во внимание, что % выздоровевших в лечебнице за последние годы понизился сравнительно с довоенным временем почти втрое в пользу больных, сохранивших status quo находим, что государство и общество потерпело дефицит в виду плохого содержания лечебницы на 1600 полноценных работников и 600 выздоровевших с дефектом. Рассчитывая этот дефицит на прежних основаниях в дензнаках довоенного времени, получаем  $1.615.000 (100 \times 1600 \times 10) + (25 \times 600 \times 10)$  рублей. Считая затем, что лечебница, в силу неблагоприятных условий в течение последних 4-х лет, давала ежегодно 200 лишних инвалидов, содержание которых стоило государству 400.000 рублей и, принимая во внимание убыток от невосстановления их трудоспособности в 400.000 руб на основании прежних расчетов, получаем новую сумму — 800.000 рублей.

К приведенным расчетам необходимо прибавить еще материальный ущерб, причиненный государству и обществу, излишним расходом средств, вследствие удлинения (% на 25) срока пребывания больного в лечебнице и изъятия его на тот же излишний продолжительный срок из круга производителей ценностей. Принимая, что каждый из выписанных здоровыми больных провел в лечебнице один лишний месяц, а каждый выписанный с дефектом лишних 3 месяца и исходя из стоимости содержания больного в год в 500 руб., найдем общую сумму убытка, равной 266.000 руб.  $(500 \text{ р.} \times \frac{880}{12}) + (500 \text{ руб.} \times \frac{1601.3}{12}) + (100 \times 66) + (25 \times 400)$ .

Таким образом вся сумма убытков государству, причиненных им лишь содержанием больных в лечебнице, рассчитанная более чем осторожно, составляет свыше 3 миллионов рублей в дензнаках довоенного времени. Значение психолечебницы, как организации производящей станет еще более понятным, если мы обратимся к цифрам, характеризующим ее работу в относительно нормальное довоенное время (наприм. в 1912 г.). В этом году выписано здоровыми 600 человек и с улучшением 400 человек; согласно предыдущим расчетам возвращение этого числа производителей ценностей в общество дано за один год не менее 700.000 рублей. Здесь кроме того не учтена крупная роль лечебницы, извлекающей и изолирующей общественно опасный, трудный в уходе и вырождающийся элемент, который при накоплении в населении лег бы тяжелым бременем на плечи семейств или



общин. Во всяком случае очевидно, что все расходы по содержанию психолечебницы окупаются согласно вышеприведенным расчетам с лихвой и в тем большей мере, чем лучше и полнее организовано призрение душевно-больных. Совершенно ясно, что хорошо поставленная лечебница является мощным фактором, противодействующим накоплению хроников и сокращающим расходы на их призрение.

Здесь придется лишь подчеркнуть, что мы не коснулись вовсе вопроса о моральном значении призрения душевно-больных, вопроса, имеющего конечно, первостепенное значение в Республике трудящихся и очевидного для всех.

Если мы обратимся вновь к учету ресурсов в области призрения душевно-больных, то мы увидим, что в нашем распоряжении имеется, помимо 600 койек в лечебнице (если мы получим возможность занять все взятые у нас бараки), еще 200 кроватей в Липогорской колонии. Колониальные койки могут (при обороте  $1\frac{1}{2}$  в год) дать место 300 больным; между тем по вышеприведенным расчетам колониального элемента среди душевно-больных ярая оказывается не менее 1000 человек. Эта тысяча, при умелой и соответствующей научным требованиям организации лечебно-трудового режима, конечно, представляет собой грандиозную трудовую силу, пренебрегать которой было бы грубейшей антисоциальной ошибкой. Между тем с грустью приходится констатировать весьма распространенное, хотя и весьма неосновательное заблуждение относительно продуктивности работ душевно-больных. Происходит это от той же нашей неосведомленности и . . . нежелания осведомляться о том, что происходит вокруг. Стоит лишь заглянуть в отчеты русских психиатрических больниц, чтобы убедиться, что везде в работах участвует 25—30 и более % всего числа находящихся в лечебницах больных, что они выполняют много разнообразной, нужной работы на значительные денежные суммы. За границей имеются точно также почти повсеместно при лечебницах сельско-хозяйственные фермы и мастерские, в Австрии значительные площади земли обрабатываются душевно-больными. Многие больные (это может сказать всякий, знакомый хоть поверхностно с бытом психиатрических лечебниц) работают усерднее, добросовестнее и даже толковее среднего работника из здоровых. Наша лечебница в отношении развития в ней трудового режима не отставала от других, и, если теперь понижение трудоспособности наших больных является несомненно фактом то это зависит от недостаточного их питания и идет, кроме того, вровень с общим падением трудоспособности здоровых, известным всем. Тем не менее даже в тяжелых условиях современности у нас занято работой ежедневно



около 20% всех больных, что за год даст около 5000 дней (здоровых)<sup>3</sup> а в деньгах—3 000.000.000 рублей (по прожиточному минимуму в 18 мил.). Далее, применение лечебно-трудового режима ограничено у нас недавним отнятием хорошо оборудованных наших мастерских и земли при Липогорской колонии, вследствие чего мы лишены возможности прилагать труд больного в индивидуально привычном для него деле. Конечно, сущность и значение работ душевно-больных для врача и самого больного заключается не в обычной грубо-материальной, внешней расценке, а в том громадном терапевтическом эффекте, который достигается правильно и целесообразно применяемым трудовым режимом. Всякому, кто знаком с жизнью психолечебниц, известны те поразительно благоприятные превращения, которые проделывали в условиях лечебно-трудового режима некоторые из глубоко слабоумных или тревожных больных, тяжелых не только в общечитии, но и в отделениях больницы.

В виду этого становится совершенно понятным, каким тяжелым ударом отзовется на нашей психиатрической организации угрожающее нам в ближайшем будущем предreshенное уже лишение нас колонии, особенно принимая в соображение, что не менее 80% наших больных—земледельцы.

Очевидно, еще недостаточно внедрилась в общественное сознание та простая и совершенно понятная в трудовой республике истина, что и душевно-больной имеет право на труд, что он имеет право на лечение трудом и что он не хочет и не должен быть паразитом, изыывающим от безделья, тупым и злобным сидельцем старого „желтого“ дома.

Как мы уже указывали, лечебница и колония вместе при условии сохранения у нас последней и при полном развертывании возможного числа коек дадут приют лишь 2100 душевно-больным за год. Таким образом за бортом общественного призрения останется еще около 2700 больных, безусловно в нем нуждающихся.

Эта резервная армия больных, при условии прекращения нашей безобразной смертности, быстро заполнит и переполнит хроники и инвалидами и лечебницу и колонию, которые потеряют свое прямое назначение. В виду этого и на Западе и в России давно уже во всю ширь развернулся и ставится как практически так и научно вопрос об эвакуации душевно-больных. Одним из таких способов является система посемейного призрения душевно-больных (*patronage familial*) широко практикуемый в Бельгии, Великобритании и других странах, а у нас испытанный в Москве, Нижнем Новгороде, Рязани, Твери, Харькове, Екатеринославе и друг. городах по типу сельского, городского, концентрированного, рассеянного и других его видов.



К такой форме призрения наиболее подошли бы частью работоспособные, а главным образом неработоспособные — спокойные и опрятные — хроник, помещаемые в семьи свои или чужие за вознаграждение и при условии снабжения больных обувью, одеждой и продовольствием. Такой патронаж должен находиться по возможности вблизи психолечебницы или, при неизбежной его децентрализации, по близости к уездным или участковым больницам и под контролем местных общественно-административных ячеек. В организации и общем руководстве патронажем должен принимать участие психиатр.

Этот вид призрения душевно-больных является хорошим подспорьем для разгрузки психиатрических заведений от хроников и при том обходится недорого; сущность его однако заключается не в экономических предпосылках. Система посемейного призрения оказывает, как показал опыт, освещенный наукой, неоценимые услуги в деле правильного пользования больным, являясь одним из необходимых звеньев всей системы психиатрической помощи населению. Будучи правильно организован и целесообразно применен, он может предоставить больному то, чего ему не может дать самая лучшая больница: впечатлений семейной жизни и жизни среди здоровых.

Не лишено также значения, что вкрапление подходящих душевно-больных в среду населения послужит хорошим средством распространения здоровых понятий о душевной болезни и средством агитации в защиту прав больного, т. е. сыграет культурно просветительную роль.

Конечно, в виду новизны системы патронажа и малой культурности населения, при насаждении этого вида призрения необходимо соблюдать значительную осмотрительность, однако приступить к делу необходимо теперь же.

Как мы видели из сопоставления числа больных, подлежащих призрению с числом мест, которым мы располагаем, указанными тремя формами призрения (лечебница, колония и патронаж) нам ограничиться нельзя и к ним необходимо прибавить еще ранее упомянутые нами приюты для эпилептиков, идиотов и инвалидов — богадельщиков. Организацией таких приютов в центре и, особенно, на местах мы достигнем улучшения положения больных в лечебнице путем разгрузки ее от нелечебного элемента и создадим новые дополнительные индивидуальные группировки больных. Эти приюты, точно также, как и патронажи, должны быть связаны с врачебными участками, а общее консультативное направление дела в этих организациях должно принадлежать психиатру.

Теперь возникает два чрезвычайно существенных вопроса, особенно остро вставших в связи со снятием психолечебницы с государственного снаб-



жения: кто должен принять на себя организацию общественного призрения душевно-больных в губернии и крае и откуда должны черпаться средства. Ответ на первый вопрос не труден: в целях единства и планомерности работы организовать и вести дело надлежит, в согласии с давнишними руководящими указаниями Центра, органам Здравоохранения.

Значительно уже более сложен ответ на второй вопрос; тем не менее многие и многие пути к его разрешению указаны декретами и инструкциями Центра. Так декретом СНК от 9/XII—1921 г. введено государственное обеспечение инвалидов армии и труда, лишь с некоторыми ограничениями для последних в случае старости и дряхлости. Конечно этот декрет приложим и к некоторым группам душевно-больных хроников, при чем полагающиеся последним пособия (от  $\frac{3}{4}$  до  $1\frac{1}{2}$  размера заработка) должны быть обращены на устройство таких больных в той или иной психиатрической организации. Что касается до свежее заболевших работающих в предприятиях, то декретами СНК от 15/XI—1921 г. и 2/I—1922 г. установлено их страхование за счет предприятий и учреждений, в которых они были заняты. Далее, на основании декрета СНК от 19/XII—1921 г. установлены специальные страховые взносы учреждений и предприятий на случай болезни работающих в них в размере от  $5\frac{1}{2}$  до 7% заработной платы. Базируясь на упомянутом декрете, НКЗ и НКСО пришли к взаимному соглашению, на основании которого все заботы по взиманию страховых взносов на лечение с предприятий принимают на себя органы НКСО. Наконец, согласно декрета СНК от 5/II—1922 года, Пермский Губисполком обязал все учреждения вносить подожженные на лечебную помощь страховые взносы с 1 мая с. г.

Далее, хотя и не имеется определенных указаний на оплату расходов по содержанию душевно-больных красноармейцев, однако очевидно, что средства эти должны предоставляться из общегосударственных сумм.

Из тех же источников должны покрываться и расходы на содержание испытуемых от суда и душевно-больных арестованных.

Совершенно особняком стоит вопрос об источниках покрытия расходов при призрении душевно-больных крестьян. Согласно одобренному Пермским Губисполкомом проекту Губздравотдела содержание Пермской областной психолечебницы разверстывается на 4 обслуживаемые ею губернии пропорционально числу больных каждой, содержащихся в психолечебнице.

Здесь уже дело идет об изыскании, самом энергичном и спешном, местных средств, как для содержания своих больных в лечебнице и колонии, так и для развития у себя и прежде всего, вероятно, в уездных центрах



приютов для хроников, инвалидных домов, опытов патронажа и т. д. Консультативная помощь Губздравотдела и его технических сил для таких начинаний мест, полагаем, будет вполне обеспечена.

Очень существенную помощь могла бы, без сомнения, оказать организация волостных или участковых попечительств о душевно-больных, подобных английским, самостоятельных или, лучше, связанных с участковыми санитарными советами. Также местные санитарные ячейки могли бы без особенных затруднений взять на учет своих немногочисленных душевно-больных, иметь о них попечение и направлять их в лечебницу или приюты, помогая сбором средств на содержание своих больных.

В таком виде представляется нам организация призрения душевно-больных хроников и инвалидов в связи с общей организацией психиатрической помощи в крае.

В настоящем докладе могли быть намечены лишь главные вехи и основные положения, но претворить их в жизнь, вложить в них душу живую может лишь отзывчивость и самостоятельность общественных работников центра и мест<sup>а</sup>.

Прения по докладу.

Приступая к прениям по докладу, собрание соглашается с предложением председателя прения расчленить на две части: сначала говорить по вопросам социального страхования, затем по затронутым в докладе д-ра Лысаковского вопросам о призрении психических больных и положении Пермской психиатрической лечебницы и по обоим этим частям принять отдельные резолюции.

В прениях д-ром *Лысаковским* и тов. *Кучевым* делаются возражения тов. *Басову* против того, что страховые фонды на лечение являются дополнительной медицинской помощью и говорится об отношении здравотделов с населением.

Тов. *Кожевников* развивает мысль о взаимоотношениях, которые состоят не только в передаче страховых сумм здравотделам, но здесь является еще третье лицо Райметаллпривлечение, которое взяло на свое содержание заводские больницы и имеет право отказаться от страховых взносов, раз оно обеспечило рабочих медицинской помощью. Необходимо договор пересмотреть, детализировать, чтобы разехавшись на места, вести определенную работу.

Д-р *Курдов* указывает, что вопрос о больничных кассах затрудняется у нас в Пермской губернии тем, что заводское население тесно смешано с незаводским. Ранее из положения выходили содержа две параллельные лечеб-



ные организации: заводскую и земскую. Но теперь отдельная заводская медицина немислима. Страховые фонды должны идти на основное лечение. Пока кассы не окрепли они отдают взносы здравотделам. Последние должны вести всю работу по медицинскому делу — хозяйственную часть нельзя отделить от лечебной. Во всех договорах надо обуславливать это положение, предоставив право контроля учреждениям, дающим средства. В будущем при развитии страхового дела положение должно измениться, кассы сами могут учредить свою медицину.

В заключительном слове тов. *Басов* развивает мысль о единстве интересов в рабочем государстве, где не может быть острых противоречий между рабочими, предприятиями и органами здравоохранения. Райметаллправление — организация коммерческая, извлекающая прибыли из производства и вероятно она не остановится перед затратами на содержание больниц в качестве основной медицинской помощи для рабочих.

Д-р *Карамышев* в заключительном слове говорит, что договор с Райметаллправлением заключен временно, чтобы выйти из положения. Парушить его в данный момент для нас невыгодно. Договор несколько не противоречит правильной постановке медицинского дела. Роль здравотделов состоит в контроле хозяйственной части и в непосредственном ведении лечебной части, за которую здравотделы отвечают. Перерасчеты Райметаллправления по поводу его затрат на лечебно-санитарное дело производятся здравотделами, принимая во внимание должествующие поступления с предприятий страховых взносов.

### Третий день с'езда (4-го июня).

Председательствует д-р *Карамышев*.

Слово предоставляется заведывающей Губернским п/отделом Омлада тов. *Марковой* для доклада по охране материнства и младенчества, которая делает следующий доклад:

#### Доклад тов. *Марковой*.

„В своем докладе я вкратце коснусь истории охраны материнства и младенчества — почти самой молодой организации в советской России.

До июня месяца 20 года п/отдел Омлада находился в ведении собеза, где  $\frac{2}{3}$  работы сводилось тогда к помощи нуждающимся матерям за период нетрудоспособности, в виде денежных и натуральных пособий, это, конечно, не разрешало вопроса в деле охраны материнства и младенчества, основной задачей которого оставалось, не помощь нуждающимся матерям, а облегчение материнства вообще и разрешение проблемы материнства в целом ее объеме.



Этот переход диктовался тем, что наши учреждения носят чисто профилактический характер, а главное социальный.

При постановке социального воспитания детей — раннего возраста до 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет мы должны начинать в первую очередь с правильной постановки чисто физического воспитания, которое на первом году жизни ребенка преобладает над духовным. Ставя вопрос о социальном воспитании детей особенно грудного возраста, нам приходится встретиться с грозным явлением — колоссальной детской смертностью, причина которой является социальные условия и некультурность страны. По статистике известно, что в культурной Швеции смертность детей достигала 7%, а в России от 22 до 40% в Пермской губернии.

Лучшим способом борьбы с детской смертностью является грудное вскармливание. Но здесь встает опять новая задача, как освободить мать-работницу от забот о ребенке и в то же время сохранить физическую связь между ними, обеспечив ребенка грудным вскармливанием. И вот организация охраны материнства и младенчества разрешает этот вопрос созданием целого ряда учреждений, которые охраняют материнство и младенчество. Учреждения эти подразделяются на два типа: учреждения *открытого типа* консультации для беременных, для детей грудного возраста и при них молочные кухни, родильные приюты и ясли, и учреждения *закрытого типа*: дома матери и ребенка, приюты для детей грудного возраста, приюты от 1 до 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет.

Я не стану говорить о каждом в отдельности, какое они имеют назначение, но скажу, что политика советской власти в области культурного строительства определялась единственным положением — удовлетворить все потребности пролетарских масс и содействовать всеми мерами их коммунистическому воспитанию. Мы строили, создавали наши учреждения, руководствуясь одним: это нужно. Размах был велик, цифровые данные 20-го года, показывают следующее: по всей республике развернуто было до 1500 учреждений, где имеют приют и уход до 150000 чел. детей и 14000 матерей. Развертывая работу, местами часто не учитывались материальные ресурсы и в конце концов мы оказались в таком положении, что дальше так продолжаться не может и нельзя говорить о социальном воспитании детей и вот с переходом на новый курс политики, когда государство стало брать все запасы на учет, все распределяло по определенному плану, тогда пришлось строго учитывать все материальные средства, это и понятно.

На ограниченное количество пайков для детей и для персонала нам пришлось в этих пределах и вести работу. Некоторые учреждения закрывались, некоторые сливались два в одно из-за экономии персональных пай-



ков. Таким образом мы невольно стали перед нежелательным явлением скучивания детей, чем вызвали большую смертность в наших домах, особенно это отразилось на детях грудного возраста. Для примера привожу цифровые данные: в сентябре месяце 21 года всего функционировало по губернии 85 учреждений с количеством детей до 3000 человек, к 1-му февраля 22 г. было учреждений 67, а количество детей оставалось тоже, с февраля по июнь 22 г. осталось всего лишь 58 учреждений. Если взять для примера г. Пермь, то количество детей по числу штатных коеж будет превышать вдвое, я полагаю, что в голодающих уездах дело обстоит еще хуже.

В связи с сокращением штатов во всех учреждениях и заводских предприятиях, главным страдающим элементом оказалась беременная и кормящая мать-работница, она беспощадно и в первую очередь выбрасывалась за борт и облегчить участь матери п/отдел не имел возможности, так как всякие материальные пособия прекратились еще в 21 г., благодаря чему началось массовое подкидывание детей; беспризорность достигла за первую  $\frac{1}{4}$  1922 года наивысших размеров.

Показательным примером может служить приют для детей от 0 до 1 г. на 25 коек, находящийся в г. Перми. Статистические данные этого приюта показывают за весь 21 г. следующее: в этом приюте прошло детей 298 человек, из них подкидышей 71 или 23,8%.

От больных матерей—97—31,9%, остальные дети—сироты умерших родителей, от неимущих матерей—129 чел. Среднее количество детей в день 28 в отдельные дни доходило от 40 до 46.

За 1-ю четверть 22 г. этот приют пропустил 237 человек, из них подкидышей 141—55,2%, от больных матерей—65—27,4%, от неимущих матерей—3—1,1%, детей сирот—15,—6,3%, детей кормилиц—13—5,5%.

О голодных уездах не приходится и говорить. Дальше я перейду относительно хозяйственной стороны. В связи с новым курсом, государством отпущались слишком ограниченные средства, наши учреждения во многом нуждаются для сносного оборудования в настоящее время, хотя и имеется возможность приобрести необходимые предметы, но для этого требуются большие деньги. Центром как в 21 г., так и в 22 г. на хозяйственные расходы не давалось ни копейки, а с переходом многих организаций на хозяйственный расчет положение детей в учреждениях в смысле материальной помощи становится с каждым днем все тяжелее и тяжелее. За все, за каждую мелочь необходимы деньги, дрова, помещение, освещение, вода и проч. услуги—за все плата. Взять хотя те национализированные дома, где находятся наши учреждения, переходят в ведение собственников, которые нас или



выдворяют или требуют деньги. Эти факты имелись в Перми, может быть уездов еще не коснулся этот вопрос, но все-таки с этим явлением приходится считаться, выход остается один, или судебный процесс или добровольная сделка.

Что же касается детского питания, то оно определенно можно сказать с 22 г. было и есть крайне неудовлетворительно. Снабжение овсяной и при том недоброкачественной мукой вызывает массовые желудочные заболевания. Наблюдается абсолютное отсутствие диетических продуктов, овощей, сахара и самое главное—недостаток молока, на покупку которого было отпущено центром всего за 5-ть месяцев 1000 дов. рублей. Конечно такого кредита могло хватить самое большее на 1 месяц. Теперь получено распоряжение обмена муш. продов. на диетические. Если взять те еще факты, что назначенные центральные пайки в уездах выполнялись в половинном размере, особенно это наблюдалось в голодающих местностях, выражающийся детский паек в 20 ф. овсяной муки,  $1\frac{1}{2}$  ф. жиров,  $\frac{3}{4}$  ф. сахара, 5 ф. неодернутого проса, 8 ф. мяса —дробился на 2—3 части, то станет ясным на основании вышеуказанных дефектов, что борьба с детской смертностью сводилась к нулю. Смертность и восприимчивость к различным заболеваниям в детских учреждениях увеличивалась в высокой степени.

Статистические данные смертности за 21 г. с возрастной группой от 0 до  $3\frac{1}{2}$  лет в закрытых учреждениях в г. Перми выразились в следующих цифрах: от 0 до 3 м. — 78,5%, от 3—6 м. — 50,4%, от 6—9 м. — 41,9%, от 9—12 м. — 27,2%, 1— $1\frac{1}{2}$  г. 26,6%,  $1\frac{1}{2}$ —4 г. — 8%. Общая смертность—64,3%. Заболеваемость выразилась в 29%.

В детской больнице г. Перми, в которую главным образом поступают дети из закрытых учреждений и на карантин от голодающих из поступивших за год 313 человек детей общий % смертности составляет 32% (от различных заболеваний).

Что же касается учреждений открытого типа (яслей), то смертность здесь сравнительно не велика (до 3%), что еще более подтверждают то положение, что дети, пользующиеся добавочным материнским молоком, являются более стойкими в борьбе с заболеваниями. По имеющимся данным 21 г. из уездов большой % смертности дают голодные уезды, что видно из следующей таблицы:

В Сарапульском уезде	общий % смертности	30%
„ Оханском	„ „ „	24%
„ Осинском	„ „ „	40%



В Кунгурском уезде общий ‰ смертности . . . . . 28‰

„ Усольском „ „ „ . . . . . 3‰

За первую четверть 22 г. смертность в закрытых учреждениях от 0 до 1½ г следующая: от 0 до 3 м.—77,1‰, от 3—6 м.—63,4‰, от 6 до 9 м.—57,5‰, от 9—12 м.—43,7‰, от 1—1½ л.—27,7‰.

Общая смертность 65,3‰.

От 1 г. до 4 лет в домах ребенка смертность выразилась 4‰, заболеваемость—21‰. В яслях—учреждениях открытого типа—5‰.

По имеющимся сведениям из уездов смертность:

по Саранпульскому—29‰ в закрыт. учрежден.

„ Оханскому—22‰. „ „

В яслях, этих 2-х видов, смертных случаев нет за эту четверть года.

Главный ‰ смертности бывает от кишечно-желудочных заболеваний на почве недоедания. Из вышеприведенных цифр, главным образом, является поражающим ‰ смертности детей первого года жизни, т. к. дети подкидыши не имеют возможности пользоваться грудным молоком за недостатком кормилиц, с другой стороны поступающие дети подкидыши недоношены от истощенных матерей с пониженной жизнеспособностью, требующие особых условий и особого ухода. Постоянное сокращение обслуживающего персонала, недостаточная его подготовка, а также необеспеченность, как со стороны продовольствия, так и денежными средствами, весьма вредно отражается на всей работе.

Сделав общий обзор состояния детск. учреждений при таких тяжелых условиях, мы не смогли достигнуть многих наших задач по охране матер. и младенч., но принимая во внимание стихийное бедствие, постигшее нашу Республику, мы полагаем, что это явление временного характера и мы не должны, конечно, опускать руки в настоящий момент перехода на местные средства, а наоборот наша работа должна быть сосредоточена в идейном руководстве во всей постановке дела.

В области охраны труда за 21 г. п/отдел принимал меры через инспекцию труда, проводить контроль над трудом женщин, а именно: в переводе беременных на более легкую работу, в освобождении кормящих матерей от ночных дежурств, в своевременном отпуске беременных от работ на 4 мес. с полным содержанием, а также было оказано содействие в бесплатном проезде матерям с детьми, и в освобождении из-под ареста женщин по случаю родов.

В настоящее время, с переходом многих предприятий к арендаторам или хозяйствам, особенно важно следить за выполнением декретов, касающихся беременных работниц. В предприятиях часто наблюдались нарушения



кодекса законов о труде, а также постановления Наркомтруда и ВЦСПС, а именно: при сокращении в первую очередь попадала беременная и кормящая мать, ее выбрасывали без всякого содержания и т. д. На эту сторону необходимо обратить серьезное внимание и войти в тесную связь с отделом охраны труда и проводить контроль за выполнением декретов и постановлений, касающихся беременных и кормящих матерей.

Что касается различных видов пособий беременным и кормящим матерям, то с 22 г. в п/отделе Омлада им ничего не выдается, все это передано на предприятия и страховые кассы, которые должны выдавать пособия кормящим до 9 м. Некоторые предприятия это уже выполняют.

Для улучшения положения детей все учреждения по постановлению Губпрофсовета и Губкома были прикреплены к тем или иным организациям. Это проводилось через комиссию улучшения жизни детей в губернском масштабе. Как в уездах обстоит дело с этим прикреплением, неизвестно, так как сведений не дано, а у нас в Перми это прикрепление выразилось в существенной помощи. Теперь, в связи с переходом на местные средства, возможно, что наши учреждения подвергнутся большим перебоям. Чтобы этого избежать и пережить безболезненно и без ущерба дела, необходимо принять живейшее участие самой работнице-матери и через свои женотделы отстоять охрану матер. и младенч., в которой она крайне заинтересована. Она должна входить в Исполкомы, профсоюзы, а профсоюзы в свою очередь должны следить при заключении коллективных договоров, как госпредприятий, так и частными лицами включать в договоры соответствующие пункты в области охраны матер. и младенч.

Здесь работница должна сказать свое веское слово и требовать не только сохранения наших учреждений, но и дальнейшего развития их.

Для дальнейшей работы по охране материнства и младенчества наше внимание должно быть обращено главным образом на развитие *открытой* формы учреждений: консультации с молочными кухнями для беременных и грудных детей. Такие учреждения крайне желательны в каждом уездном городе и заводских центрах, где под руководством врача беременные женщины-матери будут иметь возможность получать советы, воспитывать своего ребенка, а также знакомиться с основами детской и личной гигиены на практике. Они не требуют больших затрат.

Если постоянного и временного типа, обслужив. детей, матери которых уходят на работу, должны популяризоваться; желательно по возможности, чтобы в них был медицинский надзор. Для них можно использовать школьные помещения и персонал. Губотмладом были разосланы запросы в уезды



об организации летних яслей на местные средства, сколько где предполагается открыть, изыскав на местах средства. Только Кизеловский район ответил, что он предполагает открыть летом 7 яслей.

Широко развить работу в этом направлении едва ли удастся, так как приходится считаться, что  $\frac{2}{3}$  Пермской губернии к весне оказались голодающими. Но потребность в этом есть. Об'езжающий губернию инструктор Губженотдела доводит до сведения, что на всех женских собраниях, где она их проводила, часто ставился вопрос об организации яслей, главным тормозом открытия которых является затруднительное продовольственное положение.

Учреждения Омлада открытого типа, к которым относятся дома матери и ребенка, находятся в наиболее благодарных, по результатам, обстоятельствах и наименее хлопотливом положении, т. к. основаны они на принципе самообслуживания, где матери имеют возможность провести трудное для нее время до и после родов в правильной гигиенической обстановке. Дом матери и ребенка имеет целью дать матери возможность отдохнуть и обучиться правильному кормлению и уходу за ребенком под руководством врача и опытных сестер.

В уездных городах и заводских центрах дома матери могут сыграть большую роль, как вспомогательные учреждения, где имеются в уездах родильное отделение. Приезж. матери могут из родильного приюта переходить в дома матери.

Кратко сказав о домах ребенка от 1 до  $3\frac{1}{2}$  лет для беспризорных детей и почему открытые учреждения теперь оказались закрытыми, т. Маркова полагает, что для нас наиболее желательны типы открытых учреждений и что если мы можем создать ряд учреждений консультаций и яслей, то одна из задач охраны материнства и младенчества будет выполнена.

### Общие положения по докладу Омлада.

1 В дальнейшем работа должна сосредоточиться в идейном руководстве и контроле во всей постановке дела.

2. Необходимо улучшение медикосанитарного дела в учреждениях Омлада и выделение кадра специальных врачей для работы в детских учреждениях.

3. Строгий контроль за выполнением всех декретов, постановлений, касающихся кормящихся матерей, в тесной связи с охраной труда.

4. Дальнейшее развитие учреждений Омлада открытого типа, как-то: консул., молоч. кухни, родильные дома, приюты, дома матери,



5. Подготовка специального персонала по уходу за детьми, путем создания курсов в губернском масштабе и также подготовка акушерского персонала для широкой помощи трудящимся женщинам.

6. В области культурно-просветительной работы: чтение лекций с выставками, пропаганда среди широких масс населения и т. д.

После того выступает содокладчик врач *Дьякова с докладом по охране здоровья детей.*

### Доклад д-ра Дьяковой.

Докладчица указывает, что работа по охране здоровья детей за зимний период прошла в борьбе с эпидемиями и голодом. Организационной работы почти не велось, за исключением занятий по физической культуре. В виду сильной нужды, детские дома Нарообраза открывались стихийно и были организованы плохо и переполнялись истощенными, больными детьми.

На такой почве естественно вспыхивали эпидемии, главным образом тифозная. Школьно-санитарным врачам, в числе 6, по г. Перми пришлось вести исключительно лечебно-санитарную работу в детских домах, отложив в сторону санитарно-просветительную. Теперь эпидемии нет, но опять нельзя приняться за организационную работу, наверстать потерянное, в силу того затруднительного положения, в котором мы оказались с переходом на местные средства.

Каким образом состоит теперь дело охраны здоровья детей? На совещании в г. Москве были выработаны некоторые положения, которые докладчица и предлагает принять с'езду.

Сохранить учреждения Оздравдета докладчица предполагает путем прикрепления их к организациям. На этот путь Нарообраз уже вступил и результаты имеются хорошие. Кроме того она предполагает возможным передавать в пользование за плату койки организациям, а также и частным лицам. Затем докладчица знакомит с'езд со следующей сводкой деятельности Оздравдета за 1921—22 г.

Пермским Губподоздравдетом (п/отдел слит с Уездно-Городским в октябре 1920 г.) заведует врач с сентября месяца 1921 года.

В Кунгурском уезде . . . . . П/отделом зав. фельдшер.-акушерка.

„ Осинском „ . . . . . „ „ врач.

„ Сарапульск. „ . . . . . „ „ врач.

„ Усольском „ . . . . . П/отдел ОЗД в феврале мес. 1922 г.  
слит с п/отд. Охр. Мат. и Млад., об  
образовании заведующ. сведений нет.

„ Чердынском „ . . . . . Заведыв. фельдшерица.



В Оханском „ . . . . . П/отдел ОЗД организуется в наст. врем. уполномоч.; руководитель ОЗД—врач.

Связь с уездами поддерживается отчетами, которые поступают аккуратно лишь из двух-трех уездов.

Для установления регулярной связи необходим раз'ездной инструктор или же объезды уездов заведывающей Губподотделом ОЗД, так как бумажная связь в особенности при отдельности уездов от Губцентра в нынешнем состоянии почты, очень слабая.

В губгороде по охране здоровья детей работает четыре школьно-санитарных врача основных, один из них прослушал в 1919 году курсы по школьной санитарии в Москве, а два приглашены только с февраля месяца 1922 года, два врача совмещающих (один военный и один гражданский), пять лекпомов студентов-медиков третьего и четвертого курса и одна сестра милосердия. По уездам работают в качестве школьно-сан. врачей:

В Кунгурском уезде . . . один лекпом несовмещающ. и два совмещающ.  
„ Осинском „ . . . два врача совмещ. и восемь лекпомов совмещающ.  
„ Сарапульском „ . . . пять врачей совмещ. и 13 лекпомов совмещающ.  
„ Усольском „ . . . участковые лекпомы (количество неизвестно).  
„ Чердынском „ . . . один лекпом совм. и уездн. участк. лекпом.  
„ Оханском „ . . . сведений нет, т. к. п/отдел организуется.  
„ Пермском „ . . . 1 лекпом несовм. и участков лекпомы.

Участковый персонал приглашается по мере надобности, регулярной работы не ведет и не представляет.

В губгороде на каждого медработника приходится от 4—6 детучреждений (школы и детские дома), в каждой школе детей от 150—до 250 человек, а детдоме от 25 до 60 человек. Об уездах сведений нет.

В губгороде не обслужены медперсоналом четыре школы первой ступени на окраинах и семь школ в пригородах за дальностью расстояния.

Согласно инструкции, давней школьно-санитарным врачам, они производят еженедельные осмотры детей в детских домах и ежедневный амбулаторный прием. В школах губгорода в 1921 году был одновременный осмотр учащихся, в 1921 году—тоже. Школьно-санит. врачам по уездам и в губгороде разосланы формы отчета врачей из брошюры Радина с предписанием произвести по ним осмотр школьников в срочном порядке. В детдомах губгорода есть книга еженедельного телесного осмотра и амбулаторная книга. Для детдомов губгорода переработана индивидуальная карточка. В большой



части уездов не производится периодических осмотров за исключением медработников, в уездных городах они более регулярны.

В губгороде все детучреждения расположены по бывшим частным квартирам, совершенно не приспособленным для учреждений. Ремонт в учреждениях производится крайне слабо за отсутствием средств. В школах сплошь недостаток топлива. Технический персонал в детдомах школьного возраста сокращен; поддержание в чистоте помещений лежит на детях, в губернии и уездах недостаток инвентаря, обуви и одежды, доходящий до 50%.

Перед поступлением в детдом дети в губгороде проходят через приемник, где их осматривает врач. Приемник имеется и в городе Осе. Перед поступлением в школу врачебного осмотра нет, перед отправлением в летние колонии детей осматривают школьно-санитарные врачи. В уездах дело ведется также.

В Губгороде с 1921 года существовала: 1) детская амбулатория по уху, носу и горлу, которую вел д-р медицины, с 1/III—22 года она была закрыта за неимением средств и прием перенесен в общую амбулаторию врачей-специалистов в определенные часы, 2) детская зубамбулатория. Обе эти амбулатории работали ежедневно, но посещались крайне слабо из за отсутствия у детей теплой одежды и обуви, 3) летом 1921 года в летней детской колонии в Н.-Курье (12 верст от города по реке Каме), куда были перевезены дети школьники и из детучреждений Осцовоса, 13/VI была открыта детамбулатория, закрытая 12/IX, и проработавшая 90 дней, из них 20 были неприемными по случаю двух переездов амбулатории. Всего прошло через амбулатории за это время 2141 человек детей, из них первичных 618, и повторных 1523. Из общего числа первичных выделено в изолятор 152 человека. Главный контингент больных чесоточные, с бронхитом, малокровием и с желудочно-кишечными заболеваниями. В амбулатории работал один лекарь и две сестры милосердия. В уездах работали: детская амбулатория в гор. Сарапуле (один врач по совместительству и один зубной основной) за декабрь месяц 1921 года через амбулаторию прошло 179 человек. За январь 1922 года 208 человек, итого за два месяца 387 чел. По зубо врачебному кабинету при амбулатории прошло за 1921 г. в марте месяце 44 больных первичных, повторных 29.

В апреле . . . . .	первичн.	76	повторн.	69
„ мае . . . . .	„	45	„	156
„ июне . . . . .	„	52	„	210



„ ноябре . . . . .	52	210
„ декабре . . . . .	46	99

---

Итого . . 315 первичных. 773 повторн.

В городе Осе через детскую амбулаторию прошло в ноябре месяце 1921 г. 1005 человек, в декабре 978 человек и в январе 1922 года 759 человек, итого за три месяца — 2742 человека.

Детучреждения получают медикаменты по рецептам врачей, аптек при них нет, за неимением достаточного числа медикаментов в Губфарподе.

