

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ**

1928
ДЕКАБРЬ

№

СВЕРДЛОВСК

2

„УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

ОРГАН УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЛ. КОМИТЕТА СОЮЗА МЕДСАНТРУД

(ГОД ИЗДАНИЯ ПЕРВЫЙ).

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ вопросы строительства здравоохранения области.

ЖУРНАЛ СОДЕЙСТВУЕТ широкому обмену работников здравоохранения их научно-практическим и организационным опытом.

ЖУРНАЛ СОДЕЙСТВУЕТ социально-гигиеническому изучению области и правильному развитию производительных сил области на основе оздоровления труда и быта населения.

ЖУРНАЛ СОДЕЙСТВУЕТ перестройке мировоззрения медицинских работников области, применяя диалектический метод в освещении основных современных проблем биологии, медицины и практики здравоохранения.

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ условия профессионального труда и быта медицинских работников.

ЖУРНАЛ ОБЛЕГЧАЕТ каждому работнику здравоохранения его повседневную работу, обеспечивая консультативную помощь специалистов в научных, научно-практических и организационных вопросах.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

И. С. Белостоцкий (отв. редактор), Агульник М. А., Величкин В. И., Курдов И. К., Карнаухов М. Н., Розенгауз Ф. Т., проф. Розентул М. А. (Пермь):

Секретарь Редакции Серебренников В. С.

ОТДЕЛЫ РЕДАКТИРУЮТ:

1. Организационные вопр. здравоохранения—Величкин В. И., Коган Н. И., Шамов М. С.
2. Теоретич. и клиническая медицина—проф. Алякритский В. В., д-р Карнаухов, проф. Перианьянц Я. И.
3. Профилактика, гигиена и санитария—д-р Грязнов Н. И., проф. Здравосмыслов В. М. д-р Иванов Н. И., д-р Розет Г. И., д-р Серебренников В. С., проф. Шапшев К. Н. (Пермь).
4. Обзоры мед. печати—д-р Виленский М. М., проф. Розентул М. А., д-р Серебренников.
5. Корреспонденции с мест—Лемкин Б. А. (Пермь), д-р Розенгауз Ф. Т.
6. Труд и быт медработников—Агульник М. А., д-р Кулик С. Ю.
7. Хроника—Секретарь редакции.
8. Официальный отдел—д-р Курдов И. К.

Редактирование статей по специальностям обеспечено участием д-ра Кушелевского Б. О. — (внутренние болезни), д-ра Гаврилова К. П. и проф. Пичугина П. И. — (детские болезни), проф. Кузнецкого Д. П., проф. Шамарина В. К. — (хирургия), д-ра Звягина, К. П., д-ра мед. Онуфриева В. М., проф. Пальмова А. Ф., д-ра Перетц В. Г. — (акушерство и гинекология), проф. Первушина В. П., д-р Сегалина, проф. Шумкова Г. Е. — (психиатрия и невропатология), д-ра Замуравкина Г. И. и проф. Чистякова П. И. — (глаз. болезни), д-ра Брилль С. М. и д-ра Подсосова А. В. — (охран. здор. детей), д-ра Ляпустина В. А. и д-ра Широкова А. Ф. — (профпатология и профгигиена), инженер Кац А. В. и архитектор Голубев Г. А. — (санитарная техника).

Подписка принимается на срок до конца 1929 года.

В 1928 г. выходит 2 номера журнала. В 1929 г. выходит 8 номеров журнала.

За 10 номеров журнала (в каждом № 128 страниц) подписная плата 9 руб.

Допускается рассрочка: при подписке . . . 3 руб.

к 1 февраля . . . 3 руб.

к 1 июля . . . 3 руб.

Подписную плату с точным указанием своего адреса направлять по след. адресу: редакции „Уральского Мед. Журн.“, Облздравотдел, г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.

Также на имя секретаря редакции направляются все запросы, указания, корреспонденции, заметки с мест, статьи, рефераты и т. д.

Материал, направляемый для печати, должен быть переписан на машинке на одной стороне обыкновенного писчего листа с полями для редакционных изменений (при невозможности использования машинки, материал представляется написанным от руки, но четко и разборчиво). Редакция оставляет за собой право сокращения статьи и внесения редакционных изменений непринципиального характера. Предельный размер статьи—15 тыс. знаков. Принятый к печати материал оплачивается.

Рукописи, не принятые редколлегией к печати, возвращаются автору по желанию с пересылкой за его счет.

Редакция и Издательство „Уральского Медицинск. Журнала“, г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.

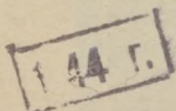
Замеченные опечатки.

	Напечатано:	Следует читать:
2-я стр. обложки строка 24 сверху	Перианьянц	Периханьянц
в содержании 8 стр. сверху	Клевезань	Клевезаль
стр. 40, 10 строка снизу	моральной	формальной
» 42, 15 строка сверху	качественных разли- чий	количественных различий
» 77 в заголовке	о конистических	о кониотических
» 130 в заголовке	geperatio	generatio

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

И. С. Белостоцкий (отв. редактор), Агульник М. А., Величкин В. И.,
Курдов И. К., Карнаухов М. Н., Розенгауз Ф. Т., проф. Розентул М. А. (Пермь)
Секретарь редакции Серебренников В. С.



№ 2

ДЕКАБРЬ 1928 ГОДА



ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

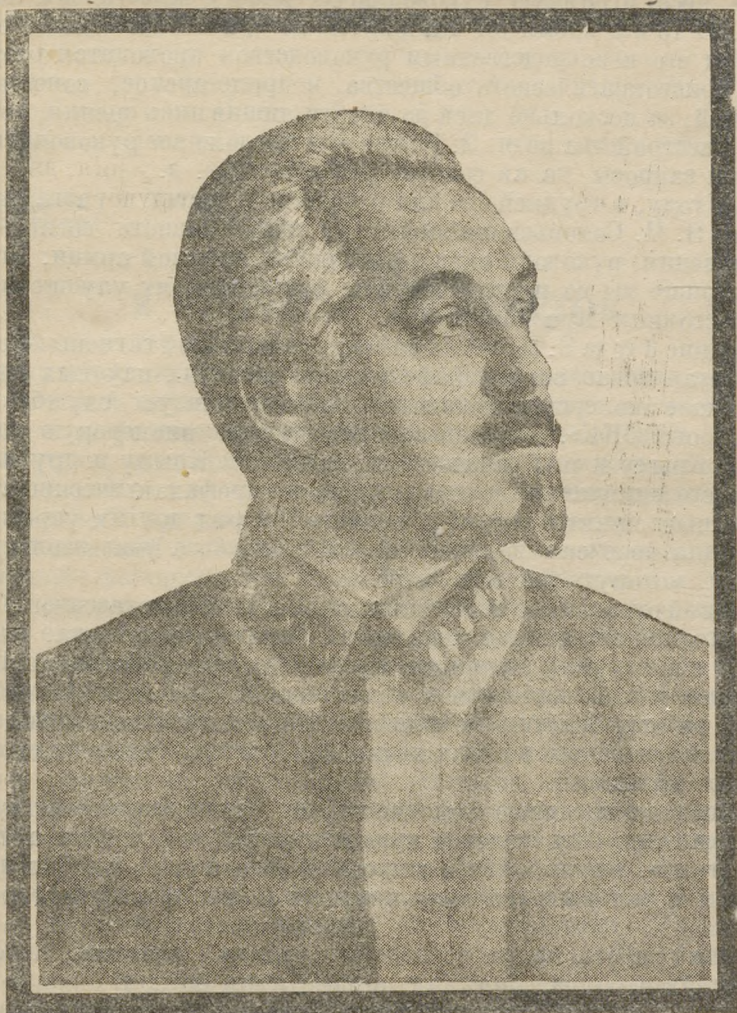
ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВ ОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1928

13868

З. П. СОЛОВЬЕВ



(1876—1928 гг.)

6 ноября 1928 года в Москве умер зам. нар. комиссара здравоохранения и председатель о-ва Красного Креста РСФСР З. П. Соловьев.

Смерть унесла крупнейшего деятеля и организатора советского здравоохранения, большого общественного работника, ученого, старого большевика-ленинца.

З. П. Соловьев родился в 1876 году. С 1898 года он примкнул к революционному движению и до последних дней стоял в первых рядах рабочего класса в борьбе с капитализмом. Уже в 1899 году он административно высылается в Казань, а в 1909 г. после ареста ссылается на 3 года в Усть-Сысольск. Свою врачебную деятельность тов. Соловьев начал в качестве земского врача. В 1905 году он заведывал медико-санитарным бюро Сим-

бирского губернского земства. Вынужденный «по независящим от него обстоятельствам» оставить Симбирск, тов. Соловьев работает с 1906 года до своего ареста в 1909 году в Саратовском земстве.

С первых дней организации Народного Комиссариата здравоохранения З. П. несет огромную руководящую работу заместителя народного комиссара. В то же время он становится во главе о-ва Красного Креста РСФСР. Под его непосредственным руководством проводится реорганизация этого, аристократического общества, в пролетарское, советское. Тяжело больной, за несколько дней до смерти лишившись зрения, движений, страдал от расстройства речи, З. П. все еще продолжает руководить делами о-ва, диктуя запросы, давая советы, указания и т. д.

В 1920 году, в труднейшее для республики время, в разгар гражданской войны, З. П. Соловьев становится во главе главного военно-санитарного управления, руководя охраной здоровья Красной армии. Его работе на этом поприще мы во многом обязаны значительному улучшению санитарного состояния Красной армии.

Последние 3 года З. П. занял кафедру социальной гигиены 2-го М.Г.У., собрав и организовав вокруг кафедры ряд молодых научных сил.

Возникает пионерское движение и З. П. организует «службу здоровья юных пионеров РОКК». Он открывает всесоюзную пионерскую здравницу в Артеке в Крыму и ряд санаторных лагерей в Крыму и других местах РСФСР; по его инициативе возникают детские профилактические амбулатории, первичные пункты «службы здоровья» и ряд других учреждений.

Уже один перечень должностей тов. Соловьева указывает на огромную работу, которую вел покойный.

Ни в одной отрасли своей деятельности З. П. не был пассивен. Он всюду вносил много личной инициативы, организаторского таланта, умея сплотить вокруг себя группу активных, преданных делу работников. При всем многообразии и сложности своих обязанностей, З. П. вел также большую партийную работу. Партия мобилизует этого выдержанного большевика-ленинца, 30 лет стоящего в рядах ленинской партии, для проведения ответственных кампаний.

Несмотря на внешнюю холодность, З. П., по свидетельству людей близко его знавших, был «человек кристальной души, чрезвычайно отзывчивый и чуткий». Всесторонне и широко образованный, он был истинным поклонником и большим знатоком искусств и сам очень недурно владел кистью.

Огромная работа, годы ссылки и подполья сломили этого неутомимого деятеля и борца. Большая, незамедимая потеря!

«Но, кроме скорби и печали, которую внушает нам эта потеря, пусть сохранится для нас прекрасный пример мудрости, смелости и трудолюбия, какой подавал нам Соловьев,—пример, столь же постоянный, как неизменны его труды и его достижения»,—говорит известный французский писатель Анри Барбюс.

Пусть память об умершем будет уроком для оставшихся !!

ОТ РЕДАКЦИИ.

К ПЕРЕВЫБОРАМ СОВЕТОВ.

Будучи тесно переплетено со всей хозяйственной и культурной жизнью страны, советское здравоохранение обычно участвует во всех советских, партийных и профессиональных кампаниях. Отмечается ли десятилетие отдела работниц, проводится ли культпоход, или готовятся к перезаключению колдоговоров,—внимание населения, неизменно и часто даже вне нашего непосредственного влияния, привлекается к отдельным вопросам массовой оздоровительной работы. Для нас, работников здравоохранения, это факт большой важности. Он свидетельствует об огромном интересе населения к основным задачам здравоохранения — оздоровлению труда и быта. Это свидетельствует и о том, что на помощь работникам здравоохранения из среды рабочего класса и крестьянства подошли и подходят новые сотни и тысячи пропагандистов здорового быта, пропагандистов широких санитарных и лечебно-профилактических мероприятий. Динамика развертывания сети учреждений охраны материнства и младенчества, оставившего далеко за собой всякие плановые предположения, обязана исключительно образованию вокруг этой работы многотысячного женского актива. Нет никакого сомнения, что под давлением выраженного общественного мнения широких рабочих кругов в ближайшее же время встанет прочно на ноги и в своем развитии перегонит контрольные цифры пятилетки сеть пунктов первой помощи на предприятиях. Достаточно уже этих двух примеров, чтобы показать, что ускорение развертывания здравоохранения и повышение его удельного веса в общей системе социально-культурных мероприятий, и, более того,—во всей хозяйственной жизни страны, легче всего достигаются привлечением к нашей работе непосредственного хозяина жизни—актива трудящихся, вносящего свои существенные поправки в наши программы и расчеты.

Ставя перед собой широкие задачи оздоровления труда и быта, советское здравоохранение не может осуществить их в русле ведомственной работы, и вопрос должен быть поставлен значительно шире.

Каждое явление хозяйственного и культурного порядка имеет свое социально-гигиеническое качество. Интенсификация производства, с одной стороны — одно из важнейших условий экономического укрепления республики и неоспоримо ведет к более высокому уровню культуры общей и санитарной, а, с другой стороны—она может быть источником новых травм для здоровья рабочего и новым препятствием физического развития населения.

Положительное явление — быстрый рост наших городов и поселков может привести к очень затруднительным подожжениям при неосуществлении основных требований санитарного благоустройства населенных пунктов. От размеров и качества нашего жилищного строительства, от того, какой будет материальная база нашего быта, зависит практическое разрешение ряда вопросов социальной гигиены быта.

От успешности работы по ликвидации общей неграмотности естественно зависит уровень санитарной грамотности населения. Более того, в эту проблему, как показал ряд старых и новых санитарно-статистических исследований, упирается вопрос детской смертности, вопросы возобновления живой силы общества, вопросы разумного расходования сил рабочей части населения.

Несомненно, что мы должны уметь выдвигать наши требования и проводить их в плане работы самых разнообразных ведомств и организаций, строящих новую жизнь. В этом — успех действительного развития широкой профилактики. Для достижения этих основных целей нам необходимо развернуть свою программу во всей ее широте и дать начатки правильного социально-гигиенического мышления самым широким слоям населения.

Ряд кампаний уже обеспечил содействие актива населения в вопросах работы здравоохранения, но в этих кампаниях мы редко выходим за пределы городов и заводских поселков. Кампания перевыборов советов захватывает все население в целом. Перевыборы советов, начиная с сельсовета до Облисполкома, позволяют пересмотреть, подвергнуть трезвой деловой критике и выявить нужды населения и перспективы развития здравоохранения на всех участках его, начиная с фельдшерского пункта и родовой избы в глухом нацменовском районе и кончая вопросами организации и практической деятельности учреждений областного значения, как институты физико-терапевтический, профболезней и др.

Перевыборы советов знаменуют собой момент величайшего подъема политической активности населения. Перевыборы советов дают оценку оставленной позади полосы советского строительства. Они определяют собой основные линии развития хозяйственной и культурной жизни целого района, оставляя после себя наказ масс, как обязательную для советов схему их практической деятельности. В этих условиях для советского здравоохранения перевыборы советов являются моментом, который может оказаться решающим для развития здравоохранения в ближайшие годы.

Перевыборы советов сопровождаются внимательным обсуждением населением первоочередности отдельных мероприятий по удовлетворению своих растущих потребностей. Населению нужны школы, больницы, народные дома, кооперативы, ясли, общественные тракторы, общественные колодцы. Нельзя отрицать всей необходимости каждого из перечисленных мероприятий. Каждое из них найдет себе сторонников, но наши задачи заключаются в том, чтобы, исходя из объективного учета положения в районе, помочь найти правильное решение, и именно в деревне, где многие так слабо еще отдают себе отчет в первостепенном значении состояния здоровья, где более всего развита известная покорность перед лицом болезни и смерти, где за высокой рождаемостью крестьянством не дооценивается все отрицательное значение огромной детской смертности, — именно здесь, в деревне, мы, работники здравоохранения, должны усилить свою разъяснительную работу. Наказы сельсоветам и райисполкомам должны отразить в себе практическую программу развертывания здравоохранения. Мы

должны использовать все возможности для этого. Мы не можем быть ведомственными, но минимум оздоровительных мероприятий должен быть обеспечен в плане работ каждого сельского, каждого поселкового совета.

К этому нужно привести мысль и волю населения путем освещения фактического положения дела со здравоохранением и его очередных нужд. Никто не будет отрицать ряд неоспоримых достижений в нашей работе, но за эффективностью сравнения наших данных, нашей сети учреждений с довоенными, не должно теряться трезвое представление еще относительной ценности их. Излишнее подчеркивание успехов лишь затемняет ясное представление трудностей и необходимости дальнейшей работы. Наши отчеты должны быть исчерпывающе полными, объективными, освещающими все дефекты нашей работы, все нужды ее.

Наши требования не могут быть отвлеченными. Надо меньше возлагать надежд на «ходатайства перед центром» и больше рассчитывать на возможности изыскания средств внутри района. Кроме средств по бюджету, здесь особенное значение должно иметь использование самообложения и проведение вне его добровольных кампаний помощи здравоохранению для осуществления определенных целей. Изучение крестьянского бюджета дает возможность говорить о необходимости и возможности сдвигов внутри его с перераспределением отдельных расходов. Достаточно привести здесь статистические данные Украины (за 1924-25 г.), где на душу крестьянского населения тратилось 76 коп. на спиртные напитки и лишь 20 коп. на лечение.

Какие же основные моменты мы должны учитывать, обсуждая наказ делегату в советы? Мы уже сказали, что основа наших успехов — в более широком подходе к вопросам оздоровления труда и быта. Обеспечивая удовлетворение наших специфических нужд, мы должны внести коррективы оздоровительного порядка по всем разделам хозяйственного и культурного строительства.

Нам нужна не просто школа, а школа, обеспечивающая здоровье и правильное физическое развитие детей, нам нужны не только трамвай и автобусное движение, но и организация правильной вывозки мусора и нечистот, нам нужно не только расширение жилплощади, но и санитарное благоустройство поселка.

Исходя из учета своеобразных особенностей области, мы обязаны:

1. Оценить в полной мере специфические особенности уральской промышленности с ее низким техническим уровнем, с высоким травматизмом, с наличием ряда объективных причин для повышенной заболеваемости индустриальных рабочих. Техническая отсталость производств ведет к повышенным издержкам за счет здравоохранения. Процессы индустриализации не могут идти вне обеспечения интересов здоровья работающих. Развертывание новых производств должно сопровождаться обеспечением нормальных санитарных условий труда и быта и развертыванием необходимого медико-санитарного обслуживания. Промышленность должна участвовать своими средствами в обеспечении максимального развития живых производительных сил — живой рабочей силы.

2. Мы обязаны оценить развитие в уральской деревне кустарных промыслов (кожевенное дело, ткацкое, пимокатное), ухудшающих общесанитарные условия быта, и усилить обслуживание этих районов.

3. Мы должны предусмотреть создание новых форм обслуживания новых крупных сельско-хозяйственных объединений деревни — совхозов, коммун и колхозов (мединпункты, ясли и т. д.).

4. Мы обязаны завершить обеспечение больничной помощью всех районов области.

5. Мы должны обратить особое внимание на обслуживание медпомощью и поднятие санитарной культуры национальных меньшинств.

6. Находясь под угрозой эпидемий, мы должны сосредоточить свое внимание на вопросах санитарного благоустройства населенных пунктов, в частности, добиться улучшения условий труда и быта завозной и сезонной рабочей силы на предприятиях и лесозаготовках области.

7. Мы обязаны прийти на помощь рабочей и крестьянской семье в деле воспитания здорового ребенка, усилив развертывание работы по охране материнства и младенчества и здоровья детей.

На фоне этих общих задач отчетливее выступают частные нужды отдельного района. В необходимости срочного удовлетворения их должно быть заинтересовано население. Степенью интереса к вопросам здравоохранения можно измерить успехи ближайшего периода. Период перевыборной кампании для органов здравоохранения может начать собой полосу плановой организации самодеятельности населения.

При этом надо подчеркнуть, что основным стержнем организации общественности являются советы. В организации общественности вокруг вопросов здравоохранения наш основной путь — развитие и укрепление работы секций здравоохранения горсоветов и санитарных комиссий районных и сельских советов. Подготавливая участие общественности в работе переизбранных советов, работники здравоохранения обязаны изучить работу секций, выявить ряд причин, мешавших секциям развернуть широко свою работу и, участвуя в перевыборной кампании, наметить основные задачи работы секций будущего состава.

Тесное соприкосновение медико-санитарных учреждений с населением должно быть использовано для ежедневной пропагандистской работы. Амбулатории, поликлиники и др. учреждения органов здравоохранения должны развернуть отчетные выставки, должны популяризировать общий отчет местного совета.

Медицинские работники должны продумать конкретные формы содействия населению в полном участии его в перевыборах. Интересы жен рабочих, работниц и крестьянок требуют создания временных яслей, очагов и т. п., разгружающих мать на время выполнения ею гражданского долга.

Перевыборы советов явятся экзаменом политической зрелости медработников, выдвинутых жизнью на передовые позиции культурного фронта. Именно это ответственное положение борцов культурного фронта, активных проводников советской государственности в толще населения, требует и от самих медработников проверки самих себя, своего отношения к основным вопросам советского строительства в его целом и активного содействия работе партии и советов. Перевыборы советов должны закрепить и расширить связь низовой советской интеллигенции с партийно-советским активом, и полоса взаимного доверия и тесного сотрудничества в общем деле социалистического строительства должна ознаменовать собой рост политической активности медработников и их деятельное участие в перевыборной кампании под общим лозунгом — за линию коммунистической партии в вопросах советского строительства!

КОНТРОЛЬНЫЕ ЦИФРЫ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ НА 1928-29 ГОД.

В. САФРОНОВИЧ (Уралплан).

Основные контуры контрольных цифр текущего года были намечены при составлении перспективного пятилетнего плана, который, охватывая более длительный промежуток времени, дал возможность глубже подойти к вопросу о развертывании дела здравоохранения в соответствии с развитием всего хозяйства Урала. При этом следует отметить, что пятилетний план, в виду ограниченных бюджетных лимитов, был составлен с большой осторожностью, вследствие чего значительные сдвиги были даны только наиболее отстающим отраслям здравоохранения, а в остальных показатели обеспеченности изменяются незначительно. Но и при такой осторожности расходы на содержание намеченной сети не покрывались имевшимися лимитами и органы здравоохранения рассчитывали на усиление отпуска средств со стороны Центра.

Однако, при составлении контрольных цифр выяснилось, что ассигнования со стороны госбюджета и централизованных фондов не будут покрывать полностью намеченных расходов на развертывание сети и по этому пришлось в некоторых частях сократить намеченные мероприятия. Сокращение это отразилось, главным образом, на качестве медпомощи, на зарплате медперсоналу, особенно врачам, которым по пятилетнему плану намечалась ежегодная прибавка в 10 проц. оклада, но средства для этого не были отпущены. Сеть же изменилась незначительно по сравнению с намечкой пятилетнего плана на 28-29 год.

Переходя к рассмотрению контрольных цифр отметим, что санитарное состояние Урала улучшилось в сравнении с довоенным периодом и улучшается с каждым годом и теперь, но по сравнению с РСФСР оно значительно хуже, что видно из следующего:

	Довоенный период		1 9 2 5 г.		1 9 2 6 г.	
	Урал	РСФСР	Урал	РСФСР	Урал	РСФСР
1. Число умерших на 1000 ч. населения	40,4	32,86	34,9	24,7	26,8	20,8
2. На 100 родившихся умерло в возрасте до 1 года . . .	—	—	34,8	22,3	24,8	18,76

Особенно высока смертность в фабрично-заводских поселках, отличающихся острым жилищным кризисом, плохой постановкой водоснабжения и т. д. Так, например, в Лысьве смертность в 1926 году достигала 45,3 на 1.000 населения и в Надеждинске 35,4.

Коэффициенты заболеваемости также выше на Урале, чем в среднем по РСФСР. Так, по РСФСР в 1926 году было 78,7 заболеваний туберкулезом, а по Уралу 180 на 10.000 населения, достигая в Свердловском округе до 252 и по г. Свердловску до 792 случаев на 10.000 населения. По оспе было в РСФСР 1,3 случ. заболеваний на 10.000 населения, а по Уралу 4. То же самое и с другими заболеваниями.

Санитарная организация Урала слаба. Здесь больше, чем в других областях здравоохранения, чувствуется недостаток врачей. В 1927-28 г. было около 100 штатных должностей, а санитарных врачей—всего 55, и хотя состав их ежегодно значительно пополняется, но большое количество и выбывает, переходя на лечебную работу, или уезжая в другие губернии, где оплата труда выше, чем на Урале. Если во врачах лечебниках чувствуется недостаток, главным образом, в сельских местностях, то штата санитарных врачей не могут пополнить и города. Даже в г. Свердловске на 5 штатных должностей горсанврача в течение всего 1927-28 г. имелось всего 3 санврача.

Количество жителей на 1 sanit. врача изменяется так:

	25-26 г.	26-27 г.	27-28 г.	28-29 г.
по Уралу в тыс.	132,5	137,0	129,0	113,0
в т. ч. в городах	36,5	38,9	39,7	36,8

Число оспопрививателей намечено увеличить со 186 до 226 или на 21%. В остальном санитарно-эпидемическая сеть не меняется.

Борьба с социальными болезнями. Число туберкулезных диспансеров возросло за время с 25-26 по 27-28 г. с 12 до 18 и на 28-29 г. намечено увеличение на 3. Увеличивается также и количество вспомогательных коек при тубдиспансерах за тот же период со 190 до 435—почти в 2 1/2 раза, а на 28-29 г. еще на 120 коек или на 27,6 проц. Однако и этот прирост не обеспечивает удовлетворения потребности в диспансерной помощи как амбулаторной, так и коечной. В значительной степени остаются еще не охваченными поселения городского типа.

Число санитарных коек возрастает в 28-29 г. с 365 до 415, или на 13,7%. Количество венерических диспансеров возросло за время с 25-26 г. по 27-28 г. с 12 до 17, т. е. на 41,7 проц. На 28-29 г. число их не увеличивается.

Охрана материнства и младенчества. Оказание родильной помощи, более или менее удовлетворительное в городах (в 1926-27 г. на 100 родов оказывалось 82,7 родовспоможений и в 27-28 г. 84,1), далеко неудовлетворительно в сельских местностях, где в 25-26 г. оказывалось 7,4; в 26-27 г. 12,9 на каждые 100 родов. Консультации для детей быстро развиваются—в 1925-26 г. было 44 консультации, а в 27-28 г. 86, т. е. за 2 года число консультаций возросло почти в 2 раза. На 1.000 детей в возрасте до 4 лет было посещений в консультациях в 26-27 г. 560 и в 27-28 г. 637. Темп роста консультаций на 28-29 г. 2,5 проц.

Высок был также темп роста коек в постоянных яслях в 26-27 г. 30,1—и в 27-28 г. 20,2 проц., но этот темп на 28-29 г. значительно замедляется: число коек возрастает всего на 2,7 проц.

Охрана здоровья детей поставлена неудовлетворительно,—слишком незначительно число врачей, специально выделенных для этой работы—в 27-28 г. 53 человека и на будущий год намечено всего

63 человека. Мало также специальных учреждений для обслуживания детей и подростков. Учреждения для обслуживания физически аномальных детей вовсе отсутствуют, нет на Урале также лесных школ-санаторий.

Санаторно-курортная помощь на Урале развивается слабо, в виду того, что большинство зданий, в которых размещены курорты, ветхи и ежегодно часть их выбывает из строя. Поэтому большинство вновь возводимых построек восполняют только убыль старых. На каждые 1.000 застрахованных лечилось на курортах и в санаториях в 25-26 г. 18 чел., в 26-27 г. 19 чел., и в 27-28 г. 19 чел. Средняя стоимость койки вместе с перевозкой больных на уральских курортах 149 руб. и на южных 240 руб. Необходимо обратить серьезное внимание на дальнейшее развитие уральских курортов, для чего необходимо усилить капитальные вложения.

Коечная сеть изменялась следующим образом:

	1925-26 г.	1926-27 г.	1927-28 г.	1928-29 г.	В % к предыд. году		
					26-27	27-28	28-29
1. Больничные койки всего	11239	11564	12123	12835	102,8	104,8	105,8
В том числе:							
а) Облгород	810	810	830	990	—	102,4	119,2
б) окргорода	2878	2983	3268	3403	103,6	109,5	104,1
в) поселки городского типа	3466	358	3592	3809	102,0	101,5	106,0
г) сельские местности	2291	2331	2388	2548	189,6	102,4	106,5
д) психиатрические	914	912	985	995	99,7	108,0	101,1
е) транспортные	540	570	600	630	105,5	105,2	105,0
ж) тюремные	340	420	460	460	123,5	109,5	100

Эта табличка показывает, что темпы роста числа больничных коек в разных типах городов и в сельских местностях были неодинаковы: в то время, как в окргородах количество коек с 25-26 по 27-28 г. возросло на 13,5 проц., в сельских местностях 4, 2 проц., в посел. гортина на 3,6 проц. в городе Свердловске 2,4 проц. Значительный рост коечной помощи в окр. и городах объясняется тем, что они удовлетворяют потребность всего округа, особенно в специальной помощи. Поэтому при вполне благоприятных коэффициентах обеспеченности в окргородах сельскохозяйственных округов, как, например, Ишиме, Шадринске, Ирбите и Тобольске, в которых приходилось в 1926 г. около 90 чел. на 1 койку, медпомощь является недостаточной и менее удовлетворяющей потребности населения, чем в окргородах промышленных округов, в которых на 1 койку приходилось в том же году от 166 (Свердловск) до 227 жителей (Златоуст). Такой рост сети городов для удовлетворения потребности населения районов является ненормальным и в перспективном пятилетнем плане намечено значительное расширение сети в сельских местностях и фабрично-заводских поселках за счет замедления темпа роста окргородов. В соответствии с этой наметкой и построена сеть 28-29 г., где число коек окргородов возрастает на 4,1 проц.,

*) Прим. редакции: Лесная школа открывается с января 1929 г.

поселений городск. типа на 6,0 проц. и сельских местностей на 6,5. Что же касается г. Свердловска, то фактически количество коек в нем не возрастает, но намечено открытие физиатрического института на 160 коек, которые будут обслуживать всю Уральскую область.

Несмотря на значительные затраты на расширение сети лечебных учреждений на Урале за последние годы обеспеченность населения медпомощью отстает почти стабильной и отстает не только от промышленных губерний, но и от средних показателей по РСФСР. Так, сравнивая обеспеченность населения Урала и в среднем по РСФСР, находим:

	1925-26 г.		1926-27 г.		1927-28 г.	
	РСФСР	Урал	РСФСР	Урал	РСФСР	Урал
Число жителей на 1 койку	592	590	557	593	553	585*)
В том числе в городах	152	183	155	182	157	186
В сельских местностях	1750	2302	1683	2321	1598	2324

Отстает также темп роста обеспеченности: в то время, как в среднем по РСФСР за 3 года число жителей на 1 койку снизилось на 6,6 проц., по Уралу произошло снижение только на 0,84 проц. В сельских местностях обеспеченность коечной помощью ухудшилась: число жителей на 1 койку повысилось с 2302 до 2324, т. е. на 1 проц.; в то же время число жителей на 1 койку по РСФСР снизилось на 8,6 проц. В городах число жителей на койку повысилось по Уралу со 183 до 186 чел., а по РСФСР со 152 до 157 человек.

Сравнение же Урала с промышленными районами РСФСР дает следующее: на 1 врача приходилось по Уралу в 25-26 г. 7000 чел., по Московской губернии 1428 и по Ленинградской 916. На 1 больничную койку в Московской 205, Ленинградской 126 чел., на Урале 623, т. е. Ленинградская губ. превышает Урал по обеспеченности коечной помощью в 5 раз, а Московская в 3 раза.

Развитие сети амбулаторий в городах выражается в следующем:

	1925-26	1926-27	1927-28	1928-29
Амбулаторий всего	199	214	227	233
В том числе в облгороде . . .	22	25	24	25
„ окргородах	58	62	69	70
„ поселк. гор. типа	92	92	98	98
„ на транспорте	27	35	36	40

*) Коэффициенты исчислены с учетом коек транспорта. Вне учета транспорта коек коэффициент обслуживания для Урал. Обл.—1623 (см. ниже).

Наиболее значительны темпы роста на транспорте, где количество амбулаторий за время с 25-26 г. по 27-28 г. возросло на 33,0 проц. и в окргородах на 19 проц. В г. Свердловске сеть довольно развита и намеченное на 28-29 г. увеличение на 1 амбулаторию вызвано постройкой амбулатории на строительстве машиностроительного завода.

В поселениях городского типа, где больше всего необходимо открытие новых амбулаторий ввиду значительной перегрузки существующих, сеть остается стабильной, так как отсутствие подходящих под амбулатории помещений вызывает необходимость постройки новых зданий. По этой же причине невозможно и дальнейшее улучшение амбулаторной помощи и в окргородах, где, несмотря на разветвленную сеть, имеются также постоянные большие очереди в виду тесноты помещений и невозможности расширения приемов. Дальнейшее расширение амбулаторной помощи идет за счет улучшения качества его путем организации поликлиник. В 1928-29 году поликлиники открываются в г. Перми и в Кизеле.

Медпомощь в сельских местностях качественно и количественно значительно ниже по Уралу, чем в среднем по РСФСР, что видно из следующего:

	1925-26 г.		1926-27 г.		1927-28 г.		28-29
	РСФСР	Урал	РСФСР	Урал	РСФСР	Урал	Урал
1. Число врачебных участков . . .	4186	165	4419	175	4750	183	193
в проц. к предыд. году . .	—	—	105,6	106,0	107,5	104,5	105,4
2. Число фельдшерских пунктов . .	3143	471	2975	456	2735	503	503
в проц.	—	—	94,6	96,8	92,0	110,3	100
3. Фельдш. пункты по отношению ко всей сельск. сети в проц.	42,8	74,0	40,2	72,3	36,5	73,4	72,2
4. Число жителей на 1 врачебн. уч-ок	20518	31975	19892	30925	18941	30327	29611

Отсюда видно, что число врачебных участков растет по РСФСР более усиленным темпом, чем по Уралу, а число фельдшерских пунктов по РСФСР ежегодно снижается; по Уралу же число их выросло в 27-28 году на 10,3%. Этот рост объясняется, главным образом, организацией сети фельдшерских пунктов на лесозаготовках. Но и помимо этого число фельдшерских пунктов на Урале велико. В то время, как по РСФСР на 1 января 1926 года они составляли 42,8 проц. всей сельской сети, на Урале было их 74 проц. К 1 января 1928 года процент этот снижается по РСФСР до 36,5, а по Уралу остается 73,4 проц.

В виду разбросанности поселений Уралобласти и дальности расстояний от врачебных пунктов, фельдшерским пунктам приходится зачастую выполнять обязанности первых. При таком положении реорганизация фельдшерских пунктов во врачебном участке является первоочередной задачей. Но, несмотря на это, число фельдшерских пунктов остается на 1928-29 г. стабильным, а число врачебных пунктов увеличивается на 10 единиц или на 5,4 проц. Такой замедленный рост врачебных участков объясняется необходимостью нового строительства при реорганизации,

так как фельдшерские пункты находятся зачастую в крестьянских избах, где врачебного участка поместить невозможно. Значительным тормозом в этом отношении также, как и в других отраслях здравоохранения, является и недостаток врачей. В течение ряда лет уральские органы здравоохранения не могут поподнить штатных врачебных должностей. Так, в 1926 г. врачебных мест было 1.168, а врачей всего 946, а на 1 января 1928 года было мест 1.528 и врачей 1254. Таким образом, недобор врачей в 1926 г. составлял 19 проц. и в 1927 г. 18 проц.

Несмотря на значительное отставание обеспеченности медпомощью сельских местностей от средних показателей по РСФСР, темп их роста идет медленнее: по РСФСР число жителей на 1 врачебный участок снизилось за время с 1925-26 г. по 27-28 г. на 7,7 проц., а по Уралу только на 5,2 проц.

Помощь на дому, имея высокий темп роста (число врачей возросло в $3\frac{1}{2}$ раза), все же остается неудовлетворительной: в 28-29 г. будет всего 51 врач. Основная масса врачей помощи на дому находится в окружающих городах и только в текущем году этот вид помощи вводится в поселениях городского типа. До сих пор в последних при общем населении в 850 тыс. человек не было ни одного врача по обслуживанию больных на дому.

Значителен также темп роста пунктов первой помощи на предприятиях: за 2 года число их увеличилось почти в 5 раз (с 12 до 57). Но и цифра, намеченная на 28-29 год (91 пункт), явно недостаточна и в незначительной степени удовлетворяет потребность в этом виде помощи.

В транспортную сеть по здравоохранению вошли только учреждения, находящиеся в ведении здравотдела Пермской железной дороги, охватывающей около $\frac{1}{3}$ железнодорожной сети. От других дорог, находящихся на территории Уральской области, не имеется сведений о состоянии сети здравоохранения. За время с 25-26 г. по 27-28 г. число коек возросло с 540 до 600 или на 11,1 проц. и на 28-29 г. намечен рост до 630 коек или на 5 проц. Количество врачебных участков увеличилось с 26 до 33.26,3 проц., число фельдшерских пунктов снизилось с 11 до 1. На 1 койку приходилось в 25-26 г. 24.500, а в 27-28 г. 330 жит., на 1 врачебный участок в 25-26 г. 24.500, а в 27-28 г. 26298 чел.

Таким образом, ежегодный прирост числа лечебных учреждений ниже прироста обслуживаемого транспортным здравотделом населения, что подмечено нами и при рассмотрении территориальной сети.

Капитальные вложения. Всего затрачено на строительство лечебных и санитарно-профилактических учреждений свыше 13 мил. руб., из них за счет центральных средств около 80 проц.

Из крупных областных учреждений на 28-29 г. намечено окончание постройки физиотерапевтического института и начало строительства психолечебницы в г. Свердловске. По окр. городам намечено начать строительство 5 лечебных заведений и 23-х по поселениям городского типа. В сельских местностях будет построено 23 больницы, из которых 11 в районах до сих пор не имевших больниц. По местному бюджету ассигновано на строительство в 28-29 г. 1,16 мил. руб., остальные средства в сумме свыше 8 мил. руб. запрошены от центральных фондов медпомощи застрахованным и государственного бюджета.

Бюджет здравоохранения возрос за 3 года (с 25-26 по 27-28) на 53,5 проц. По источникам финансирования средства в процентном отношении распределялись следующим образом:

	1925-25 г.	1926-27 г.	1927-28 г.	1928-29 г.	В % к предыд. году.		
					26-27	27-28	28-29
1. Местный бюджет в тыс. . .	6445,0	8454,0	9937,4	11288	131,2	117,5	113,6
в проц. ко всему бюджету . .	43,5	40,9	44,7	43,2	—	—	—
2. Государств. бюдж. в тыс. . .	729,1	1178,9	1541,1	1321,9	161,7	130,7	85,8
в проц.	4,9	5,7	6,9	5,0	—	—	—
3. Фонд медпом. застрахован. (местн. и центр.)	7640,3	10995,6	10677,1	11976,1	143,9	97,1	112,2
в проц.	51,5	53,3	48,0	45,8	—	—	—
4. Прочие поступления . . .	8,0	21,6	82,6	1558,3	—	—	—
в проц.	0,1	0,1	0,4	6,0	—	—	—
Всего	14822,4	20650,1	22238,2	26144,3	139,3	107,7	117,6

В число прочих поступлений 1928-29 г. вошли: ссуды в сумме 475 тыс. руб., средства промышленности в размере 200 тыс. руб. на строительство лечебных учреждений при вновь строящихся заводах и 132,3 т. $\frac{1}{4}$ проц. на содержание яслей; остальные 751 тыс. р.—средства по самообложению и госбюджетные средства на строительство лечебных учреждений в переселенческих участках.

В течение прошлых лет был наиболее значителен темп роста ассигнований по местному бюджету: за время с 25-26 г. по 27-28 г. он возрос на 54,2% в то время как местный фонд медпомощи возрос всего на 34,0 проц., а вместе с ассигнованиями по централизованным фондам на 42,9 проц.

Расход на 1 жителя составлял по Уралу в 25-26 г.—2 р. 29 к., в 26-27 г. 3 р. 04 к., в 27-28 г. 3 р. 15 к. в то время как в среднем по РСФСР этот расход за те же годы выразился в 3 р. 46 к., 3 р. 77 и 4 р. 10 к. Таким образом, в 25-26 г. расход на 1 жителя по Уралу составлял 66,18 проц., в 26-27 г. 85,14 проц. и в 27-28 г. 78,53 проц. расхода РСФСР.

Темп роста расходов на 1 жителя по РСФСР 11,8 проц., по Уралу 40,6 проц. Бюджет 28-29 г. намечен на 19 проц. выше чем в 27-28 г. Фонд медпомощи застрахованным будет составлять 31,9 проц. всего бюджета. На 1 жителя расход выразится в сумме 3 р. 68 к.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В Г. КИЗЕЛЕ

(по материалам обследования)

В. С. СЕРЕБРЕННИКОВ.

Вся острота противоречий потребностей населения в развертывании медико-санитарной помощи и фактических возможностей к удовлетворению их нигде не представлена так ярко, как в районных рабочих центрах. Здравоохранение здесь должно было развиваться и раз-

живается в условиях отсутствия сколько-нибудь удовлетворительной базы для этого. Старые больничные здания, рассчитанные на 20-30 коек, не отвечающие элементарным санитарным требованиям, нуждающиеся в ремонте, сами по себе ставят и ставят (впредь до осуществления программы нового больничного строительства) препятствия для дальнейшего количественного роста коечной и амбулаторной помощи, развертывания новых видов специальной помощи и накладывают свой отпечаток и на качественную сторону организации медицинского обслуживания.

Новые профилактические учреждения, как правило, находятся в особо неблагоприятных условиях: если в окр-городах их удается еще размещать в прежних особняках купцов и промышленников, то в районных на их долю выпадают тесные домики обычного обывательского квартирного типа. Жилищный кризис, особенно острый в рабочих центрах, затрудняет удовлетворительное размещение врачей и остального персонала, осложняет приглашение квалифицированного кадра и приводит к повышенной текучести работников участка.

С другой стороны, развитие промышленного травматизма и повышенная заболеваемость рабочего населения и их семей, создают неизбежность очень высокой нагрузки лечебной сети, одновременно требуя от врачебного участка практических санитарных и профилактических мероприятий, вся необходимость которых именно здесь нагляднее чем где-либо в другом месте.

Индустриализация и борьба за культурную революцию—эти два основных лозунга эпохи—делают особо ответственной работу районного здравоохранения.

Проблема обеспечения полного развития производительных сил требует прежде всего забот о наиболее высоком уровне физического развития и состояния здоровья рабочей силы; организация первой помощи на предприятиях, осмотры поступающих на отдельные работы, санитарный надзор за рабочим поселком, за рабочим жилищем, усиленное наблюдение за текучими кадрами сезонников, предупреждение постоянной опасности внесения инфекции и развития крупной эпидемической вспышки—с осуществлением этих задач врачебного участка неразрывно связаны интересы Уральской промышленности.

С другой стороны, первые успехи борьбы за культуру упираются также в развитие здравоохранением его профилактической работы. Здесь дело не только в развитии санитарного просвещения, но и в тех реальных сдвигах внутри рабочего быта, которые создаются самим фактом возникновения учреждений охраны материнства и младенчества, тубдиспансера с его вспомогательными учреждениями, детских санаторных колоний и т. п., организацией санитарного контроля и содействием общественному питанию, контролем над физическим воспитанием и развитием физической культуры, напряженной борьбой с алкоголизмом.

Естественно, что это многообразие, ответственность и срочность одновременного выполнения сложных задач врачебного участка в условиях ограниченных бюджетных возможностей, неудовлетворительного размещения медико-санитарных учреждений и недостатка врачебных сил, ведут к ряду затруднений и дефектов в работе врачебного участка. Эти дефекты и затруднения часто типичны для всех промышленных районов, но чем труднее положение врачебного участка, чем выше требования к нему населения, тем необходимее становится подчинение всей работы участка определенному плану, обеспечение пропорционального

внимания всем отраслям советского здравоохранения и непрерывная работа над рационализацией работы сети и наиболее экономным и целесообразным расходованием имеющихся средств.

Именно эту сторону деятельности Кизеловского врачебного участка и надо было изучить, обследуя состояние здравоохранения в Кизеле.

Обследование Кизеловского здравоохранения было проведено в порядке участия в работах комиссии Облисполкома по обследованию всей советской работы в районе в июле 1928 г.

Непосредственному изучению подверглась лишь городская сеть учреждений Кизеловского врачебного участка. Деятельность учреждений вне самого Кизела изучена была лишь по имеющимся в Рике и канцелярии врачебного участка материалам.

Кизеловский район В.-Камского округа является центром угольной промышленности Урала. Районный центр его — г. Кизел расположен на Луныевской ветке Пермской ж. д., в 113 километрах от ст. Чусовая. Разработка каменного угля идет в непосредственной близости к гор. Кизелу (Кизелкопи). Кроме них, к Кизеловскому месторождению относятся копи у ст. Половинка, Губахинские копи, Луныевские, Усьвинские. Общий запас угля месторождения составляет до 590 милл. тонн. Ежегодная добыча приблизительно миллион тонн. В пределах района находится мощная Губахинская районная электрическая станция.

Кизеловский район занимает территорию в 5174 кв. км. и имеет 41680 чел. населения (данные переписи 1926 г.), из коих в городах и местах городского типа проживает 30.887 чел., при чем в г. Кизеле 13.996 чел. Крестьянских хозяйств в районе 1.353.

На территории района организовано 3 врачебных участка: Кизеловский, Александровский и Губахинский. Имеется 5 больниц (Кизеловская, в В.-Губахе Н.-Губахе, Александровском зав. и на Усьвинских коях), 2 приемных покои (Половинка и Усть-Игум), Врачебных амбулаторий 4, пунктов первой помощи 3, фельдшерских амбулаторий 9, двое яслей, две зубамбулатории, рентгеновский кабинет, консультация для женщин и детей и санитарно-бактериологическая лаборатория. За исключением яслей в Губахе (на 10 коек) все профилактические учреждения сосредоточены в самом Кизеле.

Приведенные данные свидетельствуют, с одной стороны, о крупном экономическом значении района и определяют собой социальный состав населения, а с другой стороны — выясняют, что количественно сеть учреждений здравоохранения в районе довольно развита и наряду с лечебными учреждениями создан уже и ряд профилактических. Основной показатель — количество населения на одну больничную койку — для района вполне благоприятен (1:177 при средней по Уральской области в 1927 г. 1:641 и для районов промышленных округов 1:560), но не имеет еще решающего значения для оценки состояния здравоохранения. Важно изучение качества работы сети и постановка дела в Кизеле, где большая часть коечной сети района сосредоточена и все виды специальной медицинской помощи, и развернута сеть профилактических учреждений, может в известной степени характеризовать всю организацию медицины в районе.

В течение 1½ лет вся сеть здравоохранения района об'единялась районным здравотделом. С I-II—28 г. райздрав был расформирован. Заменявшая райздрав культурно-социальная секция Рик'а должна была об'единять дело районного здравоохранения, но фактически оно не участвовала в руководстве делом здравоохранения, не осуществляла необходимого и действительного контроля за правильным расходованием средств и за сохранением общей принципиальной линии в работе по здравоохранению. Такие вопросы, как укомплектование штата, заключе-

ние колдоговора, свертывание ряда учреждений, прошли вне согласования с культурно-социальной частью. Ряд принципиальных и практических предложений по докладу Кизеловского врачебного участка в заседании президиума рика 22-III—28 г. оказался непроведенным в жизнь, при чем проверка выполнения со стороны культурно-социальной секции отсутствовала. Руководство Окрздрава совершенно не на высоте. Механическая рассылка циркулярных распоряжений и финансирование по фонду медпомощи еще далеко не руководство здравоохранением. Выезды работников Окрздрава в основной район округа одиночны, кратковременны, случайны и вызваны частными поводами. Письменных актов обследования врачебного участка с практическими предложениями нет. Окрздрав недостаточно авторитетен для участка. Так: свертывается по распоряжению зав. врачебным участком консультация, Окрздрав требует бесперебойной работы ее, но не проверяет исполнение своего предложения и консультация остается свернутой. Врачебный участок по собственному усмотрению разассигновывает средства, нарушая коренным образом интересы профилактических учреждений. Окрздрав апеллирует в Госфинконтроль и требует «принятия соответствующих мер воздействия за нарушение бюджетной дисциплины», но положение остается неизменным. Недостаточный контроль и бездействие районных и окружных органов, ведающих здравоохранением, способствуют ряду не вполне правильных и даже незаконных действий. Зав. врач. участком, исходя из совершенно правильной предпосылки—необходимости объединения всей работы по здравоохранению в раймедучастке, не дожидается оформления этого объединения Окрздравом и райисполкомом, и проводит его в жизнь. При отсутствии распоряжений Окрздрава о подчинении Кизеловскому врач. участку двух других—это превращение врач. участка в районный может быть осуществлено лишь на территории Кизела и в 1-ю очередь отзывается только на районной санитарной организации и сети профилактической организации. Поводом к этому служат прикрепление райсанврача «в отчетной части, в целях рационального использования штата канцелярии» к врачебному участку (последний приказ райздрава). Объем руководства санврача всей профилактической работой оставался все-же прежним, т. к. далее «приказ» гласил: кредиты на все профилактические мероприятия могут быть использованы только по прямому назначению и по согласованию с райсанврачем. Между тем, тотчас после ликвидации райздрава деятельность зав. Кизеловского врач. участка началась с издания следующего «исторического» приказа (дословно):

«В виду дефицитности сметы по Кизеловскому врачебному участку и перерасходов по ряду статей с 1-X—27 г. по 1-II—28 г., поэтому с 1-III провести сокращение расходов по всем статьям сметы участка, для чего провести централизацию средств всех лечебных учреждений и за счет централизации оставить необходимый расход средств по дефицитным учреждениям, сохраняя основные виды помощи и централизуя их»...

...«От приема врача по ОЗД воздержаться»...

...«В консультации с 1-III в виду ухода врача Ф. в декретный отпуск от приема заместителя воздержаться в виду дефицитности сметы, медсестер 2 человека и сиделку сократить»... (Приказ по Кизеловскому врач. участку 5-III—1928 года).

«Централизация» финансирования и административного управления естественно порождала некоторых ограничений в праве самостоятельной переписки с Окрздравом и другими организациями районного санврача, и приказ № 45 от 11-V по врачебному участку распространил

на районного санврача порядок обязательного прохождения «всякой переписки и разрешения всех вопросов только через канцелярию врачебного участка и с ведома зав. врачебным участком». Так районный санитарный врач был низведен до положения санврача при Кизеловском врач. участке.

К июлю м-цу уже выяснены были в основном результаты несколько избирательного отношения зав. врач. участком к отдельным отраслям здравоохранения, что получило отражение как в исполнении бюджета врач. участка, так и в состоянии работы отдельных учреждений города.

Смета на 27—28 г. Кизеловскому врач. участку утверждена в сумме 176.638 р., из коих 80.424 руб. по местному бю. жету и 96.214 руб. по фонду «Г». Зарплата по смете составила 57 проц. и адм.-хоз. расходы—10 проц.

К моменту обследования общая картина финансового положения врач. участка была очень неясной в виду сложности расчетов с Окрздравом, с хоз-органом (Кизелтрест). Изучение выполнения сметы и движения сумм показало, что за 9 мес. врач. участком получено по всем источникам (без спецсредств от платного лечения, размеры которых не установлены) 107.344 руб. (не получено против сметы 4.549 руб. 54 коп.), израсходовано же 129.961, т. е. с превышением доходной части на 22.617 р.

ПРИМЕЧАНИЕ. Возможно, что в рубрику расходов попали расходы, произведенные самим Окрздравом, централизовавшим часть расходов по своей смете (медикаменты, санаторно-курортная помощь), и не получившие отражения в доходной части врач. участка, но так или иначе сам врач. участок на 15-VI исчислял свою задолженность в сумме 8.851 руб. 64 коп.

Принципиальное значение имеет исполнение сметы за 9 мес. по отдельным учреждениям:

	Отпущ. на год	Израсх. за 9 мес.	%%
Кизеловская больница	90.731 руб.	80.167	88,4 проц.
Амбулатория и зубкабинет	24.783	14.226	57,5 проц.
Сан.-эпидемич. мероприятия	6.529	3.236	50,5 проц.
Баклаборатория	5.783	3.902	67 проц.
О. З. Д.	1.749	709	42 проц.
Протезирование	4.300	2.133	50,5 проц.
Консультации	3.567	2.438	70 проц.
Санитарная выставка	1.235	166.24	14 проц.
Ленинские детские ясли	6.011	4.801	80 проц.

Таким образом, главное внимание было обращено на содержание больницы (которая, кстати сказать, работала в течение всех 9 мес. с недогрузкой в среднем 12,8 проц.), и на покрытие перерасходов по ней ушли значительные суммы по другим учреждениям.

К интересным выводам приводит и распределение расходов по отдельным группам их за те же 9 мес.:

Зарплата по врачебному участку	60 проц. всех расходов
Административно-хозяйств. расходы	13 проц.
Продовольствие	12 проц.
Все остальные оперативные нужды	15 проц.

Последняя цифра дает объяснение крайней бедности больницы и др. учреждений участка инвентарем и обмундированием. При потребности в обмундировании на сумму 10.000 руб. больница приобрела его лишь на 2.414 руб., и некоторое увеличение постельных принадлежностей не может компенсировать резкую убыль носильного белья.

Следует отметить, что при наличии повышенных против средних по округу и области ставок врачам врачебный участок несет расходы по предоставлению коммунальных услуг в сумме, далеко превышающей установленные 10 проц. Снабжение дровами квартир служащих не нормируется ни в какой мере. Тарифицирование медработников проведено совершенно произвольно: ротный фельдшер в городе получает 90 руб., врач на конях и в сельских местностях 130 руб., сиделка 18 руб. при утвержденной ставке 22 руб.; развито совместительство. Проверка штата по требовательным ведомостям показала значительное превышение утвержденного сметой.

Эти дефекты финансово-хозяйственной жизни врачебного участка осложнялись еще необходимостью самых срочных капитальных ремонтов приведших в негодность зданий и тяготеющей над врачебным участком старой задолженностью по кредитам на новое строительство и взаимоотношениям с Кизелтрестом (спорный вопрос).

Переходя к вопросам обслуживания населения лечебной и лечебно-профилактической помощью, следует прежде всего отметить объективно тяжелые условия для организации ее. Поликлиника, строящаяся с учетом всех специальных требований к работе в крупном рабочем центре, будет закончена не ранее февраля 1929 г., и амбулаторная работа вынужденно сосредоточена в тесном, непригодном старом здании, ежедневная перегрузка которого затрудняет поддержание его на необходимом уровне санитарных требований. И непосредственные наблюдения, и статистические материалы выяснили, что распределение внимания врачей между амбулаторной и больничной работой совершенно неправильно, и амбулатория не обеспечена кадром квалифицированных врачей, занятых исключительно амбулаторной работой. Между тем и количество населения города и социальный состав его (90 проц. рабочих и служащих и их семей) требуют квалифицированной амбулаторной помощи. Ознакомление же со статистическими данными дало следующие результаты:

	9 мес. 1927-28 г.	9 мес. 1926-27 г.
всего амбулаторных посещений	52.860	46.805
из них врачебных приемов	30.360	32.112
первичных амбул. посещений	19.464	18.176
из них врачебных приемов	13.748	13.709

Другими словами, при общем росте амбулаторной деятельности на 13 проц., абсолютное количество приемов врачебных, несмотря на увеличение количества врачей в Кизеле, снизилось на 5,4 проц., прием же первичных больных увеличился на 0,3 проц. Процент врачебного приема в общей массе амбулаторного приема с 68,6 проц. в 26-27 г. снизился до 57,5 проц. в 27-28 г. Все эти данные были взяты из официальных ежемесячных отчетов врачебного участка, подписанных в свое время заведующим участком. Выводы же были опротестованы им со всей решительностью, и сделанные им поправки снижают количество фельдшерского приема лишь к 5.635 чел. за 9 мес. (менее 10 проц. приема). Нет формальных оснований не доверять официальным указаниям участка на ошибочность своих записей, но странным представляется, что за все 9 мес. отчетного года цифры врачебного приема ни разу не бросились в глаза при составлении отчетов самим работникам врачебного участка.

Если здесь положение и много благополучнее, чем позволил заключить официальный статистический материал, то обслуживание ок-

раяны города совсем неудовлетворительно. Фельдшерский пункт на Ленинских конях перерос сам собой в крупную районную амбулаторию, обслуживающую заречную часть города, где сосредоточено как раз большее население. Нагрузка фельдшерского пункта составляет 50-60 проц. нагрузки амбулатории при больнице, при чем весь прием (за один из зимних м-цев 3.656 чел., из них 1.984 первичных) проводится одним ротным фельдшером.

Очень плохо организована помощь на дому. Будучи вообще незначительной по своим размерам (1.276 за 9 мес. 27-28 г.) она на 85,2 проц. является фельдшерской. Врачебные посещения по сравнению с 26-27 г. даже сократились с 206 до 144.

Бесспорным плюсом амбулаторного приема являются приемы по специальностям: хирургический прием, глазной, прием по женским и детским болезням. Организация последнего не может быть признана правильной: в общем помещении и одновременно проводится прием детей всех возрастов, прием женщин по женским болезням и лечение острой и хронической гонорреи женщин. Врач-гинеколог подчеркнула, что она стремится сосредоточить у себя все случаи острой гонорреи, т. к. не доверяет постановке дела на специальном венерическом приеме. Действительно, весь прием по вен-болезням поручен ротному фельдшеру, который одновременно выполняет и обязанности по массовому осмотру всех поступающих на работу. Врачебное наблюдение над венпримом отсутствует.

Вливания проводятся самостоятельно. За отъездом фельдшера на курортное лечение прием свертывался и продолжалось лишь лечение старых больных, при чем за весь июнь первичных больных было 3 чел., а в мае 11 человек. Даже обычные цифры первичных обращений 25-26 ч. в месяц не могут быть признаны отражающими истинные размеры заболеваемости. Текущая рабочая сила, казарменное размещение рабочих, значительное развитие алкоголизма, приток сезонной рабочей силы — все это должно влиять на развитие венеризма в районе.

Неудовлетворительно разрешается вопрос с туберкулезной помощью. — вся работа по борьбе с туберкулезом отложена до открытия в новом здании тубдиспансера. Все больные туберкулезом идут на общий амбулаторный прием, и нет даже зародыша специально профилактических мероприятий, несмотря на то, что об этом в необходимом порядке организационно и предварительного выяснения контингента больных, нуждающихся в специальном наблюдении и социальной помощи, предложена еще 21-II—28 г.

Больница в Кизеле имеет 145 штатных коек, но это количество коек в больнице размещается с величайшим напряжением. Кроме того, большая часть старого корпуса больницы (родильное отделение, гинекологическое и часть терапевтического) была в апреле м-це закрыта в связи с угрожающим состоянием потолков. Врачебный участок объявил сокращение 50 коек, но в жизнь провести это сокращение полностью оказалось невозможным: в больнице продолжает быть ежедневно 112-118 больных. Уплотнение оставшейся площади и перегруппировка палат привели к совершенно недопустимым условиям работы родильного отделения, оказавшегося среди других палат, при чем основной палатой для рожениц служит отделенный ширмами участок коридора в непосредственном соседстве с рентгеновским кабинетом, обслуживающим и амбулаторных больных. Вся площадь родильного отделения сводится к этому куску коридора и двум небольшим комнатам (на 2 койки каждая), и на этой площади должна быть развернута вся сложная и ответственная работа

родильного отделения. Было бы целесообразнее поступиться несколькими интересами хирургического отделения, но не оставлять родильное отделение в описанном положении, грозящем опасными последствиями.

Со стороны квалификации и специализации лечебной помощи больницу трудно упрекнуть в чем-либо. Зав. врач. участком является подготовленным и опытным хирургом, пользующимся заслуженной популярностью у населения, и операционный журнал отражает большую, разнообразную и очень серьезную хирургическую работу с минимальной послеоперационной смертностью. В штате больницы имеются квалифицированные гинеколог, окулист и рентгенолог, и таким образом основные виды стационарной медицинской помощи обеспечены, но в условиях рушащегося здания, вынужденного уплотнения и нарушения самых основных требований больничной санитарии—никакая квалификация специалиста не может предотвратить возможных осложнений медицинской работы больницы. Средства, необходимые на капитальный ремонт больничного здания, не так велики, чтобы не могли быть найдены внутри бюджета района, хотя-бы за счет авансирования по смете 28-29 г. и долгового обязательства перед трестом при гарантии включения в бюджет. Оттяжка с началом ремонта не должна была быть допущена местными организациями, т. к. без этого ремонта немыслима нормальная работа больницы и правильная постановка медицинской помощи населению.

Переход амбулатории в новое здание поликлиники позволит несколько разгрузить основной корпус и за счет перегруппировки внутри утвержденного штатного количества коек выделить новые, необходим. Кизелу, отделения венериков и детское. Отсутствие венстационара и невозможность госпитализации остро-заразных форм венерических болезней в условиях рабочего центра, конечно, чреватые большими последствиями.

Обследование выявило также ряд крупных санитарных дефектов хозяйственного обслуживания больницы. Значительная часть их упирается в неудовлетворительные условия размещения хозяйственных служб больницы (кухня, прачечная), другая часть относится ко всей системе хозяйственной работы в больнице и принадлежит к категории устранимых. Здесь приходится затронуть общий вопрос, одинаково больной для ряда районов. Контролируя санитарное состояние всего района в целом, мы очень часто забываем осуществить санназор за самими собой, за своими учреждениями. Санитарная организация недостаточно активна в предъявлении требований к лечебным учреждениям, хотя это и один из ответственных участков ее работы.

↓ На особое место должны быть выделены вопросы организации первой помощи на предприятиях. В этом вопросе не выполнен даже минимум указаний Обл. и Окрздрава. Штольни медпомощью не обеспечены. Ближайший пункт первой помощи к основной Ленинской копи—упомянутый уже Ленинский фельдшерский пункт—в $\frac{1}{2}$ версте от входа в штольню. На пункт доставляются лишь с повреждениями начальной и средней тяжести. Рабочие с более серьезными травмами доставляются прямо в больницу, до которой около 2 верст. Систематическая санитарно-просветительная работа в копиях отсутствует, младший технический персонал не проинструктирован. Аптечка для оказания первой помощи совершенно не отвечает своему назначению.

Такое положение тем более странно, что именно руководящие работники Кизеловского врач. участка первыми по области выступили в печати с разработанным материалом промышленного травматизма и просигнализировали необходимость срочного проведения самых широких предупредительных мероприятий и организации первой помощи на предприятиях.

Нельзя отказать работникам Кизеловского здравоохранения в стремлении увязать динамику развертывания здравоохранения с динамикой хозяйственного роста промышленности в районе, но занятые составлением 5 и 15 летних планов вне учета средств и реальных возможностей округа и области, планов явно нереальных, составляя сметы на идеальное обслуживание населения медпомощью тотчас с 28-29 г. и убывая время на детализацию и аргументацию сметы по Кизеловскому врач. участку на 537.000 руб. против 176.000 в 27-28 г., при наличии реальной перспективы роста бюджета на 8 проц.—они отходят от практических работ над рациональным расходованием имеющихся средств, над подтягиванием отстающих отраслей профилактической работы, над правильным распределением штата.

А профилактической работе, действительно, здесь не отведено даже того места, на которое она вправе рассчитывать, получив специальные ассигнования. Она теряет и те позиции, которые заняты были с величайшим трудом. Сметой был утвержден состав райсанбюро из 5 человек, фактически он урезан до 3: врач, саннагент-дезинфектор и оспопрививательница. Статистик для разработки карточного материала превращен в делопроизводителя медицинской части общей канцелярии участка. Малочисленность подсобного штата взваливает на плечи врача мелкую текущую работу, не обеспечивая регулярность саннадзора. Прекрасно разработанные, потребовавшие много времени и знания материалы обследования нового жилищного строительства оказались имеющими академический интерес. Санитарные дефекты строительства остались неустраненными. Санназором предложено хлорирование воды водопроводов, их коренное переустройство и установление охранной зоны водосборов,—мероприятия в жизнь не проведены, постановление о закрытии мойки в черте водосбора сделано райсанврачем, а новое место ее, вызвавшее протесты населения, избрано без его участия. Как курьез, можно привести, что с 28-III (дня заседания президиума Горсовета с докладом райсанврача) из 28 пунктов практических решений по улучшению санитарного состояния города в жизнь проведен лишь один—о... постановке вопроса перед ЕПО о расширении столовой.

Нужно признать, что авторитет санитарной организации недостаточен, и превращение райсанврача во врача при участке не содействует его укреплению.

Санпросвет-работа в Кизеле проводится постольку, поскольку техническим исполнителем ее в пределах своего свободного и рабочего времени является санитарный врач (за 6 мес. 34 лекции). Остальные врачи этой работы не ведут.

Эпидемическое состояние района в 28 г. было лишь относительно благополучным,—не было ни одного случая оспы, но значительное развитие имели брюшной тиф (26 в самом Кизеле) и скарлатина. Учет движения острозаразных болезней и госпитализация больных поставлены удовлетворительно, но общее санитарное состояние района дает широкие возможности для возникновения эпидемических вспышек.

Наш основной вывод: все дефекты санитарно-профилактической работы логически вытекают из противоестественного положения в районе, где профилактика считается особой специальностью санврача, и весь об'ем санитарно-профилактической работы предоставляется ему осуществлять в одиночку, без участия в профилактической работе лечащих врачей, без допуска его к внесению практических корректив в общие вопросы организации здравоохранения.

Состояние работы консультации и яслей лишь дополнило несколькими штрихами эти впечатления от профилактической работы. Регулярного наблюдения врача за работой яслей нет. Основное наблюдение принадлежит зав. Ленинским фельдшерским пунктом. Средний медицинский персонал «произведен» в сестры из сиделок. Медицинское наблюдение при приеме ребенка не обеспечено. Иногда в ясли заносятся случайные дети. Время пребывания детей не регламентировано. При наличии 3 смен работы дети задерживаются иногда 10—12 и более часов. Культурно-просветительная работа отсутствует. Ясельный комитет не создан. Тем не менее при всех этих условиях само наличие яслей отвечает острой потребности матерей-работниц, и ясли пользуются большой популярностью.

Консультация в городе с марта по июль была свернута, вместо нее была организована 2 раза в неделю консультация на конях. Прием проводится в вечерние часы в помещении фельдшерского пункта, что не исключает возможности одновременного пребывания в одном помещении и матерей с детьми и обычных посетителей фельдшерской амбулатории. Патронаж развит слабо (120 посещений на дому за 2 м-ца). Повторные посещения были единичны: за три м-ца из 21 беременной только одна показала вторично. На 240 первичных посещений детей повторных пришлось лишь 77. Наконец, на 317 детских посещений было 100 посещений с желудочно-кишечными и инфекционными болезнями. Отсутствие какой-бы то ни было социальной помощи матерям и совета социальной помощи дополняет картину недостаточного руководства матмладовской работой до времени обследования и превращает консультацию в амбулаторию.