Врачебная помощь на дому для неорганизованных детей Оздавдетом не постановлена, за неимением медработников.

Диетических столовых нет, за отсутствием диетпродуктов, которых не отпускается даже для детлечебных учреждений.

Горячие завтраки с сентября месяца 1921 года оставлены только в опытных школах, за неимением для этой цели пайков в Нарообразе.

В гор. Перми есть питательный пункт в Губоно для голодающих детей на 360 человек. В Осинском уезде Ком. Пом. Голод. открыто 16 детских столовых на 1236 человек, всего же голодающих детей в уезде зарегистрировано 16.301 человек. Паяк в столовой равен 36 золотникам муки,  $\frac{1}{4}$  фунта мяса, 57 золотникам картофеля и одному золотнику соли в день.

Детские сады г. Перми закрыты, а частью переобразованы в детдома с сентября месяца 1921 года за неимением продуктов; в уездах часть их сохранена, но питается скудно. Для детучреждений губгорода и уезда продукты даются по качеству, неудовлетворяющему своего назначения.

Диетические продукты, как шоколад, какао и проч., абсолютно отсутствуют, так как они поставляются иностранной помощью, каковой в Пермской губернии нет.

Осенью 1921 года в детучреждения губгорода наблюдались эпидемии: воклюша, дизентерии, сып. и возврат. тифа, последние два достигли высшего развития в конце ноября 1921 года и стали падать ко второй половине января 1922 года. С января по март месяцы 1922 года наблюдаются заболевания дизентерией среди детей мусульман из голодающих местностей, нефрит и истощение среди тех же детей. В Усольском уезде среди детей эпидемия чесотки, сып. и возврат. тифа, дизентерия, нефрит, истощение (дети эвакуированы из голодающих местностей). В Осинском уезде возвратный тиф и корь. Заболевшие дети помещались в г. Перми в городскую заразную лечебницу и детский эпидемический госпиталь, в Усольском уезде в детболь-



ницу Соликамского детгородка, в Осе в приемник изолятор. В общем, эпидемические больные обслуживались городскими заразными лечебницами. Из других уездов никаких сведений об эпидемиях среди детей не поступало, хотя таковые и были запрошены Губотделом ОЗД.

О смертности среди неорганизованных детей в п/отделе сведений нет. Процент смертности детей по отношению к общему их количеству выяснить не удастся. В декабре месяце 1921 года смертность достигла от эпидемии 30,5 процента и от истощения 69,5 процента, на общее количество умерших в Усольском уезде (Соликамский детский городок) в ноябре 1921 г. смертность от эпидемии 18,5 процента и от истощения 81,5%, а в декабре от эпидемии 30% и от истощения 70%. В детучреждениях Осинского уезда смертность от эпидемии 5%, в детучреждениях Сарапульского уезда смертность от эпидемии 10%, в Воткинском районе (голодающий) детская смертность от истощения в больницах 20%.

Из хронических заболеваний среди детей как в губгороде, так и в уездах преобладает tbc, в татарских уездах — трахома.

В городе Перми в декабре месяце 1921 года был организован детский эпидемический госпиталь на триста коек, со второй половины января месяца 1922 года он преобразован в терапевтический, а с марта месяца, в виду недостатка пайков, сокращен до 50 коек, каковое количество недостаточно даже для детей из детдомов. Дети, живущие в семьях, совсем не принимаются.

Летом 1921 года в Н.-Курьинской летней детколонии с 25/VI по 12/IX, т. е. 77 дней функционировала детбольница на 15 коек, лежало 49 детей, число проведенных больничных дней равно 527. Большинство больных с желудочно-кишечными заболеваниями. Там же был изолятор на десять коек, через который прошло 152 человека. В уездах имеются следующие детлечебные учреждения. В Осинском уезде: детизолятор на 30 человек, в январе месяце 1921 года прошло 52 человека. В Усольском уезде детбольница на 75 коек. В ноябре месяце 1921 г. поступило 115 чел., оставалось 225 человек, всего 340 человек. В декабре поступило 242 человека, оставалось 121, всего 363 человека. В январе месяце 1922 года поступило 189, оставалось 131, всего 320 человек. Итого за три месяца поступило 546 больных.

В Чердынском уезде детбольница на 20 коек, содержится на средства Уоно. В Сарапульском — детская палата на 20 коек при больнице. В Кунгурском уезде детская палата на 25 коек при больнице. О числе больных в последних трех уездах сведений нет.



На 8-ой версте от города Перми находится школа санатория „Подснежник“ для тбс с отделениями для костных и легочных больных на 75оек. В уездах: Осиновском — детская санатория для тбс на 25 человек за ноябрь месяц 1921 года через нее прошел 21 человек, летом функционировала летняя детская санатория в деревне Десяткове, в июле через нее прошел 21 человек, в августе 27 человек и в сентябре 30 человек. Всего за лето прошло 49 человек.

В Сарапульском уезде детсанатория для тбс на 30 воек, через кото-  
рую в 1921 г. прошло:

За	январь	месяц . . . . .	37	человек.
"	февраль	" . . . . .	37	"
"	март	" . . . . .	38	"
"	апрель	" . . . . .	35	"
"	ма й	" . . . . .	41	"
"	июнь	" . . . . .	34	"
"	июль	" . . . . .	31	"
"	август	" . . . . .	32	"
"	сентябрь	" . . . . .	31	"
"	октябрь	" . . . . .	29	"
"	ноябрь	" . . . . .	33	"
"	декабрь	" . . . . .	58	"

И т о г о . . . . . 437 человек.

Среди кожных заболеваний в детучреждениях преобладает чесотка, которая в губгороде значительно уменьшилась по сравнению с первой половиной 1921 года. В Соликамском детск. городке (Усольский уезд) чесоточных 60. Из детдомов г. Перми с декабря месяца выделено 14 детей с наследственным сифилисом и 4 с приобретенным.

В г. Перми есть приемник-издатор для детей венериков, открытый в декабре месяце 1921 года на 25 коек, в марте сокращен до 15 коек. В данное время в нем содержится 15 человек детей.

В некоторых из детучреждений Соцвсоз до школьного возраста производится физкультура, но число работников фребеличек крайне ограничено. Физкультура среди допризывников проводится инструкторами всеобща.

Дом физкультуры организуется в г. Перми по инициативе всеобуча и будет находиться в его ведении. Оздравдет отпустил средства в размере 10.000.000 рублей.



В гор. Перми существует совет физкультуры, в состав которой входит заведывающая п/отделом ОЗД и представитель Губоно. Курсы по физкультуре предполагались к открытию в 1921 году, но не могли организоваться за неимением пайков для курсантов.

В г. Перми организована Адшколком при Совете физкультуры, в которой участвует заведывающая п/отделом ОЗД. Комиссия разрабатывает планы и программы по ведению физкультуры в школах и детучреждениях, учебные планы курсов и с организацией дома физкультуры в губгороде поведет контроль над проведением физкультуры. Таковая же комиссия работает в Осинском уезде, остальные уезды на предложение Губподотдела ОЗД выделить медперсонал для работ по физкультуре ответили отказом за неимением такого персонала.

В гор. Перми имеются для

- |   |  |
|---|--|
| 1) Умственно-дефективных детей—детский дом. |  |
| 2) Морально-дефективных                     | ” . . { Трудовая колония на 7-й вер.           |
|   | ” . . { от гор. и один детдом в гор.           |
| 3) Телесно-дефективных                      | ” . . { Один детдом для слепых и               |
|   | ” . . { один для глухонемых.                   |
| 4) Душевно-больные дети                     | принимаются детским отделением психолечебницы. |

Число дефективных детей в губучреждениях равно: 1) умственно-дефективных—17 человек, 2) морально-дефективных—50 человек, 3) телесно-дефективных—57 человек, 4) число душевных и нервных больных не известно.

Через комиссию по делам несовершеннолетних в январе месяце 1921 года прошло несовершеннолетних правонарушителей 48 человек. Из них 38 человек возвращены родителям, 8 отправлены в трудовую колонию, два в нар. уд. В феврале 50 человек, из них 28 возвращены родителям, 5 в трудовую колонию, 3 в нар. суд и 14 выпущены из трудовой колонии на работы. В марте 26 человек, 10 возвращены родителям, 1 в Волкомтруд, в детские дома 5, в трудовую колонию 5 и в нар. суд 5.

Детучреждения для дефективных обслуживаются одним врачом не психиатром по совместительству.

Развитию дела помощи дефективным детям мешает отсутствие специальных работников в этой области, о чем неоднократно сообщалось в центр.

Губподотделом ОЗД выработана производственная программа на 1922 г., но ввиду тяжелого экономического положения нет возможности не только развернуть работу новых лечебных и т. п. детучреждений, но при-



ходится сокращать и старые. Все силы придется направить на углубление работы существующих учреждений и работы школ. сан. врачей.

Заведывающая п/отделом ОЗД как губернии, так и в уездах входит в коллегии губ. гор. уоно и работает в контакте с последними.

Прения по докладу Оздравдета и Оммлада.

В прениях по Оммладу и Оздравдегу тов. *Морозов* говорит о нерациональной помощи в настоящее время беременным и матерям. Женщины голодая рожают хилых детей, которых подбрасывают к нам в детские дома, где эти дети умирают. Все наши расходы на содержание детских домов и пайки на них тратятся напрасно, не лучше ли вместо этого накормить голодных матерей, чтобы они производили более крепких детей и воспитывали их при себе.

По вопросу о слиянии Оздравдета он стоит за присоединение его к Оммладу по практическим соображениям.

Д-р *Курдов* говорит о необходимости организовать летние детские ясли, это дело, которое выдвигает сама жизнь. Для этого не надо ждать откуда нибудь распоряжений и ассигнований, надо инструктировать и упорядочить то, что возникает на местах.

Далее он предлагает охрану материнства передать частично в страховые кассы.

Затем рекомендует, во избежание развития эпидемий в детских домах, устраивать постоянные предупредительные изоляторы, что в Екатеринбурге, например, дало великолепный результат.

Тов. *Кожевников* говорит, что обстановка работы по детским домам всегда была неясная, спутанная, теперь же с новой политикой дело покатилося по наклонной плоскости. Он предлагает теперь сохранить немного учреждений, но поставить их образцово, и широко развить, чтобы общественные организации поняли их пользу и стали сами управлять. Все детские учреждения, устроенные организациями или взятые заводами, должны быть под руководством и контролем органов здравоохранения.

Далее оратор говорит о необходимости с'езду подчеркнуть громадное значение преподавания гигиены в школах в настоящее время.

Д-р *Яхлаков* замечает, что в докладе не обрисованы показательные учреждения Оздравдета и протестует против подачи коек в разные руки.

По поводу примера благоприятной работы изолятора в Екатеринбурге, он приводит пример изолятора в г. Осе, где в обстановке крупной эпидемии работа его свелась на-нет, несмотря на хорошую постановку дела.



Д-р *Космодемьянский* говорит о безпризорных детях улицы, пухнувших и умирающих с голоду. Он предлагает учесть их и взять на общественное иждивение. В этом деле Оздравдет должен повлиять на ОНО.

Предоставляется заключительное слово д-ру *Дьяковой*.

Она ничего не имеет в принципе против идеи единого ребенка и слияния Омлада с Оздравдетом, но практически это слияние на местах не будет жизненно, раз хозяйственные органы не будут слиты.

По вопросу об изоляторах говорит, что в Перми был изолятор на 300 коек, но он работал как госпиталь, так как больницы не могли принимать детей за переполнением.

В преподавании гигиены—Оздравдет всегда и всюду проводит мысль о важности сообщения юношеству санитарно-гигиенических знаний и установлено определенно, что преподавание должно начинаться со старшей группы школы 1-ой ступени и проходить через всю 2 ступень.

Предоставляется заключительное слово тов. *Марковой*.

Отвечая тов. Морозову, тов. Маркова говорит, что они обеспечивают беременных и матерей, помещая их в дом матери и ребенка. Она удивляется, почему в Саранске он был закрыт в то время, как имелись детские пайки? Другой выход—это поместить детей таких матерей в детские ясли.

Она понимает необходимость организации летних детских ясель, инструкции на места посланы, но инструкторов послать нельзя, так как их нет.

Слово для доклада по вопросу о борьбе с венерическими болезнями предоставляется д-ру *Александрову*.

### • Доклад д-ра *Александрова*.

Нет ни одной болезни ужаснее сифилиса. Самые страшные враги человечества холера, тиф, дифтерит, чума не могут сравниться с этой болезнью. Эпидемические болезни, охватив известный район местности, вырвут много жертв, но потом стихнут и убыль человеческая пополнится с избытком, не то проделывает сифилис с родом человеческим. Почти нет страны, где бы не было его, где бы он не пустил свои мощные корни и раз где поселился, он с быстротою и различными путями проникает в семьи, уродует морально и физически отдельных индивидуумов, ослабляет общество, обессиливает государство, отнимает от них здоровых работников. Все это проделывается хронически из года в год, десятилетиями, столетиями. Что же грозит в таком случае государству? Хроническое вырождение населения, постепенное вырождение человечества. Жертвы сифилиса слишком многочисленны и их превы-



силь не может никакая война, никакая эпидемия. В народе постоянно, непрерывно господствует эпидемия сифилиса, господствует без шума, тихо, вербуя великое множество свежих, крепких организмов, составляющих опору и надежду семьи, общества, государства, так же тихо, без шума, но не так ясно для окружающих разрушает тело молодого работника—иссекает его крепкие силы. Супружество хилых, обессиленных болезнью родителей дает чахлое, хилое потомство, составляющее обузу общества. Вот вам и готово слово, которое называется вырождение человечества.

Величайшее зло, угрожающее хронически населению, создается отдельным лицам, обществу, государству.

Сифилису объявлена война, но хотя эта война ведется давно, а благотворных результатов от нее до сих пор мало видно.

У нас в Пермской губ. борьба с венерическими болезнями особенно начала организовываться и развигать свою деятельность 1 ноября 1920 года, т. е. с открытия кожно-венерической амбулатории в гор. Перми, как показательной для всей губернии. А с начала 1921 года были открыты венерические амбулатории в Мотовилихе, Кизеле, Кунгуре и Сарапуле, где велся бесплатный амбулаторный прием больных, частью врачами, частью лекарями. Для стационарного лечения венериков были организованы венерические койки при больницах. Специальных же венерических лечебниц по Пермской губернии открыто не было. За последнее время сифилис особенно начал распространяться среди детей, особенно школьников и приютских, заражение большею частью внеполовое, наследие родителей. Для изоляции из школ и приютов больных детей венерической секцией 1 декабря 1921 года был открыт детский изолятор венериков на 20 коек, куда принимаются дети от 6 до 16 лет.

Со дня открытия изолятора венериков через него прошло 28 ч. детей, выписано—8, умерло—3 и в настоящее время состоит 17.

В дальнейшем п/отделом борьбы с социальными болезнями предполагалось открыть детский венерический госпиталь на 200 коек в Губернском масштабе, нечто вроде детского городка, где была бы своя школа, свои мастерские и т. п., и больные дети были бы совершенно изолированы от улицы и выпускались выздоровевшими через исследование на реакцию Вассермана, но проект остался не выполненным, в виду недостатка средств.

В данное же время, как амбулаторное, так и стационарное лечение ведется далеко не удовлетворительно, в виду того, что медикаменты и инструменты почти совершенно отсутствуют.

Броме сулемы нет почти никаких ртутных препаратов, нет иодистого калия, бертолетовой соли и многих др., ртутной мази.



Мало шприцов, игловок, мало препаратов 606 и 914, нет спринцовок, кружек Эсмарха, наконечников, никаких бальзамических средств, не говоря уже об инструментах, в коих все время ощущается крайняя нужда. Без означенных медикаментов лечение не возможно проводить так, как было бы желательно

За 1921 год по губернской венерической амбулатории прошло больных 12176 чел., из них первичных посещений мужчинами 1093, женщинами 397, а всего мужчин 9100, женщин 3070.

Первичного сифилиса было: мужчин 69, женщин 9, вторичного—мужчин 399, жен. 293, третичного—мужч. 20, женщ. 2, мягкий шанкр—мужч. 22, гонорейных заболеваний—мужч. 392, кожных—мужч. 72, гонорейных заболеваний—женщ. 62, кожных—женщ. 67.

Вливание сальварсана всего по губернской кожно-венерической амбулатории сделано за 1921 год 202 влив.

За 1922 год до 1-го мая всего посещений было 3855, из них мужчин 2500, женщ. 1355, из них первичных мужч. 300, женщ. 235, первичного сифилиса обнаруж. мужч. 28, женщ. 3, вторичного мужч. 112, женщ. 104, третичного мужч. 6, женщ. 2, гонорейных заболеваний мужч. 106, женщ. 20, кожных мужч. 31, женщ. 15, и за недостатком препарата вливание за 1922 год было произведено 33 исключительно в случаях трудно поддающихся ртутному лечению и 17 влив. из препаратов больных. Лечение в Губернской венерической амбулатории ведется цианистой ртутью проходит полный курс лечения, а препаратов 606 и 914 до последнего времени очень и очень недостаточно. По кожно-венерич. отделению при Ал. Б. на 60 к. за истекший 1921 г. всего прошло по мужскому отделению 759 ч.

Из общего числа больных сифилисом—451 ч., т. е. 59,43%; венерич. бол. 77, т. е. 10,14%, кожных 194, т. е. 25,83%. Проведено всеми больными 11.301 день. Вливаний препарата „914“ сделано 147.

По женскому отд. прошло 567 б.; большее количество заболевших падает так же на сифилис. Больничных дней проведено 9867. В конце ноября при развитии эпидемии тифа, в кож.-вен. отдел. осталось только на 10 муж. коек и в них в среднем ежемесячно проходило до 20 бол., исключительно сифилитиков. С мая этого года отделение снова развернуто на 30 коек.

По уездным амбулаториям за 1921 год прошло больных: по Кунгурской 1602 чел., Кизеловскому району 1460, по Мотовилихинскому району 718, по Сарапульскому уезду 1417, по остальным же уездам, где нет венерических амбулаторий, статистика велась неаккуратно и выразилась



в следующих цифрах: Осинский уезд 133, Оханский уезд 232, Чердынский уезд 12, Усольский 17.

За 1922 год цифры по статистике уездов отсутствуют, в виду прекращения деятельности П/отдела борьбы с социальными болезнями.

Что же касается культурно-просветительной работы по венер. бол., то ранее губернской венерической секцией не реже одного раза в неделю устраивались лекции-концерты на темы: 1) сифилис и борьба с ним, 2) проституция и борьба с ней, 3) алкоголизм и борьба с ним, 4) сифилис и способы заражения им и лечение его, 5) венерические болезни и борьба с проституцией и тому подобное.

Лекторами приглашались врачи специалисты, лекции обыкновенно сопровождались световыми картинками с соответствующими комплектами диапозитивов по венер. бол., а также концертами и слушатели привлекались в большем количестве, но и подсчету всего слушателей прошло 90.200 чел.

При венерсекции имелась своя фотография, при посредстве которой снимались искалеченные, изуродованные сифилитики с применением лечения сальварсана. Благодаря этому постепенно накапливался и подбирался материал для организации венерического музея.

В начале 1922 года Губернский П/отдел борьбы с социальными болезнями вынужден был прекратить свою деятельность, в виду экономического кризиса и сокращения своего аппарата Губздравотдела.

Общественные и государственные меры недостаточны. Почему это так? а потому, что сифилис есть достояние всего народа, а потому и борьба с ним должна вестись всем народом, борьба сознательная и только при этом условии мы можем ожидать благих результатов.

Необходимо, чтобы у каждого члена общества составилось ясное, определенное представление о болезни, о ее причинах, путях распространения степени зловредности для каждого члена семьи, общества, государства. Когда здоровое понятие о сифилисе будет сильно прививаться населению путем санитарного просвещения масс, тогда обществу, государству будет легко бороться с народною язвою. Только при сознательном отношении широких масс государства к сифилису, как народному бедствию, всякая общественная или государственная борьба с сифилисом будет давать благие результаты, вследствие оздоровления общества. Вот почему некоторые государства задались целью объявить сифилису беспощадную войну путем широкого санитарного просвещения. Сифилис принадлежит к числу древнейшей болезни человеческого рода. Болезнь эта так стара, как и род человеческий. Сифилис древних времен уже стал бичем человечества, нет ни одной страны, ни



одного государства, где бы он глубоко не пустил свои корни—не щадит никого, ни мужчин, ни женщин, ни детей, ни семьи. Глубоко проникает во все классы общества. В Россию сифилис проник через Польшу, а в Польшу он был принесен из Рима в Краков в 1493 г. и с тех пор он в виде эпидемии распространяется по Западной России и дал много жертв. Есть губернии, где сифилисом поражено почти все местное население—это губ. Тамбовская и Воронежская. Сильно распространен сифилис в Прибалтийских губ. и в больших портовых городах. Есть некоторые страны, где сифилис уже привел к вымиранию всего туземного населения, как напр., острова Южного океана.

В России сифилис уже достиг колоссальной цифры, я не ошибусь, если назову эту цифру от 20 до 30 мил., а то и более. Я уже указал насколько сифилис распространен в населении всех стран,—привожу несколько статистических данных. Более чем 60 л. тому назад знаменитый сифилидолог Франции Ricord нашел, что 80% всех мужчин болело трипером, 10% сифилисом. В Норвегии ежегодно заболевали сифилисом и венер. бол. за период 1859—1870 г. г. 0,86% всего населения; в Швеции—1,24%; в Дании—2,04%; в Финляндии—2,27%. В больших городах эти болезни распространены еще в большем размере, за этот же период найдено, что в Стокгольме 16,04% всего населения, в Копенгагене—25%. В России насчитывают, что ежегодно им страдает от 13 до 23% всего населения. В Берлине ежегодно насчитывают новозаболевших сифилисом 5.000 чел., в Париже от 8 до 10.000, в Копенгагене, где уже несколько лет тщательно ведется статистика, насчитывают, что ежегодно 56.000 вновь заражаются трипером и что половина всего населения страдало трипером; иначе говоря, что всякий взрослый мужчина один или несколько раз страдал трипером. В европейских армиях, германской и австро-венгерской ежедневно 70—80.000 солдат лечатся от венер. заболеваний. Главным источником, из которого черпается сиф.—считается проституция.

Зло, приносимое проституцией, слишком очевидно, главным образом, потому что оно врывается в семьи и хронически истощает их. Проституция уничтожает больше народа, чем все войны и другие несчастные случаи.

Поэтому нет ни одной страны, ни одного государства, где бы не была объявлена война последней, где бы не принимались против проституции самые жизненные меры. К числу мер против распространения вен. болезней на первом месте стояло периодическое врачебное освидетельствование профессиональных проституток, но тем не менее эта мера врачебно-полицейского периодического освидетельствования проституток не дала почти никакой



гарантии населению]против распространения болезни. Проститутки, прошедшие медицинский осмотр и получившие штампель врача „здоровы“, все таки способны передавать заразу и заражать сифилисом. Привожу статистические данные, собранные д-ром Пюш в госпитале и его частной практике:

На 510 случаев—заражение последовало:

от проституток . . . . .	374 чел.
„ содержанок . . . . .	48 „
„ работниц . . . . .	58 „
„ служанок . . . . .	10 „
„ сиделок . . . . .	10 „

Итак, на 510 случаев сифилиса получено 374, т. е.  $\frac{3}{4}$  от публичных женщин, подвергавшихся периодическому врачебному осмотру. Почти все женщины, занимающиеся проституцией, рано или поздно делаются сифилитиками. Как мужчины, так и женщины заражаются сифилисом в очень молодом возрасте, почти половина из них приходится на возраст от 16 до 25 л., самый молодой, самый цветущий возраст подвергается общественной язве—разврату и получает венер. болезни. Проституция в последнее время приняла такие колоссальные размеры, внесла такую деморализацию в общественные нравы и настолько сильно стала распространять сифилис и венер. болезни, что во всех странах явилась настоятельная потребность в государственной международной и общественной борьбе с ними. Самые жестокие и беспощадные преследования и гонения нигде не уничтожили и не ослабили проституцию.

После всяких гонений, эта гидра давала о себе знать в тех местах, где о существовании ее мало знали или не имели никакого понятия. Лишь только прекращалась в городах официальная проституция, на смену ей вырастала тайная, даже в самых глухих местах. Очевидно, благоприятная почва не дала погибнуть чудовищу. В создании благоприятной почвы для проституции мужчина сыграл самую видную роль. Он достиг того, что, спустя много столетий, проституция приняла чудовищные размеры и стала угрожать вырождению всему культурному человечеству.

Чтобы уничтожить проституцию, государство должно строго преследовать вовлечение девушки в разврат и торговлю женщины для целей разврата. Внебрачные половые сношения представляют собою явление, хотя и очень распространенное, но заведомо ненормальное, противное понятиям о семье, как главной основе государства, нравственности и человеческого достоинства.



Нужно поставить на правильную и должную высоту воспитание подросткового поколения и юношества, нужно развить самое широкое знакомство юношей с элементарными правилами гигиены в половом отношении, это дело общества, дело широких масс, дело государства, дабы предостеречь юношество от ложного шага совращать женщин в проституцию и разврат.

Напр., в Англии для мужчин устроено общество Белого Креста.

Это общество имеет целью пропагандировать среди мужчин идею чистоты до брачной жизни. Вновь поступающие члены общества дают обещание:

1. Относиться ко всем женщинам с уважением и стараться защищать их от несправедливости и нравственного падения.

2. Воздерживаться от неприличных, жестоких движений.

3. Сохранять чистоту, одинаково обязательную для мужчин и женщин.

4. Стараться распространять эти правила среди своих товарищей и оказывать помощь более юным из них.

5. Употреблять все усилия для того, чтобы выполнять правила „сохраняй самого себя в чистоте“.

В члены общества Белого Креста принимаются молодые люди от 18 лет.

Аналогические союзы необходимо устраивать и для молодых женщин и девушек.

Воспитание юношества имеет первостепенное значение в смысле поднятия нравственности среди мальчиков и девочек.

Самое важное, что нужно передать ребенку,—это развить в нем силу воли, подавить вредно-наследственные импульсы, развить идею гуманности, укрепить существующие в каждом из нас альтруистические наклонности и т. д.

Дело матери величайшее благо жизни, воспитать благородно-нравственных и здоровых семьянинов и граждан общества.

Ложный взгляд должен быть оставлен, что юноше с наступлением полового развития необходимы половые сношения. От долгого воздержания половой жизни организм ничуть не потеряет, а только выиграет.

Необходимо обратить самое серьезное внимание на то, чтобы, как можно дальше, как можно глубже и шире массам дать санитарно-гигиенические сведения в области проституции, венерич. болезней,—их происхождение и следствие. Необходимо ввести в программы всех средних и высших учебных заведений отдельную кафедру преподавания, где бы специалисты в этой области могли бы широко знакомить юношество с половой гигиеной, половой моралью и болезнями половых органов, проституцией и мерами их предупреждения. Поставить школьную гигиену юношества на должную высоту, вот задачи будущего школьного воспитания детей. Имея здоровые



гигиенические понятия в области венер. болезней среди юношества и учащейся молодежи, мы добьемся того, когда проституция, а в связи с ней и венер. бол. будут побеждены нравственным возрождением и нравственной энергией всего народа.

Для того, чтобы не заболеть сифилисом и другими венер. болезнями, необходимо прежде всего: 1) воздержание в половой жизни вне брака, 2) сохранение чистоты тела до брака, 3) ранний брак обоего пола одна из мер профилактики против венеры. Личная профилактика, выражающаяся в применении мечниковской мази 33%, презервативов, протарголь 20% и т. д.

Итак, борьба с венерическими заболеваниями в будущем должна вестись воспитательная, профилактическая и лечебная.

Прения по докладу д-ра *Александрова*.

В прениях по докладу д-р *Курдов* говорит, что доклад не удовлетворил, как не имеющий никаких практических выводов. Он просит дать ряд положений, необходимых для проведения в жизнь.

Тов. *Кожесеников* говорит о необходимости широкого санитарного просвещения, мас.у надо приблизить к закону природы, от которого она отступила. Необходима общая резолюция по этому вопросу.

Профес. *Чирковский* соглашается с д-ром *Курдовым*, кроме того находит другие стороны, могущие встретить возражения, как например, профилактика, нет ничего о достижениях науки за последнее время. Вопросы освещены несистемно.

Д-р *Карамышев* говорит о стройной структуре борьбы с венерическими болезнями, выработанной в Здравотделе секцией по борьбе с социальными болезнями. План этот проводился в жизнь и только последние сокращения штатов прекратили эту работу. Он предлагает восстановить советы по борьбе с социальными болезнями.

В заключительном слове д-р *Александров* объясняет, что венерической секцией был выработан план борьбы с венерой, который усиленно проводился в жизнь, но в силу известных обстоятельств это дело пришлось оставить.

Слово для доклада по вопросу о борьбе с психическими заболеваниями предоставляется профессору *Протопопову*.

### Доклад Проф. В. И. Протопопова.

Мы рассматриваем вопрос о борьбе с душевными болезнями в отделе борьбы с т. наз. социальными болезнями—туберкулезом и сифилисом. И нет никакого сомнения, что душевные болезни занимают среди социальных бо-



лезней первое место, если не по количеству, то по наиболее ближайшей зависимости от социального строя. Социальный строй, как среда, в которой живет человек и к которой он должен приспособляться, влияет на душевную заболеваемость двумя путями: непосредственно и косвенно. Первый путь влияния заключается в том, что при переводе от более примитивного существования в более сложные формы общественного образа жизни человеческий организм претерпевает значительные и коренные изменения во всей своей структуре, эволюционируя в одних направлениях, и регрессируя в других, согласно закону приспособления к окружающей среде, по которому более функционирующие части развиваются, неупотребляемые же — постепенно атрофируются. Данные сравнительной анатомии и физиологии достаточно подтверждают это положение, как по отношению к низшим, так и высшим животным. Сравните лишь жабры и легкие водных и сухопутных, вес и развитие головного мозга высших и низших позвоночных, все увеличивающиеся размеры лобных долей и атрофию обонятельной области у человека, и вам станет ясным, что человеческий организм, как и всякий животный организм, нельзя себе представлять, как нечто абсолютно постоянное, наоборот, он представляет собой колеблющуюся систему, определенную лишь при известных условиях. При изменении условий меняется и система, правда, весьма медленно, но меняется. Мы имеем достаточно данных в подтверждение этого положения, но я не могу распространяться в эту область, имея в виду другие, практические цели С'езда. — Достаточно лишь указать, что переход человека от одних условий среды к другим обязательно должен вносить изменения в его структуру, и процесс этой перестройки его организации в новую форму сопровождается обилием отстающих разновидностей, дающих те формы, которые мы называем душевно-больными. С биологической точки зрения многие формы душевных болезней мы должны рассматривать, как образцы таких организаций, которые вполне или частично не приспособлены к условиям общественного строя данной эпохи, таковы, напр., элибициллики и другие хроник. Такие больные представляют собой такие разновидности человеческой организации, которые в одних условиях будут совершенно неприспособлены и, оставаясь в этих условиях, должны погибнуть, в другой-же среде они оказываются достаточно жизнеспособными и устойчивыми. Сравните работу и жизнь хроников в колониях, при условии физического лишь труда, и беспомощность их в условиях свободной, самостоятельной и ответственной жизни в обществе. В первом случае они достаточно продуктивны и доживают до глубокой старости, и те же самые лица во втором случае быстро погибают вследствие несоответствия своей организации с требованиями среды. Еще



более убедительным подтверждением этой мысли служат факты из сравнительной статистики душевной заболеваемости среди разных народов. Среди так назыв. диких народов Африки, Австралии, среди негров и индейцев С. Америки душевные заболевания чрезвычайно редки, также немногочисленны они у персов, абиссинцев, арабов, индусов.

В Индии в больницах находится 4300 душевно-больных на 304 миллиона населения, т. е. 1—на 70.000, на Яве 1 на 50.000, а в Европе больницы строятся из расчета 1 на 500.

Как болезненно отзывается переход от одного образа жизни к другому, даже к лучшему, видно на примере негров С. Америки в периоде освобождения их от рабства. В 1870 г. в их среде душевно-больных насчитывалось 367 на 1 миллион, а в 1890 г., т. е. через 20 лет, число душевно-больных возросло почти в три раза. На этих примерах ярко сказывается значение окружающей среды на нервную устойчивость человека.

Такие факты давно уже обратили на себя внимание психиатров и выдвинули роковой вопрос, не кроются ли в самых основах нашей культуры поводы к вырождению человечества. И несомненно, что на этот вопрос мы должны ответить положительно на основании высказанных фактов и положений, но с той лишь оговоркой, которую мы указали в начале, а именно, что неблагоприятное влияние общественного строя на нервно-психическую организацию человека зависит от двух факторов. Первый фактор заключается в роковой необходимости приспособиться к новым формам общежития, что влечет за собой перестройку внутренней организации человека—и этот фактор оказывает свое влияние при любой форме существования человека в том отношении, что на ряду с большей массой приспособившихся оказываются индивидуумы, не способные к перестройке в достаточной степени своей организации, соответственно требованиям среды. Из таких отстающих типов и создаются кадры антисоциальных элементов, различного рода дегенераты и душевно-больные. Наиболее существенной стороной всякого общественного строя, вызывающей необходимость в перестройке первобытной организации человека, является подавление обществом индивидуальных стремлений, инициативы и замена индивидуальных стимулов общественными требованиями (мораль, религия, законы), физиологическим последствием чего является постепенное ослабление естественных инстинктов и развитие тормозящих функций. Помимо этого непосредственного влияния каждой общественной формы существования, как-бы идеальны они не были, на человеческий организм влияют и ряд случайных факторов, составляющих временные недочеты данного строя—к таким косвенным факторам относятся алкоголизм, сифилис, неправильное рас-



пределение имущественных благ, бедность одних классов и праздность и пресыщенные других, одностороннее культивирование тех или иных способностей, умственное перенапряжение, вредные профессии, ограничение и извращение естественного отбора, недостаточная изоляция вырождающихся душевно-больных и т. п.

— Чем менее совершенен данный социальный строй в том отношении, что он недостаточно гарантирует основную идею возникновения общества — целесообразное разделение труда в борьбе с природой за жизнь и существование каждого элемента общества, тем больше будет косвенных причин, влияющих на вырождение. Но даже при условии идеального общественного строя, до тех пор пока прочно не сложится конструкция человека, как общественного индивидуума, пока его организм будет совершать медленный эволюционный путь, будут в том или ином количестве попадаться отстающие, атипические формы, дающие в результате душевно-больных, которые будут встречаться еще много веков впереди, может быть долгое время еще после того, как исчезнут туберкулез и сифилис. И так как до сих пор нигде на земном шаре не существует такого идеального общественного строя, в котором упомянутые выше косвенные факторы, вызывающие вырождение, доведены были до минимума, то в каждом государстве число душевно-больных достигает в настоящее время солидного количества и чем выше культура, чем интенсивнее общественная жизнь, тем большее количество наблюдается душевно-больных, а посему забота о них государственной власти и самого общества никогда не должна ослабляться, наоборот, все более и более расширяться. Эта забота должна выражаться в наиболее полной регистрации душевно-больных, своевременной изоляции их от здорового населения, лечением острых душевных болезней, призреванием хроников. Все эти меры диктуются как моральными, так и практическими соображениями. Моральные основываются на том, что 1) душевно-больные являются невольными жертвами самого-же общества, стремящегося перестроить организацию своих граждан сообразно с общественными задачами, а во 2-х) всякий душевно-больной представляет собой результат ослабления предшествующих поколений, а поэтому он неповинен в своем заболевании и, следовательно, то государство, которое желает фактически осуществлять поддержку ослабляющих своих членов, должно прийти им на помощь. Практические же выгоды для государства, заставляющие его вести борьбу с душевной заболеваемостью, заключаются в том, что здоровые элементы отделяются от вырождающихся, анти-социальные элементы общества помещаются в условиях, где они становятся даже полезными работниками, и наконец хорошо поставленным лечением многие тысячи заболевших возвращаются в ряды полноправных граждан. Задачи



эти настолько существенны, что невыполнение их в корне подрывает самые основы государства, грозит ему вырождением и распадом, а посему психиатрическая помощь не должна терпеть ущерба ни при каких обстоятельствах.

—После этого введения, имеющего общее принципиальное значение, но безусловно необходимого в виду тех печальных недоразумений, которые создаются часто при обсуждении вопросов, связанных с психиатрической помощью, я перехожу к изложению положения психопомощи в нашей области, состоящей из Пермской, Екатеринбургской, Тюменской губ. и Вотской автономной области.

По своему пространству наша область захватывает около  $1\frac{1}{2}$  мил. кв. верст, с населением около 8 миллионов. По статистике до военного времени в этой области должно было насчитываться около 25 тысяч душевно-больных, считая  $2\frac{1}{2}$ —3 д.-больных на 1000 здоровых. По данным, разработанным в Петроградских клиниках, душевная заболеваемость в России в настоящее время повысилась, и поэтому нужно думать, что и в нашей области количество душевно-больных возросло. Для обслуживания психопомощью области служит единственная психиатрическая лечебница в г. Перми и находящаяся в органической с ней связи колония для душевно-больных на Липовой горе.—Число штатных коек в лечебнице и колонии в довоенное время достигало 1200. Ежегодное поступление достигало от 1500—2000 ч. Лечебница и колония выполняли две основные задачи: 1) лечение и 2) признание неизлечимых хроников и эпилептиков. Эти две задачи выполнялись весьма успешно, как видно из их отчетов за прежние годы.