Наконец, очень крупным и принципиальным дефектом в работе Кизеловского здравоохранения является отсутствие попыток к организации самостоятельности населения. Нет ее, этой самостоятельности! Нет советов социальной помощи, нет ясельного комитета, нет комиссии оздоровления труда и быта, нет прежних административно-хозяйственных совещаний, нет секции (не было до 17-VII) здравоохранения горсовета, нет санитарных комиссий. И не требует комментария резолюция зав. врачебным участком на циркулярном письме Окргздрава о конкурсе на лучшую секцию: «Запросить Горсовет о работе секции здравоохранения»...

Врачебные конференции, регулярно проводимые участком, — прекрасный почин коллективного обсуждения вопросов деятельности участка, но им не суждено было повлиять на устранение ряда очевидных дефектов. Доклады в руководящих организациях — очень хорошее доказательство желания участка познакомить их со своей работой, но ими не заменить обсуждения отдельных нужд рабочего на массовом рабочем собрании, а докладов участка на таких собраниях не было.

Отсутствие жалоб со стороны населения на состояние медпомощи не есть еще показатель благополучия. Это отсутствие жалоб, бесспорно, есть результат огромного роста и качественного улучшения дела здравоохранения по сравнению с прошлым и продолжающейся работы над укреплением и развитием медико-санит. помощи, но это не освобождает ни Областной, ни окружной здравотделы, ни сам врачебный участок от необходимости принятия самых срочных мер для устранения всех дефектов работы.

Опыт изучения Кизеловской организации здравоохранения сигнализирует необходимость самого тщательного изучения, непрерывного и исчерпывающего руководства деятельностью районной сети. От ошибок Кизела не свободны и другие районы. Пропаганда и практическое проведе-

ние в жизнь системы советского здравоохранения требуют от работников здравоохранения двойной работы: и над собой и среди населения, и чем шире, чем разнообразнее самими работниками районного здравоохранения будут ставиться на страницах «Уральского Медицинского Журнала» практические вопросы их работы в условиях района, тем легче совместными силами найти практический и вместе принципиальный путь к разрешению основных вопросов оздоровления быта и труда рабочего.

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ СОВЕТСКОГО ВРАЧА*).

(С производственной конференции медфака ПГУ).

В. И. ВЕЛИЧКИН.

На происходившей 26-29 октября 1928 года первой производственной конференции медицинского факультета ПГУ были заслушаны доклады: деканата медфака с содокладом студенческой профсекции и Облздравотдела с содокладом Пермского Окргздрава.

В докладе деканата были освещены вопросы повышения работоспособности учебно-вспомогательных учреждений медицинского факультета, вопросы урегулирования академической работы и о связи с производством. На этих вопросах здесь мы останавливаться не будем, так как надеемся, что они будут освещены на страницах нашего журнала самими работниками медфака ПГУ. В настоящей статье мы остановимся лишь на вопросах, выдвинутых на конференции представителями органов здравоохранения и товарищами, выступавшими в прениях по их докладам.

В докладе Облздравотдела было указано, что чрезвычайно низкий культурный уровень нашей страны до Октябрьской революции характеризовался между прочим и малым количеством культурных сил, в частности врачей. После Октября мы уже имеем значительное увеличение количества врачей: как во всем Советском Союзе, так и, в частности, у нас на Урале. Так, на территории бывшей Пермской губернии в 1913 году врачей было всего 194 чел. (на одного врача приходилось 19.723 жителя), а на 1-1-1928 г. врачей было 824, т. е. в 4,2 раза больше (на одного врача приходилось 4.884 жителя). Одной из предпосылок скорейшего построения социализма является усиление темпа культурного развития нашей страны и тем самым увеличение количества культурных работников; поэтому естественно то, что на предстоящие годы органы здравоохранения предусматривают дальнейшее увеличение и абсолютного и относительного количества врачей. Так, по пятилетнему плану развития дела здравоохранения на Урале предусматривается увеличение количества врачей с 1.500 (28-29 год) до 2.995 (32-33 год). Учитывая имеющихся в настоящее время врачей и неизбежную их убыль, мы должны в ближайшее 5 лет иметь еще новых врачей 2.050 человек. Примерная разбивка этих 2.050 врачей по специальностям такова: санитарных врачей 100, врачей ОЗД 80, по охране материнства и младенчества 160, судебно-медицинских экспертов 5, администраторов 70, зубврачей 150, терапевтов 340, хирургов (в т. ч. гинекологов, акушеров и отолярингологов) 340, психиатров-невропатологов 50, глазников 40, педиатров 40, венерологов 50, по профзаболу 80, бактериологов и лаборантов 45, с общим образованием для работы

*) От редакции: Помещая в порядке постановки вопроса статью т. Величина, редакция охотно предоставит место статьям освещающим этот важный вопрос.

в участковой сети 500. Таким образом, количество врачей, необходимых для удовлетворения самых неотложных запросов и нужд населения Уральской области во врачебной помощи, относительно велико. И этот рост количества врачей уже сам по себе является большим фактором улучшения медпомощи населению. Однако, громадные задачи, поставленные строящимся социализмом перед делом здравоохранения, требуют от нас заботы не только об увеличении врачебных кадров, но и соответствующего качества в работе каждого отдельного врача. Поэтому-то органы здравоохранения крайне заинтересованы в подготовке молодых врачей, а отсюда в постановке преподавания и воспитательной работы на медицинских факультетах. Если мы с этой точки зрения посмотрим на работу медфаков, то мы должны будем признать, что в этой работе есть ряд существенных дефектов. Об этом свидетельствует малая тяга врачей к санитарно-профилактической работе. О том же говорит и почти полное отсутствие профилактического уклона у врачей, выполняющих лечебную работу; это же подтверждают всяческие попытки со стороны многих врачей уклониться от работы на периферии (особенно на участках), а также малая осведомленность молодых врачей в вопросах теории и практики советского здравоохранения. Максимальный эффект от работы врача в советских условиях, что особенно важно при крайне ограниченных средствах и силах, может быть получен лишь в том случае, если мы будем иметь врача, как говорит Н. А. Семашко, «с серьезной естественно-научной подготовкой, материалистически мыслящего, способного рассматривать больных в разрезе их трудовой жизни и быта». К сожалению, этого-то основного качества советского врача и не дает до сих пор имеющаяся на медфаках вообще, а в частности на Пермском медфаке постановка преподавания.

Разумеется, тяге к санитарно-профилактической работе и работе на участке не способствуют имеющиеся в ряде случаев и до сих пор неблагоприятные объективные условия труда и быта врачей. Органы здравоохранения должны все меры принять для улучшения этих условий, но сейчас мы на этом подробно не останавливаемся, так как центр обсуждения лежит в плоскости работы медфака, а не органов здравоохранения.

К таким положениям в общих чертах сводился доклад Облздравотдела на конференции медфака. Развернувшиеся после доклада большие и горячие прения лишь подтвердили правильность этих положений, правда, при субъективном желании некоторых выступавших товарищей опровергнуть их. Один из профессоров заявил, что студенты «знают профилактику», а один из преподавателей пошел еще дальше и торжественно провозгласил, что современная клиника «насыщена профилактикой». Что это для «красного словца», или непониман. того, что такое профилактика? Вероятно, и то и другое. Другие товарищи делали заявления в таком же духе, стремясь доказать, что медфак полностью выполняет то, что ему подлагается по части подготовки молодого врача, единственной же причиной малой заинтересованности врачей в профилактической работе являются здравотделы, которые не могут создать благоприятных в этом отношении условий для работы врача. Исключительно по вине здравотделов, видите-ли, врачи не идут на санитарную работу и не едут на участок. Профессурой высказывались мнения, что советская общественность, создаст-де «врача материалиста до конца», т.е., что мы, развивая среди врачей материалистическое мировоззрение, якобы способствуем

тому, что оканчивающие медфак товарищи прежде всего, как «материалисты», интересуются внешними условиями работы, зарплатой и т. д. Призывы-же советской власти к самоотверженной, честной творческой работе назвались эклектизмом.

Подобные выступления с несомненностью доказали, во-первых, что на медфаке ПГУ считают, что с профилактическим направлением в медицине у них обстоит все благополучно, что ничего не надо изменять, ничего не надо усиливать. Это казенное благополучие не должно иметь места, так-как оно вредит делу подготовки работников. Бюрократизма не должно быть не только в наших учреждениях, но также (и даже еще больше) в школе; там, где есть самовлюбленность, где люди уверены в своей непогрешимости и абсолютной полноте выполняемой ими работы,—там прогресс невозможен.

Во-вторых, что в настоящих условиях на медфаке ПГУ вряд-ли может быть правильная материалистическая, марксистская подготовка врачей, если сама профессура путается в вопросах материализма. Ведь, вышеупомянутые разговоры о материализме можно расценивать только или как злостное искажение, или как незнание. Мы считаем, что в данном случае речь идет именно о незнании основ марксизма; вот почему нам кажется, что начинать марксистскую подготовку студенчества надо с марксистской переподготовки профессуры. Марксизм говорит, что «в основе развития человеческого общества лежит экономика», но когда, где и кто из марксистов отвергал те идеологические надстройки, которые обычно возникают на базисе экономики? Марксизм учит, что чем совершеннее экономическая организация общества, т. е. базис, тем совершеннее и идеологические надстройки. Где здесь противоречие? Где здесь тот эклектизм, о котором так неудачно говорилось оппонентами. Марксизм никогда не отвергал классовую мораль, и жизнь подтверждает, что истинные материалисты являются практическими идеалистами, а так называемые идеалисты от философии сплошь и рядом бывают самыми беззащитными практическими «материалистами». И путать научный материализм с вульгарным, обывательским, практическим материализмом не следует никому, особенно-же профессорам. Этот «материализм» является порождением капитализма, а отнюдь не марксизма. Ведь это капиталистический строй все человеческие отношения расценил на деньги, эксплуатируя труд, покупая любовь, продавая науку (хотя-бы в виде частной врачебной практики). И если на Пермском медфаке воспитываются «материалисты до конца» в понимании такого буржуазно-профессорского материализма, то это — печальный конец для молодых врачей и не менее печальная слава для медфака Государственного Советского университета.

Социалистическое строительство возможно лишь на основе науки, вот почему советская власть высоко ценит работников науки. Однако, мы твердо убеждены в том, что и доказано практикой жизни, что, только владея методом диалектического материализма, научные работники могут принести значительно больше пользы строительству социализма, чем при старых, изживающих самих себя методах, отставших от современного уровня науки и потребности эпохи. Ученый, применяя марксистский метод, и сам получит большее удовлетворение от результатов своей работы и вместе с тем построение социализма будет продвигаться быстрее, будет все больше и больше возрастать значимость

науки и организации всей нашей жизни, и будет возрастать роль ученого, как творца новых форм жизни.

И, в третьих, прения давали повод понять, что на медфаке воспитываются спецы, которые хотя и могут честно работать, но в таких условиях, где все уже организовано, приспособлено и устроено хозяйскими руками. Взгляд, что врач работает на «хозяина», продавая ему свои знания,—негодный взгляд, являющийся эхом капитализма в нашей стране. Красный специалист—советский врач не только должен сознавать, что он работает на благо трудящихся, но и считать себя членом общей трудовой семьи, вести активно борьбу за интересы рабочего класса, целиком совпадающие с интересами человечества, активно строить социализм и проявлять свою творческую энергию на одном из участков социалистического строительства—в деле здравоохранения. Быть может, наш последний вывод о воспитании «спецов» ошибочен. Мы были бы чрезвычайно рады признать это, но чем-же объяснить такие заявления на конференции, как: участковый врач есть «общественная плевательница», или: «как я поеду работать на участок, если я интересуюсь хирургией, а меня посылают в такую больницу, где нет инструментария» и т. д. в таком-же роде. Возможно, что эти, по меньшей мере страшные, заявления являлись выражением мнения отдельных лиц, но почему-же они никем не были опровергнуты?

С такими выступлениями, с такими взглядами надо вести решительную борьбу. И если органы здравоохранения должны принимать все меры к тому, чтобы улучшить условия труда и быта санитарного и участкового врача, то на медфаке должна создаваться идеологическая атмосфера, способствующая возникновению у студенчества интереса и стремления к работе на этих передовых участках фронта здравоохранения.

Таковы впечатления с конференции медфака. Но мы ни в каком случае не хотим делать каких-либо безотрадных выводов на будущее. Общими усилиями работников медфака, здраводелов и профорганизаций мы должны добиться и добьемся такого состояния медфака, при котором он будет действительно марксистской школой подготовки советского врача. В ближайшее-же время мы должны проделать следующую работу:

1. Поставить перед Главпрофобром вопрос о необходимости пересмотра учебных программ в целях включения в них достаточного естественно-научного и марксистского содержания.

2. Поднять на должную высоту работу кафедры социальной гигиены, укомплектовав ее соответствующим кадром работников и привести наивозможно полное ее оборудование.

3. Организовать кафедры по профессиональной гигиене и гигиене воспитания.

4. Наладить производственную практику студентов, при чем проводить эту практику не только в летнее время, но и во время прохождения тех или иных научных дисциплин. В процессе прохождения клинического курса желательнее практически знакомить студентов с условиями работы участковой больницы, а также приблизить студентов к диспансерам, учреждениям по охране материнства и младенчества и охране здоровья детей. Ввести обязательную практику при доме санпросвета, а также работу в секциях здравоохранения, в комиссиях по оздоровлению труда и быта и здравячках.

5. Необходимо основательно знакомить студентов с теорией и практикой советского здравоохранения, с санитарным законодательством Советского Союза, с применяемой системой медицинской статистики.

6. Необходимо ввести изучение Урала как со стороны общей экономической, так и с точки зрения характера и условий труда и быта населения.

7. Усилить связь между ПГУ и Облздравотделом путем участия медфака в разработке важнейших вопросов здравоохранения области, большей увязки в вопросах подготовки врачей, участия медфака в «Уральском Медицинском Журнале» и проч.

8. Поставить вопрос о введении вместо стажирования врачей шестого года обучения, или о стажировании, обязательном для всех врачей, с выдачей дипломов по прохождении стажа.

Таковы наши предложения. Надеемся, что все товарищи, интересующиеся данным вопросом, откликнутся на страницах «Уральского Медицинского Журнала» своими замечаниями и предложениями.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И РОКК.

В. И. ПАНОВ.

Роль добровольных обществ известна: они способствуют делу коммунистического воспитания масс, направляют активность трудящихся масс по советскому руслу, помогают советской власти строить социализм. Однако, такое большое значение добровольных обществ не всеми осознано, и мы все еще имеем случаи безразличного отношения к ним со стороны некоторых советских органов и организаций.

К советскому здравоохранению ближе всех других добровольных обществ стоит РОКК (Российское Общество Красного Креста), организация, одною из главнейших задач которой является непосредственная помощь органам здравоохранения в их работе. Однако, несмотря на принципиальную и организационную близость РОКК'а к здравотделам, мы еще не можем сказать, что здравотделы уделяют достаточное внимание РОКК'у, помогают ему вести работу, привлекают его к своей работе. Такое же отношение к РОКК'у мы имеем и со стороны секций здравоохранения советов и других заинтересованных в деле здравоохранения организаций. Как следствие такого отношения со стороны здравотделов, многие организации РОКК работают вне общего плана здравотдельской работы, в результате чего проигрывают и те и другие, т. е. наше общее дело. Это — основной организационный недостаток, и его надо изжить в первую очередь. Главной силой развития советской медицины является творчество масс, а потому привлечение трудящихся к делу здравоохранения должно быть жизненно-необходимой частью нашей работы, и одной из хороших форм такого привлечения является РОКК. Здравотделы же, уделяя недостаточно внимания РОКК'у, тем самым плохо используют эту возможность.

Второй недостаток, отчасти вытекающий из первого, — слабое вовлечение трудящихся в РОКК. Это указывает на недостаточность разъяснительной работы о целях и задачах РОКК'а, проводимой организациями РОКК'а, а также и здравотделами. Необходимо усилить эту работу.

Массовое участие трудящихся в РОКК'е неосуществимо без устранения третьего недостатка — слабости практической работы в ячейках РОКК.

Лучшей агитацией за вступление в РОКК будет определенная, систематическая практическая работа в ячейках. Только результаты такой работы сделают ясным и понятным смысл существования самого общества, заинтересуют широкие массы трудящихся и привлекут их в число членов РОКК. Поэтому, нам кажется, что практической работе ячеек РОКК должно быть уделено максимальное внимание как со стороны организаций РОКК, так и со стороны органов и организаций здравоохранения.

Советское государство еще бедно экономически и не располагает достаточным кадром специальных культурных сил. Поэтому органы здравоохранения, как часть общего целого, еще не имеют возможности полностью обслужить все медицинские нужды населения. И здесь большим подспорьем должен и может быть РОКК. В зависимости от местных условий практическая работа ячеек РОКК может быть различной. Мы приведем только несколько примеров такой возможной работы. Возьмем предприятие. Пунктов первой помощи на предприятиях Урала еще недостаточно (нет сил и средств полностью обеспечить рабочих первой помощью), а травматизм — велик. И часто бывает, что легкое поранение приводит к осложнениям только потому, что своевременно не было оказано правильной медицинской помощи. Вот здесь-то и должны прийти на помощь ячейки РОКК. Из обучающихся в кружках первой помощи членов РОКК на каждом предприятии, в каждом цехе, в каждой смене могут быть выделены по 2 товарища — дежурные, в распоряжении которых должен находиться ключ от аптечки. В каждом цехе, в каждой шахте можно устроить уголок первой помощи, где находились-бы аптечка, умывальник с мылом и полотенцем, необходимый для данного производства плакат — пособие по первой помощи, столик, табуретка и носилки. Над работой таких уголков может быть установлен соответствующий контроль. Все это может быть организовано активностью членов ячеек РОКК, с помощью комитетов РОКК и органов здравоохранения. Возьмем сезонных рабочих. У них дело с организацией первой помощи поставлено в большей части случаев совсем плохо. Органы здравоохранения прилагают все силы к тому, чтобы улучшить это дело. Однако, надо прямо сказать, что сами условия работы таковы, что в ближайшее время трудно достигнуть больших положительных результатов.

Особенно плохо обстоит дело с обслуживанием лесорубов. Разбросанные по отдельным курениям на десятки верст небольшими группами, лесорубы в лучшем случае могут быть обеспечены раз'ездной медпомощью, так как постоянную квалифицированную помощь в каждом таком пункте пока организовать невозможно. Здесь опять на помощь должен прийти РОКК. Труднее это дело, но не безнадежное. В каждом курение есть кадр постоянных работников, и если некоторые из них будут соответственно обучены и инструктированы и в каждом курение будет аптечка, то этим мы сделаем значительный шаг вперед по сравнению с тем, что есть в настоящее время. Такие-же пункты могут быть организованы и на каждой постройке. То-же самое мы можем сказать и в части обслуживания кустарей, работающих на значительном расстоянии от имеющихся медпунктов.

Большую практическую помощь здравоохранению могут оказать ячейки РОКК и в деревне. Так, в области работы по охране материнства, младенчества и детства — организация консультаций, пунктов по охране здоровья детей, летних сельских ясель, особенно в колхозах, коммунах и совхозах; организация «летучих» ясель при проведении больших общественных кампаний, как переборы советов и др. Очень много практической работы для ячеек РОКК мы можем найти в области борьбы с социальными и заразными болезнями, в области борьбы за санитарное благоустройство деревни.

Богатейший материал даст ячейкам РОКК в их работе участие в культурном походе, проводимом в настоящее время всей советской общественностью. Большие задачи перед РОКК'ом вместе со здравооделами стоят и в области обслуживания медико-санитарной помощью нацменьшинств.

Словом, работы—непечатый край. И то обстоятельство, что ячейки РОКК работают все-таки слабо, говорит лишь за наше невнимание к этой работе и неумение ячеек взяться за работу. Усилим же наше внимание к работе РОКК, а неумение не есть непреодолимое препятствие; стоит начать работу, с опытом придет и умение. Побольше смелости и инициативы, творчества со стороны отдельных ячеек, со стороны отдельных членов РОКК, и тогда мы значительно продвинемся вперед в оздоровлении нашего труда и быта, в повышении нашей санитарной культуры, столь необходимым для строящегося социалистического общества.

Занимаясь практической работой, ячейки РОКК не должны замыкаться лишь в узкий круг повседневных забот. Их работа должна сочетаться с общей работой и общими задачами всего общества, как одна из форм массового воспитания трудящихся. Наша социалистическая стройка окружена врагами. Ни на одну минуту мы не должны забывать об этом. А поэтому, ведя работу по оздоровлению тыла, члены РОКК в то же время должны вести работу и по укреплению вероятного фронта борьбы с хищниками империализма, а для этого они должны быть прежде всего грамотными как в медицине, так и в политике. А отсюда необходимость усиления и медицинской и общественно-политической массовой работы РОКК'а.

Высоко оценивая помощь РОКК'а в мирное время, органы здравоохранения ожидают еще большей помощи со стороны РОКК'а в случае войны.

Значительны достижения РОКК'а за первые 10 лет его существования. Пожелаем ему еще больших достижений во втором десятилетии.

К ВОПРОСУ О ПЕРЕУСТРОЙСТВЕ УРАЛЬСКОЙ ПСИХОЛЕЧЕБНИЦЫ В ПЕРМИ.

Д-р Е. Г. КЛЕВЕЗАЛЬ (Пермь).

Пермская Психолечебница имеет за своими плечами более 30 лет. Как громадное большинство губернских земских больниц, она развивалась постепенно от 100 до 1.000 и более больных без заранее разработачного плана.

Психолечебница состоит из 13 павильонов основных и 3-х добавочных, бывших заразных барачков, из которых занят пока один, а из числа 13-ти один занят Патолого-Анатомическим Институтом. На усадьбе Психолечебницы вперемежку с павильонами душевн-больных вклинились Бак-институт с его конюшнями и Патолого-Анатомический Институт. Точно также и хозяйственные постройки Психолечебницы, как кухни, прачечная, баня, кладовые, погреб, мастерские—не расположены в одном месте, по определенному плану, а разбросаны в разных местах по территории Психолечебницы.

Из 16-ти павильонов 1 каменный, 3 смешанных и 12 деревянных. Все одноэтажные, но в 4-х имеются небольшие мезонины. В большей части деревянных построек верхние венцы сгнили, как равно и часть внутренних перегородок. По внутреннему устройству павильонов все они сильно

устарели, так как по типу принадлежат к строительству психолечебниц 70-х и 80-х годов прошлого столетия.

При скидке на изношенность в 30—50 проц. психолечебница оценива в 1½ миллиона рублей, но заменяет пока лечебницу, на постройку которой нужно израсходовать 7—8 миллионов. Так как таких средств нет, а если бы они появились, то целесообразней их израсходовать не на замену старой, а на расширение психопомощи постройкой больницы в другом месте, и так как таких больниц для Уральской области нужно 7 только первой из 3-х очередей, то очевидно, что Пермской психолечебнице предстоит оставаться в том же виде еще не один десяток лет.

В нижеследующей таблице видна вместимость психолечебницы и степень ее переполнения.

Название отделений	Число палат	Общая площадь кв. метр.	Штат коек из расчета 6 кв. метр. на больного	Пр. доп. норма больных	Наличное число больных	переполнения
Барак № 40 детское дефективное	4	122	23	30	44	46
„ № 37 слабое муж. отделение	5	235	39	50	72	44
„ № 36 „ женск. „	5	230	38	50	79	58
„ № 10 1-е спокойное жен. отд.	11	197	32	40	50	25
„ № 9 беспокойн. жен. отд.	4	250	41	40	84	110
„ № 8 1-е спокойн. муж. отд.	5	250	41	50	69	38
„ № 7 2-е „ „	7	253	42	50	70	40
„ № 6 2-е „ жен. отд.	6	258	43	50	77	54
„ № 5 Клиника женск. отд.	4	193	32	40	49	22
„ № 5 „ мужск. отд.	5	210	35	40	50	25
„ № 4 полуспокойн. муж. отд.	8	202	33	40	68	70
„ № 3 3-е спок. женск. отд.	2	166	27	30	39	30
„ № 2 Приемное жен. „	9	225	37	40	71	77
„ № 1 „ муж. „	5	229	38	40	56	40
„ № „ беспокойн. муж. отд.	9	248	41	40	62	55
„ № „ Судебный Институт	4	199	33	40	53	32
Итого	93	3467	581	670	993	48.2

Так как психобольные в России никогда не жили в нормальных условиях помещений, то русские психиатры давно уже потеряли чувство нормы, которую знают только по учебникам. Поэтому они руководству-

ются не требованиями санитарии, а некоторой привычкой глаза. При 6 кв. метр. на одну кровать психиатрам кажется уже, что кровати не слишком скучены (терапевты, туберкулезники требуют 10—12 кв. метр. на кровать). При такой норме в психолечебнице можно разместить 580 кроватей. Я лично готов в своих уступках идти еще далее и допускаю вместимость до 670 коек, как это указано в таблице.

Так как фактическое число больных 980, то полагаю, что всякому должно быть ясно, насколько неосновательны требования как отдельных лиц, так и учреждений, о приеме больных сверх нормы.

Я считаю излишним для целей первичной, общей ориентации подробно описывать многочисленные недостатки психолечебницы, изношенность всех ее частей, водопровода, канализации, дренажа, отопления и проч., изношенность, устарелость и непригодность хозяйственных зданий и т. д. Все эти недостатки находятся в общем гармоническом сочетании недостатков, и трудно указать место, которое было бы слабее всех.

Из этого, однако, не следует делать заключения, что в Пермской психолечебнице решительно все плохо, что она не имеет никаких достоинств. В мою задачу не входит подробное описание достоинств и недостатков ее, а выяснение вопроса, что нужно при таком положении делать, — оставить ли психолечебницу постепенно разрушаться, а пока строить новую в другом месте, или перестраивать теперешнюю старую, заменяя только устаревшие навильоны новыми?

Начиная с 70-х годов прошлого столетия, за границей установлено положение, что психиатрические больницы должны строиться за городом в виде психокolonий. Русские психиатры восприняли это положение без всяких оговорок, и в результате большая часть земских психиатрических колоний оказалась в местах, достаточно отдаленных от культурных центров: к некоторым колониям по месяцам нельзя добраться (Воронежская при разливе Дона, Курская в распутицу и т. д.). Подражая Европе, русские психиатры упустили из вида то обстоятельство, что там все больницы связаны скорым, удобным железнодорожным или трамвайным сообщением с крупными культурными центрами.

Теперь, когда лечение больных требует сложных диагностических и лечебных установок и высоко квалифицированного персонала, было бы безумием закрывать психолечебницу в университетском городе, оставлять же ее в таком виде без попыток ее улучшения было бы преступно.

Начиная с 20—22 г. г., в Пермской психолечебнице непрерывно ведется восстановительная работа, а в последние годы приступлено и к реконструкции ее в направлении приближения к благоустроенным, отвечающим современным требованиям лечебным учреждениям, что удастся во многих отношениях, кроме порока переполнения.

Представляется весьма соблазнительным начать переустройство психолечебницы путем постепенной постройки новых корпусов. Однако, благоразумие требует всемерно остерегаться вступления на этот путь без соблюдения предварительных условий, а именно: 1) должен быть разработан полный проект устройства на усадьбе психолечебницы новой современной больницы, 2) должен быть установлен короткий календарный план осуществления строительства и 3) должно быть принято принципиальное решение — не остававливаться перед ломкой существующих зданий, хотя бы и таких, срок службы которых еще не истек. Все эти условия необходимы, чтобы избежать постройки лечебницы по старому способу, постепенно, от случая к случаю.

Что должен быть составлен общий проект всей больницы,—ясно само собой. Требование краткого срока выполнения вытекает из того, что при длинном периоде стройки, более 6—10 лет, возникнет мысль о перепроектировке, в результате чего больница может потерять свое лицо. Также ясно, что сохранение старых построек не на месте, при отсутствии решимости и средств на сломку, т. е. путь компромиссный,—неминуемо испортит всю психолечебницу.

Не питая надежды на получение крупных средств на перестройку психолечебницы (5—8 миллионов) и полагая, что, если бы государство располагало таковыми, то их следовало бы затратить на постройку Свердловской и Челябинской больниц, я считаю разработку проекта замены Пермской психолечебницы новой преждевременной, нецелесообразной тратой сил, средств и внимания общественных деятелей и нахожу, что, если бы Пермская психолечебница могла получить ассигнование, примерно, по 100.000 руб. в течение 5-ти лет, то она была бы настолько переустроена, что с честью проработала бы еще 15—20 лет.

Не имея определенного задания разработать план переустройства психолечебницы на ту или иную сумму, я не приступал к такой работе, но в своих докладах облздраву, в производственных совещаниях, в конференции врачей и в беседах с ответственными работниками я излагал то направление, в котором должно идти ее переустройство. Частично, в пределах имевшихся на это средств, мною приступлено уже к переустройству, главные задачи которого сводятся к следующему:

1. Выделение и обособление территории собственно больничных зданий от города и прочих чуждых психолечебнице учреждений.

2. Выселение с этой территории всех квартирантов служащих, и не служащих в психолечебнице.

3. Перестройка отделений, согласно новым требованиям психиатрии, уничтожение центральных зал, увеличение комнат дневных пребывания и т. д.

4. Устройство и оборудование лабораторий и лечебных установок.

5. Расширение трудовой терапии.

6. Переустройство и рационализация хозяйственной части психолечебницы, отопления, освещения, водоснабжения, канализации, дренажа и др.

7. Устройство совхоза, основание спецфонда, оборудование ремонтных мастерских.

8. Переустройство и восстановление прачечной, кухни и хлебопекарни.

СУЩНОСТЬ МЕТОДА ДИАЛЕКТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛИЗМА.

(Окончание).

В. И. ВЕЛИЧКИН.

Теперь перейдем к другому основному признаку метода диалектического материализма—диалектике. Что такое диалектика?

Если мы посмотрим в энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона, то прочитаем там, наряду с другими определениями, следующее: диалектика обозначает теорию познания или логику, развитие мысли, т. е. переход одного понятия в другое. Но это объяснение, как видите, далеко недостаточное. Если мы обратимся к творцу современной диалектики Гегелю, то мы у него найдем следующее объяснение: «Очень важно понять истинное значение диалектики. Она составляет начало (принцип) всякого движения, всякой жизни и деятельности в мире действительности. Точно так же, диалектика одна есть душа научного развития... Все, что нас окружает, может служить примером диалектики. Мы знаем, что все конечное изменяется и уничтожается; его изменение и уничтожение есть ничто другое, как его диалектика; оно содержит в себе свое иное и потому выходит за предел своего непосредственного существования и изменяется... Мы говорим, что все вещи или все конечные предметы обречены гибели и это означает диалектику, как всеобщую неотразимую власть, которой все должно поклониться как-бы оно ни было, повидимому, независимо и прочно». Г. Деборин добавляет, что диалектика имеет не только отрицательный, но и положительный результат: «Это одновременно уничтожение и возникновение, гибель и рождение, смерть и жизнь».

По Марксу диалектика есть «наука об общих законах движения как внешнего мира, так и человеческого мышления», причем, как говорит Энгельс «Для диалектической философии нет ничего раз навсегда установленного, безусловного, святого. На всем и во всем видит она печать неизбежного падения, и ничто не может устоять перед ней, кроме непрерывного процесса возникновения и уничтожения, бесконечного восхождения от низшего к высшему». В. И. Ленин говорил, что: «Маркс обогатил ее (философию) приобретениями немецкой классической философии, особенно системы Гегеля. Главное из этих приобретений—диалектика, т. е. учение о развитии в его наиболее полном, глубоком и свободном от односторонности виде, учение об относительности человеческого познания, дающего нам отражение вечно развивающейся материи». («Три источника марксизма»). И, наконец, последняя выдержка—из Плеханова «Основные вопросы марксизма». «Но почему «логика противоречия», представляющая собою, как мы видели, отражение в человеческом уме вечно процесса движения, называется диалектикой? Чтобы не входить в пространные рассуждения на этот счет, я даю слово Куно Фишеру: «Человеческую жизнь можно срав-

нить с диалогом в том отношении, что с возрастом и жизненным опытом наши взгляды на людей и вещи постепенно преобразовываются, как мнения разговаривающих лиц в течение плодотворной и богатой идеями беседы. В этом произвольном и необходимом преобразовании наших взглядов на жизнь и мир состоит опыт. Поэтому Гегель, сравнивая ход развития сознания с ходом философской беседы, называет его словом диалектика или диалектическое движение».

Теперь остановимся несколько подробнее на каждом из основных положений диалектики, которые, как вы могли видеть из только что приведенных определений, сводятся к следующему: 1) движение, 2) развитие и 3) взаимодействие явлений.

Вы знаете, что существует две точки зрения на мир: одна статическая (иначе метафизическая), другая—динамическая (иначе диалектическая). Метафизик говорит, что все, что существует, неподвижно, так-как ничто не становится, не изменяется. Мир, однажды созданный, находится в состоянии покоя. Разумеется, метафизиком в этом смысле может быть и идеалист и материалист. Диалектик возражает и говорит, что мир непрерывно изменяется и развивается, при чем в основе изменения и развития лежит движение. Диалектик-материалист добавляет, что природа есть вечно движущаяся материя.

И, действительно, современные научные теории полностью подтверждают это. Возьмем-ли мы вселенную и мы увидим: вечное движение солнца, планет и звезд. Наша солнечная система с громадной быстротой движется в мировом пространстве; наша земля (как и другие планеты, входящие в эту систему), двигаясь вместе со всей системой, в то-же время совершает другого рода движение вокруг солнца и, мало того, она вращается еще вокруг своей оси. Возьмем-ли нашу планету—и здесь мы видим бесконечное движение и в органической и в неорганической природе. Не даром-же в основе физического знания лежит изучение явления движения. Видимые простым глазом перемещения (движения) тел общеизвестны. Но что представляют такие явления, как звук, свет, дающие нам возможность наслаждаться музыкой, красотами природы, как не колебания (т. е. движение) материальных частиц и предметов... Движение считается одним из основных свойств и живого вещества. Постоянное движение мы наблюдаем и внутри организмов: движение клеточных и тканевых соков, движение клеточных элементов, движения мышц и т. д.

Проникнем-ли мы в микрокосмос современной природы, и там мы увидим вечное движение. Первоначальная теория атомов, как конечных, постоянных, неподвижных частиц, составляющих материю, уступила место всеми призванной ныне электронной теории согласно которой каждый атом состоит из ядра, заряженного положительным электричеством и непрерывно вращающихся вокруг этого ядра (как планеты вокруг солнца) электронов, заряженных отрицательным электричеством. Проф. Косоногов в «Основаниях физики» говорит, что, благодаря электронной теории, удалось выполнить задачу физического знания—свести наблюдаемые явления к движению, и добавляет: «и мы убеждены в том, что имеем дело с движением чего-то материального».

Г. В. Плеханов писал: «Молекулы движущейся материи, соединяясь одни с другими, образуют известные сочетания—вещи, предметы. Такие сочетания отличаются большей или меньшей прочностью, существуют более или менее продолжительное время, а затем исчезают, заменяясь другими: вечно одно движение материи да сама она, неразрушимая субстанция».

Дух, которого вызвал Фауст (Гете) говорит:
«В буре деяний, в волнах бытия
Я поднимаюсь, я опускаюсь...
Смерть и рождение—вечное море,
Жизнь и движение—в вечном просторе...
Так на ставке проходящих веков
Тку я живую одежду богов».

Итак, мир есть вечно движущаяся материя и диалектический метод требует рассмотрения всех явлений в их движении.

Но диалектический метод не рассматривает движение как только механическое явление, как движение готовых, неизменных форм, а как постоянное возникновение, развитие и исчезновение явлений, изменение в процессе развития, переход от низшего к высшему, т. е. диалектический материализм говорит, что каждое явление имеет свою историю во времени.

Движение и даже частично развитие признавали и французские материалисты XVIII века, но они его понимали чисто механически, а не динамически, почему они и могут быть отнесены к материалистам-метафизикам. В силу того обстоятельства, что французские материалисты не встали на путь диалектического мышления (а этого они не могли сделать по состоянию развития науки того времени), они не сумели полностью справиться с задачей последовательного объяснения явлений и сущности природы и особенно человеческого общества, где они продолжали оставаться идеалистами. Кроме того их учение не имело действительного характера, столь присущего диалектическому материализму. Этим объясняется падение их системы, как господствующего передового учения, которое Гете назвал «сухим, мрачным и печальным», и замена ее идеалистической диалектической философией, на смену которой, в свою очередь, пришла система диалектического материализма.

Из истории медицины нам с вами известно бывшее когда-то представление о развитии человека, как о развитии чисто механического порядка, т. е. что взрослый человек получается в результате роста, *homunculus* а, помещавшегося в яйце женщины. Теперь же мы знаем, что не из «человечка» вырастает человек, а из яйца, не имеющего ничего общего по своей структуре со взрослым человеком, путем сложного процесса развития и изменения. И, если метафизик говорит, что истинно-сущее бытие неизменно, то диалектик утверждает, что нет застывших, неизменных форм, предметов, а есть процессы.

Наука полностью подтверждает и это положение марксистской диалектики. Посмотрим опять на вселенную. Общеизвестной в науке является теория Канта-Лапласа, согласно которой весь мир некогда представлял собою колоссальную туманную массу, состоящую из тонкой пыли, двигавшуюся в беспредельном мировом пространстве. Эта масса представляла собою наиболее равную (по отношению к современному миру) форму материи, к которой она сохраняет способность возвращаться и теперь. Непрерывное движение и столкновение частиц материи привело к формированию солнца, планет и звезд, непрерывно продолжающееся движение и изменение которых дает право сделать вывод о их грядущем уничтожении. Обратимся к нашей природе. И здесь мы видим бесконечное изменение. Продолжающееся охлаждение земли, неустанная борьба между водой и суши, хотя и медленно, но непрерывно изменяют очертание поверхности земли. В процессе изменения неорганической природы сформировалась из нее организованный материя, из которой возникли первичные представители ор-

ганизмов, длиннейший ряд развития и изменений которых привел к появлению на земле сложных существ, из которых и развился весь современный мир растений и животных до человека включительно. Родиной организованной материи некоторые ученые считают море.

В «Фаусте» Гете устами Протея говорит:

«Скорее в море надо жизнь начать.
Сперва там влага малое рождает,
А малое—малейших братий жрет
И повемногу все растет, растет—
И так до высшей точки достигает».

Мимоходом замечу, что некоторым подтверждением гипотезы о том, что море явилось той жизненной средой, в которой развился и долгое время существовал первобытный органический мир,—является то обстоятельство, что отношение наиболее существенных составных частей растворов как организмов, так и морской воды,—солей натрия, калия и кальция—одинаково и равно ($\text{Na}:\text{K}:\text{Ca}=100:2:2$).

Теория Дарвина дает прекрасное обоснование развитию живых форм на земле от низших к высшим. Как вы знаете, Дарвин доказал, что все организмы обладают способностью к беспредельному размножению. Но во всем живом мире неумолимо действует закон борьбы за существование, в силу которого более приспособленные выживают, менее приспособленные гибнут. Путем естественного отбора наиболее приспособленные все более и более совершенствуются и в этом процессе совершенствования происходит организация новых форм, новых видов растений и животных. Прекрасным подтверждением излагаемой мысли является также учение об элементах, одинаковых для органической и неорганической природы, современные воззрения на превращение элементов, в результате перегруппировки частиц в атоме, круговорот веществ в природе, учение о клеточном строении организмов. О том же говорит и закон превращения энергии. Словом, повсюду мы видим различные формы проявления всемирного движения, непрерывный процесс превращения одной формы в другую. И, наконец, нам, врачам, особенно хорошо известно, что такое организм человека, как не непрерывный процесс, процесс развития—от становления (оплодотворения) до уничтожения (смерти), процесс непрерывного движения, изменений, восстановления, разрушения, сложнейший комплекс превращений веществ и энергии.

Проф. Богомолец в книге «Загадка смерти» говорит, что: «Отмирание одних, образование новых клеточных элементов, частичная смерть и возрождение органов и тканей непрерывно совершаются в течение всей индивидуальной жизни. Понятие об интенсивности этих процессов дает профессор Лукьянов, по соображениям которого организм каждую секунду теряет около ста двадцати пяти миллионов клеточных элементов». «Среднее предположительное существование красного кровяного тельца раньше определялось приблизительно в 1 месяц. Если, согласно новейшим данным, увеличить этот срок даже в два раза, то и в этом случае организм человека шесть раз в год должен заново сменить клеточные элементы своей крови». «Жизнь организма есть непрерывная частичная смерть и возрождение».

Непрерывно происходят в организме также физические и химические процессы,—все это не только не делает организм равным себе на протяжении месяцев, недель и дней, но даже в течение одного дня организм не бывает неизменным, равным себе самому. О вечном процессе развития учит нас

и история человеческого общества: развитие феодализма создает капитализм, развитие капитализма создает социализм.

Итак, как говорил Гераклит, «все течет, все меняется».

А раз так, то какой вывод мы должны сделать из этого?

Диалектический метод требует, чтобы мы каждое явление изучали в его развитии.

При установлении закона о развитии и об изменениях в процессе развития возникает чрезвычайно важный вопрос о том, в силу чего происходит это развитие, эти вечные изменения и переход от низшего к высшему? Внимательное изучение показывает, что изменения природы, ход развития явлений и процессов совершаются не гладко и спокойно, а в постоянных противоречиях, постоянной борьбе противоположностей. Столкновение и борьба противоположностей происходит повсюду: в общественной жизни классовая борьба, в мире животных и растений борьба за существование, в организмах животных и растений та же картина противоречивости и борьбы, сложно переплетающихся внутренних процессов. Энгельс писал: «Жизнь есть точно также существующее в самих вещах и явлениях, вечно создающееся и разрешающееся противоречие, и как только это противоречие прекращается, прекращается и жизнь, наступает смерть». А Клод Бернар высказал свой известный парадокс: «Жизнь это смерть».

И, действительно, непрерывно совершаются в организме процессы ассимиляции и диссимиляции, являющиеся противоположностями; непрерывно совершается деятельность желез внутренней секреции, антагонистический характер деятельности которых также не подлежит сомнению (мозговой придаток—половая железа, поджелудочная железа—надпочечники). Противоречива также деятельность нервной системы. Основное ее противоречие есть противоречие возбуждения и торможения. «Тормозный процесс, говорит академик Павлов, есть какая-то противоположность раздражительного процесса». Гегель говорил, что: «Все вещи в самих себе противоречивы» и «противоречие ведет вперед», а Гераклит указывал, что: «борьба—мать всего происходящего». В том, что во всех процессах мышления, природы и общества существуют внутренние противоречивые и противоположные тенденции, Ленин видел основную сущность диалектики.

Итак, в каждом явлении, в каждом процессе имеются внутренние противоречия, происходит борьба противоположностей. Но противоположности не существуют в раздельности, каждая сама по себе: противоречия, противоположности—тождественны. Энгельс говорит, что: «Полусы известного противоположения столь-же неотделимы один от другого, как и противоположны и, несмотря на свою противоположность, они проникают друг друга». И это действительно так. Возьмем-ли мы классовую борьбу, мы должны признать, что нет пролетариата без буржуазии и наоборот. Проникнем-ли мы в строение атома,—увидим противоречивые процессы протяжения и отталкивания положительно и отрицательно заряженных электронов, в общем составляющих единство—атом. Посмотрим-ли на природу в целом, — «мы можем сказать, не боясь впасть в парадокс, что причина совершенства органического мира заключается в его скрытом несовершенстве, так как едва-ли можно назвать совершенством гибель миллиардов существ для сохранения одного»... «Смерть, рано или поздно пресекающая все уродливое, все бесполезное, все несогласное с окружающими условиями, и есть источник и причина красоты и гармонии органического мира». *) Изучим-ли организм человека,—и здесь увидим то же самое.

*) К. Т. Мирязов: «Ч. Дарвин и его учение», ч. I. ГИЗ. М. 1923 г. стр. 105.

И. П. Павлов говорит, что: «Полное поведение животного складывается из балансирования тормозного и раздражительного процессов, при чем эти процессы, при всей их противоположности, являются как-бы двумя половинами одной нервной деятельности». Из этого мы видим, что основной силой развития каждого явления является борьба заложенных в нем противоречий, в результате которой все явление в целом, как тождество противоположностей, движется и изменяется.

Применение этого закона развития путем противоречий, наблюдающегося во всей действительной жизни, диалектический метод требует и в мышлении. Если метафизик мыслит законченными непосредственными противоположениями: «да-да», «нет-нет», т. е. по законам формальной логики (так называемый здравый смысл), то диалектик не довольствуется только законами формальной логики. Он говорит (Плеханов): «Как покой есть частный случай движения, так и мышление по правилам формальной логики есть частный случай диалектического мышления». И диалектическое мышление строится по формуле: «да—нет», «нет—да», почему его и называют логикой противоречий.

Законность существования и применения «логики противоречий» вытекает из только что изложенного мною закона противоречий, лежащего в основе развития природы. В подтверждение необходимости применения такого способа мышления можно привести еще много примеров. Остановлюсь на нескольких из таких примеров.

Возьмем движущееся тело (точку). В каждый данный момент оно находится в данном месте и в то-же время не находится в нем, потому что, если-бы оно находилось только в нем, оно по крайней мере на это мгновение стало-бы неподвижным, т. е. «да—нет», «нет—да». И если уже простое механическое движение в пространстве содержит в себе противоречие, то оно является еще в большей, степени в высших формах движения материи и особенно органической жизни и ее развитии.

Энгельс писал, что «мы, например, в обыденной жизни можем с уверенностью сказать, существует-ли данное животное, или нет, но при более точном исследовании мы убеждаемся, что это иногда в высшей степени запутанный вопрос, трудности которого прекрасно известны юристам, тщетно пытавшимся открыть рациональную границу, за которой умерщвление ребенка в утробе матери можно считать убийством. Невозможно также точно определить и момент смерти, так-как физиология показывает, что смерть есть не внезапный мгновенный акт, а очень медленно совершающийся процесс».

Приведем еще один пример. «Полезен-ли дождь?» При такой общей постановке вопроса единственно правильным может быть ответ: и «да», и «нет». Почему? Потому что, если дождь пошел по окончании посева, он полезен, но когда будет идти дождь несколько дней в пору уборки, дождь вреден. Из всего этого следует, что частные, отдельные явления мы можем изучать по правилам моральной логики; при изучении-же всей картины явлений в целом мы должны применять диалектический метод мышления, так-как, выражаясь языком Маркса, мы далеко не уедем на неуклюжей кляче обыденного разума, которая растерянно останавливается перед рвом, отделяющим сущность от явления, причину от следствия. Энгельс по этому поводу говорил: «Метафизическое мирозерцание, вполне верное и необходимое в известных, более или менее широких областях, рано или поздно достигает тех пределов, за которыми оно становится односторонним, ограниченным, абстрактным и запугивается в неразрешимых противоречиях, потому что за предметами оно не видит их взаимной связи, за

их бытием не видит их возникновения и исчезновения, за их покоем не видит их движения, за деревьями не видит леса».

Помимо того, что каждое явление развивается в силу заложенных в нем внутренних противоречий, все явление в целом, в процессе своего развития, переходит в свою собственную противоположность. Приведем и здесь несколько примеров. Когда-то собственность на землю являлась фактором, способствующим экономическому развитию человеческого общества; теперь же мы переживаем такую эпоху, когда земельная собственность тормозит развитие общества, т. е. она перешла в собственную противоположность. Из области права можно привести такой пример: «...*summum jus—summa iniuria*» (Высшее право—высшая несправедливость), т. е. всякое отвлеченное право, дойдя до своего логического конца, превращается в бесправие, т. е. в свою противоположность. То же и в социально-экономическом развитии общества. К. Маркс писал: «На известной ступени своего развития материальные производительные силы общества впадают в противоречие с существующими производственными отношениями, или, употребляя юридическое выражение, с имущественными отношениями, внутри которых они до сих пор действовали. Из форм развития производительных сил эти отношения становятся их оковами (т. е. переходят в свою собственную противоположность В. В.). Тогда наступает эпоха социальной революции». А социальная революция переводит экономическую структуру общества на совершенную новую, противоположную предыдущей основу. Так из капитализма возникает социализм.

Форму процесса борьбы противоположностей можно представить так: а) состояние равновесия системы при внутренней борьбе противоположностей, б) нарушение этого равновесия, в) восстановление равновесия на новой основе. Итак, каждое явление действием тех самых сил, которые обуславливают его существование и развитие, рано или поздно, но неизбежно превращается в свою собственную противоположность.

Но мы неполностью осветили-бы характер процесса диалектического развития, если-бы не остановились еще на одном вопросе, а именно, на вопросе о том, как происходит развитие в смысле *п о с т е п е н н о с т и*.

Когда-то господствовала теория катастроф (катаклизм). Но, как говорит Каутский, революционной буржуазии очень близка была мысль о катастрофах не только в обществе, но и в природе; консервативной буржуазии эта идея стала казаться неразумной и неестественной. Поэтому установился у представителей буржуазной науки взгляд на развитие, как на постепенный, непрерывающийся медленный процесс, так называемая эволюция. Согласно же диалектического метода, развитие происходит так: а) эволюция, б) перерыв постепенности, в) снова эволюция. При этом в первой фазе происходит количественное накопление изменений, во второй фазе (скачек) количество переходит в качество и третья фаза начинается уже на качественно другой основе, причем качество по Гегелю есть «тождественная с бытием определенность».

По вопросу о перерывах постепенности и перехода количества в качество Гегель говорил: «Изменения бытия состоят не только в том, что одно количество переходит в другое количество, но также и в том, что количество переходит в качество и наоборот; каждый из переходов этого последнего рода составляет перерыв постепенности и дает явлению новый вид, качественно отличный от прежнего. Так, вода при охлаждении твердеет не постепенно, а сразу: уже охладившись до точки замерзания, она остается жидкостью, если только сохраняет спокойное состояние, и тогда достаточно малейшего толчка, чтобы она вдруг сделалась твердой... В мире прав-

ственных явлений имеют место такие-же переходы количественного в качественное или, иначе сказать, различия в качествах и там основываются на количественных различиях. Так, немножко меньше, немножко больше составляет ту границу, за которой легкомыслие перестает быть легкомыслием и превращается в нечто совершенно другое, в преступление... Так, государства при прочих равных условиях получают различный качественный характер лишь вследствие различий в величине». Можно привести еще много примеров, иллюстрирующих положение о переходе количества в качество. Так мы получаем ощущения различных цветов от различных частей спектра (красный, зеленый и т. д.) в силу различного числа колебаний частиц эфира. Качественные изменения звука (музыки) происходят от различного числа колебаний звуковых волн. Качественные различия некоторых химических тел (кислород O_2 , озон O_3 , болотный газ CH_4 , диметил C_6H_6 , муравьиная кислота CH_3COOH , уксусная кислота $C_2H_4O_2$ и др.) зависят исключительно от качественных различий одних и тех-же элементов.

По вопросу о перерыве постепенности Гегель писал также, что: «В основе учения о постепенности лежит представление о том, что возникающее уже существует в действительности и остается незаметным только вследствие своих малых размеров. Точно также, говоря о постепенном уничтожении, воображают, будто небытие данного явления, или то новое явление, которое должно занять его место, уже находится налицо, хотя пока еще и незаметно... Но таким образом устраняется всякое понятие о возникновении и уничтожении... Объяснять возникновение или уничтожение постепенностью изменения — значит сводить все дело к скучной тавтологии и представлять себе возникающее или уничтожающееся в уже готовом виде (т. е. уже возникшим или уже уничтожившимся. Г.П.)».

А Э. Реклю указывал, что революции являются частью бесконечного движения, и что наука не видит противоречия между двумя словами: эволюция и революция. И дальше он замечает: «Существуют, однако, рабские умы, которые искренно верят в эволюцию идей и питают неопределенные надежды на соответствующее изменение обстоятельств, но которые тем не менее с инстинктивным, почти физическим страхом думают о всякой революции».

Биология нам дает ряд примеров перерывов постепенности. Не будем говорить о метаморфозах, имеющих место у насекомых и о прочем, напомним такое явление, которое очень хорошо известно нам, врачам, а именно роды. В спокойном, постепенном развитии плода вдруг наступает перерыв постепенности, в результате которого резко изменяются внешние и внутренние условия дальнейшего развития. О том-же нас учит и история развития человеческого общества, на протяжении которой мы имели ряд революций, являвшихся гранью между двумя этапами развития.—Итак, развитие явлений в природе и в обществе происходит путем эволюции, нарушаемой время от времени революционным перерывом, в результате которого явление продолжает развиваться уже на качественно иной основе.

Теперь рассмотрим третий признак диалектики — взаимодействие явлений. Мы говорим, что отдельных, изолированных явлений нет. «В действительности все части мира связаны друг с другом и все влияют друг на друга. Малейшая передвигка, малейшее изменение в одном месте, и от этого меняется все. Насколько меняется, вопрос другой, но меняется. Приведем пример: люди вырубали, скажем, приволжские леса. Раз это случилось, меньше задерживается влаги, изменяется до известной степени климат, Волга «мелеет», судоходство по ней становится затрудни-

тельным, поэтому приходится употреблять землечерпалки, производить больше этих машин; больше людей уходит на их изготовление и т. д. С другой стороны — исчезают те животные, которые водились в этих лесах, появляются новые, которые раньше не водились, старые либо вымирают, либо бегут в лесистые местности и проч. Но мы можем взять и другие вопросы: если изменяется климат, то ясно, что изменяется вообще состояние всей планеты, и в большей или меньшей степени это изменение приволжского климата отражается повсеместно. Другими словами, нет в мире ничего абсолютно изолированного. Конечно, мы очень часто можем не обращать внимания на всеобщую связь явлений: нельзя же каждый раз, говоря, положим, о разведении петухов, поднимать разговор обо всем сразу: и о солнце, и о луне: это было-бы глупо, потому что здесь нам всеобщая связь явлений ничем-бы помочь не могла. Но при обсуждении теоретических вопросов очень часто нам это необходимо иметь в виду». (Бухарин «Теория исторического материализма»).

Г. Гефдинг говорит, что «диалектика, согласно Гегелю, есть не только особенность мышления, но и основной закон бытия: каждая форма существования всегда указывает на другую, и вещи являются членами одного великого целого»... (Ничего не теряется и, однако, все исчезает). А Маркс говорил, что «действуя на внешнюю природу, человек изменяет свою собственную природу». И в природе, и в обществе существует объективно-причинная закономерность явлений, т. е. необходимая, постоянно и повсеместно наблюдаемая связь явлений. О законе причинности в биологии проф. Кольцов говорит следующее:

«В настоящее время только немногие наиболее сложные области биологии, как психология и история развития организма из яйца, еще не вполне поддаются каузальному (причинному) анализу, и именно на них и основывается утверждение немногочисленных современных виталистов, что не все жизненные явления могут быть сведены к причинам того-же порядка, как те, которые действуют в неживой природе. Но и в этих областях ежегодно, с каждой новой экспериментальной работой, расширяется применение каузального машинистического объяснения и суживается возможность говорить о его недостаточности». «Еще в XVIII в. (1789—1790) Лавуазье... показал, что жизненный процесс дыхания есть не что иное, как медленное горение, соединение химических составных частей тела с кислородом воздуха... Лавуазье удалось... установить количественные законы дыхания, соответствующие законам химического окисления: он показал далее, что теплота тела высших животных является результатом того-же процесса медленного горения, т. е. дыхания. Этим был нанесен тяжелый удар витализму. Другой удар ему был нанесен в 1928 году немецким химиком Велером, который приготовил искусственно из неорганических соединений мочевины: виталисты считали, что мочевина, подобно другим органическим соединениям, образуется, в организме под влиянием «жизненной силы», и блестящее открытие Велера, за которым последовал ряд других того-же рода, доказало совершенную неправильность этой точки зрения».

Академик Павлов говорит, что: «Ни одно явление не может быть нами правильно понято и истолковано, если мы не учтем того обстоятельства, что оно развилось из другого явления или ряда их» (Слепков).

Всем этим отвергается преподносимая некоторыми идеалистами целевая закономерность явлений; развитие происходит не в силу какой-то целеустремленности, а в силу взаимодействия явлений друг на друга, относящихся друг к другу, как причина к следствию, и обратно. А отсюда

диалектический метод требует изучения действительности во всей полноте, рассмотрения всех обстоятельств, от которых зависит данное явление, изучения всех условий его возникновения и развития.

Таковы основные признаки диалектики. В основном диалектический метод был разработан Гегелем, однако, не надо думать, что диалектика Гегеля и диалектика Маркса—Ленина одно и то же. У Гегеля диалектика была идеалистической (развитие духа), у Маркса она материалистична (развитие материи). По этому поводу Маркс в предисловии к 1 тому «Капитала» указывает следующее: «Мой диалектический метод не только в корне отличен от гегелевского, но представляет его прямую противоположность. Для Гегеля процесс мысли, который он под названием идеи превращает даже в самостоятельный субъект, есть демиург (творец) действительности, представляющей лишь его внешнее проявление. Для меня, наоборот, идеальное есть не что иное, как переведенное и переработанное в человеческой голове материальное». «У Гегеля диалектика стоит на голове. Надо ее поставить на ноги, чтобы вскрыть рациональное зерно под мистической (таинственной) оболочкой».

Л. Аксельрод говорит: «Связь идеализма с диалектикой искусственная, незаконная. Идеализм, с которым Гегель обвинял диалектику, извращает и искажает действительность, представляя ее в фантастической и мистической форме. Диалектический метод мышления получит свое должное и надлежащее значение лишь при условии его применения к исследованию реальной действительности. Философией же действительности является материализм... Диалектика, следовательно, органически связана с материализмом».

Итак, метод диалектического материализма есть способ научного исследования, основанный на: 1) признании единства и реальности мира. 2) материальной его сущности, 3) непрерывного движения, изменения и развития материи от низших форм к высшим по законам противоречия, со сменой эволюционных процессов перерывами постепенности, с изменением качества (путем перехода количества в качество и обратно), при взаимозависимости всех явлений. Человек, владеющий методом диалектического материализма, исследует природу такой, какая она есть в действительности, а не базируется на субъективном вымысле того или другого философа. Отсюда: самая суть метода диалектического материализма заключается в том, что он требует сознательного и научного применения в исследованиях и деятельности той закономерности, которая лежит в действительной природе бытия и мышления. И только направляя наше мышление и нашу деятельность методом диалектического материализма, мы разрешим также один из больших вопросов, занимавших многих мыслителей: вопрос о свободе и необходимости. Гегель говорил, что свобода есть осознанная необходимость. А Энгельс указывал, что «свобода состоит не в воображаемой независимости от законов природы, но в познании этих законов и созданной этим возможности планомерно пользоваться ими для определенных целей».

Перед каждым сознательным человеком лежат два пути мышления и действия: диалектический материализм и идеализм. Поэт сказал:

«Средь мира дольного
Для сердца вольного
Есть два пути.
Взвесь силу гордую,
Взвесь волю твердую,
Каким идти!»

И марксисты рекомендуют всем сознательным людям идти путем науки, а не метафизики, т. е. идти вместе с пролетариатом. Еще Лассаль как-то (в речи «Наука и работники») сказал: «Только тогда, когда наука и работники — эти два противоположных общественных полюса — соединятся воедино, они раздавят в своих железных объятиях все препятствия, стоящие на пути культуры». А для этого надо проникнуться пролетарской, марксистской идеологией.

«Обыкновенному русскому читателю историческая теория Маркса кажется каким-то гнусным пасквилем на человеческий род. У Г. И. Успенского, если не ошибаемся, в «Разорении» есть старуха-чиновница, которая даже в предсмертном бреду упорно повторяет гнусное правило своей жизни: «в карман норови, в карман!» Русская интеллигенция наивно думает, будто Маркс прописывает это гнусное правило всему человечеству, будто он утверждает, что чем-бы ни занимались сыны человеческие, они всегда, исключительно и сознательно, «норовили в карман». Бескорыстному русскому «интеллигенту» подобный взгляд естественно столь-же «несимпатичен», как «несимпатична» теория Дарвина какой-нибудь титулярной советнице, которая думает, что весь смысл этой теории сводится к тому возмутительному положению, что вот, дескать, она, почтенная чиновница, представляет собою не более, как наряженную в чепчик обезьяну. В действительности Маркс так же мало клеветает на «интеллигенцию», как Дарвин на «титулярных советниц». И далее, «если говорить в смысле «идеалов», то надо сказать, что теория Маркса есть самая идеалистическая теория, которая когда-либо существовала в истории человеческой мысли. И это одинаково верно, как по отношению к ее чисто-научным, так и по отношению к ее практическим задачам». (Г. В. Плеханов «К вопросу о развитии монистического взгляда на историю»).

И, действительно, что может быть выше, прекраснее, гуманнее того взгляда на будущее, который предполагает уничтожение эксплуатации человека человеком, освобождение человечества от гнета нужды, бесправия и невежества, который ставит задачей победу человека над природой в целях организации новой, разумной, счастливой, здоровой, высоко культурной жизни для всех людей, такой жизни которая, действительно, приведет человека из царства необходимости в царство свободы.

РОЛЬ СИФИЛИСА В СТОМАТОЛОГИИ.

Проф. М. А. РОЗЕНТУЛ.

Из клиники кожных и венерических болезней Пермского Гос. Университета.

Директор проф. М. А. Розентул.

По образному выражению Sigmund'a «Die Siphilis ist eine Affe unter der Krankheiten» — «Сифилис — обезьяна среди болезней. И действительно, разнообразные проявления сифилиса могут легко симулировать значительное число заболеваний. Большое распространение сифилиса, представляющего собой громадное личное и общественное несчастье, и излюбленная локализация весьма заразительных припадков болезни, особенно во вторичном периоде, в полости рта, настоятельно требуют от врачей-стоматологов основательного знакомства с клиникой и патологией сифилиса. Проявления свежих форм сифилиса в полости рта имеют громадное социальное зна-

чение; каждый подобный больной представляет для общества большую опасность, являясь тем снежным комом, который растет по мере вовлечения здоровых людей в круг своей вредной деятельности.

Еще Фурнье назвал сифилис наименее венерической из всех венерических болезней. Это определение особенно применимо к распространению люэса у нас в СССР, где сифилис распространяется, главным образом, бытовыми условиями. Экстрагенитальное расположение сифилитических склерозов у нас встречается значительно чаще, чем на Западе, при чем преимущественной локализацией является полость рта. Из 14.590 внеполовых склерозов по Scheuer'у 6504 падают на полость рта. По Gaucher'у там локализируются 82,6 проц. всех внеполовых шанкров. Расположение первичного проявления сифилиса в полости рта по данным русских авторов встречается: по Андерсону в 93,3 проц., Кашиному 71,18 проц., Розенквисту 74 проц., Ижевскому 64,3 проц.

Склерозы полости рта возникают или вследствие непосредственного заражения при передаче инфекции от больного здоровому через поцелуи, кормление грудью, coitus per os, путем капельной инфекции, при чихании, кашле, или же косвенным путем через зараженные предметы (окурки папирос, трубки, посуду, зубочистки, зубные щетки, зубной порошок, медицинские инструменты и пр.).

По экспериментальным наблюдениям Brown and Pearce бледная спирохета может проникать в глубину и сквозь неповрежденные слизистые оболочки. Вследствие этих данных внеполовые шанкры чаще всего и встречаются на губах, слизистая которых, впрочем, у большинства людей всегда имеет трещины: по Scheuer'у в 60 проц., Черногубову 49,31 проц., Фурнье 66,78 проц., а по статистическим данным, начатым Buckley (14590) и продолженным Münchheimer'ом и Scheuer'ом в 33 проц. По данным Gerber'a, доведенным до 1908 г., из 5.750 склерозов полости рта шанкры локализовались на губах 3.106 раз. Bobrie отмечает на 326 внеполовых склерозов 102 в полости рта.

Первичная сифилома при локализации в полости рта нередко теряет ей присущий характерный вид. На губах это чаще всего одиночная эрозия, сидящая преимущественно в середине губы, где, главным образом, и встречаются трещины. Очень редко отмечается на противоположной стороне vis-a-vis второй шанкр, как отпечаток первого. При опущивании склероза, сдавливая его по периферии к центру, проявляется специфическая индурация, которая, однако, не всегда одинаково бывает выраженной. Старые, долго существующие шанкры, покрытые коркой, под которой наблюдается мясистая, блестящая, как бы покрытая лаком, гладкая поверхность, или шанкры, покрытые сероватым неснимающимся налетом, обнаруживают резко выраженную индурацию, в то время, как карликовые шанкры губ или шанкры в форме незаживающих трещин дают мало выраженную инфильтрацию.

В углах рта склерозы встречаются значительно реже и здесь их внешний вид и плотность, выраженные нетипично, могут напоминать так наз. *perleche*, *Angulus infectiosus oris* или то, что немецкие авторы называют «углами лентяев» «*Faulecke*», т. е. инфекционное поражение углов рта, вызываемое стрептококками и чаще всего встречающееся у детей. *Perlèche* вследствие мацерации слизистой и раздражающей пищи, могут осложняться трещинами и сопровождаться болезненностью при движениях рта.

На слизистых десен, щек и особенно на слизистой твердого неба склерозы встречаются редко: Поспелов на 198 случаев наблюдал их всего 1 раз,

Rille на 536 шанкров 10 раз на десне, 2 раза на небе, Андерсон на 69 случаев 1 раз на десне, а на слизистой щек 4 раза. Надеснах, да и на слизистой щек они чаще всего возникают, как результат инфекции зубоврачебными инструментами, как это я наблюдал в случае Каца.

Обычно эрозивные, безболезненные шанкры десен зачастую просматриваются не только больными, но и врачами. В этом отношении очень поучительно наблюдение Lortat-Jacob и Roberti. У больного появилась эрозия на верхней десне у шейки одного из резцов, после чего появился типичный подчелюстный аденит. Больной обратился к хирургу, признавшему эрозию за «пустяки», а аденит за реакцию на инфекцию, исходящую от зуба. Последнее подтвердил и стоматолог. Через некоторое время больной обратился к терапевту, признавшему аденит за туберкулезное поражение железы. Следующий одонтолог удалил зуб, отчего аденит принял остро воспалительный характер, и только по наступлении общих явлений сифилиса больной был направлен к сифилидологу. Аналогично и во втором случае авторов шанкр десны были диагностированы с наступлением общих явлений сифилиса. Заслуживает внимания наклонность шанкров десен к кровотечению.

Значительно чаще склероз располагается на языке, занимая по частоте 3 место. Склероз обычно располагается на кончике или на боковых поверхностях языка. Здесь преимущественно встречаются эрозивные формы, но иногда и сопровождающиеся усиленным молекулярным распадом язвенные формы шанкров, могущие вести к тяжелым разрушениям языка. Шанкры языка в большинстве случаев протекают типично, обнаруживая характерную клиническую картину первичной сифиломы.

Излюбленным местом локализации сифилитического склероза являются миндалины. Barbiér на 326 внеполых шанкров наблюдал их 97 раз, Пospelов 36 раз на 198 внеполых шанкров. Причина этого факта еще не ясна; возможно, что здесь играют роль анатомическое строение ткани миндалин и подвоз слюной спирохет, не успевших проникнуть сквозь неповрежденную слизистую губ и полости рта. Шанкры миндалин приобретают особо важное значение в клинике сифилиса, так как чаще всего дают повод к диагностическим ошибкам. Так А. Розенквист наблюдал больную со склерозом миндалин, обращающуюся несколько раз за врачебной помощью, у которой специалисты-ларингологи определяли туберкулезное поражение. Rosenbaum приводит 6 случаев, где ошибочно был поставлен диагноз дифтерии; так было и в одном случае Зейферта. В случае Jadassohn'a была сделана тонзиллотомия, в случае Lassar'a диагностирована саркома, удаленная хирургическим путем, Texier и Malherbe—Angina Vincent'a. Fournier различает 3 разновидности склерозов миндалин—эрозивные, язвенные и ангиноподобные поражения. Внешний вид шанкров миндалин чрезвычайно нетипичен. Поражения могут приобретать диффузный характер и сопровождаться высокой температурой до 40 гр. Утверждение Fournier, что односторонность поражения является крупным диагностическим подспорьем, поколеблена рядом наблюдений (Felix и Malherbe, Гинзбург, Rille в 12 случаях, Кашинский, Андерсон). Мы лично видели двустороннюю локализацию твердого шанкра на миндалинах 2 раза. Гораздо большее диагностическое значение мы придаем, не говоря о специфическом опухании лимфатических желез, плотности

миндалины при пальпации и несоответствию субъективных жалоб с величиной и характером поражения миндалины.