Возьмем для примера 1912 г. В этом году поступило 1473, выписались излеченными—610, в улучшенном состоянии 398, без изменений, но могущих быть в домашней обстановке 182, умерло 264. Таким образом по отношению к поступившим почти половина возвращались в прежнюю свою обстановку полноправными гражданами.

Я обращаю на это особое ваше внимание в виду того, что многие даже не знают, что от душевных болезней поправляются и считают, что все забелевшие переходят в хроническое неизлечимое состояние. Также считаю необходимым указать, что к разряду выписывающихся в так наз. „улучшенном“ состоянии относятся обычно те лица, которые после перенесенного душевного расстройства утрачивают способность к правильному отвлеченному мышлению, имеют нередко остатки инертных бредовых идей, но вполне восстанавливают способность к различного рода физическому труду, напр. земледельческому и разного рода ремеслам, как напр., слесарному, плотничному, сапожному и т. д.



Если принять во внимание, что большинство пациентов Пермской лечебницы—крестьяне, то смело можно сказать, что этот разряд „улучшенных“—давал государству значительное количество полезных работников физического труда, так как больные этого рода, не будучи способны к умственному труду, прекрасно выполняют сельские работы. Таким образом группы выздоровевших вполне и улучшившихся в общей сложности давали полезных работников свыше 1000 человек. Эта цифра показывает наглядно, насколько необходима и продуктивна деятельность хорошо поставленной Психиатрич. Лечебницы.—Что касается смертности, то в прежние годы на 1500 поступивших умирало ежегодно около 250 человек.—Посмотрим теперь, в каком положении и как работает в настоящих условиях та же лечебница. Возьмем отчет за 1921 год. За этот год поступило 1642 больных, умерло 742, выздоровевших выписано 261, в улучшенном состоянии 409, без улучшения 320. Эти цифры наглядно показывают насколько пала деятельность лечебницы. Раньше всего колоссально возрасла смертность до таких размеров, которые встречаются при самых тяжелых эпидемиях. Особенно тяжелое впечатление производит эта смертность, если добавить, что громадное большинство умерло исключительно от истощения, при чем это были почти все такие больные, которые обязательно должны были поправиться от душевного расстройства. (Amentia, Man.-depr psych). Количество выписываемых в улучшенном состоянии приблизительно то же, а без улучшения значительно больше, чем в прежние года. Таким образом из сопоставления отчетности за 1912 и 1921 год приходится сделать заключение, что потребность в психиатрической помощи не уменьшается, а скорее увеличивается, что и следовало ожидать, в 1921 году больных принято больше чем в 1912 г. почти на 200. Если принять во внимание, что совершенно исчезли в настоящее время алкогольные психозы, число которых иногда доходило до 500 за год, то ясно, что количество основных форм психозов возросло. Кроме того необходимо иметь в виду, что многие больные не доставляются в лечебницу из-за плохих путей сообщения и из-за плохого питания больных в лечебнице, вследствие чего родственники стараются удержать больных на дому. Из того же сопоставления видно, что число излеченных больных резко упало, выписываемых без улучшения возросло, и то и другое почти в два раза. Следовательно, при большей массе поступлений, мы наблюдаем колоссальную смертность, захватывающую чуть не половину поступивших, резкое уменьшение излеченных и большое увеличение выписываемых без улучшения. Таким образом ясно, что прежняя производительность лечебницы пала и весьма значительно. Теперь попытаемся отыскать те причины, из-за которых лечебница



пришла в такое неудовлетворительное состояние. Что касается смертности, то зависит она больше всего от чрезвычайно скудного питания. Наши больные получают приблизительно около 1200 калорий в день, вместо тех 3200, которые полагаются для здорового. Если принять во внимание, что наши больные возбуждены, часто находятся в сильном двигательном беспокойстве, то естественно, что траты энергии у них повышены, и возникает необходимость в доставлении им питания значительно большего, чем даже здоровым. С другой стороны многие больные поступают уже в истощенном состоянии или из-за плохого питания дома (из голодающих местностей) или после перенесенного тифа. Последнего рода больных теперь наблюдается чрезвычайно много. В прежние годы послеинфекционные психозы наблюдались крайне редко, а в 1921 г. в нашей лечебнице их было 6%, а в 1922 году около 25%. Ясно, что 1000 калорий для наших больных представляют собой такое питание, при котором неизбежно должна наступить смерть. На таком питании больной может протянуть месяц два, а так как наши больные в среднем пребывают в лечебнице около 5—6 месяцев, то, если их не подкармливают родные они неизбежно умирают.

Если-бы лечебница имела в своем распоряжении собственные запасы овощей, как это бывало в прежние годы, то конечно скудный паек, получаемый больными, мог-бы значительно пополняться. Но благодаря отобранию от колоний земли, таких запасов не было возможности приготовить, и наши больные, оставшиеся только на ординарном пайке, конечно должны вымирать. Тот-же недостаток продовольствия отражается и на другой стороне дела, именно—на трудовой терапии. Известно, что труд физического характера имеет громадное применение у душевно-больных, и он применяется не только по отношению к хроникам, но и для острых душевно-больных он является прекрасным лечебным мероприятием. Но при назначении трудовой терапии приходится усиленно питать больных, так как потери их сил при этом возрастают, но если мы не можем нормально питать даже лежащих больных, то ясно, что приходится отказаться от назначения таких методов лечения, при которых питание надо повысить.

Если принять во внимание, что арсенал наших лечебных мер не велик, то отказ от трудовой терапии является большим ущербом для успеха лечения и ведет к тому, что процент выписываемых без всякого улучшения увеличивается на счет выздоравливающих вполне или частично. От трудовой терапии приходится отказываться еще и потому, что имевшиеся в распоряжении лечебницы в прежние годы разнообразные, прекрасные мастерские были отобраны с помещениями и инвентарем и только с этого года мы по-



немногу их восстанавливаем. И как было указано уже, лечебница лишилась своей земли в колонии, а ведь здесь-то и была основная мастерская, мастерская сельского или земледельческого труда. Здесь больные занимались огородными пахотными работами, работали в саду, лесу и т. д., и этот труд, как производимый на воздухе, в здоровой гористой местности и наиболее знакомой нашим больным, большинство которых крестьяне—являлся наиболее развитым в нашей лечебнице. С отобранием от колонии земли—пришлось от этого отказаться, что конечно резко отозвалось на деятельности лечебницы. Земля от колонии была отобрана для целей развития Агрофака, а в настоящее время для того-же Агрофака отбираются и все постройки колонии, и колония должна быть переведена в город. Эта последняя мера конечно крайне вредно отразится на деятельности Психолечебницы, так как устройство колонии в городе потребует массу времени и сил для организационной работы, отымет массу средств, а все-таки не возместит потерянной колонии.

Помимо плохого питания, отсутствия земли и мастерских, на повышение смертности и понижение терапевтического успеха влияли и другие неблагоприятные факторы. К концу зимы мы должны были прекратить водолечение, являющееся также одним из самых необходимых и существенных методов нашей терапии. Отсутствие дров сказалось и на температуре в палатах, бывали периоды в 4-5°. Помимо всего почти полное отсутствие необходимых медикаментов свело нашу терапию к нулю и неудивительно, что наши лечебные успехи слишком не велики по сравнению с прежними годами, когда в распоряжении лечебницы были и мастерские и колония с молочной фермой, когда не было недостатка ни в питании, ни в отоплении, ни в медикаментах.

Немалую роль в понижении деятельности лечебницы играет и недостаток и необеспеченность персонала. Врачей недостаточно: в прошлом году, когда больных было 600—700, врачей было только 4, суточных дежурств нести было невозможно, больные оставались на руках среднего и низшего персонала. Благодаря необеспеченности, персонал этот при малейшей возможности уходит, постоянно набирается новый, незнакомый с делом и часто не соответствующий тем требованиям, которые предъявляет наш тяжелый труд.

Успех нашего лечения тормозился также и недостатком помещения в городской лечебнице. В прежнее время в распоряжении лечебницы имелось 11 просторных, хорошо приспособленных барачков. Ныне осталось всего 7, остальные заняты другими учреждениями, и эти оставшиеся бараки могут быть использованы лишь частично, в виду того, что они из-за давно непроизводившегося ремонта значительно обветшали. В результате наблюдается,



и скученность больных и невозможность сортировки их по состояниям, часто в одном и том-же бараке находятся и поступающие, и беспокойные, и слабые, дети помещаются со взрослыми и т. д.

Еще укажу, что зимой и осенью из-за полного отсутствия обуви больные остаются в помещениях, лишены прогулок, моциона и свежего воздуха.

Вот общее положение Областной Психолечебницы, долженствующей обслуживать громадную территорию с многомиллионным населением, безусловно нуждающейся в ежегодном приеме в лечебницу не менее 2 тысяч больных. Это положение оставляет желать много лучшего и я надеюсь, что съезд, считаясь с той, ответственной государственной задачей, которую выполняет Областная Психолечебница, скажет свое веское слово и сделает соответствующие выводы из представленного доклада.

В заключение считаю необходимым добавить, что после декрета о переходе всех лечебных учреждений на местные средства, наша Лечебница попадает в особо тяжелые условия. Пермская губерния, сама голодающая, не может обслуживать еще 3 других, более обеспеченных губерний. Посему мы считаем необходимым, чтобы наша лечебница или осталась на государственном снабжении, как областное учреждение, или-же все расходы по содержанию ее, разложены были пропорционально на все 4 губернии. Нами составлены соответствующие сметы, которые утверждены Пермским Губисполкомом и уже разосланы теперь и в Исполкомы обслуживаемых нами губерний, с предложением принять участие в расходах с 1-го июня с. г., иначе мы вынуждены будем прекратить прием мног губернских больных.

Прения по докладу проф. *Протопопова*.

В прениях по докладу выступавшие ораторы всецело присоединялись к научным и практическим выводам проф. Протопопова, исключительный же интерес прений сосредоточился на вопросе о передаче Липогорской колонии для душевно-больных агрономическому факультету. Все ораторы единодушно высказывались за сохранение колонии, как необходимого учреждения для правильной постановки дела лечения психических больных и за пересмотр этого дела в областном масштабе. Так как Пермская психолечебница и принадлежащая к ней колония на Липовой горе обслуживают 4 губернии: Пермскую, Екатеринбургскую, Тюменскую и Вотобласть.

После принятия в принципе выводов по докладу, заседание объявляется закрытым.



4-й день С'езда 5-го июня.

Председательствует д-р *Карамышев*.

Слово предоставляется д-ру *Катаеву* для доклада по борьбе с туберкулезом.

### Доклад д-ра Катаева по борьбе с туберкулезом.

*Чахотка*. Кому неизвестна эта жестокая болезнь? У кого она не унесла в могилу близкого человека — родственника, друга или знакомого? Кому не приходилось встречать больных чахоткой с бледными, изможденными лицами, с зловещим румянцем на щеках, с лихорадочным блеском в глазах, с тяжелым, мучительным кашлем и одышкой? Чье сердце не сжималось от жалости при виде страданий этих несчастных, ставших в тягость и себе самим и окружающим?

Чахотка самая страшная из человеческих болезней.

Седьмая часть всех умирающих погибает от этой болезни. Повальные болезни, которых мы обыкновенно так боимся, не губят столько народу, сколько губит чахотка. Какой страх возбуждает, например, холера. А между тем сравните вред, который приносит холера и чахотка, и Вы увидите, что чахотка во много раз страшнее холеры.

Вот, например, в 1908 и 1909 г.г. в Петрограде была эпидемия холеры. Сколько же жертв унесла эта эпидемия? Оказывается, что в 1908 г. погибло от холеры 3828 человек, а в 1909 г. — 3223 человека, всего следовательно за два года 7061 человек. За эти же два года в том же Петрограде умерло от чахотки слишком 11 тысяч человек. Но ведь холера — явление сравнительно редкое. Проходят 10—15, иногда и больше лет — когда нет ни одного холерного заболевания. Чахотка же живет постоянно с нами, она губит людей из года в год. Подумайте же, насколько она причиняет больше зла, чем холера, чума или другая повальная болезнь.

Мы не знаем точно, сколько людей умирает в России ежегодно от чахотки. Но если сделать приблизительное вычисление, то окажется, что даже по самому скромному расчету чахотка уносит у нас каждый год около полумиллиона жизней. Как ни кровопролитна была только что закончившаяся мировая война, но если считать потерю людьми, то она обошлась все-таки дешевле, чем обходится чахотка. Ибо война продолжалась 4 года и прекратилась. Чахотка же никогда не прекращается. За одно десятилетие она уно-



сит столько жертв, что их хватило бы на самую жестокую и тяжелую войну.

Но вред от чахотки нельзя измерять только одними смертями. Прежде чем умереть, чахоточный больной томится иногда многие годы. Он теряет способность работать, требует ухода и лечения. На свою семью, на общество, на государство он возлагает этим тяжелое бремя.

Наконец, чахоточный больной страдает не только сам, он нередко заставляет страдать и свое потомство. От него рождаются хилые и больные дети, которые часто не доживают до зрелого возраста, а если и доживают, то остаются на всю жизнь болезненными и слабыми людьми. И иногда даже дети детей чахоточного несут на себе печать болезни и слабости.

Но если чахотка представляет такую опасную болезнь, которая постоянно угрожает нашему здоровью и жизни, то понятно, что всякий должен интересоваться ею, всякий должен знать, отчего она происходит, как ее избежать? Ведь для того, чтобы бороться с каким-нибудь врагом, надо прежде всего знать его; надо знать его силу и слабость. Не даром на войне всегда стараются как можно больше разузнать про неприятеля. С неизвестным врагом трудно бороться. То же и с болезнью. Только тогда и можно с нею справиться, победить ее, если изучишь хорошенько, если поймешь ее.

1. *Чахотка* заразная болезнь, вызываемая особыми бактериями, поселяющимися в легких.

2. *Чахотка* уносит больше человеческих жизней, чем самая опустошительная эпидемия, она опаснее самых кровопролитных войн.

3. *Чахотка* заразна, но от заражения чахоткой легко уберечься при разумных мерах предосторожности.

4. Предрасположение к чахотке опаснее, чем заражение чахоточными бактериями. В здоровом и крепком теле чахоточные бактерии погибают, не успев вызвать заболевания.

5. Многие люди, заболевшие чахоткой, выздоравливают от нее, не подозревая даже, что они болели такой опасной болезнью.

6. *Чахотка* излечима, но только при условиях, если лечение начнется рано.

7. *Чахотка* болезнь бедных, болезнь людей, живущих в темных и сырых квартирах, страдающих от недостатка света, воздуха и пищи.

8. *Чахотка* болезнь по преимуществу городских рабочих, работающих сверх меры в тесных и темных мастерских, со сдавленной грудью в пыльном воздухе.



9. Для предупреждения заболевания чахоткой требуется просторное, чистое и светлое жилище, достаточное питание, умеренная работа, пребывание на открытом воздухе и вообще все, что укрепляет и закаляет тело.

10. Борьба с чахоткой не по силам отдельному человеку, ее должно вести общество, государство.

*Чихотка* болезнь заразная, заразный микроб ее туберкулезная палочка открыта немецким ученым Кохом в 1882 г., которая с воздухом попадает в наши легкие и свивает здесь прочно гнездо; поражает не исключительно беднейший рабочий класс населения — жителей сырых, темных, подвальных помещений, но и все слои общества только в меньшей степени.

Смертность, напр., духовной особы от туберкулеза в 15 раз меньше, нежели смертность рудокопов.

Предупредительныя мероприятия: воздух, питание, жилищные условия. Там, где квартирные условия улучшаются, вслед затем уменьшается и смертность от нее: как, например, в Германии в 1886 г. на каждый миллион жителей умирало от чихотки 3114, в 1906 — 1756, а в 1909 г. — 1646. Таким образом за 23 года заболеваемость чихоткой уменьшилась чуть ли не в 2 раза в связи с улучшением квартирных условий; точно так же обстоит дело в Англии и некоторых др. Европейских странах.

Пример: в Петрограде в комнатах, живущих по 3 человека, умирает из 1000 — 6 человек, а в тех же комнатах, где живет по 1 человеку, умирает из 1000 — 3 человека.

*Чихотка* исчезнет с лица земли, когда исчезнет нужда, недоедание, горе, заботы, когда люди не будут изнывать под ярмом тяжелого труда, когда все будут равны, и все будут счастливы.

А это непременно когда-нибудь будет, иначе не стоило бы жить на свете.

Прения по докладу д-ра *Катаева*.

В прениях по докладу д-р *Карамышев* задается вопросом, какой путь борьбы с туберкулезом избрать теперь при крайне неблагоприятных материальных условиях, после того как дело совершенно пало, но возобновить его надо во чтобы ни стало. Докладчик предполагает работать путем секционным, но оратор возражает ему и по практическим соображениям становится на путь возрождения советов по борьбе с социальными болезнями. Затем он предлагает воспользоваться для лечения туберкулезных больных санаторией в Крыму, бывшей Пермского губернского земства, которая содержится сейчас на средства НКЗ, и полагает, что НКЗ охотно передаст ее Пермскому Губздраву, если последний захочет арендовать ее, если составятся



достаточные фонды по уездам для присоединения к фонду губернскому на ее содержание.

Тов. *Плешков* в горячей речи рисует картину быстрого падения дела противотуберкулезной борьбы в губернии, последовавшего за ликвидацией советов по борьбе с социальными болезнями. Деятельность советов он находит единственно правильным и возможным путем при настоящих условиях.

По поводу лечения в Крыму сообщает, что Губернскому Бюро профсоюзов было нынче предложено 70 мест на крымских курортах, но так как для отправки больных туда и обратно при скромных расчетах потребовалось бы 14 миллиардов рублей, пришлось от предложения отказаться.

Лучше эти миллиарды использовать на устройство санаторий—колоний здесь у себя в губернии.

Тов. *Кожесвников* высказывается также за организацию местных учреждений по борьбе с туберкулезом и призывает съезд принять спешные меры, так как туберкулез непрерывно прогрессирует.

Д-р *Левомская*, говоря о крушении противотуберкулезного дела, о ликвидации одного за другим учреждений, протестует против данного постепенного отступления и находит, что в это переходное время противотуберкулезные учреждения должны продержаться, хотя и сократившись, что борьбу надо продолжать планомерно и организованно, захватив возможно широкие массы; сепаратная помощь, например, заводууправлений и др. организаций отдельным больным по отправке на юг и пр. не принесет существенной пользы, этот путь надо оставить. Организовать секции это научный подход к делу, секция, занявшись теоретической разработкой и научными вопросами, может оторваться от жизни. Советы—ближе к практической жизни и поэтому на них надо остановиться. Секция желательна в центре при Губздраве. Она дает директивы на места, а на местах работают советы при помощи диспансеров и санаторий-колоний.

Зачитанные после прений выводы из доклада д-ра Катаева принимаются в принципе с поправкой о возрождении советов по борьбе с туберкулезом.

После того предоставляется слово для доклада представителю от мандатной комиссии тов. *Кожесвникову*.

Докладчик сообщает, что приглашения на съезд были произведены следующим образом. От семи уездов вызывалось по пяти делегатов (Завздравделом, Завлечподом и три общественных врача), персональные приглашения разосланы были 10 врачам, из соседних губерний—4 (Губздравы: Екатеринбургский, Тюменский, Вятский, Ижевский), городские приглашения разосланы представителям 21 организации (Губисполком, Губпрофсовет, Губженотдел,



Губюст, Всемедикосантруд, Губком РКП, Желдорожн. Правление, Рупвод, Губсоебез, Медфак, Горсовет, Губоно, Губпомголод, Райметаллправление, Александровской б-це, Городской заразной л-це, 4-ой советской больницы, Губсоюз врачей, Медицинское общество, Психолечебница, Бактериологический институт, и кроме того приглашались все городские врачи.

Все выше приведенные лица участвуют на с'езде с правом решающего голоса.

С мест прибыли следующие делегаты: от Пермского у.—2, Чердынского у.—3, Усольского у.—3, Сарапульского у.—2, Воткинского—1, Кизеловского района—2, Осинского у.—3, Оханского у.—1, Кунгурского у.—2, Екатеринбургской губ.—1.

Затем ставится доклад д-ра *Черномордик*: „Голод, его последствия и будущие условия работ органов здравоохранения в этой области“. За болезнью докладчика его заменяет д-р Карамышев.

### Доклад д-ра Черномордик.

Организационные работы по созыву нашего С'езда начались в апреле, но с конца апреля в связи с полученной из Центра радио о переходе всего медикосанитарного дела на местные средства вопрос о созыве С'езда повис в воздухе, и организационные работы остановились вплоть до 22-го мая. Первоначально докладчиком по этому докладу намечен был доктор *Маршак*, за от'ездом последнего в Москву в последних числах апреля, работа эта 22-го мая возложена была на меня. Не легко было-бы и в такой короткий срок, как неделю, выполнить такую работу. Но и эту неделю мне не пришлось использовать полностью: текущая работа по Лечебно-Санитарному Под'отделу и выпавшая на этой неделе срочная неожиданная работа отняла у меня так много времени, что на составление доклада в моем распоряжении осталось всего лишь неполных два дня. Из крайне-трудного положения я отчасти мог выйти, лишь воспользовавшись материалами из докладов доктора *Босмодемьянского*: „эпидемия сыпного и возвратного тифов в г. Перми во 2-ю половину 1921 г.“ и главным образом из доклада доктора *Маршак*: „голод, эпидемии и борьба с ними в Пермск. губ. 1921 г.“, каковой доклад был составлен им на III Всероссийский С'езд эпидемиологов и бактериологов.

Теперь перехожу к сущности доклада.

Со 2-ой половины 1921 года по сие время все силы, все помыслы во всей республики направлены на борьбу с голодом и его постоянными спутниками—эпидемиями. Постигший во вторую половину 1921 года вследствие засухи неурожай в Поволжских губерниях и части уездов в Пермской привел к голоду небывалых размеров в этих губерниях. В Пермской губер-



нии Сарапульский и Онинский уезды официально были признаны голодающими, Оханский неурожайным, в остальных четырех, якобы благополучных, только некоторые волости также отнесены к неурожайным. Но при ознакомлении с точными статистическими данными, касающимися продовольственного положения в указанных 4-х уездах мы видим, что даже при норме 9-ти пудов на одного едока в этих уездах нехватка выражается в довольно круглой сумме в 13.969.000 п., а по отдельным уездам (см. таблицу № 1) в Чердынском—47%, Усольском—43%, Пермском—58% и Кунгурском—53%. Таким образом благополучие и этих уездов является лишь относительным.

Т а б л и ц а № 1.

У Е З Д Ы	Потребное количество в тысяч. пуд.	Имеется сбора в тысяч. пуд.	Недостает продовольств. в тысяч. пуд.	%
Чердынский . . . . .	1147,3	602,3	845,0	47
Усольский . . . . .	2303,5	1318,9	988,5	43
Пермский . . . . .	2695,4	1129,5	1565,9	58
Кунгурский . . . . .	1644,5	778,2	871,3	53

Но будучи и сама неблагоприятной в продовольственном отношении, Пермская губерния по своему географическому положению вынуждена была испытать на себе последствия голода и других губерний.

Проходящая через Пермскую губ. и г. Пермь, Казанбургская и Северн. ж. д. и река Кама, прорезывающая почти всю губернию и соединяющая ее с Волгой, связывают Пермскую губернию с Поволжьем, и Центральной и Северной Россией с одной стороны и Екатеринбургской губернией, граничащей с нами на востоке, с другой. Так как по этим путям происходит значительная часть движения на Урал и Сибирь, то Пермская губерния по своему положению является как бы преддверием Урала и Сибири. По этим путям и двигались потоки голодных из Поволжья и Приамья, направившихся в поисках хлеба на Урал и Сибирь. Кроме того в течение лета и осени 1921 года по Сибирскому и Казанскому трактам (старому пути в Сибирь) в этом же направлении на Урал и Сибирь тянулись на лошадях обозы голодающих. Главным последствием подобного положения было чрезвычайное развитие и распространение эпидемических заболеваний в Пермской губернии. Массовое переселение, будучи само по себе крупным эпидемиче-



ским фактором, особенно сильно повлияло на развитие и распространение эпидемий в 1921 г. при наличии и других факторов, как-то: неорганизованного характера, чрезвычайно тяжелых условий жизни переселения и санитарного неустройства.

Передвижение переселенцев из голодных губерний в Сибирь преимущественно из Казанской, Симбирской и Уфимской губерний, начавшееся в мае более или менее организовано отдельными партиями, в следующие месяцы приняло стихийный характер. В силу вышеуказанного географического положения, масса переселенцев выгружалась с пароходов в Перми и ожидала посадки в вагоны. Крайне медленная и неурегулированная, а в августе и полная остановка транспортировки по железной дороге, привела к тому, что в г. Перми постепенно скопились тысячи переселенцев в крайне тяжелых антисанитарных условиях.

Аппарат Губэвака совершенно не был приспособлен для приема, содержания и санобработки такого количества людей.

Значительная часть прибывших с пароходами переселенцев все лето и осень некоторое время оставалась за неимением помещений без приюта и размещалась по Набережной около пристаней ст. Пермь I-ая, а затем передавалась в лагерь Губэвака № 1 (в здании духовной семинарии). В конце августа эвакуация переселенцев в Сибирь совершенно прекратилась, а приток их по водным и трактовым путям продолжался. Некоторая часть их прошла в Оханский уезд, Усольский, Чердынский и пределы Пермского уезда. В лагере № 1 скопилось до 10.000 полуголодных, плохо одетых и обовшивевших людей. С наступлением холодов уплотнение лагеря и антисанитарные условия достигли крайних пределов.

В середине октября началось расселение переселенцев в новые лагеря: лагерь № 2 (бараки на усадьбе психолечебницы), лагерь № 3 (помещение б. реальн. училища), № 4 в помещении конвойной команды и к 1-му января оставшаяся во всех лагерях после выделения больных относительно здоровая часть переселенцев в количестве до 1500 чел. были изолированы в лагерь № 5 (быв. духовн. училище).

Число голодающих переселенцев, прошедших через Пермскую губернию точному учету не поддается. Имеются только данные о беженцах, прошедших через Губэвак, но это число, несомненно, составляет только часть голодающих, прошедших через Пермскую губернию. По указанным данным через губэвак с мая 1921 г. по май 1922 г. прошло 189204 человека. В лагерях за это время находилось 50079 чел. (см. табл. № 2 и 3).



Т а б л и ц а № 2.

О движении беженцев, переселенцев, прошедших через Губэвак с мая по декабрь 1921 г.

Май . . . . .	5301	Сентябрь . . .	29353
Июнь . . . . .	10276	Октябрь . . .	29634
Июль . . . . .	25536	Ноябрь . . .	23533
Август . . . . .	43340	Декабрь . . .	4832
1922 г. Январь . . . . .	4278	Март . . .	9982
Февраль . . . . .	5981	Апрель . . .	4858
		Итого .	189204

В лагерях за это время находилось . . 48106  
 1973 (январь—апрель 22 г.)  
 50079

Т а б л и ц а № 3.

Движение беженцев и переселенцев в лагерях Губэвака с мая месяца по декабрь 1921 г.

Май . . . . .	3271	Сентябрь . . .	14269
Июнь . . . . .	1972	Октябрь . . .	7958
Июль . . . . .	12682	Ноябрь . . .	1887
Август . . . . .	15224	Декабрь . . .	873
1922 г. Январь . . . . .	62	Март . . .	321
Февраль . . . . .	778	Апрель . . .	812

Из приведенных таблиц видно, что число голодающих, прошедших через Губэвак все увеличивается с мая по август, затем с сентября по ноябрь число уменьшается вследствие того, что к этому времени из-за образовавшейся в гор. Перми пробки, вызванной недостаточностью железнодорожного транспорта и невозможностью скорой планомерной отправки по желдороме в Сибирь, приняты были меры к ограничению массовой посадки на пароходы.

С декабря до второй половины апреля текущего года число беженцев уже сравнительно не большое. Со второй половины апреля число их опять начинает сильно возрастать, но это уже главным образом за счет возвращающихся обратно по домам к посеву.



О втором эпидемическом факторе—тяжелых условиях жизни не приходится долго останавливаться. Недоедание вследствие недостатка и крайней дороговизны продуктов, недостаточность и дороговизна предметов первой необходимости, недостаток мыла, нерегулярная работа бань за недостатком топлива, страх перед будущим—вот те условия, вызвавшие понижение сопротивляемости населения по отношению к заразным заболеваниям.

Более подробно необходимо рассмотреть 3-й фактор—санитарное состояние губернии, так как этот фактор и есть та благоприятная почва, которая дала такие пышные всходы всяческих эпидемий, с одной стороны и работа над которым главным образом и стоит перед Отделом Здравоохранения в дальнейшем. Наиболее удобным для ознакомления с санитарным состоянием губернии является освещение отдельных элементов, входящих в состав понятия санитарии. К основным таким элементам относится жилищный вопрос, хотя мы и не располагаем цифровыми данными по этому вопросу, но все же имеем ряд объективных данных, позволяющих сделать правильную оценку состоянию жилищного вопроса в Пермской губернии.

Необходимо отметить два момента: в течение последних 4 лет никакого ремонта помещений почти не производилось, отчего много зданий разрушилось, многие приведены с санитарной точки зрения в негодность; кроме того волна гражданской войны, захлестнувшая Пермскую губернию в 1918—19 г., оставила после себя много разрушенных и совершенно непригодных для жилья домов. Как в Перми, так и в уездных городах часто встречаются разрушенные дома и ряд зданий с заколоченными окнами. Дома на окраинах городов, населенных в настоящее время, как и раньше, беднотой представляют в силу вышеупомянутых причин весьма печальную картину. Мало того государственные учреждения даже и больничный аппарат, в виду отсутствия ремонта, находятся накануне катастрофы в смысле полного разрушения, если срочно не будут приняты меры.

Не лучше обстоит дело и с водоснабжением в губернии. В Перми городской водопровод находится в жалком состоянии, вследствие изнашивания труб и невозможности заменить их новыми. Наблюдается и громадная утечка воды, вследствие плохой работы электрической станции; напор воды в трубах слаб, водопровод проведен, главным образом, в учреждения и в весьма немногие частные дома, остальные граждане берут воду в водопроводных будках; последние действуют весьма ограниченное время, не более 4—5 часов и то не ежедневно; в виду чего у них постоянно создаются большие очереди. Введенная с осени плата за воду (в настоящее время 100 руб. за ведро) несомненно ограничивает пользование водопроводной водой еще более



и является нецелесообразным с санитарной точки зрения. Сама по себе водопроводная вода хорошего качества, что показывают периодически производимые исследования в Бактериологическом Институте. В тех уездных городах, где имеется водопровод, он находится не в лучшем состоянии. В Кунгуре есть водопровод, но часть города, расположенную за рекой Сылвой, он не снабжает, и население пользуется водой из реки. В городе Осе водопровод дает до 9.000 ведер; трубы проведены только в больницу, аптеку, гимназию и водопроводный бак, а большинство граждан гор. Осы пользуются колодезной водой. Имеющийся в городе Оханске водопровод не работает — приходится подвозить воду даже в больницу. В городе Усолье водопровода нет. В Чердыни водопровод обслуживает только несколько учреждений, главным образом больницу. В несколько лучшем состоянии находится водопровод в городе Сарапуле, трубы проведены и во многие частные дома, остальные граждане пользуются водой на водопроводных будках.

Подробное исследование источников водоснабжения в Пермской губернии началось в 1912 году, продолжалось в 1913 и к 1914 г. предполагалось его закончить, в большинстве уездов оно было проведено, материал был собран и находился в стадии обработки. Последовавшая же в 1914 г. мировая война прервала дальнейшую работу, а затем политические события в России (и общая хозяйственная разруха) не дали возможности возобновить и закончить эту важную работу. Поэтому для освещения состояния водоснабжения в губернии нам приходится пользоваться неполными материалами Губернского Санитарного Бюро, относящимися к 1914 году.

Исследование производилось по определенной программе под руководством института санитарных врачей и непосредственным наблюдением участковых врачей.

Вполне обработанного материала имеется только относительно 3 уездов, входящих в пределы нынешней Пермской губернии: Осинского, Чердынского и Кунгурского.

Из этих материалов видно, что из 944 селений Осинского уезда население 592 селений пользуется питьевой водой из рек, из них 31 селение не имеет других водоемов; 187 селений из озер и болот, из них 43 селения исключительно из последних; родниковой водой пользуются 680 селений, водой из прудов 371 селение и водой из колодцев в 836 селениях. Из рек и речек вода берется почти исключительно в черте селений в 95% и лишь в 5% выше или ниже селений.

В Чердынском уезде из 894 селений из рек и речек пользуются 383 селения, при чем мелкие речки во многих селениях летом пересыхают, а



зимой вымерзают. И здесь вода берется преимущественно в черте селений в 250 селениях, выше селений берется только в 29, а ниже в 140 селениях. Очень богат уезд родниками: 450 селений пользуются родниковой водой. Из колодцев пользуются водой 436 селений. Из прудов и озер пользуется водой селение очень мало, первых всего 2, вторых 5.

В Кунгурском уезде из 1273 селений 843 пользуются водой из речек и рек, причем в 643 селениях речки пересыхают летом, а в 66 вымерзают зимой. И здесь в громадном большинстве случаев вода берется в черте селений и ниже. Родниковой водой пользуются 432 селения. Колодезной водой пользуются 647 селений. Прудов и озер в уезде много, но водой из них для питья пользуется очень незначительное число селений.

### Т а б л и ц а № 4

водоснабжение в сельских местностях Пермской губернии.

У Е З Д Ы	Число	Число селений, пользующихся водой из:				
	селений в уезде	рек и речек	родников	колодцев	прудов	озер и болот
Осинский уезд . .	944	592	680	836	371	187
Чердынский уезд . .	894	383	457	438	2	5
Кунгурский уезд . .	1273	843	432	647	—	—

В количественном отношении все уезды снабжены водой удовлетворительно, около 85% достаточно, только около 15% недостаточно. Что касается качества воды, то показатель доброкачественности почти у всех исследователей, приблизительно 90% селений, не может быть признан убедительным, так как он основан не на анализе, а на субъективной оценке населения и самих исследователей.

Если в количественном и качественном отношении водоснабжение в губернии можно признать более или менее удовлетворительным, то этого никак нельзя сказать о состоянии водоемов с точки зрения санитарии. Мы видим, что все реки, речки, пруды и озера и даже родники чрезвычайно загрязняются промышленными заведениями, кожевнями, красильными и особенно вымочками луба и конопля, а также отбросами от мельниц. На многих речках расположены мельничные плотины, материалами для которых в большинстве случаев служит мусор и даже навоз. Пруды редко чистятся. Родники, эти лучшие источники водоснабжения, содержатся населением в самом ужасном виде: почти не оборудованы, не огорожены, вследствие чего домашние животные свободно разгуливают по родникам, загрязняя их. Колодцы устроены самым примитивным образом и на ненадлежащих местах,



почему вода в колодцах легко подвергается загрязнению. В большинстве случаев не имеют срубов надлежащей высоты навесов, скатов, отчего у колодцев образуются настоящие болота. Буровых колодцев почти нет.

Значительно хуже водоснабжения обстоит дело с канализацией в губернии. Во всех уездных городах канализации нет, что касается канализации города Перми, то и о ней много говорить не приходится. Устройство канализации началось в 1915—1916 году, но не закончилось, к канализационной сети присоединено не более 25—30 общественных учреждений, по этому канализации серьезного значения в оценке санитарного состояния города придавать нельзя.

Отсутствие канализации само собой ведет к сильному загрязнению городов и населенных мест. Это печальное обстоятельство могло бы быть несколько изжито при налаженном другом аппарате по удалению нечистот ассенизационном обозе.

### Какое положение с ассенизацией в губернии?

В городе Перми ассенизационный обоз, находящийся в ведении Комхоза, состоит в настоящее время из 18 бочек и конечно не в состоянии обслуживать город, имеющий свыше 4.000 усадеб и около 80.000 населения. Не большой ассенизационный обоз Инженерной Дистанции обслуживает исключительно воинские части и также недостаточен. За последнее время с введением платности за вывозку нечистот ассенизационный обоз сделался еще менее доступным для широкой массы населения и требование на его работу значительно сократилось; в городе таким образом происходит прогрессивное накопление нечистот.

В Кунгуре имеется ассенизационный обоз в 12 бочек, в Осе ассенизационный обоз состоит из 13 бочек, в Оханске постоянного обоза нет, в Сарапуле обоз состоит из 15 бочек, в Усолье и Чердыни по 3 ассенизационных бочки. Об ассенизационном обозе в других местах уездов, конечно, говорить не приходится.

### Т а б л и ц а № 5

сведения об ассенизационных обозах.