Уже быстро после проникновения в ткань бледная спирохета попадает через лимфатические пути в ближайшие лимфатические железы. По последним экспериментам Kolle на животных спирохета уже через 5 минут после заражения попадает в ближайшую лимфатическую железу. Клинически заметное опухание лимфатических желез не у всех больных наступает одновременно и не у всех бывает одинаково выражено. С момента клинически выраженного опухания лимфатических желез мы говорим о наступившей диссеминации спирохет, фактически наступающей много ранее, и быстро доходящей до степени спирохетозного сепсиса. Как и при всех шанкрах, опухание ближайших лимфатических желез, чаще всего расположенных на стороне шанкра, является при склерозах полости рта чрезвычайно ценным диагностическим подспорьем. Аденит, по образному выражению Ricord'a, следует за шанкром, как тень за человеком, являясь его роковым спутником. Главное значение при стоматологических шанкрах приобретают железы подбородочные, подчелюстные, железы переднего и заднего треугольника шеи, и предушные. Очень часто опухшие железы побуждают нас тщательно искать шанкр в полости рта, служа путеводной звездой в поисках склероза. (При ощупывании желез рекомендуется левой рукой крепко фиксировать голову в слегка наклоненном положении, пальцами же правой руки легко передвигать железы снизу вверх. Иногда полезно прибегать с соблюдением мер предосторожности к бимануальному исследованию). Надо знать, что, благодаря вторичной инфекции, поступающей из полости рта и кариозных зубов, нередко наблюдается нетипичное для сифилиса болезненное опухание желез с явлениями периаденита и даже нагноение желез, при чем в редких случаях подобным образом нагнаившиеся железы могут напоминать золотушные поражения желез.

Диагноз устанавливается на основании клинической картины шанкра, присущей ему плотности, опухания ближайших лимфатических желез и нахождением в сывороточной жидкости, полученной путем раздражения поверхности шанкра, в так называемом Reizserum или же в соке опухшей лимфатической железы типичных бледных спирохет. При исследовании на бледную спирохету необходимы при отрицательном результате повторные исследования и всегда прибегать к пункции лимфатических желез, причем не следует базироваться на находке только 1—2 экземпляров спирохет. При локализации на губах мы получали всегда лучшие результаты при проколе шанкра с последующей аспирацией шприцем тканевой жидкости...

Ввиду большого сходства возбудителя сифилиса, бледной спирохеты со спирохетами buccalis и особенно dentium, сапрофитов полости рта, исследование подозрительного материала должно производиться вполне опытным лицом, при чем всегда надо помнить, что лаборатория не есть самодовлеющая величина. Данные лаборатории приобретают значение лишь при преломлении их через призму клинических наблюдений, отсюда вытекает лишний раз необходимость основательного знания клиники сифилиса. Особенно рассчитывать в подобных случаях на результаты серореакции по Вассерманну не приходится, так как RW при всех шанкрах становится положительной не ранее 6 недель после появления склероза. Все же в этих случаях следует прибегать к ней, так как и наблюдения Millian'a, Gaucher, Foltrain и Levy-Fraenckel, Menzel'я, а также и наши личные говорят, что при шанкрах полости рта RW значительно раньше обычного пере-

ходит в позитивную фазу. Аналогичное, как это впервые показали Eicke, Schwalbe и Zimmermann, мы знаем встречается и при шанкрах, расположенных на уздечке полового члена.

В дифференциально-диагностическом отношении здесь приходится принимать во внимание прежде всего карциному губ и языка. Корхов наблюдал 3 больных с шанкрами губ, поступивших для оперативного вмешательства по поводу ошибочно диагностированной карциномы губы. Аналогичные случаи, к сожалению, приходится встречать в практике нередко. Обще-принятое мнение, что карцинома почти исключительно встречается в пожилом возрасте, следует признать преувеличенным. Ravogli среди 231 больных раком кожи наблюдал одного в возрасте до 10 лет и 67 случаев от 20 до 30 лет. Чаще поражается нижняя губа на месте перехода красной каймы в кожу, посередине губы или чаще в углах рта. Поверхность карциномы слегка шероховатая, покрыта чешуйками или трещинами и из нее можно выдавить иногда эпителиальные пробки. Она медленно растет, скоро изъязвляется и в течение нескольких месяцев достигает величины шанкра 2—3 недельной давности. Лимфатические железы вовлекаются в процесс спустя долгое время после изъязвления карциномы. Основание опухоли, на которой располагается язва, очень плотно инфильтрировано. Из 231 карциномы, наблюдаемых Ravogli в течение 10 лет, в 15 случаях были поражения нижней и 10 раз верхней губы. По Ravogli карциномы нижней губы отличаются большей злокачественностью и при них скорее поражаются лимфатические железы. Курение способствует возникновению карцином губ, последние поэтому преимущественно встречаются у мужчин или у курящих женщин. При карциномах губ сравнительно часто наблюдаются имплантационные раки, т. е. vis-avis на другой губе отпечаток карциномы. Карциномы легко кровоточат, в то время как первичная сифилома дает серозное отделяемое, в котором легко находятся бледные спирохеты. Карциномы языка легко кровоточат, очень болезненны и сопровождаются периферическими болями, иногда отдающими в ухо. Все эти субъективные ощущения при сифиломе отсутствуют. Фурункул губы вряд ли может представить диагностические трудности, так как протекает с воспалительными явлениями, болями и сопровождается воспаленными, болезненными и часто нагнаивающимися железами, представляя всегда тяжелое заболевание с высокой температурой, хотя в случае Freund'a фурункул верхней губы, протекая безболезненно при нормальной температуре, чрезвычайно напоминает первичную сифилому.

Шанкры миндалин могут напоминать ангину, абсцесс миндалины; последние всегда сопровождаются высокой температурой, ознобом и тяжелым общим состоянием. Ангина Винцента (болезнь Plaut'a) может симулировать язвенный шанкр миндалин, но при первой находят при окраске карболфуксином или синькой т. н. Plaut-Vincent'овский симбиоз фузиформной палочки 6—12 микрон длины с перемычками и грубоизвитой толстой спирохеты типа refringens. Болезнь часто начинается на деснах около нижних средних резцов, в виде разрыхления десен с неприятным запахом и выделением гноя и отсюда может переходить на щеки и миндалины. При шанкрах полости рта, благодаря одностороннему опуханию лимфатических желез, бросается в глаза резко выраженная асимметрия лица.

Насыщение организма спирохетами, знаменуя собой вторичный период сифилиса, выражается различного рода проявлениями сифилиса на коже и на слизистых оболочках. Последние—излюбленная арена для припадков сифилиса вторичного периода. Особенно часто при рецидивах си-

филиса изолированно поражается слизистая оболочка полости рта. Очень незначительное число сифилитиков во вторичном периоде болезни не имели явлений в полости рта. Специфические поражения слизистой полости рта значительно чаще наблюдаются у мужчин, чему весьма способствует травматизация слизистой при курении и употреблении алкоголя. Как и на коже, так и на слизистой припадки вторичного периода отличаются своим полиморфизмом, безболезненностью и отсутствием воспаления. Здесь мы встречаем поражения или в форме эритем или при более выраженном отложении специфического инфильтрата в форме папулезных высыпаний, последние при злокачественном течении сифилиса или при вторичной инфекции могут подвергаться изъязвлению. Аналогично пятнистому сифилиду кожи — розеоле — появляются пятна застойного цвета неправильной формы на слизистой полости рта, чаще всего на передних дужках, языке, миндалинах, давая картину обычной эритематозной ангины, не позволяющую с уверенностью ставить диагноз сифилиса, так как подобное состояние полости рта и зева может наблюдаться у курильщиков, педагогов и певцов. Сюда следует отнести эрозивный сифилид слизистых, богатый спирохетами, следовательно, весьма заразительный и протекающий незаметно для больного, требующий опытного глаза и общего исследования для своего определения. Его характерная черта — круглая или овальная эрозия с резко очерченными краями, с блестящей красного цвета поверхностью, без малейшего признака воспаления. Более сильное отложение специфического инфильтрата мы встречаем при папулезном сифилиде слизистых при так называемых «*plaques muqueuses*». Не эрозированные, едва возвышающиеся над уровнем слизистой, покрытые набухшим помутневшим эпителием, т. н. опаловые бляшки (*plaques opalines*) располагаются на слизистых губ, щек, языка, *uvulae* и небной занавески. У лиц, не следящих за полостью рта, особенно при наличии кариозных зубов и т. н. географического языка на спинке и кончике языка, главным образом, появляются вегетирующие бляшки, напоминающие, по образному сравнению Darier «спинку жабы». На языке еще встречаются описанные впервые Фурнье «*plaques lisses*», «бляшки скошенного дуга», в виде красных сухих пятен, лишенных сосочков. Это явления поздних рецидивов болезни. Чаще всего в полости зева наблюдается папулезная ангина, состоящая из возвышающихся утолщений, сливающихся между собой в формы боба, почка и резко выделяющихся своим серым или белым цветом, напоминающим слизистую, смазанную ляписом. Подобная ангина иногда симулирует дифтерит. Вторичные сифилиды полости рта могут давать причудливые фигуры в виде колец, гирлянд или сопряженных дуг.

Язвенные сифилиды возникают или при злокачественном течении сифилиса, или под влиянием вторичной инфекции, чаще всего при плохом уходе за полостью рта и наличии кариозных зубов. Благодаря курению, раздражающей пище, могут при этих сифилидах возникать сильные боли. Обычно обнаружить здесь спирохет очень трудно, неоднократные поиски очень часто не дают результатов; этот факт и клинически нетипичная картина язвенных сифилидов слизистой полости рта и зева делают их диагностику чрезвычайно трудной. В подобных случаях не мешает подумать о весьма редко встречающемся мягком шанкре слизистой полости рта, возникающем или вследствие переноса палочки мягкого шанкра инфицированными пальцами или же путем *coitus per os*. В мазке отделяемого, взятого из-под краев язвы, окрашенном любой анилиновой краской, в случае мягкого шанкра будут обнаружены бациллы Ducrey - Unna-Kreffing. При мягком шанкре полости рта быстро и болезненно опухают и нагнаиваются под-

челюстные и подбородочные железы. Вакцинальные сыпи (*Vaccina Secundaria*) могут возникать на слизистой полости рта и здесь определить их бывает очень трудно: они могут напоминать изъязвивший склероз и папулы, дифтерит и туберкулез. В случае Schall вакцина на нижней губе протекала клинически типично для твердого шанкра. Переносимая на слизистую полости рта, вакцина может протекать и изолированно. Например, изолированно на языке вакцину наблюдали Padieu, Mautner, Danziger, Stolzenberg, Zurhelle, а на миндалине Marschik, Falkenheim. Клинически она протекает как не кровоточащая эрозия с желтоватым густым налетом, часто сопровождаемая ознобом и высокой температурой. Перенос отделяемого на роговлицу кролика дает типичный вакцинный кератит. Вакцинальные сыпи на коже и анамнез облегчают диагноз. У старых люэтиков, приблизительно через 4-5 лет после заражения, главным образом, на слизистой губ, щек, передней части языка встречаются матовые, перламутрово-белые, мутные, реже блестящие, сетчатые, паркетные ограниченные утолщения слизистой или в форме пятен или больших бляшек. Эти пятна иногда утрируют нормальный рисунок слизистой оболочки, а чаще всего напоминают изменения слизистой после прижигания ляписом. Эти поражения носят название лейкоплакий, или при резко выраженном утолщении, т. е. ороговении—лейкокератоза. Их называли еще *ichthyosis buccalis*, *tylosis linguae*, их раньше относили всецело на счет сифилиса, а сейчас это мнение не разделяется большинством авторов: Schongarth лишь в 65 проц. считает сифилис этиологическим моментом лейкоплакий. Кроме сифилиса здесь играет роль целый ряд раздражителей, из которых на первом месте стоит табак, потом алкоголь, пряности, острые края зубов, корней. Torgger описал лейкоплакию от металлической пломбы. По Fox Howard'у в происхождении лейкоплакий играет роль также состояние пищеварительного тракта. Все же не подлежит ни малейшему сомнению, что сифилис придает особое предрасположение слизистой оболочкам к заболеванию лейкоплакией. По Gaucher лейкоплакия встречается при сифилисе в 95 проц., по Фурнье в 80 проц. Эти цифры Bayet, Lacapère, Bockhardt и другие авторы не находят преувеличенными. Kaposi в своей монографии 1896 г. «Die Syphilis d. Mund-R.-N...» считает лейкокератоз всегда за симптом люэса. Этот взгляд подтверждают и сейчас Landouzy, Sergent и др.

Не поддающиеся специфическому лечению лейкоплакии удручающе действуют на психику больных, способствуя тяжелым формам сифилофобии. Субъективные ощущения заключаются или в сухости слизистой или выражаются болями при еде, особенно при приеме раздражающей пищи. Чаще всего лейкоплакии наблюдаются в зрелом возрасте, но Benard наблюдал ее в 12-летнем возрасте, а Darier с исходом в эпителиому у 19 л. врожденной сифилитички. Лейкокератотические изменения слизистых, являясь преканцерозными формами, должны точно диагностироваться, так как в громадном проценте случаев злокачественно перерождаются и сравнительно нередко в молодом возрасте. Следовательно, профилактика лейкоплакий, а вместе с тем и эпителиом полости рта, заключается в энергичном лечении сифилиса.

Мы уже упоминали, что разнообразие сифилитических признаков во вторичном периоде, располагающихся в полости рта, не имеющих абсолютно типичной, присущей только им клинической картины, в большинстве случаев не позволяют врачу-практику только на основании поражений полости рта поставить с уверенностью диагноз сифилиса. Даже тогда, когда они типичны, говорит Darier, все же опасно руководствоваться только ими. Детальный осмотр кожи больного, оценка состояния его лимфатического

аппарата, RW и, главным образом, исследование на бледную спирохету решают вопрос. Будет вполне уместным привести клиническую картину заболеваний слизистой полости рта, без знания которых невозможно проведение дифференциальной диагностики.

У многих национальностей (у румын, чаще всего у цыган) мы встречаем в полости рта расовую физиологическую пигментацию слизистой неба или щек по краю зубов (Bonnet, Lortat, Bonnet и Lebeuf, M. Jessner, Jadassohn, Stempel и Armuzzi). Reiche меланоплакии в полости рта с 1901 по 1924 г. видел 46 раз, при чем никаких данных за поражение хроматинной системы нельзя было подметить. Paetz наблюдал пигментацию в полости рта у отца и у его 5 детей, Crouzon и Chatelin наблюдали пигментацию в полости рта, наступившую в связи с расстройством менструаций, Bacher при лимфогранулематозе, French и Moorhead при пернициозной анемии, Anthony при склеродермии. Кроме того, пигментация может наблюдаться при Basedовой болезни, туберкулезе, гематопорфирии, военном и мышьяковистом меланозе (Jadassohn). При Аддиссоновой болезни наблюдается нередко темное бурое окрашивание слизистой щек, губ и десен. M. Jessner доказал существование пигментации слизистых щек неизвестного происхождения у здоровых людей. Mikulicz-Kümmel допускают, что пигментация рта может быть прелюдией меланосаркомы. По Adachi в нормальной слизистой полости рта содержится пигмент, но в избытке его находят у жующих табак (Pichler). При распространенной вшивости тела, так называемой, болезни бродяг «maladie de vagabond» одновременно с появлением пигментации на коже наблюдается и пигментация слизистой щек (Jadassohn, Groen). Надо не забывать, что на слизистой щек, неба могут встречаться и пигментные врожденные пятна (Foerster). *Purpura annularis teleangiectodes Majocchi* иногда встречается в виде ограниченных эритематозных пятен на слизистых оболочках (Scherber). Moral и Friboes в своем прекрасном атласе болезней полости рта, к которому для иллюстрации нашей статьи мы отсылаем читателей, приводят изображение веснушек, расположенных на красной кайме губ.

Пигментацию слизистых по краю десен и на твердом небе можно наблюдать при аргрии после серебряных препаратов и после отравления сурьмой (Palazzi). Пятна Коплика при кори вряд ли могут вести к ошибочным определениям. Красная волчанка встречается иногда на красной кайме губ, реже на слизистой щек, языка, десен в виде мраморных белых радиарно расположенных, иногда болезненных, пятен с центральной атрофией. На деснах по Zurhelle наблюдается разрыхление их и даже нагноение. При эпидемическом энцефалите Вланке наблюдал болезненные воспаления десен, легко кровоточащих и даже нагнаивающихся. *Lichen ruber planus* в 50 проц. встречается в полости рта, нередко в виде изолированного поражения. Его часто смешивают с лейкоплакией или истинным псориазом слизистых, который в действительности существует. Jordan на 150 больных псориазом видел в 3 случаях псориаз слизистой губ. Keller также наблюдал 1 случай псориаза полости рта. Мы лично видели два случая несомненного псориаза на слизистой нижней губы и щек. Клинически диагноз в случаях без одновременного поражения кожи не может быть точно установлен. *Lichen rub. planus*, располагаясь на губах, языке, небе или на слизистой щек по ходу зубов, или симметричен или реже поражает одну сторону, давая впечатление сетки, листка папоротника, или, по образному выражению Darier, «lambeau de dentelle», обрывков кружев, выделяющихся на фоне нормальной слизистой своим белым или оловянным цветом. Эрозий и десквамаций не наблюдается, но зуд по Gougerot может достигать сильных размеров. Невин-

ные врожденные изменения рельефа языка, как-то *Lingua plicata*—*Lingua scrotalis*, когда выдающиеся сосочки языка дают форму извилин мошонки, мозга или пальмового листа, или географический язык «*Glossite exfoliative margin e*» пятна, собирающиеся в кольца гирлянды, окруженные белым или желтоватым бордюром, напоминающие географическую карту, при чем вид рисунка очень переменчив. Мне приходилось наблюдать участие в картине болезни и миндалин; это подтверждается и наблюдением Pincus'a. Описанный в 1914 году Pautrier и Brocq'ом «*Glossite losangique mediane*» ромбовидный язык встречается нередко. Авторы описали 17 случаев, Arndt в Берлине в течение 1½ лет видел 40 случаев, Siemens в Мюнхене 6 случаев. Патогенез заболевания неизвестен; Ercoli относит его к туберкулидам. По срединной линии спинки языка появляются, в виде удлинненных ромбов, гладкие безболезненные, слегка уплотненные, красноватого цвета пятна. Болезнь, не имея никакого отношения к сифилису, встречается в возрасте от 15 до 60 лет. Гистологически находят паракератоз, акантоз и умеренную инфильтрацию *serium*. Так называемый Moeller'ский глоссит, описанный впервые в Америке, напоминает слегка географический язык. Отличается красным воспалительным цветом, сильной болезненностью, иногда вынуждающей больных отказываться от пищи. Возможны скрытые формы, этого страдания, выражающиеся зудом и жжением языка. По Ledermann'у поражение может не ограничиваться языком, а распространяться и на слизистую щек и губ. По Heyn, Schaffer, Wiener'у Moeller'ский глоссит в 90% встречается как предвестник пернициозной анемии задолго до изменений в крови. Присваивать означенному страданию имя Гюнтера неправильно, так как Moeller описал его на 50 лет ранее Гюнтера.

Mitchell описал в 1926 г. доброкачественные, самостоятельно исчезающие бляшки языка. Wille полагает, что таким образом проявляется пернициозная анемия, и в этих случаях рекомендует чаще прибегать к исследованию крови. Engmann и Weiss в 1920 г. наблюдали Moeller'ский глоссит в комбинации с альвеолярной пиорреей. Одонтологическое вмешательство излечило глоссит.

Так называемый черный волосатый язык *Lingua nigra s. villosa* описан в 1850 г. При нем сильно удлинненные, черного цвета ороговевшие сосочки напоминают длинные волосы. Этиология неизвестна. Oppenheim наблюдал это заболевание после смазывания *T. Gallarum* и *Ratanhiae*. Emery и Gaston, Gaucher находили лептотрикс. В случае Read'a заболевание языка сопровождалось высокой температурой, ознобом и бредом.

Микотические поражения слизистой полости рта могут несомненно вводить врача в заблуждение, как это имело место в случае Goubeau. Grütz описал под именем *Streptotrichosis dentium rubra* появление на деснах крепко приставшего налета пурпурного цвета. По мнению автора, это явление часто наблюдается при пиоррее, но диагностируется одонтологами как зубной камень. Grütz нашел при этом заболевании Грамм положительные дифтериеподобные палочки и нити мицелия. Зеленов описал *Angina Streptotrichotica*, симулирующую папулезную ангину и Siebemann *Faryngomycosis leptothrica*. Констатировать лептотрикс не трудно (Zinsser). Грибки помещаются в отверстиях лакун на миндалинах в виде белых пробок, иногда ороговевающих—*Hyperkeratosis lacunaris*. Montpellier и Catanei наблюдали поражение языка, при котором был найден грибок *mana Monilia*. Болезнь грудных детей Soor—молочницу, трудно смешать с лейкозом. Грибок молочницы—*oidium albicans*—обнаружить очень легко. Изменения языка при остро-инфекционных заболеваниях, скарлатине, тифах, оспе т. н. «*lingua crenata*» вряд ли представляют трудности.

Узелковые высыпания на слизистой полости рта встречаются редко при *lichen ruber acuminatus*, *Parapsoriasis*, при болезни Darier-Psorospermiosis follicularis vegetans, в виде серовато-блестящих узелков, которые, сливаясь, напоминают мозаику. Acanthosis nigricans-Dystrophia papillaris et pigmentosa иногда локализуется на слизистых, но без пигментации. Porokeratosis Mibeli в виде кольцевидных бляшек с углубленным центром может также встречаться на слизистой во рту.

По нашим наблюдениям, у очень многих людей встречается по краю губ, особенно верхней, где кожа переходит в слизистую, чаще всего у углов рта, на слизистой щек, свободно сидящие, т. е. не связанные с волосом сальные железы, так называемая болезнь Фордайса, ясно видные в виде желтоватых точек, напоминающая и по цвету, и по величине просыпанное зерно, то, что Audry назвал «état ponctué». Наши наблюдения убеждают нас что эта аномалия мало знакома широким кругам врачей одонтологов и даже венерологов.

У лиц, обладающих этими сальными железами, часто встречаются в углах рта жирные чешуйки, т. е. себоррея губ или же состояние называемое Cheilitis exfoliativa, при котором на губах непрерывно образуются чешуйки и идет отслойка эпителия.

На слизистой в полости рта множественные мягкие бородавки наблюдали M. Joseph, Anderson, Stern. Их первый списал в 1894 г. Rasch. Папилломы рта наблюдали многие. Мы лично их наблюдали 5 раз. Диагностика этих заболеваний не трудна. Tryb, Nader наблюдали остроконечные кондиломы.

Ветрянка, многоформенная эксудативная эритема, Epidermolysis bullosa hereditaria, пемфигус проявляются во рту пузырями, при чем часто при последних двух заболеваниях пузыри бывают во рту единственным симптомом болезни.

Многоформенная эритема, часто рецидивирующая на слизистых оболочках, оставляя после пузыря эрозированную поверхность, легко может быть смешана с сифилидами слизистых рта. Диагнозу способствует нахождение элементов эритемы на коже: любимая локализация—тыл кистей, разгибатели конечностей, лицо. По нашим наблюдениям высыпания эритемы во рту отличаются воспалительными явлениями и чувством жжения. При пемфигусе и герпетическом дерматите Dühring'a пузыри в полости рта быстро лопаются и эрозированное основание бывшего пузыря может напоминать дифтерию или стоматит. Диагнозу помогают остатки оболочек пузыря по краю эрозии и общее состояние, так как пемфигус слизистых протекает, как тяжелая болезнь. При hydroa vacciniiformis или estivalis также на слизистой во рту появляются пузыри (Bettmann, Finnerad). Пузыри по Hoffmann'у могут наблюдаться и при лимфогранулематозе. Иногда при сальварсановых дерматитах по Riecke, Frei, Hoffmann, Wirz наблюдаются в полости рта высыпания, напоминающие красный плоский лишай.

После антипирина, салицирина, хинина, фенацетина, одоля (Jadasohn) наблюдаются эритемы и пузыри в полости рта. Появление пузырей на языке отмечено после рентгеновских лучей, амальгамы, мышьяковистых паст, излюбленного в одонтологии трикрезол-формалина, протезов, особенно при особой чувствительности к каучуку (Fuld, Herzfeld и Misch).

При так называемой болезни Baelze «Cheilitis glandularis aposthematosa» на слизистой внутренней стороны губ появляются блестящие мелкие пузырьки, содержащие секрет слизистых желез. Особенно ясно эти кисты

желез видны при сжатии губы пальцами рук. Гистологически находят утолщенные и резко расширенные ходы слизистых желез. Не надо ее смешивать с *Muxadenitis labialis*—твердая гипертрофия губы вследствие опухолообразного увеличения слизистых желез губы. Часто на губах, реже на слизистой языка и щек появляются *herpes simplex*, *labialis*, *buccalis*, *lingualis*, *recidivans* и т. д., сопровождающиеся жжением, мелкие пузырьки, сидящие группами в виде фасеток. На слизистой они могут часто рецидивировать. Пузырьки, быстро лопаясь, оставляют эрозированные места с весьма характерными полициклическими краями. *Herpes Zoster*, располагающийся по ходу нервов, встречается в полости рта крайне редко, всегда занимая одну сторону и сопровождаясь невралгическими болями. *Herpes* вызван экспериментально у животных рядом авторов. Его вирус, очевидно, родствен ветрянке и чуме собак, при чем вирус сильнее всего при герпесе губ. Возможно лактентное состояние, обостряющееся вследствие простуд или других инфекций (Grutter, Doerr, Levaditi и Nicolau и др.).

Афты в полости рта проявляются в виде множественных, резко ограниченных поверхностных эрозий, окруженных воспалительным венчиком (*halo*). Центр эрозии покрыт желтоватым фибриновым налетом. Их излюбленная локализация между губой и десной и уздечка языка. Болезненность, иногда очень резко выраженная, цвет, *halo* отличают резко афты от специфической эрозии. У сифилофобов афты ведут к тяжелым переживаниям, особенно если принять склонность афт к частым рецидивам. Этиология афт неизвестна. Прививка на роговцу кролика результатов не дала (Baer). По Jadassohn'у, Frei афты часто встречаются у многих членов семьи. Так называемые афты Bednard'a (*Ulcera pterygoidea*) встречаются у младенцев и всегда на твердом небе. Сюда надо причислить ряд эрозий, возникающих вследствие травмы слизистой, например, при коклюше из язвления уздечки языка, прикусывание слизистой зубами, ожог от прижиганий и горячей пищи и т. п.

Поражения десен—гингивит, а с вовлечением в процесс слизистой губ, щек, языка—стоматит—имеет чрезвычайно важное значение в практике стоматолога. Эти поражения возникают в результате лечения сифилиса ртутью, висмутом и даже сальварсаном (последнее очень редко). Они при неправильном определении могут повлечь вновь усиленное применение ингридиентов, послуживших причиной настоящего заболевания и тем самым резко ухудшить состояние больного. Симулируя сифилис и не имея с ним ничего общего, гингивиты могут встречаться при беременности, расстройствах менструаций, диабете. Стоматиты чаще всего вызываются при наличии плохого ухода за полостью рта, кариозных зубов и корней, присоединением вторичной инфекции, при чем в зависимости от градации воспалительных явлений мы будем иметь *Stomatitis catarrhalis*, *fibrinosa*, *ulcerosa*, *erysipelata*, *gangraenosa*, *diphtherica*. Инфекционные болезни, как, например, гоноррея могут во рту проявляться исключительно стоматитом. Длительно и тяжело протекающий стоматит мы наблюдали много раз при гриппе. Известны стоматиты при оспе, тифе, энцефалите (Blanke). При злоупотреблениях табаком, при применении ртути, висмута, мышьяка, брома, у истеричек—Sibley (*Stomatitis neurotica chronica*) наблюдаются стоматиты. Artauet описал *Stomatite crucique* от применения в пищу некоторых ягод, на которых оставались волоски гусениц. При крапивнице Raymond наблюдал быстро проходящий стоматит.

Что касается ртутного стоматита, то он всегда начинается, как гингивит, так как у лиц, лишенных зубов, например, у грудных детей он не наблюдается. Его возникновению способствуют все причины, вызывающие

обычный гингивит, т. е. раздражения со стороны зубов, карнес, корней, плохо сидящих коронок и протезов, и отложение камня. Поэтому необходимо провести санацию рта перед специфическим лечением. Разлитое покраснение и опухание десен, обильная саливация, гнойное воспаление десен, опухший, с отпечатками зубов, язык, foetor ex ore быстро устанавливают диагноз ртутного стоматита. Труднее диагностировать начальные поражения или при локализации в полости зева, напоминающие дифтерит, все же некоторая отчетливость десен имеется всегда, даже в самых ранних стадиях болезни.

Широко применяющийся сейчас в терапии сифилиса висмут вызывает серую, сероголубую или серочерную кайму по краю десен, зависящую от отложения сернокислого висмута в ткани; поражение напоминает кайму при свинцовом отравлении. Висмутовая кайма, являясь не серьезным заболеванием не являясь поводом к прекращению лечения, должна все же потребовать усиленного ухода за полостью рта, так как в дальнейшем возможно наступление тяжелых стоматитов. В случае Smechula у проститутки после 7 инъекций Бисмогенеля наступил язвенно гангренозный стоматит, окончившийся летально. У больного Nadle были удалены, вследствие некроза альвеол, все зубы, кроме 3 моляров. После бисмута на слизистой щек, неба могут наблюдаться пигментации.

Сальварсанные стоматиты (Heyn и Simon) могут быть единственным симптомом сальварсанного повреждения и предшествовать общему поражению всего организма. Ernотте наблюдал язвенный стоматит после Salvarsan'a. В голодные годы часто приходилось нам наблюдать у слабых субъектов, особенно у детей и у реконвалесцентов язвенные стоматиты, при которых главным образом, если не исключительно, поражается слизистая щеки. Язва, всегда локализуясь против парастомического края кариозного зуба, корня, имеет грязный вид, растет в глубину и по периферии неравномерно вытянутой. Сильная болезненность, высокая температура, болезненное опухание лимфатических желез и foetor ex ore типично для так называемой Stomatocaceae. Симбиоз Plaut-Vincent'a здесь, надо думать, играет большую роль.

Полноты ради укажем здесь на редкое заболевание, описанное Fiesinger и Rend'ú в 1927 г. под н. Ektodermosis erosiva pluriorificialis. До сих пор описано всего 14 случаев. Опухание губ, появление в полости рта и зева белых пятен, кровоточивость десен, высокая температура до 39°, опухание подчелюстных, предушных желез, наличие конъюнктивита и баланита при негативной реакции Вассермана составляют клиническую картину этого редкого страдания. Очевидно это заболевание близко стоит к Hydroa vesiculosa Bazin. Janin в 1917 г. описал Stomatitis d'automne, встречающийся весной и главным образом, осенью и выражающийся в воспалении, красноте десен и слизистой щек и языка. Субъективно резко всего выражено ощущение жара. Здесь же будет уместным сказать об описанном Gougerot «Stomatite vegetante preepitheliomateuse», когда на языке, слизистой щек, твердом и мягком небе, деснах появляются на покрасневшей слизистой едва возвышающиеся кругловатые разращения желто-оранжевого или серого цвета, легко кровоточащие. В дальнейшем наблюдается переход в эпителиому.

В 1925 г. E. Vaaler описал новое заболевание полости рта под именем Dermatostomatiti, которое по своей клинической картине похоже на дифтерит, сифилис, экссудативную эритему и ящур. Заболевание проявляется сразу высокой температурой и тяжелым общим состоянием. Больные жалуются на сильную головную боль, боли в горле, затруднение глотания. На внутренней поверхности губ, на твердом и мягком небе, дужках, миндалинах,

щеках и по краю языка появляется плотно пристающий налет серо-белого цвета, напоминающий струн после прижигания кислотой, после снятия которого открывается кровотокающая эрозия. Заболевание сопровождается слюнотечением, сильным foetor oris, опуханием подчелюстных желез и появлением буллезной и папулезной сыпи на всем теле и особенно на половых органах. В одном случае через 2 1/2 года наступил рецидив. Введение дифтерийной сыворотки не оказывает никакого влияния на процесс. При самых тщательных поисках не найдено никаких данных в пользу туберкулеза, дифтерии, сифилиса и ящура.

Упорные болезненные стоматиты могут быть ранним симптомом пернициозной анемии. При акродонии болезни Swift-Feer'a, которой чаще всего болеют дети в возрасте от 6 мес. до 3 лет, реже до 5—6 лет, наблюдается в ряду с цианотическим припуханием конечностей саливация, язвы в полости рта, а иногда выпадение зубов. При эритремии Vaquez губы сухи, слизистая полости рта и язык насыщено-темно-красного цвета, на мягком небе видны расширенные сосуды и телеангиэктазии, десны легко кровоточат и разрыхлены (Сутеев).

В третичном периоде сифилиса, полость рта поражается далеко не редко, по Gouttmanн'у в 20-25 проц. У нас, где сифилис при большом распространении лечится крайне неаккуратно и примитивно, особенно среди национальных меньшинств, часто приходится встречаться с тяжелыми явлениями терциаризма в полости рта. Мещерскому на 645 случаев гуммозного сифилиса поражения костей неба встретились 121 раз, глотки 39, мягкого неба и зева 38 и языка 4 раза. Третичные поражения полости рта очень часто приводят к тяжелым обезображивающим разрушениям ткани. Третичные поражения полости рта встречаются или в форме диффузных или ограниченных поражений. На твердом небе чаще наблюдаются ограниченные поражения, бугорки или гуммы, на мягком, особенно вначале поражения—разлитая гуммозная инфильтрация всей небной зазаски, не имеющая очерченных границ вследствие присоединяющегося отека. Последнее обстоятельство, между прочим, объясняет диагностические ошибки—смешение с ангинами, несмотря на то, что первые не сопровождаются или в незначительной лишь степени сопровождаются субъективными ощущениями и протекают при нормальной температуре. Кроме того при L₃ наблюдается некоторая неподвижность мягкого неба. Губы поражаются крайне редко, при чем здесь или образуется ряд узлов, превращающихся потом в язвы, сильно разрушающие ткань или же чаще наблюдается разлитая инфильтрация губы, сильно увеличивающая всю губу en masse. У мужчин третичные поражения губ чаще чем у женщин. Бугорковый сифилид неба, часто копируя волчанку слизистой, представляет диагностическое затруднение. Гуммы же неба, вызывая дефект ткани, обуславливают перфорацию неба, при чем при перфорации передней части мягкого неба наблюдаются более выраженные расстройства речи и глотания—гнусавая речь и попадание пищи в носовую полость. Гуммозным процессом поражается и альвеолярный отросток челюстей, при чем десна разрыхляется, зубы расшатываются и появляется foetor ex ore. На верхней челюсти чаще процесс, локализуясь в области верхних резцов, ведет к некрозу и удалению ossis incisivi; на нижней челюсти оститы и остеопериоститы, приводящие иногда к некрозу всей челюсти. Мягкие части при этом отекают, появляются сильные боли, при чем акт жевания, глотания затруднен. Здесь уместно сказать, что при перфорации неба одонтолог, с помощью протеза исправляя речь и глотание у больного, не должен изготовливать протез, не посоветовавшись с сифилидологом. В этих случаях прежде всего надо энергичным специфическим лечением подготовить фундамент для бу-

дущего протеза, иначе давление и раздражение протеза на неокрепший рубец с не вполне рассосавшимся инфильтратом вновь поведет к изъязвлению. Гуммы языка встречаются не часто и почти исключительно у мужчин. Отсутствие субъективных ощущений, исподволь разрывающийся процесс приводит к тому, что больные обращаются за помощью уже в резко выраженных случаях. Гумма языка, т. е. узловатый гуммозный глоссит, чаще наблюдается, чем диффузные поражения. Протекает медленно, без субъективных ощущений. Мы недавно демонстрировали больного с язвой твердого неба, возникшей в результате длительного ношения неудачно сделанного протеза, весьма напоминавшей гуммозную язву.

Надлежит указать на склонность гумм языка подвергаться раковому перерождению. Phillips, Busmann поэтому не советуют при гуммах языка применять препараты Сальварсана, дабы избежать стимулирующего действия мышьяка на эпителий и тем самым избежать лишнего повода к превращению гуммы языка в карциному.

Диагностика гуммозных поражений языка, особенно принимая во внимание только что сказанное, принадлежит к числу весьма ответственных и затруднительных задач, стоящих пред клиницистом. Базироваться исключительно на данных RW здесь нельзя, точно также рискованно терять дорогое время, применяя пробное лечение. Например, в случае Wejagano эпителиома языка у сифилитика с положительной RW, принятая за гумму, леченная энергичным длительным курсом, перешла в неоперативную форму. Или в случае Rosenberger'a карцинома языка у 27 л. женщины, принятая за гумму, подверглась безрезультатному специфическому лечению, и только гистопатологическое исследование расшифровало картину.

Биопсия выяснила диагноз также в случаях Weidmann'a, Bass'a, Lang'a при туберкулезе. Совершенно справедливо указывают Jeanselme и Burnier, Sainz de Aja по поводу своих больных с туберкулезом языка, что не пробное лечение, не RW, а только биопсия скоро и верно разрешает сомнения. Последнее всегда следует иметь в виду и применять в соответствующих случаях, так как канцер полости рта может быть у сифилитика с положительной реакцией Вассермана.

У больных сухоткой спинного мозга и прогрессирующим параличом наступает ряд изменений в полости рта. Трофоневротические язвенные поражения десен, мало кровоточащие, безболезненные, плохо и медленно заживающие, аналогичные по своему патогенезу «Mal perforant du pied», встречаются редко и носят данное им Fournier название «Mal perforant buccal». Зубы,—пасынки врачебной деятельности, по выражению Kropfeld'a,—могут указывать клиницисту на *tabes*, существующий у больного. Для *tabes*'а характерно выстояние зубов из зубных луночек, т. е. зуб видно больше, чем в норме; частое выпадение зубов без боли. Причина заключается, очевидно, в перерождении корешков триминуса. При *tabes*е еще могут наблюдаться парестезии, соединенные с некрозом челюсти, особенно верхней. Sebba насчитывает 7 характерных для *tabes*а изменений зубов: 1) спонтанное выпадение зубов, при котором характерно очень быстрое внезапное наступление расшатывания совершенно здоровых зубов и их безболезненное выпадение.

2) Атрофия челюсти.

3) Некроз челюсти, при чем обнаруживаются мелкие и большие безболезненные секвестры, без большого кровотечения и отличающиеся слабой тенденцией к заживлению.

- 4) Спонтанные переломы челюстей.
- 5) Артропатия челюстного сустава.
- 6) *Mal perforant buccal*.
- 7) Нарушение чувствительности.

По Sebba 1-й симптом встречается в 10 проц. всех случаев, но мы думаем, что в действительности этот процент много ниже. При прогрессивном параличе особых изменений со стороны полости рта не отмечается. Ряд стигм врожденного сифилиса локализуется в полости рта. Сюда относится высокое и куполообразное небо, гиперостозы на верхних челюсти и т. н. Гутчинсоновские зубы, и прочие дистрофии, главным образом, верхней челюсти, а также звездчатые, радиарно расходящиеся рубцы вокруг рта, особенно углов рта.

Третичные поражения содержат в себе настолько незначительное количество спирохэт, что практически нет ни малейшего смысла искать спирохэт в продуктах терциаризма. RW примерно в 20 проц. резко выраженных манифестных третичных поражениях бывает отрицательной. Эти два факта чрезвычайно затрудняют диагностику третичных поражений полости рта. Наибольшие трудности возникают при отличии гуммозных язв от карциномы, так как оба процесса дают увеличение ткани со стремлением к распаду. Гумма быстрее растет, быстрее распадается. Раковая язва площе и сидит всегда на новообразованной ткани. Твердость, болезненность; изрытое дно, паренхиматозное кровотечение, единичность говорит за карциному. Железы при L₁ отсутствуют. Некроз твердого неба может быть симптомом лейкомии (Levy), равно как некрозы челюсти симптомом отравления фосфором.

Туберкулез встречается или в виде волчанки или в виде собственно туберкулезных язв. Волчаночные узлы на слизистой быстро распадаются и дают язвы, при которых характерным является длительное существование и появление в молодом возрасте. Отличить волчаночную язву от собственно туберкулезной на слизистой очень трудно, если нет одновременно переспавшихся волчаночных узелков на слизистой или на коже. Миллярные туберкулезные бугорки на слизистой в виде, так называемых, желтых точек Trelat, поверхность язв, лишенных плотных краев, их болезненность, препятствующая еде, наличие туберкулезных лимфадентов, торпидное течение, легко наступающее кровотечение при травматизации язвы позволяют установить бугорчатку. Первичный туберкулез в слизистой полости рта бывает очень редко, поэтому диагнозу способствует и оценка общего состояния больного и наличие других туберкулезных поражений. Следует всегда сделать соскоб язвы для исследования на бациллу Кош'а. Мы наблюдали один раз узелки Фолликлеса на губах, подобная локализация папуло-некротического туберкуледа является исключительной редкостью.

Миому, фиброму легко узнать по единичным плотно-эластическим, невоспаленным опухолям. Во рту могут наблюдаться *Haemangioma cavernosum* (Baumgartner), цилиндрома губ (Thielemann). Актиномикоз языка первично наступает очень редко (по Barlow до сих пор описаны 42 случая). Характерная плотность доски, фистулезные ходы, слабая болезненность лимфаденты, друзы грибка выясняют подозрение. Труднее отличить во рту Споротрихоз. Milian и Perin наблюдали ботриомикоз в полости рта в виде плотной опухоли, вокруг которой была нормальная слизистая оболочка. Железы не изменены. *Granuloma trichophyticum Majocchi* на нижней губе в виде плотной безболезненной опухоли, с эро-

зированной поверхностью наблюдал Ого. Излечение после инъекций трихофтина.

Разлитая гумозная инфильтрация делает весь язык плотным, утолщенным, не уместающимся в полости рта, так называемый «Glossite sclerouse» Fournier. Поверхность его дольчатая «lingua lobata», с глубокими бороздами, иногда от механических причин (давление зубов),—изъязвляется и тогда очень болезненна. Гумозный глоссит выражается в появлении в толще языка разной величины узелков. Размягчение гumm наступает нескоро и ведет к глубокой язве с характерными плотными, отвесными и некротообразующими краями.

При определении сифилиса надо твердо помнить уже раз нами сказанное, что диагностика сифилиса устанавливается не на основании одного лишь какого-нибудь отдельного симптома, а при оценке всех имеющихся налицо объективных данных, при чем результаты лабораторных исследований должны приниматься во внимание согласованно с клиникой. Анамнезу рекомендуется уделять поменьше внимания. В своей практической деятельности одонтолог ни на минуту не должен забывать, что и он сам непосредственно и его больные могут подвергаться опасности заражения.

Первая возможность—врач заражается сам от больного во время его исследования. По Scheuer'у в числе 5650 невинно зараженных в 3 проц. были врачи. По Almquist'у по частоте профессионального заражения зубные врачи стоят на 3-м месте. Возникающее повреждение руки бором, зондом, первоэкстрактором, острым краем зуба, корня, прикус пальца при приеме сифилитика легко обуславливает заражение врача, которое протекает как панариций.

Вторая возможность—врач сам, не подозревая о своей болезни, заражает своих больных. Вольман в 1926 г. приводит 3 случая профессионального заражения зубных врачей, которые, не подозревая истинного характера своего заболевания, долгое время служили источником внеполового распространения сифилиса среди своих пациентов. Для более подробного ознакомления желающих мы отсылаем к диссертации Zimmermann, Hamburg, 1921 г. «Lues als Berufskrankheit der Zahnärzte» «Сифилис, как профессиональная болезнь зубных врачей».

Третья возможность—передача сифилиса больным посредством зубо-врачебных инструментов и принадлежностей. Так, в случае Каца мы наблюдали шанкр десны, как результат одонтологического вмешательства. Scheuer указывает, что по его статистике в 18 случаях установлено заражение сифилисом зубными врачами. Gaston и Comandon давали пить из стакана сифилитику с явлениями вторичного сифилиса в полости рта и через 30 минут на краях стакана находили спирохет. По Zimmermann'у спирохеты на деревянных инструментах жили полчаса, на металлических 3 ч. 50 минут. По Frihwald'у спирохета, находящаяся на предметах, простым обмыванием водой не убивается. Наблюдения Лозанова, Mayer показали, что спирохета в Reizserum в течение нескольких месяцев сохраняет подвижность. Lasy и Nau Horn, Hoffmann находили спирохеты в трупе через 48 часов после смерти. Лишь высыхание убивает спирохет.

Поэтому мы вправе категорически требовать от зубных врачей тщательной стерилизации инструментов путем кипячения. К сожалению, еще очень часто встречается примитивная стерилизация инструментов зубными врачами. Особенно следует обратить внимание на стаканы, число которых должно равняться числу больных.

Личная профилактика должна заключаться прежде всего в тщательном уходе за руками. Царапины, заусеницы замазываются коллодием. Рекомендуется смазывать руки слабым раствором уксусной кислоты, болезненные ощущения укажут врачу на незамеченные повреждения кожи. При необходимости нужно одевать перчатки и очки. Надо настоятельно требовать организации при всех вендиспансерах зубо-врачебных кабинетов, что даст возможность большому числу сифилитиков отвлечь от отсталых зубо-врачебных приемов, улучшить специфическое лечение и дать возможность стажировавшимся одонтологам ознакомиться с клиникой сифилиса полости рта.

О ПРЕДЕЛАХ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЛЕГОЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ *).

Д-р М. Н. КАРНАУХОВ.

(Из Свердловского Показательного Тубдиспансера).

При решении вопроса о трудоспособности туберкулезного больного и о профессиональном прогнозе, фтизиатр поставлен в исключительно тяжелые условия. Во-первых, распознавание всех клинических форм туберкулеза, от элементарных до сложных, требует длительного наблюдения и особого таланта к индивидуальному подходу, так как на ряду с легко доступными быстрому распознаванию случаями мы сталкиваемся с формами, буквально ускользающими от диагностического и лабораторного арсенала. Во-вторых, при изучении течения туберкулеза врачу приходится учитывать не только эндогенные, но и экзогенные факторы, когда на сцену выступает сложное взаимодействие защитных сил организма, неорганической природы и социальной среды. Наконец, в-третьих, по вопросу влияния на туберкулезный процесс труда вообще и промышленного в частности имеются серьезные теоретические разногласия, а систематического изучения данной проблемы почти не ведется.

После всестороннего изучения в течение года всего вопроса о профессиональном прогнозе Совещательный Комитет Американской Национальной Ассоциации борьбы с туберкулезом отказался от составления списка подходящих и неподходящих профессий для туберкулезных больных и рекомендовал вопрос о подходящей работе для туберкулезного больного решать «в каждом отдельном случае индивидуально, учитывая все необходимые условия и особенности данного случая как со стороны самого больного, так и со стороны намечаемой работы» (Введенская).

Те немногочисленные русские работы о туберкулезе и труде, которые появились в «Вопросах Туберкулеза», также не претендуют на законченные выводы. Отсюда крайний субъективизм практического врача в решении этих вопросов, привычка полагаться на свое искусство и личный опыт.

Но если при современном состоянии знания безнадежно ждать строго очерченную схему для определения временной или постоянной утраты трудоспособности при легочном туберкулезе, или научно обоснованного заключения о подходящей для туберкулезного больного профессии, то отнюдь не исключается возможность договориться об основных прин-

*) Должно на Областном совещании страховых врачей.

Примечание редакции. Указатель литературы к статье проф. Розентул М. А., приложенный к статье, редакцией не помещен за недостатком места.

циях подхода к решению данных вопросов. В классификации II тбк с'езда мы находим ключ к этому подходу. Мы имеем в виду учение о компенсации, так как в понятие о компенсации входит и наше представление о сохранении общей, профессиональной и зачастую специальной трудоспособности. К сожалению, и здесь мы не имеем единой точки зрения, и то, что признается одним, встречает возражения другого.

Покойный проф. А. Я. Щернберг так определял компенсированный процесс: «больной имеет № 10, хороший аппетит, устойчивый вес и сохраняет в о л д е (курсив М. К.) работоспособность, т. е. представляется к л и н и ч е с к и з д о р о в ы м (курсив М. К.). В то-же время по Лапшину при компенсированном процессе мы имеем дело исключительно с к л и н и ч е с к и б о л ь н ы м (курсив М. К.) «Если-же активного туберкулеза нет, пишет проф. Лапшин, то мы и не можем говорить о компенсации, ибо нечего уравнивать, компенсировать. Симптом-ми-же активного процесса является: слабость, поты, ознобы, хронические дефекты желудочно-кишечного тракта, 10, хотя-бы даже и постоянная, и если больной, имея все или часть этих симптомов, тем не менее о с т а е т с я р а б о т о с п о с о б н ы м (курсив М. К.) и не теряет веса, то, следовательно, он хорошо компенсирует свой процесс».

У Карпиловского мы находим как-бы попытку примирения этих диаметрально противоположных мнений. Он дает следующую формулировку: «к л и т е р е А следует относить лишь больных с некоторой, хотя-бы и небольшой, больше того, хотя-бы угрожающей, возможностью птери трудоспособности поскольку а к т и в н ы й (курсив М. К.) туберкулезный процесс, совершенно не отражающийся на трудоспособности человека, есть *contradictio in adiecto*». Иллюстрируя свою мысль примерами из практики, Карпиловский приходит к выводу, что сохранение профессиональной трудоспособности даже и при утрате специальной, е с т ь c o n d i t i o s i n e q u a n o n д л я о п р е д е л е н и я к о м п е н с а ц и и.

По нашему мнению, основной задачей межс'ездной классификационной комиссии является уточнение понятия компенсации.

Прежде всего, необходимо провести ясную демаркационную линию между активным, ин'активным туберкулезом и после-туберкулезными изменениями, т. е. на ряду с клинически выраженными случаями легочного туберкулеза А, В и С, активными формами внелегочного R₂, острыми формами и, где вообще идет речь о «клинически больных»; необходимо обозначать латентные формы «клинически здоровые» и, наконец, случаи «практически здоровые». Таким образом, группа А, вызывающая больше всего споров, будет обозначением активного и только активного туберкулеза, имеющего определенный синдром, способность затихать или прогрессировать. Затихшие формы давностью не свыше 1—2-х лет от последних активных явлений должны быть отнесены к ин'активному туберкулезу, но отнюдь не к А и не к практически здоровым.

На разборе следующего случая удобнее проследить наш подход.

Мартеновский рабочий П. А. Ш., 26 лет, встал на учет Свердловского показательного тубдиспансера в 1923 г. по поводу открытого субкомпенсированного туберкулеза II В (ВК). При наблюдении выяснилась утрата специальной трудоспособности и ВКК, не имея возможности предоставить подходящую работу, направила гр. Ш. на ВЭК, которой он и был переведен на временную (испытание через 1 год) инвалидность. Гр. Ш. аккуратно лечился в диспансере, где ему применяли alt - tuberculin, был в санатории и через 1½ года вернулся на свое производство, но к более легкому труду. Восстановив профессиональную трудоспособность примерно к 1925 г., гр. Ш. продолжал выделять ВК с мокротой, имея относительно устойчивый вес, температура повышалась до 37,2—37,3 исключительно после физических напряжений, были и другие проявления активного, но хорошо компенсированного туберкулеза. С диагнозом II А (ВК) он с небольшими перерывами посещал диетологую и ночную санаторию в 1925-26 г. г. К началу 1927 г. у гр. Ш. затихли катарральные явления, исчезли палочки в мокроте, больной ни на что не жаловался, температура до и после работы оставалась в пределах от 36° до 37°, физически окреп (suscitata), прибав в весе на 10 К, производство оставил для общественной работы, которую и выполняет до сих пор на все 100 проц.

Материальное и общее социально-гигиеническое положение значительно улучшилось (перемена профессии и квартиры). Весной 1927 г. гр. Ш. потерял 13-месячного сына от туберкулезного менингита. Очевидно, что состояние клинического здоровья в течение года не даст нам права рассматривать данный случай под рубрикой «практического здоровья» (учтите смерть ребенка), но и компенсировать при этой форме нечего, так как нет проявлений активного туберкулеза. Иными словами, гр. Ш. вполне подходит для контрольной диспансерной группы наряду с контактами и подозрительными по туберкулезу и символ его туберкулезного состояния должен быть выражен, как II L (BK abs).

При определении утраты трудоспособности помимо функционального диагноза, отражающего динамику процесса, нельзя забывать и патоморфологические изменения—статiku процесса. Подкупающее своей ясностью учение о компенсации зачастую приводит практического врача к недооценке статической стороны. Конечно, повседневный опыт учит нас, что иногда больной с ПЛ сохраняет специальную трудоспособность. Под наблюдением Свердловского тубдиспансера состоит один хирург М с перемежающимся ВК, у которого под правой ключицей значительная каверна, но наличие полости в легком не мешает ему производить ежедневно по 5—6 больших операций. И, обратно, известны случаи с ИС, когда больной нуждается в постороннем уходе, т. е. по Вигдорчику утратил общую трудоспособность. С другой стороны, разве повседневный опыт не учит нас, что далеко зашедшие процессы, даже затихающие или загложшие, в силу пневмосклеротических или адгезивных процессов с плевры, вызывают смещение внутренних органов, понижают работоспособность и делают такого «практически здорового» инвалидом. По И. Г. Габриловичу излеченный ulceros'ный процесс сохраняет для больного относительную трудоспособность не свыше 35 проц. Способность туберкулезного процесса эволюционизировать и в сторону улучшения, и в сторону ухудшения несомненно стоит в зависимости и от экстенсивности процесса. Так, например, наблюдение за отдаленными результатами над 50.000 больных в германских санаториях показали, что восстановление трудоспособности на более или менее длительный период возможно, главным образом, у больных I стадии и лишь у небольшой группы II стадии (Капман). По данным Блюменталь в Kelling sanatorium (Англия) в ранней стадии частота работоспособности оказалась сохраненной у 59,8 проц., а при более распространенном легочном процессе лишь у 19,2 проц. Примерно к этим же выводам об отдаленных результатах в зависимости от экстенсивности процесса пришел и проф. Воробьев. У Карпиловского по этому поводу мы нашли интересную с диалектической точки зрения мысль: «Это различие между моментом экстенсивности и интенсивности процесса не абсолютное, конечно. И здесь количество переходит в качество, и очень большой анатомический процесс не может не быть интенсивным». Но тогда, по словам автора, это найдет себе выражение при определении момента компенсации.

Расхождения и путаница в понятиях и оценке трудоспособности при легочном туберкулезе имеют свои глубокие корни в дуалистическом взгляде на патоморфологию туберкулеза. Сказав, что мы имеем дело с продуктивным или фиброзным туберкулезом мы не всегда скажем, что мы имеем дело с доброкачественной формой. И, наоборот, экссудативный туберкулез не всегда злокачественный туберкулез. Мой учитель И. Г. Габрилович, создатель первой русской качественно-анатомической классификации легочного туберкулеза, еще в 90-х г. г. привел целый ряд доказательств острого злокачественного течения для так называемых доброкачественных «катарральных форм» и острого течения фиброзных. Он даже выделил эти острые формы под именем Peribronchitica и Pneumonica в отличие от миллиарной и ulcerозной или Florida.

При решении вопроса об утрате трудоспособности врач обязан ставить вопрос: утрачена ли больным общая, профессиональная, или только специальная трудоспособность. В такой постановке вопроса все врачи и комиссии, имеющие дело с туберкулезным больным, должны учитывать не только состояние его здоровья, качественно-анатомический диагноз, распространение процесса, степень иммуно-биологической защиты, но и специфические профвредности, которые сами по себе способны парализовать весь компенсаторный аппарат больного. Но здесь встают новые трудности.

«Многочисленные обследования последнего десятилетия, по словам Введенской, пытавшиеся установить особенно вредные для туберкулезного больного профессии, не пришли к определенному заключению». Установлены лишь общие положения о недопустимости для туберкулезных больных подземных работ, пребывания в особо пыльных (неорганическая пыль) производствах, в местах выделения вредных газов и паров и в тех профессиях, где требуется усиленное физическое, умственное или нервное напряжение. Отсюда ясно, что профориентация и профпрогноз не менее, если не более сложная проблема, чем вообще прогноз при легочном туберкулезе. В материалах Свердловского показательного тубдиспансера мы находим по этому поводу следующие поучительные данные. Кузнец Б., не имея возможности оставить свое дело, погиб, несмотря на успешно начатое лечение односторонним искусственным пневмотораксом, а рассыльная К. сохраняет свою специальную трудоспособность за все время наложения двухстороннего искусственного пневмоторакса.

Но во всяком случае взгляд на необходимость полного покоя при легочном туберкулезе претерпел резкие изменения. В настоящее время диспансерному врачу более чем кому-либо понятно утверждение Lawton and Brown'a; «упражнение при лечении туберкулеза также важно, как и покой, но гораздо более опасно». Все сторонники трудовой терапии при лечении туберкулеза приходят к единодушному выводу, что благосостояние органов, в том числе и легких, зависит от оптимума функциональной нагрузки, и что поэтому недогрузка органа может так же вредно на нем отразиться, как и перегрузка (Воробьев, Гольдцингер и др.).

Пути к изучению этой проблемы лежат либо через дорогие стоящие и длительные экспериментальные исследования, либо через изучение диспансерных контингентов в их естественных бытовых и трудовых условиях. По нашему убеждению разработка диспансерных историй болезней на бацилловыделителей прольет больше света на этот запутанный и сложный вопрос, чем самый сложный эксперимент. Основанием для данного вывода служат во 1-х, достоверность диагноза (палочки в мокроте), во 2-х, длительное, систематическое наблюдение за больными в условиях их повседневной жизни и труда и, в 3-х, проводя специальную терапию, бацилловыделители часто подвергаются стационарному или полустационарному клиническому исследованию (диагностическое отделение, ночной санаторий и т. п.), что, безусловно, повышает квалификацию заключения о работоспособности.

Из всех ВК выделителей, состоящих под наблюдением Свердловского Показательного Тубдиспансера с 1923 г. по 1-й—1928 г., нами разработано 450 случаев.

В разработку не вошли истории болезни на ВК, переланные в 1927 г. диспансеру № 2 и не вошли случаи ВК у детей. По полу ВК распределяются следующим образом: мужчины 284—63,1 проц., женщины 166—36,9 проц.. По возрасту: от 16 до 20 лет 31—6,8 проц., от 21 до 30 лет 204—45,3 проц., от 31 до 40 лет 140—31,1 проц. и от 41 и свыше 75 лет 16,8 проц. По социальному составу на актированных застрахованных 65,3 проц.; из них рабочих 146 чел.—32,5 проц. и служащих 148 чел.—32,8 проц.; на долю прочих 156 чел.—34,7 проц. За весь период

наблюдения (с 1923 г. по 1-І—28 г.) из 450 чел. умерло 121 чел. Мужчин умерло 76—62,8 % и женщин 45—37 2 %.

Нижеприводимая таблица иллюстрирует заболеваемость и смертность по различным социальным группировкам:

Род занятий	Состояло на диспан. учете ВК	% к общему количеству зарегистрирован. ВК	Из них умерло	% к общему числу умерших ВК
Домашние хозяйки	59	13,11	14	11,57
Учащиеся	31	6,88	12	9,92
Канцелярский труд	99	22,0	30	24,80
Обществен. безопасн.	16	3,55	1	0,82
Снабжение	7	1,55	1	0,82
Обраб. вкус. и пищев. продуктов.	7	1,55	3	2,48
Графическ. производ.	10	2,22	6	4,96
Химическое производство	1	0,2	—	—
Обработка кожи	4	0,9	2	1,65
Рабпрос	6	1,33	1	0,82
Медработники	10	2,22	—	—
Обработка волокнист. веществ	30	6,66	11	9,1
Обработка дерева	11	2,44	1	0,82
Пронзв. и передача электро-энергии	8	1,77	4	3,31
Художеств. деятельн.	1	0,2	—	—
Строительн. деятельн.	2	0,5	1	0,82
Лесное хозяйство и земледелие	2	0,5	—	—
Обработка металлов	19	4,22	6	4,96
С в я з ь	29	6,44	6	4,96
Передвижение	4	0,9	3	2,48
Сбработка минералов	1	0,2	—	—
Социальное обеспечение	19	4,22	9	7,44
Неопред. профессии и безработн.	74	16,44	10	8,27
Всего	450	100	121	100

Среди изученных нами ВК исключительное место занимают две группы; канцелярский труд и сборная группа, куда у нас вошли безработные и неопределившие свою профессию. За 5 лет своей работы диспансер близок к 100 проц.

охвату ВК своего района, а поэтому мы в праве сделать кое-какие выводы и из вашего регистрационного материала. Так, например, мы не видим противоречия с вышеизложенной гипотезой об оптимальном функциональном нагрузке и высокими показателями заболеваемости и смертности у канцеляристов и среди безработных, чернорабочих и т. п. (сборная группа). Канцелярский труд ведет к крайне поверхностному дыханию из-за сидячего положения тела при работе и отсутствия мышечных упражнений. В так называемой сборной группе мы имеем дело с самым неприкрашенным гиперхизмом, который ютится в «вахловках», задыхаясь в гробовой кубатуре землянок, не доедая, и либо хронически переутомляет себя на тяжелой работе, либо (безработные) в силу тех-же тяжелых жизненных условий лишены свободы движения и труда. Влияние специфических профвредностей у нас отчетливо заметно только при обработке волокнистых веществ. Текстильщики дали и регистрационную заболеваемость (6,6 проц.) и смертность (9,1 проц.) большую, чем группа социального обеспечения (инвалиды).

По отношению к жизнеустойчивости вообще и к трудовой устойчивости в частности мы получили весьма любопытные данные. При вычислении средней продолжительности жизни туберкулезного мы пользовались двумя методами: 1) Детвейлера, рекомендовавшего вычислять продолжительность жизни туберкулезного больного с момента обнаружения заболевания самим больным и 2) способом Шебшаевича, который исчисляет жизнь с момента обнаружения ВК в мокроте. Во избежание недоразумения 2-й способ мы в дальнейшем будем обозначать словом бацилловыделение, а первый — средней продолжительности жизни туберкулезного. Если отбросить единичные случаи, то наименьшая продолжительность жизни обнаружена у рабочих, имеющих дело со свинцом — 2,5 года и наименьшее бацилловыделение 8,6 мес., тогда как для всей группы графических производств продолжительность бацилловыделения равна 11,3 мес. и продолжительность жизни 3 года. Для всех рабочих волокнистых веществ продолжительность жизни 3 года 1 мес. и бацилловыделения 10,5 мес., а из них при особо пыльных профессиях продолжительность жизни 2 г. 8 м. и бацилловыделение 8 мес. Особо выделившиеся у нас по заболеваемости и смертности канцеляристы дали наибольшую жизнеустойчивость: продолжительность жизни 4 г. 9 м., бацилловыделение 16,6 мес., за ними идут рабочие по производству и передаче электроэнергии: средняя продолжительность жизни 4 г., а бацилловыделение 23,3 мес. Домохозяйки и сборная группа дали показатели несколько ниже средних для всех групп. Предполагая дать общую статью о жизнеустойчивости туберкулезных больных, мы ограничимся этими данными и перейдем к вопросу о времени и характере сохранения трудоспособности туберкулезными больными.

При определении утраты трудоспособности непосредственно нами были изучены 229 больных с ВК, состоявшие на учете тубдиспансера к 1-1—28 г. Из них все виды трудоспособности сохранены лишь у 40 больных, что составит 17,1 %. Более или менее стойко понижена профессиональная или специальная трудоспособность у 28 или 12,2 проц., утрачена у 26 — 11,3 проц. В 135 случаях, или в 59,4 проц. от выяснения трудоспособности пришлось пока отказаться, так как речь идет о домохозяйках, безработных и о деклассированных группах. Во всяком случае эти группы в массе своей сохранили общую трудоспособность (самообслуживание). Безоговорочное признание трудоспособности среди ВК лишь в 17,1 проц. говорит об исключительной неустойчивости ВК к промышленному труду. По роду занятий из 40 чел., сохранивших трудоспособность, — первое место занимают канцеляристы — 13 случаев, т. е. 32,5 проц., затем связь 7 случаев — 17,5 проц. и наименьшее — заняли печатники 2 случая (5 проц.). Среди утративших трудоспособность рекордное место заняли рабочие по обработке кожи и волокнистых веществ.

Мерилом определения трудоспособности при открытом легочном туберкулезе нам служило хорошее самочувствие больных, положительная

весовая реакция, отсутствие резких температурных реакций, значительных отклонений от индивидуальных пределов реакции осаднения эритроцитов, стационарность или склонность к затиханию местных легочных явлений и в некоторых случаях контроль с антигеном, глобулиновая проба, Рентген и т. п. В частности, у кавцеляристов при формах А, несмотря на режим активной жизни, мы имели явления стойкой компенсации, а у рабочих ту степень компенсации, которую некоторые определяют, как первую степень субкомпенсации В₁, а некоторые как переходную ступень от В к А, изображая символ В-А. Наши наблюдения можно свести к следующей, конечно, весьма далекой от совершенства схеме. Прежде всего следует отметить, что при распределении больных по диагнозам пришлось отбросить карточки на больных, утративших связь с диспансером после 1—3 посещений. Таких больных было сто, и вот почему в дальнейшем мы будем говорить о 350 случаях; в том числе 229 больных были подвергнуты специальным исследованиям во вспомогательных учреждениях тубдиспансера.

Из 350 случаев ВК на компенсированный легочный туберкулез (А—I—II—III) приходится 23, т. е. всего 6,4 проц. Имея все или часть симптомов активного туберкулеза, эта группа обычно сохраняет профессиональную, а для кавцелярского и кабинетного труда специальную трудоспособность. Обычно компенсированные формы состоят под амбулаторным наблюдением, но ВК-выделители нуждаются в лечении и обнаруживают неустойчивость к промышленному труду. Наличие каверны и палочек в мокроте отличается особой склонностью к обострениям и переходу к субкомпенсации. Все случаи III А в нашем материале утратили специальную трудоспособность и сохраняли профессиональную лишь в том случае, если получали профилактические отпуска и санаторную помощь. Ясно, что по соображениям эпидемиологического характера ВК—выделителям не место в детучреждениях, в пище-вкусовой промышленности и в торговле, имеющей дело с продуктами питания. К компенсированной группе мы относим все случаи подострого течения железисто-плеврального туберкулеза без значительного упадка питания, хотя субфебрильная температура является неизбежным спутником этих форм туберкулеза.

Особого внимания заслуживает субкомпенсация легочного туберкулеза. У нас среди ВК наибольшая группа (В—I—II—III) 261 случай или 74,5%. Больного формой «В» проф. Штернберг характеризовал, как человека недомагающего, с пониженной трудоспособностью. По Карпиловскому при субкомпенсации лишь общая трудоспособность налично, а профессиональная и специальная трудоспособность отсутствует. Очевидно, и здесь истина лежит в индивидуальном подходе в зависимости от состояния компенсаторного аппарата, степени распространения и, особенно, от детальной профессии. Десятки и сотни советских служащих, профессиональных и партийных работников исполняют свою работу при I и даже II В без заметного ущерба для организма, тогда как молотобоец, текстильщик, наборщик и др. лишены этой возможности. При распространенном или прогрессирующем процессе, особенно у ВК-выделителей к определению трудоспособности надо подходить с сугубой осторожностью, ибо здесь зачастую больные стоят на грани декомпенсации. II—III В должны составить главную массу санаторного контингента и больных санаториев с продолжительным, не менее 3-х месяцев, стационарным лечением. В случае проведения специального лечения в диспансерах (иск. пневмоторакс, туберкулин и др.) эта группа также должна получить одновременный длительный отпуск. Мы сознательно подчеркиваем длительность одновременного отпуска не менее 3-х месяцев, так как меньший срок экономически не выгоден, ибо недолеченный больной даст частые ре-

цидивы. При определении срока мы учли не только личный опыт, но и практику Запада, указания авторитетных отечественных клиницистов и, наконец, уральские данные о среднем отпуске по временной потере трудоспособности при туберкулезе. Еще III Всесоюзный Съезд по борьбе с туберкулезом рекомендовал помещать субкомпенсированные формы в местные санатории на срок не менее 4 мес. По данным Bradford Poor Low Sanatorium'a степень продления работоспособности не только зависит от тяжести заболевания, но она прямо пропорциональна сроку лечения (Блюменталь). По нашим наблюдениям при пневмотерапии лишь в начале 4-го месяца лечения мокрота оказывалась стерильной в отношении ВК. К этому же времени отчетливо сглаживаются явления туберкулезной токсемии, и восстанавливается трудоспособность. Мы никогда не раскаивались, разрешая таким больным приступить к физическому труду на 4—5 месяце лечения, но потеряли 2-х больных, которые из-за боязни лишиться места рано приступили к работе: первый на втором месяце и 2-й на третьем месяце. По данным Уралстрахкассы за 25—26 г. г. бугорчатка легких в среднем годовом выводе дала 4,4 случая на 100 застрахованных и 147,7 дней болезни. Свыше 4-х недель получили освобождение мужчины в 43,7 проц., а женщины — в 38,7 проц.

Значительно проще признать туберкулезного больного временно нетрудоспособным при декомпенсированном процессе. При «С», как и при генерализованных и острых формах, все явления туберкулезной токсемии ярко выражены, и утрата профессиональной, а иногда и общей трудоспособности ни у кого не вызывает сомнения. Больной «С» это прежде всего колючий больной, и его необходимо поместить в больницу, санаторий или патронат в зависимости от прогноза. Но и при «С» врач или ВЭК не должны спешить с заключением об инвалидности. Иногда в результате коллапсостерии и при «С» наблюдалось восстановление профтрудоспособности не только у работников пера, но и у работников молотка.

Мы отнюдь не сторонники схематического разрешения вопроса о сроках лечения и механического перевода в инвалидность, когда срок этот истек. Но, если больной по истечении минимум 5—6 мес. систематически и особенно стационарно пользовался специальным лечением профтрудоспособность у него не восстановилась, тогда вообще нечего думать об его пригодности к промышленному труду. Полугодовой срок лечения, как нечто среднее, вошел очевидно в европейскую и американскую практику.

«Так в Англии и Германии всякий туберкулезный больной 26 недель обеспечивается, как временно утративший трудоспособность; спустя этот срок, больной переводится в разряд инвалидов и обеспечивается более низкими пенсионными ставками по инвалидности». (Капман). «В Америке средний срок пребывания больного в военных госпиталях — от 0,5 до 1 года, в гражданских санаториях от 5 до 6 месяцев». (Вейенская).

Отступление от средних сроков лечения неминуемо ставит под сомнение прочность достигнутых результатов со всеми вытекающими экономическими и клиническими последствиями. Вот почему мы не можем не отнестись критически к 4—6 недельному пребыванию туберкулезных больных в санаториях Уралстрахкассы. К сожалению, по данным Уралстрахкассы в сезон 25—26 г. г. 4—6 недельный срок был зимой для 80,6 проц. больных, а летом — для 89,9 проц.

ВЫВОДЫ.

1. Туберкулез при своей распространенности, длительности течения и многообразии клинических форм представляет серьезную угрозу делу социального страхования, тем более, что научно-достоверного метода определения профпрогноза и перечня подходящих профессий не существует.

2. Определение профессиональной и специальной трудоспособности требует от врача точного диагноза с одной стороны, сугубо индивидуального подхода и практического знакомства с детальными профессиями с другой.

3. Дневные или ночные санатории, а равно открытые площадки при тубдиспансерах, не отрывая больного от обычных условий труда, могут служить прекрасной экспериментальной лабораторией определения трудоспособности.

4. Пользование классификацией второго тубс'езда лишь отчасти облегчает задачу определения трудоспособности. Чтобы окончательно стать рабочей гипотезой, классификация должна быть дополнена внелегочными и острыми формами и такой объяснительной запиской, где понятие о компенсации и о практическом здоровье получит дальнейшее уточнение и унификацию.

5. Компенсированные формы туберкулеза, активно-железистые и железисто-плевральные без упадка питания, как правило, нуждаются лишь в диспансерном контроле, потому что не понижают трудоспособности. При III А, а равно и у ВК выделителей профтрудоспособность зачастую понижена, и они требуют уже не контроля, а лечения вплоть до санаторного.

6. Суб-и декомпенсированные больные II и III стадией и при остром или подостром генерализованном туберкулезе R₂ получают одновременный отпуск для специального лечения на срок не менее 3-х месяцев. Эти формы подлежат коечному лечению.

7. При декомпенсации уже в I стадии трудоспособность понижена или отсутствует, а при субкомпенсации в условиях легкой профессии больные могут быть допущены к работе, но при условии лечения их во вспомогательных учреждениях диспансера.

8. Вопросы инвалидности при легочном туберкулезе решаются соответствующими комиссиями по истечении 5—6 мес., когда были исчерпаны все возможные виды специального лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

Кацман—Установление временной и постоянной нетрудоспособности у туберкулезных больных. В. Т. 1923 г. Т. I, кн. 2. Гольдштер. Принцип дозировки физического труда при легочном туберкулезе. Там-же. Шифман—Кого мы обслуживаем и кого мы должны обслуживать в диспансере. В. Т. 1924. Т. III, № 3—4. Введенская.—К вопросу о восстановлении трудоспособности туберкулезных больных. В. Т. 1925. Т. III, № 3. Шернберг А. Я.—О классификации хронического легочного туберкулеза. В. Т. 1925. Т. III, кн. 4.

Введенская.—Работа туберкулезного больного во время лечения и после него. В. Т. 1925. Т. III, № 6. Шебляевич.—Бацилловыделение. В. Т. 1926. Т. IV л. № 3. Введенская.—Роль санаториев в восстановлении трудоспособности туберкулезных больных. В. Т. 1927 г. Т. V, № 3. Хольцман.—Туберкулез и труд. В. Т. 1928. Т. VI, № 1. Ляхович.—Железисто-плевральные формы туберкулеза у взрослых и формы раннего инфильтрата. В. Т. 1928. Т. VI, № 3. Блюменталь.—Борьба с туберкулезом в различных государствах. 1914. Каршиловский.—Очерки по классификации туберкулеза легких. 1923 г. Ланшин.—Плевра и бугорчатка легких. 1923. Broining Ansteking mit Tuberkulose und ihre verhüttung. Труды 1-го Московского Тубинститута (Ланшин и др.).

ПРЕДЕЛЫ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ *).

М. М. ВИЛЕНСКИЙ.

(Свердловский Показательный Тубдиспансер).

Вопрос о субстрате рентгеновской картины, вопрос о пределах того, что может дать рентгеновская методика при туберкулезе легких, — трактуется многими авторами весьма различно. Мы имеем здесь целую гамму взглядов—от крайне «оптимистических» до крайне «нигилистических». На одном полюсе этих взглядов мы встречаем мнение Graff'a, определяющего использование рентгенодиагностики, как «аутопсию in vivo», или же с аналогичным взглядом Гассуля, который утверждает, что рентгеновская пластинка при жизни может дать картину патолого-анатомических изменений, обычно устанавливаемых только на вскрытии. На противоположном полюсе встречаемся с полным «нигилизмом» по отношению к рентгеновской методике—отрицанием за последней диагностического значения при туберкулезе легких. Среди стоящих на этом полюсе мы встречаем, главным образом, клиницистов-педиатров (Pfaundler, Engel). Так, например, Pfaundler говорит, что лишь те являются восторженными поклонниками рентгеновской методики, которые никогда не имели возможности контролировать данные рентгена последующими вскрытиями. Между двумя этими крайними взглядами имеется целый ряд переходов. Интересно отметить, что в последнее время и целый ряд рентгенологов весьма сдержанно оценивает значение рентгена при диагностике туберкулеза легких (Haudeck, Cohn, Прозоров, Рейнберг).

Haudeck свою работу о типах рентгеновских картин при легочном туберкулезе начинает с того, что рентгеновское исследование легочного туберкулеза вообще является пасынком в рентгенодиагностике, «так как здесь, говорит он, нам, рентгенологам, не приходится стяжать себе диагностические лавры». Прозоров говорит, что «в ряду всех исследований при легочном туберкулезе рентгеновский метод стоит далеко не на первом месте клинического исследования, составляя лишь одно из звеньев диагностической работы». «Нужно постоянно помнить, говорит рентгенолог Cohn, что рентгеновское изображение является лишь одним вспомогательным методом, требующим комбинирования с другими клиническими методами исследования». Grau отводит рентгеновскому исследованию второе место, наряду с другими клиническими методами. «Рентгеновская методика при туберкулезе легких не должна вырождаться в «сверх-диагностику», говорит Nicoll. Рейнберг считает, что рентгенодиагностика служит проводником новых представлений в клинику, но тут же он говорит, что при устанавливающей диагностике туберкулеза легких рентгенологическое исследование не должно конкурировать с клиническими методами, а служить звеном в общей цепи факторов, ведущих к распознаванию заболевания. «В настоящее время, говорит Kluge, мы не располагаем ни одним более верным средством для подкрепления и дополнения клинического диагноза, чем рентген». «Никогда, говорит Haeger, рентгеновское исследование при туберкулезе легких не сумеет заменить или вытеснить аускультацию, но в весьма многих случаях оно значительно превосходит перкуссию».

*) Доклад, прочитанный в Уральском Медицинском Обществе 10-I 1928 г.

Постараемся же теперь проследить взгляды современных авторов на значение рентгеновской методики при диагностике различных форм, стадий и фаз легочного туберкулеза. В начале рентгенологической эры рентгену придавалось чрезвычайно большое значение при диагностике ранних форм легочного туберкулеза. Долгое время большое значение придавалось ослаблению просвечиваемости верхушек легких. Еще в настоящее время используется, так наз. симптом Kreuzfuchs'a — понижение прозрачности верхушек, не расправляющихся при кашле (обычно обозначаемые К—, К+). Далее долгое время значение придавалось симптому Williams'a — отставанию диафрагмы на пораженной стороне. В последнее время популярностью начинают пользоваться симптомы Assmann'a и Grau, обычно объединяемые Assman-Grau — мутность подключичных пространств, особенно под грудными концами, и таяжи, исходящие из хилуса, окутываемые облачностью.

Что касается симптома Kreuzfuchs'a, то он почти всеми авторами считается ненадежным. Лишь один Blümel склонен придавать ему дифференциально-диагностическое значение. Что же касается симптома Williams'a, то он еще в большей мере признается неточным, так как само теоретическое обоснование его — отставание диафрагмы, вследствие угнетения туберкулезным процессом верхушки *pervi phrenici*, оказалось неправильным. Более вероятным некоторые авторы считают симптомы Grau и Assmann'a в виду встречающегося параллелизма между клиникой и этими симптомами. Однако, большинство современных авторов считает рентгенологическую диагностику начального туберкулеза мало надежной и в общем отстающей от других методов исследования. «Наиболее трудна рентгенодиагностика начального туберкулеза», — говорит Плетнев. «При ранних стадиях туберкулеза клинические данные имеют преобладающее значение», — говорит Рейнберг, «и вообще, заявляет остроумно этот автор на II Всесоюзном Съезде рентгенологов, «писать в заключениях «мутные» или «завуалированные верхушки» — значит «мутить и вуалировать диагностику». Sohn говорит, что «часто клиницист диагностирует катарр верхушек с соответственными субъективными и объективными симптомами в то время, как на рентгенограмме нельзя еще обнаружить никаких отклонений от нормы, и отрицательные данные рентгеновского исследования еще не заключают в себе ничего доказательного». «При начальных формах туберкулеза на первом плане выступают катарральные явления, не находящие себе выражения на снимке», говорит Штернберг.

Но если большинство авторов придает небольшое значение рентгеновской методике при ранней диагностике легочного туберкулеза в типичных случаях, то все больше раздаются голоса в пользу значительной диагностической роли рентгена при ранней диагностике форм легочного туберкулеза с начальной атипической локализацией. Известна недавно появившаяся работа Assmann'a о подключичных инфильтрациях легкого. Первые проявления туберкулезного заболевания при этой форме, — это по Assmann'у ограниченные очаговые тени треугольной формы под ключицей.

В последнее время среди ранних форм легочного туберкулеза с нетипическим началом стали выделять формы, характеризующиеся, как прихлестный туберкулез и как туберкулез среднего поля (Alexander-Beckmann). При последней форме рентгеновское исследование может иметь преимущество перед физическими методами, так как изменения в ткани легких при этом расположены центрально и могут быть недоступны физическим методам исследования. Можно ли рентгенологически установить уже более или

менее выраженный туберкулез?—На этот вопрос большинство авторов отвечает в большей мере утвердительно, чем по отношению к начальному и верхушечному туберкулезу. Все авторы сходятся на том, что если болезнь захватила различные участки легкого, рентгенологически это отразится чередованием теней и воздушных участков. Название, даваемое подобной картине большинством авторов, «мраморность». Штернберг считает неудачным и предлагает заменить его обозначением «туманная пятнистость». Ряд авторов, однако, указывают, что и эта более или менее определенная рентгенологическая картина может значительно запаздывать по отношению к клинической картине. «Проявление туберкулеза, сопровождающегося выраженными клиническими явлениями, может еще ускользнуть как от экрана, так и пластишки», говорит Haudeck. Далее указывается (Cohn), что значительные части нижних отделов легких вообще ускользают от рентгенологического исследования. Особенно это будет у субъектов с астенической грудной клеткой.

Яснее и отчетливее, по данным всех авторов, будет картина при резко выраженных изменениях в легких. Все авторы сходятся на том, что определение локализации процесса при туберкулезе является сильной стороной и преимуществом рентгена. Так, Strümpell говорит, что «рассеянные туберкулезные очаги часто распознаются только рентгеновским исследованием, тогда как другие способы не дают никаких результатов». Stähelin говорит, что при узловых и циррозных формах часто бывают видны патологические теневые пятна или тяжи в таких участках легких, в которых ни постукиванием, ни выслушиванием нельзя определить никаких изменений. Эта сильная сторона рентгена может, как увидим ниже, превратиться в источник ошибок, если доверчиво пользоваться только рентгеном без должного учета клинических данных.

Чрезвычайно спорным является вопрос о типах рентгеновских картин при туберкулезе легких, о возможности по рентгену диагностировать качественно-анатомический характер туберкулезного поражения. Как известно, со времен Вирхова мы имеем дуалистический подход к легочному туберкулезу: деление всех форм на продуктивные и экссудативные. Это деление, как известно, было чрезвычайно детально разработано патолого-анатомически Ашофом и его школой и даже легло в основу ряда клинических схем и классификаций (Backmeister, Nicoll и др.). Однако проводить клинически такое резкое принципиальное подразделение качественно-анатомических форм туберкулеза невозможно (несмотря на серьезные попытки, напр. Ulrici), главным образом: 1) из-за отсутствия точных клинических методов, способных дифференцировать эти две анатомические формы легочного туберкулеза и 2) из-за отсутствия чистых форм продуктивного или экссудативного туберкулеза, а наличия громадного количества смешанных переходных форм. Содействовать устранению первой трудности может, по мнению значительной части рентгенологов, рентген. Что же касается второй трудности, то часть рентгенологов, стоящих на платформе Ашофской школы, проводят и рентгенологически такое же резкое принципиальное дуалистическое подразделение, и таким образом и вторая трудность для них отпадает. Проводниками этого дуалистического учета в рентгенологии были Graff и Küpferle, атлас которых — совместный труд рентгенолога и патолого-анатома долгое время пользовался большим авторитетом. Следуя анатомическому делению Ашофской школы, эти авторы рентгенологически до виртуозности проводят деление разных форм туберкулеза. Однако, непризнание в полном объеме Ашофского учения о качественно-анатомических типах легочного туберкулеза не могло не отразиться

и на рентгенологических группировках. Лишь немногие рентгенологи следуют в полном объеме за Gräff и K pferle, Alexander и Beskmann считают, что резкое деление процессов на продуктивные и экссудативные в настоящее время невозможно ни клинически, ни рентгенологически. Сторонником группировки Gr ff-K pferle у нас в России является проф. Плетнев, который считает, что эти авторы внесли порядок в рентгенодиагностику и нашли в рентгеновской картине анатомический субстрат тех изменений, которые происходят в легких при туберкулезе. Близкой к этой является группировка Прозорова, который различает следующие рентгенологические типы: ацинозно-экссудативные, лобулярно-пневмонические, ацинозно-продуктивные и индуративно-цирротические очаги. Harms считает, что качественная диагностика помощью рентгена вместе с клиническим исследованием является наиболее надежным критерием для нашего врачебного суждения и действия. Другие авторы, как, напр., B ttner Wobsten, считают возможным рентгенологически так тщательно дифференцировать отдельные анатомические формы. Assmann совершенно отказывается от возможности строгой и точной рентгенологической характеристики туберкулеза. Рейнберг также предупреждает от того, чтобы не проводить качественную диагностику слишком далеко, но все же он признает, что в типичных случаях качественная рентгенодиагностика очень легка. Sohn не признает деления Gr ff-K pferle. «Мы за этими авторами пока следовать не можем», говорит он. «Бронхопневмонические очаги, отдельно и в группы расположенные бугорки, здоровая воздушная ткань, утолщенная плевра, творожистая инфильтрация — могут все вместе дать равномерную (интенсивную) тень без того, чтобы можно было разложить ее на отдельные анатомические части». Но все же наиболее господствующее мнение отражено Рейнбергом — возможность распознавания в типичных случаях — густые пятна с нерезко ограниченными краями в случаях экссудативного туберкулеза, ограниченные маленькие пятна в случаях продуктивного туберкулеза.

В отношении диагностики каверн все авторы сходятся на преимуществах рентгенологической методики перед другими. По данным Рейнберга в 80 проц. всех случаев рентгенологическая диагностика каверны предшествовала клинической. Последнее обстоятельство Рейнберг объясняет тем, что клинически легко диагностируются каверны при экссудативном туберкулезе, но продуктивные каверны при перкуссии и аускультации являются «немыми» и доступны лишь рентгену.

Что касается рентгенологической диагностики милиарного туберкулеза, то почти все авторы признают здесь приоритет рентгена. Даже скептик в этом вопросе Czerny признает, что милиарный туберкулез легкого мы рентгенологически распознаем в такой стадии, в которой все наши остальные способы исследования еще ничего не дают. Заслугой рентгеновской методики Sohn считает, что она обратила внимание на формы милиарного туберкулеза, протекающие подостро и хронически, формы, бывшие нам до рентгенологической эры неизвестными.

Что касается первичного комплекса, то лишь один Harms считает возможным диагностировать рентгенологически первичный комплекс в свежем состоянии — в виде диффузно облачного затемнения различной величины. Все же другие авторы, считая это крайне заманчивым, полагают, что это рентгенологически не определяется, а на экране или снимке удастся обнаружение обизвестленного первичного комплекса — Гоновского очага. Рейнберг предостерегает от преувеличения клинического значения рентгенологического обнаружения первичного комплекса. По Прозорову обнаружение Гоновского очага дает лишнее основание подозревать у больного

обострение специфического процесса. По данным Рыбака большие, у которых найден старый первичный комплекс, в большинстве случаев обнаруживают благоприятно текущий туберкулез. Wucherpfennig говорит, что первичный комплекс он рентгенологически находил у людей со здоровыми легкими, в то время, как реже всего он находил его при неблагоприятных формах легочного туберкулеза. Необнаружение первичного комплекса в тяжелых формах легочного туберкулеза Graff объясняет вторичной декальцинацией об извествленном очага.

По вопросу об использовании рентгеновской методики для суждения о течении процесса, об обострениях, об активировании процесса и вообще о динамике туберкулезного процесса—все авторы сходятся на том, что это не может быть сильной стороной рентгена. Даже Graff признает, что рентген дает лишь диагноз состояния, но не течения. «Область рентгеновского исследования не динамика, а статика процесса», — так формулирует Штернберг общую многим авторам мысль. Рейнберг говорит, что попытки оценивать активность или высказывать прогностические соображения на основании только рентгена могут только ронять ценность рентгенодиагностики. Обострение течения, усиление токсических явлений не может отражаться рентгенологически. Даже активирование процесса внутри очага не отражается рентгенологически, ибо, как говорит Sohn, рентген отражает распространение процесса в длину, но не в глубину. Лишь окончание процесса, в виде кальцинированных очагов в хилосе или легочных полях, лучше всего устанавливается рентгенологически. «Заключение о тяжести заболевания только на основании рентгена может стать источником самых тяжелых ошибок, ибо интенсивность тени может иногда относиться как к цирротической доброкачественной форме, так и к прогрессирующему туберкулезу», говорит Sohn.

Совершенно единодушны все авторы в признании того, что может дать рентгеновская методика при лечении искусственным пневмотораксом, как до операции, где рентген привлекается для решения вопроса о показаниях и, главным образом, для суждения о возможных механических трудностях и препятствиях при наложении, так и после наложения для проведения динамического контроля — наблюдения за эффектом вмешательства, характером и степенью сдавления легкого, размером газового пузыря, наблюдением за возможными осложнениями, состоянием соседних органов и т. д. Здесь еще важно отметить, что рентгенологическое обнаружение пневмоплевритов удается часто гораздо раньше, чем самыми тщательными клиническими исследованиями.

Переходя теперь к разбору собственного материала, я в полной мере учитываю его неполноценность ввиду того, что располагаю преимущественно рентгеноскопией, а не рентгенографией. Всего мы на материале нашего Свердловского губдиспансера располагаем около четырех тысяч рентгеноскопий грудной клетки. Личный мой анализ вопроса о пределах рентгенодиагностики туберкулеза легких опирается на сопоставление приблизительно двух тысяч историй болезни с одновременными просвечиваниями. Для данной работы я перебрал без всякого выбора 469 историй болезни и пытался сопоставлять данные всех клинических исследований с рентгеноскопией. Оказалось, что в 369 случаях (79 проц.) мы получали соответствие между клиническими и рентгенологическими данными, а в 100 случаях (или 21 проц.) получали полное или частичное несоответствие. Анализируя те и другие случаи, отмечаем, что в группу случаев соответствия между клиникой и рентгеном мы относили все те случаи, где после пред-

варительного исследования анамнеза, перкуссии, аускультации, лабораторных исследований мокроты, крови рентген подтверждал наши предположения о локализованном процессе. Сюда же мы относим все те случаи, где рентген подкреплял или, вернее, оформлял имевшиеся у нас на основании аускультации и наблюдения предположения о качественно-анатомическом характере процесса — преимущественно-продуктивным или преимущественно-экссудативном. В эту же группу мы отнесли и несколько случаев обнаруженных нами атипически начинающихся форм туберкулеза. Сюда же мы, естественно, отнесли все те случаи, где перед наложением искусственного пнеймоторакса рентген подкреплял наши показания к наложению и помогал разрешать наши сомнения относительно технических возможностей: мы могли сюда также отнести и все случаи, где рентген в соответствии с данными исследования и данными манометрических колебаний давал нам возможность суждения о степени сжатия легкого, размеров газового пузыря, смещения сердца, наличия пнеймоплеврита. Наконец, в эту же группу соответствия мы могли отнести и те случаи, где имелись заболевания неспецифического характера, и где рентген облегчил дифференциальную диагностику.

Анализируя нашу группу несоответствия между кликой и рентгеном, мы в 77 проц. всех этих случаев устанавливаем наличие клинических изменений без соответствующего отражения на рентгене, а в 17 проц. этой же группы, наоборот, рентгенологически имелись помутнения, вуали без каких-либо на то клинических оснований; в трех других случаях мы при наличии больших клинических изменений на рентгене имели лишь едва уловимую пятнистость. В двух случаях имеем клинически большие поражения в нижних долях, рентгенологически не отраженные. В эту же группу мы отнесли и все случаи обнаружения каверн, которые физическими методами исследования обнаружены не были. И сюда же могут быть отнесены те наши случаи пнеймоплевритов, которые ни физическими методами исследования, ни чувствительными манометрическими колебаниями обнаружены не были, а лишь рентгеном.

Что касается обнаружения первичного комплекса, Гоновского очага, то на нашем материале мы нашли его приблизительно в 2 проц.; когда же мы перебрали другой наш материал — данные массовых обследований рабочих с предприятий, среди которых, естественно, преобладают клинически и практически здоровые, то рентгенологически Гоновский очаг был у них обнаружен в 8 проц. Последнее обстоятельство заставляет меня присоединиться к мнению тех авторов, которые обнаружение первичного комплекса рентгеном считают признаком затихшего или совершенно заглохшего процесса.

В заключение несколько слов на тему о рентгене на службе диспансерного врача. Ограничимся приведенным двух мнений: мнения рентгенолога Прозорова — «у экрана должен стоять не только «рентгеноскопист» — человек, пересказывающий то, что он видит, но и врач, и именно врач-туберкулезник, знающий как общую клинику туберкулеза, так и патологическую анатомию его» — и мнения клинициста покойного Штернберга — «подобно тому, как врач при постановке диагноза не может всецело полагаться на данные аускультации и перкуссии, добытые другим врачом (при полном доверии к последнему), точно также он должен составить себе самостоятельное суждение о данных рентгенодиагностики». Хочется присоединиться к словам Blumel'я, который говорит: «если не требовать от рентгена больше того, что он способен дать, тогда не придется переживать разоча-

рований». Анализ литературных данных и собственного материала приводит меня к следующим выводам:

1. В сочетании со всеми другими методами клинического исследования рентген имеет большое вспомогательное значение при диагностике легочного туберкулеза.

2. Для диагностики ранних форм легочного туберкулеза рентгеновская методика имеет относительно небольшое значение, уступая в этом отношении методам клинического исследования.

3. Большее значение приобретает рентгеновская методика для диагностирования атипических ранних форм туберкулеза.

4. Из рентгенологических симптомов ранней диагностики легочного туберкулеза наименее надежным является симптом Kreuzfuchs'a, наиболее надежным симптом Assmann-Grau.

5. Рентгеновская методика превосходит клиническую при оценке качественно-анатомического характера туберкулезного процесса. Это обстоятельство придает рентгену значение прогностического фактора *).

6. Для суждения о динамике туберкулеза значение рентгена весьма невелико. Рентгеновская методика может стать источником ошибок, если переоценивается значение локализации процесса и в достаточной мере не учитывается вся клиническая симптоматология.

7. При диагностике каверн рентгеновская методика превосходит и опережает методы физического исследования.

8. Совершенно незаменимым является применение рентгена при проведении лечения искусственным пневмотораксом.

9. Рентгенологическое обнаружение первичного комплекса является в большинстве случаев показателем затихшего или совершенно заглохшего туберкулезного процесса.

10. Вопрос о пределах рентгенодиагностики должен войти в качестве элемента санитарно-просветительной пропаганды.

ЛИТЕРАТУРА:

- Cohn.—Die Lungentuberkulose im Röntgenbilde.
Cohn.—Die Nichttuberkulösen Lungenerkrankungen im Röntgenbilde.
Haudeck.—Die Wichtigsten Typen der Röntgenbilder der Lungentuberkulose.
W. kl. Woch. 926 г., № 50.
Assmann.—Zur Frage der Einteilung der Lungentbk im Röntgenbilde. Z. f. TBK. Bd. 42.
Nicoll.—Diagnostische Irrtümer bei der Lungentbk.
Harms.—Die Entwicklungsstadien der Lungentuberkulose.
Blümel.—Der Röntgenbetrieb der Fürsorgestelle (Handbuch).
Klare.—Röntgendiagnostik der Kindlichen Tuberkulose.
Alexander—Beckman.—Röntgenatlas der Lungentuberkulose.
Peters.—Ошибки рентгенодиагностики тбк. (доклад на с'езде в Кобурге, чит. по В. Т.
Прозоров.—К вопросу о рентгенодиагностике начального и латентного тбк. легких В. Т. 1924 г.

*) Настоящее положение автора является спорным. Кацман и Михайлов на последнем IV Всесоюзном С'езде по борьбе с туберкулезом привел ряд доказательств, по которым рентгеноисследование не может определить, продуктивен или экссудативен каждый отдельный очаг. А Бакмайстер утверждает, что свежие процессы, будь это начинающийся безобидный бронхит, или начальный туберкулез, уже ясно обнаруживающий свой катарральный характер при аускультации, точно также не распознается на снимке, так как уплотнения легочной ткани при этом не имеется.

Редакция.

- Рыбак.—Рентгеноскоп. диагностика первичного фокуса. В. Т. 19.7 г.
Потт.—К вопросу о клиническом значении тени в области корня легкого на рентгенограмме. Кл. Мед. 19.6 г.
Прозоров.—Рентгенодиагностика тбк. легких. Справочник борьбы с тбк. НКЗ.
Плетнев.—Рентгенодиагностика.
Рейнберг.—Современная рентгенодиагностика тбк. легких. Врач. Газета 1925 г.
Штернман.—Методика изучения данных рент., исследований органов дыхания. В. Т. № 1.
Гассуль.—Основы рентгенодиагностики и терапии лучистой энергии.
Штернберг.—Искусственный пневмоторакс.
Штернберг.—Предисловие к русскому переводу книги Cohn'a.

К ВОПРОСУ О КОНИСТИЧЕСКИХ ПНЕВМОСКЛЕРОЗАХ И ИХ ЛЕЧЕНИИ У РАБОЧИХ ТЕКСТИЛЬЩИКОВ.

Врач ЛУКАНИН.

(Из кабинета проф. заболеваний. Свердлов. Окргздравотдела. Зав. д-р Ляпустин*)

При наблюдении амбулаторных больных во время работы в Арамилском врачебном участке близ Свердловска нами было отмечено большое количество легочных заболеваний. В центре участка большая суконная фабрика имени Кутузова с количеством рабочих до 2000 человек. В виду того, что участковая больница и амбулатория находятся во дворе фабрики, большинство посещений падало на рабочих текстильщиков. Мы задались целью более подробно ознакомиться с заболеваемостью рабочих именно этой фабрики.

Арамилская, или Уральская суконная фабрика, одна из лучших на Урале, имеет следующие основные цеха: сортировочный, моечно-сушильный, трепально-аппаратный, прядильный, ткацкий, сновальный, отделочный и вспомогательный. Шерсть поступает в ручную сортировку. Здесь работа происходит среди большого количества пыли, состоящей из частиц шерсти, земли, экскрементов и проч.; работа сидячая. Из отсортированной шерсти делается «мешка». Мешка идет в перетрепку на трепальные машины в трепально-аппаратном цехе, где также весьма много более или менее крупной органической пыли. Здесь же рабочие, чищелы машин, должны нести еще и очень тяжелую работу с емки и чистки машин. Мало крученая пряжа, т. наз. ровница, на бобинах передается на сельфакторы в прядильном цехе, имеющие до 300—360 веретен. Рабочие здесь ставят бобины, сращивают оборвавшуюся нитку, снимают перчатки. В цехе много мельчайшей пыли от быстро крутящихся шерстяных ниток. В сновальном цехе работа сидячая и среди такого же характера пыли. Ткацкие станки в ткацком цехе расположены тесно друг подле друга. Здесь рабочие в полусогнутом стоячем положении сменяют шпульки, закладывают челноки, смотрят за нитками и т. д. Работа также среди мельчайшей органической пыли. В моечно-красильном цехе шерсть промывается и красится сперва ручным способом, затем механическим; здесь же красятся некоторые сорта вытканного сукна. Краски употребляются анилиновые и ализариновые. Они часто без всякой предосторожности разводятся среди цеха. В отделочном цехе сукно в виде

*) Доложено на конференции врачей Пропедевтической клиники. ГИМЗ 1927 г., 19 апр.

суровья валяется, ворсируется и на гладильных машинах проглаживается; пыли здесь сравнительного немного. Во всех цехах вентиляция недостаточна.

Какое место занимают болезни легких в обрабатываемости рабочих суконной фабрики видно из следующей таблицы амбулаторных посещений названных рабочих за 1925 год (см. таблицу № 1).

Заболеваемость рабочих за 1925 год.

Таблица № 1.

Наименование болезней	1-я Уральская суконная фабрика				Забол. рабочих всех текстильных фабрик Урала		Каменно-угольные копи Урала	
	Первич. амб. посещений		С утратой трудоспособ.					
	Всего за год	На 100 раб.	Забол. на 100 раб.	Дней бол. на 100 раб.	Забол. на 100 раб.	Дней бол. на 100 раб.	Забол. на 100 раб.	Дней бол. на 100 раб.
1. Болезни кожи и подк. кл.	916	73,5	45	919	18,9	208,44	14,54	144,95
2. Болезни орган. пищевар.	979	71	69	699	22,6	189,28	11,44	109,82
3. Болезни орган. дыхания	893	64,6	9	127	4,24	62,37	7,50	107,07
Из них туберкулез	157	11,3	22	640	12,69	364,9	3,03	124,68
4. Инф. болезни	823	59	108	950	31,79	178,1	21,75	212,57
5. Травмы	766	55	42	545	18,84	158,06	26,64	31,34
6. Болезни мочеполовых органов	529	38	16	516	39,56	184,79	1,86	29,17
7. Бол. органов растр. пит. и обмена	494	35,2	9	154	2,23	38,61	1,16	18,47
8. Бол. органов кровообращения	400	29	9	165	3,38	59,16	1,53	33,70
9. Болезни нервн. системы . .	399	28,5	22	100	6,18	9,34	5,81	84,77
10. Проч. общ. незарази. . .	329	28	16	186	4,85	60,9	2,95	25,9
11. Бол. органов зрения . .	289	18,5	9	170	5,02	71,53	1,42	20,62
12. Бол. органов слуха . . .	255	18	—	—	5,72	49,62	2,15	17,13
Всего	7229	529,6	376	5171	176	1635,1	101,78	960,19

Большой процент легочных заболеваний у текстильщиков отмечается всеми авторами. По Леману (1) средний возраст умерших текстильщиков за 1909—10 г. — 48 лет. Сорок процентов умирает от болезней легких, 12 проц.

*) Обследовательская работа была произведена в 1925 г., почему и все другие статистич. материалы взяты за этот же год.

т страданий сердца, 7,5 проц. от рака, 5,5 проц. от болезней желудка и кишек, 4 проц. от нервных заболеваний, 4,6% от астмы и грудных болезней. Туберкулез у текстильщиков на 50 проц. выше среднего. На 100 текстильщиков дней болезни по туберкулезу—20, исключительно на 100 прядильщиков 67, по болезням органов дыхания дней болезни на 100 текстильщиков 86, прядильщиков 142. По данным д-ра Шнейдера (2) приходится число случаев болезни органов дыхания на 100 сельского населения 120, из них бронхитов 79, на членов семейств застрахованных 129, из них бронхитов 70, на сортировщиков бумагопрядильных фабрик 148, чесальщиков 160, из них бронхитов 110, на прядильщиков 133, из них бронхитов 90. Проф. Эрисман (3) в своей профессиональной гигиене говорит, что среди ткачей особенно распространены болезни дыхательных органов: около 70 проц. общего числа заболеваний составляют болезни дыхательного аппарата, при чем 29 проц. приходится на заболевания туберкулезом.

Наши данные говорят о еще большей заболеваемости рабочих, но здесь необходимо отметить, что они касаются исключительно рабочих суконной фабрики. Хотя это производство относится к текстильным и в отношении имеющихся статистических работ по заболеваемости не выделяется из других текстильных производств, но по существу заболеваемость рабочих суконных фабрик должна значительно отличаться от заболеваемости рабочих других текстильных производств, как отличается по своим свойствам шерсть от хлопка и льна.

Таблица № 2.

Наименование цеха	П о л	Возраст		Проф. стаж	
		До 29 л.	От 30 до 49 л.	До 9 л.	От 10 до 19 л.
Моечно-сортировочный	муж.	23	3	14	11
	жен.	76	10	37	52
Аппаратский	муж.	85	8	64	50
	жен.	21	2	15	9
Прядильный	муж.	27	3	17	8
	жен.	58	20	38	52
Сновальный	муж.	22	3	16	10
	жен.	84	16	38	51
Ткацкий	муж.	27	2	12	3
	жен.	90	21	38	62
Отделочный	муж.	80	8	38	45
	жен.	23	4	15	8
Вспомогательный	муж.	78	10	50	41
	жен.	15	3	19	9
Всего	муж.	342	37	211	168
	жен.	367	76	200	243
Всего обоего пола		709	113	411	411

Установивши высокую заболеваемость легких у рабочих суконной фабрики, нами было произведено поголовное обследование рабочих суконной фабрики на предмет обнаружения легочных больных. Наш материал составляли рабочие основных цехов, занятые работой на фабрике более или менее продолжительное время. В большинстве своем (около 70 проц.)—это крестьяне и связи с деревней и крестьянством обычно не порывают. Работают на фабрике целой семьей, часто во время сельских работ заменяют друг друга и муж или жена в это время работают нередко по две смены. Обследование производилось автором в 1925 году с помощью среднего медперсонала (взятие мокроты, измерение температуры и т. д.). В течение 3½ месяцев обследовано было 822 человека. По полу, возрасту, стажу и отделениям фабрики они распределяются следующим образом:

(См. таб. на стр. 79)

Из 822 осмотренных рабочих изменения в легких отмечены у 479, т.е. больше 45%. Этих больных по найденным нами клиническим явлениям мы разделили на следующие три группы.

Первая группа: больные с сухими, иногда влажными, невзвучными распространениями хрипа. На верхушках жесткий выдох, иногда те же хрипы. При перкуссии часто на той или другой верхушке или на обоих некоторое заглушение перкуторного звука, то же в припозвоночных зонах, пальцев на 5—6 шириной. У многих понижение легочных границ на 1—2 пальца. Обследуемые или жаловались на одышку, сухой кашель, иногда с мокротой, или при обследовании ни на что не жаловались. Температура у всех нормальна, внешний вид удовлетворительный.

Вторая группа: обследуемые со значительным истощением, иногда с незначительным повышением температуры, с выраженным жестким или бронхиальным выдохом на верхушках, притуплением, часто крепитацией с той или другой стороны, с прощупывающимися шейными и подчелюстными железами. Жалоба на кашель, боли в груди.

Третья группа: обследуемые со значительным истощением, кашлем с мокротой, повышенной температурой, притуплением над и под ключицами, звучными хрипами, иногда притуплением в области той или другой доли легкого. У некоторых больных этой группы иногда находили в мокроте палочки Коха.

Две последние группы нами были отнесены к разряду туберкулезных. Таких из числа осмотренных было 71 человек. Первую группу составляло 408 человек. Она обращает на себя внимание как своей многочисленностью, так и частым несоответствием клинических явлений с общим состоянием больного. Осмотренные рабочие этой группы распределяются по полу, возрасту, стажу и отделению фабрики таким образом.

(См. таб. на след. стр.)

Если вспомнить краткую характеристику цехов, то, как видно из таблицы, легочных больных больше именно в тех цехах, где имеется большое количество мельчайшей органической пыли, т.е. в ткацком, прядильном и сновальном, при чем число лиц, у которых обнаружены изменения в легких, со стажем увеличивается. Из таблиц же видно, что в процентном отношении мы имеем изменения в легких больше у женщин, чем у мужчин, как это указывается и Леманом по отношению к рабочим текстильщикам. При этом следует отметить что хрипы в легких, одышка и кашель с увеличением пребывания на фабрике начинают до такой степени беспокоить рабочих, что они сравнительно еще в цветущем возрасте покидают фабрику. Как видно из

таблицы № 2 старше 49 лет мы не видим рабочих. Конечно, кроме изложенного, не менее важной причиной этого обстоятельства является и свирепствующий среди текстильщиков туберкулез.

Таблица № 3.

Наименование цеха	П о л	В о з р а с т		П р о ф с т а ж			
		До 29 лет	От 30 до 49 л.	До 9 лет		От 10 до 19 л.	
				Абс. числ.	%	Абс. числ.	%
Моечно-сортировочный	муж.	6	1	2	14	5	45
	жен.	27	4	7	18,5	24	46
Аппаратский	муж.	49	7	21	33	33	66
	жен.	9	1	3	21	7	77
Придильный	муж.	11	4	5	26	8	100
	жен.	38	15	13	35	50	97
Сновальный	муж.	9	3	4	27	7	70
	жен.	45	10	13	37	41	80
Ткацкий	муж.	6	1	2	18	5	99
	жен.	49	13	13	35	50	100
Отделочный	муж.	42	5	12	32	35	77
	жен.	8	2	3	21	7	87
Вспомогательный	муж.	27	9	10	19	21	51
	жен.	6	1	2	13	5	55
Всего	муж.	150	20	56	169	114	508
	жен.	182	46	55	180,5	184	542
Всего обоего пола		332	76	110	349,5	298	1050

При почти 3-х летнем наблюдении интересующей нас группы рабочих мы отметили, что в то время, когда внешние условия были более или менее благоприятны, эти рабочие чувствовали себя хорошо. Но как только начиналось более холодное время года и запыленность на фабрике усиливалась, или увеличивалась нагрузка в работе, рабочие этой группы являлись к нам в амбулаторию с жалобами на кашель, одышку и т. п. Следует отметить, что при всех изменениях, какие мы у них находили в грудных органах, за немногими исключениями температура была нормальна и нам приходилось ограничиваться шаблонным диагнозом: бронхит, обострение хронического бронхита и т. п.

Итак, мы имеем большую группу рабочих суконной фабрики с довольно резкими явлениями в легких, преимущественно на верхушках, выражающихся в некотором приглушении перкуторного звука, в сухих и влажных незвучных хрипах то уменьшающихся, то значительно увеличивающихся с явлениями кашля, мокроты, одышки, при отсутствии В. К. в мокроте, при нормальной температуре и отсутствии явлений общей интоксикации.

Вот это несоответствие клинической картины с общим состоянием рабочих, которое мы наблюдали в течение 3-х лет, заставило нас отказаться от диагноза туберкулеза. Но клинические симптомы у интересующей нас группы рабочих: отсутствие слизисто-гнойной мокроты и повышенной температуры, сухой кашель, одышка с одновременным констатированием хрипов в легких и некоторыми явлениями уплотнения легочной ткани,— не вполне укладывались в понятие воспаления слизистой оболочки бронхов.

Обратившись к литературным данным мы нашли прекрасное объяснение заинтересовавшего нас вопроса в известной монографии проф. А. Н. Рубеля (4). Вот как он подходит к объяснению найденных нами явлений. По проф. Рубелю, легочная ткань, под влиянием всякого рода пыли, а также застойной гиперемии и различных воспалений, меняется. Изменения прежде всего и главным образом проявляются в интерстициальной ткани легкого. В начале получается так назыв. перибронхиальное и периваскулярное воспаление этой ткани, а затем является та патолого-анатомическая картина, которую он называет пневмосклерозом диффузным и индуративным. Образуются соединительно-тканые тяжи; в верхушках легкого они резко выражены.

Развитие фиброзных изменений ведет, во-первых, к местным ателектазам, вызывающим рефлекс, в силу которого в соседних участках легочная ткань соответственно эмфизематозно раздувается, а во-вторых, в виду фиброзных изменений, происходит облитерация, сужение, сдавление лимфатических и кровеносных сосудов. Вследствие этого происходит переполнение кровью и лимфой сосудов слизистой оболочки бронхов. Первое болезненное изменение компенсируется правильной координацией дыхательных движений грудной клетки, второе усиленной работой правого сердца, принужденного нагнетать кровь в легочные сосуды, преодолевая создающиеся здесь многочисленные препятствия для тока крови и повышенное кровяное давление. Попятно, что всякие усиленные физические напряжения вызывают утомление дыхательных мышц и, ослабляя и без того ограниченную экскурсию грудной клетки и перегружая одновременно работой и без того чрезвычайно обремененный правый желудочек сердца, легко приводят к временному повышению местных застоев в легких вообще и в слизистой бронхов в частности. Застои не могут в склерозированных измененных легких быстро выравниваться и часто приводят к образованию местных отеков слизистой оболочки бронхов. Отеки слизистой бронхов в склерозированных легких будут получаться легко и в результате охлаждения периферии тела, влекущего за собой гиперемию внутренних органов. Тяжелые нравственные и душевные потрясения также нарушают правильную координацию деятельности дыхательного центра и, отражаясь на сердечной деятельности, могут повлечь за собой образование тех же застоев в слизистой бронхов. Обнаруживаемые в стенке бронхов изменения, по проф. Рубелю, следует трактовать, как вторичные явления, связанные с расстройством лимфо-и кровообращения в перибронхиальной ткани.

«Такая отечность слизистой,—говорит проф. Рубель,—выразится клинически в явлениях: а) субъективной и объективной одышки, особенно при работе, не столько из-за сужения просвета воздухоносных путей, сколько из-за утомления и отсюда неправильной координации дыхательных мышц; б) кашля из-за раздражения заложенных в слизистой оболочке кончаний п. vagi, вследствие нарушенного крово-и лимфообращения слизистой; в) гиперсекреции слизистых желез последней с выделением слизистой и серозно-слизистой мокроты; г) иногда в примеси жидкой крови в ней от

разрыва переполюсненных капилляров; наконец, д) сухими хрипами, подчас с жестким ответком дыхательного шума.

Признаки-же эмфиземы, явления уплотнения легких, выражающиеся в притуплении, изменении дыхательного шума в направлении к бронхиальному ответку и проводимости выхода, явления сморщивания легочной ткани, выражающиеся иногда в западениях той или другой части грудной клетки, наконец, изменения в бронхиальных узлах (железах), выражающиеся в удлинении полосы паравертебрального заглушения перкуторного звука, будут говорить о наличии пневмосклероза (4 стр. 28—29—30).

Таким образом пневмосклероз является первичным болезненным изменением. На почве этого первичного страдания уже развиваются все описанные выше явления, которые приходится рассматривать не как проявления воспаления бронхов на почве легко появляющейся застойной гиперемии ее. Если мы обратимся к нашим больным, то те симптомы, которые мы у них наблюдали, вполне будут соответствовать симптомокомплексу описанной проф. Рубелем патолого-анатомической и клинической картины кониотического пневмосклероза. Таким образом у наших рабочих получается запыление легких. Как следствие этого запыления является перибронхит в начале эволютивный, затем превращающийся в статическую форму—пневмосклероз. Конечно, никто не может утверждать, что пневмосклероз является следствием только запыления. Инфекция (туберкулез, пневмококк, гриппозная инфекция и т. п.) может привести к этим же изменениям. И мы ставили диагноз кониотического пневмосклероза у наших рабочих лишь после продолжительного наблюдения, исключив инфекцию и считая, что пневмосклероз у них по преимуществу кониотический.

Понятно, большинство больных, представляя указанные изменения, не жаловались на болезненное состояние, т. к. они находились, по проф. Рубелю, в периоде компенсации своего пневмосклероза. Но эта же группа является в отношении здоровья наиболее дилбильной в том смысле, что на протяжении периода нашего наблюдения давала обострения в виде, как мы вначале думали, бронхита, на самом же деле это были явления того же пневмосклероза, но в декомпенсированной стадии его. Как только к анатомически больным легким предъявлялись повышенные требования, вследствие усиленной работы, большего количества пыли, простуды и т. п., как сейчас же эта декомпенсация являлась на лицо: появлялась одышка и кровообращение в легких расстраивалось.

Так как время нашей работы (1921-25 г.) совпадало с большим кризисом лекарственных средств и т. к. мы могли предполагать у наших больных застойные явления в легких, мы стали назначать таким больным уральский препарат *Adonis vernalis*. Названный препарат, в виде *herba adonis vern.* только один и находился в изобилии в наших руках. Прописывали мы его в простейшей форме настоя от 5,0 до 6,0 на 200. При этом нас поразила неожиданный эффект. Больные после двух-трех склянок чувствовали себя гораздо лучше и охотно лечились названной микстурой. При обострениях даже прямо требовали, чтобы им дали именно это лекарство. С точки зрения обычного учения о бронхитах, которые следовало бы лечить общепринятыми отхаркивающими и наркотическими средствами, эффект от нашего лечения трудно объяснить. Если же кашель, одышку, расстройство кровообращения, рассматривать как декомпенсацию пневмосклероза, то этот эффект от нашей терапии препаратом *Adonis vernalis* станет вполне понятным.

В заключение нам хотелось остановиться на следующих выводах:

1. Так как сейчас имеется в литературе много работ о пневмосклерозах на почве угольной, силикатной и вообще минеральной пыли и почти нет ра-

бот, которые бы говорили об изменениях в легких на почве запыления их органической пылью, необходимо углубленное исследование (рентген, клинические, экспериментальные и проч. наблюдения) заболеваний легких у рабочих, имеющих дело с органической пылью, в частности у текстильщиков.

2. Практическому врачу следует всегда, при наличии т. наз. катарральных, бронхитических симптомов, обратить внимание на профессию больного и вспомнить о возможности наличия здесь перибронхита или пневмосклероза профессионального, кониотического происхождения.

3. Лечение пневмосклерозов в периоде их декомпенсации сердечными средствами дает хорошие результаты.

ОПЕРАТИВНОЕ ИЛИ РЕНТГЕНОЛЕЧЕНИЕ МИОМ МАТКИ.

Д-ра В. Г. ПЕРЕТЦ.

За последнее время вопрос о характере вмешательства при миоматки приобрел особенную остроту.

Достаточно хотя-бы сослаться на статью проф. Отта (Ж. Ак. и Жен. бол., март 1928 г.), который на основании своего огромного материала и опыта категорически высказывается в пользу оперативного вмешательства, считая, что операция моментально устраняет нередко недооцениваемый симптом—хроническую кровопотерю, при которой упущенное время может подчас явиться катастрофой для больной. Кроме того рентгенотерапия, являясь по существу лишь паллиативом при лечении миом, иногда дает толчок к развитию раковых новообразований. Отсылая по существу данного вопроса непосредственно к статье проф. Отто, я лишь упомяну о докладах д-ра Von Valter Hannes—Бреславль и д-ра G. Schubert, заслушанных в заседании германского юго-восточного О-ва акушеров и гинекологов (Zentral f. Gyn. und Geburt, 1927 г.), которые также высказываются против рентгенотерапии в пользу хирургического вмешательства. Характер того или иного вмешательства при миоматки получил широкое освещение в целом ряде докладов на последнем съезде акушеров-гинекологов в Кисе (о чем я могу судить по краткому отчету съезда, данному в журнале Акушерство и Женские болезни, 1928 г., кн. 4), где были заслушаны сообщения как высоко авторитетных гинекологов, так и рентгенологов. И если, например, проф. Неменов указывает на предпочтительность рентгено-радиотерапии с процентом клинического излечения, равным 98,4 проц., то, с другой стороны, проф. Скробанский определенно высказывается за оперативное лечение миом матки.

Не будучи сколько-нибудь компетентным в вопросах лечения миом лучшей энергией, я все-же считаю себя в праве поставить следующие два вопроса:

1. Какой из двух методов является наиболее предпочтительным.

2. Какой из них наиболее выполним в условиях работы практического врача в настоящих условиях.

Взгляд, что бессимптомно протекающая миома не требует какого-либо вмешательства,—нами разделяется вполне. Мы прибегаем к оперативному вмешательству в случаях, где наблюдались те или иные патологические явления (кровотечения, боли, огромная величина опухоли, явления сдавления), или быстрый рост опухоли.

Таких операций (за 1923—1927 г. г.) нами сделано 134. Полученная смертность, равная 8 проц., несомненно должна считаться очень высокой, и хотя этот процент без особой натяжки с нашей стороны можно было-бы

значительно редуцировать, учитывая некоторые, отягчавшие операцию моменты, все-же процент смертности, равный 0,1 при лечении лучистой энергией, должен был бы склонить нас в сторону последней. Это могло бы совершиться очень просто, если бы нами не наблюдался целый ряд злокачественно перерожденных миом, клиническое течение которых не возбуждало до операции никаких подозрений в отношении злокачественности. В 6-ти случаях злокачественность была подтверждена патолого-микроскопическим исследованием, не считая 10—11 других (не исследованных), в которых макроскопический вид разрезанной опухоли давал достаточно оснований предполагать злокачественное перерождение.



С другой стороны, прослеженный нами здесь ряд миоматозных больных, леченных лучистой энергией в Москве и Ленинграде, показал нам на отсутствие какого-либо улучшения несмотря на многократное лечение. Одну из таких больных я наблюдаю уже около 4-х лет. Миома, несколько уменьшаясь после лечения, увеличивается вскоре вновь; при этом за 4 года она в общем

стала примерно в 4—5 раз больше своей первоначальной величины. Особенно характерным является следующий случай:

Больная О. 48 лет (ск. л. Гинеколог. отд., № 223) поступила 23 марта 1928 г. с жалобами на сильное кровотечение, боли внизу живота, отдающие в крестец и ногу; кровотечение впервые 4 года тому назад. В 1925 г. по поводу фибромы предположена операция, от которой отказалась в виду заболевания сердца и уехала в Москву, где в 1926 г. проделала курс рентгенолечения; в течение года чувствовала себя хорошо. В 1927 г. кровотечения возобновились, появились боли внизу живота, крестце и ногах; в виду вторичного отказа от операции направлена в Ленинград в Радиологический Институт, где провела вторичный курс лечения. В этом же году лечение радием (3-й курс); кровотечение приостанавливается на 5 мес., затем появляется вновь; сердечные припадки сопутствуют болезни. Диагноз при поступлении: *Muoma uteri*, 27 марта операция—удаление матки через влагалище. Препарат: матка увеличена соответственно 21½ мес. беременности, очень плотна, поверхность гладкая, бледного цвета; на разрезе почти вся полость матки выполнена плотным фиброзным узлом величиной с крымское яблоко, в толще шейки фиброзный узел величиной с грецкий орех. (См. рис на стр. 85) Гладкое послеоперационное течение выписывается 4 апреля; со дня операции прошло 7 мес.,—сердечные припадки не повторялись.

Повидимому, прав проф. Скробанский, заявляющий, что «более благоприятные статистические данные при лечении миом лучистой энергией зависят от того, что больные после полученного курса лечения уходят из под наблюдения, тогда как смертельные исходы при операциях регистрируются на месте» и, если мы, практические работники отдаленной провинции, можем констатировать прекрасные результаты у возвращающихся к нам из столицы больных с неоперабельными формами рака, то в отношении излечения миомы таких бодрящих результатов нам наблюдать не приходилось.

Целый ряд весьма тяжелых и истощенных хроническими кровопотерями больных получили после операции быстрое выздоровление. Одна из таких с содержанием гемоглобина равным 14 проц., с сильнейшим пороком сердца, совершенно истощенная и потому оперированная под гипнозом (полное удаление матки и придатков брюшностеночным путем) очень быстро окрепла введя за операцией.

В одном случае при клинически доброкачественно протекавшей миоме вдруг наступило быстрое ухудшение, и больная погибла от саркомы.

Все это вместе взятое заставляет нас по первому вопросу высказаться в том смысле, что, хотя лечение миом лучистой энергией (как это видно из литературы) и достигло столь хороших результатов, однако, пока что, с нашей точки зрения, нет достаточных оснований уступить этому виду лечения первое место.

Ответить на второй вопрос гораздо легче. Среди 34-х рентгеноустановок в Уральской области имеются лишь две (в Свердловске и Перми), выполняющие помимо просвечивания роль рентгенолечения. Однако, в частности Свердловская настолько перегружена лечением раковых больных, что о рентгенизации больных миомой не приходится даже и думать. Не менее повидимому, загружены и столичные рентгенокабинеты, куда посылка даже раковых больных встречала подчас большие затруднения. Вот почему на второй вопрос мы должны ответить, что в повседневной работе практического врача, в частности в Уральской области, по многим соображениям путь оперативного лечения миом более выполним, нежели рентгенолечение, тем более, что и с точки зрения большинства оба они являются полноценными, по праву конкурирующими между собой методами.

К ТЕХНИКЕ ЗАШИВАНИЯ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ. *)

Д-р ДВИНЯНИНОВ Е. П.

(Из факультет. хирургич. клиники П. Г. У. — директор проф. Д. П. Кузнецкий).

Пузырно-влагалищные свищи, являясь одним из тяжелых заболеваний мочеполовой сферы в нашей обширной стране к сожалению, далеко не редкое явление. Женщина, лишенная или малообеспеченная местами правильной акушерской помощи, получив при патологических родах повреждение пузырно-влагалищной перегородки, попадает в невыносимые условия существования, превращаясь из работоспособного, полезного члена общества в ненужный балласт.

Затрагиваемый вопрос о лечении пузырно-влагалищных свищей, несмотря на свое общественное значение, до сих пор не может считаться вполне законченным и разрешенным.

Самый факт существования огромного количества способов зашивания свищей служит ярким показателем сделанного заключения.

Многие из предложенных методов в настоящее время имеют лишь историческое значение.

Не вдаваясь в практический разбор и оценку отдельных предложений, мы позволим себе лишь отметить, что проблема лечения (зашивания) пузырно-влагалищных фистул должна разрешаться через внутривлагалищные оперативные мероприятия, а не через обходный путь как на этом настаивают некоторые авторы—Dittel, Kustner, Волкович и др.

Способы, относящиеся ко второй группе (обходный путь), включая сюда и сложно-пластические, как не имеющие анатомо-физиологических обоснований, не состояни конкуррировать с внутривлагалищными методами. И только при некоторых осложненных пузырно-влагалищных свищах, целесообразнее подойти и закрыть дефект не со стороны влагалища.

Осложненные пузырно-влагалищные свищи характеризуются как известно: 1) наличием в области свища и ближайшей его окружности многочисленных рубцов, 2) малоподвижностью или полной несмещаемостью свищевых краев и своим высоким, нередко в вершине рукава расположением, которое делает свищ малодоступным.

При подобно рода свищах внутривлагалищные вмешательства очень часто оканчиваются неудачей.

Причинами отрицательных результатов являются: трудность выделения всего свищевого канала и рубцовое перерождение центрального (пузырного) конца свища (Атабеков).

Из многочисленных способов, предложенных для зашивания указанных выше свищей, мы коснемся лишь интравезикального метода Trendelenburg'a. Последний подошел к разрешению задачи с урологической точки зрения.

В основу своей операции (Fistuloplastica intravesicalis) Trendelenburg положил принцип зашивания поврежденной перегородки изнутри пузыря, а не через влагалище. Вскрывши небольшим поперечным разрезом полость мочевого пузыря, он отыскивал свищ, освежал его края, а затем шил катгут, выводя концы ниток во влагалище.

*) Доложено в Пермск. Медич. О-ве в 1927 г.

Не нарушая топографических отношений мочеполювого аппарата, а стало быть и половой способности женского организма, операция Trendelenburg'a, благодаря несложной технике и относительной безопасности в смысле ранения важных для жизни органов или сосудов, заслуживает, по нашему мнению, предпочтения пред другими способами.

Полагая, что отдельные клинические наблюдения способствуют разрешению спорных вопросов хирургии и ее пограничных областей, мы считаем не лишним поделиться одним случаем осложненного пузырно-влагалищного свища, который имели возможность наблюдать в Ф. Хирургическ. Кл. проф. Д. П. Кузнецкого) в течение 1926-1927 учебного года.

Большая Дем-ва Евд. Аф., вдова 43 лет поступила в клинику с жалобами на постоянное выделение мочи из влагалища, при отсутствии производного мочеиспускания. Указанные явления у ней развились через 5 месяцев после тяжелых (14 по счету) родов, оконченных акушерской операцией в Богословском заводе. Через 21½ месяца вытекание мочи из влагалища прекратилось и больная начала нормально мочиться (5—6 раз в сутки). Однако, такое благополучие, по словам больной, продолжалось недолго: через несколько дней после одного из гинекологических исследований, которым она подвергалась в заводской больнице почти ежедневно, у больной вновь появилось недержание мочи. Через 3 месяца безуспешного лечения разного рода механической чисткой, мажами и дезинфицирующими промываниями влагалища, больная для специального лечения была направлена в Пермскую Гинекологическую Клинику. Здесь после 2 месячного консервативного лечения и неоднократных гинекологических и ректоскопических исследований, ей была предложена операция пересадки мочеточников в прямую кишку, с каковым заключением и была переведена в факультетскую Хирургическую Клинику.

Происходит из здоровой крестьянской семьи, в детстве развивалась нормально. Мenses—с 14 лет (месячный тип). Замужество с 17 лет, имела 14 беременностей, из которых 13 закончились нормальными родами, при последней—пищцы с извлечением мертвого ребенка. Живых детей трое—здоровые. Остальные умерли в раннем детстве от разных болезней. Status praesens: Больная среднего роста, нормального телосложения и питания. Положение в постели полуактивное: непрерывное выделение мочи приковывает ее к постели. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Мышечный тонус понижен, особенно в области живота. Костно-суставной аппарат и лимфатические железы в пред. N. Со стороны внутренних органов—особых отклонений от N не отмечается. Тоны сердца слегка глуховаты, пульс 76—78 в 1' ритмичный. Температура тела—N.

Специальное исследование. При осмотре наружных половых органов обращает на себя внимание непрерывное выделение мочи из влагалища. Orificium urethrae externum представляется слегка припухшим и гиперемизованным. Имеется незначительное выпадение задней стенки влагалища, обнаружены молочного цвета густые бели.

При исследовании per vaginam (кстати сказать крайне болезненном) передняя стенка рубцовая. Матка отклонена вперед. В области шейки многочисленные рубцы, направляющиеся преимущественно к правому своду. На месте orificium uteri externum щелевидное углубление. При обнажении зеркалами обнаружено выделение мочи из рубцового втяжения, расположенного высоко в передне-боковом своде. Самый свищ, замурованный в сращениях, рассмотреть не представляется возможным.

Цистоскопия не удалась, так как пузырь не удерживает жидкости. Моча (за несколько часов) мутная, насыщ. желтого цвета, кислой реакции, удельный вес—1025, белок плюс (по Эсбаху) 0,9 проц. В осадке гнойные шарики 40-60 в п. зр., 30—50 эритроцитов, немного эпителиальных клеток пузыря и влагалища, богатая микробная флора.

В клинике больная была подвергнута предоперационной стрихнинизации. 24-IX—1926 года под общим наркозом (Бильрот-Вильямсовской смесью) операция sectio alta (проф. Кузнецкий). Разрез брюшных покровов продольн. в 10 сант. Небольшим поперечным разрезом передней стенки моч. пузыря вскрыта полость последнего. При обследовании слизистой пузыря обнаружено свищевое отверстие, сверху и вправо от внутреннего отверстия мочеиспуск. канала, рядом с пузырным устьем правого мочеточника. Свищ свободно пропускает головку тонкого пуговчатого зонда. Рубцово-измененные края свища иссечены ножницами. На-

должен одностажный катгутовый шов. В конце операции типичная Cystostomia с дренажем.

В течение 2 суток после операции при промываниях жидкость задерживалась в пузыре, на 3-й день наступил рецидив.

3-XI—1926 года под общим наркозом (см. Билльбота) 2 операция Sectio alta (проф. Д. П. Кузнецкий) Hartman'овским разрезом справа обнажен на большем протяжении пузырь. Для создания лучшего доступа к свищу стенка пузыря рассечена в поперечном направлении от переднего (после операционного рубца) до отверстия пуз. влаг. фистулы. Широко раскрывши пузырь удалось полностью резецировать рубцовые края свища и тщательношить освеженные поверхности 2-этажным швом. Концы катгута, ниток не выводились во влагалище, а завязывались тут же в полости пузыря.

Мочевой пузырь зашит наглухо 2 ярусным швом. В мочевой канал катетер'a demeuré.

После операционный период протекал с нагноением кожной раны, и образованием надлобкового свища, который через 6 недель самопроизвольно закрылся.

К концу 2 месяца больная начала самостоятельно мочиться 30—35 раз в сутки (днем 2—3 раза каждый час, ночью реже). Количество выделяемой мочи за сутки 800—900 куб. см. Вместимость пузыря (при промывании) 70—75 куб. При цистоскопии—гиперемия слизистой отдельными участками (мраморность) видны 2 рубца: первый верхний спереди звездообразный и от него, тянущийся вниз и вправо второй в форме гребешка. Мочеточниковые устья растянуты, зияют; правое более узкое напоминает по форме пшеничное зерно, левое значительно шире—в виде колпачка. Правое устье слегка сокращается, левое «мертвое». Катетер в левый мочеточник провести не удалось, повидимому, вследствие искривления последнего в juxt-vesic'альной части. На рентгенограмме—деформация мочевого пузыря, наиболее выраженная справа. Атония обоих мочеточников, значительное расширение правого в juxt-vesic'альной части. На месте свища—небольшая яма.

За неделю до выписки из клиники, больная самостоятельно мочится от 18 до 22 раз в сутки. Разовая порция мочи в среднем 75—80 куб. см. Суточное количество от 1200 до 1800 грамм. Моча диффузно-мутная, слабо-кислой реакции, уд. вес—1017, содержит следы белка, реакции на сахар, кровь и др. патологические примеси отрицательные. В осадке—гнойные шарики 40—50 в к. п. зр. отдельные эритроциты, эпителиальные клетки от 3 до 5 в п. зр.

Общее состояние больной удовлетворительное. Временами вследствие обострения хронического пиелита, t^0 больной поднимается до 38 и даже 39 град., появляются сильные боли в левой поясничной области, моча становится более мутной. Через 1—2 дня указанные явления проходят и больная чувствует себя вновь бодрой и жизнерадостной.

Через 8 месяцев после отъезда на родину больная сообщила письмом, что чувствует себя по прежнему удовлетворительно, за исключением тех дней, когда у ней возобновляются периодические боли в пояснице и появляется жар. Выполняет почти все обязанности по дому: стирает белье, моет пол, потолки и т. д. Мочится 12—14—15 раз в сутки, выделяя свыше литра суточной мочи.

Заканчивая сообщение, нам хотелось бы вкратце коснуться тех моментов, которые привели к операции зашивания свища через высокое сечение пузыря. Высказанную гинекологами мысль о необходимости пересадки мочеточников в прямую кишку мы не разделяли, так как считали эту операцию в данном случае лишь относительно показанной, могущей быть примененной, как *ultimum refugium*.

Возможность получения после пересадки мочеточников тяжелого пиелита или обострения существующего, при незнании функциональной способности почек и отсутствии возможности исследовать таковую, делали прогноз у нашей больной особенно неблагоприятным.

Исходя из этих соображений, мы решили подойти к свищу со стороны мочевого пузыря (способ Trendelenburg'a), изменив технику наложения швов.

Наступление рецидива после 1-й операции мы склонны объяснять недостаточным освежением свищевых краев и крайне ограниченной доступностью операционного поля, расположенного под малым углом поля зрения.