Ч и с л о

НАЗВАНИЕ ГОРОДОВ	Ч и с л о		П р и м е ч а н и е
	Обозов	Лошадей	
Город Кунгур . . . . .	1	12	
„ Оса . . . . .	1	13	



НАЗВАНИЕ ГОРОДОВ	Ч и с л о		П р и м е ч а н и е
	Обозов	Лошадей	
Город Оханск . . . . .	н е т		
„ Сарапул . . . . .	1	10	В ведении Комхоза.
„ Усолье . . . . .	1	3	
„ Чердынь . . . . .	1	3	Обоз Комхоза.

Приведенные цифры сами говорят за себя. Загрязнение городов дошло до крайних пределов. Следует принять во внимание, что накопление нечистот началось не с этой зимы, а происходит уже непрерывно в течение 5 лет, и все усиливаясь в связи с тяжелыми экономическими положениями населения. За последние годы г. Пермской губернии, при отсутствии канализации и совершенно недостаточном ассенизационном обзаве, настолько загрязнены, переполнены нечистотами, что для очистки их нужны колоссальные средства.

Важное значение в санитарной жизни играют бани. В последние годы в связи с эпидемиями тифов на банный вопрос обращено было серьезное внимание. Приступая к выработке мероприятий по борьбе с тифом на первый план выставляли организацию общественных бань. Но к сожалению нельзя сказать, чтобы в этом направлении в Пермской губернии достигли больших реальных результатов.

В деревнях у крестьян обыкновенно имеются почти при каждом доме бани.

Хуже обстоит дело в городах. Там далеко не при всех домах имеются бани, к тому же из-за топливного кризиса многие не в состоянии были топить свои бани.

Последнее обстоятельство вместе с отсутствием средств на ремонт тор-мозило оборудование общественных бань.

В Перми банный вопрос находится в тяжелых условиях. Имеющиеся в городе 2 общественные бани с пропускной способностью до 2.000 не могут удовлетворить нужд городского населения, при том одна из этих бань только на половину эксплуатируется населением, так как нижний этаж предоставлен военному ведомству для нужд гарнизона.

В Кунгуре для гражданского населения имеются 2 бани (гарнизон имеет отдельную баню, но она не работает). В Осе имеется баня с пропускной способностью около 350 человек в день. В Оханске 1 баня с пропускной способностью в 60 человек. В Сарапуле 1 баня, пропускающая в день 300 человек, в Чердыни общественной бани нет.



Т а б л и ц а № 6.

Сведения о банях.

Название городов	Количество бань	Пропускная способ. бань	Примечание
Гор Пермь . . . . .	2	по 1.000 ч.	
„ Кунгур . . . . .	3	Неизвестно	Из них 1 горн., 2 город.
„ Оса . . . . .	1	300—400 ч.	
„ Оханск . . . . .	1	60 ч.	
„ Саранул . . . . .	1	300 ч.	
„ Усолье . . . . .	1	60 ч.	

Общая пропускная способность бань в городах губернии в отношении с общим числом населения, конечно, далеко недостаточна, кроме того с переходом бань на коммерческий расчет, с введением повышенной платы в них общественно—санитарное значение их пало, так как бани стали мало доступны для широких слоев населения, наиболее в них нуждающихся.

Осветив вопрос жилищный, водоснабжения, канализации и бани, т. е. возможность профилактических мероприятий по борьбе с эпидемиями, рассмотрим аппараты изоляции и лечения заразных больных в губернии, т. е. насколько в Пермской губернии налажено дело помощи больным, как скоро заболевшему может быть подана квалифицированная медицинская помощь и тем самым своевременно может быть распознано заразное заболевание. И вот мы видим, что во всей губернии на 2 миллиона жителей имеется 92 врача и 467 фельдшеров, из них ротных 315. По уездам они распределяются следующим образом:

Т а б л и ц а № 7.

Распределение персонала по уездам.

Название уездов	Число врачей	Число школьных	Фельдшер. ротных	Примечание
Гор. Пермь . . . . .	40	32	17	
Пермский уезд . . . . .	7	35	18	
Мотовилиха завод . . . . .	5	10	6	
Гор. Усолье . . . . .	4)	24	6	
Усольский уезд . . . . .	2)	—	—	
Гор. Чердынь . . . . .	3)	11	12	
Чердынский уезд . . . . .	1)	—	16	
Гор. Оханск . . . . .	4	11	5	



Название уездов	Число врачей	Число школьных	Фельдшер. ротных	Примечание
Оханский уезд . . . . .	2	—	37	
Гор. Оса . . . . .	3	4	13	
Осинский уезд . . . . .	2	—	41	
Гор. Сарапул . . . . .	7	9	7	
Сарапульский уезд . . . . .	—	—	7	
Гор. Кунгур . . . . .	4	41	12	
Кунгурский уезд . . . . .	—	—	26	
Воткинский район . . . . .	5	2	11	
Кизеловский район . . . . .	3	10	9	
И т о г о . . . . .	92	162	315	

Средняя площадь участка врачебного равна 3440 вер., в среднем на одного врача 36.624 человека.

Из этих цифр легко сделать вывод о том, что не только в эпидемическое, но и в самое спокойное время врачебная помощь совершенно недостаточна. Что касается фельдшеров, то большая часть из них ротные фельдшера, среди которых имеются люди оторванные от своих хозяйств и попавшие на медицинскую работу только по мобилизации.

Коечный аппарат в Пермской губернии в связи с переходом на местные средства значительно сократился. Так как эпидемия тифов большого развития достигла в конце года, то касаясь госпитализации, я буду считаться с наличием числа коек после сокращения.

Во всей губернии к концу 1921 года было 97 больниц. В них 1408 постоянных заразных коек. С развитием эпидемии, как это бывало и раньше, количество заразных коек увеличилось за счет самоотчисленных, некоторые больницы в уездах целиком превратились в заразные. Помимо этого в губернии было развернуто до 3.103 временных заразных коек.

Т а б л и ц а № 8.

НАЗВАНИЕ УЕЗДОВ.	Число времен- ных коек.
Город Пермь . . . . .	1 245
Пермский уезд . . . . .	268
Чердынский уезд . . . . .	140
Кунгурский уезд . . . . .	119
Сарапульский уезд . . . . .	96



НАЗВАНИЕ УЕЗДОВ	Число времен- ных коек
Оханский уезд . . . . .	243
Усольский уезд . . . . .	343
Кизеловский район . . . . .	520
Осинский уезд . . . . .	135
И т о г о . . . . .	3.103

Развертывание временных заразных коек зависело от наличия эпидемии, от энергии и распорядительности работников здравоохранения в Центре и на местах, а главным образом от материальных средств, продовольствия, белья и т. д. Нужно сказать, что недостаток в средствах значительно тормозил открытие временных эпидемических барakov и сравнительно с числом тифозных больных. Госпитализация в губернии недостаточна не только в периферии губернии, но и в губернском центре; в Перми во вторую половину 1921 года много тифозных больных; за отсутствием свободных мест в больницах, оставалось на дому, (последнее было изжито в Перми лишь в начале января 1922 г. с открытием еще около 1000 временных заразных коек).

Весьма важен и интересен вопрос о постановке дезинфекции в губернии. Для ознакомления с этими вопросами прежде всего необходимо выяснить наличие специального для выполнения этих работ персонала, равно количество дезинфекционных аппаратов. По имеющимся у нас сведениям в губернии 451 дезинфектор. Сюда не входят дезинфектора при центральных больницах.

Аппараты различных систем. Дезинфекционные аппараты по уездам распределены следующим образом:

Т а б л и ц а № 9.

Сведения об имеющихся в уездах дезинфекционных аппаратах.

Название аппаратов	Город Пермь	Кун- гурск	Осин- ский	Охан- ский	Перм- ский	Сара- пульск	Усоль- ский	Чер- дыньск
Сако . . . . .	—	1	—	—	—	—	—	—
Гелиос . . . . .	—	3	3	3	—	2	—	—
Заревича . . . . .	7	2	—	2	10	—	—	—
Заусайлова . . . . .	—	5	—	—	—	—	—	—
Для сжигания серы . . . . .	59	8	—	4	46	—	12	—
Гидропулт . . . . .	12	3	1	4	1	6	—	—



Названия аппаратов	Город Пермь	Кунгурск.	Осинский	Оханский	Пермский	Сарапулск.	Усольский	Чердыньск.
Флюге . . . . .	—	—	1	1	—	—	—	—
Эскулап . . . . .	—	—	1	2	—	—	—	—
Шерита . . . . .	—	—	—	2	—	—	—	—

*Примечание.* Сведения по Пермскому уезду не полные, в гор. Чердыни в селе Мошине и Юрле имеются специальные дезинфекционные камеры.

Эта таблица неполная, что объясняется тем, что некоторые Уездные делы не смотря на многократные запросы о числе дезаппаратов в уездах, не давали сведений об аппаратах, находящихся в уездных городах.

Дезинфекция в деревнях считается по настоящее время чем то неслыханным, почему при переходе больниц на снабжение местного населения крестьяне упорно отказываются брать на содержание дезинфектора, считая его совершенно ненужным.

По данным Пермского Городского Санитарного Бюро за вторую половину 1921 г. произведено в городе „ „ дезинфекций, из них серных 7,6% и формалиновых 2,1 ничтожный % газовых дезинфекций отмечается во всех уездах. Незначительное число газовых дезинфекций объясняется двумя причинами: плохим состоянием жилых помещений, вследствие чего невозможно создать герметичность утечки газа и просасывание его в соседнее помещение, во 2) невозможностью проводить полностью изоляцию обывателей квартир, особенно во время эпидемии. Приходилось ограничиваться производством газовой дезинфекции только в больших помещениях, как-то: детских домах, общежитиях, лечебных учреждениях и т. д., остальные дезинфекции производились влажным путем, способ далеко несовершенный, на радикальность действия которого рассчитывать нельзя.

Общее число больниц, заразных барачков и фельдшерских пунктов до очевидности становится ясным, совершенная недостаточность организации дезинфекционного дела в губернии, располагающая к тому только незначительным числом специальным персоналом дезинфекторов.

Для полноты картины местных условий и возможности борьбы с эпидемиями небезынтересно осветить вопрос бактериологической работы в губернии. Во всей губернии, кроме города Перми, имеются еще лаборатории в Сарапуле и Чердыни, но последняя не функционирует, в виду отсутствия специалиста.

В Перми почти вся работа бактериологическая, бактериоскопическая сосредоточена в Бактериологическом Институте; здесь же происходит и выра-



ботка оспенного детрита, холерной и тифозной вакцины, которыми губерния снабжается в достаточном количестве.

Что касается микроскопов, то кроме Осинского и Оханского они имеются во всех уездах в количестве от 2—4.

Вот в какие условия при наличии трех крупных эпидемических факторов попала переселенческая масса. А вот и последствия.

В июле 1921 года в двух пунктах губернии: Перми и Сарапуле появилась холера. 19 июня установлены в гор. Перми первые случаи холеры.

Приблизительно в это же время получены сообщения о холерных больных в Сарапуле. До конца июня в г. Перми установлено 34 холерных больных, в Сарапуле—16.

В июле резко увеличивается число холерных больных в Перми—84 случая, в Сарапуле—64, единичный случай заболевания в Пермском уезде, 4 случая в Оханском уезде. В августе число холерных больных в Перми 64, уезде 12, Сарапульском уезде—53, Осинском—12, Усольском—4. В сентябре в Перми 22 холерных больных, в уезде 9, в Сарапульском уезде—11, Осинском—1, Усольском—2. В октябре в Перми—52 больных, в уездах ни одного. В ноябре в Перми—6 холерных больных. В декабре холерных больных в губернии уже не было. Всего в губернии было 452 случая холеры.

#### Т а б л и ц а № 10.

Движение холеры в Пермской губернии в 1921 году.

Наименование уездов	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Итого по уезду
Гор. Пермь . . . . .	34	84	64	32	52	6	—	262
Пермский уезд . . . . .	1	1	12	9	—	—	—	23
Осинский уезд . . . . .	—	—	12	1	—	—	—	13
Оханский уезд . . . . .	—	4	—	—	—	—	—	4
Чердынский уезд . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Усольский уезд . . . . .	—	—	4	2	—	—	—	6
Бунгурский уезд . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Сарапульский уезд . . . . .	16	64	53	11	—	—	—	144
Всего по губернии . . . . .								452

Таким образом холерная эпидемия 1921 года в Пермской губернии сосредоточилась преимущественно в 2-х пунктах в гор. Перми и Сарапуле. В остальных уездах единичные случаи (в Чердынском и Бунгурском ни одного случая).

Связь этих двух пунктов по Каме, равно как и географическое их расположение: Сарапул (Каракулино) первые пристани по Каме в Пермской гу-



бернии. Пермь конечный пункт движения волго-камских пароходов эти два фактора уже указывают на то, что эпидемия повидимому распространилась по водному пути. Последнее определение подтверждается данными зарегистрированных холерных больных. Из находившихся на излечении в Пермской городской заразной лечебнице 222 холерных больных заболели в городе 85, доставлены с пароходов и с берега Камы—119, железной дороги—18. Из числа 85 больных заболевших только около 6 оказалось местными, остальные приехавшие из голодных мест, главным образом по воде, 12 человек заболело в лагерях Губэвака.

По данным Сарапульского Уездного Управления из 144 установленных больных подавляющее большинство снятие с проходящих пароходов беженцев Приволжья. Эпидемиологическая картина холеры минувшего лета после приведенных данных становится весьма ценной. Голодающие переселенцы Поволжья занесли холеру по Каме в Пермскую губернию. В Каракулине и Сарапуле первых пристанях Пермской губернии, благодаря организованным там с'емным пунктам и тщательному санитарному надзору пароходов, происходит осмотр всех проходящих судов; холерные и подозрительные больные снимались на дальнейшем пути с пароходов, снимались единичные больные в Осинском, Оханском уездах. Проникнувшая в Пермь холера для своего развития нашла благодатнейшую почву среди тысяч расположенных на берегу Камы и у впадения голодающих переселенцев.

Параллельно с холерой наблюдалось много заболеваний дизентерией в Пермской губернии во II половину 1921 года. По всей губернии зарегистрировано за это время 5.360 дизентерийных. По уездам дизентерия распространилась следующим образом:

Т а б л и ц а № 11.

Движения дизентерии в 1921 году.

Наименование уездов	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	ВСЕГО
Город Пермь . . . . .	385	348	120	235	144	117	1309
Пермский уезд . . . . .	376	346	88	19	37	7	873
Осинский уезд . . . . .	79	110	112	28	9	6	344
Оханский уезд . . . . .	51	216	142	32	19	12	472
Чердынский уезд . . . . .	23	167	85	25	7	12	219
Усольский уезд . . . . .	129	185	84	28	27	184	649
Кунгурский уезд . . . . .	156	526	177	50	18	5	927
Сарапульский уезд . . . . .	109	196	122	57	3	—	487

Итого по губ. . . . . 1308 2054 932 469 274 343 5380







Т А Б Л И Ц А № 12.

1921 г.

1922 г.

Название уездов	Июнь		Июль		Август		Сентября		Октябрь		Ноябрь		Декабрь		Январь		Февраль		Март		Апрель	
	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф	Сып. тиф	Воз. тиф
Город Пермь . . . . .	33	20	31	16	20	31	85	73	340	285	505	276	654	285	1375	637	1078	709	667	365	565	419
Пермский . . . . .	19	1	7	2	9	—	27	10	116	13	718	132	1469	183	1635	206	1212	278	1441	226	972	47
Осинский . . . . .	65	15	8	1	19	20	31	19	36	28	97	55	155	69	385	122	451	132	278	138	440	93
Оханский . . . . .	44	1	5	—	20	4	26	7	77	2	276	36	709	84	400	66	601	87	475	68	310	16
Чердынский . . . . .	13	—	5	2	60	2	30	—	36	9	183	22	105	31	268	80	478	89	287	55	421	23
Усольский . . . . .	55	17	13	4	6	5	81	3	271	10	1037	223	1064	344	1819	438	2622	681	1992	576	1965	417
Кунгурский . . . . .	17	8	2	—	12	3	7	—	23	9	129	40	300	102	455	175	889	161	956	153	921	88
Сарапульский . . . . .	13	4	3	5	4	1	13	14	31	14	91	53	135	60	101	64	304	81	235	55	331	53
Перм. жел. д. . . . .	7	4	3	—	2	1	30	4	16	9	296	68	664	145	347	97	804	156	404	96	459	120
Итого . . . . .	266	70	77	30	152	67	330	130	946	379	3384	908	5255	1303	6792	1885	8439	2374	6735	1732	5784	1286



С первого взгляда кажется несколько непонятным тот факт, что в благополучных уездах эпидемия приняла гораздо большие размеры, чем в голодающих, но изучение пути эпидемии и тех факторов, которые способствовали ее развитию, дает на это вполне исчерпывающий ответ.

Знакомясь с контингентом сыпнотифозных и возвратно-тифозных в г. Перми по данным больницы, мы установили, что в сентябре из 85 сыпнотифозных больных—27 переселенцев, а из 73 возвратнотифозных—37 переселенцев. В октябре отношение тифозных больных местного населения к переселенцам равно для сыпного тифа: 340—163, возвратного тифа: 285—210, т. е. переселенцы составляли около половины всех больных сыпным тифом и  $\frac{3}{4}$  всех возвратнотифозных.

Эти данные с достаточной определенностью говорят об исключительной заболеваемости тифом среди скопившихся в лагерях переселенцев и уже заранее можно сказать, что лагеря эти и послужили рассадником эпидемии в городе. Это подтверждается при ознакомлении с отдельными этапами развития тифозной эпидемии в Перми.

Тиф в 1921 году распространялся в Перми не как обычно с периферии, т. е. с слободок, бедных кварталов к центру, а наоборот, от центра к периферии. Первоначально тифозно-больные стали обнаруживаться в районах соседних с лагерями, т. е. центральных и отсюда уже затем постепенно захватили весь город.

К концу октября с прекращением навигации все движение беженцев переходит на железную дорогу. Тысячи семейств голодающих в тяжелых антисанитарных условиях ежедневно прибывали на Пермский вокзал: кроме того на железную дорогу прибывали голодающие из оставшихся в лагере. С этого времени начинается резкое увеличение числа тифозных больных, доставляемых с железной дороги. В октябре доставлено в заразный барак сыпнотифозных больных—16, возвратнотифозных—4, в ноябре сыпнотифозных—296, возвратнотифозных—68, в декабре—664 сыпнотифозных—145 возвратнотифозных.

Сравнивая число заболевших сыпным и возвратным тифом в г. Перми в последние месяцы 1921 года с числом доставленных за это время больных с железной дороги, мы видим, что в октябре число больных железнодорожных составляет лишь незначительную часть заболевших в городе, около  $\frac{1}{20}$  для сыпного и  $\frac{1}{30}$  для возвратного. В ноябре же отношение резко меняется, железнодорожные больные сыпным составляют более  $\frac{1}{2}$ , а возвратным тифом  $\frac{1}{4}$  городских больных. В декабре число возвратнотифозных железнодорожных больных составляет около  $\frac{1}{2}$ , а число доставленных боль-



ных с железной дороги превышает даже количество заболевших сыпным тифом в городе.

Т а б л и ц а № 13.

Наименование	Октябрь		Ноябрь		Декабрь		Январь		Февраль	
	Сып. тиф	Возв. тиф	Сып. тиф	Возв. тиф	Сып. тиф	Возв. тиф	Сып. тиф	Возв. тиф	Сып. тиф	Возв. тиф
Г. Пермь . .	340	285	305	276	654	286	1375	637	1548	709
Жел. дорога .	16	9	296	68	664	145	342	97	804	156

Таким образом к концу 1921 года главным рассадником эпидемии стала железная дорога; железнодорожный санитарный аппарат оказался слишком слаб и не справился с эпидемией. Кроме того эпидемия распространилась также по пути тех голодающих, которые пешком или на лошадях двигались с очага эпидемии-лагерей в соседние благополучные уезды.

Таким образом изучение эпидемии сыпного и возвратного тифов в Пермской губернии за 2 половину 1921 года приводят к заключению, что массовое переселение голодающих, прожившее в вышеуказанных условиях, сыграли доминирующую роль в степени и развитии и путях распространения тифов.

В отчетах о ходе заболеваний в Пермской губернии в годы до войны, затем и в период империалистической войны сыпной и возвратный тиф занимали видное место. Нося характер эпидемии тифозных заболеваний, вспыхнувших в различных местах губернии, дают в общем ежегодно солидную сумму больных. Одним словом в Пермской губернии тифы не выводились.

Т а б л и ц а № 14.

Сыпной тиф в Пермской губернии.

Наименование.	1901 г.	1902 г.	1903 г.	1904 г.	1905 г.	1906 г.	1907 г.	1915 г.
Пермский . . .	5	45	6	19	82	43	47	27
Усольский . . .	40	496	406	343	242	617	405	380
Кунгурский . . .	14	87	9	6	6	2	3	3
Освинский . . .	185	63	152	60	38	2	1	39
Оханский . . .	13	36	6	19	36	12	1	37
Чердынский . . .	122	115	33	141	5	2	17	96
Итого . . .	379	842	612	588	409	678	474	582

Естественно, что за период гражданской войны с упадком общего санитарного состояния губернии количество тифозных больных должно было увеличиться. То обстоятельство, что в 1918 и 1919 г. Пермь превратилась в арену гражданской войны, после чего началось непрерывное отсту-



пление колчаковцев, способствовали разнесу эпидемии тифов. Отдельные то здесь, то там, вспыхнувшие тифочные огоньки слились в одно сильное пламя эпидемии, которое огненной волной захлестнуло весь край.

Целый ряд других факторов, как мешечничество поддерживало эпидемию в 1920 году. Во вторую половину 1921 года в большой части Республики заметно стало значительное уменьшение эпидемии тифов. В Пермской губернии, благодаря голоду и вызванному им массовую переселению голодающих, направляющихся через Пермскую губернию в Сибирь, на территории губ. снова вспыхнула эпидемия, из центра губернии — из города Перми, где произошло наибольшее скопление беженцев, среди которых эпидемия тифов свила себе гнездо, вместе с направившимися в благополучные уезды и на Урал в поисках хлеба. По этому же пути разливался яд эпидемии. В голодных уездах, несмотря на резкое истощение голодающего населения эпидемия тифов не получила широкого развития по двум причинам: часть населения голодных уездов снялась с мест и влилась в общий поток переселенцев, направлявшихся в благополучные места. Таким образом произошло разрежение этих уездов, уменьшение плотности, скученности населения. С другой стороны произошла как бы естественная карантинизация голодных мест. При сильном движении масс отсюда туда прибывали только отдельные лица в силу разве крайней необходимости.

Вот почему в голодных уездах эпидемия не приняла грозных размеров, каких она достигла в местах благополучных. Пути голодающих — пути эпидемии. Мы имеем возможность тщательно проследить эти пути в пределах Пермской губернии, но мы, к сожалению, не знаем дальнейшего направления и развития за пределами губернии, точно также, как мы не знаем об этапах ее развития в местах первоначального пути голодающих в Уфимской и Вятской губерниях на подступах к Пермской губернии. Всегда слабый и еще более расстроенный санитарный аппарат не выдержал стихийного напора эпидемии, которая опрокинула поставленные ей на пути препятствия и рассеялась даже на Урале. Возникает вопрос если бы было больше сил, если бы находящиеся по ту сторону границы Пермской губернии, видя надвигающуюся по направлению к ним стихию, пришли бы на помощь, поспешив через границы своей губернии эпидемии на встречу, может быть ворота на Урал остались бы в 1921 году для эпидемии закрытыми. Иными словами, борьба с эпидемиями не должна вестись изолированно. Эпидемия есть стихийное бедствие, не ограничивающееся обычно одной губернией, поэтому борьба с эпидемией должна вестись в общем государственном масштабе. Между соседними губерниями в дело борьбы с эпидемиями должна быть установлена



самая тесная связь. Борьба должна вестись единым фронтом, как в области теоретической, так и в проведении практических мероприятий по борьбе с эпидемиями.

Само собой кроме того на местах между Губздравотделом, Уздравотделами, органами железнодорожной и водной медицины, должна вестись согласованная борьба с эпидемиями. Все руководство противоэпидемических мероприятий должно быть возложено на один из органов здравоохранения на месте.

Необходимо точно обследовать санитарное состояние каждой губернии в эпидемическом отношении. Каждая губерния имеет свою постоянную, так назыв., эпидемиологическую организацию. При этом должны быть точно изучены все факторы и приняты во внимание также временные эпидемиологические факторы, как, например, последнее время голод, переселение, играющее видную роль в развитии или усилении эпидемии в той или иной местности. Подобный учет чрезвычайно важен, как для правильной разработки противоэпидемической кампании во Всероссийском масштабе, так и для рационального распределения центром материальных средств.

Такой путь борьбы с эпидемиями мы считаем в принципе наиболее целесообразным всегда и тем более в настоящее время, учитывая все реальные условия момента. В дальнейшем нам, несомненно, следует, строго держаться этого пути, на котором нас ждет еще долгая серьезная борьба с эпидемиями.

Перед органами Здравоохранения стоит трудная и неотложная задача оздоровления губернии в санитарном отношении. Необходимо провести обследование жилищ, возобновить и углубить работу по обследованию источников водоснабжения, с целью скорейшего планомерного улучшения их; обратить самое серьезное внимание на очистку городов и селений и на состояние бань, усилить в количественном и качественном отношении аппарат изоляции и дезинфекции. Задачи эти огромны, имеют общегосударственное значение и поэтому должны вестись в общегосударственном масштабе. Своими местными средствами в ближайшее время при существующих экономических условиях с этими задачами едва ли удастся справиться.

---



Затем заслушивается доклад д-ра *Ильона* о влиянии голода на психические заболевания.

### Доклад д-ра Ильона.

Вопрос о влиянии голода на душевную заболеваемость является одним из насущных вопросов, выдвинутых современными тяжелыми условиями действительности. Вопрос этот, сам по себе большой и сложный, тем труднее поддается разбору, что его литература еще чрезвычайно бедна, как в отношении научной его разработки, так и в отношении статистических данных.

В настоящем своем докладе я делаю опыт рассмотрения вопроса о влиянии голода как на душевную заболеваемость, так и течение психозов, главным образом руководясь материалом по Пермскому краю, подкрепляя и освещая материал литературными данными чистостатистического и научного характера.

Как в медицинской литературе, так и в литературе общесторической мы находим весьма мало указаний, насколько голод, возникавший в тот или иной период времени, оказывал влияние в смысле массовых психических заболеваний, разве только имеем смутные указания в „*Annales Fuldenses*“ на 850, 868, 874, 880 и 890 годы (цитировано по *Meer's grosses Conversations lexicon*, 6-е издание, том девятый), когда голод, по описаниям тогдашнего времени, сопровождался „варваризмом“ — умерщвлением и поеданием людей.—О таком же чуть ли не массовом людоедстве слышим мы и в наших современных сведениях из голодных мест. Явление же людоедства еще не обследовано и пока воздерживаемся от определенного суждения по этому вопросу.

Для наиболее точного суждения о душевной заболеваемости населения мы должны иметь соответственные статистические данные, но за последнее время статистика вообще во всех областях жизни выполнялась крайне недостаточно, тем более в отношении душевной заболеваемости, каковая специальная статистика в России еще не утвердилась.

В западной Европе регулярная регистрация душевно-больных установлена лишь в Англии, Германии, Швеции и Норвегии. В остальных государствах западной Европы, а также в Соединенных Штатах С.-Америки, производились лишь отдельные переписи душевно-больных.

В России в 30-ых годах прошлого столетия была произведена одна общая перепись, а в нынешнем столетии произведена была отдельная перепись по столицам и некоторым губерниям (Петроградской, Московской, Нижегородской и Уфимской) средствами общественных самоуправлений.



Данные переписи таковы. В западной Европе: в Англии 4,08 душ.-больных на 1 тыс. населения; в Ирландии 5,5; в Шотландии 3,8; в Бельгии 2,4; в Дании 2,17; в Швеции 3,4; в Норвегии 3,9; в Германии 2,6; в Австрии 2,17; в Венгрии 2,05; во Франции 2,6; в Италии 2,5; в Соединенных Штатах С.-А. 3,23. В России: по исчислениям 30-ых годов прошлого столетия 1 душ.-бол. на 2700 чел. населения; теперь по Финляндии 4,0 душ.-бол. на 1 тыс. населения (1906 г.); в Петроградской губ. 2,93 (1908 г.); в Московской губ. 3,21 (1911 г.); в Москве 2,5 (1912 г.); в Нижегородской губ. 3,46 (1912 г.); в Уфимской губ. 2,15 (1913 г.). По всей России в среднем предполагается 2,13—3,0 на 1 тыс. населения. Из сопоставления коэффициентов заболеваемости мы видим довольно значительные колебания в уровне заболеваемости по отдельным странам, а в России и по отдельным местностям. Такие различия в цифрах заболеваемости получаются вследствие различия тех или иных условий жизни в той или иной местности, дающих большую или меньшую предрасполагаемость к душевным заболеваниям.

В нашей разработке материала Пермского края по трактуемому нами вопросу о влиянии голода на душевную заболеваемость пришлось пользоваться, вместо отсутствующих прямых регистрационных данных, критерием числа поступлений больных в Пермскую лечебницу. Последняя является единственным почти психиатрическим лечебным заведением края со штатом в 1150 коек в нормальное время; в Екатеринбурге имеется только маленькое отделение для душевно-больных на десятка два—три коек при общей больнице, и то эти больные там содержатся временно и эвакуируются в Пермскую лечебницу. Психиатрическая же клиника Пермск. университета, учрежденная в 1921—1922 учебн. году, составляет часть Пермской лечебницы. Итак, можно сказать, что все душевно-больные края получают свое лечение и приют в Пермской лечебнице. Поступления в Пермскую Психиатрическую лечебницу, таким образом, в той или иной мере характеризуют состояние душевной заболеваемости населения.

Для решения поставленного мною вопроса о влиянии голода на душевную заболеваемость мы рассматриваем из статистики Пермской лечебницы за последнее переживаемое время, которое наряду с другими отличительными чертами проходит перед нами под преобладающим знаком недоедания и голода.

Как выше было указано, критерием для суждения о ходе душевной заболеваемости населения служат нам цифры поступлений в лечебницу.



Мы берем, во-первых, все валовые числа поступлений в лечебницу от всего Пермского края за каждый из пяти слишком лет до войны с Германией (1909—1914 г.г.) и, начиная с войны с Германией, за войну гражданскую с военно-революционными переживаниями и недоеданием и голодом (1914 г.—1921 г.).

Во-вторых, берем мы коэффициенты поступлений по отношению к численности населения за данное время по отдельным уездам, что будет разъяснено ниже.

В-третьих, мы сравниваем валовые поступления по отдельным уездам, что также будет рассмотрено ниже.

Наконец, рассматриваем мы литературные данные по г. Петрограду и Петроградской губернии, относящиеся к трактуемому нами времени в связи с поставленным вопросом.

Валовые поступления от всего края за последние довоенные годы, годы войны с Германией, гражданской войны с революцией и голода дают нам следующие цифры:

В 1909 г.—1106 поступлений; в 1910 г.—1286; в 1911 г.—1265; в 1912 г.—1472; 1913 г.—1556; в 1914 г.—1507; в 1915 г.—1322; в 1916 г.—1727; в 1917 г.—1943; в 1918 г.—1201; в 1919 г.—1108; в 1920 г.—1492; в 1921 г.—1642.

Из сопоставления цифр поступлений за отдельные годы мы видим постепенное увеличение числа поступлений до 1915 г. с остановкою роста поступлений между 1910-ым и 1911-ым годами. В среднем, этот рост поступлений равняется около 100 в год. С началом войны с Германией условия жизни резко меняются. Некоторые факторы душевной заболеваемости отпадают для края, как, например, фактор алкогольный, вследствие строгого запрета, наложенного на алкоголь и его употребление; далее, отправленные на театр военных действий возрасты, дававшие самый большой процент душевных заболеваний в крае, как все виды душевных заболеваний юношеского возраста, с началом войны, естественно, тоже должны способствовать понижению коэффициента душевной заболеваемости в крае. Но с другой стороны с началом войны возникают новые факторы повышения поступлений: 1) периодически в больших размерах производимые мобилизации, сопровождающиеся поступлением в лечебницу большого числа испытуемых; 2) факторы боевой обстановки, как последствия черепных ранений, контузий, общего истощения и тяжелых нравственных потрясений, особенно непосильных для дегенеративных нервных организаций со слабою сопротивляемостью нервно-психической сферы. Главным же источником повышения



числа поступлений за войну с Германией 1914—1917 г.г. являлись именно крупные мобилизации, производившиеся нерегулярно в процессе войны.

Отсюда мы имеем резкие скачки в цифрах поступлений за войну с Германией (1914—1917 г.г.).

С началом октябрьской революции 1917 г. и с окончанием империалистической войны мобилизации в крупных размерах кончаются; если и производятся то Красной армией, то Белой армией, но эти мобилизации производились в значительно меньших размерах и при том без особо строгого разбора состояния здоровья мобилизуемого. Особенно замечалось это со стороны Белой армии. Таким образом число испытуемых сведено было к незначительным цифрам. Тут еще присоединяется один фактор, значительно сокращавший число поступлений, — это фронт гражданской войны (1918—1919 г.г.), долгое время занимавший Пермский край, резко стеснявший передвижение и отрезывавший Пермскую лечебницу от части населения края.

С прекращением фронта гражданской войны число поступлений весьма резко возрастает, несмотря на отсутствие контингента испытуемых в виду крайне незначительности мобилизаций и даже установившейся тенденции к демобилизации (1920—1921 г.г.).

Подчеркнуть нужно одно весьма характерное явление: несмотря на отсутствие колоссального фактора душевной заболеваемости населения, фактора алкоголизации населения, вследствие которого мы имеем для Перми от 35% до 55% алкогольных психозов, — цифры поступлений за войну мало понижались, а временами даже возрастали, что мы объясняли числом поступлений испытуемых, а с прекращением больших цифр и испытуемых (1920 г.—1921 г.) мы вместо ожидаемого резкого понижения числа поступлений получили, наоборот, еще большие числа поступлений.

Такие данные говорят ясно о повышенной душевной заболеваемости особенно за последние 1920—1921 г.г.

Но наши суждения о состоянии душевной заболеваемости населения будут значительно точнее, если будем относить число поступлений к количеству населения за данный период времени, т. е. если будем рассматривать коэффициент поступлений.

Кроме того, в виду различия факторов поступлений и заболеваемости в отдельных местностях нашего обширного Пермского края, равняющегося по территории целой Франции, и за отдельные периоды времени, мы рассматриваем, насколько это возможно, коэффициенты по отдельным уездам губернии.



Такое же рассмотрение коэффициентов поступлений по уездам мы можем производить только по некоторым уездам и за ограниченное число лет, так как, во-первых, Пермская губерния за период времени 1914 г.—1920 г. распалась на две губернии—Пермскую губернию и Екатеринбургскую. Сведения о количестве населения Пермской губернии последнего времени я имею, таким образом, только по тем уездам, которые входят в состав Пермской губернии только в оставшейся своей части; во-вторых, сведения о движении населения по Пермской губернии, начиная с 1915 г., собраны только за один год (по итогам Всероссийской переписи 1920 г.), а именно за 1920 год.

Поэтому мы взяли для сравнения коэффициенты поступлений по тем уездам, которые входят в состав Пермской губ. в довоенное время и которые и теперь входят, всего по 6 уездам. Далее взяли мы для сравнения два последние годы нормального довоенного времени (1912—1913 г.г.) и год 1920-ый, за который мы имеем сведения о населении губернии. Как раз 1920-ый год является особенно для города Перми и ближайшей окрестности кульминационным годом в смысле переживаний от последствий гражданской войны, преимущественно от голода. Сравниваем таким образом 6 уездов: 1) Пермский уезд с городом Пермью (самый характерный в отношении переживаний и голода), 2) Оханский уезд, 3) Осинский уезд, 4) Кунгурский уезд (тяжелый в смысле переживаний безразличный в смысле голода), 5) Чердынский и 6) Соликамский уезд в отношении последних двух довоенных годов 1912—1913 и 1920-го военнореволюционного и голодного года (особенно для города Перми и ближайшей окрестности).

Для сравнения берем коэффициенты поступлений по годам и уездам на каждую тысячу человек населения.

В целях упрощения сравнения мы при определении коэффициентов поступлений предварительно выключаем числа поступлений от одного и того же фактора—алкоголизации населения—игравшего первенствующую роль в довоенное время и сведенного почти к нулю с началом войны. Тем более мы можем это упростить, что нам это весьма легко дается, так как цифры алкогольных психозов нам известны в деталях из статистики лечебницы по диагнозам. Для указания их колебаний мы отмечаем их рядом с общим числом поступлений всех остальных форм душевных заболеваний.

Таким образом мы имеем:

За 1912 год: 1) по Пермскому уезду с населением в 358218 чел. (город Пермь 72890 чел.)—348 душевно больных+200 алког. психоз.,



что дает коэффициент поступлений на 1 тысячу населения 0,98<sup>0</sup>/оо; 2) Оханский уезд—335596 населения—71 больн.+21 алк. пс.—0,21<sup>0</sup>/оо; 3) Осинский уезд—419696 нас.—50 больн.+5 алког. пс.—0,11<sup>0</sup>/оо; 4) Кунгурский уезд—59 больн.+11 алког. пс.—0,36<sup>0</sup>/оо; 5) Чердынский уезд—153696 населения—25 больн.+3 алког. пс.—0,16<sup>0</sup>/оо; 6) Соликамский уезд—289506 нас.—44 больн.+13 алког. пс.—0,15<sup>0</sup>/оо.

За 1913 год: 1) по Пермскому уезду с населен. в 362333 челов. (город Пермь 72963 чел.)—258 больн.+269 алког. псих.—0,71<sup>0</sup>/оо; 2) Оханский уезд—339077 нас.—68 больн.+17 алког. пс.—0,20<sup>0</sup>/оо; 3) Осинский уезд—423000 нас.—51 больн.+14 алког. пс.—0,12<sup>0</sup>/оо; 4) Кунгурский уезд—164542 нас.—31 больн.+8 алког. пс.—0,19<sup>0</sup>/оо; 5) Чердынский уезд—155479 нас.—31 больн.+8 алког. пс.—0,19<sup>0</sup>/оо; 6) Соликамский уезд—292527 нас.—30 больн.+7 алког. пс.—0,10<sup>0</sup>/оо.

За 1920 год: 1) Пермский уезд с населен. в 362600 чел. (город Пермь 70026 чел.)—695 больных+9 алког. псих.—1,92<sup>0</sup>/оо; 2) Оханский уезд—263016 нас.—40 больн.+1 алког. пс.—0,15<sup>0</sup>/оо; 3) Осинский уезд—331867 нас.—23 больн.—0,06<sup>0</sup>/оо; 4) Кунгурский уезд—202320 нас.—53 больн.—0,26<sup>0</sup>/оо; 5) Чердынский уезд 132029 нас.—24 больн.+2 алког. пс.—0,18<sup>0</sup>/оо; 6) Соликамский уезд—255240 нас.—51 больн.+1 алког. псих.—0,19<sup>0</sup>/о.

Сравнивая коэффициенты поступлений по Пермскому уезду, мы находим, что коэффициент поступлений за 1920 г. возрос сравнительно с 1912 г. в два раза, сравнительно с 1913 г. больше, чем в 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> раза;—коэффициенты поступлений по Чердынскому и Соликамскому уездам сравнительно с 1912 г. возросли на <sup>1</sup>/<sub>4</sub>—<sup>1</sup>/<sub>5</sub>, сравнительно же с 1913 годом—в два раза;—по уездам Оханскому и Осинскому коэффициенты поступлений несколько мали, а по Кунгурскому уезду—дает резкие колебания по каждому году.

Сравнения коэффициентов поступлений по малому числу поступлений могут проводить к неправильным выводам, так как малое число поступлений на большое сравнительно количество населения при своих колебаниях дает резкие различия в коэффициенте поступлений.—По этому мы взяли за основу для сравнения гор. Пермь с уездом, как дающие подавляющее относительное большинство поступлений, а так же абсолютно большое число поступлений (по сравнению с населением),—вследствие чего колебания (кратные) коэффициента поступлений следуют только при значительном колебании в числе поступлений.



Кроме того, город Пермь (и уезд) и ближайшая окрестность наиболее испытывали на себе исключительные условия последнего времени, особенно голод.

Разразился голод в жестокой форме в городе Перми и ближайшей окрестности во 2-й половине 1918 года; уезды же со своим почти исключительно сельским населением были несравненно лучше обеспечены продовольствием, а большинство даже вполне удовлетворительно обеспечены.

В первой половине 1919 г. с открытием Сибири продовольствование населения значительно улучшилось, благодаря сибирскому хлебу, но со середины 1919 г., когда фронт отрезал от Урала Сибирь, голод опять возобновился с большою силою и свирепствовал жестоко до 1921 года, но опять таки почти исключительно в городе Перми и ближайшей окрестности, а отчасти также в северных уездах губернии, Чердынском и Соликамском, голод чувствовался остро, вследствие частичного неурожая хлебов, которые померзли в 1920 году.—Нынешний период голода, вследствие полного неурожая 1921 года, разразившегося в нескольких уездах губернии (Осинском и Оханском и др.), оставляем пока в стороне, так как коэффициент поступлений нам затруднительно установить без определенных данных о состоянии численности населения за этот год.

Итак мы рассматриваем теперь тот период времени, когда центром тягчайших переживаний был город Пермь с ближайшею окрестностью. Поэтому мы имеем в данном случае в виду статистический материал преимущественно по городу Перми с уездом. Этот материал по городу Перми с уездом тем более является весьма ценным, что исчисленный по нему коэффициент поступлений весьма приближается к действительному коэффициенту заболеваемости и держатся оба коэффициента в своих колебаниях наиболее параллельно, так как население города Перми с ближайшею окрестностью, как наиболее близкое по расстоянию к лечебнице, наиболее широко и наиболее свободно пользуется психиатрической помощью лечебницы и не находится в этом отношении в зависимости от случайных условий, как от временных затруднений в передвижении или транспорте и т. д.

Коэффициенты же поступлений по городу Перми с уездом, как уже упомянуто было, по нашим цифровым данным определенно показывают, что в 1920 г. число поступлений и по отношению к численности населения было вдвое больше, чем в 1912 г. и в  $2\frac{2}{3}$  раза больше, чем в 1913 г. Следовательно заболеваемость населения в 1920 году чрезвычайно возрасла в городе Перми и уезде. Это ясно и определенно. С большою долей ве-



роятности мы можем это сказать и относительно уездов Чердынского и Соликамского.

Теперь рассмотрим период 1921 года; при этом опять-таки возьмем для сравнения те же 6 уездов. Будем сравнивать числа поступлений по каждому из этих уездов за 1912-й и 1913-й последние довоенные годы и за 1920-й и 1921-й годы с чрезвычайными условиями жизни. Хотя коэффициент поступлений за 1921 г. с точностью нам установить трудно и мы должны сравнивать валовые поступления по уездам, но как раз на малых числах поступлений уж сравнительно большим населением коэффициент поступлений менее показателен и скорее может быть ошибочен для выводов, чем валовые числа поступлений.

1. Пермский уезд за 1912 г. дает 348 больных + 200 алког.; в 1913 г.—258 больн.+269 алког.; в 1920 г.—695 больн.+9 алког.; в 1921 г.—482 больн.

2. Оханский уезд за 1912 г. дает 71 больн.+21 алк.; в 1913 г.—68 больн.+17 алк., в 1920 г.—40 больн.+1 алк.; в 1921 г.—68 больных.

3. Осиенский уезд за 1912 г. дает 50 больн.+5 алк.; в 1913 г.—51 больн.+14 алк.; в 1920 г.—23 больн.; в 1921 г.—44 больн.

4. Кунгурский уезд за 1912 г. дает 59 больн.+11 алког.; в 1913 г.—31 больн.+8 алког.; в 1920 г. 53 больн.; в 1921 г.—49 больных.

5. Чердынский уезд за 1912 г. дает 25 больных+3 алког.; в 1913 г.—14 больн.+6 алк.; в 1920 г.—24 больн.+2 алк.; в 1921 г.—18 больных.

6. Соликамский (или Усольск. уезд)—за 1912 г. дает 44 больн.+13 алк.; в 1913 г.—30 больн.+7 алк.; в 1920 г.—51 больн.+1 алк.; в 1921 г.—47 больн.

Вышеприведенные три ряда цифровых данных показывают нам особенности в колебаниях поступлений в довоенные годы с одной стороны и в военно революционные годы с другой.

Первый ряд цифр общих валовых поступлений показывает нам несомненный рост поступлений и повышение душевной заболеваемости в военнопериодические годы, что разъяснено при детальном рассмотрении этого ряда.

Второй ряд цифр коэффициентов поступлений показывает особо резкий рост заболеваемости в городе Перми и Пермском уезде за 1920 г., и некоторое повышение заболеваемости в Чердынском и Соликамском (или Усоль-



ском) уездах, по Оханскому же и Осинскому уездам коэффициенты поступлений несколько понизились.

В третьих, рассматривая валовые поступления за 1921 г. в сравнении с 1912 г., 1913 г. и 1920 г., мы находим за 1921 г. значительное понижение числа поступлений по Перми и уезду в сравнении с предшествующим годом, повышение резкое по Оханскому и Осинскому уездам, резкое понижение по Чердынскому уезду, слабое понижение по Соликамскому (или Усольскому) уезду.

Обращаясь к литературе вопроса о душевной заболеваемости населения за последние годы, мы находим в одной из таких работ, в статье доктора Горового-Шалтан „к вопросу о душевной заболеваемости населения при современных условиях“, в которой автор разрабатывает материал по городу Петрограду и Петроградской губернии, следующие данные.

Город Петроград за 1918 год дает коэффициент поступлений в 4,2<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, за 1919 г. — 4,7<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, за 1920 г. — 5<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Вычитывая число поступлений в Центральный Красноармейск. Госпиталь и Диагностический Институт, автор получает свой коэффициент минимум в 3,3<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, 3,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> и 3,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> за те же годы. Исчисляя коэффициент поступлений по данным цифрам доктора Горового-Шалтан относительно населения и числа поступлений, я получила за 1914 г. коэффициент поступлений по городу Петрограду — 2,0<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, а за 1917 г. — 1,6<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Сравнивая последние коэффициенты поступлений с первыми, как минимумами, так и максимумами, мы находим небывалый рост коэффициентов поступлений за последние три года (1918 — 1920 г.г.) в два и в три раза. Небольшое сравнительное колебание в сторону падения между 1914 г. и 1917 г. нужно отнести к выпадению алкогольного фактора за этот промежуток времени.

Таким образом и по городу Петрограду доктор Горовой-Шалтан констатирует необычный рост за последние 3 года коэффициента поступлений, параллельно которому считается течение душевной заболеваемости.

Что касается губернии Петроградской, то коэффициент поступлений на протяжении трех последних лет падает, что доктор Горовой-Шалтан объясняет изменением соотношений между численностью населения г. Петрограда и Петроградской губернии от вдвое большего городского населения в 1918 г. до преобладания сельского населения в 1920 г., а сельское население, по его объяснению, давало меньшее число душевных заболеваний. Коэффициент поступлений по Петроградской губернии у него представлен следующими цифрами: в 1918 г. — 2,7<sup>0</sup>/<sub>00</sub>; в 1919 г. — 2,6<sup>0</sup>/<sub>00</sub>; в 1920 г. — 2,3<sup>0</sup>/<sub>00</sub>.



По отношению к городу Петрограду автор констатирует чрезвычайное повышение душевной заболеваемости за 1918—1920 г.г. и приписывает такое повышение чрезвычайно тяжелым военно-революционным переживанием последнего времени.

Доискиваясь причины таких колебаний душевной заболеваемости населения за последние годы, что констатируется как на материале по Пермскому краю, так и в литературных данных по материалу г. Петрограда, мы находим три главных отличительных условий жизни этого времени: тяжелые переживания в связи с неимоверно иннервирующим революционным временем и войною, голод, наконец, эпидемии.

Что касается тяжелых переживаний военно-революционного характера, т. е. фактора чисто эмоционального, то влияние его на душевную заболеваемость, по мнению большинства исследователей, весьма не значительно. То же положение подтверждают статистические данные Русско-Японской войны 1904—1905 г.г., когда военные переживания (переживания в боевой обстановке) почти совершенно не отразились в смысле увеличения обычного числа душевных заболеваний. В литературном обзоре статистических данных за войну 1915—1918 г.г. доктора Добротворского мы также не находим указаний, чтобы интенсивные эмоции в боевой обстановке давали увеличение душевной заболеваемости.

Отмечается только, что под влиянием боевых впечатлений увеличивается неврастения депрессивная, происхождение которой в конечном счете приписывается истощению и переутомлению. Указывается также на обилие припадочных заболеваний, как характера чистой эпилепсии, так и истеро-эпилепсии и истерии. Причинным моментом тут считается отчасти травмы черепа, но большею частью—переутомление и истощение организма.

Эмоции интенсивные в связи с общим переутомлением и истощением организма могут только иногда ускорять выявление психопатических задатков, ослабляя сопротивляемость и приспособляемость организма.

Но эмоции являются выражением траты нервной энергии; последняя имеет своим источником химическую энергию, которая в конечном счете получается в результате процессов диссимиляции в организме, дающих истощение организма, т. е. то же, что голодание.

Следовательно и голод в смысле недостаточного подвоза организму питательных начал,—*versp.* понижение ассимиляционных процессов, и эмоции, являющиеся выражением траты энергии, *versp.* процессы диссимиляционные, в результате дают одни и те же последствия, т. е. истощение и голодание организма (в смысле обеднения запасами энергии и вещества).



Кроме того, самый голод своим понижением ассимиляционных процессов тоже дает соответственные эмоции (которые даже экспериментально доказаны), которые по существу своему, как процессы диссимиляционные, дают в результате истощение и голодание организма.

Таким образом и голод и эмоции по своим результатам представляют собою один общий фактор—истощение и голодание организма.

К тому нужно прибавить, что эмоции, приводя своим появлением и течением организм к обеднению запасами энергии и вещества, только тогда могут оказывать вред нервно-психической сфере, если затраченные запасы энергии и вещества не восполняются своевременно поступлением в организм питательных начал, т. е. только тогда вредны сильные эмоции, когда организм терпит при этом голод, что доказано на статистике войн.

Итак голод является основным фактором в возникновении душевных заболеваний при тяжелых переживаниях, а самые эмоции только усиливают процесс обеднения организма запасами энергии и вещества,—процесс, происходящий уже от голода.

Голод на душевную заболеваемость влияет несколькими путями.

Во-первых, голод, истощая и ослабляя организм, ослабляет его приспособляемость и понижает его сопротивляемость заболеваниям; голод сильно низводит реактивные, защитительные процессы организма, которыми природа его богато одарила для борьбы с вредоносными для организма агентами и явлениями. В таком случае голод способствует выявлению заложенных в данной конституции психопатических задатков.

Далее голод, расстраивая обмен веществ, может доводить до аутоинтоксикации организма, и тут легко возникают специфические для аутоинтоксикации формы душевных заболеваний, как юношеское слабоумие и другие.

Наконец, отличительным условием последнего времени являются почти непрерывающиеся эпидемические заболевания.

Что касается влияния эпидемий на душевную заболеваемость, то число душевных заболеваний на почве перенесенного эпидемического заболевания точно учитывается больничною статистикою и сравнительно незначительно в сравнении с общим ростом душевной заболеваемости за последние годы. К тому эпидемии и их распространенность сами являются в большинстве случаев показателем неблагоприятного в экономическом отношении положения населения и являются спутниками голода. Кроме того, и душевные заболевания в результате перенесенного эпидемического заболевания в большинстве



своем являются психозами истощения, т. е. выражением того же состояния голодания организма.

Из всего этого следует, что виновником увеличения душевной заболеваемости населения за последнее время является голод по преимуществу и почти исключительно.

Такое положение подтверждается цифровыми данными приведенной статистики: голодующий Пермский уезд дает резкое повышение заболеваемости за 1920-ый год; за тот же год дают повышение заболеваемости частично пострадавшие от неурожая (померзли хлеба) уезды Чердынский и Соликамский. В 1921 г. почти полный неурожай в уездах Осинском и Оханском дает повышение душевной заболеваемости, сравнительно благополучное состояние Пермского уезда дает понижение заболеваемости, хорошее состояние Чердынского уезда дает резкое понижение заболеваемости, благополучное состояние Соликамского (или Усольск.) уезда дает некоторое понижение заболеваемости (см. ряды цифр). Далее цифры общих поступлений показывают общее повышение заболеваемости. Такие же выводы дают нам цифры по Петрограду.

Таким образом голод несомненно является значительным фактором, повышающим душевную заболеваемость населения.

Переходя к рассмотрению влияния голода на течение психозов, уместно будет привести некоторые литературные данные по наблюдениям некоторых авторов в жизни и по наблюдениям лабораторным над влиянием голода на душевные процессы.

В статье „Голод и психические переживания“ профессор Питирим Соркин из Петрограда приводит лабораторные наблюдения исследователей Cannon, Washburn, Morsh, Zuciani и других, а также свои собственные наблюдения над явлениями в нынешней лаборатории жизни с ее кризисами и голодом. И вот на основании этих наблюдений автор описывает характерные черты влияния голода, как на отдельные процессы душевной жизни, так и на душевную жизнь в целом. Интенсификация этих переживаний дает в конечном счете картину психоза.

Он сперва описывает характер эмоций от голода по степеням: ощущение аппетита, затем ощущение голода; наконец, ощущение общей массы страдательных переживаний: слабость, тупая боль в голове, ощущение пустоты, апатия, безжизненность, прерываемая разрядами раздражительности.

Настроение мрачное, угнетенно-раздражительное, тяжелое. В области познавательной сферы как в отношении ощущений, так и идей и представлений и наконец памяти — все стороны познавательной сперва обостря-



ются в отношении пищевых объектов, ослабевая по отношению ко всему остальному, а потом все они гаснут постепенно во всех отношениях. То же самое наблюдают в области волений и желаний—одностороннее обострение с последующим общим угасанием. Что касается влияния голода на психическую личность в целом, он отмечает полную деформацию личности с изменением характера, идеологии, верований, вкусов и желаний; наконец, голод действует и на механизм душевных процессов, получается двоение, расщепление и повидимому распад личности. Наблюдения проф. Соркина и его ссылки на лабораторных исследователей упоминаются здесь потому, что они указывают с психолого-рефлексологической стороны процесс воздействия голодания на нервно-психическую сферу; наконец, повидимому, такое воздействие сводится к явлениям, получающимся от процесса аутоинтоксикации организма на почве расстройства обмена.

Автор в своих исследованиях идет еще дальше, рассматривая воздействие голодания на общественную психологию, и находит, что под влиянием длительного голода развивается в обществе дряблость и шаткость позиций, легковериность и увлекаемость крайностями, неустойчивость общественная доходит до увлечения совершенно противоположными течениями при малейшем импульсе извне, в то время, как отсутствие импульса сохраняет народную массу в полной апатии, самодеятельность же низведена до минимума.

Но тут автор дает нам картину результатов весьма длительного, хронического голодания; но обычно голод, как внешний общественный фактор, когда он еще не возымел свое воздействие на общество через органическое влияние на нервно-психическую сферу, является крупнейшей, мощною двигательною силою в общественных движениях.

Длительный же голод естественно притупляет интеллектуальные интересы как индивида, так и общества в целом, слишком поглощая всю нашу психическую сущность элементарными заботами о самосохранении. Все наше внимание собирается в сторону основного фактора нашего самосохранения, в сторону питания, так как этот фактор находится под угрозою изсякнуть, а для многих несчастных он и изсякает, и мы почти ежедневно слышим о подбираемых на улицах трупах, умерших от голодной смерти.

В результате такого напряженного состояния наших попечений об элементарном своем самосохранении страдают наши интеллектуальные чувства и интересы, которые оставляются нами в пренебрежении и от которых мы порою даже отходим постольку, поскольку они не служат целям нашего элементарного сохранения, целям питания.



Более или менее дегенеративные элементы общества с ослабленной сопротивляемостью нервно-психической сферы значительно сильнее реагируют на процесс голода.

Вследствие слабой развитости задерживающих функций их регулятора поведения в мозгу (основные рефлекторные функции мозга, соблюдающие целесообразность действий), дегенераты способны всецело предавать себя голодному рефлексу, одному из самых примитивных рефлексов растительного порядка, в то время, как задерживающее действие остальных рефлексов более высшего порядка сказывается у них весьма слабо и в результате такие субъекты не останавливаются ни перед чем в своих реакциях на голодный рефлекс, совершая всевозможные преступления по отношению к отдельным лицам и обществу.

Мало того под влиянием напряженной интенсификации эмоций голода вероятно, у той же категории дегенеративных возбуждаются филогенетически примитивные—атавистические—рефлексы в виде элементарнейшего способа утоления голода поеданием к себе ближайшего. И мы являемся свидетелями открытия в наше время тенденции людей к людоедству, примитивного рефлекса, заторможенного было культурными наслоениями быть может десятков тысяч лет.

Таким образом с развитием голода сильно увеличивается кадр преступного элемента вплоть до восстановления грубо атавистических элементов рода человеческого—людей звероподобных. По данным местного общественного обвинителя И. Я. Караваева, преступность за последнее время увеличилась в Перми в 200 раз.

Течение собственно психозов под влиянием голода дает следующие характерные черты:

Первым характерным явлением в течение психических заболеваний последнего времени нужно считать смертность, при том смертность невероятную, превосходящую даже смертность при многих тяжелых эпидемиях.

В психических заболеваниях смертность необычное явление. Мы знаем одну только форму душевного заболевания, которая кончается летально по существу процесса заболевания. Это прогрессивный паралич. Весьма редко кончается смертью эпилептическое состояние, при том обычно уже в итоге весьма длительного течения эпилепсии. Далее дает иногда скорый смертельный исход старческое слабоумие, но это уже весьма близко к естественной смерти. Таким образом обычная смертность в психиатрических лечебных заведениях равнялась от 7—10% в среднем. Процент смертности в настоящее время повысился от 7,7 до 37,7 в среднем, а в отдельных лечебницах и в от-



дельные месяцы доходил до 53% (по данным из работы доктора Горового-Шалтан). В Пермской лечебнице процент смертности за 1911 г.—1921 г. возрос от 10,3 и 10,9 в среднем до 32,81, что видно из следующего ряда: 1911 г.—10,9%; 1912 г.—10,3%; 1913 г.—13,0%; 1914 г.—10,3%, 1915 г.—12,5%; 1916 г.—12,5%; 1916 г.—13,3%; 1917 г.—15,7%; 1918 г.—20,4%; 1919 г.—31,0%; 1920 г.—23,31%; 1921 г.—32,81%.

Смертность в психиатрических лечебницах Западной Европы в довоенное время в среднем равнялась: в Германии—7,3%; во Франции—7,7%. Во время войны, в тяжелые годы блокады смертность в психиатрических лечебницах Германии доходила до 40%. (Цитировано по доктору Горовому-Шалтан).

Рассматривая смертность в Пермской психиатрической лечебнице по формам болезни, мы получаем следующее \*):

В 1917—1921 г. г., согласно вышеупомянутым данным об обычной смертности в психиатрических лечебницах, получился большой процент неестественной для психических заболеваний смертности. Далее учитывая, что некоторые формы заболеваний дают частично полное выздоровление, некоторые формы заболеваний дают почти всегда полное выздоровление (аментивные и др. формы), мы должны заключить, что смертью унесено много таких из заболевших, которые при нормальных условиях могли бы вернуться домой или частично работоспособными, или временными полноценными работниками или полноценными работниками навсегда.

Голод в психиатрических лечебницах действовал на смертность больных в нескольких направлениях.

Во-первых, больные, уже истощенные от голода в домашней обстановке, продолжали голодать в лечебнице, где вместо минимума для больного в 3000 калорий, а для некоторых категорий больных (аффективных, аментивных и др.) в 4000 калорий, получали от 1000 до 1200 калорий плохо усваиваемой пищи.

Таким образом недоедание порою доводилось до пределов ниже физиологического минимума не только для жиров и углеводов, но даже и для белков и в последнем случае доходили иногда до пределов ниже того минимума, который проф. Б. Вериге называет материальной частью белкового обмена, той части, которая по проф. Б. Вериге служит для выработки ферментов организма, главн. образом ферментов окислительных, соответствующих „эманулирующей энергии“ по теории академика Данилевского.

\*) Самую таблицу не привожу за ее обширностью и недостатком места в печати.



Во-вторых, голод влияет на повышение смертности вследствие ослабления им запасных сил организма, необходимых организму для проявления защитительной реакции в борьбе с болезненным процессом.

Профессор В. П. Протопопов в своей всесторонней разработке учения Крепелина о маниакально-депрессивном психозе в той его, проф. Протопопова, работе, где он раскрывает чисто биологические причины этого заболевания и дает ключи к дальнейшему естественно-научному исследованию как трактуемого заболевания, так и смежных с ним, он последовательно и ясно доказывает, что как психические проявления душевного заболевания, так и установленный им соматический синдром в душевных заболеваниях представляют собою выражение защитительной реакции организма против болезненного процесса, а потому степень их проявления нужно считать показателем выражения защитительной реакции.

У наших нынешних больных мы именно и имеем крайнюю бледность выражения клинической картины болезни.

Третьим моментом отрицательного воздействия голода на смертность является резкое нарушение обмена веществ, доводящее до аутоинтоксикации организма. Последнее обстоятельство ускоряет и углубляет разрушительный процесс особенно того душевного заболевания, которое является уже по существу своему выражением процесса расстройства обмена веществ.

К голоду присоединяются отчасти и другие факторы, ухудшающие продуктивность лечения и являющиеся последствием общей нищеты:

1. Ухудшение ухода за больными со стороны ставшего нетрудоспособным голодующего ухаживающего персонала.

2. Антигигиеническое состояние помещений с зимнею температурою до 3—4°, с грязью и сыростью вследствие отсутствия ремонта.

3. Недостаточность предметов ухода и лечения, особенно лечебных ванн и белья.

Вследствие высокого процента смертности, среднее число наличных больных за последнее четырехлетие 1918—1922 г. при сохранившейся средней цифре поступлений понизилось от 1100 больных (еще до 1918 г.) до 350 больных к 1 июня 1922 года.

В отношении отдельных форм душевных заболеваний под влиянием голода стали наблюдаться следующие характерные черты в течении психозов:

Прежде всего нужно отметить, что вследствие ослабленной реактивности организма картины заболеваний крайне слабо выражены: нет прежних состояний возбуждения или аффективных состояний вообще, нет яркого бреда,



нет интенсивных галлюцинаций; наконец, ослаблено выражение соматического синдрома проф. В. П. Протопопова.

Нередко поступают больные из голодных мест (неурожайных мест 1921 г.) с почти совершенно угасшею психикою и еле удается добраться до каких-то остаточных признаков бывшего психоза, почти исчезнувшего со всей его душевною жизнью. Лежат обычно такие больные в состоянии полной пассивности или скорее протрации и напоминают они собою перенесших только что тяжелое кровоизлияние мозга. Такие больные обычно быстро умирают в течение нескольких дней.

В маниакально-депрессивном психозе замечается удлинение фаз, наступающее вследствие этого усиленное истощение и преждевременная смерть.

В группе юношеского слабоумия замечается редкость и слабость ремиссий.

Аментивные формы, дающие обычно наиболее благоприятное предсказание и почти всегда полное выздоровление, теперь дают большой процент смертности.

У эпилептиков припадки учащены и быстро прогрессирует слабоумие. Это вполне объясняется установленным доктором Анфимовым фактом, что каждый эпилептический припадок сопровождается точечными кровоизлияниями на поверхности черепного мозга под мягкой мозговой оболочкою. Эти точечные кровоизлияния травмируют поверхностный слой тангенциальных волокон и вызывают даже склеротический процесс. Таким образом прогрессивно поражается материальный субстрат психических процессов и мы получаем ускоренную психическую инвалидизацию эпилептиков. Учащение же припадков, повидимому, зависит от общего истощения организма и процесса расстройств обмена веществ в результате голодания.

Для уяснения вопроса, какие формы заболеваний сделались преобладающими под влиянием голода, мы разработали материал Пермской Психиатрической лечебницы и сделали выборку поступлений по диагнозам за рассматриваемые мною два последних довоенных года (1912 и 1913 г.) и 1920 г., голодный год для города Перми и ближайшей окрестности. При этом поступления показываются по городу Перми с его уездом отдельно (еще лучше было бы брать отдельно по одному городу Перми, как исключительного голодавшего пункту) и по остальным пяти уездам — Оханскому, Осинскому, Кунгурскому, Чердынскому, Соликамскому (или Усольскому) вместе.

На основании таких данных мы можем делать некоторое заключение о причинных моментах, преобладавших в возникновении душевных заболеваний.



Д И А Г Н О З	1912 г.		1913 г.		1920 г.	
	Перм. уезда	Ост. 5 уезд.	Перм. уезда	Ост. 5 уезд.	Перм. уезда	Ост. 5 уезд.
1. Dem. praesox. . . . .	26	32	21	19	87	23
2. Psych. maniacodepr. . . . .	24	25	15	15	50	26
3. Psqch. epilept. . . . .	26	25	34	15	77	25
4. Paral. progr. . . . .	69	50	46	44	80	37
5. Psych. alcohol. . . . .	200	53	269	47	9	4
6. Dem. paran. . . . .	12	13	1	1	24	9
7. Paranoia. . . . .	10	5	1	1	7	2
8. Amentia. . . . .	69	50	93	74	191	32
9. Dem. e laes. cer. org. . . . .	28	15	19	9	26	4
10. Dem. arter. . . . .	5	6	3	3	5	1
11. Dem. sen. . . . .	13	4	5	12	32	10
12. Imbecillitas. . . . .	7	8	3	1	51	11
13. Degeneratio. . . . .	44	23	22	10	68	11
(Hyst, Psychasth., Neurasth).						

Эта сравнительная таблица дает нам возможность сравнивать: 1) местность с населением голодающим (гор. Перми с ближайшей окрестностью) с местностью в 1920 г. на голодавшей (преоблад. сельск. население не голодало тогда)—5 уездов; 2) можем сравнивать годы довоенные 1912 и 1913 г.г. с годом голодным 1920-м; 3) можем сравнивать между собою формы заболеваний в отношении их преобладания.

В отношении голодавшей Перми мы имеем увеличение в резкой степени заболеваний юношеского слабоумия, маниакально-депрессивного психоза, эпилептического психоза и прогрессивного паралича.

Первые две формы заболеваний учащены несомненно в результате резкого расстройства обмена веществ на почве голодания, вследствие чего выявилось шизофреническое или циклотимическое предрасположение организма.

Эпилептическая психическая инвалидизация, как мы уже упоминали, вызвана учащением припадков, сопровождающихся точечными кровоизлияниями на поверхности коры головного мозга (см. выше). Учащение же припадков мы имеем в результате истощения организма, а также расстройства обмена веществ, который должен быть для эпилептиков особенно урегулирован. В конечном счете увеличение числа припадков сводится к тому же общему причинному моменту—к голоду.

Прогрессивный паралич, по мнению большинства современных исследователей, в том числе и Крепелина, является заболеванием коры головного



мозга в результате его поражения продуктами самоотравления организма на почве люэтического поражения всех его органов, так или иначе связанных с кровообращением, главным образом органов с секреторными функциями. Следовательно хроническое голодание с расстройством обмена веществ и ускорило проявление болезни, которая, может быть, даже совсем не имела бы места.

Алкогольные психозы с запрещением алкоголя дают по Пермскому уезду всего 9 поступл. за 1920 год вместо 200 пост. за 1912 г. и 269 пост. за 1913 г.

Параноидное слабоумие, отчасти относящееся к группе юношеского слабоумия, дает значительный процент повышения поступлений по тем же причинам, что эта группа.

Первичное помешательство, природу какового заболевания до сих пор не удалось еще установить с достаточною определенностью с естественно-научной точки зрения, особых колебаний в своем числе в зависимости от голода не показывает.

Аментивные состояния, к каковым отчасти отнесены остальные психозы истощения, дают большой процент повышения поступлений, как заболевания на почве истощения, и в результате перенесенных инфекционных болезней в виду свирепствующих эпидемий, а последние в свою очередь сильно поддерживаются голодом в стране.

Психозы на почве очагового поражения головного мозга не дают резких колебаний в числе.

То же самое мы имеем и в группе артериосклеротических психозов.

Группа старческого слабоумия дает некоторое повышение числа вследствие ускоренной инвалидизации нервной системы под истощающим влиянием голода.

Группа врожденной недоразвитости и дегенеративных психозов, куда входят и все истерики, психастеники, неврастеники, дегенераты-преступники от суда, администрации и из исправительных домов, дает весьма значительное повышение поступлений под влиянием голода. Как уже было упомянуто, дегенеративные элементы, не обладая достаточною приспособляемостью и сопротивляемостью организма, под влиянием тяжелых условий, особенно голода и истощения, легко подвержены душевным заболеваниям, ярко выявляя заложенные в их конституции психопатические задатки; поддаваясь же легко своим примитивным растительным рефлексам, под влиянием интенсивного раздражителя—голода при безпросветной нищете, они удовлетворяют потребности



организма, с легкостью переступая через какие бы то ни было общественные нормы; отсюда и увеличение кадра преступников в обществе.

В отношении остальных 5 уездов, не пострадавших от голода в размерах пермских, а в большинстве своем совершенно не пострадавших, мы имеем в 1920 году среднее число поступлений по большинству форм заболеваний в сравнении с довоенным временем.

Алкогольные психозы естественно сведены почти на-нет с общим запрещением алкоголя.

Некоторые формы заболеваний дают некоторое понижение числа поступлений. К таким случаям относятся такие, в которых представляется некоторая возможность содержать больных в домашней обстановке при некотором самостеснении. Последнее обстоятельство указывает на недоверие населения к лечебнице в виду ее современного смертоносного действия, если можно так выразиться. На словах и на деле такое недоверие активно высказывается теми, которые своих больных в лечебницу привозят, но тут же начинают изыскивать всякие способы к лечению в домашней обстановке, что касается общего характера цифровых данных о формах заболеваний за 1920 год, то преобладающие формы в сравнении с довоенными годами 1912 и 1913 г.г., указывают, что отличительными господствующими причинными моментами в возникновении душевных заболеваний 1920 года по Пермскому уезду было расстройство обмена веществ и истощение, естественно связанные со свирепствовавшим в этом районе голодом.

Констатируя тяжелые последствия в области душевных заболеваний от разразившегося над страной стихийного бедствия в виде необычайного хронического недоедания и голода, нарушающих основы обмена веществ и коверкающих и расстраивающих функции организма, мы невольно должны себе поставить вопрос, не может ли отражаться этот разрушительно, или во всяком случае изменяюще, действующий на обмен веществ фактор — не может ли он отражаться на потомстве людей, ныне претерпевающих на своем организме это хроническое тяжелое недоедание и голодание.

По этому вопросу мы можем находить ориентировку только в науке о наследственности, или вернее в науке о генетике, т. е. о рождении и происхождении организмов. Этот вопрос сам по себе большой и требует тщательного исследования, а рамки настоящего очерка совершенно не позволяют распространяться по этому крупному вопросу. Отмечу только в кратких чертах общие его контуры.



Во-первых, ряд наблюдений в окружающей природе с несомненностью доказывает влияние внешней среды не только в смысле изменения инстинктов, но также и структуры организмов.

Далее мы имеем указания, что питание производящего поколения играет роль на те или другие структурные видоизменения у потомства.

Вот что пишет Васман в своем труде „Сравнительные последования душевной жизни муравьев и высших животных“:

„Известно, что у домашней пчелы из еще молодой рабочей личинки посредством увеличения соответствующей ячейки и перемены корма может быть выведена настоящая матка. По Грасси и Сандиасу и у термитов различный способ кормления личинок, в особенности различные отделения слюнных желез у коршилиц имеют большое значение для дифференцировки принадлежащих к одному и тому же полу каст. То же самое имеет вероятно значение и по отношению к муравьям и при том в еще большей разнообразной степени, чем у домашних пчел“. Далее он говорит: „что выйдет из оплодотворенного яйца, крылатая или совершенная самка или нормальный рабочий или промежуточная форма, это повидимому зависит от ухода в молодом возрасте“.

У доктора Фридриха Кнауэра в его труде „Муравьи“ находим мнение исследователя Эмери, который высказывается в отношении полиморфизма муравьев, „что появление на свет той или иной особи в значительной мере зависит от условий питания, которые и обуславливают полиморфизм; по его мнению, зачатки различных частей тела или особенности организации самок и рабочих, заложенные в зародыше, одинаковы, и только вследствие различного питания в каждой муравьиной общине могут образоваться крупные и маленькие, плодовые и бесплодные самки и между ними опять-таки целый ряд переходных форм“. Что касается вариации муравьиного потомства, то они касаются самых существенных органов их структуры. В особенности интересны глубокие различия в развитии так называемых Дюжарденовых телец в мозгу, которые определены, как носители высших духовных способностей общественных насекомых. Затем видоизменения касаются и структуры половых органов. Есть возражения взглядам Эмери, но на ряду с этим имеется ряд фактов как в свободной природе, так и среди данных эксперимента, подтверждающие их.

У Гольдшмидта в его „Основах учения о наследственности“ находим такое его мнение, что полиморфизм обуславливается не внешними факторами, а факторами внутренними, за основу которых он принимает изменения в химических свойствах клетки. Внешние факторы, выходит, действуют в этом отношении постольку, поскольку они влияют на химические свойства клетки.



Из теоретиков наследственности эволюционисты признают с определенностью наследственную передачу приобретенных свойств. По пангенетической теории Дарвина, теории геммул. согласно которой зародышевая клетка состоит из геммул. — мельчайших частиц от всех клеток организма последняя является следовательно собирательной клеткой всех свойств и всех признаков клеток организма. Таким образом все приобретенные изменения в клетках тела могут и отчасти должны передаваться через собирательную зародышевую клетку потомству. По теории Вейсмана со строгим разграничением зародышевой и соматической плазмы, соматическая плазма никогда не может давать зародышевой плазмы, только обратное явление представляется правилом.