Положительный эффект повторной операции мы до некоторой степени приписываем усовершенствованию техники (широкий доступ к операционному полю, полное иссечение рубцовой ткани свища и более тщательное наложение катгут. швов в 2 этажа. Хотя на основании отдельных случаев нельзя делать каких либо заключений, мы все же считаем возможным думать, что операция Trendelenburg'a, предпринятая в подходящих случаях, является наиболее целесообразным, надежным методом закрытия осложненных пузырно-влагалищных фистул.

При зашивании свища следует обращать особое внимание на отсепаровку и освежение свищевых краев.

Завязывание швов целесообразнее производить в полости мочевого пузыря, не выводя концы ниток во влагалище.

СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА, БОЛЕЗНЬ ROGER'a. *)

Д. Б. РАБИРОВИЧ.

(Из 1-ой Совамбулатории гор. Златоуста).

При дифференциальном диагнозе врожденных пороков сердца от приобретенных обычно обращают внимание на анамнез, показывающий, что наблюдаемые расстройства существуют уже с раннего детства, или даже с самого рождения, на вид порока (известно, например, что *foramen oval d. Botalli apertus*, *stenosis pulmonalis* и т. д. обычно бывают врожденными), на цианоз, на пальцы в виде барабанных палочек, на кровь (гиперглобулия), электрокардиограмму (извращение ее). Но не всегда наличие этих данных решает с уверенностью вопрос о врожденности порока. Диагностические ошибки в этом отношении возможны даже у крупных клиницистов, когда, например, у больного предполагается врожденный порок и как таковой демонстрируется, а аутопсия показывает, что имелось дело с обычным сужением и недостаточностью митрального клапана. С другой стороны, встречаются врожденные пороки сердца, которые при жизни ничем себя ни субъективно, ни объективно не проявляют, а обнаруживаются при вскрытии, как случайная находка, или открываются случайно у больного, исследуемого совершенно по другому поводу. К числу последних можно отнести и болезнь Roger'a — врожденный порок, состоящий в изолированном сообщении между желудочками вследствие дефекта в перегородке их. Впервые Roger об этом виде врожденного порока доложил в 1879 году. Характеризуется он систолическим «*remissement*», максимум которого находится на уровне середины груди: громким, грубым, скребущим шумом, который яснее всего выслушивается там же, отсутствием функциональных расстройств, в частности одышки и цианоза. Сердце никаких изменений границ может не представлять; в некоторых случаях правый и левый желудочек гипертрофируются, и сердце принимает тогда шарообразную форму. Рентген может дать симптом Дэнэке — синхроническая пульсация правого и левого желудочка. В виду редкости данного заболевания и типичности нашего случая я и решил его опубликовать.

*) Больной демонстрирован в научном заседании врачей г. Златоуста в 1923 году.

В январе 1928 года ко мне на амбулаторный прием обратился рабочий Мехзавода К. с жалобами на насморк, кашель, познбливание, головную боль; указанные явления у него появились несколько дней тому назад. До сих пор он себя считал совершенно здоровым, никогда ничем не хворал, за исключением малярии в прошлом году; одышки никогда не испытывал. Люте отрицает, наследственность здоровая, никаких сердечных заболеваний в роду не отмечает; женат, имеет здорового ребенка. Работает на механическом заводе 3-й год. При объективном исследовании, кроме незначительных гриппозных явлений, неожиданно были обнаружены следующие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: пульс ритмичный, 70 ударов в 1 минуту, одинаковый на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения; кровяное давление по R. R. 105—70. При осмотре сердечной области можно отметить слабо выраженную пульсацию ее. Пальпация дает систолическое дрожание в области средней части грудины. Перкуторно границы сердца не изменены. При аускультации—громкий скребуший систолический шум, лучше всего выслушиваемый на уровне средней трети грудины, распространяющийся в более слабой степени на всю сердечную область, улавливаемый также и на спине. Шум заполняет почти всю систолическую фазу. Параллельно с ним, особенно когда отодвинешь немного ухо от стетоскопа, удается воспринимать и сердечные тоны с небольшим акцентом на 2-м тоне легочной артерии. Рентген изменений границ сердца не обнаружил; ни отеков, ни одышки, ни цианоза нет, печень не увеличена; со стороны мочи и крови отклонений от нормы не обнаружено.

Приведенные данные со стороны сердца, отсутствие функциональных расстройств, в частности одышки, цианоза,—заставляют нас в нашем случае признать болезнь Roger'a. О другом пороке тут думать не приходится. В самом деле, оптимум выслушивания шума на уровне средней части грудины, резкость, распространенность его, *fremissement cataire*, отсутствие изменений границ сердца—достаточно говорят против митрального порока. Отсутствие цианоза, акцент на легочной артерии (правда, незначительный), оптимум систолического шума на уровне средней части грудины, а не во втором межреберьи слева—дают основание в нашем случае отвергнуть пульмональный стеноз. Предположение об открытом Боталловом протоке здесь противоречит опять-таки максимуму систолического шума в средней части грудины, отсутствие резкого акцента на *pulmonalis*, отсутствие Gerhardt'овского дентообразного притупления слева рядом с грудиной, рентген, при котором (*d. Bottallii apertus*) видна резкая пульсация пульмонального изгиба. Не может тут встать вопрос и относительно недостаточности трехстворчатого клапана, при которой имеется положительный венный пульс, положительная пульсация печени, увеличение сердца вправо. Таким-же образом легко можно отбросить в данном случае и аортальный стеноз, при котором систолический шум лучше всего выслушивается во 2-м межреберьи справа, имеется *pulsus tardus* и гипертрофия левого желудочка. Таким образом, единственно правильным, по нашему мнению, остается предположение о чистом случае болезни Roger'a.

СЛУЧАЙ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККА ЛЕГКОГО И ПЕЧЕНИ.

И. А. КУСЕВИЦКИЙ.

(Туберкулезная больница, гор. Свердловск).

По сборной статистике проф. Знаменского до 1926 года описано 327 случаев эхинококка легких. Сам он описывает два случая эхинококка. Указывая на трудность диагностики этого заболевания, особенно в начальных стадиях, он пишет: «В первом случае эхинококка легкого шел под флагом

туберкулеза; во втором случае врач, видевший больного до поступления в клинику, вообще усумнился в наличии какого-либо заболевания и счел нашего больного за симулянта». И, действительно, имеющиеся под рукой вспомогательные диагностические пункты определения эхинококка—эозинофилия, преципитинная реакция—недостаточны, ибо не всегда они положительны при наличии кисты. Симптомы кровохаркания, боли—не являются характерными для кисты. Большим подспорьем для диагностики ее является рентгеновское просвечивание, при котором эхинококковая киста представляет из себя шаровидную тень с резко контурированными краями. Продолжительность болезни от начальной стадии, через период развитой, но еще закрытой кисты до стадии открытой кисты, тянется иногда несколько лет и очень часто ничем себя не проявляет.

Описываемый нами случай интересен своим самоизлечением.

Больной К., 16 лет, беспризорник, направлен в больницу с диагнозом туберкулез легких. Поступил 11-VI—26 г. с жалобами на боли в груди, кашель с мокротой, кровохаркание, поты, ознобы. Больной среднего роста, с резкой бледностью кожных и видимых слизистых покровов, резкая худоба. Вес 37 К⁰. Температура до 39,0⁰ и выше, гектического характера. Об'ективно: слева спереди тимпанический оттенок перкуторного звука, амфорическое дыхание, много влажных хрипов, слева сзади рассеянные влажные хрипы, под углом лопатки ослабленное дыхание. Справа тимпанит, влажные хрипы, бронхофония; начиная от нижней трети лопатки, притупление с ясным тимпаническим оттенком, переходящее на переднюю поверхность грудной клетки; отдельные хрипы, по подмышечной линии шум трения плевры. 18-VI в области притупления был сделан пробный прокол*), получено немного серозно-кровянистой жидкости с хлопьями. Анализ функциональной жидкости: цвет кровянисто-желтый, консистенция—жидкая, реакция—кислая; обнаружены крючья эхинококка в небольшом количестве, сколексы не обнаружены, неизменные эритроциты и лейкоциты густой массой выстилают препарат. Исследование крови: Эр.—2.500.000, h.—8.600, НВ—70 проц., flk—14,5 проц., st—16 проц., s—34,5 проц., Э—3 проц., М—10 проц., h—22 проц. В толстой капле эозинофилов 12 проц.

Рентгеноскопия 28-VI. В области правого френикоостального синуса в задне-переднем положении определяется овальное затемнение с нерезкими очертаниями, маскирующее правый свод диафрагмы; выше по всему правому легкому большие или меньшие очаги затемнения, похожие на пневмонические. Все левое легкое выполнено такими-же, похожими на пневмонические очагами. При просвечивании в передне-заднем направлении овальное затемнение и прилегающие к нему поменьше,—вырисовываются яснее на фоне печеночного затемнения; под правым сводом диафрагмы отчетливо видны пузыри,—один под самой диафрагмой и два в нижнем крае печени. Диагноз: Tbc pulmonum echinococcus pulmonum dextra et hepatis.

Начиная с августа месяца, больной стал поправляться. Об'ективно незначительное количество хрипов в легких, саккадированное дыхание справа в области соска. 6-XI мокрота—сероватая, слизистая с небольшим количеством гноя, ВК, сколексы и крючья эхинококка не обнаружены. В декабре в легких одиночные хрипы, резко ослабленное дыхание справа под углом лопатки. 20-I—27 г. больной выписан на родину с нормальной температурой. Прибыл в весе на 14,8 К⁰.

Настоящий случай я трактую как комбинацию туберкулеза с эх. кокком, осложнявшим течение туберкулезного процесса. Случайное подозрение на эхинококк заставило сделать небезопасный прокол плевры и обнаружить в функциональной жидкости крючья эхинококка. Рентген подтвердил диагноз. Несомненно, эхинококк был выхаркнут через бронхи, и, благодаря этому, организм, лишенный отягощающего момента, быстро стал восстанавливать свои силы. С сожалением констатирую упущение исследования мокроты с начала болезни, в которой могли быть обнаружены элементы кисты.

*) Прокол эхинококка кисты может привести к разрыву ее, шоку и диссеминации и допускается лишь на операционном столе. Редакция.

САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ Г. НАДЕЖДИНСКА.

Д-р СМЕРНОВА О. Я.

(Из отчета о работе санитарно-обследовательского отряда).

(Окончание).

II. Жилищный вопрос.

Всех жилых домов в г. Надеждинске насчитывается—2.738, квартир в них 5.271. Из них домов Комбината 682, а остальные дома частного строительства. Все дома Комбината делятся на несколько обособленных типов, а именно:

Дома одноквартирные	—148	домов.
» двухквартирные	—193	»
» четырехквартирные	—123	»
» шестиквартирные	— 22	»
» восьмиквартирные	— 78	»
» двенадцатиквартирные	— 73	»
» общежития	— 13	»
» другие	— 32	дома.

Все эти дома для удобства обследования были разделены по времени постройки: старое строит. до 1924 года и новое строит. с 1924 по 1928 год. Домов нового строительства около 80, а все остальные 622 дома относятся к постройке довоенного времени. Новое строительство обследовалось по особой анкете.

Дома старого строительства обследовались согласно указанным типам. Взято от каждого типа около 15% домов, всего 103 дома.

Оказалось, что дома почти на 100% деревянные, одноэтажные, без фундамента. Участки отгорожены на 100% у одно-двух и четырех квартирных домов, что касается домов многоквартирных, т. е. 8-12 кварт. и общежития, то там в большинстве случаев изгороди нет. Надворными постройками лучше обеспечены дома малоквартирные и очень плохо многоквартирные. Погребов имеются только у домов одно-двух и четырех квартирных. Многоквартирные дома погребов не имеют. Бань совершенно при домах нет. Уборные на 84,6% во дворе, в большинстве случаев с выдвижными ящиками, выгребных ям удалось констатировать 11 в 103 домах.

Помойными ямами дома обеспечены на 75,7% и все же 25% домов не имеют помойных ям. Это является одной из причин, что 74,7% домов имеют двор и окружающую площадь в грязном состоянии.

Еще один момент антисанитарного состояния домов в целом—это наличие воды в подпольи (в 26,2% домов).

Обследованием охвачено 18,1% всех квартир Комбината, т. е. взято 521 кв. от 2863. Оказалось, что всего только 9,5% квартир оштукатурены, остальные 90,5% не штукатурены. Больше половины квартир имеет полы некрашенные. Половина квартир сырые и 94,6% квартир с насекомыми, с которыми бороться очень трудно, т. к. стены не штукатурены; в 62% квартир, по словам жильцов, холодно. Нет при квартирах в достаточном количестве помещений для хранения продуктов, а потому в 61,2% обследованных квартир продукты хранят в жилой комнате, готовят пищу в жилой комнате в 50% квартир, т. к. 264 квартиры состоят из одной комнаты, она же и кухня. Стирка белья производится в жилой комнате в 54,5% квартир, вот почему такой большой % сырых квартир. В 83,3% квартир кухня используется не по назначению, в ней живут и спят. Особенно резко выступают антисанитарные недостатки в жилищном вопросе, если коснуться ближе цифр, которые говорят о заселении квартир. Так, всего только 13,4% квартир, где семья занимает 2 комнаты, т. е. живут именно в квартире. И еще того меньше, а именно 4,9% квартир, где одна семья занимает три и более комнат,—все эти квартиры нужно целиком отнести на служащих, рабочие в них живут, как исключение. Рабочие живут на 65%, имея квартиру, состоящую из одной комнаты. Хуже того—около 15% рабочих живут в одной комнате две и более семей. Кроме того в 208 квартирах из 521 имеются чужие жильцы, т. е. с чужими жильцами 40% квартир. Если к рассмотрению жилищного вопроса подойти со стороны обеспечения населения жилой площадью, то окажется, что количество квартир, где жители вполне обеспечены жилой площадью, т. е. выше 8,25 кв. мт. на человека, то таких квартир имеется всего только 42—8%, затем 138 квартир—26,5% имеют жилплощадь на одного человека от 5 кв. мт. до 8,25. Все же остальные 65,5% квартир заселены совершенно ненормально в смысле плотности, так, 115 квартир (22%) имеют жилплощадь ниже 3 кв. мт. на человека. Есть случаи, где жилплощадь доходит до 1,1 кв. мт. на 1 человека; таких случаев, правда, немного, но в числе обследованных оказалось, что 12 человек живут именно при таких условиях.

Затем 19 квартир, где жилплощадь не превышает 1,9 кв. мт. на одного человека, в таких условиях живут 263 человека.

Нормальные условия, т. е. человек располагает отдельной комнатой обнаружено 12 кв. из 521, в 2,3%. Большинство же квартир—70% заселены таким образом, что в одной комнате живет от 4 до 10 человек. Кроме того имеется 12 кв.—2,3%, где в одной комнате живет более, чем 10 человек. Все эти тяжелые антисанитарные условия жизни сосредоточены, главным образом, в 12-ти квартирных домах, сгруппированных в особый поселок «Красная фабрика» с количеством домов 63. В поселке «Красная фабрика» от начала до конца все плохо. Расположен он на самом низком месте, какое только есть на территории г. Надеждинска. Усадьбы не разгорожены, помойных ям недостаточно, т. к. имеется только по одной яме на 12-квартирный дом, ямы очень редко чистятся, а потому они переполнены и жители заливают помоями участок, окружающий дом. В силу этого почва кругом домов страшно загрязнена, так как это выливание помоев куда попало продлевается в течение не одного десятка лет. Поселок «Красная фабрика» возник на ряду с основанием завода, т. е. 30-35 лет тому назад. Результаты сильного загрязнения почвы в настоящее время налицо. Проходя между домами трудно выбрать место, где бы можно не рисковать попасть в застоявшуюся лужу помоев или в кучу кухонных отходов. Всюду отвратительный промозглый запах разлагающихся отходов; впечатление—будто идешь по сплошной помойной яме. Среди этой грязи

копоятся вместе ребятишки и свиньи. Кроме того совершенно нет помещений для дров, а потому дрова хранятся под открытым небом, тут же в грязи у дороги, или же сложены в поленицы около стен дома. Уборные на дворе, снабжены выдвижными ящиками, ящики редко чистятся, а потому они переполнены и содержимое их ползет по земле. Все это создаст ужасную обстановку для живущих в поселке «Красная фабрика». С водой здесь тоже очень плохо. Из имеющихся 5-7 колодцев нет ни одного даже с удовлетворительной водой в санитарном отношении. Да оно и понятно—при таком отчаянном загрязнении почвы и трудно ждать хорошей воды.

Выводы и пожелания: 1) Необходимо немедленно приступить к осушке улиц, особенно в поселке «Красная фабрика» и проложить тротуары. 2) Необходимо более частая очистка помойных ям и ящиков у уборных. 3) Необходимо замена ящичной системы у уборных, уборными с выгребными ямами. 4) Необходимо проведение дезинфекции домов, наиболее страдающих от насекомых. 5) Необходим ремонт квартир, в смысле их утепления, т. к. многие из них совершенно непригодны для зимнего времени.

Частные дома. Частных домов в Надеждинске в три с лишним раза более, нежели домов Комбината, а именно: частных, подлежащих обложению налогом 1732 дома, кроме того новых домов, не платящих налога (поэтому точно не учтены) около 300 домов (цифра из горсовета).

В Комбинатских домах живет 15.600 человек, имеющих ордера и 2.318 человек без ордеров (цифра квартирного отдела Комбината). Всего же населения около 34000 чел. и в частных домах живет около 16.000 человек. Всего частных домов около 2.000. По грубому подсчету выходит, что частные дома заселены так: 8 чел. на жилой дом. При обследовании больше внимания уделено домам Комбината, а частных всего только удалось взять 94 дома от 2000, т. е. 4,7%; конечно, процент очень незначительный, но поскольку отмечается большое однообразие частного строительства, то кое-что можно сказать и по этому материалу. Цифровые данные по частному строительству дают возможность сказать следующее: все участки, как правило, огорожены. Надворными постройками частные дома обеспечены лучше, нежели комбинатские. Имеется 65 бань в 94 домах,—69%. Уборными дома также лучше обеспечены, хотя уборные имеют очень примитивное устройство, но все же имеются на 94 дома 49 выгребных ям, т. е. 52% домов с выгребными ямами. С помойными ямами дело обстоит очень плохо, всего только 3 ямы на 94 дома, т. е. 3,2%. Что касается фундамента, то тут еще хуже того—нет ни одного дома на фундаменте.

Вода в подпольи тоже имеется в порядочном количестве домов, а именно: в 17 из 94—18%.

Относительно грязного содержания дворов частные дома стоят впереди комбинатских. Высота жилых помещений частных домов: 100 квартир из 103 имеют высоту ниже 3-х метров. Что касается количества комнат в квартире, то и частные дома многокомнатностью не отличаются, приблизительно в таких же соотношениях имеем цифры по этому вопросу, как и в Комбинатских домах.

С искусственным освещением в частных домах дело обстоит относительно хуже, нежели в комбинатских. Частных квартир без форточек 91%, тогда как квартиры Комбината до 70,6% имеют форточки, это большое достижение.

Штукатуренных домов совершенно нет; крашенные полы имеют больше 50% квартир.

В смысле заселения картина приблизительно та же, что и в Комбинатских, тоже большинство семей ютится в одной жилой комнате. Чужие жильцы имеются в 41 кв.—43%. В смысле обеспечения жилищной площадью особенных

улучшений нет и в частных квартирах. По количеству лиц в одной комнате частные квартиры имеют большой процент за группой, где в одной комнате живут 2-3 человека, тогда как в комбинатских квартирах самая большая цифра падает на группу 4-5 человек на одну комнату. Социальное положение жильцов частных квартир несколько отличается от квартир Комбината. В частных мы имеем 16 квартир из 94 заселенных «прочими»—17%, в Комбинатских квартирах исключительно живут рабочие и служащие. Кухнями жильцы частных квартир обеспечены вполне, т. к. на 103 квартиры имеется 101 кухня. Что касается газа и сырости в квартирах, то, приблизительно, те и другие квартиры находятся в одинаковых условиях. Со стиркой дело обстоит лучше. Часть квартир, а именно 16 из 94, стирают вне дома, вероятно, в банях, тогда как в квартирах Комбината в этой группе стоит всего одна квартира из 521. Теплых квартир частных относительно больше, по сравнению с Комбинатскими. Готовят пищу больше половины в кухнях, а хранят продукты в специальных помещениях 59 квартир, т. е. больше 50%, тогда как в Комбинатских квартирах в этой группе стоит всего 13 квартир из 521.

Относительно обеспечения населения отдельными кроватями одинаково плохо как в частных квартирах, так же и в Комбинатских.

Новое строительство. К новому строительству в Надеждинске было приступлено с 1924 года и по настоящее время выстроено около 80 домов.

Все эти дома деревянные, двухэтажные и, кроме 6 общежитий, все 8 квартирные. Все эти дома заселены. В настоящее время (т. е. летом 1928 г.) еще строится в Надеждинске 10 домов деревянных, двухэтажных 8-квартирных и 3 кирпичных, трехэтажных, 12-квартирных. Дома последнего типа, т. е. 12-квартирные кирпичные, строятся с центральным отоплением, общей пекарней, общей прачечной и другими хозяйственными приспособлениями. Все помещения общего пользования размещены в нижнем полуподвальном этаже.

Все дома нового строительства, за небольшим исключением, сгруппированы в два отдельных поселка, один из них, так называемый, Зеленцовский, совершенно обособлен от города и состоит из 28 почти однотипных домов. Второй поселок Богословский тесно сливается с городскими кварталами и с трех сторон окружен домами старого строительства. В Богословском поселке насчитывается около 50 домов.

Оба поселка расположены в низкой части города, особенно Зеленцовский, стоит на границе с болотом. Повидимому, при выборе места для вновь строящихся поселков на рельеф местности совершенно не обращалось внимания, а больше преследовались чисто строительно-технические цели, т. е. удобства подвозки строительного материала, т. к. оба поселка расположены по сторонам железнодорожной линии, других преимуществ этот район никаких не имеет. Кроме того оба поселка расположены в самых невыгодных условиях по отношению к углевыжигательным печам,—как раз по пути движения дыма от углежжения. Мысль, что при выборе мест для поселков больше считались с удобствами строителей, а не с санитарными требованиями по этому вопросу, подтверждается еще раз и в нынешнем году. Строят 3 каменных 12-квартирных дома в самом центре города, располагают их один от другого на близком расстоянии и опять в соседстве с железнодорожной линией, несмотря на то, что в распоряжении города есть места более высокие, сухие и вдали от углежжения. Обследование нового строительства проводилось таким образом: все дома были разбиты на 5 отдельных типов. В отдельную группу—тип выделялись дома одного года постройки, во первых и во вторых, имеющие какие либо признаки общие для

всей группы. Первые 4 типа домов имеют много общего по своей конструкции и отличаются только деталями. Пятый тип дома—общежития резко отличаются от всех других. Для характеристики нового строительства взято для обследования по два дома от каждого типа.

I-й тип: Дома постройки 1924-25 года в количестве 12 можно выделить в особый тип (расположены в Богословском поселке), все они деревянные двухэтажные, 8-ми квартирные, квартира состоит из 1 комнаты и кухни с жилплощадью 18,0 кв. метров. С отдельным ходом и сенями. При каждой квартире имеется холодная уборная и отдельный чулан. Во дворе конюшня, сарай для сена для каждой квартиры. Совершенно нет помещений для дров. Помойная яма одна на 4 квартиры.

II тип. Дома постройки 1925-26 г. в количестве 17 домов характеризуются следующим: двухэтажные, деревянные, 8-ми квартирные; квартира состоит из 2-х комнат и кухни с жилплощадью 29 кв. метров. Вход общий на 4 квартиры, две внизу, две вверху. Во всех квартирах имеются теплые уборные (люфт-клозеты), но ими жители не пользуются, так как они быстро засоряются и издают зловонный запах по всей квартире. В настоящее время теплые уборные используются как чуланы, так как чуланов нет, а есть не большие помещения перед уборной в виде чулана. Уборные построены досчатые, во дворе по 2 уборных на каждый дом. Помойных ям нет, все отбросы и помои удаляются во двор и на улицу. Из надворных служб нет дровяников.

III. Ближе к этому типу подходит тип домов, в количестве 23, построенных в 1925-26 г. и расположенных в Зеленцовском поселке. Отличие этих домов от предыдущих заключается, главным образом, в лицевом фасаде, а именно—лицевой фасад имеет два выступа в концах дома, в которых помещаются лестничные клетки и часть комнат крайних квартир. Кроме того, коридоры двух рядом лежащих квартир располагаются перпендикулярно друг к другу, а в предыдущем типе коридоры расположены один против другого по прямой линии. Что касается уборных, так они также теплые, но используются, как чуланы, потом же причинам, что и в предыдущем типе. Уборные тоже во дворе. Чуланов нет, есть опять такие же небольшие клетушки перед уборной. В остальном эти дома также двухэтажные, деревянные, 8-ми квартирные, квартиры из 2-х комнат и кухни. Жилплощадь 30 кв. метров.

Дальше идет **4 тип** домов в количестве 19, постройки 1926-27 г., также двухэтажные, деревянные и 8-ми квартирные.

Квартира состоит из двух комнат и кухни, с жилплощадью 29 кв. м. Одинадцать домов расположено в Богословском поселке, 5 в Зеленцовском и три дома в центре города. Небольшое отличие этих домов от домов двух предыдущих типов то, что здесь имеются специальные кладовки для каждой квартиры. Кроме того, печки во всех предыдущих домах четырехугольные, а в 4 типе—круглые.

5-й тип домов, общежитий в количестве 6 в Надеждинске и 2 общежития в Богословских копиях, дома постройки—1927 г., двухэтажные, деревянные с общей кухней и столовой в нижнем этаже. В каждом общежитии имеется 19 жилых комнат—квартир. С двумя теплыми уборными (люфт-клозетами) на каждый этаж. Кроме того имеются в обоих этажах помещения для ванн, но ванн нет, есть умывальные комнаты, но в некоторых общежитиях эта комната используется как кладовая. Теплые уборные по плану намечены во всех общежитиях, но приспособлены они еще не во всех. Общие столовые используются не по назначению, а именно в них стирают, сушат белье и спят (из комнат «выживают» клопы). На каждое общежитие имеются только три кладовки, жильцы жалуются, что негде хранить продукты. Кроме

того много поступило жалоб на то, что очень мала в кухне русская печь, еле помещается в печку три небольших листа, а количество хозяек, пользующихся печкой столько, сколько комнат, т. е. 18-18.

Жильцы настоятельно просили поставить им еще русскую печь в верхнем этаже. Надворных служб при общежитиях совершенно нет. Нет места для скота и дров.

Этими пятью типами исчерпывается все новое строительство г. Надеждинска до лета 1928 года. Все эти дома, в сравнении со старыми домами, имеют следующие преимущества:

1) квартиры или совершенно изолированы, как первый тип, или только общий вход на две квартиры. Квартиры отделены одна от другой капитальными стенками. Большинство квартир имеют 2 жилых комнаты. В домах же старого строительства большинство квартир—одна комната с русской печкой, значит она же кухня или же одна комната с кухней. Во многих старых домах казармах—квартиры отделяются одна от другой досчатыми перегородками. Попытка в новом строительстве дать теплую уборную на каждую квартиру пока не увенчалась успехом. Этот неуспех, повидимому, зависит от трех главных причин: во 1-х) неумение жителей пользоваться теплой уборной, 2) ставятся очень узкие фановые трубы, 3) недостаточно уделено внимания рациональному строительству вытяжек,—так если посмотреть на планы, то у большинства квартир, а также и фактически, уборные устроены вдали от печей, а поэтому, если и есть приспособления для вытяжек, то они не будут хорошо действовать, поскольку нет побудительной силы, т. е. нагревания этой вытяжной системы. Кроме того совершенно не уделяется внимания устройству герметически закрывающихся выгребов, что является опять одной из причин порчи воздуха в помещении от уборной.

Второй недостаток новых домов это или полное отсутствие вспомогательных помещений (чулан, кладовка, дровяник), или эти кладовки очень малы. Кроме того строительный материал был сырой, так как отмечается большое количество щелей в стенах, полах, потолках и других частях здания. Частые жалобы на то, что с потолка сыплется земля, а если квартира в нижнем этаже, то и льется вода при мытье полов в верхнем этаже. В нижнем этаже очень холодно с пола—это жалоба всех жильцов нижних этажей. Насолько холодно, что вода на полу в зимнее время замерзает.

Затем большим злом является отсутствие помойных ям, в силу чего не только двор, но и участок около дома весь залит помоями. Дворы после постройки не приведены в порядок, строительный мусор разбросан по всему двору, или же, сваленный в кучи, лежит до сих пор. У многих домов нет водосточных канав, нет тротуара.

К недостаткам планировки новых поселков нужно также отнести—отсутствие мест под огороды, особенно это чувствительно в Надеждинских условиях, где вопрос с овощами стоит очень остро, приобрести овощей совершенно негде. Что касается заселения новых домов, то оно идет точно таким же образом, как и старое жилье,—езде тесно, везде мала жилплощадь на одного человека. Также в домах 8-ми квартирных поселяются 16 и более семей. В силу ненормального заселения новые дома скоро будут приведены в такое же антисанитарное состояние, как и старые.

Кроме того, как правило, дома еще не совсем отделанными уже заселяются, так как ощущается громадный недостаток в жилых помещениях. Это лишний раз подтверждает, что дома скорей будут приведены в негодность, например, намеченные по плану уборные и помойные ямы еще не устроены, а дома уже по году и больше эксплуатируются и участок около дома приводится в ужасное состояние.

Выводы. 1) Мало уделено внимания выбору мест под новое строительство.

2) Зеленцовский поселок (28 домов) совершенно не обеспечен доброкачественной питьевой водой.

3) Не приведены дворы и улица в порядок.

4) Отсутствие уборных и помойных ям.

5) Квартиры не обеспечены кладовыми чуланами, погребами, а некоторые и надворными службами.

6) Поголовная жалоба жителей на холод в новых квартирах.

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕНИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ БАРДЫМСКОГО И КУЕДИНСКОГО РАЙОНОВ САРАПУЛЬСКОГО ОКРУГА.

А. М. РОДИГИНА.

(Ассистент Глазной Клиники Пермского Государственного Университета)

В течение летних месяцев 1927 и 1928 г. г. нам пришлось работать с глазным отрядом в Сарапульском округе, Уральской области. Глазным отрядом за это время, кроме меня, посменно заведывали: в 1927 г.—ассистент Пермской глазной клиники, д-р Г. Г. Логинов, летом 1928 г. ординатор той же клиники д-р К. М. Карандашева. В результате этой работы накопился довольно большой материал, рисующий распространение глазных болезней и слепоты, а также и состояние специальной глазной помощи в округе.

Сарапульский округ, занимая юго-западную часть Уральской области, находится в непосредственном соседстве с Татарской и Башкирской республиками и Вотской областью. Близость национальностей сильно отразилась на национальном составе населения округа. По данным переписи 1926 года в округе числится 482.663 ч. жителей. Из них русских—434.934 ч., татаро-башкир 36.703 ч., вотяков 8.374 ч. и марийцев—2.245 человек.

Уже давно Сарапульский округ известен, как один из наиболее пораженных глазными болезнями, в частности, трахомой. Глазные отряды Попечительства о слепых в прежнее время почти ежегодно посылались в Сарапульский уезд: проф. Н. И. Андогский в 1900 году, д-р Игнатьев—в 1903 г., д-р Адамюк—в 1905 г., д-р Трапезонцева—1906 г., д-р Эгиз-Крым—в 1907 г., д-р Чистяков П. И. в 1908 г., д-р Макарьева в 1909 году и д-р Гуковский в 1910 году. Трахоматозные больные составляли в среднем 46—47 проц. (Андогский, Адамюк, Игнатьев) всего числа больных. Особенно распространена трахома среди вотяков, недаром ее называют «вотской болезнью». По данным Андогского и Адамюка трахома у вотяков встречается в 75-80 проц. случаев.

В настоящее время глазная помощь оказывается населению округа в 3-х городах; Сарапуле, Осе и Воткинске, где имеются глазные отделения при больницах и, кроме того, в течение нескольких последних лет занимался лечением глазных болезней участковый врач Рябковский районной больницы. В остальных районах специальная глазная помощь отсутствует.

Глазные отряды двух последних лет, сформированные Уральским Областным Здравоотделом из врачей и студентов Пермского Государ-

ственного Университета, развернули свою деятельность в Бардымском и Куединском районах округа, населенных, главным образом, башкирами и вотяками.

В Бардымском районе из 43.784 чел. жителей 33.590 чел. татаро-башкир и 8.850 чел. русских. Куединский район в главной массе населен русскими, из других народностей в значительном числе живут вотяки (15 проц. всего населения района). Оба района чисто сельско-хозяйственные. В Бардымском—некоторая часть жителей, в качестве подсобного ремесла, занимается выделкой кож, мочала и т. д.; в Куединском районе не имеется никакой кустарной промышленности. Зимой мужское население района уходит из дому на заработки.

Жизнь русского населения в общем мало отличается от таковой в любой русской деревне Уральской области. В Куединском районе много старообрядцев, живущих целыми селениями. Они крепко держатся старых обычаев и обставляют свою жизнь многими нелепыми условностями и вредными предрассудками. Имеют своих лекарей и знахарок и неохотно обращаются в больницу.

Вотяки более зажиточны, чем башкиры. Их деревни выгодно отличаются от башкирских своими большими домами, чистым двором с колодцем, наличием надворных построек. Вид башкирского поселка производит безотрадное впечатление убожеством строений, крытых соломой, грязных, тесным двором и общим характером запущенности и бесхозяйственности. Последнее делается понятным, если вникнуть во внутренние условия жизни той и другой народности. Вотyak домовит, трудолюбив, любит свое хозяйство и содержит его в порядке. Башкир по натуре своей кочевник, он чувствует себя хорошо только на коне, он любит передвижение. Недаром среди них много наездников и ямщиков. На свое хозяйство они мало обращают внимания, предоставляя его вести женщинам и старикам. Санитарное просвещение еще не коснулось ни башкирского, ни вотяцкого населения округа. Условия их домашнего быта крайне примитивны и антисанитарны.

В Бардымском районе глазной отряд 1927-го и 1928-го годов работал в общей сложности около 6 месяцев, в Куединском—около 2-х месяцев. В первом, по месту работы, районе отряд развернул свою деятельность при Бардымской районной больнице, где был выделен стационар на 15 коек и открыто в ближайшей деревне общежитие для проходящих больных. Амбулаторный прием больных производился в амбулатории больницы после окончания общего приема. В Куединском районе глазной отряд работал при Аряжской районной больнице.

Условия работы были в общем одинаковы в обоих районах.

За 8 месяцев работы глазного отряда лечебной помощью пользовалось 6.712 чел. больных. Амбулаторных посещений ими сделано 12.103. Большинство больных приезжало из ближних деревень, не далее 30—40 верст. Отряд обслуживал преимущественно данный район.

Более половины амбулаторных больных 3438 ч. (51,2 проц.) составляли женщины, мужчин посетило амбулаторию 1938 (28,8 проц.) и детей—1336 ч. (19,9 проц.).

Грамотных среди взрослых больных не более 30 проц. Грамотная башкирка или вотячка—большая редкость. По национальному составу принято татаро-башкир—3858 чел., русских—2552 чел. и вотяков—302 чел. Наиболее отдаленными были вотяцкие поселки и процент посещаемости

амбулатории вотяками оказался очень мал. Социальный состав больных — крестьяне, более, чем в 90 проц. случаев. Больные в амбулатории встречались всех возрастов, но наибольшее число их приходится на самый трудоспособный возраст от 20 до 50 лет.

Главный контингент составляли трахоматозные больные. Из 6.71 ч. первичных больных с трахомой оказалось 3435 чел. (51,1 проц.). По национальностям трахоматозные больные дали довольно различные цифры заболеваемости:

Национальность	Всего принято	Число тра- хоматозных	% заболе- ваемости трахомой
Башкиры	3858	2725	70
Русские	2552	513	20,1
Вотяки	302	197	65

По амбулаторным данным наиболее высоко стоит заболевание трахомой у башкир (70 проц.), незначительно ниже (65 проц.), у вотяков и сравнительно небольшое количество заболеваний у русских (20 проц.).

Цифры, рисующие возраст трахоматозных больных, образуют кривую с двумя под'емами: один для 14 летнего и второй — для 30 летнего возраста. Далее заболеваемость трахомой постепенно понижается и круто падает к 70-ти годам.

Среди трахоматозных больных 70 проц. неграмотных. Женщины сильнее заражены трахомой, чем мужчины и дети.

Группы больных	Количество принятых	Количество трахоматоз- ных в абс. цифрах	В проц.
Дети	1336	685	51,2
Мужчины	1938	825	42,8
Женщины	3438	2025	58,1

Половина трахоматозных больных страдает рубцовой трахомой 1775 ч. (51,5%). Больные с I и II стадией трахомы встречались почти в равном количестве: 886 ч. или 25,7 проц. — с I стадией и 774 чел. или 22,5 проц. со II стадией. Между периодом трахомы и возрастом больных существует прямая зависимость: чем моложе возраст больных, тем чаще мы находим трахому в начальном периоде. У лиц среднего и пожилого возраста преобладают II и III формы. Такое же соотношение выясняется между стадией трахомы и ее осложнениями:

Группы больных	Т р а х о м а				Осложнения со стороны		сего	Процент
	I	II	III	Всего	Век	Роговицы		
Дети до 1-го года	27	1	—	28	—	—	—	—
» 9-ти »	66	12	2	80	4	7	11	13,7
» 15-ти »	85	59	32	176	8	21	29	16
Мужчины	38	80	248	366	69	83	152	41,5
Женщины	120	236	334	690	219	249	468	67,8

Дети до одного года почти все болеют начальной формой трахомы, протекающей без осложнений. У детей до 9-ти лет уже отмечаются более поздние стадии, дающие до 13 проц. осложнений, главным образом, со стороны роговой оболочки. К 15-ти годам треть трахоматозных детей уже имеет рубцовый период трахомы с довольно большим процентом осложнений (16 проц.).

Из последней таблицы видно, что у женщин наиболее распространены формы трахомы с огромным числом осложнений со стороны век и роговой оболочки (67,8 проц.). У мужчин трахома протекает значительно легче, но все же в 41 проц. случаев сопровождается осложнениями.

Отмечается резкое различие в количестве осложнений трахомы среди башкир и вотяков. У башкир эти осложнения дали 64 проц., а у вотяков — 25 проц. всех случаев трахомы каждой национальности. По этим данным можно судить о той опасности неизлечимой слепоты, которая грозит башкирскому населению.

Сравнительно редко встречаются у башкир скрофулезные заболевания глаз. Нельзя не отметить печальный факт деревенской действительности — несколько случаев блефаррита глаз у новорожденных русских детей.

Для того, чтобы не загромождать статьи таблицами мы укажем здесь только цифры, характеризующие распространение глазных болезней по отдельным оболочкам глаза:

болезни соединительной оболочки и век	6.115
» роговой оболочки	1.481
» склеры	22
» радужной оболочки	146
» сосудистой оболочки	92
» сетчатки и зрительного нерва	145
» хрусталика	306
» стекловидного тела	5
» слезных органов	159
» нервно-мышечного аппарата	53
» глазного яблока в целом	163
аномалии рефракции и аккомодации	492

Всего 9.179

Неизлечимая слепота отмечена у 412 амбулаторных больных. Неизлечимо-слепых на оба глаза в каждом районе по данным амбулатории оказалось 1,6 проц. к общему числу принятых больных. Наибольший процент неизлечимо-слепых падает на средний возраст—от 30 до 50 лет. Из 412 неизлечимо-слепых 195 чел. (47,3 проц.) русских, 185 чел. (44,9 проц.) татаро-башкир и 32 (7,7 проц.) вотяка.

Из причин неизлечимой слепоты на первом месте стоит трахома (31 проц. в Бардымском и 16 проц. в Куединском районе), далее—оспа (25 проц. в Бардымском и 13,5 проц. в Куединском), главкома и ксероз роговых оболочек (до 5 проц.) и т. д.

Травматические повреждения глаз сельско-хозяйственного характера в Куединском районе дают до 16 проц. неизлечимой слепоты; болезни роговицы другого происхождения—до 6 проц.

В ряде причин, вызывающих излечимую слепоту, необходимо отметить большое число катаракт на почве отравления спорыньей. За время работы глазного отряда встретился 31 случай рафанической катаракты. Обычно она была двухсторонняя у лиц женского пола в возрасте от 15 до 40 лет.

В 1926 году население Сарапульского округа пережило эпидемию рафании, от которой наиболее пострадали Бардымский и Куединский районы. Через 1½—2 года после эпидемии у некоторых лиц, перенесших эту болезнь, развились катаракты. Многие из рафанических больных подверглись операции экстракции катаракты с благоприятным исходом.

Через стационар глазного отряда прошло 337 больных с общим количеством в 3441 койко-дней, в среднем по 10 дней на каждого больного. Операций за это время произведено 915, оперативных пособий 437. По поводу катаракты сделано 116 операций (12,6 проц.), а по поводу трахомы 517 (56,5 проц.).

Материалы амбулатории и стационара глазных отрядов показывают, таким образом, что глазные болезни, в особенности трахома, попрежнему сильно распространены здесь среди населения и оперативный материал весьма значительный. Приведенные цифры характеризуют все же больше обращаемость населения к глазной помощи и поэтому для суждения о распространенности глазных заболеваний особо важное значение должна иметь обследовательская работа глазного отряда.

Обследовательская деятельность глазного отряда за летний период истекших двух лет представляется в следующем виде. Наибольшим материалом по вопросу о распространении глазных болезней мы располагаем относительно башкирского населения.

Нами произведено обследование 14 башкирских деревень, осмотрены глаза учеников в 10 школах и глаза детей в одном детдоме и в одних детских яслях. Всего осмотрено 5171 башкир. Значительно меньшее число вотяков подверглось нашему обследованию. Осмотры совпали с разгаром жатвы, когда все взрослое и трудоспособное население было с утра до вечера на полях, не исключая и праздничные дни. В деревнях же оставались одни старики и дети. В 4-х вотяцких деревнях осмотрено 722 человека, включая в это число и детские ясли. Русское селение обследовано только одно исключительно с целью сравнения—238 человек.

Общее количество осмотренных 6.140 чел., что составляет 42,5 процентов всего числа жителей обследованных деревень. В некоторых деревнях удавалось обследовать до 85 проц. населения, но чаще не более

40 проц. Из 5171 чел. осмотренных башкир обнаружено 1782 чел. трахоматозных больных (34,5 проц.), а из 722 обследованных вотяков 418 (57 проц.). Судя по данным амбулатории, можно было думать, что башкиры более поражены трахомой, чем вотяки, но в действительности оказалось обратное. Близкое соседство с вотяками, повидимому, отражается и на заболеваемости трахомой других народностей. Башкиры и русские, живущие в Куединском районе, в тесном общении с вотяками, дают больший процент зараженности трахомой, чем в Бардымском районе.

Среди групп обследованного населения без различия национальности, женщины поражены трахомой в большей степени, чем мужчины и дети. Из 1982 женщин—трахоматозных 947 чел. (47,7 проц.), из 1147 мужчин—трахоматозных оказалось 421 (37,5 проц.) и среди 3011 детей страдающих трахомой обнаружено 832 чел. (27,6 проц.). Значительно резче выступает групповое различие при учете каждой национальности отдельно. В вотяцких селениях до 61 проц. женщин, до 56 проц. мужчин и до 44 проц. детей болеет трахомой.

При осмотре встречались все стадии трахомы, при чем количество случаев первой стадии ничуть не уступает числу случаев третьей стадии. На вопрос, какие формы трахомы преобладают в каждой группе населения отвечает следующая таблица:

Группы населения	Общее количество трахоматозных	Т р а х о м а		
		I	II	III
Мужчины	208	41 (19)	40 (19)	127 (61)
Женщины	449	67 (14,4)	108 (24)	274 (61)
Дети до 15 лет . . .	476	336 (71)	109 (22,9)	26 (5,5)

Начальная стадия трахомы, редко встречающаяся у взрослых (14—19 проц.), сильно распространена у детей (71 проц.). Второй период трахомы найден приблизительно с одинаковой частотой у всех групп населения (19—24 проц.). Трахома рубцовая дает совершенно обратные отношения, чем I стадия: мужчины и женщины ею болеют в одинаковой степени (61 проц.), дети очень редко (5,5 проц.). Этими цифрами подтверждается взгляд о заражении трахомой в детстве. Осложнения трахомы заворотом век, раппис'ом, ксерозом роговой оболочки очень часты: у женщин они составляют 46 проц., а у мужчин—17 проц. всех случаев трахомы в III стадии.

В обследованных башкирских селениях неизлечимо-слепых на оба глаза найдено 24 человека, т. е. почти 0,4 проц. из общего числа осмотренных. Показатель неизлечимой слепоты очень высок—40. Среди вотяков мы не встретили ни одного неизлечимо-слепого на оба глаза, но небольшое число обследованных не дает права сделать какие-либо выводы в этом отношении. Обследование русского населения выявило 1-го неизлечимо слепого или 0,4 проц. из общего числа осмотренных русских.

Согласно с данными амбулатории и в обследовательском материале главными причинами слепоты являются трахома и оспа, затем повреждения глаз при сельско-хозяйственных работах и болезни роговицы.

Казалось бы, что при таком распространении трахомы трудно найти здоровую семью, но, к удивлению, таковые встречаются. Так, в Куединском районе, в наиболее пораженных трахомой вотяцких деревнях из 221 семьи 40 оказались со здоровыми глазами (18 проц.), 57 семей (25 проц.) поражены трахомой поголовно. В 44 семьях (20 проц.) все члены семьи здоровы, кроме одного. В 5 семьях больные трахомой отец и мать, а дети здоровы. Вся семья заражена трахомой, за исключением (одного в 22 семьях (10%). В одной семье из 8 человек трахома найдена у годового ребенка и его 8-ми летней няньки и т. д.

На основании изложенного материала можно сделать следующие выводы:

1. Оба района должны считаться неблагополучными по трахоме так как трахоматозные больные составляют 51,1 проц. всех амбулаторных больных, а по данным поголовного осмотра трахома встретилась среди башкирского населения в 34,5 проц., а среди вотяцкого населения даже в 57 проц. всего числа осмотренных.

2. Показатель неизлечимой слепоты—40 для данной местности—очень высокий.

3. Главные причины неизлечимой слепоты в обследованных районах в большей своей части устранимы, как: трахома, оспа, бленнорея.

4. Специальная глазная помощь в данных районах не оказывается и потому среди населения встречаются крайне запущенные формы трахомы с тяжелыми осложнениями, требующие неотложного хирургического лечения. Крайне необходимо открытие постоянного глазного пункта в указанных районах, в виду большого распространения трахомы и других глазных болезней в этой местности.

5. Глазной пункт должен находиться в самом очаге трахомы, в частности для Куединского района—в центре вотяцких селений, так как дальность расстояния не позволяет в полной мере использовать помощь специалиста.

6. Требуется обратить внимание на борьбу с трахомой среди школьников (24 проц. трахоматозных среди школьников).

7. Необходимо провести все возможные мероприятия к снабжению жителей обоих районов доброкачественным хлебом, чтобы совершенно изжить заболевание рафанией, которая, помимо тяжелых расстройств организма, дает весьма значительный процент слепоты.

8. Пока данные районы не обеспечены постоянной глазной помощью, глазные отряды имеют громадное значение не только с лечебной стороны, но и как разведчики глазной заболеваемости.

САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕРМСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ.

Д-р М. Н. СЕРЕБРО (Свердловск).

Пермская ж. д. принадлежит к одной из наиболее крупных дорог в Союзе ССР. Имея общее протяжение 4204 килом., Пермская ж. д. охватывает своими ветвями и линиями огромную территорию Урал-Области и тяготеющих к ней Вятской и Северо-Двинской губерний, Вотской и Коми-Областей и Башреспублики.

Начинаясь от реки Северной-Двины (ст. Котлас—около 61° 20', сев. широты и 46° 55' вост. долготы от Гринвича) дорога проходит по мощному лесному массиву

почти до самой ст. Мураши; вступая далее в водораздел бассейна рек Вятки и Сев. Двины, она широкой болотистостью поймой подходит к ст. Вятка. Отсюда длинной дугой, обращенной выпуклостью к югу, дорога главной магистралью своей тянется на восток до ст. Тюмень (57° 10' сев. широты и 52° 32' вост. долготы от Гринвича), проходя сначала по земледельческо-лесной полосе Вятско-Ветлужского края, в дальнейшем к востоку от Перми пересекает горные кряжи Урала.

При этом главной своей линией, на участке Кузино-Свердловск, дорога пересекает средний Урал в самом узком и низком месте хребта; горнозаводская же линия, минуя левый берег реки Чусовой, сейчас же теряется в горах и у ст. Бисер достигая своей высшей точки над уровнем моря (460 метров); у ст. Хребет-Уральский дорога переваливает на восточный склон Урала и от Свердловска дальше на восток выходит на широкую западно-сибирскую равнину. Вся линия Кузино-Берляш и половина линии Чусовская-Солегарни проходят вдоль Уральского хребта по западному его склону: 1-я на юг (от Кузино), 2-я на север (от Чусовской).

При таком разнообразии в топографии местности, занятой дорогой и ее большим протяжении естественно ожидать и те климатические особенности, какие в действительности и наблюдаются на различных участках дороги. Это прежде всего значительные разности температур в связи с различной высотой того или иного пункта над уровнем моря, а также и теми своеобразными условиями, кои свойственны местностям с горным рельефом (положение станции на вершине, в котловине на склоне).

С другой стороны, благодаря удаленности рассматриваемого нами района от моря с теплыми течениями, средняя температура зимы здесь довольно низка, а лето жаркое, как в юго-западной части СССР; весна и осень здесь довольно резко выражены, а колебание температур от одного дня к другому бывают значительны.

Все это указывает на резко выраженный континентальный характер климата района дороги, как и вообще всей Уральской области. В то же время количество атмосферных осадков с приближением к западному склону Уральского хребта заметно увеличивается, что при наличии водонепроницаемых пластов почвы способствует сильному развитию заболачивания, особенно в северной и северо-западной части дороги. Помимо того, что заболаченности являются сплошь и рядом хорошим местом гнездования малярийных комаров, холодные болотные почвы оказывают вредное влияние на здоровье человека и причиняют немалый вред сельскому хозяйству. Горные участки дороги, вследствие каменистой почвы, почти совсем недоступны для земледельца.

Таким образом, жизнь железнодорожников на многих участках дороги, чрезвычайно трудна и вследствие своеобразных климатических условий Урала и вследствие ограниченных возможностей в ряде районов заниматься огородничеством и земледелием, что могло бы значительно облегчить их существование.

Что касается численности населения на П. ж. д., то скольконибудь точных данных в этом отношении мы здесь представить не можем, ибо учет транспортного населения обычно ведется различными учреждениями и организациями на дороге. (Правления дорог, Страховка, Профсоюзы), преследующими при этом и различные цели самого учета населения. Поэтому мы можем лишь косвенно и не вполне точно установить цифру населения на дороге в 198936 чел., из них застрахованных 47130 чел. (мужчин 42577 и женщин 4555).

Показатели естественного движения населения на дороге, по данным Страховки (по числу выданных пособий на детское приданое и погребение сравнительно благоприятны. На 1000 чел.:

	1925 г.	1926 г.	1927 г.
Рождаемость	39,7	44,2	42,5
Смертность	19,3	19,2	23,2
Прирост	20,4	25	19,3

Переходя к характеристике санитарного состояния дороги, необходимо подчеркнуть здесь сугубое значение вопросов широкого и индивидуального оздоровления на транспорте, ибо всякое неблагополучие здесь может тяжело отразиться на санитарном благополучии всей страны. Помимо той опасности, какую таит в себе транспорт, в смысле рассеивания по стране

различного рода заразных заболеваний, само психофизическое состояние транспортного работника не безразлично для тех сотен тысяч людей, коих он фактически обслуживает. Не даром Бремер*) на этот счет замечает, что «здоровье и бодрость жел.-дор.-персонала оказывает на здоровье и жизнь пассажиров не меньшее влияние, чем качество подвижного состава и способ его эксплуатации».

С другой стороны, и сами пассажиры, вынужденные иногда по несколько суток проводить в отличных от домашней обстановки условиях, подвергаются определенным вредностям вследствие неудовлетворительного или недостаточного водоснабжения, питания, вентиляции и проч. и так же неблагоприятно влияют на обслуживающих их железнодорожников.

За короткий сравнительно период мирной работы по восстановлению жел. дор. хозяйства и, в частности, у нас на П. ж. д. была проделана огромная работа по благоустройству. Вокзалы, служебные и дежурные помещения, мастерские и депо подверглись необходимому ремонту и пополнились инвентарем и оборудованием; подвижной состав приведен в порядок, пути и прилегающая к ним полоса отвода очищены и содержатся в общем удовлетворительно. Однако, целый ряд факторов крупного санитарно-гигиенического значения еще ждет своего радикального разрешения. Это прежде всего неудовлетворительное водоснабжение и ассенизация, острый жилищный кризис, негигиенические условия труда, вредности старого быта и проч. обуславливающие не малую, в сравнении с другими профессиями, заболеваемость железнодорожников.

Из отдельных моментов, сюда относящихся, коснемся прежде всего водоснабжения. По данным обследования санитарной организацией в 1987 населенных пунктах дороги имеется 2092 источника водоснабжения, при чем наземными водами пользуются в 30,4 проц. (636 источников) и грунтовыми в 69,6 проц. общего числа источников (1456 источников). Несколько больший процент использования наземных вод на П. ж. д. в сравнении со средним процентом соответствующих источников водоснабжения по всей сети дорог РСФСР (20,1%**) можно объяснить лишь богатым орошением р-на П. ж. д., где налицо крупные озера в юго-восточной части дороги, а также мощные бассейны рек Вятки, С. Двины, Камы, Тавды, Туры и др., кои не только берут здесь свое начало, но и на значительном протяжении прорезывают район дороги.

Наземными водами довольно широко пользуются на крупных населенных пунктах дороги—станциях и разъездах—в 35,2% (147 источников) и где имеется большой расход воды для технических надобностей; грунтовыми водами пользуются в 64,8 проц. (272 источника). На перегонах (будках, казармах и проч.), где потребность в воде меньше, использование наземных вод лишь в 29,1 проц. (488 источников), а грунтовых в 70,9 проц. В качестве источников грунтовых вод служат в подавляющем большинстве шахтные колодцы, затем родники и буровые скважины (последних на дороге 6). Место расположения колодцев зачастую неудачное и обусловлено больше «удобствами»—поближе к баням, к коровникам и квартирам—нежели соображениями санитарного порядка. Оборудование и устройство колодцев весьма примитивное: в подавляющем большинстве случаев деревянные срубы без крышек, нуждающиеся в капитальном ремонте.

*) Л. Бремер. Железнодорожная гигиена. 1998 г.

**) С. Ф. Казанский. Водоснабжение на железных дорогах РСФСР. «Гигиена и эпидемиология», № 7—1927 г.

Состояние водопроводной сети (на станциях в 41,1 проц., на перегонах в 1,1 проц.) для питьевого водоснабжения также оставляет желать много лучшего. Вся конструкция водопроводного водоснабжения имеет в виду, прежде всего, технические надобности—питание паровозов и стационарных паровых котлов и меньше всего интересы питьевого водоснабжения. Местом забора воды служат открытые водоемы, где все факторы загрязнения воды налицо; никаких очистительных приспособлений нет вовсе и тот щебенчато-булыжный фильтр, отмечающийся в описаниях водопроводов, никакого санитарного значения не имеет. Потребитель получает воду из водоразборных кранов; обеспечение домовою сетью очень незначительно и то, главным образом, в служебных и артельных помещениях. Привозное водоснабжение со всеми своими отрицательными свойствами имеет место там, где нет своих источников водоснабжения; на станциях и разъездах в 1,6 проц., на перегонах в 9,3 проц.

В 33,8 проц. грунтовая вода оказывается неудовлетворительной или сомнительной, носит в себе следы загрязнения источников и требует постоянной проверки. В ряде пунктов вода зимой и летом удовлетворительна, а весной и осенью становится совершенно негодной, чем значительно повышается процент негодных источников водоснабжения. Острота положения для пассажиров смягчается широким применением кипяченой воды: 158 населенных пунктов дороги имеют постоянно-действующие водогрейки и кипяильники специальной системы, в том числе «Титан», отпускающие кипяток к приходу каждого пассажирского поезда. Надзор за источниками водоснабжения ведется с возможной полной: вода контролируется систематически в центральной и подвижной санит.-гигиенических лабораториях, а также в районных лабораториях у санврачей.

Коренное оздоровление водоснабжения, конечно, не может быть осуществлено полностью в течение года, да и даже ряда ближайших лет. Целый ряд мероприятий, проведенных уже по настоянию санитарной организации, заметно подвинул вперед дело улучшения водоснабжения. В настоящее время уже ни один проект водоснабжения не проходит без согласования с саннадзором; им же был предложен новый тип гигиенического бачка, а также новый тип колодца; производятся изыскания новых источников водоснабжения и проч.

Ассенизационное дело, по данным планового обследования, представляется крайне неудовлетворительным. Обследованием было охвачено 1496 населенных пунктов: из них станций 192, жел. дор-рабочих поселков 46 и проч. населенных пунктов на перегонах 1258. Несмотря на достаточное развитие водопроводной сети, на всей дороге имеется только два частично канализованных пункта (Пермь 1 и 2-я). В остальных пунктах применяется исключительно вывозная система, которая осуществляется либо хозяйственным (65 процентов), либо подрядным способом. Как правило, ассенизационные обозы состоят из примитивных бочек, без герметических крышек и наполняются черпаками; пользование герметическими бочками и насосами имеет место лишь на 3 станциях и в 2 железнодорожных рабочих поселках. Очистка производится «по мере надобности», фактически же нерегулярно и недостаточно. По данным обследования в 817 пунктах (55 проц.) отмечается постоянное переполнение выгребов нечистотами. Вывозка нечистот в крупных населенных пунктах производится преимущественно на специально отведенные свалки в 100 пунктах (7 проц.); на перегонах—просто в поле в 897 пунктах (60 проц.) или же разбираются крестьянами на удобрение в 496 пунктах (33 проц.). Большинство свалок в крайне плохом состоянии и только 12 из них (11,6 проц.) специально оборудованы.

Выгреба устроены крайне примитивно: преобладает деревянный сруб; бетонированный выгреб имеется лишь в 6 проц. (90 пунктов). Уборные в жилых домах (старой постройки) преимущественно общего пользования и при том дворовые (в 60 проц.). В новых домах везде люфт-клозеты с вытяжками, присоединенными к русским печам.

Станционные уборные в 8,8 проц. представляют из себя ватер-клозеты, в 5,7 проц. люфт-клозеты; в остальных случаях простые уборные общего пользования. Что касается помойниц, то в большинстве случаев они пришли в ветхость. С хранением и удалением мусора обстоит также неблагоприятно: ни один из мусорных ящиков не отвечает санитарным требованиям.

Санитарной организацией выработан тип выгреба и помойницы, а также гигиенической урны-плевательницы, принятые Правлением дороги для установки по линии. В Свердловске для очистки канализационных масс из нового здания Правления дороги и жилого мещинского дома установлена биологическая станция мощностью на 3200 ведер в сутки и находящаяся под постоянным контролем санорганизации. В ближайшее время намечена дальнейшая замена деревянных выгребов бетонными, а также проведение канализации на ст. Свердловск, Чусовская, Пермь II и Вятка I-я с общей стоимостью работ в 351500 руб. Проработаны и проводятся в жизнь правила ассенизации на дороге.

Борьба за здоровое жилище проводится санорганизацией как в отношении уже существующих жилищ путем проведения специального надзора и санпропаганды, так и в процессе нового жилищного строительства. Санитарной организацией было обследовано по определенной программе 7192 квартиры в 2115 домах дороги, 110 квартир жилищкооперации и 1281 квартира в арендованных домах комхозов. Из общего числа обследованных квартир в полосе отвода 36,5 проц. представляют из себя комнату с русской печью, 35,5 проц. одну комнату с кухней, 17,1 проц. две комнаты с кухней, 6,9 проц. три комнаты и 1,74 проц. четыре комнаты с кухней. Таким образом, большинство квартир—72,06 проц.—состоят из одной комнаты; полезной жилой площади на одного человека приходится 4,63 кв. метра (в 1927-28 г. увеличилась до 5,2—6 кв. метров); в среднем, на одну комнату приходится 3,41 чел. Эти цифры без всяких комментариев свидетельствуют о большой скученности при размещении, вредно отзывающейся на общем состоянии здоровья железнодорожников. Мало того, в домах дороги живет сравнительно небольшой процент жел. дор. населения (25-30 проц.). Большая часть (60-70 проц.) вынуждена искать квартиры в близлежащих к железнодорожным пунктам деревнях и городских поселениях, зачастую за 10-20 верст и более от места работы с неизбежными, при этом, затратами времени на поездку в так называемых трудовых поездах. Санитарно-техническое состояние квартир не высоко. По совокупности всех санитарных признаков количество удовлетворительных квартир равно 64,9 проц.

Новое жилищное строительство за последние два года проводилось главным образом в пунктах дороги, где жилищный вопрос особенно тяжел: в Свердловске, Чусовой, Егоршино, Писковской. В текущем году заканчивается постройка многоквартирного каменного дома в Свердловске с паровым отоплением, водопроводом, ваннами и др. удобствами. На будущий год на многоквартирное каменное строительство предполагается перейти в Чусови.

Несмотря на все возрастающие затраты на жилищное строительство на дороге (1925-26 г.—650.000 руб., 26-27 г.—1.157.450 р., 27-28 г.—1.678.000 р.), все же этот вопрос на нашей дороге продолжает оставаться неразрешенным. Кооперативным жилищным строительством занято 7 жел. дор.

строительных кооперативов, но для широких рабочих масс оно является еще мало доступным: стройка все еще дорога. В текущем году получило квартиры 250 человек. Ни один вопрос, будь то выбор места под застройку, планировка зданий, заселение жилых и служебных помещений и т. п., не проходит без участия и заключения санврача. Участие санорганизации в дорожной и участковых жилищных комиссиях проводится постоянно и регулярно. Рабочая общественность в жилищно-санитарном деле представлена в работе домовых санитарных комиссий, руководимых санитарными врачами. Арендные помещения, в большинстве случаев, служат лишь для временного пребывания рабочих ремонта пути. И в большинстве случаев как по содержанию в чистоте, так и оборудованию находятся далеко в неудовлетворительном состоянии. Лучше оборудованы комнаты для отдыхающих паровозных и кондукторских бригад. Все они снабжены кроватями, постельными принадлежностями, достаточным количеством кухонной и столовой посуды; при всех комнатах имеются отдельные кухни и столовые, хорошо оборудованные умывальниками, сушилкой для верхней одежды и в 34% ванны комнаты.

Баними жел.-дорожное население обеспечено далеко не полностью. Всего на 305 станциях и разъездах имеется 291 баня; на 1328 населенных пунктах на перегонах имеется 770 бань. Общая пропускная способность 36578 чел. за 8 часов. Необходимо отметить, что кроме типовых бань на перегонах почти у каждой казармы или будки имеются сололенные самим населением, так называемые черные бани. В 50 проц. станционных бань имеется удовлетворительное оборудование. Сточные банные воды обычно спускаются без всякой предварительной очистки в поглощающие колодцы или отводятся по специальным канавам в открытые водоемы, бани систематически дезинфицируются. За последние 2 года на дороге широко развернуто строительство бань: на крупных станциях (Свердловск, Вятка, Егоршино) три бани, на малых около 65 бань. Души устроены в Пермских мастерских, школе ФЗУ Свердловских мастеровских и депо Чусовая.

Несравненно хуже обстоит дело с прачешными. Всего на станциях имеется 36 прачешных, из них при больничных учреждениях 7. В остальных пунктах их вовсе нет и стирка производится на дому.

Весьма сложным и далеко не легко выполнимым является вопрос об улучшении условий работы в депо и мастерских. Все они построены давно, не соответствуют ни характеру, ни масштабу работ, ни тем более современным санитарным требованиям. Все эти здания требуют реконструкции и переоборудования, а часть из них замены новыми.

Санитарная организация (совместно с инспекцией труда дороги) добилась успеха в смысле усиления и устройства вновь парового отопления, увеличения естественного и искусственного освещения, лучшего санитарного состояния мест работы (обеспечение кипятком, умывальниками, теплыми уборами, душами и проч.). Но такие вопросы, как надлежащая вентиляция, рациональное освещение, изменение условий работы в некоторых цехах в настоящее время еще не разрешены, т. к., не говоря о кредитах, сами здания допускают усовершенствование лишь в самых узких пределах.

Что касается учреждений общественного питания, то в качестве таковых являются станционные буфеты отпускающие для железнодорожников обеды со скидкой от 25 до 50 %. Буфетами особенно широко пользуются одиночки и командированные. Всего буфетов 52, из них с отпуском горячей пищи 29 и без горячей пищи 23, с продажей пива и крепких спиртных напитков 41. Содержатся они в большинстве случаев удовлетворительно, хотя сами помещения зачастую неприспособлены. Отдельных помещений

для мойки посуды не имеется в 26 проц., отдельных заготовочных помещений в 40%. Очень плохо обстоит дело с ледниками, которые в большинстве случаев пришли в ветхость. Калорийность обедов 1.000 калорий без хлеба. Целый ряд требований санитарного характера по содержанию буфетов и отпуску питания обусловлен в типовом договоре с буфето-содержателями. Меню, раскладка и цены на питание в буфетах устанавливаются при ближайшем участии саннадзора.

За последнее время столовые открыты в ряде пунктов исключительно для железнодорожников: в Свердловских главных мастерских, при Свердловских дежурных командах для паровозных бригад, Правлении дороги и др. Помимо организации столовых расширено количество пунктов, имеющих специально выделенные помещения с соответствующим оборудованием для приятия пищи. Пищевые продукты на станциях дороги отпускаются из магазинов и лавок ТПО (44), прочих магазинов и лавок (17) и ларьков (8), всего 149. Продажа с рук имеет место на 58 остановочных пунктах. По данным лабораторных исследований молоко фальсифицировано в 45,6 проц.; преобладающая форма фальсификации — частичное снятие жира (в 40 проц. всего исследованного молока); процент содержания жира колеблется в пределах от 2 1/2 до 4 проц. Все работники пищевого дела подвергаются ежемесячному медицинскому освидетельствованию.

Что касается характеристики санитарного состояния обстановки, в которой находятся пассажиры, то надо отметить нижеследующее: в связи с развитием пассажирского и грузового движения за последние годы некоторые из станций приобрели особенное значение, благодаря чему пассажирские здания стали по емкости своей недостаточными, особенно в пунктах оживленного местного и пригородного сообщения (Мотовилаха, Баженково, Чусовская, Н.-Тагил, Богданович и др.). Жесткие кредиты на обслуживающий персонал и уборку помещений служат причиной в таких случаях быстрого загрязнения пассажирских зданий; особенноному загрязнению пассажирские здания подвергаются летом, при движении переселенческих масс, сезонных рабочих и т. п.