По его теории, приобретенные изменения в соматической плазме не могут передаваться потомству. Может же только передаваться изменение, приобретенное зародышевою плазмой, но такое изменение, по его мнению, возможно разве только видом питания.

Не удалось нам рассматривать вопрос с точки зрения менделизма и приходится вообще оставить этот вопрос для более обстоятельного рассмотрения.

Пока из рассмотренного явствует, что такие колоссальные изменения в питании организма, какие проводятся в нынешний голод, (при чем все изменения отрицательного свойства как в количественном, так и в качественном отношении), должны заставить нас ожидать тяжелых явлений массового вырождения потомства голодающих.

На основании вышесказанного прихожу к следующим выводам:

1. Голод и недоедания являются интенсивным фактором в повышении душевной заболеваемости. Голод, благодаря изменению им условий обмена веществ в организме в связи также с общим его истощающим действием способствует выявлению заложенных в организме психопатических задатков. Создавая же условия для аутоинтоксикации организма, голод может вызывать заболевание и наследственно здоровой нервной системы.

2. Голод, понижая сопротивляемость и защитительную реактивность организма, задерживает поправление душевного заболевания и способствует летальному исходу болезни.

3. Голод способствует летальному исходу и таких заболеваний, которые в обычное время дают даже частичные поправки (юнош. слаб.), временные довольно длительные поправки (циклотимий) и полное поправление (аментивные формы).

4. Необходимо незамедлительно обратить внимание на состояние психиатрич. лечеб. заведений и вернуть им их лечебный характер, чтобы не



только в интересах гуманности, но и в интересах государственных восстановить дело лечения душевно-больных и предоставить возможность обществу и государству получать обратно полезных работников из числа могущих выздоравливать, а теперь гибнущих в ужасающих размерах.

5. Необходимо озаботиться о том основном элементе лечебного фактора, об ухаживающем персонале, голодующем, который может быть в специальной своей отрасли трудоспособен, когда он будет хотя бы минимально обеспечен в своих элементарных потребностях, чтобы он с достаточным спокойствием, достаточной уравновешенностью мог выполнять свои иннервирующие обязанности по уходу за душевно-больными, для которых специально поставленный уход является одною из главных основ их лечения и наиболее двигающим дело поправления больного.

6. Необходимо произвести перепись душевно-больных в населении и установить по известной схеме регулярную регистрацию в целях рационального и полного учета психич. здоровья населения, необходимого для правильной постановки мероприятий по охране здоровья и лечению.

7. Общество и государство должны усугубить свое внимание на состояние голода в стране и усилить мероприятия для борьбы с ним, так как он является не только страданием для голодающих, но и угрозой для будущих поколений в смысле развития патологических наследственных задатков с общим понижением сопротивляемости нервно-психической сферы и увеличением кадра дегенератов, дающих обычный опасный преступный элемент или в лучшем случае понижающих уровень нормальной жизнедеятельности общества.

Прения по докладу о голоде:

Тов. *Кожевников* говорит о прошедших перед его глазами ужасных картинах голода осенью прошлого года, об условиях, в каких приходилось работать по ликвидации многотысячного скопления беженцев у Пермского вокзала, о трудностях с такими, наконец, был ликвидирован этот очаг заразы. Переходя к общим условиям борьбы с голодом, оратор говорит, что рабочий класс откликнулся на это бедствие, не для активной помощи шел туго, последователи Христа агитировали против, Милюков и эмигранты тормозили дело помощи из за границы. Вследствие всех этих причин помощь шла недостаточно и люди гибли. Он предлагает от имени с'езда выпустить воззвание к населению с призывом бороться с голодом.

О докладе д-ра Ильона оратор говорит, что он его не удовлетворяет. Нет статистических данных о том, как голод влияет на психику человека. Нет также практических предложений для проведения в жизнь.



Д-р Курдов также замечает, что вопрос с научной стороны доказан недостаточно об'ективно, не обоснован достаточной статистикой.

Далее для информации он сообщает о людоедстве в Челябинской губ. Губисполком, собрав этих людоедов в числе 2—3 десятков, обращается в Университет и ученые медицинские об-ва с просьбой обследовать их психическое состояние.

Переходя к вопросу о борьбе с голодом, оратор подтверждает слова тов. Кожевникова о том, что у нас не видно живой организационной борьбы с голодом всего общества. В этом отношении надо было представить больше инициативы местным работникам. У нас же инициатива предоставлена только правительственным органам. В этом ошибка, которую быть может не поздно исправить. Опасаться посторонних задач нет оснований.

В заключительном слове д-р Ильон объясняет, что, за краткостью предоставленного ему времени для доклада, он не успел обосновать свои положения цифровыми данными, которые у него имеются и будут полностью даны для журнала заседаний Съезда.

В заключительном слове д-р Кармышев говорит, что никогда еще кампания против голода не велась так широко, как у нас в РСФСР, нет ни одного глухого уголка, где бы не было комитета, где бы не велась посевная кампания и т. д. И наша Пермская губерния всетаки выходит с честью из положения, хотя на совещании Губздравов Северной области в Москве было выяснено, что положение в ней наиболее тяжелое.

*Доклад вместе с научными выводами из него принят к сведению.*

После того по предложению президиума решено доклад о Съезде бактериологов перенести на Съезд врачебной секции, как имеющей чисто научный, врачебный интерес.

Предоставлено слово профессору Парину для доклада о выпуске периодических изданий.

Докладчик говорит о духовном голоде медицинских работников и отсюда о необходимости создать местный журнал, имеющий задачей с одной стороны удовлетворить научной потребности, помещая протоколы научных заседаний и др. научных трудов, с другой — обслуживать весь Прикамский край в практическом отношении, удовлетворяя запросы медработников, давая им данные о положении дела в науке, освещая практические задачи момента, как в лечебном, так в санитарно-гигиеническом отношении. Журнал должен стремиться объединить научно-практическую работу врачей Прикамского края. Пред-



лагается выпустить от 4 до 6 номеров в год, размером 2—4 печ. листа. Предполагаются следующие отделы: оригинальные научные статьи, общественная медицина, рефераты русской и иностранной литературы, практические наблюдения, деятельность мед. обществ, медицинская хроника. Приложения: отдельные исследования.

#### Прения по докладу.

В прениях по докладу д-р *Курдов* сообщает довольно сложную историю издания медицинского журнала в Екатеринбурге, где накопился для этого достаточный материал после живой работы медицинского общества. Само об-во в единственном числе за издание взять не решалось. Запросило содействия по округу, но ответа не было. Обратились к местным органам междуведомственных отраслей медицины, но здесь не могли преодолеть междуведомственных трений. В конце концов от об'единения пришлось отказаться. Первый номер взялся выпустить Губздрав, он уже печатается. Но что будет дальше—неизвестно. Оратор предлагает воздержаться от стремления каждому издавать свой тонкий, нежизнеспособный журнал, а соединиться и вести дело более прочно и солидно.

Проф. *Чирковский* полагает, что в виду необыкновенной дороговизны печатания, бумаги и проч., издание периодического журнала, как у нас и в Екатеринбурге, так и общего—невозможно. Журналы эти не будут жизнеспособны. Единственно, что можно поставить своей задачей—это временное издание трудов мед. общества. Центральную журнальную литературу он предлагает поддерживать, как наиболее располагающую данными на существование.

Тов. *Кожевников* говорит о необходимости ввести в журнале политический отдел для освещения профессиональных нужд медработников.

В заключительном слове профессор *Парин* полагает, что журнал в будущем может иметь успех. Количество сотрудников достаточно: научное об-во факультет, молодые научные работники, работники на местах. Конечно имеются материальные затруднения, но начало скромное 2—3 печатных листа. Вопрос о слиянии с Екатеринбургским журналом он не хочет предрешить, может быть сама жизнь на это натолкнет. Возражает против политичности журнала.

Вносится предложение: журнал признать желательным, вопрос о содержании журнала еще раз поставить на обсуждение в научно-мед. обществе, в виду вносимого нового пункта, выяснить материальную сторону дела.

Предложение принимается.



*Чтение и голосование резолюции, положений и выводов по докладам.*

После этого заседание переходит к голосованию резолюций по докладам, принятых в принципе и сданных в редакционную комиссию для детальной обработки.

От редакционной комиссии д-р *Орлов* оглашает резолюцию по докладу д-ра *Карамышева* „Органы Здравоохранения в условиях новой экономической политики“, состоящую из 15 следующих пунктов:

1. Съезд считает необходимым всеми силами бороться с распылением и с расчленением медико-санитарного дела, не допуская дробления учреждений Здравоохранения между отдельными организациями и учреждениями Медицина должна быть едина. Органы здравоохранения должны сохраниться нетронутыми и укрепить в процессе новых условий.

2. Центр тяжести ведения лечебного дела должен быть перенесен в уездные органы здравоохранения, которые обслуживают медико-санитарное дело из местных уездных фондов.

3. Воисполкомы путем объединения вокруг лечебных учреждений привлекаются Уездврагделами ко всяческому содействию для поднятия хозяйственно-материальной стороны учреждений здравоохранения.

4. На ряду с уездным фондом образуется губернский фонд, за счет которого должны содержаться учреждения губернского типа, межуездного характера, санитарные организации и дополнительный штат органов здравоохранения.

5. Борьба с эпидемиями ведется средствами уезда, губернии и государства в зависимости от размеров и характера эпидемий, согласно особо выработанных положений.

6. На государство должно быть возложено субсидирование крупных санитарных мероприятий, мероприятий по борьбе с распространенными крупными эпидемиями и содержание специальных лечебно-санитарных учреждений губернского и областного типа.

7. Считаясь с тяжелым экономическим положением губернии, Съезд полагает, что резкий переход на местные средства в настоящее время не возможен и ходатайствует перед НКЗ о срочном отпуске кредитов на здравоохранение по Пермской губернии до осенних месяцев.

8. По вопросу о размере денежных сумм и других налоговых поступлений, подлежащих ассигнованию на здравоохранение из местных источников Съезд полагает, что сюда должно быть отнесено не менее 30% всех видов поступлений.



9. Рабочая медицина должна оставаться в руках органов здравоохранения с привлечением представителей хозяйственных органов и профессиональных организаций. Лечебно-санитарные учреждения, хозяйственную сторону которых берет на себя предприятие, в административно-лечебном отношении должны всецело находиться в ведении и подчинении здравотделов.

10. Структура здравотделов и Губздрава в сжатом виде должна охватывать все выдвинутые предыдущей работой и жизненно необходимые подотделы, при чем в уездах, безусловно, должна быть сохранена санитарная организация и охрана материнства и детства, в Губздраве п/отделы: Лечебный, Санитарно-эпидемический, Организационный и Омлад.

11. Минимальный штат согласно количества отпущенных от государства пайков в числе 3-х для уездравов и 29 для Губздрава недостаточен и доводится до действительной потребности не менее 10 для уездравов на местные средства (уездные и губерньские).

12. В виду того, что в настоящее время нельзя рассчитывать быстро перейти на местные средства, необходимо выдвинуть некоторые новые практические положения, как-то: платность мед. помощи, перерасчеты и ведение хозяйственно-коммерческих операций.

13. Принцип бесплатности мед. помощи временно быть может нарушен, причем здравотделы должны стремиться оправдывать расходы по закупке медикаментов и лечению больных косвенным путем, путем соглашения с исполкомами и организациями, так как прямой путь в большинстве случаев может повести к понижению обращаемости за медицинской помощью.

14. Перерасчеты с организациями междуправительственного характера должны быть проведены в жизнь. Также перерасчеты со страховыми кассами за бесплатное лечение рабочих и служащих и с друг. организациями и учреждениями, смотря по местным условиям.

15. Здравоотделам необходимо иметь собственные ценности, для чего рекомендуется вступать в качестве пайщиков в кооперативные товарищества по закупке медикаментов и др. предметов, необходимых для лечения больных, а также вести самостоятельно торговые операции в зависимости от местных условий. Кроме того рекомендуется при лечебных учреждениях развивать свое хозяйство, огородничество и засев хлебов, где это возможно.

При голосовании по пунктам *резолюции принимается*, за исключением 12, 13, 14 и 15 пунктов, вызвавших прения, в которых указывалось, что пункты эти не точно отражают мнение Съезда, изменены, а в некоторых местах излишне детализированы, наприм., в п. 15 о хозяйствен-



ном подходе к делу, что было декретировано и естественно проводится в жизнь, где это представляется возможным.

Голосованием постановлено: пункт 15 из резолюции исключить, пункты 12, 13, 14 переработать, согласно высказанных положений.

Продолжение заседания перенесено на вечер.

### Вечернее заседание 5-го июня.

Зачитывается пункт 12 резолюции в новой редакции и большинством голосов принимается взамен прежних 12, 13 и 14 пунктов следующего содержания: „Съезд высказывается за сохранение принципа бесплатного лечения больных, допуская взимание платы за медикаменты по частным рецептам врачей и перерасчеты со страховыми кассами, различными организациями и предприятиями. (Полная резолюция в новой редакции помещена в гл. III § 1).

Оглашается и принимается резолюция по докладам д-ра *Карамышева* и тов. *Басова* по страховой медицине. (См. гл. III, § 2).

Оглашается и принимается с незначительными поправками резолюция по Оздравдету. (См. гл. III, § 3).

После того зачитываются положения и практические выводы по докладам: д-ра *Александрова*, д-ра *Лысковского*, профессора *Протопопова*, д-ра *Катаева* и д-ра *Черномордика* и принимаются с небольшими поправками (резолюции помещены в III главе, §§ 4, 5, 6, 7 и 8).

Затем заседание переходит к заслушание результатов работ секций.

1. По санитарно-эпидемической секции сообщает д-р *Орлов* и зачитывает положение и практические выводы (помещенные в гл. III, § 9).

Положения санитарно-эпидемической секции заседанием принимаются.

По Лечебной секции делает сообщение д-р Яхлаков и зачитывает резолюцию, помещ. в гл. III, § 10.

Резолюция лечебной секции принимается с поправкой: не прекратить, а пересмотреть договор с Райметаллправлением.

По секции хозяйственно-материальной и снабжения сообщение делают тов. *Кожевников* и тов. *Наседкин*. (См. гл. IV, § 3).

Положения и практические выводы хозяйственно-материальной секции съездом принимаются. (См. гл. III, § 11).

Затем после краткой речи д-ра *Карамышева*, в которой он благодарит участников Съезда и желает успешной работы на местах и после выра-



жения благодарности С'езда председателю, Губернский С'езд Здравоохранения и общественных медицинских работников *объявляется закрытым.*

## **Резолюции, положения и выводы, принятые Губернским с'ездом по здравоохранению Пермской губернии 5 го июня 1922 года.**

### **§ 1.**

*Резолюция по докладу д-ра Карамышева: „органы здравоохранения в условиях новой экономической политики и основные задачи здравоохранения“.*

1. С'езд считает необходимым всеми силами бороться с распылением и расчленением медико-санитарного дела, не допуская дробления учреждений здравоохранения между отдельными организациями и учреждениями. Медицина должна быть едина. Органы здравоохранения должны сохраниться нетронутыми и укрепить в процессе новых условий.

2. Центр тяжести ведения лечебного дела должен быть перенесен в уездные органы здравоохранения, которые обслуживают медико-санитарное дело из местных уездных фондов.

3. Воисполкомы путем о'единения вокруг лечебных учреждений привлекаются уездными органами ко всяческому содействию для поднятия хозяйственно-материальной стороны учреждений здравоохранения.

4. На ряду с уездным фондом образуется губернский фонд, за счет которого должны содержаться учреждения губернского типа, межуездного характера, санитарные организации и дополнительный штат органов здравоохранения.

5. Борьба с эпидемиями ведется средствами уезда, губернии и государства в зависимости от размеров и характера эпидемий, согласно особо выработанных положений.

6. На государство должно быть возложено субсидирование крупных санитарных мероприятий, мероприятий по борьбе с распространенными крупными эпидемиями и содержание специальных лечебно-санитарных учреждений губернского и областного типа.

7. Считаясь с тяжелым экономическим положением губернии, с'езд полагает, что резкий переход на местные средства в настоящее время не возможен и ходатайствует перед НКЗ о срочном отпуске кредитов на здравоохранение по Пермской губернии до осенних месяцев.



8. По вопросу о размере денежных сумм и других налоговых поступлений, подлежащих ассигнованию на здравоохранение из местных источников, съезд полагает, что сюда должно быть отнесено не менее 30% всех видов поступлений.

9. Рабочая медицина должна оставаться в руках органов здравоохранения с привлечением представителей хозяйственных органов и профессиональных организаций. Лечебно-санитарные учреждения, хозяйственную сторону которых берет на себя предприятие, в административно-лечебном отношении должны находиться всецело в ведении и подчинении здравотделов.

10. Структура Уездздравотделов и Губздрави в сжатом виде должна охватывать все выдвинутые предыдущей работой и жизненно необходимые подотделы, при чем в уездах безусловно должна быть сохранена санитарная организация и охрана материнства и детства, в Губздраве подотделы лечебный, санитарно-эпидемический, организационный и омлад.

11. Минимальный штат, согласно количества отпущенных от государства пайков в числе 3-х для уездздравов и 29 для губздрави недостаточен и доводится до действительной потребности не менее 10 для уездздравов на местные средства (уездные и губернские).

12. Съезд высказывается за сохранение принципа бесплатного лечения больных, допуская взимание платы за медикаменты по частным рецептам врачей и перерасчеты со страховыми кассами, различными организациями и предприятиями.

## § 2.

*Резолюция по страховой медицине по докладам д-ра Карамышева и тов. Басова.*

1. Съезд считает правильной и необходимой организацию комиссий при органах здравоохранения губернских и уездных в составе представителей по одному от здравоохранения, профсоюзов и хозорганов.

2. Комиссии эти организуются по принципам производства в рабочих центрах, как и страховые комитеты и в своей работе подчиняются по месту тяготения тех центров, где они функционируют, губздраву или уездздраву.

3. Комиссии имеют задачи: 1) наблюдать за направлением страховых фондов по их прямому назначению и 2) регулировать взаимоотношения между хозорганами, профсоюзами и здравотделами в деле оказания медицинской помощи застрахованным.



§ 3.

*Резолюция по докладу д-ра Дьяковой об охране здоровья детей.*

1. Сохранить в Губздраве подотдел охраны здоровья детей, хотя бы в лице одного заведывающего. В уездном масштабе подотдел может быть слит с охраной материнства и младенчества.

2. Сохранить школьно-санитарный аппарат, а так же те показательные учреждения, которые существуют, не разворачиваясь шире.

3. Учреждения Оздравдета следует сохранить путем прикрепления их к хозяйственным организациям и заводам, которые дают материальную часть; руководство же постановкой дела и медико-санитарное наблюдение находится в руках оздравдета.

4. Оздравдету совместно с наробразом предлагается принять меры к учету и обеспечению нищенствующих детей.

5. Съезд высказывается за планомерное проведение в жизнь санитарного просвещения среди учащейся молодежи путем преподавания курса гигиены в школах, начиная со старшей группы I ступени, устройства чтений и бесед.

§ 4.

*Резолюция по докладу д-ра Александра.*

Губернский съезд здравотделов, заслушав доклад врача Александра на тему: „борьба с венерическими заболеваниями“ постановил: в виду усиленного распространения венерических заболеваний среди населения как полового, так и внеполового:

1. Развить максимальную культурно-просветительную деятельность в виде чтений, лекций, раздачи листовок, брошюр на эти темы среди всего населения, особенно уделить огромное внимание на санитарно-просветительную деятельность по венерическим заболеваниям среди молодежи обоего пола.

2. Привлечь для этой цели все культурные силы губернии: врачей, педагогов, союзы молодежи и т. д.

3. Как временную меру для борьбы с венерическими заболеваниями, ввести периодически телесный осмотр служащих столовых, пекарен, бань, прачечных, нянек, сиделок, воспитательниц, кормилиц разного рода детских домов.

4. Отделу браков: не разрешать браки без медицинского свидетельства желающих вступить в брак лиц.



5. Признать крайне необходимым введение в средней и высшей школе преподавание гигиены, гигиены брака, курса социальных болезней.

6. Признать желательным сохранение существующих кожно-венерических лечебниц и амбулаторий и открытие новых амбулаторий и венерических отделений, где это возможно.

7. Тщательно вести регистрацию венериков.

8. Восстановить секции, советы по борьбе с социальными болезнями.

9. Стремиться держать определенное количество кожно-венерических коек по г. Перми и губернии,—так в Перми 50, в уездных больницах—10, в участковых—5 коек.

10. В случае уменьшения эпидемии сыпного тифа, весь аппарат по борьбе с эпидемией предоставить для лечения венериков.

11. Привлекать специалистов врачей для работы в венерических лечебницах, в случае крайней необходимости прибегая к трудпovinности.

12. Устроить курсы для лекпомов по лечению венериков желательно.

## § 5.

*Выводы доклада „о признании душевно-больных хроников д-ра Лысаковского“.*

Пермская психолечебница является непотребляющей, а, по преимуществу, производящей организацией, плохая постановка дела в которой причиняет значительный ущерб государству и обществу.

1. Разные виды учреждений признания психических хроников организуются и управляются органами здравоохранения, органам же соц. обеспечения принадлежит, согласно инструкций центра, функция изыскания средств в надлежащих случаях и предоставления их zdravotделу.

2. Содержание душевно-больных должно быть отнесено частью на средства государства (арестованные, испытуемые, красноармейцы, а так же инвалиды труда), частью на страховые взносы (времен. потерявшие трудоспособность рабочие и служащие по найму) частью же, наконец, на собираемые с населения городского и сельского налоги, по точному смыслу, соответствующих распоряжений правительства.

3. Ближайшая забота о душевно-больных хрониках на местах осуществляется участковыми попечительствами, состоящими при участковых санитарных советах, связанных в свою очередь с уездным санитарным советом.

4. Из наличного состава больных психолечебницы  $\frac{1}{5}$  часть, т. е. около 70 человек должны быть переведены на средства Губ. Соц. Обеспечения, как хроники.



5. В связи с снятием психолечебницы с государственного снабжения она переживает тяжелый кризис, угрожающий самому ее существованию.

6. В целях сохранения за лечебницей свойственных ей лечебных функций и дальнейшего расширения их необходимо:

а) улучшить условия содержания больных и тем предотвратить превращение излечимых форм в хронические, а равно ускорить годичный оборот коек в лечебнице,

б) вернуть в ее пользование все ранее принадлежавшие ей помещения,

в) сохранить за ней земельную колонию на Липовой Горе, или же получить взамен ее равноценную во всех отношениях компенсацию,

г) вернуть ей изъятые у нее мастерские и инструментарий,

д) немедленно, в целях разгрузки лечебницы от хроников, приступить к организации призревания душевно-больных хроников и инвалидов, как в губ. центре, так и, особенно, на местах, устраивая патронажи, приюты для идиотов, эпилептиков, инвалидные дома и т. д.

## § 6.

*Выводы по докладу профессора Протопопова о борьбе с психическими заболеваниями.*

1. Душевные заболевания являются наиболее типичными социальными болезнями, сопровождающими собой процесс развития общественного строя, имея склонность к увеличению процента заболевающих, они угрожают вырождению государства, а посему борьба с развитием душевной заболеваемости является насущной государственной задачей, которая не может быть отстраняема какими бы то ни было другими целями и задачами.

2. Психопомощь области из 4-х губерний находится в настоящее время в совершенно неудовлетворительном положении и, в виду ее первостепенной важности, необходимо принять самые экстренные меры к поднятию ее на должную высоту.

3. Психиатрическая помощь населению области, выражающаяся в лечении острых душевно-больных и призерении хроников, может успешно выполняться лишь при наличии обширной благоустроенной и правильно функционирующей психолечебницы и колонии.

4. Расходы по обслуживанию психолечебницы и колонии, больных и персонала пропорционально распределяются между 4-мя обслуживаемыми ею губерниями.



5. В виду областного значения Пермской психолечебницы и ее колонии в нормальной их деятельности заинтересованы все обслуживаемые ими губернии, а посему всякие существенные перемены в ее жизни могут производиться лишь с обоюдного согласия Губисполкомов и Губздоров 4-х губерний.

6. Судьба психиатрической колонии на Липовой Горе может быть решена лишь на основе соглашения исполкомов и здравотделов 4-х губерний.

### § 7.

*Практические выводы из доклада д-ра Катаева, принятые с'ездом.*

1. Борьба с социальными болезнями вообще и с туберкулезом в частности должна быть включена в круг обязательных государственных задач.

2. Местные правительственные органы в деле противотуберкулезной борьбы должны осуществлять автономно общегосударственный план и проявлять полную инициативу в зависимости от местных условий.

3. Фактическая противотуберкулезная борьба осуществляется под руководством местных туберкулезных секций, которые должны составлять автономную часть санитарно-эпидемического подотдела и должны быть восстановлены в тех местах, где они были ликвидированы и вести работу в полном контакте с заинтересованными учреждениями и ведомствами.

4. На местах должны работать советы по борьбе с социальными болезнями со свободным входением в них представителей от органов Собеда, профессиональных союзов, кооперативов и всех объединений, представляющих широкие массы в целях культурно-просветительной работы или непосредственно в медико-санитарной или материальной помощи.

5. Мероприятия по борьбе с тбс финансируются равным образом как из центральных, так и местных бюджетов.

6. В центре местной работы должен стоять диспансер со всеми его вспомогательными учреждениями. Диспансерская помощь, как основа, не должна подлежать никаким ограничениям и доступности, принцип бесплатности сохраняется.

7. Борьба с туберкулезом у детей, начиная с грудного возраста и кончая подростками, должна быть выдвинута, как одна из первоочередных задач в общем плане борьбы с туберкулезом.

8. Показательные детские учреждения противотуберкулезного характера должны щадиться при всякого рода сокращениях и свертываниях.



9. В виду крайней недостаточности работников по тbc и в виду их спецификации, требующей самоотверженности в связи с опасностью заражения, необходимо: 1) поставить их в наиболее благоприятное материальное положение и 2) их опыт и знание должны быть использованы исключительно на дело борьбы с тbc.

10. Создать и открыть туберкулезный научный институт при медфаке Пермского университета, учредить обязательно кафедру по туберкулезу на медфаке.

11. Научная командировка врачей в научные туберкулезные институты на 1—2 год для специализации по туберкулезу.

12. Устройство дневных и ночных санаториев при диспансерах.

13. Строгая статистика тbc больных и единая классификация тbc по Turbon'y.

14. Открыть в окрестностях Перми санаторий для взрослых до 100 коек (Н. Курья).

15. Санитарная пропаганда обязательна.

16. Обязательное присутствие врачей диспансеров и санаториев в курортно-отборочных комиссиях.

## § 8.

*Положения доклада д-ра Черномордик: голод и его последствия.*

1. По географическому своему положению Пермская губерния является преддверием Урала.

2. Массовый приток голодающих в Пермскую губернию во 2 половине 1921 года способствовал развитию в губернии эпидемии.

3. Эпидемия холеры в 1921 году распространялась преимущественно водным путем; эпидемия тифов по реке и железной дороге.

4. В голодных уездах эпидемия большого развития не получила.

5. В виду сильного наплыва голодающих в благополучных уездах, эпидемия тифов получила сильное распространение.

6. Санитарный аппарат губернии слишком слаб для должного противодействия сильному натиску эпидемии.

7. Борьба с эпидемией не может и не должна протекать изолированно в рамках административных делений республики, а должна вестись согласованно с соседними губерниями и даже во Всероссийском масштабе.



8. Необходимо установить эпидемичность тех или иных заразных заболеваний в каждой губернии, равно своевременно учесть появляющиеся в той или иной местности временные эпидемические факторы.

9. В деле борьбы с эпидемией необходима деятельная тесная работа органов здравоохранения: Губздравотдела, Уездздравотделов, железнодорожных и водных органов здравоохранения. При полном руководстве работой по борьбе с эпидемией из упомянутых Губ. и Уездздравотделов.

10. Необходимо органам здравоохранения приступить к неотложной работе оздоровления губернии в санитарном отношении.

11. Выработать воззвание о борьбе с голодом.

### § 9.

#### *Положение по докладу Санитарно-Эпидемической Секции.*

1. По заслушанным докладам с мест выяснена следующая общая картина положения уездов в санитарно-эпидемическом отношении: констатируется хроническое отсутствие института санитарных врачей на ряду с недостатком врачей вообще, что ставит в тяжелое положение уезды по организации вообще каких либо планомерных санитарных мероприятий по борьбе с эпидемиями тифа и холеры, почему и борьба с указанными эпидемиями ведется бессистемно, эпизодически и не достигает цели.

Помимо этого во всех решительно уездах констатируется почти полное отсутствие дезинфекционных камер типа Гелиос, столь необходимых в борьбе с сыпным и возвратным тифами, питательных пунктов, чайных и столовых, столь необходимых в борьбе с холерой. Просветительная работа на местах тормозится перегруженностью врачебного персонала работой, отсутствием листовок, брошюр и проч.

Сарапульский, Осинский и Оханский уезды, имея ту же вышеописанную картину, развал: санитарно-эпидемического дела, являются еще в более безвыходном положении в борьбе с эпидемиями, так как абсолютно не имея заразных барачков, принуждены подавлять жизнь больниц нормального типа, обращая указанные больницы в заразные бараки, закрывая столь нужные для населения отделения больниц — хирургические, терапевтические и гинекологические. Явление ненормальное, ведущее к полному разрушению обычной медицинской помощи на местах и население в лечении этих болезней предоставлено самому себе. Кроме того, уезды эти по причине неурожая переживают момент вымирания населения, что видно из того, что по этим уездам насчитывается до 75% голодающих, смертность среди них 8—10% всего населения. Имея в виду эту общую картину положения уездов и при-



зная, что борьба с эпидемиями вообще должна ложиться всею тяжестью на государство, заседание санитарно-эпидемической секции признает необходимым удовлетворить следующие самые необходимые и неотложные нужды уездов в целях более планомерной и продуктивной работы с эпидемиями:

1. Три уезда, наиболее пострадавшие от голода—Осинский, Сарапульский и Оханский принять на государственное снабжение на 1922—23 г.г., в виду того, что засев на 1923 г. произведен в размере 25—40% и следовательно, предстоящий урожай не может вывести население их из состояния голода.

2. Снабдить эти уезды целым рядом питательных пунктов для взрослых и детей.

Для всех уездов губернии в целом признать необходимым следующие мероприятия:

1. Оборудование сети санитарных участков с санитарным врачом во главе по одному на каждый уезд и по 2 на Осинский, Сарапульский и Оханский; теперь же поставить во главе санитарного дела одного из местных врачей. Секция считает нужным иметь санитарных врачей в крупных заводских центрах за счет заводууправлений, в частности в Кизеловском районе.

2. Устройство и оборудование специальных эпидемических барачных (бельм) предметами ухода за больными и инвентарем, в целях сохранения больниц нормального типа, ныне переведенных на положение заразных барачных, в первую очередь в голодающих уездах и во вторую очередь в остальных уездах.

3. Увеличение теперь же количества эпидемических пайков.

4. Оборудование дезо-камерами по одной на каждый врачебный участок и дезосредствами в достаточном количестве (сера, хлор, известь, мыло и проч.).

5. Оборудование и ремонт в городе бань, прачешень и парикмахерских.

6. Организация при Губздраве эпидемических отрядов для посылки в уезды.

7. Организация курсов в Перми для подготовки дезинфекторов.

8. Выработка единой формы статистической отчетности.

9. Издание литературы по санитарным вопросам и по борьбе с эпидемиями.

10. Предложить местным органам Комхоза и заводууправлениям привести в порядок водопроводы в Кунгуре, Чердыни, Сарапуле, Воткинске и Оханске, вообще упомянутым органам озаботиться улучшением водоснабжения.



В заключение секция считает необходимым отметить героическую работу медицинских работников и младших служащих, которые, находясь в крайне тяжелых жизненных условиях, перенося муки голода и даже умирая голодной смертью, работая в ненормальных условиях почти разрушенного лечебно-санитарного аппарата, прилагают максимум энергии в своей работе.

Секция отмечает то ненормальное условие, что число работников уменьшается, благодаря сокращению штатов, работа их непрерывно увеличивается, а продовольственный паек остается тот же самый, это в лучшем случае, а обычно даже и уменьшается, поэтому секция находит необходимым теперь же в первую очередь снабдить медицинских работников достаточным пайком, хотя бы за счет сокращения штатов по уезду.

### § 10.

#### *Резолюция по докладу Лечебной Секции.*

Лечебная секция, рассмотрев доклады с мест, пришла к заключению, что все уезды губернии в смысле подачи лечебной помощи населению находятся в более или менее одинаковых условиях и нуждаются повсеместно в самых необходимых предметах материального снабжения и медикаментного. Не имея возможности ремонтировать и подновлять здания больниц таковые пришлось запустить до последней степени и в некоторых больницах дело дошло до такого положения, что крыши начали проваливаться и протекать. За отсутствием квалифицированного персонала (врачей) заведывание больницами предоставлено разным фельдшерам, которые не в состоянии вести больницы не в смысле административно-хозяйственном, не в смысле лечебном. Тот же персонал, который имеется, находится в тяжелом материальном положении—голодает и дело доходит вплоть до голодной смерти. Развитие эпидемии и невозможность обслужить эпидемических больных заразными бараками за неимением средств на открытие таковых принудило все больницы соматического типа перевести на положение заразных барakov, уменьшив до минимума количество терапевтических незаразных коек. На основании выслушанных докладов, секция обращается к с'езду с просьбой подтвердить следующие необходимые нужды и требования уездов:

1. Пополнение хирургического инструментария и предметов ухода за больными.
2. Снабжение медикаментами.
3. Открытие закрытых вследствие эпидемии венерических, гинекологических и проч. отделений.



4. Приглашение врачей в каждый уезд по количеству врачев. участков в особенности в Пермский, не имеющий совершенно врачей.
5. Установление правильной однотипной статистической отчетности.
6. Бесплатная медицинская помощь.
7. Ремонт зданий.
8. Снабжение бельем и хозяйственным инвентарем.
9. Улучшение материального положения медперсонала.
10. Организация помощи туберкулезным больным.
11. Устройство беженцев через специальные организации, как Губэвака и проч. при появлении таковых.
12. Кредиты на отправку душевно-больных в Пермскую Психолечебницу.
13. Организация лечебной помощи трахоматизным и чесоточным в Чердынском уезде.
14. Организация уездровоотделов в смысле назначения зав. Лечподом врачей (в первую очередь послать врача в гор. Чердынь в Уездравотдел для заведывания лечподом).
15. Организация специальной врачебной помощи в уездных городах хирургической, гинекологической и глазной.
16. Пересмотреть договор с Райметаллуправлением, как не отвечающий интересам Губ. и Уездравотделам, выработав новый договор, в основу которого были бы положены начала, ограждающие интересы здравоохранения с одной стороны, а с другой стороны в договоре должно быть указано, что вся материально-хозяйственная часть лежит на заводууправлении, а административно-лечебная — на Губ. и Уездах.

## § 11.

### *Положения и практические выводы по докладу Хозяйственно-материальной Секции.*

1. Хозяйственный аппарат губернии оставить при Губздравотделе.
2. Ввести твердую инструкцию по ведению дела хозяйственной стороны и однообразные, упрощенные формы отчетности, наладить тесную связь с местами и информировать уезды о распределении тех или иных предметов по уездам, а также не менее 2 раз в год созывает хозяйственные с'езды.
3. Требовать от Губпродкома полного выполнения нарядов центра на продовольствие, чтобы иметь возможность покрыть задолженность.
4. Полностью обеспечить больницы бельем и больничным инвентарем.
5. На выплату долгов, на содержание персонала, а также на содержание больниц в ближайшее время просить об отпуске кредитов.



## Протоколы и заседания секций.

Протокол заседаний санитарно-эпидемической секции Губернского С'езда Здравоохранения 2 и 3 июня 1922 года.

*Повестка дня:* 1. Доклады из уездов по Санитарно-Эпидемическому делу.

Председатель д-р Орлов.

Секретарь д-р Коновалов.

С Л У Ш А Л И:

Присутствуют 15 членов с'езда.

### *Доклад от Саранульского Уздравотдела.*

Саранулский уезд имеет народонаселение обоего пола 223688 челов. с занимаемой площадью 5806,85 кв. верст. Благодаря развитию эпидемии тифа все почти лечебные заведения нормальные превратились в заразные бараки. Количество эпидемических заболеваний с 1 января по 20 мая следующее: сыпной тиф — 1177, возвратный — 270, брюшной — 236, неопр. — 101, скарлатина — 3, оспа натуральная — 16. Вопрос с оспопрививанием обстоит очень плохо. Имеется в городе только один оспопрививатель. Что касается мер *борьбы с эпидемиями*, в этом отношении необходимо отметить: отсутствие дезинфекционных средств в достаточном количестве. Имеется немного серы, формалина, негашеной извести 50 пуд. и хлорной извести 30 п. В настоящее время имеется всего 5 оборудованных барачков (в том числе 2 барака для холерных больных). Аппаратов Гелиос — 2. Дезинфекторов 12. Необходимо отметить плохую подготовку дезинфекторов. Большинство больных в уезде не изолируется. По волостям организованы санитарные тройки, а в городе — Санитарная Комиссия. Большой рост эпидемических заболеваний (80%) дает железная дорога. Среди беженцев наблюдается больше заболеваний брюшным тифом, в уезде главным образом — сыпной тиф среди местного населения. Бани в городе не функционируют. Имеется 1 баня гарнизонная с пропускной способностью в 300 чел. в день и 1 баня в Воткинском заводе. Имеется питательный пункт Наркомздрава на 5000 чел. (по уезду в волостях организованы столовые от Комголода). В городе имеются частные чайные, которые осматриваются в санитарном отношении.

*Водоснабжение:* часть населения пользуется водопроводом, часть получает воду из колодцев. За последнее время источником заразы являются постоянные дворы и дом „ожидания“ на железной дороге, который пришлось



прикрыть. Для успешной борьбы необходимо увеличение дезо-средств, дезинфекционных аппаратов и приобретение формалиновой камеры. Эпидемический персонал не выделен из общего медперсонала. Существует три эпидемических отряда в уезде. Кроме того существуют санитарные наблюдатели, которые особого вознаграждения не получают, но освобождаются от некоторых трудностей. Медицинский персонал следующий: врачей 7, фельдшеров школьных 10, ротных 19, сестер милосердия 22, акушеров 12. Больниц всего имеется 4, приемных покоев 2 и фельдшерских пунктов 18. Коек общих 160, заразных постоянных 50, заразных временных 140. Медицинский персонал недостаточно снабжается продовольствием.

*Подготовка к холерной эпидемии.* Подготовлены бараки в Воткинском заводе и Гольянах, но нет снабжения. 2 барака по 30 чел. в Сарапуле и Галево. Но продовольствия не имеется и персонал не подготовлен. Прививки идут в воинских частях, в арестных домах, среди рабочих на кожевенном заводе и среди служащих. Сделано прививок не более 1000. Необходимо устройство лабораторной станции.

*Борьба с беженством.* Для беженцев имеется один дом, в который приходило по 20 — 30 чел. Наблюдалась большая смертность среди беженцев от брюшного тифа, умирали больше дети. Весной беженцы эвакуированы на родину.

По задаваемым вопросам докладчику выяснились следующие дополнительные данные: отсутствие санитарного врача. Имеется на весь уезд один санитарный фельдшер. Был организован ряд лекций по санитарному просвещению. Лекции велись медработниками. На железной дороге существует изолятор, который направляет больных в город. На пристанях 4 временных пункта от Рупрода со штатом 1 фельдшер, 1 сестра милосердия и 2-х санитаров.

Относительно посева в нынешнем году докладчик сообщил, что засеяно мало, но виды на урожай по весенним всходам ожидаются выше среднего.

---

### *Доклад от Оханского Уездного Управления.*

Население Оханского уезда 250000 человек. В виду отсутствия специально-эпидемического персонала, единственная мера по борьбе с эпидемиями тифа в этом отношении выразилась в том, что приходилось срывать с мест медперсонал и посылать на эпидемию. Работа происходит в невозможных тяжелых условиях. Была „неделя“ борьбы со вшивостью и обращено внимание на санитарное просвещение. Количество заболеваний с 1 января



по 20 мая: сыпной тиф 1966, возвратный 221, неопредел. 27, оспа натуральная 16, оспа черная 1, скарлатина 1, кровавый понос 39 и холера 2.

*Медперсонал* находится в тяжелых условиях. Всего врачей в уезде 8, школьных фельдшеров 11, ротных фельдшеров 48, сестер милосердия 33, санитаров 6, сиделок 54 и прислуги 65. Больниц 8, фельдшерских пунктов 14, число заразных коек 583.

Занос заразы произошел благодаря красноармейцам, прибывающим из Перми, с другой стороны через беженцев. Стихийной волны беженцев не наблюдалось и поэтому особых мер борьбы с беженством не принималось. Запаса дезинфекционных средств не имеется. Получаемые дезо-средства быстро расходуются. Из способов дезинфекции применяется главным образом серное обкуривание. Дезинфекторов имеется 1 и 2 санитаря. Из дезинфекционных аппаратов есть 1 Гелиос. Прачечные закрыты в декабре 1921 г. Имеется 1 баня на 30—40 чел. Парикмахерских нет. Не существует соответствующей обработки белья за отсутствием мыла.

Голод (75%) принял огромные размеры и способствует росту эпидемии. Среди медперсонала—общее истощение организма и наблюдается большая смертность медперсонала. Необходимо отметить дефект общей лечебной медицины в смысле подавления ее инфекций.

Для борьбы с ожидаемой холерой нет оборудования барачков и лекарственных средств.

Холерный барак 1—в Оханске на 25 человек—почти не оборудованный.

Общая картина уезда печальная.

### *Доклад от Осинского Уздраотдела.*

Население Осинского у.—375000.

В городе санитарно-эпидемическое дело находится в ведении леч.-сан. эп. п/о. В уезде санитарное дело передано председателям волисполкомов и сельсоветов, которые представляют отчеты. Но в настоящее время эти представления отчетов неаккуратны и поэтому картина в уезде не ясна. Санитаров нет. Население относится индифферентно, количество заболеваний следующее: сыпной тиф—1500, возвратный—600, брюшной 60, неопределенный—20, кровавый понос 20.

Больниц—10, фельд. пунктов—15, холерных барачков 3. Отдельного эпидемического персонала не имеется.



Нет санитарного врача, отсутствие которого сильно дает себя чувствовать.

Санитарного просвещения нет, т. к. в большинстве врачебных участков находятся ротные фельдшера, которые не в состоянии подвинуть санитарное просвещение.

Санитария находится в жалком состоянии. Учет заболеваний точный в смысле цифровых данных, но сомнителен в смысле постановки точных диагнозов. По борьбе с эпидемией организован 1 эпидемический отряд в составе фельдшера, 1 сестры и санитаря. Дезинфекционных средств совершенно не имеется. Аппаратов 2 в действии и 1 испорчен. Бань нет. Гарнизонная баня на 2000 человек не отапливается, т. к. гарнизон всего в 50 человек. Голод захватил почти все уезды. Были случаи человекоедения. Была масса нищих, которые почти все погибли от голода. Движения беженцев не было. Наблюдался наплыв нищих в южных волостях из Казани. По борьбе с голодом организованы питательные пункты числом до 30. Воду жители получают из колодцев закрытого типа.

*Количество медиц. персонала.* Врачей 6, фельдшеров школьных 8, ротных 63, сестер милосерд. 1, акушеров 5, дезинфекторов 11.

Заразных коек постоянных 70, временн. 375.

Сокращение штатов скверно отозвалось на постановке медицинского дела.

По борьбе с холерой оборудованы 2 барака на пристанях Камбарке и Елово. Существует санитарная каюта, но мало оборудованная. На других пристанях барачков не имеется. Кипятильников на пристанях нет. Рупвод имеет холодную кипяченую воду.

В общем картина уезда очень тяжелая. Вследствие голода жители употребляют в пищу различного рода суррогаты: лебеду, липовое дерево и др.

Засеяно земли  $1\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  по сравнению с 1921 годом.

### *Доклад от Пермского Уздравотдела.*

Количество населения 271588. Площадь уезда 23962 дес.

Пермский Уздравотдел основан  $1\frac{1}{2}$  мес. тому назад. Положение лечебно-санитарно-эпидемического дела лучше обстоит в заводах, чем в уезде, т. к. снабжение от заводов происходит более аккуратно. Участки в самом плачевном состоянии. Заразные болезни занесены беженцами. Количество заболеваний сыпным тифом 5745, возвратным 918, брюшным 116.

Других инфекционных заболеваний 2238.



Борьба с эпидемиями идет неуспешно за отсутствием специально эпидемического персонала. Дезинфекционных средств совершенно нет. Отсутствует мыло. Дезинфекционных аппаратов в уезде нет ни одного. Их заменяют бани при больницах с пропускной способностью 10—15 человек в день.

Больниц по уезду 25, фельдшерских пунктов 27. Барачов нет. Медицинский персонал состоит: врачей 7, фельдшеров 53, сестер милосердия 19, акушеров 13. Снабжение больниц медикаментами очень плохое. Белья пока достаточно. Коек  $\left\{ \begin{array}{l} \text{заразных пост} \quad 374. \\ \text{„} \quad \text{врем.} \quad 268. \end{array} \right.$  Борьба с голодом заключается в открытии небольшого числа питательных пунктов, главным образом для детей беженцев.

Заболеваний на почве голода по уезду 417. Смертных случаев 192.

Приготовления к холере только что начались. Предполагается открыть 6 холерных барачов по путям железных дорог.

---

### *Доклад от Кунгурского Уездного Управления.*

Население уезда—192338 чел.

Перечислить деревни и волости, которые об'яты тифозной эпидемией, нет возможности. Каждая деревня в волости имеет много больных. Зарегистрировано с 1-го янв. по 20 мая: сыпной тиф—2712, возвратный—548, брюшной—438, неопредел.—214, скарлатина—41, дизентерия—17, туберкулез—46, сифилис—97, малярия—4, сибирская язва—1, натуральная оспа—130, дифтерит—15, рожа—10, коклюш—62, корь—75.

Зараза тифа занесена беженцами. Вся масса беженцев была направлена в волости Кунгурского уезда, где для них были отведены избы и благодаря общению с жителями произошло общее заражение.

В виду уменьшения медперсонала, помощь населению в уезде своевременно не оказывается. Имеется 2 санитаря по городу. Специальных эпидемических барачов по уезду—4. Кроме того, при каждой больнице имеется по заразному барачу. Количество больниц в уезде 10, фельдшерских пунктов 13, коек заразных постоянн. 151, временн. 190.

Дезинфекционных средств очень немного.

Дезинфекционных аппаратов 2, из которых один не действует. Оспопрививание возложено на Городскую и Советскую амбулаторию, т. к. оспопрививательницы упразднены, коих имелось по городу 3, в уезде—4.



Оспопрививаний по городу сделано 434; прививок по уезду 1387. Дезинфекций сделано 212. Санитарных осмотров 62. Имеется 1 дезинфектор по городу.

Колич. медиц. персонала следующее: врачей 4, школьных фельдшеров 14, ротных 38, сестер милосердия 50, акушеров 11. Эпидемический персонал из общего медперсонала не выделен. Нет санитарного врача, обязанности которого несет фельдшер.

В виду возможности появления холеры, организован прививочный отряд, который приступил к прививкам как в городе, так и в уезде. Предполагается открыть и оборудовать 5-ть холерных барачков, из которых 2 в городе и 3 в уезде. Нет белья и медикаментов. Изоляционно-пропускной пункт в 1922 году почти не функционировал вследствие сокращения штатов и перехода на местные средства. В отчетном году всего пропущено 300 чел. Хотя в городе имеется водопровод, но он находится в неисправности. Предложено Комхозу оборудовать при водонасосе фильтр для получения доброкачественной воды и исправить прежние колодцы для питьевой воды. Организованы санитарные советы по уборке засоренных учреждений, площадей, постоянных дворов и пр. Осмотрены кладбища и братские могилы.

По последним данным, полученным из Отдела Социального обеспечения, числилось беженцев на 1 января: взрослых—262, детей—314, прибыло взрослых—245, детей—167. Отправлено в Советскую больницу—54, в заразный барак—взрослых—224, детей—60, умерло от голода взрослых—224, детей—195. Оставалось к 1 мая 240 чел.

В настоящее время все беженцы города и уезда по распоряжению центра эвакуированы на родину.

За последние весенние месяцы голод принял довольно большие размеры.

Некоторые деревни употребляют в пищу лебеду, липовую кору и др. суррогаты.

---

### *Доклад Чердынского Уздравотдела.*

Населения 132000 челов. Площадь—58000 кв. верст. По причине разбросанности селений и огромных расстояний лечебно-санитарное дело находится в очень плохих условиях. Нет санитарного врача. Некоторые селения находятся совершенно без медицинской помощи. Развито сильно знахарство, т. к. население малокультурное, много старообрядцев, которые совершенно не обращаются в больницы. Эпидемия тифа растет больше и больше.



Меры борьбы скверные. Нет средств. Подача медицинской помощи чисто случайная. Занос болезни произошел через красноармейцев. Тиф распространился по всему уезду. Совершенно нет дезинфекционных средств. Камер 1 на весь уезд. Дезинфектор имеется 1. Эпидемический персонал не выделен. Количество медперсонала следующее: врачей 3, фельдшеров шк. 12, ротных 24, акушеров 14.

*Больниц* 10, фельдшерских пунктов 12, барakov 2 (холерных). Количество коек: общих 160, заразных постоянных 50, временных 140.

*Количество заболеваний:* сыпной тиф—2923, возвратный—326, брюшной—181, неопред.—61, скарлатина—44, корь—182, оспа натур.—10, дезинтерия—73.

Водопровод в городе не действует. Население уезда получает воду из рек, ключей и родников. На развитие эпидемии влияет отсутствие мыла.

Голод в некоторых волостях принял большие размеры. Из суррогатов употребляется в пищу болотный мох. Мер борьбы с голодом не применяется—нет питательных пунктов. Беженцы в настоящее время эвакуированы из уезда. Недосев яровых в этом году 60%. Медицинский персонал перегружен военными обязанностями. Недостаток медицинских работников. Продовольствие медперсонала плохое, т. к. из 30 фунтов, получаемых часто зерном, бывают вычеты.

Оспопрививание в уезде возложено на участковых фельдшеров.

По борьбе с холерой оборудовано 2 барака. Недостаток в медикаментах.

В общем, картина уезда в санитарно-эпидемическом отношении очень печальная.

---

### *Доклад от Усольского Здравоотдела.*

Населения 243229, площадь 25804 кв. верс. От Усольского Здравоотдела выделен Кизеловский район. Эпидемия тифа занесена беженцами и пищенским элементом.

*Количество заболеваний:* сыпной тиф—7377, возвратный—2349, брюшной—229, неопред.—205, скарлатина—135, корь—551, оспа натур.—124, дезинтерия—263. *Количество больниц* 14, фельдшерских пунктов 32, барakov при больницах 4 и самостоятельных 1 (холерный). *Количество медперсонала:* врачей 9, фельдшеров школ. 16, ротных 53, сестер милосер. 42, акушеров 15. Коек заразных постоянных 382, временных 430.



Из дезинфекционных средств имеется в небольшом количестве формалин, сера и хлорная известь. Дезинфекционных камер 2. Столовых и чайных не имеется. Эпидемический персонал не выделен. Нет санитарного врача, в котором ощущается острая необходимость. Питьевая вода получается из колодцев.

Голод влияет на количество заболеваемости, увеличивая таковые. Всего в уезде 62 волости, из которых 4 волости необходимо признать голодающими. Недосев в этом году озимых 15% и яровых 30%. Питательных пунктов не имеется. По отношению холерной эпидемии принимаются меры. Предположено открыть 6 холерных барачков, на первое время оборудование их имеется. В общем картина уезда в смысле голодания населения немного лучше, чем в других уездах.

### *Доклад о Кизеловском районе.*

Кизеловский район обслуживает главным образом рабочее население.

Имеется 4 больницы, 7 фельдшерских пунктов и 11 заразных барачков. Снабжение и оборудование всех лечебных заведений, от заводоуправления, на снабжении которого находится весь медперсонал района. Коек заразных постоянных 110, временных 480. Все больные изолируются в барачках. Эпидемия занесена со стороны Усоля и Перми рабочими, приезжающими на работы. Происходит освидетельствование партий прибывающих рабочих, которые выдерживаются в карантинных домах. Одиночки не принимаются на квартиры без медицинского освидетельствования. Из технических приспособлений имеется 2 аппарата (Гелиос) и 8 камер домашнего приготовления для формалиновой дезинфекции. Имеется баня пропускная, прачечная и парикмахерская.

Медперсонал состоит из 6 врачей, фельдшеров 22, из которых 7 школьных, сестер милосердия 32, дезинфекторов 8, оспопрививательниц 3. Сделано с 1-го мая 700 прививок.

Количество заболеваний: сыпной тиф—1102, возвратный—460, неопределенный 328.

Беженцев было немного. Помещались в особых домах с пайком  $\frac{3}{4}$  ф. хлеба. В настоящее время эвакуированы на родину. Из дефектов санитарно-эпидемического дела необходимо отметить отсутствие санитарного врача и дезинфекционных средств. Имеется жилищно-санитарный инспектор, который находится на иждивении заводоуправления. К осени в Кизеле пред-



полагается открыть водопровод. Организованы санитарные отряды. Существуют подворные обходы по всему Кизелу.

### *Доклад о Воткинском заводе.*

Жителей 28000. Санитарная работа неудовлетворительна, санитарного врача нет. *Медперсонал*: врачей 5, фельдшеров 6, дезинфектор 1.

*Технические приспособления*: Гелиос—1, баня—1 с пропускной способностью 300 чел. не работает. Имеется питательный пункт для детей. Дезо-средства имеются в ограниченном количестве. Занос эпидемии сыпного тифа произошел из тюрьмы и с железной дороги. Смертность от голода большая. Беженский элемент никакой роли не играет. Идет подготовительная работа к холере: делаются прививки.

### **Протокол заседания лечебной секции (3-го июня).**

Председатель д-р *Яхлаков*, секретарь д-р *Ледомская*.

*Сарапульский уезд*. Населения 223688, пл.—5806,65 кв. верст, площадь засева неизвестна, больниц—4, приемных покоев—2, фельдшерских участков—18.

*Коек*: соматических—190, заразных постоянных—241, временных—64. Коек, отошедших к заводууправлению Воткинска—60, на самоснабжении населения терапевтич.—40, эпидем.—10 и детских—20.

Амбулаторная помощь производится всем без различия. По статистике данных нет и связь с участками порвана.

*Медперсонал*: врачей с прикомандированными по городу и уезду 7, из них в Воткинском заводе 3. Фельдшеров школьных 10, фельдшеров ротных 19, сестер милосердия 22+10 по омладу, азушеров 12.

По сокращению штата уволено: фельдш. ротных 11, сестер милосердия 4, переведено в др. города 8.

Хирургическая помощь: в Сарапуле 15 коек (постоянного специального врача нет), в Воткинске 10. Инструменты есть, перевязочного материала недостаток. Гинекологич. помощь—стац. коек 8. Глазная помощь—5 коек (имеется спец. врач Бушмаков).

Душевно-больных бывает от 5—10 в месяц. Для лечения они отправляются с провожатыми в Пермь. Зимой транспортирование затруднено вследствие дальнего расстояния летом—по Каме.



Зубных врачей 3, кабинетов 3.

Инвентаря и белья хватит для развертывания 500 коек, за исключен. одеял и постельной принадлежности.

Платное лечение начало проводиться амбулаторией. На почве недостатка лекарств развито знахарство. Положение медперсонала ужасное. Младший медперсонал гибнет от голода, зарегистрировано 24 случая смертей за 21 и 22 г.

Необходимо открыть туберкулезные отделения, также венерические отделения, т. к. эти болезни являются профессиональными по уезду (имеется кожевенная промышленность). Необходимо установить твердый штат сомат. коек.

1. Необходимо снабжение медикаментами и предметами ухода.
2. Приглашение врачей и школы. лежков.
3. Установление правильности и однотонности статистических данных.
4. Бесплатная медпомощь.

Докладчик подчеркивает, что стационарная лечебная помощь замерла за счет эпидемии, т. к. нет средств открывать специально эпидемические койки.

Амбулаторная помощь удовлетворительная, обслуживать приходится, водников, железнодорожников, частично Осинский и Елабужский уезды.

Д-р Орлов. В Воткинске больница не обеспечена инструментами и предметами ухода за больными, почему хирургическая деятельность не может развернуться. При переходе к заводууправлению замечается тенденция со стороны заводууправления вмешаться в дела медицины вплоть до издания инструкции по ведению лечебл.

Д-р Курдов спрашивает, каким образом могла появиться подобная инструкция.

Сарапульский завздрав говорит, что должна быть установлена раз навсегда договоренность между уздравотделом и заводууправлением, чтобы устранить постороннее вмешательство в лечебные дела, прекратить или передать целиком леч. дело завод. района в заводууправление.

Тов. Кожевников говорит, что в договоре Губздрави с Райметалл-правлением ясно говорится, что наем, перемещение и увольнение медперсонала зависит от Здравотдела.

Д-р Яхлаков оглашает текст договора.

Д-р Черномордик находит, что в договоре не указаны штаты, поэтому некоторые заводууправления установили свои штаты, а уздравотделы недостаточно внимательно стнеслись к этому факту и не донесли об этом своевременно Губздравотделу.



Д-р *Курдов* находит, что договор составлен туманно и предлагает сделать пересмотр договора.

Д-р *Черномордик* предлагает лечебной секции выработать твердые штаты в лечебных заведениях.

Решено заняться этим вопросом по окончании выслушивания докладов с мест.

### *Доклад Оханского уезда.*

Населения 250 тыс., больниц 8, количество пунктов 14, соматических коек 150, заразных (временных и постоянных)—583, коек отошедших к заводууправлению—40, на местном снабжении 4 больницы и 4 фельдшерских пункта. Врачей 5, временно эпидемических 2, врач завед. 1, акушерок 5, сестер милосердия 20, уволено по сокращению штата 50%, спец гинекол. помощь в Оханске на 10 коек.

Хирургическая помощь непостоянная, т. е. врачи временные.

Свед. о помощи остро-душевно-больным отсутствуют, переправка таковых за свой счет.

Зубных врачей 3, кабинетов 3.

Состояние инструментария, бельевого и медикаментного инвентаря очень скудное. % обращаемости в амбул. больных падает за отсутствием лекарств и появления платности. Открывать новые больницы нет смысла, а необходимо сейчас же приступить к ремонту имеющихся зданий, пришедших в крайнюю ветхость.

Нужды: медикамент. оборудование, улучшение положения медперсонала, устройство спешной помощи туберкулезным.

Д-р *Курдов* предлагает секции высказать определенное мнение о конструкции будущих губернских с'ездов, на которые 1) должны быть присланы наравне с делегатами, назнач. Губздравотделом, также делегат от медработников с мест (их избрания), 2) заранее должна быть на места отпущена повестка дня, которая на месте обсуждается предварительно санитарными советами.

Д-р *Черномордик* поясняет, что с'езд созван так быстро по инициативе завед. Губздравотделом.

*Пермский уезд.* Площ. 23962, колич. насел. 271588 чел., колич. больниц 25, фельдш. пункт. 27, пост. соматич. коек 677, пост. заразных коек 374, врем. заразных коек 268. К заводууправ. отошли 7 больниц,



с числом коек 359. Добрянск.—21 к., Юго-Камск. 24, Пашийская 12, Лысвинская 100, Полазнинская 45, Чусовская 147, Теплогорск 10.

Врачей 7, фельдш. 53, акуш. 13, сестер милосердия 19, по сокращ. штата уволено фельдш. 12, акуш. 4, фармац. 20, сестер милосердия 25, сидел. 27, коек therap. 368, гинеколог. 10, акуш. 42, глазн. 10. Зубных врачей 3, кабинетов 3.

Отсутст. медикам., пр. ухода за больными и инструм. скудное, белья достаточно.

Продовольственное положен. больниц, перешедших к заводууправлению, хорошее, оставшихся на самоснабжении—очень скверное. Персонал в крайне тяжелом положении.

Нужды: открыть новые фельдшерские пункты, а некоторые имеющиеся фельдшерские пункты переименовать во врачебные, нужны школьные лек.помы и врачи.

Уезд наводнен беженцами.

Д-р *Курдов* в прениях опять возвращается к договору, в котором допущена большая ошибка, заключающаяся в том, что там не указаны совещ. штаты лечебных и акушерских коек, так что население в этом отношении необеспечено. Необходимо в порядке циркуляров указать, что на 100 чел. рабочих должна быть одна койка.

*Кунгурский уезд.* Количество населения 192228 чел., площадь засева невыяснена. Больниц 10, фельдш. пунктов 13, коек соматических 251, заразных постоянных 151, временных 190, на самоснабжении населения наход. 9 больниц, 3 заразных барака и все фельдш. пункты. Положение этих больниц самое критическое, в виду недостатка продуктов у крестьян. Врачей 4, фельдшеров школьных 16, ротных 41, акушеров 9, сестер милосердия 30. Уволено по сокращению штата: фельдшеров 16, сестер милос. 30, акушеров 4. Разделения врачей по специальности нет.

Условия транспортирования душевно-больных неблагоприятные за неимением средств. Зубных врачей 2, кабинетов 1. Белье имеется в самом незначительном количестве, нет медикаментов. За недостатком продуктов положение больных тяжелое. Снабжение медперсонала пайковое и денежное неаккуратно.

*Нужды:* открыть фельдш. пункт, снабжение медикаментами и инструментами, необходимы врачи в уезде, т. к. имеющиеся 4 врача все в городе.

Д-р *Шаров* спрашивает, какая выражена забота о беженцах.

Ответ—они все эвакуированы на родину.



Д-р Шаров находит, что доклад крайне не состоятельный и совершенно не осветил работы и положения дела в уезде. Это обстоятельство надо подчеркнуть.

Завздрав Кунгура, объясняет схематичность доклада тем, что он только что принял завед. и с положением дела мало знаком.

Завгубздравотделом делает внеочередное заявление о том, что заключил договор с Ара, по которому санитарному персоналу будет отпущено до 5 тыс. пайков кукурузы (каждый паек по 22 ф.).

Чердынский уезд. Количество населения 132019, площ. 62000 кв. в., площ. засева 50% прошлого года. Количество больниц 9, фельдш. пунктов 15. Коек соматич. 153, заразн. постоянн. 43, временных 140. В область Коми отошла одна больница, на снабжении населения все остальные. Врачей 3, ф-ров школьн. 8, ротных 21, сестер 8, акушеров 10, по штату полагается 14 врачей, ф-ров школьных 34, акушеров 26, сестер 9. Пайков получено для больших 70, для персонала 75. Уволено по сокращению штата школьных ф-ров 1, ротных 8, сестер 22, акушеров 4.

Хирургическая помощь в Чердыни — поек хирург. 46, гинекологич. 10, глазных 5. Зубных врачей 1, кабинетов 1.

Душевно-больных было 10 случаев, переправка их затруднительная за дальностью расстояния и расходами, сопров. сестрой милосердия и родственниками.

Нужды: белья, инструмента, инвентаря очень мало. Платность амб. лечения не проводилась. Медперсонал в уезде пайком не снабжен, городские снабжаются. Необходимо открыть 26 фельдш. пунктов. Необходимо иметь врача завздрава и врачей во всех врачебных участках в колич. 8-ми.

Д-р Шаров спросил, как развивается трахома и чесотка и какие меры приняты.

Завздрав отвечает, что трахомы и чесотки много, но борьба с ними почти не ведется за неимением лекарств.

Все врачи просили передать с'езду, что им необходим врач для завздравотделом. В уезде совершенно нет акушерских инструментов, вообще все мед. дело находится в стадии полного разрушения, население в особенности киржак, поразительно некультурны и знахарство процветает.

Д-р Курдов находит, что в гор. Чердынь Губздравотдел должен был бы послать в первую очередь безотлагательно одного врача, в порядке труд-повинности, т. к. положение катастрофическое.

Послать туда надо врача с опытом, а чтобы врач шел охотно, необходимо Губздраву и Уздраву его хорошо устроить для пользы дела в виду особого положения Чердынского уезда.



*Представитель Здраводела* отмечает, что Чердынский уезд особенно пострадал в смысле мед. оборудования во время эвакуации и потому крайне нуждается в оборудовании в первую очередь.

*Представитель Губпрофсовета* предлагает принципиально высказаться за необходимость повышения персональных ставок для спецов врачей.

Д-р *Карамышев* находят, что имея в виду перспективы свободного труда врачей с одной стороны, с другой стороны, имея на лицо нежелание врачей ехать в уезд, придется этот вопрос регулировать врачебному бюро. Вопрос о выделении высших квалифцир. медработников из общих норм снабжения почему то не поднимался на всероссийском съезде врачей. Центр обещает прислать врачей с условием обеспечения их на местах.

*Усольский уезд.* Населения 243229 чел., площадь—25804 кв. в., больниц 14, фельдшерских пунктов 32, приемных покоев 4. Коек сомат. 1097, постоянных заразных 262, временных 370. Колич. б-ц, перешедших к заводоуправлению—5, приемных покоев 3 и амбулаторий 2. Всего отошло 375 коек, на самоснабжении населения 9 больниц с 702 штатн. койками + 32 фельдш. пункта. Врачей 9, школьных фельдшеров 16, ротных 53, сестер милосердия 42, акушер. 15, количество персонала, уволен. по сокращению штата: ф-ров ротных 12, сестер 13. Имеется в резерве ф-ров 24.

Спец. помощь хирургич. проводилась редко за отсутствием врачей специалистов. Специальных гинекологических и глазных нет по той же причине. Больные, нуждающиеся в спецпомощи, направлялись в Пермь в Александровскую б. цу. Положение больниц печальное вследствие несвоевременного доставления продуктов, фельдшерские пункты в уезде в большинстве закрыты за невозможностью их содержать.

Умерло от сыпного тифа фельдшеров 3 и от tbc 1.

Условия транспортирования душевно-больных за счет Здраводела с большими трудностями.

Платное лечение введено с 1-го июня.

Имеется колоссальное количество жел.-киш. заболеваний, новую больницу открыть не представляется возможным.

Недостатки: отсутствие медикамент., оборудов., снабжения персонала. Необходимо улучшение положения медперсонала. С заводоуправлением создаются конфликты, т. к. в договоре говорится, что медперсонал приглашается заводоуправлением с ведома Уздраводела. Договор так составлен, что заводоуправление может его толковать, как угодно.



*Кизеловский район.* Количество населения рабочего района с тремя крестьянскими волостями около 100 тыс. Площадь засева невыяснена. Количество больниц 4, фельдшерских пунктов 7.

Коек соматич. 155, заразных постоянных 100, временных 460. Все больницы перешли к заводууправлению. Врачей 4, лекпомов школьных 7, родных 15, сестер мил. 31, акушеров 3, практик. акуш. 2. По сокращению штата никто не уволен.

Хирургическая помощь—имеется рентген. кабинет, коек 25, гинекол. 10, акуш. 20, терапевт. 100, венерич. 10 коек, (имеется диспансер).

Психич. больные направляются в Пермь с проводным.

Зубных врачей 1, кабинетов 1.

Платного лечения не проводилось.

Обслуживаются больные: заводские крестьяне, железнодорожники и беженцы амбулаторно и стационарно.

Положение медперсонала хорошее, т. к. он принят на довольствие от заводууправления.

В смысле открытия новых больниц—предполагается открыть терапевт. и акуш. отд. в Кизел-Строе, колич. коек пока не установлено. В Кизеловской больнице предполагается надстройка 3-го этажа больницы и перестройка пост. тиф. барачков. и устройство водопровода. Лечебное дело не страдало за счет эпидемии, т. к. была возможность открыть временные эпидемические койки.

*Нужды:* отсутствие медикаментов и пред., ухода за больными, почему обращено серьезное внимание на сбор лекарственных трав на месте по всему району. На летнее время решено окрыть в Алекс. заводе дом отдыха на 50 коек, на которые от Губпрофсовета отпущено 65 пайков, курортное лечение в этом году не предполагается проводить по условиям времени. Для туберкулезных предоставить отпуск на летнее время. Завоудуправ. дало согласие таким больным давать денежную поддержку, чтобы они имели возможность отправиться хотя бы в деревню. Для ревматиков с 15 июня будет проводиться лечение солевыми ваннами на месте.

*Д-р Курдов* просил секцию факсировать, что работу Кизеловского Здравоотдела надо отметить, как плодотворную и доклад считать исчерпывающим.

*Осинский уезд.* Положение самое ненормальное и оно постепенно ухудшается и, вероятно, постепенно придется закрывать одну больницу за другой, т. к. ремонт не производился 8 лет и здания почти разрушены. Уезд представляется одним из самых больных уездов, но по количеству лечебных заведений и по числу участ. персонала не отличается от других уездов.



Радиус около 60 верст, есть отдаленные участки, в которых следовало бы открыть фельдшерские пункты. Населения 370 тыс. Обращаемость населения за дальностью расстояния минимальна. Всего больниц 9 типа земского. Одна закрыта, другая на очереди из вновь образованных. Ее, вероятно, придется преобразовать в фельдшерский пункт, т. к. она плохо оборудована и персонал плохо подготовлен. В заразные бараки больные идут неохотно, т. к. там нет питания, нет медикаментов. Персонал неудовлетворителен. Лошадей совсем нет и Завед. больницами приходится за 30—50 верст пешком идти в Уздрав за своими нуждами. Фельдшерских пунктов 15, часть из них отдана волостям. Составлены договоры между волостями и Уздравотделом, по которому волость обязалась взять на себя снабжение продуктами пункта, а Уздравотдел — персоналом и медикаментами. 3 волости согласились на этот договор, остальные отказались. Такое положение неудовлетворительно. Сама лечебная помощь крайне некачественна, т. к. большинство лекомов ротные. По этой же причине страдают и статистические данные.

В городе 3 врача, в уезде 3. Общ. колич. коек 470, из них 75% были раньше соматич. и 25 заразные, теперь же соматич. 20%, остальные заразные. В Осинской больнице — хир. 50 к, венерич. 25, гинеколог. 10, терап. незнач. количество. Существование лечебных учреждений мыслится возможным только при условии содержания их на государственном снабжении. Повидимому Помголот придет на помощь лечебным учреждениям, если гос-снабжение окажется недостаточным. Сокращение штата привело к уменьшению персонала вдвое. Во главе врачебных участков (с диам. до 80 верст) стоит большей частью ротный фельдшер, его помощник и акушерка, последняя не во всех даже участках. Часть уволенного персонала из фельдшеров и сестер переведены в дезинфекторы и оспопрививательницы, но и этот штат теперь опять сокращается. Платное лечение до сих пор не проводилось. Положение медперсонала тяжелое. Денежное вознаграждение почти не выдается. Паек выдается овсом по 20 фун. в месяц. В особенности скверное положение медраб. в участках. Строить новые больницы не приходится, т. к. старые едва ли можно удержать, но ремонт сделать необходимо и теперь же. В противном случае здания погибнут. Фельдшерские пункты находятся большей частью в частных домах. Нужды те же, что и в других местах. На вопрос о связи Уздрава с участками докладчик сообщил, что сношения почти прекращены за отсутствием способов передвижения.

#### 4 Советская больница (тюремная).

Количество больных находится в прямой зависимости от заболевания в исправдомах. Штатное число коек не соответствует своему назначению.



Необходимо увеличение числа коек до 180 и соответственное увеличение штата персонала. Постоянное помещение больницы при исправдоме № 1 требует самого серьезного и немедленного ремонта. Санитарное состояние исправдомов удовлетворительное, но сами помещения требуют также немедленного и серьезного ремонта. Противохолерные прививки проведены. Дезинфекция производится систематически, имеется камера Гелиос. Есть вторая, но она в ремонте. Предложено в срочном порядке устроить баки для кипяченой воды во всех камерах.

В прениях выразилось мнение секции относительно больных в исправдомах. Секция находит, что к заключению врача за исправдомами о том, что данный больной нуждается в экспертизе специалистов, соответствующие учреждения должны относиться внимательно.

### § 3.

#### Доклад по Финансово-Материальной Секции.

Из докладов с мест на секционном заседании выявилось следующее:

Хозяйственный аппарат Губздравотдела за последние два месяца состоял из под'отдела снабжения с учетной частью, численностью 32 человека и Финансово-Сметного под'отдела из 8-ми человек, который в настоящее время слит с под'отделом Снабжения.

После последнего сокращения п/отдел Снабжения состоит всего из 13-ти человек, а именно: 1 заведующий, 1 помощник, 1 бухгалтер, 4 счетовода, из коих 2 по учету продматериалов и 2 по финансовой операции, 2 агента, 1 кладовщик, 1 сторож и разсылный.

В уездравотделах же хозяйственный аппарат состоит из 2—3 человек, причем одни и те же лица несут работу нескольких лиц, как например, завхоз, он же кладовщик и счетовод, что с точки зрения контроля недопустимо. В лечебницах, как в Перми, так и на местах, хозяйственная работа возложена на завхозов или смотрителей. Качество как хозяйственных равно и счетных работников слабое, за невозможностью подобрать хороших работников за низкую плату. Все наряды, полученные из центра Губернским п/отделом снабжения, распределяются совместно Завлечпод и Завгубздрав по числу коек на уезды и лечебницы в Перми и высылают через Губпродком на места, правда, с большим запозданием, вследствие того, что Губпродком распределительный план заканчивается не ранее 24 числа каждого месяца. Но п/отделом снабжения каждый месяц давались распоряжения через Губпродком в Упродком об удовлетворении Уздравотделов в счет высылае-



мых нарядов продовольствием в 50% размере по прошлому месяцу. Отпускаемых пайков уездам далеко недостаточно, вследствие чего приходится пайки дробить. Некоторые уезды пайки, отпускаемые яслам, расходовали на больных. Уезды же, получая наряды от губернии, распределяли в свою очередь по больницам.