Содержание подвижного состава для пассажиров в общем удовлетворительно. Проведенное санитарной организацией обследование по определенной программе выявило следующие недочеты: недостаточное искусственное освещение вагонов, неудовлетворительная вентиляция, нерациональное устройство вагонных уборных, отсутствие очистки баков для умывальников и заправка их водой из загрязненных водоемов, несоблюдение норм мест для пассажиров в неплацкартных вагонах, недостаточное количество уборных материалов у проводников, наличие старых вагонов 4-го кл. со всеми их недостатками — сухим отоплением, сплошными нарами, primitивными уборными и бездействующими зимой умывальниками. Пригородные поезда, состоящие исключительно из вагонов 4 кл. и 2-х осных коротких вагонов, при полном отсутствии проводников и постоянном переполнении пассажирами, быстро загрязняются. Вагоны перед подачей в составы, а также на конечных пунктах следования подвергаются тщательной очистке и дезинфекции. Переходим к характеристике заразной заболеваемости на П. ж. д. Здесь действуют общие с Уралобластью эпидемиологические факторы, и в частности:

- 1) тяжелый кризис с ненадлежащим использованием жилой площади и содержанием жилищ.
- 2) малокультурность населения, в особенности инородческого,
- 3) эндемичность многих заразных болезней (сыпной тиф, оспа, малярия и др.).

4) недостаточная госпитализация заразных больных.

В общем эпидемическая заболеваемость продолжает падать.

Так, с 1920 по 1927 г. сыпной тиф с 6031 случая снизился до 27; возвратный тиф с 2589 случаев до 5; брюшной тиф с 1064 сл. до 108; натур. оспа с 638 сл. до 24; малярия с 9020 сл. до 781; скарлатина дала лишь небольшое снижение (747 и 612).

В относительных цифрах (на 10000 населения) движение заболеваемости за 1925-26-27 г. г. выражается таким образом:

	1925 г.	1926 г.	1927 г.
Сыпной тиф	3	1,2	1,4
Возвр. тиф	0,25	0	0,25
брюшн. тиф	3	2,3	5,6
дизентер.	21	10,2	15,2
скарлатина	21	34	31,2
натур. оспа	3	5,7	1,2
малярия	79	66,7	41,3

Таким образом мы видим, что хотя за 1926 г., мы имеем по тифам и дизентерии снижение, но 1927 г. дал повышение по скарлатине, имеем также повышение по оспе (в 1926 г. вспышка на Свердловском узле), и по малярии резкое снижение. По отношению к Урало-области мы имеем по всем инфекциям меньший коэффициент заболеваемости и только по оспе коэффициент несколько выше, что должно быть отнесено, повидимому, за счет большей обращаемости транспортников к медицинской помощи.

По отношению к заболеваемости по всей сети дорог РСФСР за 1926 г., мы имеем на Пермск. ж.д. за тот же год более низкий процент заболеваемости почти по всем указанным инфекциям, кроме оспы*).

Следовательно, и по отношению к смежным с нами дорогам мы находимся в более благоприятном положении в смысле заболеваемости**). Конечно, приведенные выводы о заболеваемости нас далеко не успокаивают и дальнейшее снижение ее должно быть одной из главных задач санитарной организации.

Вот кратко в кратких и общих чертах характеристика санитарного состояния П. ж. д., при чем, имеющийся в распоряжении санорганизации большой обследовательский материал позволяет в ближайшее время уже построить детальный и конкретный план оздоровления дороги.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ БЮДЖЕТА ВРЕМЕНИ И УТОМЛЯЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ ШКОЛ ПРОФОБРА НА ПЕРМСКОЙ ЖЕЛ. ДОР.

Я. ЭРШОН.

Полноценность всякой рабочей единицы находится в неразрывной связи со степенью ее психофизического здоровья. Поэтому в школах ФЗУ, готовящих квалифицированную рабочую силу, вопросы охраны здоровья подростков занимают значительное и чрезвычайно важное место в общей системе

*) С. Ф. Казанский. Инфекционная заболеваемость на путях сообщения РСФСР, 1926 г. «Г и Э», № 2—1927 г.

**) Примечание редакции: Статья д-ра Серебро М. Н. сдана до ноябрьской вспышки сыпного тифа на Пермском узле (см. далее статью д-ра Иванова Н. И.).

воспитательно-образовательной работы. Однако, при построении многих моментов медико-санитарного обслуживания школ врачи вынуждены руководствоваться нередко субъективными умозаключениями, не имея достаточных научных оснований для объективного и обоснованного подхода к разрешению самых разнообразных задач сохранения и укрепления здоровья учащихся. Укажем лишь на некоторые из этих моментов: режим рабочего дня; чередование теоретических и практических занятий и отдельных дисциплин; порядок, чистота и продолжительность перерывов; время для физических упражнений и подбор их; построение каникулярного времени и т. п. А между тем многочисленные работы последних лет в области физиологии и гигиены труда выявили всю важность перечисленных моментов для здоровья рабочих подростков. Слабая разработанность подобных вопросов труда побудила нас взять на себя попытку изучить несколько моментов в трудовой деятельности подростков.

Основная цель нашей работы по изучению бюджета времени заключается в прямом или косвенном приближении к вопросу установления гигиенических норм его. А задачами, которые попутно должны будут вытекать из этого общего вопроса, на наш взгляд явятся:

а) выяснение общей нагрузки всеми видами работы у наших школьников;

б) определение степени утомляемости их в зависимости от данной нагрузки и

в) установление основных факторов, отрицательно влияющих на утомляемость в условиях наших школ. Вы решением упомянутых задач мы стремились в конечном счете продвинуться ближе к внесению педологических принципов и принципов НОТ в постановку обучения школ профобра.

Настоящему исследованию подверглись учащиеся школ ученичества в Вятке I группа, в Перми три группы и в Свердловске четыре группы. Общее количество исследованных достигало 200 человек.

Всю техническую сторону исследования проводили врачи*).

В выборе методов измерения утомляемости принимали непосредственное участие работники психотехнической станции Пермской ж. д., и под их же руководством осуществлялась обработка полученных материалов исследования. С первых же шагов нашей работы мы прежде всего приступили к учету времени, расходуемого в мастерских и классе. Это легко было выполнить путем точной записи отдельно: трат времени на производственную работу, на теоретические занятия в классах, записи количества, порядка и продолжительности перерывов до самого конца рабочего дня. Что касается всей остальной внешкольной (домашней) жизни то для ее регистрации применялся метод хронокарт. Хронокарты «Бернштейна» с нашими поправками вполне нас удовлетворяли, так как перечисляемые в них статьи достаточно верно отражали характер расходования времени нашими учащимися.

Перед каждой очередной раздачей хронокарт подростки тщательно инструктировались; однако, избежать обычные слабые стороны хронокарт не удавалось, и это вызывало необходимость производить всегда при обработке последовательную очистку их путем личного опроса, а некоторые хронокарты вовсе исключать из обработки. Хронокарты раздавались на срок не более недели и постоянно сопровождали каждое очередное недельное исследование утомляемости.

*) По Рязанскому исследованию проводил доктор И. А. Щмелев.
По Перми » » » Футлик И. М. и
по Свердловску » » » Кибель И. Б.

Переходя теперь к вопросу об определении степени утомляемости, мы должны тут же оговориться, что определять утомляемость за малые промежутки времени в течение одного дня в условиях работы наших школ не представляется вовсе возможным. Следовательно, нам пришлось ограничиваться учетом утомления в конце рабочего дня, когда оно нарастает до заметных размеров. В выборе методов мы остановились на психологических, которые, помимо других преимуществ, позволяют применять коллективный способ исследования. От физиологических методов мы вынуждены были отказаться с первых же шагов, как неприемлемых в обычной производственной обстановке из-за их сложности, требующей много времени, людей и аппаратуры; кроме того, по многим работам последнего времени утомление у ребят возникает преимущественно не от производственной работы, а от теоретических занятий.

Для психологических испытаний утомления мы выбрали ряд тестов, которые при своем выполнении потребуют наличия определенных умственных (психических) процессов и в первую очередь процессов памяти, внимания, мышления и некоторых других, которые являются у наших учащихся наиболее утомляемыми. Самое исследование должно было продолжаться не менее 30 минут и потребовать довольно значительной затраты энергии со стороны исследуемых психологических функций; в этом случае тесты отражают наличный запас рабочей силы, оставшийся у испытуемого в данный момент. Литературные данные (Крепелин, П. Лазарев, А. Левицкий, В. Рабинович, Ж. Амар, Н. Белов, Л. Васильев, В. Ефимов, Нечаев, Кекчеев, Рузер, Правдолюбов и др.) вполне подтверждают отмеченный нами подход к настоящему исследованию.

Нами давались следующие тесты:

1. Методом исследования памяти служил нам тест Россолима, который сводился к запоминанию и последующему воспроизведению 10 слов.

2. Тест на ассоциативную память состоял из 10 логических цепей; по прочтении экспериментатором первого слова испытуемые обязаны вспомнить и записать остальные два слова из зачитанной ранее логической цепи.

3. Тест Бурдова на внимание, очень распространенный всюду метод, заключался в одновременном вычеркивании одной буквы и подчеркивании другой.

4. Тест Пьерона на скорость психической реакции, состоящий из 200 фигур 18-ти различных форм, заключался в выполнении каких-нибудь заданий с 4-мя фигурами (зачеркивание, подчеркивание, внесение точки в фигуру и пр.).

5. Тест из арифметических задач Вуди и Стона — на сложение и вычитание для исследования чистой умственной функции.

Все тесты были собраны в одну тетрадь (формуляр), в которую кроме них включался лист для протокола испытаний и записи данных хронометража в мастерской и классе. На обложках формуляра печатались таблицы и графики для обработки однодневных и недельных результатов испытаний.

Самая постановка испытания утомляемости состоит в следующем. Прежде всего отмечается в протоколе самым подробнейшим образом результат опроса учеников перед началом опыта, т. е. записывается, кто себя плохо чувствует, у кого болят глаза, болит голова, кто голоден, плохо или мало спал и проч. В необходимых случаях производится медицинское освидетельствование и заведомо больные обязательно отстраняются от испытания. После этого приступают к самому испытанию, при чем в помощь врачу постоянно выделяется кто-либо из педагогов, предварительно инструкти-

рованный детальным образом в отношении методики исследования. Первое испытание начинается в понедельник утром вместо первого часа школьной или производственной работы, второе—понедельник после работы, третье—вторник утром—снова вместо первого часа учебы и четвертое—в субботу после рабочего дня. Таким распределением 4 испытаний на протяжении недели имеется в виду попытка уловить влияние целого рабочего дня на утомляемость подростка, действие перерыва до начала следующего рабочего дня(приходит ли организм в исходное состояние)и, наконец, действие на утомление целой рабочей недели.

Попутно с проведением испытаний—на протяжении всей недели, как мы уже раньше указывали, ведется точная запись ежедневной нагрузки, фактической работы школьной и внешкольной, распорядок ее, отмечается, чем заполнялось время каждым учеником в течение свободных перерывов; о внешкольных данных делается выдержка из хронокарт, которые раздаются с предшествующей субботы для заполнения на одну только эту неделю, пока продолжается исследование.

Только что описанный порядок проведения опыта охватывает промежуток времени в одну неделю. Но точно такие же недельные исследования проводятся шесть раз в течение учебного года: первая неделя—в декабре перед каникулами, вторая после каникул, третья—перед весенними каникулами, четвертая—тут же после них, пятая—перед летними каникулами и шестая—в начале нового учебного года. Испытания после каких либо каникул начинаются только в ту ближайшую неделю, в которой уже проводятся и теоретические и практические занятия одновременно (а не одна практика).

Не имея возможности более подробно останавливаться на описании методики исследования, не касаясь вовсе теоретической стороны вопроса о сущности утомления, мы вынуждены теперь же перейти к изложению результатов нашей работы. На таблице № 1 представлена сводка недельных хронокарт учащихся первых групп.

Сводка недельных хронокарт.

(Средние цифры, полученные при обработке хронокарт учащихся за год).
Таблица № 1.

Статьи расхода Дни недели													
	Производств. ра- бота	Теоретические занятия	Общественная работа	Работа в клубе	Учебные занятия на дому	Перевыживание	Помощь семье и самообслуживание	Особые случай- ные дела	Свободн. занятия и физкультура	Уход за собой	Еда	Кино, театр, своб. время (отдых)	Сон*
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Воскресенье	—	—	020	040	145	215	115	130	135	105	110	330	930
Понедельник	4	3	020	010	110	120	100	040	050	083	100	255	630
Вторник	4	3	030	020	205	110	040	030	055	045	055	100	810
Среда	4	3	105	035	055	205	050	020	020	040	055	125	750
Четверг	4	3	040	050	200	150	020	020	035	045	050	100	800
Пятница	4	3	020	020	205	110	040	030	050	045	055	110	810
Суббота	4	3	010	010	045	150	055	030	040	140	105	140	720

*) Сон в данной таблице считается с предшествующего остальной записи вечера. Например, в воскресной записи сон берется с субботы на воскресенье.

Разбор приведенной таблицы обнаруживает перед нами несколько интересных фактов, на которые мы и ранее в своей обычной работе неоднократно обращали внимание. Полученный материал указывает нам, как мало учащиеся первых групп вовлечены в общественную работу. Поднимавшиеся недавно разговоры о перегрузке общественной работой учащихся ФЗУ нашим исследованием не подтвердились. Опять у нас налицо неравномерное распределение общественной нагрузки на немногих учащихся. Выполнение самой работы падает, главным образом, на два дня в неделю: на среду и четверг. Учебная подготовка на дому отнимает уже больше времени, но распределяется также неравномерно: больше всего тратится на это времени по вторникам, четвергам и пятницам. Свободные занятия и физкультура в общем балансе времени занимают чрезвычайно мало места. Кино, театр и свободное время проведение равномерно заполняют всю неделю, исключение составляют воскресенье и понедельник, главным образом, — воскресенье — день, в который большинство ребят посещают кино. На этот же день приходится и больше всего свободных занятий (статья 9), т. е. чтение беллетристики, домашние игры и проч. В понедельник же свободное время почти исключительно тратится на отдых. Продолжительность сна у наших учащихся в среднем достаточна, один лишь день в неделю в этом отношении неблагоприятен, а именно с воскресенья на понедельник мы имеем по таблице 6,5 час. сна. Здесь будет кстати упомянуть, что дневной сон, благодаря принятому построению хронокарт, нашей таблицей нигде не отражен. А между тем — это явление часто, отдельно оно не отмечалось, а показано вместе с отдыхом (статья 12).

Переходим далее к рассмотрению данных психологических испытаний. Исходя из основной цели нашего исследования, мы весь полученный материал обработали сначала по дням недели, а затем расположили его в сводную таблицу годовых колебаний успешности по разным неделям. При обработке результатов сразу же выяснилось, что тест № 2 абсолютно не отразил изменений в утомляемости. Данные получились самые сумбурные, что, по нашему мнению, приходится объяснить различной степенью знакомства испытуемых с той или иной логической целью, т. е. иначе — различной частотой, с которой испытуемый встречается с ними в обычной своей жизни. Поэтому в дальнейшем мы тест № 2 в расчет не принимали. Остальные тесты дали результаты, представленные на диаграммах № 1 и № 2.

(См. диагр. на след. стр.)

Расшифровывая обе последние таблицы, мы можем указать, что наиболее утомляемыми функциями оказываются внимание и скорость психической реакции. Однако и все остальные испытанные функции подвергаются изменению в той или иной степени. В понедельник утром мы имеем при испытании довольно высокие цифры успешности; вечером в тот же день происходит снижение по всем тестам, но больше всего внимания и скорости психической реакции. Вторник утром мы получаем снова повышение всех коэффициентов и, наконец, самые низкие результаты дают нам испытания в субботу вечером.

Разбирая дальше мы видим, что внимание и скорость психической реакции оказываются во вторник утром несколько более высокими, чем в понедельник до начала занятий, в противоположность двум другим процессам, которые дают обратную картину. Наконец, сопоставление одновременно

ДИАГРАММА № 1 (Сводная за год).

Колебания успешности по дням недели.
(Теория предшествует практике).

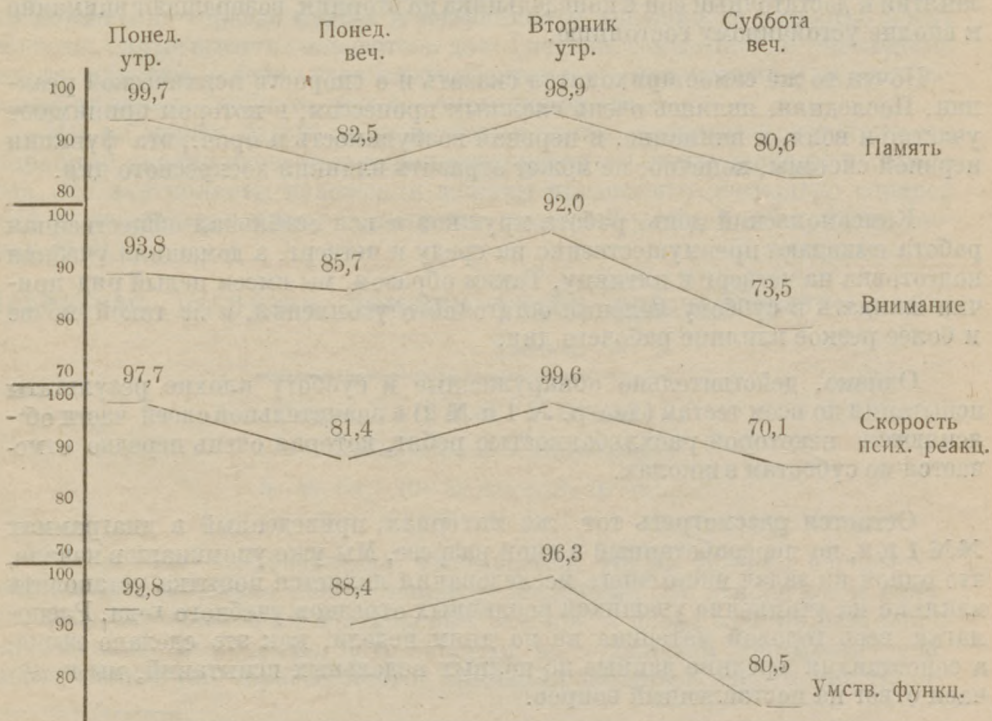
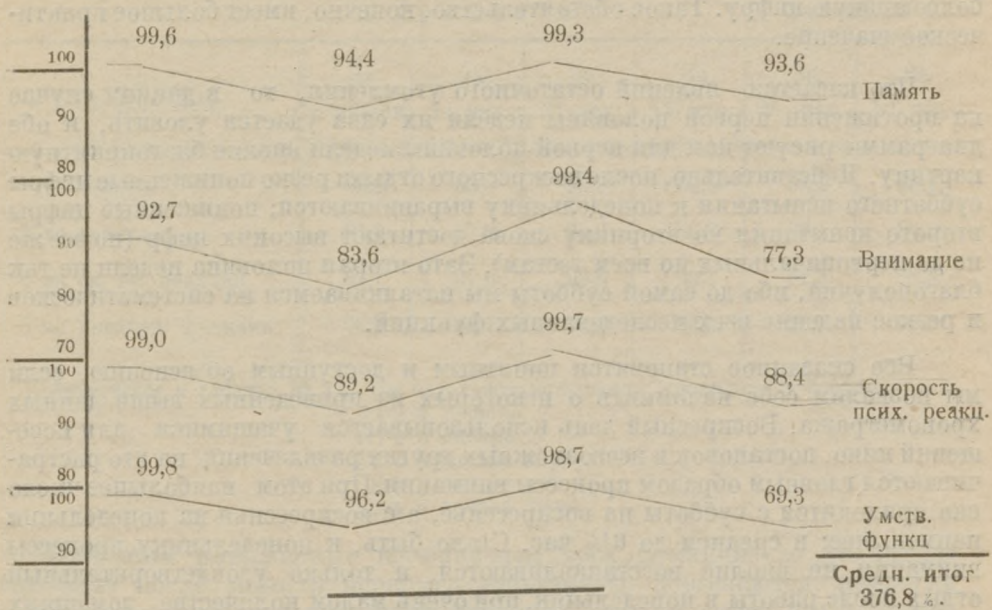


ДИАГРАММА № 2.

Колебаний успешности по дн. нед.
(Практика предшествует теории)

обеих таблиц позволяет уловить разницу в утомляемости при разном построении рабочего дня, когда теория предшествует практике, и наоборот. Во втором случае средний коэффициент успешности за неделю представляет более низкую цифру. Такое обстоятельство, конечно, имеет большое практическое значение.

Что касается явлений остаточного утомления, то в данном случае на протяжении первой половины недели их едва удастся уловить, и обе диаграммы рисуют нам для первой половины недели вполне благоприятную картину. Действительно, после воскресного отдыха резко пониженные цифры субботнего испытания к понедельнику выравниваются; пониженные цифры второго испытания ко вторнику снова достигают высоких цифр (но все же не до первоначальных по всем тестам). Зато вторая половина недели не так благополучна, ибо до самой субботы мы наталкиваемся на систематическое и резкое падение всех исследованных функций.

Все сказанное становится понятным и доступным объяснению, если мы позволим себе напомнить о некоторых из приведенных выше данных хронометража. Воскресный день используется учащимися для посещений кино, постановок и всевозможных других развлечений, на что растрачиваются главным образом процессы внимания. При этом наибольшее число сна приходится с субботы на воскресенье, а с воскресенья на понедельник наименьшее: в среднем до $6\frac{1}{2}$ час. Стало быть, к понедельнику процессы внимания не вполне восстанавливаются, и только удовлетворительный отдых после работы в понедельник, при очень малом количестве домашних занятий и достаточный сон с понедельника на вторник, возвращают внимание к вполне устойчивому состоянию.

Почти то же самое приходится сказать и о скорости психической реакции. Последняя, являясь очень сложным процессом, в котором принимают участие и воля, и внимание, и нервная возбудимость и проч., эта функция нервной системы, конечно, не может отразить влияния воскресного дня.

Комсомольский день, работа кружков и вся остальная общественная работа выпадают преимущественно на среду и четверг, а домашняя учебная подготовка на четверг и пятницу. Таким образом, мы имеем целый ряд причин ожидать в субботу явления остаточного утомления, а на такой почве и более резкое влияние рабочего дня.

Однако, действительно обнаруженные в субботу плохие результаты испытания по всем тестам (диагр. № 1 и № 2) в значительной своей части объясняются некоторой расхлябанностью ребят, которая очень нередко отмечается по субботам в школах.

Остается рассмотреть тот же материал, приведенный в диаграммах №№ 1 и 2, но переработанный в ином разрезе. Мы уже упоминали в начале, что одной из задач настоящего исследования является попытка установить влияние на утомление учащихся различных отрезков учебного года. Располагая весь годовой материал не по дням недели, как это сделано выше, а сопоставляя средние данные из полных недельных испытаний, мы получаем ответ на поставленный вопрос.

Из таблицы № 2 мы можем видеть, что ни один каникулярный перерыв не дает полного возвращения интеллектуальных функций к первоначальному состоянию, за исключением одного только летнего перерыва.

Средние коэффициенты успешности в течение года (по неделям—в связи с каникулами).

В процентах

Таблица № 2.

По упр. №№	За I неделю	За II нед.	За III нед.	За IV нед.	За V нед.	За VI нед.
1 на память	96,8	93,0	95,9	92,0	93,9	89,2
3 на внимат.	91,2	87,3	90,0	86,7	89,1	84,9
4 на ск. пс. реакции .	93,7	91,6	92,8	89,1	92,3	88,3
5 на умствен. функции	96,8	95,7	96,3	94,5	96,1	93,5

Примечание к таблице № 2: I-е недельное испытание проходило в сентябре мес.
II-е в декабре
III-е в январе
IV-е в начале апреля
V-е в начале мая
VI-е в начале июня

При этом пониженные коэффициенты всех функций—во II неделю испытаний после зимнего перерыва значительно повышаются, немногим не достигая первоначальных цифр; после же второго—весеннего перерыва это повышение гораздо слабее и коэффициенты успешности остаются очень низкими. Самые высокие показатели дает I неделя, самые низкие—последняя неделя, при чем падение всех коэффициентов идет непрерывно и последовательно от начала учебного года до самого конца его.

Мы не можем здесь, за недостатком места, позволить себе привести подробный анализ расхода времени учащимися в разные периоды учебного года. Но для полноты изложения должны представить несколько справок хотя бы по одному вопросу—о нагрузке домашней учебной работой (см. таблицу № 3)

Недельная нагрузка домашн. учебн. раб. по третям года,

Таблица № 3.

I треть	II треть	III треть
8—45 час.	10—25 час.	13—05 час.

По таблице, следовательно, оказывается, что до зимнего перерыва*) ребята мало нагружают себя домашними занятиями. Но вскоре после каникул, ввиду приближения полугодовых зачетов, а после зачетов благодаря более точному выявлению неуспешности по отдельным предметам—учащиеся уделяют уже гораздо больше внимания домашней подготовке. Нако-

* Проложительность зимних каникул; по теории—с 24 XII по 8/I, а по производ. обучению от 24 XII по 2 I.

Сроки весенних каникул: теория с 13/IV по 28/IV, а практика только в каникулы.

Летний перерыв: теория 2½ мес., практика 1 мес.

нец, ликвидация всех задолженностей за целый год учебный выпадает на последнюю треть. К этому, помимо собственных побуждений—учащихся вынуждают усиленные и более настойчивые требования со стороны педагогов. Между тем, весной вообще работоспособность подростков сильно понижается (Смирнов и др.).

Обрывая на этом изложение нашей работы, мы должны указать, что в процессе ее проведения у нас наметился целый ряд недочетов, касающихся и неполноты применявшейся методики, и подбора тестов, способов обработки материала и некоторых других.

Недочетами следует признать отсутствие физиологических методов исследования, устранившее возможность учета влияния физического труда на утомление подростков. То положение, принятое нами на веру, что и физическое утомление в известной степени отражается на деятельности психологических функций, конечно, еще недостаточно всеми признано в отношении пропорциональности такого отражения. Подобранные нами тесты не все оказались впоследствии показательными для поставленной цели, и, кроме того, создали большую громоздкость при проведении испытаний и последующей обработки; понадобилось обработать до 3000 формуляров с 5 тестами в каждом. Было бы вполне достаточно ограничиться двумя—тремя тестами, аналогичными с нашими по своему назначению. Не удалось также избежать многих отрицательных сторон метода хронокарт при определении бюджета времени; слишком мало места в качестве корректива занимал дополнительный опрос учащихся. Совершенно ускользнул от исследования такой момент, как однодневный режим труда и отдыха и значение его для общей утомляемости подростка. Что касается подбора качественного состава обследуемых групп, то однородность их была в достаточной степени выдержана, как по санитарной обстановке труда и быта, так и по питанию по социальному составу и проч.

Большинство из указанных недостатков вызваны, конечно, необходимостью проводить наше исследование в условиях производственной обстановки, не лабораторной, при совершенном отсутствии материальных ресурсов и при малом наличии подготовленных сил. Такое обстоятельство в значительной степени оправдывает некоторую часть допущенных в нашей работе недочетов.

Таким образом, мы считаем, что полученные нами данные требуют еще дальнейшей более углубленной проработки. Но, несмотря, однако, на то, что настоящее исследование не является вполне законченным, полученные результаты позволяют все же сделать некоторые выводы.

1. Учащиеся школ ФЗУ на Пермской ж. д., особенно младших групп, в массе слабо вовлечены в общественную работу, а вся тяжесть ее ложится на небольшую группу лиц активистов.

2. Нагрузка домашней учебной работой в общей сложности не выходит за пределы гигиенических норм, но распределяется на протяжении недели и года резко неравномерно. Последняя треть учебного года по нагрузке домашними работами является наиболее тяжелой, а в течение недели худшими днями являются вторник, четверг и пятница.

3. Физические упражнения, спорт и просто прогулки занимают в общем бюджете времени чрезвычайно ничтожное место.

4. Наиболее изменчивыми (утомимыми) из всех исследованных психологических функций оказались внимание и скорость психической реакции.

5. Явления остаточного утомления в первую половину недели почти отсутствуют, а во вторую половину, особенно к субботе, они вполне улавливаются. Для понедельника характерна отсталость процессов внимания от

остальных функций; утомление к концу рабочего дня нарастает до заметных размеров.

6. Постановка теоретических занятий перед производственным обучением в течение дня в отношении развития утомления более благоприятна.

7. Понижение работоспособности исследованных функций идет непрерывно от начала учебного года до самого его конца, давая особенно резкое падение перед летними каникулами.

8. Летний перерыв возвращает все функции к первоначальному состоянию; зимний перерыв только лишь значительно повышает их работоспособность; весенний перерыв с этими задачами справляется в гораздо меньшей степени.

На основе сделанных выводов, мы могли предложить пока следующие меры:

1. Разгрузить от общественной нагрузки отдельных лиц, переложив ее на большее количество учащихся.

2. Провести специальную работу среди учащихся за равномерное распределение домашних занятий по всем дням недели (определенный режим).

3. Проработать с педагогами и учащимися вопрос о возможных мерах устранения максимальной задолженности (неуспеваемости) к концу учебного года.

4. Усиленно культивировать развитие и организацию кружков физкультуры при школах.

5. При составлении расписания занятий учитывать необходимость переноса предметов, требующих усиленного напряжения, на вторник, среду и пятницу, нагрузив остальные дни недели общеобразовательными предметами.

6. Ставить по возможности теоретические занятия перед практикой.

7. В продолжении весеннего перерыва освободить учащихся не только от теории, но на то же время и от работы в мастерских.

СЫПНОЙ ТИФ В УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Д-р ИВАНОВ Н. И.

Сыпной тиф в течение столетия прочно держится на Урале; даже в самые благополучные годы заболеваемость не спускалась ниже 2,4 на 10.000 (95 г.). За указанный период было две больших волны: первая в голодные годы 91—93 г. г. (28 на 10.000) и вторая в годы войны и голода, когда эпидемия достигла чрезвычайных размеров: 20-й год дал 304, 22 г. 240 заболеваний на 10 т. населения. Кроме этих двух больших волн были небольшие волны (7—8 на 10.000) и толчки эти обычно шли за счет вспышек эпидемий в районах, постигнутых неурожаем.

Окружная заболеваемость сыпным тифом за последние 4 года и за 10 месяцев 28 г. видна из следующей таблицы:

(Таб. см. на след. ст.)

Таким образом хотя эпидемия за последние 5 лет и шла на убыль, но ни один округ от нее не был свободен. Наиболее пораженными округами в 27 г. были северные с наименьшим населением: Коми-Пермяцкий, давший 9,2 случая на 10 т. населения при средней областной 3,1, Тобольский 8,5 и В.-Камский 7; за ними идут округа чисто земледельческие—Ирбитский, Шадринский и Кунгурский с коэффициентом 4. Из 210 районов в 176 районах были случаи заболевания сыпным тифом, при чем свыше 10 случаев заболеваний было в 47 районах, свыше 50 случаев в 5 районах. В 27 г. в 164

районах отмечены были случаи заболевания сыпным тифом. Большие эпидемии были в Соликамском районе (В.-Камского округа) 70 случаев, Суксунском (Кунгурского) 58, Нердвинском (Пермского) 63 и Обдорском районе (Тобольского) 79 случаев.

Заболееваемость сыпным тифом по Уралобласти.

О к р у г а	Н. 10.000 населения				За 10 ме- сяцев 1928 г.	За нояб (свед. по телегр.)
	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.		
	в абс. цифрах					
Верх-Камский	6	12	4	7,0	124	6
Златоустовский	12	8	1	1,3	10	3
Ирбитский	10	7	5	4,3	82	3
Ишимс ий	32	6	2	1,5	61	—
Коми-Пермяцкий	—	7	3	9,2	62	14
Кунгурский	10	6	1	4,2	59	14
Курганский	5	4	5	1,3	49	8
Пермский	8	6	7	3,9	163	110
Сарапульский	7	6	3	2,0	138	15
Свердловский	17	6	5	3,3	104	8
Татильский	17	6	2	1,3	30	8
Тобольский	19	16	5	8,5	35	2
Троицкий	18	2	2	0,9	19	—
Тюменский	24	10	4	2,0	57	—
Челябинский	6	5	3	2,3	59	3
Шадринский	13	14	7	4,4	167	9
Уралобласть	13	7	4	3,1	1219	203

28-й г. по сравнению с 27 г. шел сравнительно благополучно, давая меньшее количество больных; за 10 месяцев зарегистрировано было до 1.200 случаев при 1.916 случаях в 27 г. Наиболее неблагоприятным за 28 г. был Пермский округ, давший 163 случая, за ним идут Шадринский 155, Сарапульский 130 и В.-Камский 124.

Летняя вспышка сыпного тифа в Москве среди сезонных рабочих, прибывших из Пензенской и др. губерний, выявила целый ряд слабых сторон эпидемического фронта даже таких сильных санитарных организаций, как московская. В связи с этой вспышкой СНК'ом 26-VII был принят ряд постановлений, обязывающих отдельные организации к принятию предупредительных мероприятий. Согласно постановления УралОбллик'а от 17-IX—28г. все округа должны были в течение октября месяца выработать конкретный план борьбы с сыпным тифом и провести его в жизнь. Из поступившего в Облздравотдел материала видно, что далеко не все округа отнеслись внимательно к выдвинутому вопросу. В то время, как в одних округах ограничивались вынесением общих резолюций, и кого ни к чему не обязывающих, в других были выработаны конкретные мероприятия и выделены на них, хотя и небольшие (в пределах от 1 до 5 тысяч), эпидемические кредиты.

Во всех постановлениях отмечается крайне слабая сеть заразных барачков, отделений и их неподготовленность. Так, в Багарякском районе, Шадринского округа, известном своей высокой эпидемичностью, заразный барак не функционирует,—необходим капитальный ремонт на сумму 9.000 руб. В Челябинском округе при районных больницах совсем нет заразных отделений и из 32 больных сыпным тифом в районах только один был госпитализирован. В Сарапульском округе за отсутствием заразных барачков в местах

неблагополучных постановлено «приспособлять» под бараки имеющиеся помещения на селе. О необходимости ремонтов бараков и «забронирования» помещений под заразные бараки выносятся постановления и в других округах (К.-Пермяцкий) и др.

Остро стоит повсюду вопрос о дезинфекции: нет стационарных и подвижных дезо-камер в районах, недостаточно ручных дезо-аппаратов, дезо-средств, нет прочной традиции среди медперсонала о необходимости тщательной дезинсекции по каждому случаю сыпного тифа. Об этом наглядно говорят данные о крайне незначительном числе дезинфекций по округам при высокой заболеваемости теми формами остро-заразных заболеваний, где дезинфекция обязательна. Случаи заражения среди ухаживающего больничного персонала уже имеются (Кунгур—Пермь). Эпидемиологическое изучение гнезд отдельных заболеваний ведется слабо как мед-участками, так и окр-здрами. Насколько планомерная борьба с сыпным тифом необходима, можно указать на один из районов Сарапульского округа,—а таких районов в области много,—где в течение ряда лет держался тиф, и лишь в октябре месяце 1928 г. на окружном совещании было признано необходимым продезинфицировать жилища всей д. Головиной, Камбарского района.

Эпидемического фонда в большинстве округов нет, нет необходимого инвентаря и белья для быстрого развертывания заразных отделений. О сделанных заготовках имеются указания лишь по Ирбитскому и Тагильскому округам. Санпросветработа по сыпному тифу не развернута, в то время как вести успешно борьбу с паразитарными тифами возможно только при соответствующей широкой пропаганде о связи сыпного тифа с нашим бытом (вшивостью). О санитарном неблагополучии неправдомов говорится во всех округах и в особенности по Сарапульскому округу: крайнее переполнение, вшивость, нет санобработки поступающих, белья и проч. Обращается внимание также на рабочие отделения заключенных вне мест заключения, например, в Тагильском округе, где работает свыше 3.000 человек.

На плохое санитарное состояние детдомов имеется ряд указаний (Челябинск, Пермь, Ишим («Камчатка»), Златоуст и др.). В промышленных округах—Свердловском, Пермском, Тагильском и др.—много внимания было обращено на переполнение рабочих казарм и отсутствие санобработки вновь прибывающих рабочих. В Свердловске, Челябинске нет ночлежных домов, постоянные дворы и гостиницы неблагоустроены. Округа К.-Пермяцкий, В.-Камский, Ирбитский особо обращают внимание на деззаготовки, где сосредоточено несколько десятков тысяч рабочих (обследовано произведено по Ирбитскому, Свердловскому, Тагильскому округам).

Крайне неудовлетворительное состояние банно-прачечного дела в городах и рабочих поселениях отмечается повсюду, и выносятся постановления о необходимости как капитального строительства (Свердловск, Курган, Шадринск), так и временных бань с вошебойками (К.-Пермяцкий, Пермский, Ирбитский).

На опасность разноса эпидемий по жел. дор. путям в связи с переполнением вокзалов как пассажирами, так и бездомным людом и посетителями станционных буфетов—обращают внимание Пермский, Челябинский, В.-Камский и др. округа. На необходимость лучшей санобработки переселенцев, вселяющихся в Уралобласть, настаивают Троицкий, Челябинский и Ирбитский округа. В округах потребляющих (промышленных) встали вопросы правильного снабжения последних, в первую очередь, промышленными центрами пищевыми продуктами (мука, масло, овощи), дешевыми сортами

мыла, мануфактуры (Пермский, Тагильский и др.), так как начал наблюдаться в этих округах рост мешечничества.

Вопросы о слабости санитарной организации и трудности при таких условиях вести планомерную борьбу с сыпным тифом естественно не могли не быть подняты во многих округах,—шесть округов (Челябинский, Ишимский, Курганский, Троицкий, К.-Пермяцкий и Тобольский) не имеют ни одного санитарного врача в районах. В связи с нормированием окладов и снятием с госбюджета санврачей, оплата, и до этого низкая, по многим округам была еще ниже, например, в Ирбитском округе до 100 рублей. Найти санврачей не только квалифицированных, но и без всякого стажа на существующие ставки (100, 130 и даже 150 руб.) для многих округов не представляется возможным, к тому же не все округа стремятся к этому: есть округа, где всякой «экономией», хотя-бы за счет пустующих мест санврачей, видимо, довольны (Челябинск, Ишим и др.).

При создавшихся условиях неудивительно, что в протоколах окружных совещаний нередко встречаются жалобы на то, что требования саннадзора не выполняются теми же организациями и учреждениями, что в большинстве случаев говорит за то, что санитарная организация не завоевала должного авторитета.

Таковы в кратких чертах выводы из проделанной работы в округах. Облздравотделом в течение октября-ноября на развертывание борьбы с сыпным тифом было переведено 14.328 руб. и разослано на оборудование эпидемических косяк 3.300 метр. бязи и 396 одеял. Заготовлено и распределено по округам 228 ручных дезоаппаратов, из них формалиновых 94, серных 49 и гидропультов 85.

Казалось-бы, что раз существенные моменты, способствующие быстрому развитию эпидемии, предусмотрены, то особой опасности нет даже при наличии отдельных заболеваний в районах, но вспыхнувшая во второй половине ноября эпидемия в Перми наглядно показала, насколько мы были не подготовлены. Эта эпидемия настолько характерна, что на ней необходимо остановиться более подробно. На основании имеющихся материалов картина такова. 30 октября на окружном санитарном совещании д-р Розенгард о (Оханск) говорит, что «сыпной тиф в Оханск привозится извне района, в частности, после поездок на заработки в Пермь». Д-ра Ершова из Лысьвы, Карамышева из Осовки указывают также на «завозные» случаи тифа в их районы. Санитарный врач г. Перми Ершов «спорадические случаи в г. Перми ставит в связи с передвижением по путям сообщения, иногда наблюдались неясные случаи (в смысле этиологии), но в этих случаях наблюдались крайняя скученность и антисанитарные условия жилищ», т. е. сыпной тиф уже напал свои излюбленные места среди бедняцкого городского элемента.

По данным Пермской городской больницы 9-ХІ поступила больная сиделка из детского санатория «Подснежник» (9 верст от города) 10-ХІ из пригородных селений Фроловского сельсовета—3, при чем двое из одной семьи, а третий из семьи, откуда был больной в октябре месяце, т. е. вполне ясная картина неблагополучия пригородных деревень, имеющих самый тесный контакт с городом. 15-ХІ обнаружен случай заболевания в исправдоме № 2, за ним в продолжение пяти дней еще 4 случая. 17-ХІ поступил освобожденный 16-го из домзака, 19-ХІ—поступило 3, из них 1 чернорабочий и очевывший на вокзале среди пассажиров и студент медфака V курса Лапшев (умер), ездивший в Свердловск. Начиная с 19-го, количество ежедневных поступлений возрастает, и 23—25 ноября достигает максимума—до десяти в день, после чего начинает падать. Всего по 19-ХІІ поступило в городскую заразную больницу за ноябрь-декабрь 96 больных,

в заразные бараки в Мотовилихе 10, при исправдоме 7. Из поступивших в заразную больницу крестьян пригородных деревень 14 чел., железнодорожников с прилегающих станций и раз'ездов 11 и городских жителей 69, при чем из них железнодорожников и служащих на вокзале 17, безработных 21. Весьма характерна группа безработных, которая показала свои адреса «вокзал» на ряду с «ночлежным домом». «1-го декабря произведенной облавой задержано было на вокзале 62 чел., из которых 31 женщину свободной профессии». Из задержанных 1 оказался при медосмотре подозрительным на сыпной тиф (направлен в окрбольницу), 4 детей до 16 лет отправлены в приемник № 2 и 28 в ночлежный дом. Это 1-го декабря, после того, как уже были приняты меры по очищению вокзала. В заседании же комиссии по борьбе с сыпным тифом от 28-XI санврач жел. дороги Гольдштейн обращает внимание на то, что беспризорными, рассеявшимися по ближайшим станциям, разношится сыпной тиф. Возрастной состав больных женщин безработных (16—20 лет) не противоречит вышеприведенной характеристике.

На поставленный вопрос, кто кого заразил (жел. дор., город или деревня) на основании высланного эпидемиологического материала трудно ответить. Одно ясно, что ни городской саннадзор, ни саннадзор жел. дор. не были готовы к встрече тифа.

За приют «безработным» в первую очередь сильно пострадали оказавшие этот приют железнодорожники—28 больных, в т. числе кладовщик и поломойка буфета, продавщица в киоске, сторож, слесарь, дорожный мастер, носильщик, артельный староста, учащиеся дети и жены жел. дор. служащих. Из городских жителей помимо безработных, о которых говорилось выше, главным образом заболевали те, которые имели более тесный постоянный контакт с безработными: милиционер, сторожа адм-отдела и биражи, жена надзирателя исправдома, сторожиха школы, лица, занимающиеся извозом, чернорабочие, инвалиды, сиделка заразной больницы. Из квалифицированных рабочих было только два—три случая; из категории служащих заболели приказчик из Т. П. О. и лаборант в заводе. Помимо вышеуказанного случая заболевания студента, имеется еще одно заболевание студента медфака. При просмотре профессий заболевших невольно выплывает эпидемиологический вывод немецкого профессора, сделанный им в довоенное время. «Сыпной тиф обыкновенно заносится с польско-русской границы*). Он почти всегда выбирает первые свои жертвы среди наиболее беднейшего бродячего населения и лишь постепенно проникает в «лучшие» круги общества. Болезнь эта чрезвычайно заразительна, почему переполненные рабочие квартиры и постоянные дворы составляют главные очаги ее. Плохое питание, чрезмерная работа, нищета служат предрасполагающим моментом» (Проф. Гертнер—Руководство по гигиене, 348 стр.).

Вспыхнувшая эпидемия в Перми резко отличается от бывших в течение последних 4 лет эпидемий в Уралобласти тем, что в то время, как предыдущие эпидемии главным образом были в глухих деревнях с мало подвижным элементом, Пермская вспышка возникла среди самой подвижной части населения, беспризорного и бездомного люда, городской бедноты и железнодорожных служащих. Инфицирование вокзала, ночлежек, постоянных дворов быстро отразилось на всей области, и в первую очередь на районах Пермского округа. Недельная заболеваемость по районам Пермского округа была та-

*) И в настоящее время Польша является на ряду с СССР эпидемическим очагом сып-тифа: за 27 год в Польше было до 3 тысяч заболеваний, по СССР—40.818, в Германии 3 случая, в Англии 1.

кова: за ноябрь 1 неделя*) 0 0, II— $\frac{3}{4}$, III—19/23, IV—33/54; за декабрь 1 неделя—29 18, II—6 12, III— (сведения не полные).

Сравнивая районную (числитель) кривую с городской (знаменатель), видим, что кривые почти аналогичны с тем лишь отличием, что городская волна более крутая, чем окружная; задержка падения волны за 2—3-ю недели декабря в городе объясняется тем, что в городские больницы за этот срок поступило много больных из пригородов. Совпадение под'ема кривых показывает, что главный источник заражения для города и районов был один и тот-же. Этот вывод частично подтверждается имеющимися в при-сланном материале данными: так врач Ленинского района пишет о пяти случаях тифа в его районе, причем заболевшие (из разных селений) либо занимались извозом (Пермь), либо часто ездили в Пермь по жел. дороге; из 13 захваченных районов Нердвинский дал 21 сл. (из 91), Ленинский—18, Лысьвенский—9.

Появились случаи заболеваний железнодорожных служащих по линии. помимо указанных выше, в Лысьве (жена весовщика), Кунгуре, Нязе-Петровске, Свердловске и др., имевшие непосредственную связь с Пермью; например служащий по лесозаготовкам жил в Перми в жел. дор. общежитии и 17-XI вернулся в Свердловск больным.

Характерна вспышка эпидемии в Кунгуре: 17-VII заболел нищий, проживавший на вокзале ст. Кунгур, в октябре имелся случай в детдоме, 2-XI заболела сиделка заразного отделения, 13-XI—безработный, проживавший в районе бедноты, где жила сиделка, 25-XI—кондуктор жел. дор. В декабре эпидемия нарастает**).

О случаях заболевания приезжих доносят округа Шадринский, Ишимский, Тагильский. О росте «бытового» сыпняка сообщает Саранульский округ (11 случаев) и в особенности К.-Пермяцкий, где в Ганском районе в с. Чатеговке за ноябрь месяц зарегистрировано было 19 случаев и в Юрдинском районе в д. Конькиной за декабрь 7 случаев. Эпидемия в указанных районах особенно опасна тем, что в них производятся большие лесозаготовительные работы. На специальном созещании, как сообщает Окргздравотдел от 20 XII, «вопросы жилищные, сан-обработки, устройства бань, горячего питания, медицинского обслуживания получили свое разрешение. Лесозаготовители признали нужным провести все это в жизнь, горячо отозвались профорганизации, которые всячески содействуют в отношении улучшения быта и обслуживания рабочих на лесозаготовках».

Какие мероприятия были приняты в Перми? Мы отмечали, что сан-надзором, помимо городского совещания 17-X, 30 октября было созвано окружное совещание по вопросу о борьбе с сыпным тифом, где признано было необходимым провести ряд мероприятий: тщательное изучение каждого случая, полная госпитализация больных, хотя бы за счет сокращения терапевтических коек, обезвоживание больных и окружающих, ремонт старой дезин-аппаратуры и заказ новой в Лысьве, Чусовой и прочих заводских районов.

«Принимая во внимание острый жилищный кризис, особенно в промышленных районах, было признано необходимым взять под особое наблюдение и регулярно посещать (не реже 1 раза в 2 недели) общежития рабочих, учащихся, сезонных рабочих и безработных, а также дет-дома и др. учреждения закры-

*) В числителе районная, в знаменателе городская заболеваемость (включая и пригороды).

**) При чем из 8 больных, поступивших в городскую больницу, один безработный со ст. Мулянка, один грузчик со ст. Кишертъ и 6 жел. служащих и члены их семей со ст. Кунгур.

того типа» (11-й пункт), и поставить вопрос перед заводскими и хозяйственными организациями (Лысьва, Чусовая) о необходимости постройки изоляционно-пропускных пунктов с дезокамерами для санобработки прибывающих рабочих и рабочих лесозаготовок» (п. 13-й).

«Для борьбы с вшами и паразитоносительством необходимо принять все меры к полному функционированию общественных бань, для чего гор-сан-бюро предложено поставить вопрос перед комхозом о полной нагрузке бань города; на местах добиваться постройки общественных бань (в особенности учесть при проведении самообложения) и постройки бань при каждом курене». Не забыт в октябрьских постановлениях и НКЗ, которого постановлено «просить озаботиться выпуском соответствующей литературы и плакатов».

Окрисполком в заседании 31-X, заслушав постановление Облик'а от 19 сентября о мероприятиях по борьбе с сыпным тифом, в котором предлагалось Окрисполкомом в течение 3-х недель «наметить конкретные мероприятия и предусмотреть соответствующие ассигнования на 28-29 год» (п. 3-й), предложил Окрздраву провести намеченные ими мероприятия по усилению надзора, госпитализации больных и дезинфекции; что же касается выделения необходимых для этого средств, то этот вопрос остался открытым. Окрик подтвердил о необходимости «поставить и перед заводоуправлениями вопрос о постройке изоляционно-пропускных пунктов». О банях и других вопросах коммунальной санитарии в постановлении ничего не говорится; каких либо конкретных мероприятий по г. Перми Окрисполкомом также не утверждалось хотя в протоколе 17-X они были намечены (дезостанция, изоляционный дом, транспорт для перевозки больных и др.); нет также ничего и об укреплении санитарной организации, о чем имеются указания в постановлении Облик'а.

Так медленно, вяло, академически протекала кампания по борьбе с сыпным тифом в то время, как сыпной тиф уже надвигался на Пермь. Когда же тиф появился в исправдоме (15-XI), ночлежках и стал захватывать слои общества, имеющие случайный контакт с указанными выше элементами, то постановления приняли иной характер. Так, городской совет 23-XI признал в первую очередь «неподготовленность города: отсутствие бань в Мотовилихе и на рабочих окраинах, отсутствие дезостанции, общественных прачечных, перегруженность и неудовлетворительное состояние общежитий, детдомов, ночлежного дома, исправдомов, вокзалов и других учреждений».

Горсовет объявил «неделю чистоты», обязав все учреждения исполнять предложения специально созданной для борьбы с тифом комиссии. Усилен штат Гор-сан-бюро на сан-врача, 2 помощников, 3-х дезинфекторов; к санитарной работе привлечены были члены горсовета, все здравячейки, врачи в большом количестве по линии сан-просвета (50); увеличена пропускная способность бань, установлен льготный тариф, частью бесплатный для детдомов, ночлежек, общежитий; установлен пониженный тариф (по себестоимости) для этой же категории учреждений в прачечных; предложено Отделу народного образования срочно снабдить детдома бельем (до 2-х смен) и провести санобработку. Предложено разгрузить вокзалы от скопившихся пассажиров, беспризорных, произвести дезинфекцию.

В целях усиления питания населения постановлено просить Окзвн-торг усилить заброску продуктов питания (в частности круп и масла) в город.

На заседании комиссии 24-XI было детально проработано постановление горсовета, выделены ответственные лица и установлены сроки выполнения.

25-XI вопрос о борьбе с тифом рассматривался в Окрисполкоме, который подтвердил постановление Горсовета и в отдельных частях дал более категорическую формулировку, в частности по разгрузке и приведению в санитарное состояние вокзалов. Пунктом 10-м постановления Окрик'а запрещены были в течение 2 недель выезды семьям железнодорожных служащих по разовым и провизионным билетам. Райисполкомам предложено немедленно провести сидами медицинского персонала и секцией здравоохранения обследование указанных выше учреждений, принять меры к улучшению их. «Заводоуправления и рик'и обязываются организовать регулярную санитарную обработку (стрижку, мытье, стирку белья) рабочих на лесозаготовках и в казармах и детей дет-домов». Здравоотделу сверх сметы отпущено 2 тыс. рублей на борьбу с тифом.

Узловое железнодорожное совещание (26 XI) постановило—расходы, связанные с проведением мероприятий по борьбе с тифом, производить немедленно, не дожидаясь утверждения их со стороны Правления.

По мере снижения заболеваемости тон постановлений комиссий меняется, и 3-XII, когда в больницах лежало не менее 50 сыпного-тифозных больных, когда за два дня декабря поступило 7 новых больных,—комиссия выносит весьма странное постановление, приводимое пунктуально: «Слушали: д-р Модестов просит зафиксировать (?) состояние города в отношении сыпного тифа. Постановлено: В настоящее время (?) в отношении сыпного тифа г. Пермь считается благополучным, так-как наблюдаются только (?) единичные случаи заболеваний» (пункт 2-й протокола № 4). Очевидно, неудачная формулировка вопроса, не пора-ли свернуть экстренные мероприятия и зажить по-старому. В заседании комиссии 10/XII вновь этот вопрос ставится, но ответ уже дается иной: «считать, что снижение заболеваемости может быть временной передышкой перед новым подъемом, а потому мероприятия, которые проводятся в настоящее время, прекращать не следует». В том же заседании комиссии рассматривался вопрос об улучшении питания заключенных и снабжении их одеждой и постановлено: «Констатировать, что требования Облздрава и Обладмотдела вполне правильны, но они вызывают известные расходы», поему «запросить о средствах соответствующие областные организации». Результаты такого режима экономии уже имеются. Так, 12-XII в Свердловск прибыли с этапом пересыльная, которая лежала в Перми в больнице с ишиасом и здесь поступившая в больницу с той-же болезнью, у которой через несколько дней оказался сыпной тиф. Не имея отчета о работе комиссии, конечно, трудно по одним протоколам заседания выявить, что и как выполнялось из намеченных мероприятий и какие препятствия были.

Очень жаль, что в присланном материале нет никаких указаний на то, наблюдается ли в настоящее время и в какой мере и среди каких слоев рост завшивленности; о вшах в протоколах комиссии мы лишь вычитали одно, к тому же довольно сомнительное, наблюдение: «Слушали—о случаях, когда после камерной дезинфекции в Окробольнице на белье были найдены вши» (3-XII). Трудно допустить, чтобы так небрежно делалась паровая дезинфекция (без всяких контрольных вкладок и руководства).

По получении сведений о вспыхнувшей эпидемии в Перми, Облздравотделом в особых совещаниях выработаны были мероприятия по приведению всех мест заключения в санитарное состояние («неделя очистки» и проч.) и проработаны с заинтересованными организациями тезисы доклада в Облисполком. Областной Исполнительный Комитет, учтя всю серьезность положения, в заседании 10-XII вынес постановление, обязывающее целый ряд организаций к принятию срочных мер. На основании этого постановления на местах требуется выработать конкретный план мероприятий с учетом всех

особенностей и спустить в районы для дальнейшей проработки и выполнения. Основной организационный вопрос укрепления санитарной организации не должен быть обойден.

Так как выполнение постановления Областного Исполнительного Комитета сопряжено для многих организаций с расходами, то проведение их в жизнь потребует от сан-организации много сил и энергии на преодоление препятствий. Прежде всего, конечно, не все хоз-организации пойдут на встречу требованиям сан-надзора, в особенности органы непосредственно подчиненные центру. В их распоряжении имеется большой арсенал отписок (расход не предусмотрен сметой, запросим центр и пр.). Центр же может отнестись к этому различно. Облздравотдел уже получил одно такое отношение от Дорздравотдела Московско-Казанской жел. дор. от 20-XII. «Предложение Уральского Областного Исполнительного Комитета о постройке при всех банях дороги дезокамер не вызывается особой необходимостью, так как на дороге имеются подвижные дезокамеры, которыми по мере надобности обслуживается население М. Казанской жел. дороги». Прежде всего, к сведению Дорздрава, постановление Облик'а послано в НКЗ и им не опротестовано; если же Дорздрав не согласен с каким-либо постановлением, касающимся его, то он прежде всего должен обратиться в НКЗ в порядке обжалования. Это формальная сторона. По существу же очень странная мотивировка ненужности дезокамер (вошебоек) при банях со ссылкой на подвижные дезокамеры. Как будто желздрав не понимает, что речь идет о том, чтобы дать как можно большую возможность жел. дор. служащим обезвошить свою одежду после поездок; при чем тут подвижные камеры, обычно спокойно стоящие в тупиках при больших станциях, в ожидании экстренных случаев?

«Автономию» своей полосы отчуждения желздравы всегда отстаивают усердно даже в такие моменты, когда, казалось, следовало бы во имя общих интересов об этом на время забыть. В Кургане, например, по поводу случая сыпного тифа, связанного с жел. дорогой, местный сан-надзор произвел осмотр вокзала без участия районного санитарного врача, проживающего на ст. Петропавловск. По этому поводу желздрав Омской жел. дороги, получив выписку из протокола Курганского окрик'а, в которой, по мнению желздрова, — «санитарное состояние людских поездов и полосы отвода рисуется в очень мрачных красках», яко бы несоответствующих действительному положению дела, — обратился в окрздрав с протестом, требуя не производить никаких осмотров без уведомления и участия сан-надзора дороги (ст. Петропавловск), чтобы «не вводить в заблуждение советскую общественность неправильным освещением санитарного дела на Омской жел. дор.»... (отношение от 1-XII—28 г.). «Советская общественность» прихвачена здесь, конечно, стгоряча, так как санитарное состояние станции Курган куда лучше известно тем, которые чуть-ли не ежедневно бывают на этой станции, чем лицам, проживающим за сотни верст.

Очередная задача органов здравоохранения на местах добиться возможно полного проведения в жизнь постановления облик'а и дружно, широким фронтом совместно со всеми организациями, заинтересованными в этом, ликвидировать позорное наследство царизма — сыпной тиф.

ОТ „GEPERATIO AEQUIVOSA“ К МИГРАЦИОННОМУ ЦИКЛУ.

(Обзор современных достижений по миграоскарибозу).

Врач М. М. МУЛЬМЕНКО.

(Пермская Окрлаборатория).

Прошло уже двенадцать лет с открытия Stewart'ом миграции в цикле развития аскарид, но клиникой этот любопытный момент почти совсем не освещен и не оценен. Не установлена связь клинической картины с миграционным циклом и величиной патолого-гистологических изменений.

Важность вопроса, собственный экспериментальный опыт, знакомство с русскими работами и некоторыми иностранными, заставляют меня попытаться сделать обзор работ по миграаскаридозу.

Stewart, вскармливая зрелыми яйцами *Ascaris lumbricoides* (от человека и свиньи) крыс и мышей и следя за поведением вылупившихся молодых личинок в организме экспериментальных животных, установил, что личинки внедряются своим головным концом в стенку кишечника и попадают в кровеносные сосуды. Подчиняясь пассивному току крови, они заносятся через венарорта в печень, проходят печеночные капилляры, отсюда проникают в венасаву, правое сердце и через *art. pulmonalis* в капилляры легких. Разрушая встречающиеся им препятствия, они проникают из кровяного русла в просвет дыхательной трубки. Попад в альвеолы, они двигаются от разветвлений дыхательной трубки мелкого калибра по направлению к более крупным, проходят бронхиолы, бронхи, попадают в трахею, а оттуда через *lagunx* в *rhaunx* и ротовую полость, где и смешиваются со слюной. Установив значительную резистентность личинок ко всевозможным внешним insultам и связав этот факт с открытой им миграцией, Stewart сделал вывод, что крысы и мыши, в крови которых личинка мигрирует и проделывает определенный метаморфоз, являются для *Ascaris lumbricoides* промежуточными хозяевами. Он предполагал (позднее от этого отказался), что промигрировавшие личинки приклеиваются вместе со слюной крыс и мышей к пищевым продуктам и здесь, не теряя своей жизнеспособности, ожидают попадания через рот в организм окончательного хозяина—человека и свиньи.

Экспериментальная работа Stewart'a вызвала появление целого ряда работ проверочного характера. Ransom'ом и Cram'ом в Америке, Ioshida в Японии, Fülleborn'ом в Германии и их соработниками, был подтвержден и значительно расширен, установленный впервые Stewart'ом миграционный момент для аскарид. Вывод же Stewart'a о том, что крысы и мыши являются для аскарид промежуточными хозяевами, был отвергнут Ransom'ом,

Ioshida, Fülleborn'ом, Asada, Galli Valerio, Hóppli, Nettesheim'ом, Foster, Cram'ом, Nishio, Pantin Steiner'ом, в России Курловым и Ковалевским. В настоящее время доказано, что личинка аскариды, выскользнувши из яйца в желудочно-кишечном тракте своего хозяина, не способна здесь же в кишечнике превратиться в половозрелую особь, а должна проделать миграцию, побывать в крови хозяина, пройти через его систему дыхательных путей, попасть вторично в рот и оттуда в кишечник и только после такой миграции, попав вторично в желудочно-кишечный тракт хозяина уже не в виде яйца, как в первый раз, а в виде личинки, последняя способна в тонких кишках задержаться, чтоб начать усиленно расти и превратиться в половозрелую аскариду.

Большинство гельминтологов так представляет себе миграционный путь аскарид: вылупившиеся из яйца личинки вбуравливаются в стенки кишки и попадают частью в лимфатические, а большей частью в кровеносные сосуды. Попадающие в лимфатическую систему личинки, частью задерживаются в прилежащих лимфатических железах, частью достигают путем ductus thoracicus, vena subclavia (минуя печень) в правое сердце. Главная же часть личинок попадает с кровью портальной вены в печень, оттуда через правое сердце в легкие, пробуравливается из легочных капилляров в альвеолы и несется током мерцательного (бронхиального) эпителия к глотке, проглатывается, чтобы поселиться в тонкой кишке.

Несколько обособленно стоит мнение японцев Ioshida и Asada о миграционном пути аскарид. Ioshida полагал, что большинство личинок целиком пробуравливает стенку кишки и попадает в брюшную полость, оттуда пробуравливая диафрагму, в грудную полость и через легочную плевро в разветвления дыхательной трубки и трахею. По мнению японца Asada личинки *Asc lumbricoides* из кишечника в большинстве случаев проходят сквозь всю его толщу и попадают в грудную полость, откуда они активно проникают в печень и затем, попав в кровеносные сосуды, направляются в правое сердце, легкие и даже трахею. Оригинальными опытами и патолого-гистологическими исследованиями, главным образом Fülleborn'a и Ransom'a—теория Ioshida, а также об'яснения Ioshida нахождения личинок в почках тем, что они проникают туда непосредственно из брюшной полости, а не из кровяного тока, не подтвердились. Первоначально Fülleborn'ом, а затем и целым рядом других авторов, доказано, что часть личинок проскакивает легочные капилляры, попадает в левое сердце, и, циркулируя в большом кругу кровообращения, может быть занесена в мозг (боковой желудочек мозга Hóppli), в почки, в селезенку. Предполагается, что циркулирующие в большом кругу личинки, в конце концов все таки попадают снова в легкие, трахею, рот и кишку.

Нужно отметить, что во всех экспериментах, вскармливая созревшими яйцами *Asc. lumbricoides* крыс, мышей, морских свинок и кроликов, являющихся «чуждыми хозяевами» этого паразита, превращения личинок после миграции в половозрелую форму не получено, так как в организме чуждых хозяев личинки аскарид, проделав миграцию и попав в желудочно-кишечный тракт, погибают. Как исключение Ransom'у и Cram'у удалось довести до половозрелой стадии *Ascaris lumbricoides* в кишечнике ягненка. Совершенно иное получается с аскаридами, попавшими в организм своего «постоянного» хозяина. Эксперименты Stewart'a, Ransom'a и их соразработников над свиньями, а Fülleborn'a с *Belascaris marginata* над собаками, всегда кончались превращением личинок после миграции в тонких кишках своих постоянных хозяев во взрослую особь.

Клиническая картина экспериментального аскаридоза варьирует в зависимости от силы заражения. При массивном заражении животные обычно погибают на 8-9 день (Курлов и Ковалевский). У нас иногда погибали на 6 день. В этих случаях через 24—48 часов после заражения животные заболевают, забиваются в угол, становятся вялыми, теряют аппетит; «нахохлившись», с взъерошенной шерстью, избегая движений, животное принимает положение с дугообразно изогнутой спиной. Иногда наблюдается чиханье. Затем на первый план выступает заметное учащение дыхания, принимающее к концу жизни характер резкой одышки. Не проявляя периода возбуждения, как бы засыпая, животное погибает. Нередко имеется кровянисто-пенистое выделение из носовой и ротовой полости.

Почти в полном согласии находятся данные о разворачивании картины миграаскаридоза у экспериментальных животных, во времени (Nettesheim, Höppli, Курлов и Ковалевский). Процесс течет довольно быстро: уже через 4 часа после инфекции личинки в значительном количестве обнаруживаются в ткани пилососа, в капиллярах и лимфатических щелях; много личинок в краевом синусе пилососальных желез. Через 12 часов в небольшом, а через 18 ч. в значительном количестве личинки уже находятся в печени. В общем, за время от 1 до 4 дней личинки в печени обнаруживаются в большем количестве, чем в легких. В ближайшие 2 дня количество приблизительно равное или наблюдается некоторое количественное преобладание в легких. Nettesheim в трахее наблюдал личинок на 7-ой день вскармливания, Курлов и Ковалевский на 9—11 день. (Мног при массивном заражении единичные экземпляры личинок встречались на 5-й день). При подкожном заражении быстрота процесса ускоряется, так первые характерные изменения в легких: массовые мелкие кровоизлияния и начинающиеся инфаркты обнаруживаются уже спустя 10—12 часов (Курлов и Ковалевский.).

Интересным является доказанная Hülleborn'ом интраутеринная инвазия аскаридами, установленная также Gesteiger'ом у телят, Gmelin'ом у жеребенка.

Введя под кожу беременной суки личинки *Belascaris marginata*, добытые из печени искусственно зараженной морской свинки, он через 11—13 дней после инъекции, когда собака разрешилась от бремени, нашел сотни личинок у каждого новорожденного щенка. Тотчас после рождения большинство личинок локализовалось в легких, а через 2 дня они уже проникали через трахею и пищевод в кишечник. Личинки из печени достигали величины около 0,43—0,45 мм., т. е. имели размер, равный личинкам, впрыснутым под кожу матери; легочные личинки в первый же день рождения щенят достигали длины в два раза большей. На второй день после рождения личинки в легких и кишечнике достигали уже 1—1,5 мм., на 6 день было много личинок в кишечнике, достигавших уже 4 мм. длины, на 16-й день они превратились в паразитов длиной в 20—30 мм. Интраутеринная инвазия находит себе объяснение в явлении миграции личинок аскарид, в попадании их в артерии большого круга кровообращения и занесении током крови в плаценту. Интересно то, что, несмотря на многочисленные попытки, Fülleborn'у ни когда не удавалось находить интраутеринную инвазию другой собачьей аскариды *Toxascaris limbata*.

Не менее важным и интересным вопросом, чем интраутеринная инвазия, является установление факта заражения аскаридами экспериментальных животных подкожным и накожным путем как личинками, так и зрелыми яйцами аскарид. Возможность активно проникать в кожу экспериментальных животных, констатировал в 1921 году Asada для личинок *Ascaris lumbricoides*, а Fülleborn для личинок *Belascaris marginata*. Курлов и Ковалевский в 1927 году, импигнуя подкожно и нанося на кожу 2 недельного поросенка зрелые яйца *Ascaris lumbricoides*, получали аналогичную с вскармливанием картину заражения экспериментальных животных. Курлов и Ко-

валецкий отмечают отсутствие при заражении подкожными инъекциями в печени видимых микроскопических изменений. Личинки в ней находились в небольшом количестве, сообразно чему и гистологические изменения в печени имели менее выраженный характер. Печень таким образом при подкожном заражении как будто из миграции выключается.

Любопытной является работа в 1927 году, выпшедшая из печати и принадлежащая Ф. А. Ржаницину. Автор на трупном материале и на материале гистологических обследований (350) удаленных оперативно аппендиксов, работая в продолжении четырех лет, натолкнулся на находку личинок аскарид в просвете аппендикса с переходом их к миграции. Анализируя свои наблюдения, он приходит к ряду выводов эпидемиологического характера и, в частности, говорит о возможности аутоинфекции вследствие застревания и последующего созревания яиц аскарид в кишечнике.