Учет инвентаря и прочих материалов поднять на должную высоту до сего времени не удалось вследствие того, что на местах нет соответствующего штата, твердых форм отчетности, так как выработанную инструкцию п/отделом снабжения в жизнь провести не удалось, вследствие реорганизации Здравоотделов в связи с переходом снабжения на местные средства.

Контроль прихода и расхода на местах фактически не производился, а только поверяли представляемые больницами порционные ведомости.

На складах Губздравотдела делаются ежемесячные проверки наличия на 1-е число.

Взаимоотношение с снабжающими органами как в губернии, а равно и на местах за отсутствием средств на уплаты сами по себе прерываются. Так как в губернии хлеба и других продуктов нет, а если есть, то в очень ограниченном количестве, Уздравотделы снабжались весьма плохо и несвоевременно, вследствие чего за Губпродкомом получилась большая задолженность. Были и такие случаи, что больницы оставались дня 2—3 совсем без хлеба.

В Перми же положение было немного лучше. Благодаря настойчивым требованиям с половины февраля, все больницы и детские дома удовлетворялись своевременно и полностью, за исключением продуктов диетического питания. В настоящее время Пермские больницы удовлетворены по 1-е июля и на складах Губздрави имеется запас продуктов на месяц; между тем в уездах запасов никаких нет и больницы удовлетворены не более, как на 3 дня.

Персонал по городу Перми удовлетворен пайком лишь по май месяц, хотя из Губпродкома за вторую половину апреля продукты еще не получены. На местах же дело стоит еще хуже.

Бельем больницы удовлетворены из расчета 2—3 комплекта на койку, из коего до 50% ветхого, выбывающего из строя. Запас белья на складах от 5 до 15% потребности.

Наблюдаются такие вещи, как, например, в Кунгуре запасы белья забронированы Военным Ведомством.

Госпитальным инвентарем все больницы снабжены весьма плохо, из которого до 75% пришло в негодность.



Из-за отсутствия средств все больницы страдают из-за топлива. Наблюдается следующее: сжигаются деревянные постройки, заборы, тротуары и даже столы и топчаны. Ремонты за отсутствием средств и материалов не производятся, а если и производятся, то частичные хозяйственным способом. По отчетности определенных форм нет, за недостатком бумаги и пр. таковая ведется кратко и произвольно. Порядок доставления отчетности ежемесячный, но отчеты представляются с большим запозданием и проверка их не удовлетворительна. Материальный учет был сосредоточен в хозяйственной части.

Хищения продуктов со стороны хозяйственников замечались в незначительных количествах почти во всех уездах, что объясняется малой обеспеченностью обслуживающего персонала.

Связь Губпод'отдела снабжения с местами и наоборот была недостаточна. Места мало информировались, с другой стороны места не только не доносили о своей работе, но зачастую и не отвечали на запросы губернии.

По городу Перми еще ни одна больница не передана на местное снабжение, оказывается лишь частичная помощь губернскими организациями некоторым Детским Домам, а по уездам есть переданные больницы, фельдшерские пункты и заводские больницы. Причем необходимо заметить, что переданные учреждения на местные средства до сего времени как жалованьем, а также и пайком не удовлетворены, за исключением заводских больниц. Даже некоторые больницы за отсутствием питания пустуют. Местное население к передаче больниц относится скептически и активной и энергичной поддержки со стороны их ожидать нельзя и реально провести снабжение возможно лишь принудительным путем, что уже сделано в Пермском уезде, путем отчисления одной четверти фунта с каждого пуда размалываемого хлеба. Число переданных больниц по уездам не представлено за исключением г. Перми, где передано 6.

Фин. См. П/отдел Губздрави 1-го июня расформирован и дела его передаются в п/отдел снабжения, при котором намечено организовать бухгалтерию 4 человека—бухгалтера, 2 счетовода и кассира. В уездравотделах бухгалтерии сосредоточены в 1 бухгалтере, а в некоторых—бухгалтера и счетовода. Качество бухгалтерских работников слабое, так как за ничтожную плату трудно найти хороших работников. В виду неустойчивого курса рубля, частого изменения форм отчетности, запутанности тарифов, работа тормозится и запаздывает. Наблюдается отсталое представление авансовых отчетов.



В виду полного отсутствия кредитов, невозможно удовлетворить кредиторов главным образом служащих и разных учреждений.

По уездам и больницам служащим не выплачено жалование за 2—3 месяца. Задолженность приблизительно следующая:

	Служащим	Раз. л. и учрежден.
По Губздраву и гор. Перми . . . . .	—	—
Оханскому уезду . . . . .	50.059	22.498 06р. 22 года.
Кунгурскому уезду . . . . .	500.000	800.000
Чердынскому уезду . . . . .	242.512	—
Сарапульскому уезду . . . . .	1.200.000	15.397

Случаев уменьшения кредитов местными властями не замечалось.

#### § 4.

### Протокол соединенного заседания лечебной и тарифно-бюджетной секций по вопросу о сметах.

Председатель д-р *Яхлаков*. Секретарь д-р *Ледомская*.

Предложено на рассмотрение два вопроса:

1. Какое число коек штатных: 1) лечебных, 2) заразных, постоянных и временных, каковое должен утвердить С'езд для сведения Губфинотдела.

2. Каковы должны быть штаты персонала.

Докладчик тов. Наседкин поясняет, что сметы эти теперь особенно нужны для учета, когда леч. заведения переходят на местные средства, т. к. эти сметы не могут войти в жизнь без санкции уфинотдела. Поданные же сметы Уисполкомов неточны и требуют внесения поправок со стороны с'езда. Необходимо сейчас же установить точные твердые штатные койки.

Решено приступить к проверке смет по отношению коек лечебных и заразных временных и постоянных и голосованием утвердить. Ниже приводится таблица утвержденных коек по губернии:

	Лечебные койки	Омлада	З а р а з н ы е	
			Постоянные	Времен.
Усольский уезд . . . . .	остав. по см. Губфинотд.	Т о ж е.	Т о ж е.	430
Кунгурский уезд . . . . .	Т о ж е	250	Т о ж е.	190
Осинский уезд . . . . .	Т о ж е	400	Т о ж е.	295
Пермский уезд . . . . .	318	—	Т о ж е.	268
Сарапульский уезд . . . . .	371	Согл. сметы	400	90
Чердынский уезд . . . . .	210	Т о ж е	70	140
Оханский уезд . . . . .	По смете	200	По смете	423



Завадрав Чердынский просит занести в протокол, что он воздерживается от голосования, т. е. по его мнению надо установить общее мерило для кажд. уезда, по которому надо штатные койки определять, а не брать безоснования (по его мнению) цифры.

По второму вопросу решено передать на совместное обсуждение здравоотделов с медикосант.удом штаты, выработанные совещанием в декабре 1921 года по смете расходов на содержание Пермского Губздрава.

### Дополнение к докладу д-ра Барамышева по вопросу „о роли и задачах здравоохранения в области социального страхования“.

Переходный период заводских районов были страховые кассы, каковые раскинули свою работу по производствам и параллельно трестированию национализированной промышленности, концентрировали внимание по данной профессии. Это была положительная сторона их, так как медицинское дело не было отвлеченным понятием для данной местности какого либо отстоящего далеко центра, часто и не знающего местных условий. Но наряду с этим были и отрицательные стороны страховых касс, их шаблонность работ в узких рамках оказания лишь лечебной помощи, их странное мирозерцание с яркими приступами защиты неаполитичности и т. д. „Неаполитичность“ эта при занятии белыми Урала в ряде членов правлений страховых касс дала членов следственных комиссий, а при бегстве белых с Урала были эвакуированы от 80 до 100% медперсонала и разорены больницы. При отступлении красных был лозунг областной страховой кассы: не оставлять население без медицинской помощи, что было выполнено. При отступлении же белых это положение совершенно отсутствовало, а наоборот наблюдалась какая то поспешная работа увоза больничного имущества, которое еще и сейчас скрывается где то в сибире. Но были и исключения из этого массового психоза людей, потерявших идею.

В ноябре 1919 года страховые кассы должны были передать дела в уездздравотделы. Эта ноябрьская передача не учла положительной стороны страховых касс, а именно централизации их по крупным производствам. Не было при передаче договоренности с местными организациями, особенно с экономическими и сразу по передаче получилось положение, что здравотделы, да еще далеко отстоящие, дела-то взяли, а своего почти ничего не имели, и при передаче дел далеко отстоящим уездам и не получилось централизации в районных масштабах, чем была вырвана почва под местной инициа-



тивной помощи. Многие лечебные заведения испытывали острый момент в этот период, а эпидемия сыпного тифа получила резкое развитие. Здесь без сомнения дело было бы улучшено намного, если бы крупные страховые кассы были переданы в органы здравоохранения и централизованы на месте в виде районных здравотделов под непосредственным ведением и подчинением Губздравотделам. Этот момент не был учтен и пришлось во имя дела производить вторичную ломку — ломку против ориентации на далекие остоящие уезды к ближайшим губздравам и централизации в районном масштабе.

*С точки зрения производственной гигиены* можно сказать следующее:

При всяком напряжении и хроническом усилии, происходит большая изнашиваемость. Это касается и транспорта и производства и т. д. То же самое, может быть даже в большей степени можно сказать и по отношению к человеческому организму. Здесь дело здравоохранения не должно упустить и во время учесть положение о вредности, а оно разнообразно в зависимости от производства и не так легко может быть учтено.

Целесообразное использование труда со всеми присущими мерами осторожности, с точки зрения поддержания организма, с одной стороны, а с другой — способ применения живой силы в различных случаях отклонения организма, — все это должно находить разрешение вопроса при непосредственном участии производства. Здесь сразу встает вопрос о взаимных отношениях с производством. В качестве примера можно сказать, что известный процент будет падать на категорию тяжелых, подземных, поверхностных и др. работ. Будет процент, где не на работу нужно ставить человека, а ему подыскивать работу. Хотя это компетенция Отдела Охраны Труда, но нет еще достаточной крепости в ней. Отделы Труда здесь не могут всего предвидеть, работа начиная с этого момента уже серьезная, в особенности в виду ударности производств и хозяйственного подхода. Ведь и при ударности производств, производство крепнет и развивается постольку, поскольку идет его техника. Производство устойчиво тогда, когда все машины его в исправности, и из этих машин самый сложный машиной является рабочий. И как легко подвести итог изнашиваемости машины и вперед сделать подсчет, так же трудно подвести точный учет одной из самых сложных и ценных машин — это человека, рабочей силы рабочего. Здесь учет изнашиваемости будет изменяться в зависи, от многих переменных величин и все стремление должно вестись к тому, чтобы эти переменные величины сделать возможно малыми. Здесь и должна проявиться вся внимательность и целесообразность. Это и есть особенность производственного применения труда.



Здесь научный подход должен руководить этими вопросами с одной стороны, с другой в связи с ударностью производств, нужно поставить вопрос и об ударности охраны здоровья. В частности непосредственно производство страдает от распространения эпидемий и создается положение, что производства принимают реальные меры на этом пути. Сплошь и рядом вопрос выливается в опеку со стороны производства при деятелях с широким кругозором в производстве и этот путь лишь выводит из тяжелого положения.

Здесь факты говорят за то, что нельзя пренебрегать особенностями медицины, прежде именуемой горно-заводской не должно конечно быть и такого резкого деления, подобного железнодорожной. Медицина должна находиться в ведении здравооделов, но, исходя из особых условий рабочих районов вопрос должен быть выделен в общегосударственном масштабе в виде возбуждения вопроса о *профессиональной гигиене* и на местах — централизации крупных районов в районные организации. Последние положения выделят и поглотят специфические интересы рабочего в то время, когда стремление строгого равенства по уезду, где преобладающее сельское население дает одинаковый подход и к заводским и сельским местностям. Условия же завода одни, а деревни другие. Например, если мы будем говорить в селах больше о детском сифилисе, то в заводе будем говорить больше о детском туберкулезе и т. д. Ясно, что здесь не должно быть все это скомкано в одну кучу. Производства и главки, а по мере укрепления и профсоюзы не отталкивают дела здравоохранения. Они во многих случаях видят необходимость, оказать поддержку и стремятся помочь. Но здесь органы здравоохранения порой не всегда рассматривали вопросы с точки зрения жизненных интересов, а с точки зрения инстанции и, встречаясь подчас с индифферентными отношениями в инстанциях, люди, относящиеся к настоящему моменту с прежним шаблоном, действительно могут вести дело к ухудшению, возможно что порой и помимо их воли.

Так часто работая по пути строгой централизации, декретизации люди с прежним шаблоном, без учета настоящего момента, не могут выполнить наши насущнейшие пробелы. И здесь именно, в области охраны здоровья трудящихся, нельзя забиваться в узкие рамки. И одним из главных ресурсов, без сомнения, являются экономические организации и здесь-то производство в целом и дело охраны здоровья трудящихся должно уметь находить общую исходную точку зрения, — должны исходить из общих лозунгов РКП государственности, уяснив общность интересов.



*О профессиональной гигиене могу сказать следующее:*

Подчеркивая в предыдущем, охрану здоровья трудящихся с точки зрения, как бы сказать, хозяйственной—в дальнейшем нужно рассмотреть положение с точки зрения профессиональной. По мере укрепления профессиональных союзов последние стремятся этому вопросу помочь. Выдвигая соответствующие положения в охране труда, здесь, без сомнения, сказывается здоровое течение профсоюзов, которые, хотя на местах и с трудом воспринимается, но все же скажет свой результат. Но это явление наблюдается не во всех союзах, здесь работа намечается в выделении специфических вопросов и в соответствующих органах Наркомздрава. Профсоюзы заинтересованы в учете состояния здоровья и проч. своих членов, здравотделы также заинтересованы в охране здоровья и эти два органа должны задуматься над положением профессиональной гигиены и поглотить вопросы, связанные с профессиональной точки зрения как охраны труда, так и охраны здоровья. Эти вопросы не носили систематического характера и те или другие производства, жили случайностями, связанными, может быть, с сверхурочностью, в то время, когда здесь необходимо научно-деловой подход к организму рабочего. Практически это дает указание настоящего состояния рабочего, а отсюда и соответствующие предупредительные меры. Вопросов, связанных с профессией сколько угодно и примеров приводить нахожу излишним, но ясно одно, что все эти данные должны быть превращены в одно целое и выдвинуть на очередь вопрос о гигиене рабочего. И профсоюзы, укрепив в отдельных отраслях охрану труда, не имеют всетаки ясной картины о состоянии своих членов. Профсоюзы, имея в своих рядах массу, должны знать, что масса рассчитана на известное количество лет и что растут новые поколения в известных условиях, положительных или отрицательных и что нужно что-то сделать, что бы выравнивать условия подрастающих членов и физически дать мощную опору уставшим членам. Все эти вопросы на сколько они новы, настолько же и стары; но чтобы влить их в организационное русло необходимо и научно-систематическая разработка вопроса, необходимо и возбуждение вопроса в широком масштабе. Таким образом, если вопрос о гигиене рабочего ставить известным положением, то избежится обычное распыление вопроса, каковое уже наблюдается. Одним из частичных мероприятий в этой области являются съезды врачебные рабочих районов совместно с работниками по охране труда, здравотделов, где таковые есть и т. д. И по этим вопросам десятый съезд РКП сказал свое слово, создав комиссии по улучшению быта рабочих, декретировав тем самым специфичности нужд рабочего.



*В организационном вопросе* общее положение таково, что этот вопрос должен быть долгое время на обсуждении, так как дело здравоохранения требует улучшений и улучшений. Дело это не может остановиться на мертвой точке, точке полного усовершенствования. Наоборот, чем больше мы будем думать в этой области, тем потребуются больше мероприятий и чем шире и больше будет сделано, тем больше и больше будет сэкономлено человеческих жизней. Тем больше будет предупреждено заболеваний и т. д. И здесь то, согласно момента, особенно приходится считаться с местными условиями, с местными положениями. И их приходится полностью использовать. В то же время и перед высшими органами жизнь ставит вопросы, требующие срочного разрешения и, следовательно, перед последними в крупных районах должны иметься единицы ответственного характера. Здесь принцип районирования согласно территории производства и профсоюза диктуется жизнью и таким районным рабочими по здравоохранению нужно придать окраску специальным органам, поглощающих в себя соответствующие нужды рабочего. Задания таких органов должны разработаны с расчетом, чтобы было избегнуто распыление вопросов, каковое должно наблюдаться. Таким путем, имея в виду центр особенности дела здравоохранения в связи с влиянием производства на рабочего, с особенностями в данной местности, в централизации вопросов здравоохранения по производственным районам, мы выполняем *первое* в организационном вопросе. *Вторым* положением является соответствующее использование сил в той или другой области, подготовка работников их распланировка. Выходя из основы, из массы рабоче-крестьянской среды и среди них создавать работников в разных областях здравоохранения. Здесь работу нужно проделывать во что бы то ни стало, потому что необходимы живые силы, которые должны завершить дело. И эти массы, если дать им толчок, но не путать их, могут вернее и ближе подойти к цели а именно положить свои силы, свое умение определенному заданию. В то время, как часть привыкла работать по шаблону, а шаблонная работа равносильна смерти, в то время пужны творцы, могущие созидать. Все должно идти на учет. Штаты сокращены на 50% и более. Новых сил пужно ждать с трудом. Требования повышаются, задания расширяются, много на очереди, а выполнить зачастую не кому. Здесь необходимо создание подсобных лиц, несущих ответственность и развязывающих руки медработникам. Как опыт на пути создания таких работников — это были рабоче-крестьянские комиссии по чистоте, из членов которых выработались стойкие спецы по борьбе с эпидемиями, знакомые с общей постановкой и люди, которые могли занимать ответственно-административные должности. Женотделы



окажут и оказывали уже серьезную помощь. Труднее удастся сдвинуть в этой области союзы молодежи и Наробразы—каковые должны быть заинтересованы в этом деле, начиная с школьной гигиены и т. д. Таким образом, создается кадр работников вообще по санитарии, в частности и медперсоналу и спецами облегчается работа по непосредственному оказанию медицинской помощи. Эта практика должна углубить ростки, создавая людей с более высокой квалификацией. Третьим положением является проверка организаций, а именно на сколько таковая крепка, предприимчива и изобретательна, чтобы использовать все возможное для здоровья человека, чтобы подчинить в настоящий период кризиса и местные средства, а отчасти и природу. Не всегда здесь идет так, как нужно. Оставляя в стороне климатические данные и др. источники, подчеркну здесь об отбросах химических производств, которые можно бы утилизировать, как медикаменты, подвергнув переработке. Если возьмем санитарное дело, то оно требует особенного внимания, требуются шпальцы, наблюдающие неусыпно за местами, особенно в виду отсутствия санитарных врачей. Конечно еще и ряд других вопросов организационного характера должны всегда стоять перед здравыми, но существенное их значение сказывается тогда, когда эти вопросы превращаются и в практическую работу, а последние воплощаются в жизнь при работоспособности соответствующих органов и втягивании широких рабочих масс в эту работу.

---

## К 25-летию Пермского Бактериологического Института.

### I.

Имея в виду, что Съезд по Здравоохранению Пермской губернии в 1922 году совпал с празднованием 25-летнего юбилея Пермского Бактериологического Института, Губздравотдел считает необходимым отметить на страницах настоящего сборника это важное в жизни Пермского края событие и поместить здесь часть материалов, относящихся к означенному юбилею.

К сожалению, по техническим соображениям, не представляется возможным использовать весь этот материал полностью, а потому приводятся из него только более существенные данные и то со значительным сокращением.



II.

А К Т

Торжественного заседания, посвященного чествованию 25 летия деятельности Пермского Бактериологического Института, состоявшегося 18 июня 1922 года.

Заседание происходило в 2 часа дня в помещении Бактериологического Института.

На заседании присутствовали: представители местных учреждений, организаций, обществ, профессуры Медфакультета, врачей, студентов и многочисленные гости в количестве до 200 человек.

*Президиум торжественного заседания составляли:* Председатель заведывающий Губздравотделом д-р *М. И. Карамышев*, члены: профессор *Б. Ф. Вериг*, профессор *В. Н. Парин*, профессор *В. В. Чирковский*, д-р *Азерьер*, секретарь д-р *Костромин*.

I.

По открытии заседания Председательствующий, д-р *М. И. Карамышев*, предложил директору Бактериологического Института, профессору *В. М. Здравосмыслову*, как Юбилару, занять почетное место в Президиуме по правую сторону Председательствующего.

Далее председатель в краткой речи ознакомил собрание с целями, основаниями для чествования 25-летия Бактериологического Института и его основателя профессора *В. М. Здравосмылова*, отметив то важное значение, какое имел и будет иметь институт для местного края и всей Республики.

II.

Слово предложено затем директору Бактериологического Института профессору *В. М. Здравосмыслову*, который изложил краткий исторический очерк развития и деятельности Бактериологического Института за 25-летие его существования и оттенил значение бактериологии, как науки, целью которой оздоровление населения, путем предохранительных мер и научно-обоснованных лечебных методов борьбы с инфекционными началами. Рост этого учреждения и постепенный ход его развития иллюстрировался многочисленными диаграммами, таблицами и рисунками, помещенными на стенах, залы заседания.



III.

Далее выступил целый ряд ораторов с приветствиями от различных учреждений г. Перми и личных поздравлений, с одной стороны — основателю Института и его директору профессору *В. М. Здравосмыслову*, а с другой самому Институту с его сотрудниками с поднесением адресов.

1. От Пермского Губернского Исполнительного Комитета Р. и К. депутатов представлял д-р *М. И. Карамышев*.

Изложив вкратце, что в процессе создания культурных и научных ценностей все организационные периоды строительства зависят от отдельных личностей, стоящих во главе дела, оратор отмечает неразрывную связь между Бактериологическим Институтом и создателем его профессором *В. М. Здравосмысловым*, вложившим совместно с своими сотрудниками всю свою энергию, знание и силы на развитие этого учреждения в течение долгих 25 лет существования Института. Приветствуя данный юбилей и юбиляра *В. М. Здравосмылова* Президиум Губисполкома постановил вынести благодарность профессору *В. М. Здравосмыслову* за долголетнюю службу и вложенные им труды в это дело, всем же служащим Института постановил выдать продуктовую премию, как возможную пролетарскую помощь в настоящий трудный момент. (Подлинная речь приводится в конце сборника).

2. От Пермского Губернского Отдела Здравоохранения выступил доктор *Маршак*. Оратор подчеркнул, что в настоящее трудное время, когда во всех областях замечается упадок, мы видим одно учреждение — *Бактериологический Институт*, которое стоит на должной высоте, занимая одно из первых мест в Республике по своей научной и практической работе.

Чувствуя живейшую признательность к деятельности Института директора Института профессора *В. М. Здравосмылова* и его сотрудников, в ознаменование 25 летнего юбилея Института и директора его профессора *В. М. Здравосмылова*, Губздравотдел вынес постановление:

1) Установить степенди для двух экстернов при Институте из врачей губернии для усовершенствования по бактериологии.

2) Представить в распоряжение директора Института материальные средства для ежегодных 3-х месячных научных командировок одного из сотрудников Института за границу.

3) Губздрав вносит предложение пред настоящим собранием Пермскому Бактериологическому Институту присвоить имя „Профессора *Владимира Михайловича Здравосмылова*“ и настоящее постановление послать в Наркомздрав на утверждение.



3. От Пермского Губпрофсовета тов. *А. И. Шатских* приносит приветствие Институту, как научному и практическому учреждению от 140 тысяч рабочих и служащих Пермского края.

4. От правления Пермского Государственного Университета и от Общества Естествоиспытателей и врачей Пермского Университета профессор *В. В. Чирковский* приветствует, как Бактериологический Институт и его сотрудников, так и директора Института Профессора *В. М. Здравосмыслова*, отметив его заслуги, как высоко квалифицированного научного работника и как организатора, поставившего на научную высоту созданный им Институт, в стенах которого нашла себе приют заседания общества врачей.

5. От медицинского Факультета Пермского Государственного Университета Декан профессор *В. Н. Парин* огласил постановление Медицинского факультета Пермского Государственного Университета от 16 июня 1922 г. о присуждении Профессору *В. М. Здравосмыслову* высшей научной квалификации (по прежнему степень доктора медицины).

Затем профессор *В. Н. Парин*, как декан факультета прочел и поднес адрес профессору *В. М. Здравосмыслову*.

6. От медицинского же факультета представителем выступил профессор *Е. М. Курдиновский*, огласивший адрес с вручением его профессору *В. М. Здравосмыслову*.

7. От научно—исследовательского Биологического Института—профессор *А. А. Заварзин* произнес краткую речь в которой указал на тесную связь только что зародившегося Биологического Института, с чествуемым в настоящий момент, Бактериологическим Институтом, которому, в полном его составе сотрудников и лично директору его профессору *В. М. Здравосмыслову*, и принес юбилейное приветствие.

8. Профессор *Б. Ф. Вериге*, как старейший из профессоров Пермского Государственного Университета, произнес теплую речь, отметив главным образом, что Бактериологический Институт, возглавляемый Юбиларом *В. М. Здравосмысловым*, имел помимо научного еще и громадное прикладное значение: Институт служит проводником в толщу населения научных принципов, устанавливая, тем самым связь науки с народом, причем бактериология является здесь провозвестницей предохранительных мероприятий, оберегающей народную массу от инфекции.

9. От Александровской больницы—старший врач ее д-р *Ф. А. Азеркер* прочел и вручил приветственный адрес Институту.



10. От коллегии врачей Александровской больницы доктор *А. И. Неволлина* огласила адрес Директору Бактериологического Института Профессору *В. М. Здравосмыслову* и вручила его юбиляру.

11. От Городской Заразной лечебницы — профессор *Г. В. Флейшер* произнес краткое приветствие Институту во главе с его директором, отметив неразрывную связь, существующую между этими двумя учреждениями по характеру их деятельности.

12. От областной Психиатрической лечебницы выступил с краткой приветственной речью, профессор *В. П. Протопопов*.

13. Бюро врачебной секции, в лице его представителя д-ра *В. Н. Космодемьянского*, приветствовало Юбиляра профессора *В. М. Здравосмылова*, указав, что в вопросах общественной медицины юбиляр всегда принимал горячее участие.

14. От студентов — медиков Пермского Государственного Университета выступил студент *Г. К. Печенкин*, принесший в краткой, пречувствованной речи приветствие директору Института профессору *В. М. Здравосмылову* и всем его сотрудникам.

15. От Губернской Ветеринарии произнес приветственное слово ветеринарный врач *С. П. Окуневич*, коснувшись вкратце той связи, какая существует между бактериологией вообще и ветеринарными инфекциями в частности.

16. От группы врачей, работающих privately в Бактериологическом Институте выступил д-р *В. И. Иоффе*, благодаривший юбиляра института профессора *В. М. Здравосмылова* и всех его сотрудников за постоянную готовность в помощи и гостеприимство для работ всем желающим штудировать научные вопросы по различным отделам бактериологии и иммунитета.

17. Последнее приветствие исходило от сотрудников Пермского Бактериологического Института, представителем которого был д-р *Л. Е. Мартынов*, прочитавший и поднесший адрес Юбиляру профессору *В. М. Здравосмылову* от всех служащих Института.

#### IV.

Далее были оглашены приветствия, полученные, как местно, так почтою и телеграфом, а именно:

1) От Харьковского Бактериологического Института.

2) От Иркутского Бактериологического Института.

3) От Декана Медфакультета Казанского Университета.



- 4) От Уральского Медицинского Общества.
- 5) От бывшей лаборантки А. Г. Сусловой (из г. Томска).
- 6) От группы граждан г. Перми.

(Подлинныя приветствия приводятся в конце сборника).

## V.

Ответственное слово было предоставлено профессору *В. М. Здравомыслову*, который от имени всех сотрудников и от себя лично благодарил высокое собрание за честь, оказанную в данный момент Институту, за поздравления и приветствия и указал, что лично в указанной ему чести слишком переоценены его заслуги и что Институт во всем масштабе его работ широкой организации и своею деятельностью всецело обязан любви к делу и энергии его сотрудников, а также тому вниманию, которым институт пользовался со стороны участковых врачей губернии и самого населения. Последнее особенно ярко иллюстрируется полученным приветствием от группы граждан г. Перми.

Юбилар благодарит Губисполком, Губздравотдел, Университет и в частности Медицинский факультет, а также все учреждения и организации, пославшие своих представителей на это скромное торжество и наконец всех присутствующих на настоящем торжественном заседании.

## VI.

В заключительном слове председательствующий д-р *Карамышев* выразил общую мысль, проходящую красной нитью во всех заслушанных приветствиях, что Институт, не смотря на ряд тяжелых переживаний сохранил цветущий вид, не пострадал от житейских невзгод и во всем этом он обязан всецело его основателю и директору профессору *В. М. Здравомыслову* с его сотрудниками.

Заканчивая свою речь, он призывал всех присутствующих к тому, чтобы расходясь с этого собрания все помнили о необходимости сохранить Институт для его дальнейшей плодотворной работы.

По окончании торжественного заседания были еще получены запоздавшие почтой приветствия, которые к сожалению не могли быть оглашены, а именно:

- 1) От Бактериологического Института имени Грабичевского из г. Москвы.
  - 2) От д-ра Н. А. Баранова из Мотовилихинского завода.
- (Приветствия эти приводятся в конце сборника).



## Речи и приветствия, заслушанные на заседании.

### 1. Речь представителя Губисполкома, д-ра Карамышева.

От имени Губернского Исполнительного Комитета Рабочих и Крестьянских Депутатов разрешите обратиться с приветственной речью.

В процессе отдельных моментов создания культурных начинаний, при создании тех или иных (особенно научных) ценностей отмечается, что организационные периоды того или иного строительства тесно укрепляются или вернее зависят от личностей, стоящих во главе дела. Сегодняшний день мы являемся свидетелями данного положения. Сегодня отмечаем и фиксируем своим приветствием юбилей Бактериологического Института, его 25-ти летие и юбилей профессора Здравосмылова—его 25-ти летие.

В течение 25-ти лет происходила работа в Бактериологическом Институте, как по созданию данного учреждения, так и по развитию и осуществлению идей бактериологии. И здесь мы должны сказать, что этот двойной юбилей имеет основу и в большей своей степени относится к Владимиру Михайловичу и его первым соратникам.

25 лет тому назад здесь, где может быть был пустырь, под влиянием живой силы юбиляра профессора Здравосмылова выросло одно из образцовых в России учреждений. Начатое дело с энергией, молодыми силами Владимира Михайловича не заглохло и мы видим учреждение, где относятся к нему с такой же неослабляемой любовью и укрепляют его. Здесь всегда видна чья-то заботливая рука,—которая создает совершенно известную постановку и атмосферу.

Данным днем подчеркивается, что нет непреодолимых препятствий при осуществлении дела, которому отдаются все силы руководителями. И сегодняшним ярким фактом мы удостоверяемся, что прошедшие года юбиляра использованы не просто, и увековечены в создании того ценного, что не забывается.

В настоящий строительно-организационный период всей молодежи нужно нести и создать культуру, чтобы жизнь не протекала в прозябании а раз данная была бы действительно использована и оставила какой либо вклад в будущее. И как завершение плодотворности работы, мы видим, что это учреждение служит не только в областном масштабе и больше, но и вполне удовлетворяет научным запросам, впусав в свои стены вновь воспитываемых врачей.



С энергией начатая практическая работа и учение в области бактериологии расширилось уже путем создания своей школы бактериологов.

Нашим горячим пожеланием является укрепление деятельности настоящего учреждения и дальнейшая плодотворная работа профессора Здравомыслова с пожеланием сердечного приветия Владимиру Михайловичу и его сотрудникам.

Мы собрались сюда и разойдемся с уверенностью, что сколько можем в своих речах восполним все жизненные пережития, каковые проходили в эти 25 лет.

Пермский Губернский Исполнительный Комитет Советов рабочих и Крестьянских Депутатов данный юбилей отметил особым постановлением Президиума Губисполкома следующего содержания:

Приветствуя данный юбилей и юбиляра Президиум Губисполкома постановил всем служащим выдать продуктовую премию, как возможную пролетарскую помощь в настоящий трудный момент.

*2. Приветствие Бактериологического Института Харьковского Медицинского Общества, (мая 13, 1922 года № 276).*

Директору Пермского Бактериологического Института.

Харьковский Бактериологический Институт приветствует Пермский Бактериологический Институт в день его 25-ти летнего юбилея.

Пусть тот светочь науки, каким является Пермский Бактериологический Институт, ярко горит на далекой Северной окраине России, распространяя вокруг себя свет знания и облегчая страдание населения нашей родины в годину переживаемых ею бедствий.

Харьковский Бактериологический Институт желает своему собрату по науке процветания на многие и многие годы.

Директор Бактериологического института профессор (подпись)

*3. Телеграмма из Иркутска (от Иркутского Бактериологического Института).*

Пермскому Бактериологическому Институту.

Совет сотрудников прихимбактина секхимбактина сердечно приветствуют товарищей к юбилею. Бронштейн.



4. *Приветствие Декана Медицинского Факультета Казанского Государственного Университета, (от 24 мая 1922 года за № 548).*

Директору Пермского Бактериологического Института В. М. Здравосмыслову.  
Многоуважаемый Владимир Михайлович!

Медицинский Факультет Казанского Университета в заседании своем 8 мая с./г. постановил приветствовать Вас, как своего бывшего ученика и созданный Вами Бактериологический Институт по поводу исполнившегося 25-ти летия Вашей научно-педагогической деятельности.

Сообщая Вам об'этом, имею честь просить Вас принять и мое искреннее поздравление и искреннее пожелание процветания Пермскому Бактериологическому Институту, возглавляемому Вами.

Уважающий Вас Декан Медицинского Факультета Казанского Университета профессор (подпись).

5. *Телеграмма из Екатеринбурга от Уральского Медицинского О-ва.*

Пермскому Бактериологическому Институту.

Уральское медицинское общество горячо приветствует Пермский Институт, его основателя и руководителя профессора Здравосмылова, и всех сотрудников с двадцати пяти летним юбилеем ТЧК. Общество глубоко верит в дальнейшую плодотворную научную и практическую работу Института на пользу обширного Уральского края.

Председатель Курдов.

6. *Телеграмма из Томска (от бывшей лаборантки А. Г. Сусловой).*

Пермскому Бактериологическому Институту.

Многоуважаемый Владимир Михайлович, в день двадцати пяти летия дорогого мне Пермского Бактериологического Института, шлю сердечный привет, поздравление Вам и сотрудникам Вашим, глубоко верю, что в Ваших твердых руках с камня на камень высово созданный Вами Институт будет все выше. Суслова.

7. *Приветствие от группы граждан гор. Перми.*

Группа граждан, сознающая все великое значение Бактериологического Института для гор. Перми и уездов и всю его пользу для всего населения и в общем и в частности—просит принять ее поздравление и благодарность как инициаторам, так и всем сотрудникам Института в этот знаменательный день и пожелание той же благотворной деятельности, при возможном



ее расширению и при этом же всегдашнем сердечном отношении и к делу и к пациентам, которое эта группа граждан всегда встречала от всего персонала служащих в Институте. Гор. Пермь, 18 июня 1922 года.

## Речи и приветствия, заслушанные после заседания.

### 1. Приветствие Бактериологического Института имени Г. Н. Габричевского при Московском Университете.

В Комиссию по организации юбилея Пермского Бактериологического Института.

Лично от себя, от конференции врачей и всего Института в целом позвольте приветствовать дорогого собрата в день его славного 25-ти летнего служения родине и выразить горячее и искреннее пожелание ему успеха в его дальнейшей деятельности на пользу науке и обществу в тяжелые годы упадка духовной, моральной и экономической жизни.

Профессор (подпись).

### 2. Приветствие д-ра Н. А. Баранова, (из Мотовилихинского завода).

Дорогой Владимир Михайлович.

Слышал я, что в ближайшие дни исполнится 25-ти летие Вашей деятельности в Перми. Позвольте мне старому земскому врачу от души приветствовать Вас и поздравить с знаменательным днем в Вашей жизни и выразить Вам искреннее пожелание еще долгие годы видеть Вас работником на нашем общем деле.

Из скромной Пастеровской станции Вы в поразительно короткое время создали солидное научное учреждение.

Мы, практические врачи уже много лет пользуемся плодами Ваших упорных трудов. Приготавливаемые под Вашим наблюдением сыворотки, вакцины и т. д. спасли не мало человеческих жизней.

По своим наблюдениям приготавливаемые Вами лечебные сыворотки и проч. я ставлю выше подобных материалов, изготовляемых многими другими аналогичными учреждениями.

Образцово поставленные Вами бактериоскопические и бактериологические исследования и исследования паталогического материала заставили нас — практических врачей, что называется „подтянуться“ и ввести в обиход боль-



ничных учреждений пользование более тонкими методами исследования при постановке диагноза и лечения больных.

Другие товарищи врачи, ближе стоящие к Институту, дадут Вашей деятельности более детальную и основательную оценку, а я, как всю свою жизнь работающий среди крестьян и рабочих, беру на себя смелость, от лица их и от себя сказать Вам глубокое, сердечное спасибо за все Ваши труды для народа.

врач Баранов.

Председатель Съезда д-р *Карамышев*.

Секретарь д-р *Орлов*.

Технический Секретарь *В. Костарев*.



сч. 16 кон.