В заключение разбора экспериментальных работ, посвященных миграции аскаридозу, остановимся на талантливо изученном Fülleborn'ом явлении, имеющем помимо громадного практического значения большой общий биолого-философский интерес, это вопрос об инкапсулировании личинок аскарид в органах и тканях хозяина, которое по Fülleborn'у должно быть поставлено в связь с происхождением феномена смены хозяина.

«Уже в 1911 году», говорит Fülleborn, «я находил у собак в почках, а позднее и в других органах, узелки с нематодой, длиною 0,4 мм., которую я считал аскаридой. Как то показали дальнейшие литературные изыскания, эти глистные узелки являются, повидимому, теми самыми, которые в 1856 г. Vulpiane нашел в почках собаки, и которые были описаны Davaie'ом с рисунком единственного констатированного червячка; возможно, что они являются теми самыми, которых Rost находил чрезвычайно часто в печени и почках своих экспериментальных собак».

Экспериментируя с личинками *Belascaris marginata* Fülleborn заметил, что последние, благодаря миграции, констатируются у экспериментальных животных не только в печени и легких, но частично, проскакивая через легкие, попадают в большой круг кровообращения и заносятся в различные ткани—в том числе и в почки. Эти данные, связанные им с ранее наблюдавшимися в почках у собак инкапсулированными узелками, навели на мысль заподозрить в инкапсулированных нематодах почек личинок либо *Belascaris* либо *Toxascaris*. Многими опытами Fülleborn'у удалось доказать, что цисты с личинками нематод, рассеянные в разных органах и тканях собак, действительно принадлежат *Belascaris marginata*. Вместе с этим он выяснил, что *Toxascaris* собаки не способны формировать подобных цист ни в печени ни в почках, а только в легких и лимфатических железах. Эти «*Belascaris*-идные» узелки уже макроскопически легко узнаются как серовато белые, а иногда желтые, величиной с булавочную головку, образования, которые прежде всего бросаются глаза на поверхности печени и почек (непосредственно под капсулой). При большом содержании узелков вся поверхность печени кажется мелкобугристой. В центре узелка покоится личинка длиною всего 0,4 мм. Передняя треть занята пищеводом без всякого намека на бульбус. Паразит в цисте обычно не растет, хотя бы пробыл в организме хозяина значительный период времени: только в исключительных случаях Fülleborn наблюдал линьку личинки в цисте с последующей закладкой пищеводного бульбуса. Личинка лежит посреди маленьких некротических округов, к наружи от нее эпителиоидные клетки, в редких случаях гигантские, за ними кольцевидно расположенные фибробласты и соединительные тканые нити. На наружном крае узелка лежат обыкновенно эозинофилы. Соединительно тканная метаморфоза развивается от капсулы к центру. Некротический центр узелков обнаруживает иногда глянцевое перерождение, а в старых случаях наложение темных комковатых масс, как признак обизвестления.

Интересно, что вскармливанием мышей и морских свинок органами, содержащими цисты с личинками *Belascaris*, можно вызвать формирование типичных таких же цист (с личинками *Belascaris*) у этих животных. Это доказывает, что личинка *Belascaris*, освобождаясь от цисты, растворяющейся в желудке экспериментальных животных, приступает к такой же миграции, каковую прodelывает личинка, выдупившаяся в желудке из яйца. Она проходит в кровеносную систему, (в art

pulmonalis). оттуда либо попадает через трахею и пищевод в кишечник, где формируется в половозрелую форму, либо проскакивает в левое сердце и с артериальной кровью заносится в разные органы и инкапсулируется, таким образом возвращаясь к своей исходной форме. Это обстоятельство заставляет Fülleborn'a высказать следующую мысль: «Тем самым у собаки должна произойти кишечная инвазия зрелыми *Belascaris* в случае, если она съест мясо или орган какого либо животного, случайно пронизанного цистами *Belascaris*, подобно тому как заражение кишечными трихинами происходит при поедании трихинозного мяса».

Нов и биологически интересен факт, впервые установленный Смирновым и Глазуновым (1928 г.), инкапсулирования личинок свиной аскариды (*Ascaris suilla*, resp. *Asc. lumbricoides*) в печени при повторном заражении экспериментальных животных. Авторы, осторожно подходу к объяснению этого факта и учитывая характер патолого-гистологических изменений, выдвигают предположение о защитном воздействии печени, имеющем своим результатом понижение жизненных свойств личинок (их миграционной способности). По мнению авторов, оставшиеся в печени более обычного срока личинки вызывают вторичный процесс инкапсуляции подобно процессу, вызываемому трудно растворимым инородным телом.

Интересно отметить попытку некоторых авторов (Pintner) объяснить и выдвинуть, как причину, заставляющую паразитических нематод в личиночной стадии их развития, блуждать по организму своего хозяина — потребность в гликогене. Однако, работой Hoppli, совместно с проф. Степановым-Григорьевым на материале *Asc. lumbricoides*, *Strongy stercoralis*, *Ankylostoma* выяснено, что *Asc. lumbricoides* во всех стадиях своего развития, начиная от полугодового эмбриона в яйце, личинок в печени и легких и до вполне созревших форм, содержит гликоген, а поэтому для личинок аскарид нет никакой необходимости в блуждании только с целью получения гликогена.

Заканчивая изложение работ по вопросу о миграции аскаридозе, я хочу подчеркнуть, что только благодаря ошибочно распространенному взгляду с времен Götz и Abildgaard'a, Rudolphi и Bremser'a о сравнительной невинности глист, задержалось открытие миграционного цикла у аскарид и препятствовало выявлению значения глистного фактора во всю ширь. Открытая Stewart'ом миграция аскарид в организме хозяина не должна являться для нас полной неожиданностью: таковая уже в 1898 году установлена классическими работами Looss'a для *Ankylostoma duodenale*, а в 1914 г. Fülleborn'ом для *strongyloides stercoralis*.

В первое время после опубликования работ о миграции личинок аскарид и прохождении их через легочные капилляры, у многих закрадывалось сомнение в том, что могут ли сравнительно крупные личинки проникать через микроскопический просвет капилляров. Однако, многочисленные опыты Fülleborn'a — ин'ецирования детрита из личинок нематод в сосуды живых экспериментальных животных, показали, что не только личинки аскарид, но даже более толстые личинки *Strongyloides stercoralis*, достигающие $0,55 \times 0,018$ м.м., свободно могут проходить капилляры как большого круга кровообращения, так и капилляры легких и печени. Даже такие неподвижные и неспособные активно внедряться элементы, как цисты кокцидий кроликов толщиной 0,02 м.м., впрыснутые в сагитис собаки, обнаруживаются в большом количестве в легких.

Попробуем подытожить экспериментально установленный выше изложенный материал:

1) Многочисленные, тщательно поставленные в различных странах опыты вскармливания экспериментальных животных зрелыми личинками аскарид всегда сопровождалась миграцией личинок по определенному пути с различным окончательным исходом, в зависимости от того, является ли экспериментальное животное чуждым или постоянным хозяином. В первом случае (чуждый хозяин) развитие личинок в половозрелую форму, при вто-

ричном попадании после миграции вследствие их гибели в желудочно-кишечном тракте, не получено. Исключение: Ransom'у и Cram'у удалось довести до половозрелой стадии *Ascaris lumbricoides* в кишечнике ягненка. Во втором случае (постоянный хозяин) опыт кончается превращением личинок в половозрелую форму.

2) Во время миграции возможно проникание личинок в большой круг кровообращения и занесение их во все органы (почка, селезенка, мозг). Личинки обнаруживались в брюшной и плевральной полостях. Доказана интраутеринная инвазия.

3) Заражение экспериментальных животных, как чуждых, так и постоянных хозяев, возможно зрелыми яйцами и личинками через рот, подочно и наочно.

4) *Bel* и *Toxascaris* обнаруживают феномен инкапсулирования личинок, занесенных в различные органы своих постоянных хозяев. Чуждые хозяева, будучи заражены органами с цистами *Belascaris*, могут приобрести цисты.

В какой мере можно перенести установленные на животных данные миграаскаридоза на человека? Точнее, какие имеются данные, говорящие за «миграционный момент» в цикле развития аскарид у человека?

1. Эксперимент с самозаражением японского врача Koino (1922 г.), проглотившего 2 тысячи яиц *Asc. lumbricoides*. История болезни такова: на третий день температура 40°, критическое падение на 7-й день, на 4-й день увеличение печени, селезенка не увеличена, выраженный диспепс с цианозом, грудные боли, кашель до 11 дня с богатым кровавистым выделением от 3-го до 7-го дня, содержащим личинок (на 5-й день 178). Спустя 50 дней после принятия яиц, вывел 667 червей.

2. Мои находки личинок *Asc. lumbricoides* в моче восьми больных детей.

3. Случай экспериментального заражения Mosler'a в 1867 г. у ребенка и случай Lutz'a (1888 года) у 30 летнего мужчины. Оба автора сообщают об явлениях со стороны легких в форме бронхита. Pantin (Китай) доложил о кашле ребенка, который, без сомнения, был вызван аскаридозной инфекцией.

5. Целый ряд описанных в литературе (главным образом старой) случаев аскаридоза, которые лишь только косвенно могут в настоящее время истолковываться для доказательства миграаскаридоза.

На основании опытов на самом себе с проглатыванием инвазированных легких морской свинки (зараженной зрелыми яйцами *Asc. lumbricoides*) Joshida в 1919 году точно установил, что для развития половозрелой аскариды самки, способной к выделению яиц, потребно по крайней мере 89 дней.

Подойдем с этой датой к расшифровке следующего случая, описанного Miller'ом. Miller в Москве видел аскариду у трехнедельного ребенка. Ребенок родился 10 июля, и 20 заболел пневмонией, в течение которой 31 июля образовался *anus praeternaturalis ex perforatione intestini* на месте пупка. 4 августа при перемене повязки под йодоформовой марлей нашли еще живую аскариду—самку, которая наполовину выползла из кишечного отверстия в пупке; она была длиною 18 см. и толщиною в 4 мм. Через 2 дня ребенок скончался. При вскрытии определена как основная причина смерти *pneumonia lobularis sin. in stadio hepatitisationis is griseae*; в кишках найдены явления *catarrh. intest. subacut*; аскарид больше не оказалось. Этот случай, приняв во внимание данные Joshida, Fulleborn'a с *Belascaris marginata*—я объясняю интраутеринной инфекцией.

Итак, нам кажется, что в настоящее время вполне достаточно как прямых так и косвенных доказательств, говорящих за миграционный момент в цикле развития аскарид у человека. Установление факта миграции личинок аскарид в организме человека, влекущего за собой нарушение целостности слизистых оболочек как со стороны кишечника (входные ворота инфекции), так и со стороны легких (выходные ворота), с возможным проникновением личинок в большой круг кровообращения, травма слизистых оболочек взрослыми паразитами, доказанная токсичность аскарид, заставляют в корне изменить «наивную, но живую идею о сравнительной невинности» аскарид. С большой долей вероятности можно предполагать, что явления миграции в жизни встречаются чаще, чем это может быть определено на основании копрологического исследования, ибо 1) промигрировавшая личинка может быть выведена из организма с мокротой (Koino) или мочей (Мульменко) и 2) можно допустить миграцию личинок аскарид, для которых человек является чуждым хозяином.

Высокий процент аскаридозного Wurmträger'ства, доказанная связь с инфекционными заболеваниями (Guiart и др.), аскаридозная интоксикация (Вейнберг и др.)—дают нам право будировать внимание врачей и здравооделов и призывать вести серьезную и упорную борьбу с опасным врагом человека—аскаридой.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. С к р я б и н. «Аскариды и их значение в медицине и ветеринарии». Изд. 1925 года.
2. К у р л о в и К о в а л е в с к и й. «Опыты выращивания личинок аскарид и пути дальнейшего их развития при заражении животных.» Сибирский архив теоретической и клинической медицины. Том II, кн. 1—2, 1927 года.
3. Р ж а н и ц и н. «Возможна ли аутоинфекция при аскаридозе?» Журнал научной и практической ветеринарной медицины. Том. X, вып. II, 1927 г.
4. С т е п а н о в-Г р и г о р ь е в и Н ö r p l i. О связи между содержанием гликогена в личинках паразитических нематод и блужданием их в организме человека. Труды X съезда бактериологов и эпидемиологов в Одессе в 1926 году.
5. А л д ф е е в. «К вопросу о миграции аскарид и остриц в ткани кишечной опухоли у человека». Вестник микробиологии и эпидемиологии. Том VI, вып. 4, 1927 г.
6. Н ö r p l i. Die durch Ascaris larven bei experimenteller Infektion im Tierkörper bewirkten anatomischen Veränderungen. Virchow's Archiv. f. Path. anat. und Physiologie und f. klinische Medizin. 244, Band 1923.
7. B r ü n n i n g. Die Biologie des Ascaris lumbricoides und des Oxyris vermicularis im Lichte neuerer Forschungen. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. 24 Band, 1923
8. F ü l l e b o r n. Über der Infektionsweg bei Ascaris. Ref. Medizinische Klinik, № 5, 1926.
9. K o i n o. The Japan. med. World 1922. Ref. Medizinische Klinik, № 16, 1926.
10. R a n s o m, C r a m. The course of Migration of Ascaris Larvae Ref. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene. Band 26, s. 213. 1922.
11. S t e w a r t. Life history of Ascaris lumbricoides. Ref. Archiv f. Schiffs und Tropen-Hygiene. Bd. 26. 1922.
12. N e t t e s h e i m. Das Wandern der Spulwurmlarven in inneren Organen Munchener Med. Wochenschrift. 1922, № 36.
13. G r a s s i. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde, № 5, Ref. Врач, 1887 г., № 6.
14. L i n s t o w. Centralblatt f. Bacteriologie und Parasitenkunde, № 2 Ref. Врач, 1887, № 3.
15. E p s t e i n. Munchener Medizinische Wochenschrift. 1891. Ref. Врач 1891, № 43.

16. Fülleborn. Über Infektionsversuche mit Toxascaris. Archiv für Schiffs und Tropen-Hygiene. Bd. 36. 1922.

17. Fischer. «Neuere Arbeiten über die Wurminfektion des Menschen, besonders über ihre Pathogenese Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. Bd. 22. 1922.

18. Скрябин. «Новейшие достижения экспериментальной гельминтологии. Успехи экспериментальной биологии. Том. III. Вып. 3—4. 1924 года.

19. Бандер. К вопросу о роли аскарид в патогенезе острых геморрагических некрозов поджелудочной железы». Русская Клиника, № 35. 1927 года.

20. Холодковский. «Учебник зоологии и сравнительной анатомии». Изд. 1905 год.

21. Р. Гертвиг. «Учебник зоологии». Изд. 1912 года.

22. Скрябин. «Значение глистного фактора в эпидемиологии бактериальных болезней». Гигиена и эпидемиология, № 3, 1925 года.

23. Скрябин. «Медицина и гельминтология». Московский Медицинский журнал, № 1—2, 1923 года.

24. Кунце. «Учебник практической медицины». Изд. СПб. 1875 года.

25. Брандт. «Животные паразиты домашних млекопитающих и птиц». Изд. СПб. 1890 г.

26. Цимсен. «Руководство к частной патологии и терапии». Том VII, ч. 2, 1881 года.

27. Скрябин. «Современное представление о роли паразитических червей в патологии». Труды IX съезда бактериологов, эпидемиологов и сан. врачей в Москве. 1925 года.

28. Скрябин. «Проникновение паразитических червей из организма беременной матери в организм плода (Интраутеринная инвазия)». Профилактическая медицина, № 7—8, 1926 года.

29. Смирнов и Глазунов. «Об изменениях крови морской свинки при однократной и повторной аскаридозной инвазии». Вестник микробиологии, эпидемиологии и паразитологии. Том VII, вып. I, 1928 года.

30. Мильменко. «К миграционному циклу аскарид у человека». Известия Биологического Научно-Исслед. Инст. при Пермском Госуд. Университете. Том. 6, вып. 5, 1928 г.

Уральский Машиностроительный завод в Свердловске.

(Проект). Изд. Государственного Института по проектированию новых заводов. Ленинград, 1928 г.

ОБЩИЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ТРУДА И ЖИЗНИ РАБОЧИХ В НОВО-СТРОЯЩЕМся ЗАВОДЕ.

Д-р В. Ляпустин.

Постройкой машино-строительного завода в Свердловске Уральская промышленность начинает на Урале эру новых заводов и фабрик. Естественно то внимание общества, которое сейчас проявляется к проекту и начатой постройке первого нового завода. Вопрос интересует инженеров, экономистов, социологов и врачей-специалистов профессиональной гигиены и профессиональной патологии.

Новый завод должен удовлетворять по своему Техническому оборудованию не только высокой производительности, дешевизне и высокому качеству фабриката, но и, что не менее важно, здоровым условиям труда и быта рабочих и большого заработка, обеспечивающего культурный рост их жизни. Нас интересуют последние вопросы, возникающие при рассмотрении данного проекта, что и составляет цель настоящего очерка.

Книга-проект содержит 285 страниц с приложением 50 рисунков и 14 карт и разделена на 6 глав: 1) экономические обоснования проекта, 2) про-

изводственная часть проекта, 3) энергетическая часть, 4) управление заводом 5) строительная часть проекта, 6) финансово-сметная часть проекта. В этих главах достаточно подробно освещены все основные части как постройки, так и будущей эксплуатации нового завода гиганта, так что сейчас в общих чертах мы можем себе представить, каковы будут санитарно-гигиенические условия заводских цехов и отделений, насколько вреден и опасен в них будет труд для работающих, и в каких социально-бытовых, экономических условиях будет складываться жизнь рабочих в новом заводе.

Санитарно-гигиенические условия всех цехов, которых будет 14, в отношении квадрата пола и кубического объема воздуха удовлетворяют требованиям современной санитарии на все 100 проц. и с этой стороны не оставляют желать ничего лучшего. Отопление заводских зданий в условиях нашего климата также спроектировано вполне удовлетворительно: температура зданий в рабочее время 14—15°, отопление паро-водяное, нагревательные приборы—ребристые батареи. Вентиляция заводских зданий—наиболее ответственная часть проекта в санитарно-гигиеническом отношении также сконструирована весьма удовлетворительно. Вентиляция приточная с подогревом вводимого воздуха до 15° и с необходимым увлажнением. В менее пыльных цехах она исчислена в размере 60 куб. метр. на человека, а для горячих цехов обмен воздуха от однократного до полуторократного внутреннего объема в час, для лабораторий принят трехкратный.

Принципы вентиляции в общем проекте взяты совершенно удовлетворяющие требованиям профессиональной гигиены: все будет зависеть от того, насколько они будут выдержаны в детальном проекте, и здесь особенно важно в отношении здоровья рабочих обратить внимание на металлургическую и деревообделочную группу цехов, а также металлообрабатывающую группу (точильные, шлифовальные и токарные отделы), где всего больше рабочие болеют от пыли. При составлении детальных проектов вентиляции этих цехов потребуется особенно тщательно оборудовать эти здания приборами (пылесосы, эксгаустеры и циклоны) для удаления пыли. Освещение цехов естественное, дневное, совершенно соответствует нормам современных требований; к сожалению, в проекте нет оборудования ночного, искусственного освещения, между тем этому вопросу сейчас придается огромное значение, и современная профессиональная гигиена разрабатывает методы нормального электрического освещения; при составлении детального проекта над этим вопросом придется серьезно поработать. Ошибки освещения влияют на частоту несчастных случаев труда рабочих.

Труд рабочих в новом заводе потребует: а) в металлургических цехах литья стали, чугуна и меди, б) в металлообрабатывающих цехах, пресовой, термической и механической обработки металлов, в) в деревообделочных, г) вспомогательных цехах, как инструментальный, электрический, газовый, железнодорожный и торфяной. Одно перечисление этих цехов показывает, что труд рабочих, а также инженеров и техников в новом заводе будет чрезвычайно разнообразен и потребует высокой специализации. По проекту в новом заводе будет всего рабочих и служащих 3.302 чел., из них рабочих 2.544, конторского и обслуживающего персонала 397 и технического 361 чел.

В проекте имеются точные исчисления рабочей силы для каждого цеха и отдела; здесь, нам думается, следовало бы обратить внимание на полное отсутствие в штатах цехов рабочих по уборке и поддержанию чистоты. Современные уральские заводы даже при беглом осмотре отличаются крайней загроможденностью всякого рода хламом не только заводских дворов, но и цеховых помещений. Пыль, копоть, грязь густым и обильным слоем покрывают стены, окна, пол, осветительные приборы и проч., и все это происхо-

дит оттого, что в цехах нет рабочих, специально занятых этим делом и ответственных за чистоту.

Интенсивность и объем труда, особенно тяжелого, физического в условиях нового завода будут резко отличаться от условий современных уральских заводов, и самое существенное отличие будет состоять в том, что в заводе крупного машиностроения трудовые процессы будут механизированы более чем на 70 проц., тогда как в существующих заводах механизация не достигает даже 30 проц. Труд тяжелый, утомительный, истощающий силы, вследствие чего оказывается ранняя инвалидность рабочих, это характерное зло сейчас на Урале, в новом заводе весьма значительно будет ослаблено, — тяжелого труда при высокой механизации, можно думать, почти совсем не будет, и в этом заключается высокое достижение в смысле оздоровления труда». Везде, где требуются процессы ручного погруза, выгруза и транспорта заводских материалов, полуфабрикатов и фабрикатов, будут работать краны, конвейеры, катаные, подвесные и передаточные ленты, железные дороги и т. п. В этом отношении особенно следует отметить торфяное хозяйство, где добычу на 150 тысяч тонн торфа, доставку их на завод, — потребуются не более 250 рабочих, тогда как сейчас на Урале на подобное дело задвигается больше 2.500 человек. Добыча торфа справедливо считается тяжелым и вредным трудом, — на торфяниках люди часто болеют, и прогулы по болезни и потери в рабочей силе здесь особенно велики. Оздоровление труда, создание культурных условий жизни на торфяниках — дело трудное и дорогое, и поэтому будет большим успехом, как экономики, так и промышленной гигиены, когда на торфяниках нового завода почти весь труд по добыче, резке и транспорту будет передан машинам, а немногочисленным рабочим придется только управлять и ухаживать за ними. Далее, высокая механизация не только уменьшит по объему трудовой процесс рабочих завода, ослабит утомляемость их, но также, и что особенно важно, резко изменит характер промышленного травматизма. Наблюдаемое сейчас на Урале огромное количество несчастных случаев — травматических повреждений, причиной которых является ручной погруз и выгруз и транспорт, в новом заводе сократится самое меньшее на половину. В заводах крупного машиностроения на Украине сейчас (1925—27 г.) при общем показателе 236,7 проц. промышленного травматизма на 1.000 рабочих, — ручные процессы выгруза, погруза и транспорта дают 60 проц. от суммы всех несчастных случаев. Ясно, что в новом заводе можно ожидать резкого сокращения общего числа несчастных случаев.

В отношении общей экономики и производительности труда, а также по потерям рабочих дней по промышленному травматизму новые условия механизации труда несомненно дадут огромные достижения.

Не менее важное значение для здоровья рабочих играют общие социально-бытовые и экономические условия жизни, из которых в условиях современности жилище имеет преимущественное значение. Рассматриваемый проект этому вопросу посвящает особую главу. Проект рассчитывает из общего количества 3.310 рабочих и служащих обеспечить заводскими квартирами только 20 проц., предполагая, что остальные 80 проц. обзаведутся жилищем по линии кооперативного или индивидуального строительства, или же просто наймом квартир в г. Свердловске и в Верх-Исетском заводе, и, так как новый завод с этими населенными пунктами будет связан удобными путями сообщения, как трамвай и автобусы, то расстояние 4—5—6 километров не будет обременительно для рабочих.

Таким образом предполагается по проекту построить жилые дома для одиноких на 180 человек и семейных на 450 человек, а с членами семьи всего

на 1.980 человек. Кубатура на одного жителя проектом исчислена для одиноких в типовых зданиях общежития 8 куб. метр., для квартир в деревянных домах 7, а в каменных $7\frac{1}{2}$ куб. метров. Предполагается построить 8 каменных, 8 деревянных многоквартирных и 1 каменное здание для общежития. Все строения будут снабжены электричеством, водой и канализованы, а также при домах предполагаются разного рода службы. Кроме того, проект предполагает затратить почти миллион рублей на постройку общественных зданий и благоустройство площадей и садов. Из общественных зданий будут построены: райсовет, милиция, пожарное депо, амбулатория, баня, столовая и ясли; все затраты на все жилищное строительство достигают 5-ти миллионов, что составляет около $\frac{1}{10}$ стоимости всего завода (48,9 миллионов рублей).

Проект добавляет, что если-бы пришлось удовлетворить заводскими квартирами всех рабочих и служащих нового завода с общим количеством жильцов, включая семьи, около 10.700 человек, то стоимость жилищного строительства достигла бы 20 $\frac{1}{2}$ миллионов. Нам думается, что удовлетворение заводскими квартирами только пятой части всего заводского состава окажется недостаточным. Основное ядро рабочей силы любого завода не может быть менее одной трети, и это основное ядро необходимо, чтобы обеспечить успешный ход и развитие заводских работ. Рассчитывать на успех кооперативного и индивидуального строительства можно, но при обязательном условии значительной поддержки от завода деньгами и строительными материалами. Расстояние завода на 4—5—6 километров от города и Верх-Исетского завода при самом удобном транспорте само по себе может быть неблагоприятным условием успешности заводских работ, особенно если это условие будет для огромного (80 проц.) количества рабочих завода. Обостренный жилищный кризис в Свердловске и Верх-Исетском заводе не гарантирует сколь-нибудь успешного размещения большого числа рабочих с семьями. Рабочий коллектив более чем в 1.000 человек высшей квалификации неизбежно будет предъявлять повышенные требования на культурную жизнь. Все это вместе взятое заставляет нас думать, что проектом вопрос жилищного строительства разрешится неудовлетворительно, и, как минимум, придется удовлетворить не менее одной трети рабочих и служащих. Что-же касается благоустройства как поселка, так и заводской территории, разделенных полосой древесных насаждений, а также строительные планы зданий управления, лаборатории, школы ФЗУ, проходной будки и медпункта, то нужно признать их вполне отвечающими своим заданиям.

Вот все замечания санитарно-гигиенического, социального характера, которые возникают при чтении настоящего проекта. Книга читается с большим интересом и издана прекрасно, цена 5 рублей.

РЕФЕРАТЫ.

Kauser—Petersen. Катарт верхушек легких или ранний инфильтрат» (Munch. med. Woch., № 7, 1928).

Анализ открытых форм легочного туберкулеза на большом диспансерном материале приводит автора к утверждению, что догма об апикалокаудальном распространении легочного туберкулеза должна считаться сильно поколебленной.

Лишь ничтожная часть открытых форм легочного туберкулеза начинается как верхушечный туберкулез. В подав-

ляющем большинстве случаев верхушечного туберкулеза речь идет о законченных затихших процессах. Для весьма многих случаев «ранний инфильтрат», находящийся за пределами верхушек, является началом легочной чахотки взрослых. В связи с этим перед диспансером вырастают новые задачи выявления «ранних инфильтратов» или «ранних очагов» тем более, что прогноз их при своевременном лечении благоприятен.

М. М. Виленский.

Seitz. К ранней диагностике свинцовых отравлений (Munch. med. Woch., № 36, 1928).

Автор возражает против переоценки в диагностике свинцовых отравлений кардинальных симптомов: свинцовый колорит, свинцовая кайма, базофилия и гематопорфирия.

Ранний диагноз свинцового отравления должен ставиться на основании тщательного изучения общего состояния. Считать свинцовую кайму ранним признаком отравления ошибочно. Повышение кровяного давления в начале свинцового отравления встречается редко. К ранним признакам свинцового отравления при учете других симптомов следует отнести витальную окраску эритроцитов, полихромазию и лимфоцитоз. Автор вводит новое понятие о «свинцовой лабильности». Увеличению числа витально окрашенных эритроцитов (свыше 0,5 проц.) автор придает большое значение, как продромального симптому свинцового отравления.

М. В.

Storm van Leeuwen «Значение повышенной чувствительности к аспирину у астматиков». (Munch. med. Woch., № 37, 1928).

Среди астматиков имеется определенная группа («аспиринная группа», составляющая около 10 проц. всех астматиков), у которых введение аспирина даже в незначительной дозе от 10—100 миллигр. вызывает тяжелый приступ бронх. астмы, переходящий часто в Status asthmaticus. У некоторых представителей этой группы первый приступ бронх. астмы появился впервые после приема аспирина. Характерным для этой группы является еще то, что пребывание в безаллергенной среде и соответствующее регулирование диеты не оказывают никакого влияния на этих больных. В качестве практического вывода автор указывает, что астматику никогда нельзя давать аспирина или другое средство из группы спазмолитических и жаропонижающих без выяснения или осторожного исследования выносливости больного к этому средству.

М. В.

Trumpf. «О современном состоянии вопроса борьбы с зобом». (Munch. med. Woch., № 39, 1928).

Введенная в некоторых государствах, пораженных зобом (Швейцария, Австрия, Бавария), профилактика зоба, в виде дачи еженедельно каждому школьнику таблетки, содержащей 1 миллигр. иодист. калия или снабжения всего населения обычной поваренной солью, содержащей полмиллигр. иодист. калия на каждый килограмм поваренной соли, успела уже дать прекрасные результаты, как об этом свидетельствуют громадные статистические материалы из этих государств, в частности, Швейцарии. Особенно важен второй вид профилактики зоба — снабжение населения солью, содержащей иод, как охватывающий все возрасты. Результаты этих профилактических мер сказались в значительном уменьшении зоба среди новорожденных, в уменьшении зоба среди школьников, в уменьшении числа операций зоба, в уменьшении размеров самих зобов. Вредности, которые могут происходить от введения иода, как усиление явлений базедовизма, проявления иодизма, совершенно ничтожны. Автор горячо поддерживает этот метод профилактики зоба.

М. В.

Besker. «Лечение туберкулеза искусственным горным солнцем». (Die Tuberkulose, № 8, 1928).

Далеко не все случаи легочн. туберкулеза подлежат лечению горным солнцем; показаны лишь затихшие узелковые и цирротические формы малой или средней протяженности. Но и при этих формах чрезмерная дозировка может вызвать активирование процесса, свежее обсеменение, кровохарканья и подъем температуры.

Противопоказанными являются наряду с экссудативными формами свежие, ранние инфильтраты. Если врач усвоит эти требования, он во многих случаях легочн. туберкулеза с хорошим успехом использует искусственное горное солнце в качестве раздражающей терапии.

М. В.

мед. В. Е. ДЕМЬСКАЯ. «Индивидуальная гигиена женщины — залог здоровья и красоты». Издание автора. 1927 г.

Совершенно не понятно, для чего и для кого написана эта книга. Основная установка автора, повидимому, заключается в следующих ее словах (стр. 7-я): «Стройная талия действует привлекательно, потому что она заставляет рельефней выступать богатство верхних и нижних пологих линий; кроме того, она является тем местом, за которое легче всего схватить и прижать любимую женщину в экстазе любви; чем полнее обхват, тем больше чувство близости и обладания».

В развитие этого положения следует в дальнейшем 137 страниц, где на ряду с небольшими экскурсиями в область анатомии и физиологии даются советы, как и чем красить волосы, как завиваться, как готовить самому духи вместо дорогих духов старых французских фирм, как придать ногтям особый блеск и розовый цвет и т. д. Рецепты на изготовление пудры, кремов, средства от мозолей, потливости, угрей, сального и красного носа, способ приготовления жареного, тушеного мяса, «принцип» жаренья и т. д. — все это нашло здесь место. Имеется даже коротенькая глава, посвященная «первой помощи»... при поражениях кожи. На сей случай «каждой хозяйке предлагается иметь наготове ряд медикаментов, сохраняемых в фарфоровой или стеклянной банке с пробкой, предварительно вымытой и протертой спиртом».

Во главе «уход за беременной» автор советует «во время родов тщательно следить за тем, чтобы не получалось разрывов, поддерживая промежность, чтобы головка не слишком долго стояла в проходе и не перерастягивала мышц тазового дна; разрывы и расхождения мышц надо зашить послеродовыми многоэтажными швами». Оригинальное сочетание: в одной книге и о краске для волос и об оперативных методах в хирургии.

Для кого-же, на самом деле, написана эта книга? На последней странице (143-й) мы читаем: «Я написала свой труд для наших современных трудящихся женщин, желающих сознательно относиться к своему здоровью» и т. д. Ну, что-же «feci quod potui».

Д-р В. Перетц.

«Судебная гинекология» д-ра Я. ЛЕЙБОВИЧ, главного судебно-медицинского эксперта при НКЗ РСФСР. Юридическое издательство НКЗ УССР. Харьков. 1928 г.

Не только судебным врачам, специалистам акушерам-гинекологам, но и врачам участка приходится в повседневной работе принимать участие в судебно-гинекологической экспертизе. Врач-специалист с разрешением этих вопросов в большинстве справляется; участковые же врачи нередко попадают в крайне затруднительное положение, что не может не отразиться как на правильности, так и вообще на ценности экспертизы. Книга д-ра Лейбовича дает вполне достаточное знакомство с судебно-медицинской стороной целого ряда весьма важных вопросов, как аборт, изнасилование, определение девственности, детоубийство, половые аномалии и т. д. Широкий охват, ясность изложения, целый ряд примеров из повседневной жизни, личный опыт автора, как практического врача акушера-гинеколога и судебного врача, придают книге особую содержательность и значение. Настоящая книга безусловно явится хорошим справочником как для врачей-специалистов, так и хорошим спутником для участковых врачей.

Д-р В. Г. Перетц.

Б. П. КУШЕЛЕВСКИЙ. «О новом инфекционном заболевании «воднополевой лихорадке». (Клинич. Медицина, № 15, 1928 г.).

Автор в течение 4-х месяцев 1927 г. среди больных Свердловской ж. д. б-цы наблюдал оригинально протекавшее инфекционное заболевание. Болезнь протекала со всеми симптомами, свойственными остролихорадочным болезням. Кардинальными симптомами болезни были: типичная лихорадка с острым началом и ускоренным лизисом чаще всего на 8—9 день болезни, мышечная слабость, мучительная головная боль, гиперемия конъюнктив, век, склер и мягкого неба, своеобразная полиморфная сыпь, исчезающая вместе с лизисом, значительное увеличение печени, появлявшееся с конца лихорадочного периода. Меньше чем в половине всех случаев обнаружены были и рецидивы, появлявшиеся на 4—8 день после окончания первой лихорадочной волны. Заболевание имело много общего с Вейлевой болезнью, от которой ее отличало отсутствие желтухи, нефрита и геморрагических явлений, а также доброкачественное течение.

Несмотря на отрицательные результаты исследований, связанных с обнаружением спирохет, автор на основании клинической картины течения болезни и эпидемиологич. особенностей относит данное заболевание к спирохетозам.

Автор назвал проследенное им заболевание «водно-полевой лихорадкой» ввиду того, что аналогичные заболевания описаны, главным образом, у крестьян в затопленных местах, а на его материале встречались преимущественно у ремонтных рабочих, работавших на пострадавших от наводнений жел.-дор. путях. Автор призывает к изучению этой болезни и борьбе с ней ввиду ее важного значения в экономике страны.

М. В.

МАЛЯРИЙНАЯ СТАНЦИЯ СВЕРДЛОВСКОГО САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА В 1927 ГОДУ.

Заведующего станцией д-ра **Н. Н. Плотникова** и консультанта-зигмолога проф. **Ю. М. Колосова**.

Краткость очерка не позволяет остановиться здесь на всех деталях производного станцией за 1927 год, и потому мы коснемся лишь наиболее важных моментов ее практической и научной деятельности. В 1927 году станцией обслуживался г. Свердловск с окрестностями, общим радиусом до 20 км., и частично, округа: Свердловский, Челябинский, Троицкий и Шадринский. В постоянный состав станции до 1-го августа входило 5 чел., а с 1 августа на постоянную службу приглашен второй врач. Для летней работы на торфяниках был организован отряд из врача и двух студентов, проработавший до 1 сентября. Для обслуживания округов зимой и летом производились выезды постоянных работников станции и формировались отряды, состоящие каждый из врача и двух студентов медиков: отряд № 1 работал в Челябинках с 21 июня по 26-е августа; отряд № 2 — в Полтавском районе Троицкого округа с 20 июля по 26 августа. Кратковременность работы отрядов объясняется невозможностью получить на более долгий срок персонал, подготовленный для противомаларийной работы.

Обследовательская работа. Гор. Свердловск и его окрестности. — В целях обнаружения и истребления зимующих комаров рода *анофелес* обследованы помещения Шарташских домов отдыха, торфяников детского тубсанатория на б. Агафуровских дачах и ряд помещений гор. Свердловска. При этом было установлено, что количество зимующих комаров в загородных помещениях в общем невелико и достигает по отдельным строениям максимум несколько десятков особей; в черте же города комаров р. *анофелес* зимой не обнаружено совсем. Но вместе с тем необходимо указать и на факт нередкого нахождения зимующих комаров в очень трудно доступных местах — под половыми досками.

Летом личинки малярийных комаров были обнаружены в части водоемов г. Свердловска и его окрестностей. В самом городе комары развиваются, главным образом, в прудах садов (примеры: пруд и заболоченность б. Харитоновского сада, пруд Ботанического сада УПИ). Окрестности Свердловска изобилуют большими и малыми водоемами, служащими местами развития комаров рода *анофелес*: например, лужи у кирпичного завода за Ивановским кладбищем, лужи посередине Шарташского шоссе и водоемы около фабрики имени Ленина. Вблизи шарташских домов отдыха малярийные комары развиваются, главным образом, у обширных заболоченных берегов большого Шарташского озера и в болотцах возле ж.-д. полотна ветки Свердловск — Тавда. Возле тубсанатория личинки комаров *анофелес* обильно заселяют заболоченность около пруда, многочисленные заливчики речки, впадающей в пруд, и болотца ее поймы; вытекающий из пруда ручей, заболачивая почву, также создавал места для вылупления малярийных комаров. На торфяниках комары вылупляются в карьерах и многочисленных болотцах.

В Челябинском округе работой станции и ее отряда охвачены были Челябинки. Зимой здесь обследовательская работа проводилась постоянными работниками станции, летом — специальным отрядом. Обследование выявило, что наиболее излюбленными зимовками комаров являются здесь саманные постройки и земляные погребки, часто дающие приют на зиму многим тысячам комаров. Летом личинки *анофелес* в большом количестве обнаруживались в многочисленных, богатых растительностью окрестных болотах и в озере Тугайкуль, обладающем заболоченными берегами.

Шадринский округ. В 1927 году, в виду недостатка средств, удалось провести лишь зимнее обследование части помещений г. Шадринска. Эта работа указала, что количество зимующих комаров здесь очень велико и особенно обильно в подпольях и кладовых; обследованы также и курорт Курьи, где летом личинки *Anopheles* найдены единичными особями в двух стоячих водоемах постоянного типа в ближайших окрестностях санатория.

Троицкий округ. Наличие в округе ряда кумысолечебных санаториев, куда съезжаются больные со всей Уральской области и других районов СССР, побудило станцию предпринять изучение этой территории. При осмотре помещений всех 6-ти обследованных санаториев бросалось в глаза обилие комаров анофелес, подчас настолько густо покрывавших стены, что они казались черными. Обследование окрестностей санаториев выявило личинок анофелес в болотах и степных реках, местами медленно текущих, обладающих хорошо прогреваемыми многочисленными мелкими заливчиками, прибрежными лужами и нередко прерываемых в своем течении мельничными запрудами.

Обследовательская работа коснулась также и Полтавского района, Троицкого округа, который, как показала статистика прошлых лет, является одним из самых малярийных районов области. Другой причиной, побудившей станцию направить сюда свое внимание, было заселение района переселенцами из центральных и южных губерний СССР. Направленный сюда отряд произвел исследование местности, главным образом, с. Полтавки и его окрестностей. Это обследование показало, что личинки анофелес заселяют здесь протекающую вблизи села реку Каргалы-Аят, медленно текущую, неглубокую, прерываемую плотинами и более мелкие стоячие водоемы в степи.

Нерационально проводимые земляные работы по постройке ж.-д. ветки Троицк — Орск способствуют возникновению в степи водоемов, опасных в малярийном отношении.

Всего малярийной станцией и ее отрядами исследовано первично 474 водоема, повторно 771, при чем личинки анофелес обнаружены в 274-х водоемах. Помещений осмотрено 1.276, комары анофелес найдены в 166-ти помещениях.

Обследование населения. — Для выяснения заболеваемости малярией населения различных районов области станцией и ее отрядами обследовано 3.195 чел. Не приводя здесь подробных цифровых данных, остановимся лишь на некоторых выводах. Обследование 1.346 рабочих торфяников, произведенное с конца мая по вторую половину августа, показало, что заболеваемость их малярией не так велика: индекс Росс'а 1,05, паразитарный 0,74, селезеночный 2,6 и эндемический 2,89. Рассматривая пораженность малярией рабочих отдельных торфяников, мы натолкнулись на большую заболеваемость рабочих Ширококореченского торфяника. Причиной этого является наличие на указанном торфянике рабочих-сезонников, прибывших из Тамбовской губернии и болевших малярией у себя на родине. Так, у 99-ти обследованных тамбовцев индекс Росс'а 1,25, паразитарный 6,06, селезеночный 11,1, эндемический 12,2, тогда как у уральцев (191 чел.) того же торфяника индекс Росс'а 1,06, паразитарный 0,52, селезеночный 3,1 и эндемический 3,1. Этот факт заставляет задуматься над опасностью распространения малярии в Свердловском округе вследствие прибытия на летние работы сезонников из других более малярийных районов СССР.

При обследовании 198 школьников Свердловска паразитов не найдено совсем, селезенки же оказались увеличены лишь у двух детей.

В Челябинских обследовались рабочие и отчасти члены их семей в период времени с 20 июня по 26 августа. В 1926 году исследовано было в те же месяцы 1.202 чел., индекс Росс'а был равен 1,18, паразитарный 4,1, селезеночный 9,1, эндемический 11,3; в 1927 году исследовано 1.206 чел., при чем индекс Росс'а оказался 1,07, паразитарный 0,52, селезеночный 3,5 и эндемический 3,8. Таким образом, мы имеем в Челябинских в 1927 году снижение малярийных индексов.

В Полтавском районе, Троицкого округа, обследовано 332 переселенца, главным образом, из Херсонской губ., при чем индекс Росс'а 1,02, паразитарный — 1,08, селезеночный — 1,2, эндемический — 2,0. Из 81 ж.-д. рабочих увеличенной селезенки и малярийных паразитов ни у одного не обнаружено.

Профилактическая деятельность. — В 1927 году большое внимание было обращено станцией на проведение профилактических мероприятий на окружающих г. Свердловск торфяниках. Для этой цели в марте был произведен обезд пяти торфяников (Ширококореченского, Суходольского, Чистовского «А», Чистовского «Б» и Сухореченского) для уничтожения зимующих комаров и составления для каждого торфяника конкретного плана устройства механической защиты помещений от комаров. Зимующие комары уничто-

жались механическим способом. Механическая защита жилищ проведена на торфяниках: Чистовском «А», Мало-Шарташском, Чистовском «Б», Жулановском и Широкореченском.

В весенне-летний сезон обследовались водоемы на 6 торфяниках: Широкореченском, Суходольском, Чистовском «А», Чистовском «Б», Мало-Шарташском и Жулановском. Зараженных личинками анофелес обнаружено 13 водоемов, из которых нефтеванию подвергнуто 10. Но необходимо отметить, что обследование и обезвреживание водоемов на торфяниках представляет очень большие трудности, и точный учет всех водоемов вряд ли представляется возможным. Часто мы встречаем здесь огромное количество мелких луж, заболоченностей, карьеров, нередко соединяющихся между собой. Рыхлая почва легко оседает под ногами исследователя, не давая возможности произвести детального обследования и способствуя образованию множества мелких водоемов от прохождение людей и скота.

Параллельно с работой на торфяниках профилактические мероприятия проводились и по г. Свердловску с окрестностями, в Шарташских домах отдыха и в детском тубсанатории. Зимующие комары уничтожались механическим способом в Шарташских домах отдыха и детском тубсанатории. Летом в черте города и окрестностях водоемы обезвреживались, главным образом, посредством заливки керосином и нефтью, и только немногие из них в порядке опыта засыпались парижской зеленью. В одном из городских садов (Уралпрофсовета) по настоянию станции начата засыпка заболоченности около пруда. Вблизи дач детского тубсанатория упорядочен сток воды из пруда в целях предотвращения заболачивания почвы.

Помимо указанной работы, в Челябинках совместно с участковым медперсоналом проведено уничтожение комаров на зимовках. В г. Шадринске в дело борьбы с зимующими комарами вовлекались местная санитарная организация и учащаяся молодежь. Летом в Челябинках производилось нефтевание водоемов. Для семи санаториев Троицкого и Свердловского округов составился план противо-малярийных мероприятий. Наиболее важными мероприятиями малярийная станция считает здесь точный учет и лечение паразитоносителей, механическую защиту помещений от комаров и борьбу с комарами на зимовках. Всего станцией и отрядами обезврежено 138 водоемов площадью около 20.000 кв. саж. и освобождено от комаров 138 помещений.

Санитарно-просветительная деятельность. — В 1927 году работниками Станции и отрядов прочитано 30 лекций, проведено 49 бесед с общим числом слушателей около 3.500 чел. и организовано 14 экскурсий с числом участвующих около 500 чел. В гор. Свердловске работа проводилась, главным образом, среди рабочих торфяников. Все популярные лекции и беседы сопровождалась демонстрацией плакатов, а часто и препаратов комаров и их личинок. Тематами лекций и бесед были, главным образом, вопросы борьбы с малярией и лишь небольшая часть их была посвящена глистным инвазиям. В Челябинках летом отрядами проведено с рабочими и членами их семей 14 бесед. Отряд в Полтавском районе Троицкого округа провел 8 бесед среди школьников, крестьян и ж. д. рабочих, при лаборатории отряда был организован малярийный уголок, снабженный плакатами и препаратами главнейших представителей фауны пресных вод.

Издательская деятельность. — Изданы 6 типов лозунгов о борьбе с малярией, выпущено 3-е издание брошюры проф. Ю. М. Колосова «Малярийный комар» и инструкция по борьбе с зимующими комарами.

Деятельность амбулатории. — Отряд № 1 в Челябинках пропустил через амбулаторию первичных 121 чел., все с трехдневной формой малярии, с общим числом посещений 538. В амбулатории отряда № 2 в селе Полтавке первичных посещений было 114, общее число посещений 185.

Научная деятельность выразилась в следующих печатных работах: врачи Н. Н. Плотников и Н. В. Кручин «Материалы по зараженности глистами населения Челябинских каменно-угольных копей» в журнале «Гигиена и эпидемиология», № 2, 1927 г. Д-р Н. Н. Плотников — «К вопросу о зараженности глистами детей г. Свердловска» в «Русском журнале тропической медицины» № 1, 1928 г.; д-р Герман, проф. Колосов и энтомолог Липин «*Parisergrün als Anopheles-Larvizid.*». За тот-же период времени сделано 4 доклада в научных обществах.

Из вопросов, разрабатывавшихся станцией в 1927 году, следует остановиться на следующих:

1. Продолжалось начатое в конце 26 года изучение гельминто-фауны детей г. Свердловска. Обследовано 900 чел. При однократном исследовании

кала макроскопически и по методам мазка, Telemann'a и Fulleborn'a, среди обследованных детей обнаружено 43,2 проц. инвазированных. Установлено 9 видов паразитических червей: острица детская (*Enterobius Vermicularis*), аскарида человеческая (*Ascaris lumbricoides*), цепень невооруженный (*T. saginata*), цепень вооруженный (*T. solium*), власоглав (*Trichuris trichiura*), *Trichostrongylus*, цепень карликовый (*Hymenolepis nana*), лентец широкий (*Dibotriocephalus latus*), двуустка ланцетовидная (*Dicrocoelium lanceatum*).

2. Производились наблюдения над морфологией крови при глистных инвазиях.

3. Продолжалось начатое с 1924 года изучение фауны двукрылых, в частности комаров. Результаты фаунистических изысканий могут быть сведены в следующую картину. Из малярийных комаров в исследуемом районе реальное значение имеет лишь *Anopheles claviger*. Пунктами, обрисовывающими его распространение, являются города: Тобольск, Н.-Тагил, Тюмень, Ялutorовск, Ирбит, Свердловск, Ш. динск, Ишим, Курган, Челябинск, Троицк, В.-Уральск, при чем нигде редкости он не представляет. Северную границу его заселения установить не удалось за отсутствием работ в районе выше Тобольска. Из прочих кровососущих комаров особенного внимания заслуживает: обнаруженный Станцией в окрестностях Омска *Aedes communis* Dg. первое достоверное нахождение этого вида для Сибири и нахождение в окрестностях Свердловска *Culex laticinctus* Edw, географическое распространение которого было таково: Ю. Европа, С. Африка, Палестина и Аравия.

Вышедший из печати список двукрылых среднего Урала содержит 267 видов, из которых на долю кровососущих паразитов человека приходится 36 (19 видов комара и 17 слепней).

4. Изучение биологии малярийного комара.

Главнейшие этапы жизни обыкновенного малярийного комара (*A. claviger* F.) в окрестностях Свердловска сведены в следующую таблицу.

Год	Время вылета перезимовавших особей	Появление первого ве- сеннего поколения	Последнее обнаруж.		Первое об- наружение комаров на зимовках
			Лич. и кукол. в водоемах	Взросл. на- секомых вне зимовок	
1924	10/V *)	16/VI	26/IX	26/IX ♂♂ ♀♀	—
1925	26/IV (единично) 20/V (зимовки абсолютно пусты)	26/VI	23/IX	19/IX ♂	7/IX
1926	7/V (единично) 20/V (зимовки абсолютно пусты)	17/VI	12/X	15/IX ♂	Начало сентября
1927	3/V (уже насосавшиеся кровью) 20/V (зимовки абсолютно пусты)	9/VI	14/IX	19/IX ♀♀	

Для сравнения даем наблюдения за временем появления кровососущих немаларийных комаров.

Весеннее появление перезимовавших *Theobaldia alaskaensis*:

Год	Появление.
1924	24-IV
1925	1 -V
1926	11 -V
1927	30-IV

*) Вероятно, начало появления упущено.

Весеннее появление комаров р. *Aedes*.

Год.	Появление личинок.	Появление крылатых особей.
1924	24-IV	18-V
1925	26-IV	22-V
1926	4 -V (вероятно начало появления упущено)	25-V (самец), 27-V (много).
1927	22-IV	15-V.

Из незаконченных еще наблюдений заслуживает быть отмеченным несовершенство инстинкта, по которому часть самок собирается на перезимование в неподходящие места, где комары, естественно, к весне почти нацело гибнут.

5. Ю. М. Колосовым продолжались ежегодные летние фенологические наблюдения в окрестностях г. Свердловска (сделанные им в течение 16-ти лет). Наблюдения эти дают опору для выведения тех из них, которые фактом своего наступления могут наглядно определить наступление или приближение тех или иных стадий в развитии анофелес. Так появление первого весеннего поколения в районе гор. Свердловска может быть определено следующими компонентами. Из насекомых приближающемуся выдуплению малярийных комаров предшествует появление слепней (*Tabanus*) и крапивоного долгоносика (*Phyllobius urticae*). Из растений предвестниками выдупления могут служить: начало массового цветения шиповника, зацветание в сосновых лесах майника (*Majantemum bifolium*), обыкновенного крестовника (*Senecio vulgaris*), тысячелистника (*Achillea millefolium*). Почти одновременно с выдуплением малярийных комаров происходит вылет стрекоз-коромысел: рыжего (*Aeschna grandis*) и камышевого (*Juncus*), появление первого поколения бабочек крапивниц, зацветание *Brunella vulgaris* и *Galium boreale*.

Вскоре после начала вылета первых особей малярийных комаров начинается стрекотание кобылок (*Stenobothrus* и в частности, *S. viridulus*); появляются взрослые особи безкрылой кобылки (*Podisma pedestris*), начало цветения кипрея (*Epilobium angustifolium*), гвоздики полевой (*Dianthus deltoides*), чины луговой (*Lathyrus pratensis*) и *Phylipendula hexapetella*. вылетают стрекозы: желтокрылые (*Sympetrum flaveolum*) и лотки-нимфы (*Lestes nimpha*), а появление черного усака (*Monochamus sutor*) должно служить показателем, что время вылета произошло значительно раньше.

6. Для изучения действия на личинок малярийных комаров в истекшем году была испробована парижская зелень, применение которой подтвердило прежние выводы станции, освещенные уже в печатных работах *).

Заключение. В заключение остановимся в нескольких словах на главнейших затруднениях, встреченных Станцией в ее работе. Основным из них является отсутствие в ведении Станции амбулатории и стационарного отделения, что не дает возможности производить в больничной обстановке наблюдения над больными малярией и инвазированными глистами. Многочисленные попытки станции получить стационарное отделение и амбулаторию до сих пор не увенчались успехом.

Большим недостатком является также и невозможность за отсутствием персонала отправить отряды своевременно, т. е. ранней весной. Серьезные препятствия стоят и на пути проведения профилактических мероприятий на торфяниках, особенно по устройству сетчатых заграждений, где приходится тратить много сил на преодоление косности администрации и небрежности рабочих, часто повреждающих вставленные сетки.

ОБЗОР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УРАЛЬСКОГО НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА (за время с 3 мая 1927 г. по 28 ноября 1928 года.) **)

Д-р М. Н. КАРНАУХОВ.

Здоровая критика и самокритика завоевали подобающее почетное место на годовичных заседаниях О-ва еще с 16 марта 1926 г., когда впервые разгорелись прения о судьбах и задачах Уральского Медицинского Общества.

3 мая 1927 г. — вторая историческая дата О-ва, ибо вновь доклад о годовичной деятельности о-ва вызвал интересный и горячий обмен мнений, в результате

*) См. выше, а также труды 4-го Поволжского малярийного съезда. Аткарек 1928 г., стр. 317—320.

**) Отчетный доклад в годовичном заседании о-ва 27 ноября 1928 г.

которого наметилась генеральная линия о-ва. Оппоненты по докладу президиума отметили, что о-во формально приняло профилактический уклон, но что его клинические доклады еще далеко не импрегнированы профилактическим направлением. Президиуму о-ва было поставлено на вид слабая связь с научными конференциями при леч-учреждениях и недостаточность влияния на работу своих секций, и, наконец, то, что общество в целом мало занималось вопросами строительства советского здравоохранения, например, курортами Урала.

Из ряда предложенных резолюций большинство членов общества выбрало следующую: «Выслушав отчетный доклад Уральского Научно-Медицинского общества, собрание постановило выразить удовлетворение работой президиума о-ва, отметить сдвиг его в сторону профилактической медицины и принять все пожелания президиума, сделанные в выводах и плане будущей работы».

Вновь выбранный президиум о-ва в составе проф. Л. М. Ратнер и д-ров К. П. Гаврилова, М. Н. Карнаухова, Б. П. Куселевского, М. М. Виленского, и А. Н. Скобунуовой—взял на себя тяжелую, ответственную, но высоко благодарную задачу знакомить не только членов о-ва, но и широкую аудиторию открытых заседаний с достижениями клинической и теоретической медицины, практикой советской медицины и основами научной профилактики. Президиум обязался держать о-во не только в курсе вопросов, волнующих современного врача, но и дать критическое освещение проблем в обзорах и программных докладах, построенных на (русской) и иностранной литературе. Планом своих работ президиум декларировал втягивание рядового врача в активную, творческую, научную работу, а также и пробуждение научной самостоятельности участкового врача, оторванного от непосредственного участия в о-ве.

Для широких задач о-варамки устава оказались чрезвычайно тесными. Вновь разгорелись страстные споры о праве уральского медицинского о-ва на научное обслуживание врачей, научных кружков и обществ в области. Областной съезд врачебных секций положил конец этим спорам, передав все вопросы научного обслуживания врачей союзу Медсантруд, при котором создавалось к тому времени Оргбюро научных ассоциаций на Урале.

В январе 1928 года было окончательно достигнуто соглашение президиума о-ва с орг-бюро научных ассоциаций. В целях исторической справки достаточно привести первые два пункта, чтобы доказать, что в этом соглашении сохранена полная автономия о-ва и его права на существование.

«1. Уральское медицинское о-во работает в полном и тесном контакте с орг-бюро научных ассоциаций, но, как крупнейшая на Урале научная организация, в течение нескольких десятков лет объединявшая и концентрировавшая научную медицинскую мысль, сохраняет свою самостоятельность и свой устав.

2. Уральское медицинское общество ведет всю работу по научному обслуживанию врачей в г. Свердловске и его округе без параллелизма со стороны научных ассоциаций».

Третьей исторической датой о-ва следует считать 27-1—1928 года, когда впервые происходило объединенное заседание президиума о-ва и 3-х представителей орг-бюро научных ассоциаций. С тех пор в спокойной деловой обстановке о-во планирует свою работу с орг-бюро научных ассоциаций.

Обзорные научной деятельности о-ва за указанный отрезок времени и будут служить ответом, насколько президиум выполнил свои обязательства и как использовал свои новые права.

Заседания удобнее разделить на группы: на текущие, программные и вне-программные и экстренные, приуроченные к политическим юбилеям, или посвященные памяти деятелей науки.

Из программных тем первое место заняли вопросы диалектики в естествознании и медицине. Первое место потому, что напряженное внимание и переполненная аудитория лишний раз доказали, как важно современному врачу владеть оружием диалектического материализма на широком фундаменте биологических принципов. Интересный и логически построенный доклад д-ра Величкина В. И. «Сущность метода диалектического материализма», доклады д-ра Кулик С. Ю. «Марксизм и дарвинизм» и д-ра Когана Н. И. «Вопросы евгеники»—послужили прекрасным доказательством необходимости динамического изучения организма и воздействия на него условий неорганической, органической и социальной среды. Диалектический метод, которым пользовались докладчики, как прожектор осветил пределы нашего познания в учении о конституции, биологии наследования или ненаследования приобретенных признаков, скачков в природе, а также задачу улучшения человеческого рода и закрепления этого улучшения на будущее и целый ряд других проблем.

Вполне созвучным нашему времени явился хирургический вечер, посвященный 100-летию со дня рождения Листера. Д-р Скобунова А. Н. в докладе «Листер и его значение в медицине» дала исчерпывающую оценку научных заслуг Листера. Д-р Одинцов В. Е. свой доклад «Обезболивание в хирургии, его прошлое, настоящее и будущее» построил на собственном огромном хирургическом материале и на обзоре новейших отечественных и иностранных литературных данных. И, наконец, проф. Ратнер Л. М. с большой эрудицией осветил вопрос «О направлениях в современной хирургии».

Тяга к рентгену со стороны больных, интерес к его достижениям со стороны членов о-ва заставили президиум два заседания посвятить вопросам рентгенологии. В первый вечер было заслушано два доклада. Д-р Котельникова А. И. в докладе «О связи рентгенолога с лечащим врачом» изложила значение рентгена в клинике, кратко описав природу X-лучей и теоретические и практические обоснования к пользованию ими для целей диагностики, заострила внимание аудитории на пределе их применения в клинике и вызвала интересный обмен мнений между рентгенологами и лечащими врачами. Д-р Виленский М. М. в докладе «Пределы рентгенодиагностики туберкулеза легких» исчерпал большой материал Свердловского показательного тубдиспансера. Оригинальная работа д-ра Виленского была оценена о-вом, как первая ласточка в отношении подхода врача клинициста к рентгенодиагностике туберкулеза легких.

Второй вечер вызвал особенно оживленные прения по следующим докладам: д-р Девятков Н. Н. — «Современное положение практической рентгенодиагностики Урала под углом неувязки между леч-врачем и рентгенологом», д-р Мышкин Г. С. «Пределы рентгенодиагностики в уральских условиях настоящего времени» и д-р Федорова Л. Н. «Пределы рентгенотерапии в г. Свердловске».

Наибольший контакт с представителями естествознания был установлен о-вом на курортном заседании, где известный уральский краевед и геолог проф. Клер М. О. дал оригинальную и строго-научную установку докладу «Курорты Урала с естественно-исторической точки зрения». Д-р Протопопов И. М. осветил вопрос «К изучению степного климата в связи с показанием к кумысолечению и кумысолечению». Д-р Розенгауз Ф. Т. подробно остановился на бальнеологическом значении уральских курортов и терапевтической их ценности. Д-р Ефман А. М. изложил «Методы научного учета отдаленных результатов курортного лечения».

Организацией программного вечера, осветившего с различных точек зрения курортные богатства Урала, Президиум целиком и полностью выполнил одно из своих обязательств перед о-вом. О-во же в лице выступавших оппонентов и принятой резолюцией перекинуло мост от теоретической работы к организационно-практическим вопросам, стоящим перед облздравотделом.

Из программных вопросов теоретической медицины следует остановиться на большом докладе проф. Степанова-Григорьева И. И. «Достижения и проблемы в учении об иммунитете». Казалось бы в учении об иммунитете наука исчерпала все для клиники и терапии, но докладчик подробно осветил ряд новых достижений и намечающихся возможностей в области научной профилактики, остановившись подробно на своих личных впечатлениях о работе в этой области, полученных им в Германии.

О-во не могло пройти мимо проблем социальной медицины: вопросы профилактики, диспансеризации и основы социальных и профессиональных болезней нашли свое отражение в программных темах.

Большой интерес вызвало заседание, посвященное скарлатине, приуроченное к окружному съезду врачей. Богатое фактическим материалом сообщение д-ра Иванова Н. И. «О скарлатинозных заболеваниях в Уральской области», новые данные д-ра Упорова И. Г. «Скарлатинозные прививки в г. Свердловске и его округе в 27-28 г. г.» и д-ра Сластенова «Клиника скарлатины у привитых» — вызвали живейший интерес к вопросам прививок со стороны тех оппонентов, которые еще в прошлом году были в лагере «непримиримых» противников их.

Теории и практике диспансеризации на особом заседании были посвящены следующие доклады: д-ра Карнаухова М. Н. «Теория диспансеризации», д-ра Коровиченко А. А. «Диспансеризация на Урале, ее перспективы и будущее», д-ра Подыковского М. Г. «Диспансерное обсуждение нарксм.нов» и проф. Ратнер Л. М. «К вопросу диспансеризации больных злокачественными новообразованиями». Особый интерес вызвал доклад проф. Ратнер. Сжато, но строго научно обосновав вопрос о социальном патогенезе злокачественных новообразований, докладчик доказал возможность и целесообразность создания на Урале ракового диспансера.

Программное выступление проф. Рубеля А. Н. (Ленинград)—«Пневмокониозы и пневмосклерозы в Уральской области произвело на о-во двойное впечатление. Докладчик на основании собственных клинических наблюдений в Троицкой кумысной группе приходит между прочим к следующим выводам: 1) в Уральской области в основе индурации чаще всего лежит кониоз и 2) что 70—75 проц. направленных из разных мест Уральской области на кумысолечение являются подозрительными по пневмосклерозу. Насколько неострашимое впечатление глубины своего биологического подхода к клинике произвела на слушателей первая часть речи проф. Рубеля, настолько же немотивированными прозвучали предположения и допущения маститого ученого о преобладании кониоза среди специально огороженных для кумысолечения больных. Не подкрепив свои выводы рентгенографическим методом исследования, зачастую ограничиваясь однократным исследованием мокроты, авторитетный ученый разошелся с уральскими врачами в диагностике и трактовке легочного туберкулеза и пневмокониоза так-же, как он расходится в этом вопросе и с другими более авторитетными специалистами и учреждениями. Его импрессионизм в отношении пневмокониоза, в данном случае не убедительный, должен стать одиозо импульсом к изучению этого страдания на Урале.

Памяти крупнейшего русского фтизиолога проф. А. Я. Штернберга были посвящены следующие научные доклады и воспоминания: д-р Виленский М. М. «Профессор А. Я. Штернберг и его школа», д-р Гитерман «Воспоминания о А. Я. Штернберге», д-р Кусевский И. А. «Течение экспериментального туберкулеза при анафилактировании ткани легкого», д-р Сигова—«Реакция отклонения комплемента с антигеном Безредка в клинике легочного туберкулеза», д-р Карнаухов М. Н. «О компенсации при легочном туберкулезе».

Новые методы, останавливавшие на себе не только внимание врачей, но и широкой советской общественности, находили свое отображение в специальных докладах. Вопросам рефлексологии был посвящен специальный вечер памяти академика Бехтерева. Д-р Карнаухов М. Н. характеризовал В. М. Бехтерева, как мирового ученого и советского гражданина. Проф. Шумков (Пермь) в 1½ часовой речи поделился личными воспоминаниями о покойном, а затем дал оценку его научных заслуг и подробно исчерпал роль рефлексологии в педологии, психиатрии, в научной организации труда и т. п. В ответ на метафизическую установку вопроса о терапевтической роли гипноза в местной прессе, президиум организовал специальное заседание с программным докладом д-ра Израэль М. Л. «Гипноз в медицине» и д-ра Одинцова В. Е. «Гипноз в хирургической практике».

Вторым вопросом, представляющим несомненный интерес не только для врачей, но и для работников искусства и литературы, был вопрос об эвropaтологии. Д-р Сегалин Г. В. изложил свою кропотливую работу в области европатологии и патографии в течение последних 3-х лет и сделал специальный доклад «Европатология музыкально-одаренного человека». Оппоненты с удовлетворением отметили некоторый поворот автора в сторону биолого-химического воззрения на сущность «душевных процессов» и вынесли пожелание, что наиболее волнующие вопросы «о личности» должны получить строго научный материалистический подход.

Не сходят с повестки о-ва краеведческие вопросы, а к ним помимо курортных, следует отнести паразитологические темы. За отчетный период мы имели программное заседание об эхинококке. Д-р Дягилева А. З. на этом заседании продемонстрировала из Свердловского патолого-анатомического кабинета «Редкий случай многокамерного эхинококка печени с образованием свища»; д-р Шильников С. А. представил «Случай эхинококка почки» и д-р Сухов Ф. П. «Случай эхинококка легкого».

Простой перечень демонстраций и докладов на внепрограммные темы характера литературных обзоров, оригинальных исследований и отчетных сообщений дает не менее яркое представление о научной жизни о-ва. Долго-жданный о-вом патолого-анатомический кабинет на первых-же порах развернул свою научную деятельность. Помимо указанных демонстраций кабинет в лице д-ра Дягилевой А. З. дал еще следующее: «Случай обратного расположения внутренних органов и атрезии пищевода у 2-х-дневного ребенка», где желудок был соединен с трахеальной трубкой, «Случай поражения мозга цистицерком», «Случай остеомалиции» и др.

Заслуживают особого упоминания демонстрации проф. Кузнецким Д. П. (Пермь) рентгенограмм почек, одержимых литиазом.

Вопросам эндокринологии о-во всегда уделяло достаточное внимание, и за отчетный период мы имели ряд интересных демонстраций больных и препа-

ратов, например, д-р Зендель М. П. «Случай надпочечниково-полового синдрома», д-р Таладовский М. Г. «Гомосексуализм» (доклад и демонстрация больного), д-р Лукашин В. П. «Случай акромегалии травматического происхождения» и др.

Среди демонстраций различных клинических случаев следует отметить «Случай непроходимости кишечника у новорожденного», представленный о-ву д-рами Малыцовой и Гавриловым К. П.

В казуистическом отношении интересен случай, демонстрируемый д-ром Суховым Ф. П., как первичный рак легкого, оказавшийся при патолого-анатомическом исследовании (Дягилева А. З.) осумкованным абсцессом легкого, и случай, демонстрируемый д-ром Игноратовым К. Л., как болезнь Роже, повторно демонстрируемый д-ром Кушелевским Б. П., как случай врожденного дефекта грудины и сифилитического аортита с недостаточностью аортальных клапанов. Вообще-же демонстрациям о-во, будучи загружены докладами, могло уделять очень мало времени, и последние переносились обычно в соответствующие секции о-ва.

Из обзоров и докладов на вне-программные темы заслуживает особого упоминания доклад проф. Кузнецкого Д. П. (Пермь) — «Хирургия селезенки». Докладчик отметил затруднения в показаниях к хирургии селезенки, но рекомендовал шире применять радикальный метод, особенно в тех случаях, где консервативное лечение не дало результатов. Д-р Гутман Л. Г. дал исчерпывающий обзор «Современного состояния вопроса об этиологии раковых заболеваний». Д-р Одинцов В. Е., основываясь на большом опыте, сделал сообщение «Первая помощь при ожогах в больницах и на производстве», д-р Кузевский И. А. «О гангренах и абсцессах легких», д-р Зайдель Д. Л. «К вопросу об этиологии и лечении энуреза».

Из докладов на темы общественной медицины, кроме перечисленных выше, необходимо отметить следующие: д-р Коровиченко А. А. «Впечатления о постановке здравоохранения в крупных промышленных центрах СССР», Розанов Н. Н. (умер в 1928 г.) «Санитарное изучение жилищных условий Уралобласти», д-р Эршон Я. А. «Опыт изучения бюджета времени и утомляемости подростков», д-р Ефман А. М. «Заболеваемость мед. персонала г. Свердловска по материалам НКБ Союза Медсантруд». О-во заслушало также ряд отчетов о всесоюзных научных съездах: о X съезде санитарных врачей, эпидемиологов и бактериологов, о X съезде терапевтов и о съезде невропатологов и психиатров.

В области оригинальных исследований следует особо выделить два доклада как особенно крупное событие в жизни о-ва. Первый доклад д-ра Кушелевского Б. П. «О своеобразном инфекционном заболевании», описанном им в дальнейшем (Клин. мед., 1928 г., № 15) под названием «водно-полевой лихорадки». Докладчик на материале терапевтического отделения Свердловской ж. д. больницы с конца июля 1927 года подметил своеобразное по течению заболевание и высказал предположение, что новая инфекция относится к спирохетам и имеет ряд сходных черт с Вейденовой болезнью, отождествляя эту болезнь с так наз. «schlammfieber» немецких авторов. Докладчик дает ей название «водно-полевая лихорадка», определяя этим этиологическую обстановку развития эпидемических вспышек в зависимости от затопления полей. По мнению докладчика, экономическое значение изучения этого заболевания и мер борьбы с ним несомненно, так как инфекция поражает главным образом сельско-хозяйственных рабочих в разгар полевых работ. Второй доклад, крайне заинтересовавший о-во, был из кабинета по профзаболу д-ра Лукашина В. П. «Предварительное сообщение о случаях свинцового отравления у рабочих листопркатного цеха В.-Исетского завода». Докладчик не только точно установил «загадочную этиологию» желудочно-кишечных заболеваний, но и открыл источник свинцового отравления рабочих. При подробном анализе подшипников оказалось, что они содержат до 4 проц. свинца и все подшипники в день теряют до 140 гр. чистого свинца.

Эти исследования лишний раз подчеркивают необходимость изучать не болезнь, а данного больного со всем своеобразием его личного анамнеза, наследственности и конституции исключительно на общем фоне бесконечной изменчивости внешней среды.

Вначале мы упомянули о заседаниях, приуроченных к юбилейной дате, или посвященных памяти научных работников. Сюда следует отнести заседания, посвященные памяти почетного члена о-ва, проф. Новикова А. М. (Ташкент). Программа вечера: д-р Гаврилов К. П. «Биография и общественная деятельность А. М. Новикова», д-р мед. Онуфриев В. М. «Воспоминания об А. М. Новикове», д-р Перетц В. Г. «А. М. Новиков, как специалист и научный работник». Все докладчики сошлись на оценке проф. Новикова А. М. как человека с огромной энер-

гией и эрудицией, оставившего после себя свою школу в Свердловском Повивальном-Гинекологическом институте и литературное наследство.

В заключение мы должны отметить, правда, весьма скромную общественно-политическую жизнь о-ва. Десятая Октябрьская годовщина была ознаменована о-вом особым торжественным заседанием при большом стечении членов и гостей. На этом заседании д-р Карнаухов М. Н. подвел итоги идеологическим сдвигам интеллигенции и указал на роль врача в строительстве социализма. Тов. Дидковский сделал 2-хчасовой политический доклад. Не менее торжественно выглядел зад заседаний о-ва и в день X-летия советской медицины, на котором д-р Величкин В. И. сделал обширный доклад о перспективах здравоохранения в Уральской области.

Следует также отметить постоянное участие о-ва в проведении здравоохраненческих кампаний и участие многих членов о-ва в кружках текущей политики и врачей марксистов.

В ы в о д ы.

1. Деятельность общества за отчетный период протекала интенсивно как по числу докладов, так и по широте охвата тем.

2. Общество идеологически крепнет и научно растет, о чем с убедительностью говорит план его работы, где почетное место заняли вопросы диалектики в естествознании и медицине и где вопросы общественной медицины были представлены на равных началах с вопросами теоретической и клинической медицины.

3. Положительная сторона совместной работы с Орг-бюро научных ассоциаций сказалась не только в развитии материалистического и теоретического сектора в работе о-ва, но и в привлечении профессоров из Перми.

4. Общество значительно обогатилось оригинальными исследованиями, имеющими безусловную научную ценность.

5. Общество приступило к выполнению своего обещания о содействии Уральскому Медицинскому Журналу, и в первом номере мы видим доклады, читанные на заседаниях о-ва.

6. Значительными пробелами в деятельности о-ва надо считать отсутствие плана в работе секций и научных конференций при лечебных учреждениях, отсутствие связи с участковыми врачами и отсутствие контроля над работой специальных комиссий по различным программным вопросам общества.

В дальнейшем необходимо:

а) Всемерно содействовать популяризации среди членов диалектического метода и широких биологических принципов, которые должны быть положены в основу клинического мышления врачей.

б) Использовать удачный опыт программных вечеров и целиком выполнить план.

в) Обратить особое внимание органов здравоохранения на необходимость содействия оригинальным исследованиям и в первую очередь работам, имеющим научно-практическое значение, поощряя авторов последних наравне с изобретателями и рационализаторами в технике.

г) Приступить к научному обслуживанию врачей Свердловского округа путем созыва окружных научных конференций, создания научно-врачебной консультации и т. п. методами, предусмотренными планом о-ва.

д) Помимо существующих секций, организовать социально-гигиеническую, одонтологическую, педиатрическую, терапевтическую и туберкулезную секции.

е) Предложить Президиуму проверить выполнение постановлений общих собраний, особенно в смысле плановости в работе общества, его секций и комиссий.

МИАССКИЙ ВРАЧЕБНЫЙ УЧАСТОК ЗЛАТОУСТОВСКОГО ОКРУГА. *)

(Итоги первого десятилетия советской медицины).

Зав. участком д-р МАВРИЦКИЙ Г. К.

В 1909 году, накануне введения земского самоуправления в Оренбургской губернии, на 13 волостей тогдашнего Троицкого уезда с населением в 65.000 чел. был один врачебный участок в Миасском заводе с одной больницей общего типа на 24 койки, одной врачебной амбулаторией и тремя фельдшерскими пунктами. Состав персонала по всему участку: 1 врач, 1 акушерка, 4 фельдшера и 7 человек технического персонала, всего 13 человек. Ни о какой специализации лечебной помощи, в том числе и акушерской, не могло быть и речи; никакой санитарной работы не велось; о санитарном просвещении и думать нельзя было, это считалось преступным занятием. Всюду процветало знахарство, смертность была чудовищная, особенно детская; последняя в 1912 году по району составляла 44 проц., доходя в отдельных селениях до 53 проц. (Тургояк). Общая сумма расходов по медучастку была 7.825 руб., на душу населения приходилось 12 коп.

Несколько улучшилось положение здравоохранения после введения земства. Два фельдшерских пункта были реорганизованы во врачебные амбулатории, при больнице в штат персонала были введены 2-й врач и 2-я акушерка, при Верхне-Уральской уездной земской управе организован врачебно-санитарный совет. Расход на душу населения повысился до 68 коп.; но империалистическая война отвлекла внимание земства от вопросов здравоохранения.

В момент прихода советской власти состояние нашего участка было крайне тяжелое. 4-летняя война в корне подорвала народное благосостояние: площадь посевов значительно сократилась, промышленность и торговля пали, транспорт разрушился, грозная тифозная эпидемия принимала пандемический характер, смертность усилилась; на улицу была выброшена масса беспризорных детей, в том числе и грудного возраста. Советская власть сразу приступила к широким санитарным мероприятиям и укреплению лечебной сети. Почти без средств и без работников были открыты в Миассе заразный барак на 450 коек, больница общего типа на 200 коек, хирургическое и родильное отделения на 45 коек, родильный дом на 20 коек, 2 дома младенца на 60 коек, 4 изолятора для больных глазных детей на 600 чел., а по селам 3 больницы на 60 коек, 2 дома младенца и 4 ясель постоянного типа. Конечно, такой бурный рост учреждений не мог не отразиться на качественной стороне их работы,—не хватало средств для их безбедного существования, не хватало и людей для их обслуживания. Но они свое дело сделали: вошь была побеждена, тиф прекратился, дети подобраны.

В 1923 году, как только пропала острота положения, все эти учреждения были свернуты и распущены. Был оставлен один Миасский врачебный участок, который в административном отношении подчинен Златоустовскому Окргдравотделу. В участке была оставлена одна больница на 55 коек, амбулатория и 5 фельдшерских пунктов. Общее количество населения

*) Из доклада на расширенном заседании Горсовета с представителями партийных и профессиональных организаций 21/X—1923 г.

57.000, врачей трое. Этого штата, конечно, было недостаточно,—персонал работал с перегрузкой, но зато существующие учреждения были обеспечены квалифицированной силой, в своих расходах укладывались в определенные сметы и в дальнейшем могли развиваться по определенному плану. Через пять лет, в 1928 г. в Миасском районе с населением в 54.000 мы по штату имеем уже 2 больничных и 2 амбулаторных врачебных участка, 3 фельдшерских пункта, пункт первой помощи, 2 консультации для женщин и грудных детей, вендиспансер, 3 больницы на 110 коек, 18 врачей, работающих по специальностям: хирургии, глазным болезням, венерическим; акушерству, врачебной педологии, педиатрии, внутренним болезням и зубным. Кроме того, мы имеем 11 акушеров, 32 прочего среднего персонала; общий штат служащих по нашему району 130 человек. Из общественных организаций по здравоохранению работают районная и городская секции здравоохранения, 2 совета социальной помощи при консультациях, врачебные, производственные, административно-хозяйственные совещания, 15 культурно-социальных секций при сельсоветах и проч. За год по санитарии и гигиене проведено 204 лекции и беседы, поставлено 4 инъекции с охватом в общем 8.879 слушателей. Расход на душу населения в 1928 году достиг по Миасскому району 2 руб. 60 коп.

Мы не замечаем всех этих достижений, потому что наши потребности, благодаря росту культуры, опередили наши материальные возможности, и мы скорее склонны видеть свои недостатки, чем достижения: то, о чем мы и мечтать не могли 10—15 лет тому назад, теперь нам кажется обычным и даже недостаточным. Конечно, и в нашей работе были промахи и ошибки, но мы их не скрывали, а изживали. Мы знаем, что до полного удовлетворения наших медицинских нужд еще многого нам не хватает, но мы знаем и то, что многое мы уже получили.

Вопрос о выделении родильного отделения из больницы, о переводе его в центр города, который так долго стоял в повестке дня, ныне получает свое положительное разрешение. Второй вопрос, тоже сегодняшнего дня, это—заразный барак: у нас слаб бюджет, чтобы оборудовать его, но необходимо найти возможности удовлетворить и эту назревшую потребность.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГОР. СВЕРДЛОВСКА*).

Д-р А. ЕФМАН.

По поручению научно-консультативного бюро союза Медсантруд мною была проведена работа по изучению заболеваемости медицинских работников г. Свердловска за 1927 год. Предварительные результаты этой работы были заслушаны в свое время на заседании НКБ.

Изучение заболеваемости мне было поручено произвести по данным статистики. Изучать заболеваемость медработников по данным обращаемости в лечучреждения без учета случаев нетрудоспособности мы считали нецелесообразным, ибо медработники, как известно, нередко пользуются медицинской помощью без соответствующей регистрации ее, получают медицинский совет не в обычном порядке, установленном для всех, а во время работы. Поэтому мы решили провести анализ заболеваемости медицинских работников по страховым материалам, поскольку последние обеспечивают нас охватом случаев заболеваний, связанных с временной нетрудоспособностью; этот страховой материал тем более ценен, что он дает возможность сравнивать заболеваемость медработников с такой же у рабочих отдельных производств Урала.

Необходимо, однако, отметить, что полного учета всех случаев заболеваемости, связанной с нетрудоспособностью, в отношении медработников и страховой материал не дает, в виду того, что в ряде случаев, несмотря на состояние нетрудоспособности, медработники, в особенности врачи, по особым условиям труда не имеют возможности оставить работу. Нами были просмотрены, в частности, диагнозы всех больничных листков, полученных лечврачами, и нам пришлось убедиться, что случаи нетрудоспособности, какие имели место у врачей, в преобладающем большинстве представляют серьезные и сложные заболевания.

Для сравнения результатов нашей работы с данными других подобных работ из области изучения заболеваемости медицинских работников мы имеем возможность пользоваться работой С. М. Богословского в сборнике «Труд и быт медработников г. Москвы и Московской губернии» за 1924 г. — «Болезненность медицинского персонала г. Москвы и Московской губ.», работой В. М. Коган и И. А. Качан — «Здоровье медицинских работников» и работой М. М. Тарнопольской — «Заболеваемость медицинских работников» за 1926 г., выпущенными Харьковским Губотделом Медикосантруд, работой С. Д. Буимович «Здоровье медицинских работников г. Саратова», изданной Саратовским Губотделом Союза МСТ. Надо ска-

*) Доложено Уральскому Медицинскому Обществу в заседании от 20-го ноября 1928 года.

зять, что полного, однако, сравнения данных заболеваемости медицинских работников г. Свердловска с данными из названных работ по другим городам сделать нам не представилось возможным, поскольку методом собирания материалов большинства этих работ было обследование (клиническое) отдельных групп медицинских работников, а в нашей работе основным методом была разработка статистических материалов больничных листов, полученных в течение 27 года отдельными группами медицинских работников. Программой разработки служила краткая номенклатура Наркомздрава о заболеваемости.

Общие данные.—Разработкой охвачено 2.141 ликвидированный случай нетрудоспособности (31.604 дня болезни) у 2.346 медицинских работников г. Свердловска за 1927 г. Из этих 2.346 медицинских работников 624 мужчины и 1.722 женщины. В общее число медработников входят 331 врач (из них 89 женщин), 539 чел. среднего медперсонала (из них 68 мужчин и 471 женщина), 484 санитары и сиделки (из них 45 мужчин и 429 женщин), 170 аптекарских работников (42 мужчины и 128 женщин), 147 чел. младших аптекарских работников (15 муж. и 132 жен.), 262 чел. адм.-хоз. персонала (128 муж. и 134 жен.), 423 чел. технического персонала (184 муж. и 239 жен.). Группа техперсонала объединяет кухарок, прачек, дворовых рабочих, возчиков и т. д.; группа врачей объединяет и зубных врачей и ветеринарных врачей; в группу младшего аптекоперсонала входят фасовщики, посудницы и т. п.; в группу адм.-хоз. персонала входят завхозы, конторщики, делопроизводители и т. д.

Приведем прежде всего данные о заболеваемости медработников по группам в коэффициентном выражении на 100 чел. каждой группы.

Число заболеваний	Число дней заболеваний
1. Техперсонал 142	1. Техперсонал 1908,3
2. Санитары и сиделки . . . 107,0	2. Админ.-хоз. персонал 1767,2
3. Админ.-хоз. персонал . . . 101,0	3. Санитары и сиделки 1523,2
4. Мл. аптперсонал 92,5	4. Младший аптперсонал 1118,4
5. Аптработники 72,9	5. Врачи 1005,7
6. Средн. медперсонал 64,7	6. Средний медперсонал 974,8
7. Врачи 47,4	7. Аптработники 855,9
В среднем по союзу 91,3	В среднем по союзу 1347,1 (дня)

Таким образом, по наибольшему числу случаев вначале идет техперсонал, а затем ряд младших групп медработников, заканчивающийся врачами. По числу же дней, в связи с тем, что длительность заболеваний у врачей большая, чем у ряда других групп, врачи с 7 места переходят на 5, опережая и аптработников, и средний медперсонал.

Сравнение с заболеваемостью промышленных рабочих Урала.—Прежде чем перейти к анализу заболеваемости внутри отдельных групп медработников, приведем данные о заболеваемости по другим производствам на Урале за 27 год. По данным Уралстрахкассы о заболеваемости по производствам за 1927 год на 100 застрахованных приходилось (без родов):

	Случаев заболева- ний	Дней не- трудоспо- собности
По всем производствам	112,2	1460,0
„ всей металлургии	107,1	1434,8
„ начальной обработке металла . . .	98,3	1382,4
„ химической промышленности	—	1361,1
Средняя для всех застрахован. Урала .	72,2	876,4

Из приведенного мы видим, что как по числу заболеваний, так и по числу дней заболеваемости среди медработников г. Свердловска выше, чем средняя областная, приближаясь к средним по начальной обработке металла и по химической промышленности, а по числу дней лишь на 112 дней меньше средней по всем группам производств. Среди непроизводственных союзов заболеваемость медработников наибольшая, что характерно не только для медработников г. Свердловска, но и всей области. Так, за 1-й квартал 28 г. (январь — март) на 100 застрахованных медработников в области приходилось 323,6 дня, а по всем непроизводственным группам—151,9 дня, в частности, у группы просвещенцев—199,6, у совторгслужащих—122,3 дня.

Точно также данные обращаемости в поликлиники Рабмеда в Харькове дают более высокую заболеваемость медработников, чем остальных групп непромышленного труда.

Перейдем к выяснению вопроса, какими болезнями преимущественно болели медицинские работники г. Свердловска в сравнении с заболеваемостью у индустриальных рабочих.

	Медработники		Индустриальные рабочие	
	% соотноше- ние числа случаев	% соотноше- ние числа дней	% соотноше- ние числа случаев	% соотноше- ние числа дней
1. Болезни эпидемические, энде- мические и инфекционные . .	25,6	28,1	21,1	23,2
2. Общие болезни	4,7	7,8	3,1	4,8
3. Нервные болезни	6,5	8,1	5,2	5,6
4. Болезни органов кровообра- щения	3,6	5,8	1,8	2,5
5. Болезни органов дыхания . .	3,9	4,3	4,5	5,7
6. „ „ пищеварения	16,3	12,7	14,2	10,3
7. „ мочеполовых органов . .	7,1	7,0	2,1	2,6
8. Болезни кожи и подкожной клетчатки	14,3	11,2	16,4	14,1
9. Болезни костей и органов дви- жения	2,2	1,6	3,8	3,3
10. Болезни от внешних причин .	11,2	9,7	25,5	25,4

Нужно отметить, что во всех приводимых таблицах, в которых даны процентные отношения заболеваемости, не включена группа неопределенных болезней.

По числу дней у медработников удельный вес болезней эпидемических и эндемических больше, чем удельный вес этих болезней у индустриальных рабочих, больше и удельный вес общих болезней, мочеполовых, нервных болезней, органов пищеварения и кровообращения, существенно меньше удельный вес болезней от внешних причин, болезней костей и органов движения, кожи и подкожной клетчатки.

Если сопоставить число дней, приходящихся на 100 застрахованных медработников и 100 индустриальных рабочих по отдельным группам болезней, то получим в общем те же выводы:

	Дни на 100 человек	
	Медра- ботники	Индустр. рабочие
1. Болезни эпидемические, эндемические и инфекционные	378,7	337,9
2. Общие болезни	105,0	70,2
3. Болезни нервной системы и органов чувств	109,5	81,6
4. „ органов кровообращения	78,2	37,0
5. „ „ дыхания	53,5	82,4
6. „ „ пищеварения	170,7	150,8
7. „ мочеполовых органов	94,2	38,5
8. „ беременности и послеродовые	51,7	10,9
9. „ кожи и подкожной клетчатки	151,5	205,2
10. „ костей и органов движения	21,0	48,8

По числу дней у медработников на 100 человек приходится больше дней, чем у рабочих по эпидемическим заболеваниям, по общим заболеваниям, болезням нервной системы, органов кровообращения и пищеварения, по болезням мочеполовых органов, беременных и послеродовых (за счет выкидышей), но меньше дней по болезням органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, по болезням костей и органов движения.

Заболеваемость медработников по полу. — По всем группам медработников Свердловска число случаев заболеваний у женщин 93 без родов (больше, чем у мужчин—86,4). Что же касается числа дней, то, в виду того, что у женщин длительность одного заболевания короче чем у мужчин, — общее число дней на 100 женщин меньше, чем у мужчин (1435,6 у мужчин и 1315,1 у женщин).

Если расположить число случаев и дней по группам отдельно у мужчин и женщин, то получится следующее:

	У м у ж ч и н		У ж е н щ и н	
	Заболева- ния	Д н и	Заболева- ния	Д н и
1. Техперсонал	169,6	2433,2	121,9	1504,2
2. Адм.-хоз. персонал	70,3	1453,3	130,6	2066,4
3. Санитары и сиделки	55,6	1211,1	112,4	1555,9
4. Мл. аптперсонал	53,3	726,7	97,0	1162,9
5. Аптперсонал	45,2	452,4	82,0	988,3
6. Врачи	47,2	1129,6	47,6	912,7
7. Средний медперсонал	26,5	252,9	70,3	1079,0

Таким образом, у большинства групп медработников число дней и число случаев заболеваний существенно меньше у мужчин, нежели у женщин, за исключением техперсонала и врачей, у которых число дней у мужчин больше, чем у женщин. В то время, как среди женщин врачи занимают 7-е место в сравнении с другими группами, у мужчин врачи занимают 5-е место по числу случаев и 4-е место по числу дней. Группы техперсонала, санитаров и сиделок и адм.-хоз. персонала и младших аптработников по наибольшему числу случаев и дней находятся в первой половине рядов, группы же аптработников, среднего медперсонала и врачей во второй половине рядов. Среди мужчин-аптработников, среднего медперсонала и врачей врачи по числу случаев стоят на первом месте.

Охарактеризуем сравнительную заболеваемость по полу и по отдельным заболеваниям.

	На 100 человек		
	Мужчин	Женщин	Обоего пола
1. Болезни эпидемические	430,1	360,1	378,7
2. Общие болезни	87,5	111,4	105,0
3. Болезни нервной системы и органов чувств	146,5	96,2	109,5
4. „ органов кровообращения	130,0	59,5	78,2
5. „ „ дыхания	69,4	47,7	53,5
6. „ „ пищеварения	172,9	169,9	170,7
7. „ мочеполовых органов	18,6	121,7	94,2
8. „ беремен. и послеродовые	—	70,4	51,7
9. „ кожи и подкожной клетчатки	125,0	161,1	151,5
10. „ костей и органов движения	39,4	14,3	21,0
11. „ от внешних причин	211,5	101,1	130,5

На 100 медработников у мужчин наблюдаем преобладание по сравнению с женщинами следующих заболеваний: болезней эпидемических и инфекционных, нервных, болезней органов кровообращения, дыхания, пищеварения и от внешних причин; наоборот, у мужчин реже встречаются общие болезни, болезни костей и органов движения, кожи и подкожной клетчатки и мочеполовые.

По данным сборника Харьковского Отдела Союза Медикосантруд «Медицинские работники», у мужчин-медработников чаще, чем у женщин, встречаются болезни легких, сердечно-сосудистой системы и реже, чем у женщин, — туберкулез легких.

Сравним еще длительность отдельных заболеваний медработников у мужчин и у женщин всего союза по отдельным классам заболеваний.

Длительность 1 случая заболеваний.

	У муж- чин	У жен- щин
Инфекционные болезни	18,6	15,3
Общие болезни	21,8	25,6
Болезни нервной системы	26,1	15,8
» органов кровообращения	27,0	21,3
» » дыхания	25,5	12,3
» » пищеварения	14,0	10,8
» мочеполовых органов	19,3	14,3
» Болезни беременных и послерод.	70,4	51,7
» кожи и подкожной клетчатки	10,5	12,0
» костей и органов движения	12,3	9,1
» от внешних причин	12,2	13,3

Из этих данных мы видим, что по большинству заболеваний у мужчин длительность заболевания большая, нежели у женщин.

Характеризуя заболеваемость по полу, отметим и те заболевания, которые по числу дней на 100 человек резко отличают мужчин от женщин. В группе эпидемических и инфекционных заболеваний выделяются: грипп 115 дней у женщин и 91,2 у мужчин и туберкулез легких 253,8 дня у мужчин и 183,3 у женщин. В группе общих заболеваний выделяются хронический ревматизм—23,6 дня у женщин и 7,4 дня у мужчин; в группе заболеваний нервной системы и органов чувств — болезни нервной системы 116,2 у мужчин и 79,7 у женщин, болезни органов зрения 22,6 и 12,4. В группе болезней органов кровообращения,—миокардиты у мужчин 38,0 и женщины 16,4, расширение вен 25,5 у мужчин и 6,7 у женщин. В группе болезней органов пищеварения —грыжи у мужчин 23,6, у женщин 0,6 дня; в группе мочеполовых органов — половые болезни у мужчин 13,6 дня, у женщин 117 дней; в группе болезней кожи и подкожной клетчатки—флегмоны и нарывы у мужчин 59,0 и женщин—71,0.

Перейдем к детальному анализу заболеваемости по полу, профессиям и отдельным заболеваниям.

(Табл. см. на след. стр.).

По отдельным заболеваниям у врачей-мужчин больше дней болезни, чем у женщин, за исключением общих заболеваний, мочеполовых и болезней от внешних причин; у атработников у мужчин меньше дней, чем у женщин, за исключением болезней органов кровообращения; у среднего медперсонала у мужчин дней заболеваний меньше, чем у женщин; у санитаров и сиделок у мужчин меньше заболеваемость, чем, у женщин (исключение по общим болезням, по болезням органов кровообращения, по болезням органов дыхания, по болезням костей и органов движения); у младших атработников у мужчин заболеваемость меньше, чем у женщин (исключение по болезням органов пищеварения, болезням костей и органов движения,— их у женщин больше, чем у мужчин). У адм.-хозперсонала у мужчин заболеваемость меньше, чем у женщин (исключение по болезням нервным, орга-

Дни на 100 человек

Врачи	Аптра- ботники	Средний медперсо- нал	Санитары и сиделки	Младший апперсо- нал	Админ.- хозяйств. персонал	Технич. персонал	Всего по союзу
Болезни эпидем. и инфекцион. муж. жен.	216,2 182,0	102,4 318,0	127,9 288,3	328,9 398,4	286,7 271,2	747,3 376,6	430,1 360,1
Общие болезни муж. жен.	136,6 175,7	— 16,4	10,3 105,1	213,3 128,9	— 93,2	79,9 39,7	87,5 111,4
Нервные болезни муж. жен.	252,1 104,8	57,1 76,6	7,4 97,9	31,1 104,7	40,0 131,8	118,5 33,5	146,5 96,2
Болезни органов кровообращения муж. жен.	272,5 145,0	31,0 20,3	25,0 52,0	177,8 79,3	— 26,5	108,7 2,1	130,0 59,5
„ „ дыхания муж. жен.	54,7 28,7	— 7,0	— 57,1	73,3 44,3	— 48,5	145,7 75,7	69,4 47,7
„ „ пищеварения муж. жен.	121,1 100,0	214,3 249,2	19,1 125,5	100,0 225,4	186,7 149,2	165,8 145,2	172,9 169,9
„ „ мочеполовых органов муж. жен.	13,4 34,4	— 96,1	— 101,9	64,4 128,9	— 74,2	37,0 176,6	18,6 121,7
„ „ кожи и подкожн. клетчатки муж. жен.	— 11,3	40,5 71,1	25,0 101,3	100,0 211,2	66,7 172,7	354,3 366,9	125,0 161,1
„ „ бежем. и послеродовые муж. жен.	42,9	31,3	97,5	52,9	91,7	82,0	70,4
„ „ костей и органов движения муж. жен.	28,2 9,0	7,1 25,8	— 7,6	82,2 17,2	113,3 8,3	63,0 13,7	39,4 14,3
„ „ от внешних причин муж. жен.	27,5 46,6	— 76,6	38,2 43,7	40,0 164,8	33,3 93,2	602,7 183,7	211,5 101,1
И т о г о муж. жен.	1129,6 912,7	472,4 988,3	252,9 1079,0	1211,1 1555,9	726,7 1162,9	2433,2 1504,2	1435,6 1315,1

нов кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, болезням от внешних причин); у техперсонала у мужчин больше дней, чем у женщин (исключение по болезням мочеполовым и по болезням кожи и подкожной клетчатки).

При сравнении числа дней на 100 медработников по группам профессий со средней по всему союзу — получаем, что на 100 медработников мужчин наибольшая заболеваемость у адм.-хозперсонала; свыше 1.000 дней мы имеем заболеваемость у мужчин-врачей и санитаров. В сравнении со средней по союзу у женщин наибольшая заболеваемость у адм.-хоз. персонала и у санитарок и сиделок; свыше 1.000 дней у среднего персонала и у аптработников (младших). Вообще же по союзу у мужчин заболеваемость большая, чем у женщин (1.435,6 дня на 100 мужчин и 1.315,1 на 100 женщин), о чем было сказано раньше. Исключение представляет заболеваемость по общим болезням, мочеполовым, болезням кожи и подкожной клетчатки, костей и органов движения.

Длительность заболеваний. — Сравним длительность заболеваний отдельных профессий у медработников со средней длительностью у других групп застрахованных на Урале:

	Д н и		
	У обоего пола	У жен.	У муж.
Врачи	21,2	19,2	23,9
Средний медперсонал	15,1	15,4	9,6
Санитары и сиделки	14,2	13,8	21,8
Аптработники	11,7	12,0	10,0
Младший медперсонал	12,1	12,0	13,6
Адм.-хоз. персонал	17,5	15,8	20,7
Техперсонал	13,4	12,4	14,3
Все группы медработников	14,8	14,1	16,6
› индустриальные группы Урала	13,0	12,5	13,2
› застрахованные в 27 г.	—	—	11,8

Средняя длительность одного случая заболевания (т. е. тяжесть случая заболевания) у медработников выше таковой индустриальной группы населения и всех групп застрахованных Урала. Среди групп медработников наибольшая длительность случая заболевания у врачей (21,2 дня), наименьшая у младшего медперсонала (12,1) и у аптработников (11,7).

Из сопоставления заболеваний у медработников и у индустриальных рабочих видно, что длительность 1 случая заболевания органов кровообращения, нервной системы и так наз. общих болезней — у медработников большая, чем у производственных рабочих. Наибольшая длительность у медработников приходится на группы общих болезней, органов кровообращения и нервной системы. Если сравнить длительность заболеваний по группам профессий у медработников, то получим наивысшую

(выше средней) длительность болезней эпидемических и инфекционных у адм.-хоз. и технического персонала. По общим болезням выше средней длительность у младшего антперсонала и адм.-хоз. персонала, среднего медперсонала и у врачей; по болезням нервной системы длительность наибольшая у врачей, у младших антработников и у адм.-хоз.-персонала; по болезням кровеносной системы длительность 1 случая заболевания выше средней у врачей, санитаров и сиделок; по болезням органов дыхания у техперсонала, у санитаров и сиделок, у среднего медперсонала; по болезням органов пищеварения длительность выше средней у адм.-хоз.персонала, сиделок и санитаров, антработников и у врачей; по болезням мочеполовых органов выше средней у врачей, у среднего медперсонала и во всех других профессиях за исключением сиделок и санитаров и антработников, у которых длительность одного случая заболеваний ниже средней. Длительность выше средней в случаях заболевания болезнями беременных и послеродовых, по болезни кожи и подкожной клетчатки, по болезням костей и органов движения у адм.-хозперсонала и у младших антработников, у врачей, санитаров и сиделок. По болезням от внешних причин наивысшая длительность одного случая у врачей (21 день), у санитаров и сиделок (16,1), у среднего медперсонала (13,6) и у адм.-хоз.персонала (13,5).

Об интенсивности заболеваний. — Перейдем к выяснению наиболее интенсивных показателей заболеваний в отдельных группах профессий. Для выявления более интенсивных показателей мы взяли два признака: 1) сравнение числа дней по классу болезней на 100 человек каждой данной группы со средними данными на 100 человек по союзу и 2) сравнение удельного веса отдельных заболеваний по тем-же группам профессий с удельным весом этих заболеваний по всему союзу. Наши данные указывают, что наиболее интенсивными по количеству дней нетрудоспособности на 100 чел. по болезням инфекционным выделяются группы адм.-хоз. и тех-персонала и группа санитаров и сиделок; по общим болезням — группы врачей, санитаров и сиделок и адм.-хоз.-персонала; по болезням нервной системы и органов чувств — группы врачей, младшего антперсонала и адм.-хоз. персонала; по болезням органов кровообращения — группы врачей, санитаров и сиделок и адм.-хоз. персонала; по болезням органов дыхания — группа техперсонала; по болезням органов пищеварения — группа санитаров и сиделок, антработников и адм.-хоз.-персонала; по болезням мочеполовым — группа санитаров и сиделок адм.-хоз. и техперсонала; по болезням беременных и после родовых — группы среднего медперсонала, младших антработников; по болезням кожи и подкожной клетчатки — группы санитаров и сиделок, младшего антперсонала и техперсонала; по болезням костей и органов движения — группы санитаров и сиделок, адм.-хоз.персонала и техперсонала; по болезням от внешних причин — группы санитаров и сиделок и техперсонала.

По обоим признакам, указанным выше, наиболее интенсивными должны быть признаны следующие: болезни эпидемические и инфекционные следует считать интенсивными для адм.-хоз.-тех-персонала; общие болезни наиболее интенсивными для врачей, санитаров и сиделок и адм.-хоз.-персонала; болезни нервной системы для врачей, младших антработников и адм.-хоз.-персонала; болезни кровообращения — для врачей; болезни органов дыхания для техперсонала; болезни органов пищеварения — для санитаров и сиделок, для антработников, для младших антработников, для адм.-хоз.-персонала; болезни мочеполовых органов — для сиделок и санитаров, для адм.-хоз.-персонала, для тех-персонала; болезни костей и ор-

ганов движения — для техперсонала, болезни от внешних причин — для санитаров, сиделок и техперсонала.

Острых отравлений, связанных с производством, у медработников не имеется, травматические же и др. повреждения наблюдаются. На 100 медработников мужчин травм в связи с производством больше, чем на 100 женщин (8,2 случая на 100 муж. и 2,3 на 100 жен.). Травматические случаи встречаются, главным образом, у техперсонала: у кухарок, прачек, дворовых рабочих, возчиков и пр., у санитаров и сиделок, у посудниц и фасовщиков, у женщин антработниц.

Что касается случаев нормальных родов, то их на 100 медработниц приходится 5,9 случаев в то время, как по Уралу на 100 работниц в 27 г. было 8,9 родов.

На 100 женщин врачей	3,7	сл.
„ „ среднего медперсонала	3,0	„
„ „ санитарок и сиделок	9,1	„
„ „ антработниц	10,2	„
„ „ младших антработниц	5,3	„
„ „ админ.-хоз. персонала	4,5	„
„ „ техперсонала	6,7	„

В 1927 году на 100 застрахованных женщин работниц приходилось по Уралу 8,9 случаев. Случаев выкидышей у женщин медработниц больше, чем у прочих работниц (4,6 у женщин медработниц и 3,8 у прочих).

Еще остановимся на заболеваниях туберкулезом легких, ревматизмом и подагрой у остальных групп медработников:

	Д и и	
	Туберкулез легких	Острый и хроническ. ревматизм и подагра
По всему союзу на 100 медработн.	202,1	69,0
Антработников	122,4	—
Врачи	84,9	106,3
Средний медперсонал	173,8	41,4
Санитары и сиделки	148,8	119,8
Младший антперсонал	165,3	83,7
Админ.-хоз. персонал	477,9	44,7
Техперсонал	260,0	53,0

Из приведенных данных видно, что туберкулез легких по наибольшей интенсивности выделяется у адм-хоз. и тех-персонала, по остальным медицинским профессиям на первом месте стоит группа среднего мед-персонала, на втором — младший антперсонал, на третьем — санитары и сиделки. Ревматизм и подагра наиболее выражены у санитаров и сиделок, у врачей и у младших антработников.

З а б о л е в а е м о с т ь в с в я з и с в о з р а с т о м. — В заключение охарактеризуем заболеваемость в связи с возрастом. В виду незначительности данных по отдельным группам и возрастам нам не представилось возможным выявить повозрастную заболеваемость по про-

фессиям. Из приводимой ниже таблицы мы сумели по всему союзу медработников г. Свердловска провести сравнение отдельных классов болезни с соответствующим средним удельным весом по каждому данному возрасту. Средние данные таковы: в возрасте до 20 лет — 6 проц. случаев заболеваний, от 20 до 25 лет — 23,3 проц. случаев заболеваний, от 25 до 30 лет — 24,7 проц. случаев заболеваний, от 30 до 40 лет — 30,9 проц. случаев заболеваний и от 40 и выше 15,1 проц. случаев заболеваний. При сравнении с этими средними по возрастам по всему союзу в возрасте до 20 лет должны быть выделены, как особо превышающие средний процент по данному возрасту, болезни кожи, болезни от внешних причин; в возрасте от 20 до 25 лет — болезни беременных и послеродовые; в возрасте от 25 до 30 лет — болезни беременных и послеродовые, болезни мочеполовых органов, болезни пищеварительных органов; в возрасте от 30 до 40 лет — болезни мочеполовых органов, болезни органов пищеварения, органов кровообращения, нервной системы, общие болезни; в возрасте от 40 и выше — болезни костей и органов движения, дыхания и кровообращения, нервные и общие болезни.

По отдельным заболеваниям мы имеем по болезням эпидемическим, эпидемическим и инфекционным высокую заболеваемость преимущественно в возрасте от 20 до 40 лет, по общим болезням от 30 до 40 лет, по болезням нервной системы — от 20 до 25 лет и от 30 до 40 лет, по болезням органов кровообращения от 30 и выше лет.

Прежде чем перейти к выводам из всего изложенного, приведем некоторые сравнительные данные о преимущественной заболеваемости из других обследований здоровья медработников. У врачей г. Харькова в сравнении с другими группами медицинского труда устойчиво отмечена более высокая заболеваемость туберкулезом легких, болезнями сердца, нервной системы, желудочно-кишечного тракта и почек. Параллельное сопоставление заболеваемости среднего медперсонала с общей заболеваемостью всех медицинских работников по г. Харькову выявляет более высокие цифры болезней легких, сердца, нервной системы и у младших медработников выделяются выше средних болезни легких, ревматизм, подагра и вен болезни.

По данным поликлиник г. Харькова у младшего персонала чаще, чем у всего медперсонала, встречаются травмы, расстройства питания и обмена, болезни органов пищеварения, заболевания женских половых органов и заболевания кожи; болезни кожи особенно часто встречаются у среднего медперсонала. На первом месте у врачей стоят заболевания нервной системы, затем болезни сердца и сосудов. По данным московского обследования болезни сердца более всего развиты у врачей, затем у среднего медперсонала, младшего медперсонала и адм-хоз. персонала, болезни нервной системы, органов пищеварения — у врачей, среднего медперсонала, адм-хоз. персонала и у младшего медперсонала; болезни костей и суставов — у среднего медперсонала; у адм-хоз. персонала, у младшего медперсонала, у врачей; болезни женских половых органов — у врачей, младшего медперсонала, адм-хоз. персонала, у среднего медперсонала. Наибольшей оказывается болезненность врачей, за ними среднего медперсонала, далее аптечных работников, хозперсонала и младшего медперсонала. Во всех исследованных группах болезненность неуклонно повышается с возрастом.

Перейдем к основным выводам из всего анализа данных о заболеваемости, приведенных нами в настоящей работе.

1. Высокая заболеваемость медицинских работников гор. Свердловска, выявленная нами, явление не случайное, а характерное для всех медработников Уральской области.

2. Высокая заболеваемость медработников инфекционными заболеваниями должна быть объяснена чисто производственными моментами. Опасность заражения является одной из существенных профессиональных вредностей медицинского труда.

3. По данным нашего обследования так же, как и по данным других обследований, вся масса медработников отмечена высокими цифрами заболеваний сердечно-сосудистой и нервной систем. Это необходимо поставить в зависимость от «исключительных условий работы в обстановке нервного напряжения» медработников. У врачей заболеваемость сердечно-сосудистой системы и нервные болезни еще более развиты. Среди причин высокой заболеваемости медработников заболеваниями сердца и сосудов, в особенности у врачей — все авторы отмечают перенесенные большей половиной всех врачей и средним медперсоналом сыпной и другие тифы.

4. Влияние профессиональных факторов в отношении всей заболеваемости врачей должно быть тем более учтено, что по материально-бытовым условиям врачи в сравнении с другими группами медицинского труда находятся в лучших условиях.

5. Повышенная заболеваемость медработников желудочно-кишечными заболеваниями должна быть поставлена в связь с ненормальным порядком дня у многих медработников в смысле своевременного приема пищи, отдыха и проч.

6. Заболевания мочеполовых органов, болезни органов движения, болезни от внешних причин (травмы) и др., отмеченные, как наиболее интенсивные для определенных профессиональных групп, обуславливаются в большей мере условиями труда этих профессий.

7. Изучение профессиональных вредностей медицинского труда должно быть усилено в направлении учета наиболее интенсивных заболеваний медработников. Работа охраны труда и научно-консультативного бюро союза Медсантруд должна быть усилена в направлении лучшего урегулирования рабочего дня медработников. Все медработники и в особенности врачи должны оказать своим непосредственным участием помощь НКВ в его работе.

8. Необходимо также обратить внимание всех медработников на то, чтобы все случаи заболеваний и оказанной им помощи регистрировались с наибольшей полнотой.

9. В виду выяснившейся высокой заболеваемости медработников было бы целесообразно завести личные санитарные журналы на каждого медработника.

10. Союз Медсантруд должен добиться выделения в бюджете органов здравоохранения особых сумм на специальные виды лечения медработников. Необходимо организовать специальную санаторию для медработников с заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной системы, а также дом отдыха для медработников.

11. При распределении курортно-санаторных мест союз должен добиться выделения медицинских работников из группы служащих.

12. Необходимо, чтобы заболеваемость медработников разрабатывалась страховыми организациями так же полно, как и заболеваемость индуст-

стриальных групп рабочих с целью детального изучения заболеваемости медицинских работников всей области.

13. Наконец, очередной задачей является изучение инвалидности медицинских работников, выяснение этиологии этой инвалидности в связи со стажем работы медработников, выявление характерных черт инвалидности по полу, по группам профессий и т. д.

ГОД РАБОТЫ УРАЛЬСКОГО ОРГАНИЗАЦИОННОГО БЮРО НАУЧНЫХ АССОЦИАЦИЙ ПРИ МЕДСАНТРУД.

Д-р М. Н. КАРНАУХОВ.

На пути к естественному стремлению врача совершенствоваться в научном отношении стоял и стоит иногда ряд непреодолимых трудностей. Трудности эти заключаются в оторванности провинциального врача и особенно участкового от руководящих научных центров, в отсутствии научной литературы или в недостатке времени, чтобы охватить литературу по всем интересующим его вопросам, в отсутствии на месте консультанта-специалиста и, наконец, в незнакомстве большинства врачей с иностранными языками. Отсюда следует, что план научного обслуживания врача должен предусмотреть возможность систематических товарищеских встреч врачей, которые-бы повели к наиболее полному и совершенному использованию опыта и знания старых врачей и закрепили-бы связь между врачами различных специальностей. Такие встречи возможны, во-первых, в повседневной работе, когда в интересах больного приходится решать вопросы *ex consilio*. Во-вторых, товарищеские встречи по научно-практическим вопросам должны иметь место на научных конференциях крупного лечебного учреждения, участкового или районного объединения. В третьих, лучшей формой закрепления связи врачей отдельных специальностей, стажа и квалификации являются научные объединения в лице съездов, ассоциаций, обществ и т. п.

До революции и в первые годы революции почетная роль коллектора и рассеивателя новых идей в медицине принадлежала целиком и полностью университетским и административно-промышленным центрам, где обычно имелись медицинские общества с многолетней давностью. Развитие медицинской сети, увеличение количества врачей и административное районирование создало ряд новых периферических центров, имеющих свои местные особенности и зачастую местный колорит в организационном построении аппарата здравоохранения. Прежние центры оказались географически или экономически изолированными от своей бывшей периферии, к тому-же им зачастую не доставало проводящих каналов для научного обслуживания участкового врача. По неволе научным обществам пришлось замкнуться в узких территориальных рамках. Отсюда возникло естественное стремление врачей группироваться на местах вокруг врачебных секций, с которыми они были связаны профсоюзными интересами. В таком положении находилось дело научного обслуживания уральского врача к декабрю 1927 года, т. е. к моменту открытия 3-го областного съезда врачебных секций. Съезду оставалось лишь организационно оформить волю своих избирателей.

«В целях углубления в работе всех конференций и кружков, читаем мы в постановлении съезда, материалистического понимания основных проблем научной и практической медицины и в целях увязки всей научной работы с прак-

тическими задачами в области здравоохранения необходимо создание, в тесной организационной связи с соответствующими бюро врачебных секций, ассоциации научных объединений с выборами руководящего, квалифицированного, общественно-мыслящего и авторитетного бюро. Для объединения врачебной мысли в области—приступить к организации Областного Бюро Научной Ассоциации, при чем впредь до избрания его на Областном Съезде Научной Ассоциации должно быть организовано при Облбюро врачебной секции временное Оргбюро Научной Ассоциации».

В Оргбюро Научной Ассоциации вошли д-ра: В. И. Величкин, М. М. Валенский, К. П. Гаврилов, М. Н. Карнаухов, Н. О. Коган, Б. П. Кушелевский, С. Ю. Кулик, В. Г. Перетц и В. С. Серебренников.

Молодое научное объединение отнюдь не думало разрушать работу уже существующих медицинских обществ, имеющих свой устав и научную преемственность в работе.

«В тех городах,—читаем мы в постановлении съезда, где имеются отдельные медицинские общества, стоящие вне союза, считать необходимым установление с ними тесного контакта».

Но, несмотря на ясно и определенно сформулированное отношение съезда к медицинским о-вам, последние усмотрели поход на их прерогативы со стороны союза. В частности и Уральское Медицинское общество усмотрело в планировании работ научных обществ и научных ассоциаций натиск на свою автономию со стороны оргбюро. Особым соглашением между оргбюро научных ассоциаций, с одной стороны, и президиумом Уральского медицинского общества, с другой, вся работа по научному обслуживанию врачей города Свердловска и его округа возложена на Уральское Медицинское Общество, и орг-бюро заверило о-во в отсутствии стремления к параллелизму в работе на данной территории.

С момента соглашения, на подписание которого ушел целый месяц, на своем годичном заседании Уральское медицинское о-во уже должно было отметить те преимущества, которые непосредственно вытекали из этого объединения. (См. выше «Обзор деятельности Ур. мед. о-ва». Стр. 147).

Налаживая взаимоотношения с Уральским медицинским о-вом в области города, орг-бюро запоздало с планом своей работы по области. В центре плана стоял вопрос об издании Уральского медицинского журнала, так как обеспечение действительной и регулярной связи между научными объединениями области, обмен научно-практическим опытом был невозможен в условиях отсутствия печатного органа. Специально организованная для этой цели журнальная комиссия проработала сметные предположения, программу и характер журнала с точностью до определения лимитов по основным отделам. Орг-бюро научных ассоциаций, со своей стороны, приняло активное участие в формировании основного консультативного ядра при редакционной коллегии. День X летия Советской медицины ознаменовался на Урале выходом первого номера Уральского Медицинского Журнала.

Второй очередной задачей орг-бюро явилась задача приближения к врачу книжных богатств Уральской медицинской библиотеки областного отдела. Для этого при медицинской библиотеке был организован совещательный орган—библиотечный совет из представителей врачебной секции, орг-бюро Н. А. и врачей специалистов. Библиотечный совет ра-

ботает на основе особого устава и в круг его задач входит: а) пополнение библиотеки с учетом запросов врачей, б) подбор книг для передвижек, в) подбор и указание литературных источников для научных докладов по запросам врачей, г) создание вокруг себя реферативных кружков по отдельным отраслям знания и усиление библиографической работы с использованием консультации специалистов. Опыт организации областного библиотечного совета позволил орг-бюро Н. А. рекомендовать организацию библиотечных советов и при медицинских библиотеках окружных городов со ставкой на обслуживание городского и участкового врача. Не мало трудов со стороны орг-бюро было положено на организационное оформление научных ассоциаций по области и на связь с периферией. Письменными запросами и при выездах на места проводилось ознакомление с существующими врачебно-научными организациями по области и оказывалось содействие организационному оформлению вновь возникающих городских и окружных научных ассоциаций при врачебных секциях.

Получив небольшие средства от Союза, орг-бюро приложило все усилия к распределению их по окружным бюро врачебных секций для организационных расходов (выписка научной литературы) местных научных ассоциаций, при чем Свердловску и Перми, как уже имеющим библиотечный фонд, было рекомендовано эти деньги израсходовать исключительно на приобретение научной марксистской литературы. К настоящему времени мы имеем сведения об организации при всех бюро врачебных секций если не научных ассоциаций, то кружков. Выделяется по своей работе Тагильская научная ассоциация, которая провела в течение года две окружные научные конференции. Отчеты об этих конференциях были помещены в «Вестнике Современной Медицины». На этих конференциях в числе научных докладов не менее половины были представлены участковыми врачами. В целях поддержания связи и обмена научным и практическим опытом орг-бюро практиковало и впредь будет практиковать выезд специалистов на окружные конференции. Так, на 1-ю окружную тагильскую конференцию Н. А. выезжал д-р М. Н. Карнаухов, который сделал доклад «О пределах трудоспособности туберкулезного больного». На вторую окружную тагильскую конференцию было послано два докладчика: д-р В. И. Величкин, сделавший доклад «О врачебной этике» и д-р В. Г. Перетц — «Лечение инфицированного плода». Третьим по счету выездом следует считать постановку доклада д-ра В. И. Величкина в Перми, на тему «Сущность диалектического метода». Четвертый выезд был проведен д-ром С. Ю. Кулик в Тюмень, где она сделала доклад «Дарвинизм и марксизм». Взаимная связь научных ассоциаций поддерживалась обменом протоколов, беседами при выездах в округа по союзным делам, или, наоборот, при посещении области делегатами с мест. С одним из первых протоколов на места был разослан примерный план научного обслуживания врача. В основном план стремился оживить деятельность научных конференций при лечебных учреждениях, рассматривая последние, как первичную научную ячейку. Для научных конференций при лечебных учреждениях или на врачебных участках, насчитывающих свыше 3-х врачей, Орг-бюро Н. А. рекомендовало, на ряду с демонстрациями и коллективным клиническим разбором интересного в научном или бытовом отношении случая, прибегать к реферированию новейшей литературы, ставить вопросы строительства советского здравоохранения и подвергать всесторонней критике отчеты данного лечебного или профилактического учреждения. В окружных городах планом предусматривалось объединение врачей не только по месту службы, но и по специальностям, создавая общегородские научные конфе-

рениции врачей хирургов, гинекологов, терапевтов, туберкулезников, венерологов, или отдельные кружки: по материализму, физиологии и патологии труда, по теории и практике диспансеризации, по Нот'у в лечебных учреждениях, по одонтологии, рентгенологии и т. п.

В городских конференциях врачей-специалистов, в секциях медицинских о-в и в кружках научные доклады, демонстрации и оригинальные исследования должны, как правило, превалировать над рефератами. Научные конференции лечебных учреждений, врачей специалистов и секций медицинских о-в намечают темы докладов и научных исследований, а равно и докладчиков на пленарные заседания общегородских научных ассоциаций врачей или медицинских обществ. При таком порядке городские научные ассоциации или медицинские о-ва будут в значительной мере освобождены от казуистики, или от докладов по узко-специальным вопросам. В частности опыт работы в Свердловске доказал огромный интерес врачей к программным темам и особенно к тем, которые освещают современные достижения в биологии и медицине. Поэтому план городских научных ассоциаций должен предусмотреть достижения клинической медицины и пределы этих достижений, влияние биологических и социальных условий на конституцию и на то сложное явление, которое именуется болезнью. В частности орг-бюро Н. А. наметило для проработки следующие темы: 1) Сущность диалектического метода и применение его в медицине. 2) Дарвинизм и марксизм. 3) Конституция и среда. 4) Физическая химия во внутренней медицине. 5) Рефлексология и ее практическое значение. 6) Физиология и патология труда. 7) Роль здравоохранения в экономическом и культурном развитии страны. 8) Проблема питания. 9) Теория и практика диспансеризации. 10) Современное состояние вопроса об иммунитете и местная практика противо-эпидемических мероприятий. 11) Санитарная и эпидемическая характеристика города и деревни Уральской области. 12) Проблема социальных болезней. 13) Краевые заболевания (зоб, тетания—среднего Урала, эхинококк—в Троицком округе, глистная инвазия Челябинской, пневмокониозы у горнорабочих Тагильского, В.-Камского и Свердловского округов, малярия в Зауралье). 14) Климат и курорты Урала. 15) Вопросы евгеники. 16) Проблема злокачественных новообразований. 17) Рабочее строительство, как объект санитарного изучения. 18) Физкультура и сердце—и ряд других тем, освещающих современные достижения в терапии, хирургии, гинекологии, эндокринологии, бактериологии, рентгенологии и по другим дисциплинам. По мнению оргбюро, наиболее оживленно проходят и собирают большую аудиторию программные вечера, т. е. когда 2-3 доклада, представленные зачастую различными специалистами, отвечают основной программной теме. Так, например, вопрос о пределах функциональной выносливости сердца может быть освещен вводным докладом терапевта, затем хирург осветит современные данные о влиянии наркоза на сердце, а санитарный врач сделает сообщение по материалам призывных комиссий и обследованию физкультурников. Уральское медицинское о-во вполне удовлетворительно справилось с разработкой тем, предложенных орг-бюро, значительно пополнив намеченную программу.

Наиболее трудной частью плана следует считать вопрос обслуживания участкового врача. Помимо отмеченного выше приближения книжных сокровищ к участковому врачу, орг-бюро рекомендует окружным бюро Н. А. организовать врачебные научные консультации, куда врач может обратиться с письмом или лично с затруднительным или интересным в клиническом отношении случаем, а равно по вопросам Нот'а в лечебно-профилактических учреждениях, по вопросам производственных ошибок, при чем

на врачебную консультацию союз может возложить привлечение квалифицированных врачей-специалистов к участию в экспертизе о производственных ошибках врача и т. п. План предусматривает обязательный созыв районных и окружных конференций научных ассоциаций и выезды городских врачей специалистов для докладов на районных конференциях. Намечена передача по радио научных докладов и широкое привлечение участковых врачей к сотрудничеству в «Уральском Медицинском Журнале».

В заключение следует отметить, что орг-бюро отнюдь не замыкалось в своих кастовых интересах и по мере сил шло на встречу культурным начинаниям. Так, орг-бюро не только был проработан план и программа на естественном отделении Свердловского воскресного рабочего университета, но были выдвинуты лекторы на медико-биологический цикл указанного отделения. Кроме того, бюро приступило к разработке анкеты: «Алкоголизм и быт» и решило распространить анкету среди рабочих и служащих. Орг-бюро приняло деятельное участие в организации о-ва по борьбе с алкоголизмом и выдвинуло своих докладчиков-лекторов. Наконец, орг-бюро приняло активное участие в организации торжественных заседаний совместно с Уральским медицинским о-вом в день X-летия Октябрьской революции, X-летнего юбилея советской медицины, в дни оздоровительных кампаний, организации вечера памяти академика Бехтерева и т. д. В настоящее время орг-бюро научных ассоциаций занято подготовкой к областному научному съезду врачей, на котором и произойдет его переизбрание.

Жизнь покажет, насколько реален и осуществим план оргбюро, но в значительной части уже приступлено к его осуществлению и как результат мы отмечаем несомненное оживление на Урале научного обслуживания городского врача и первые конкретные мероприятия по обслуживанию участкового врача.

HIDEYO NOGUCHI

Прой ут года, на земле установится братство народов и человек не будет гибнуть от руки человека, но не видно конца борьбы человеческого гения и природы, и этой борьбе человек как теперь будет отдавать свою жизнь за жизнь человека.

21 мая 1928 г. в Западной Африке от желтой лихорадки погиб Hideyo Noguchi, а немного раньше его, там-же и то же от желтой лихорадки погиб английский бактериолог СТОКС.

Первое время своей научной деятельности Noguchi занимался биохимическими и серологическими исследованиями. Впоследствии он перешел к изучению болезней с неизвестной этиологией. Noguchi был большой артист в выращивании трудно культивируемых организмов и ему удавалось то, в чем терпели неудачу другие. Работы по сифалису дали ему широкую известность. Введение в практику полусвернутой среды с прибавлением стерильного кусочка почки оказалось очень плодотворным. Эта среда применялась с успехом для культивирования бледной спирохеты и других микроорганизмов. В 1913 году Noguchi

находит бледную спирохету в головном мозгу прогрессивных паралитиков (в 48 случ. из 200) и в спинном мозгу табетиков.

Приблизительно в это время ему и Флекснеру удалось получить культуру возбудителя полиомиелита.

1918 г. принес Noguchi громкую славу. В этот год он открыл возбудителя желтой лихорадки — особую спирохету. После спирохеты желтой лихорадки Noguchi переходит к изучению все новых и новых инфекций, он получил культуру горной американской лихорадки, культуру перувианского прыща, трахомы. Успех слагает за ним. Но в то-же время начинают настойчиво появляться работы неподтверждающие этиологического значения его спирохеты желтой лихорадки.

Сток не нашел ее у животных, зараженных желтой лихорадкой. Блестящий экспериментатор Noguchi решает снова проверить свое открытие, едет в Западную Африку и там гибнет от желтой лихорадки.

Окончилась жизнь, полная труда, мысли и творчества.

Н. Грязнов.

25 ЛЕТ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФ. В. К. ШАМАРИНА.

28 октября исполнилось 25 лет врачебной, научной и общественной деятельности заведующего Областной Хирургической больницей проф. В. К. Шамарина. Юбилар широко известен трудящимся массам Урала, как неутомимый работник в строительстве советской медицины и как общественный деятель, долгое время состоявший членом Свердловского Горсовета.

Окончив московский университет в 1903 году, Василий Константинович, избрав своей специальностью хирургию, поступает ординатором в Бахрушевскую больницу в Москве. С 1904—1906 г.г. работает на русско-японской войне. Затем 4 года заведует участковой земской больницей, где развивает большую хирургическую деятельность, после чего едет для усовершенствования в Париж, Берлин и Вену.

В 1911 году он поступает ординатором в петербургскую клинику проф. Федорова, где и работает до 1914 года. В 1914 году сдает докторские экзамены и в этом-же году мобилизуется на империалистическую войну, в течение которой работает старшим врачом подвижного хирургического госпиталя. По окончании войны возвращается на родину и работает хирургом быш. екатеринбургского военного госпиталя.

Принимая деятельное участие в организации Свердловского Медфака Василий Константинович получает в нем кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии. С 1924 г. Василий Константинович бесменно руко-

водит работой Областной хирургической больницы, где организует урологическое отделение. За это время больница приобретает хорошо оборудованные рентгено-терапевтический и рентгено-диагностический кабинеты и, будучи высоко квалифицированным лечебным учреждением клинического типа, становится школой, подготовляющей молодых хирургов к самостоятельной квалифицированной работе на участке. Деятельный участник Уральского Медицинского Общества, один из организаторов 1-го Уральского съезда хирургов, Василий Константинович имеет около 20 печатных трудов по различным отделам хирургии и урологии.

Юбилей Василия Константиновича — праздник советской медицинской общественности. Желая отметить большой личный вклад Василия Константиновича в дело укрепления советской медицины на Урале, организуя по случаю празднования юбилея Василия Константиновича обращение к советской общественности с призывом принять участие в чествовании юбиляра, намеченном на начало января 1929 года.

Д-р С. Фуке.

ОТ РЕДАКЦИИ:

Редакция «Уральского Медицинского Журнала» и Областной Отдел Здравоохранения приветствуют Василия Константиновича ШАМАРИНА на пороге второго двадцатипятилетия его творческой научно-практической, врачебной и общественной работы, надеясь и впредь видеть неутомимого Василия Константиновича в первых рядах работников советского здравоохранения, отдающих все силы свои, знания и опыт помощи больному человеку, оздоровлению труда и быта населения и активное содействующих социалистическому строительству Союза.

ДВАДЦАТЬ ПЯТЬ ЛЕТ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Д-РА ШЕЙНК- МАН, Л. Г. (Шадринск).

Исполнилось 25 лет врачебной и общественной деятельности известного на Урале врача-общественника Льва Григорьевича Шейнкман. Лев Григорьевич долгое время провел на участке и, перейдя в город на работу хирурга-специалиста, вместе с высокой квалификацией, большой эрудицией и огромным практическим опытом, принес сюда общественные навыки участкового врача. Лев Григорьевич за короткое время сумел создать из хирургического отделения Шадринской окружной больницы хорошо поставленный центр квалифицированной и разнообразной хирургической помощи населению округа. С именем Льва Григорьевича тесно связана вся врачебно-общественная жизнь Шадринска; он принимает деятельное участие в работе окрбюро врачебной секции, организует научный кружок врачей, выступает по ряду вопросов на различных съездах по здравоохранению, участвует в работе горсовета, избирается на областной съезд советов и ведет большую санпросветработу.

За последние годы деятельность Льва Григорьевича осложнена его серьезным заболеванием (диабет), временами заставляющим его отходить от работы в больнице, но, даже будучи болен, Лев Григорьевич ни на один день не рвал со своим любимым делом, и товарищи по работе пользовались его консультативной помощью и практическим советом.

Редакция «Уральского Медицинского Журнала» и Областной Отдел здравоохранения приветствуют в лице Льва Григорьевича старого участкового врача, с первых лет революции участвующего в напряженной работе советов и личным примером содействующего формированию молодых врачебно-общественных кадров, и надеются еще долго видеть Льва Григорьевича бодро работающим на пользу уральского здравоохранения.

В. С.

ТРИДЦАТЬ ЛЕТ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СЕЛЕ.

21 октября 1928 г. в Ялutorовском районе Тюменского округа был проведен юбилей 30 летней врачебной деятельности врача А. К. Серых, каковой все 30 лет прослужил на селе и на одном месте. Юбиляру был поднесен адрес от врачей всего округа, а также подарки от РИК'а и горсовета, и от служащих.

Борейко.

54 года медицинской работы. 11 декабря с. г. в г. Тюмени скончался ветеран медицинского труда фельдшер Романов Иван Романович. Из 76 лет жизни — 54 года проведены на службе здравоохранения. Тюменское окротделение МСТ выдвинуло его не задолго до смерти героем труда. Последнее время Романов работал в амбулаторном объединении г. Тюмени.

Санпросветом обзаводителя открыт с декабря 1928 года книжный киоск. Открытие киоска позволяет улучшить и облегчить продвижение медицинской книги, научной и популярной, и наглядных пособий для санпросветработы.

В конце ноября оформился и начал работу Библиотека. Совет при Обл. Мед. библиотеке.

Его основные задачи — организация библиографической и реферативной работы для врачей области и забота об использовании книжного богатства библиотеки широкими врачебными кругами области.

К КОНКУРСУ ЯЧЕЕК РОКК.

О РАБОТЕ ЯЧЕЙКИ РОКК ПРИ СВЕРДЛОВСКОМ ПОКАЗАТЕЛЬНОМ ТУБДИСПАНСЕРЕ.

Ячейка была организована в июне с. г. До «Недели РОКК» насчитывалось всего 30 членов. За «Неделю РОКК» было вновь завербовано 55 членов. Распространено 30 значков и до 100 штук различной РОКК'овской литературы и листовок. Организовано 3 кружка: при диспансере повышенного типа и два при жактах. Выпущен специальный номер стенгазеты. Два раза проводились общие собрания с докладами о деятельности ячейки и о X-летию РОКК. Работа ячейки Окружным Комитетом РОКК и общим собранием признана удовлетворительной. Особо следует отметить

энергичную деятельность секретаря ячейки тов. Б. Какимой, А. А., которая за «Неделю РОКК» завербовала 17 новых членов и организовала первую жактовскую ячейку.

М. К.

В. И. ШАМЦИН.

16 декабря 1928 года в Надеждинске стал жертвой случайного выстрела, вследствие неосторожного обращения с оружием, врач Василий Иванович Шамцин. Пуля прошла через сердце и смерть последовала моментально.

В. И. Шамцин родился 25 февраля 1888 года в крестьянской семье, в селе Молчанове Нижегородской губ., Сергачского уезда. Окончив в 1914 году медицинский факультет Московского Университета, он поступил на службу в земство заведующим врачебным участком в селе Кичасове Нижегородской губ., Сергачского уезда. Будучи мобилизован в 1914 г. году он пробыв в действующей армии до 1918 года. По демобилизации он вернулся на родину и стал снова работать в оставленном им, в начале войны, врачебном участке. В сентябре 1918 г. он был призван в войска Красной армии, где работал до 1922 г. в должности старшего врача полка.

26 января 1922 г. В. И. поступил на службу в Надеждинскую больницу, в качестве заведывающего б-цей и пробыл в этой должности около двух лет. Надеждинская больница сильно пострадавшая во время гражданской войны была им принята в полуразрушенном и хаотическом состоянии.

В короткий срок, благодаря энергии и настойчивости В. И. и поддержке местных советских организаций, доверие которых он пользовался всецело, ему удалось восстановить ее полностью.

В. И. отличался твердостью характера, необложивенным трудолюбием, добросовестным отношением к своей работе и строгостью, прежде всего к самому себе, за что пользовался всеобщим уважением и любовью своих подчиненных.

Он принимал деятельное участие в общественной жизни, состоял в течение ряда лет бессменным членом комитета Страховой кассы, состоял членом местного союза Медсантруд при б-це, и членом бюро Надеждинской врачебной секции.

Эта роковая смерть унесла в могилу полного сил, жизнерадостного человека, хорошего товарища и врача.

Врачи: Потоцкий и Виншу.
(Надеждинск).

ДОРОГИЕ ТОВАРИЩИ!

Желая по возможности облегчить трудную работу участкового врача, лишая его возможности в своей разносторонней деятельности пользоваться советами квалифицированных специалистов и часто не имеющего в своем распоряжении специальной литературы, Уральское медицинское общество приступает к организации научно-врачебной консультации для врачей Свердловского округа.

Основными задачами ее является:

- 1) консультативная помощь (письменная) по вопросам диагностики и терапии затруднительных случаев;
- 2) дача библиографических указаний совместно с областным библиотечным советом по интересующим врача вопросам;
- 3) содействие участковому врачу в постановке научных докладов на заседаниях Уральского медицинского общества.

Кроме того, консультация медицинского о-ва берет на себя посредничество перед соответствующими организациями по вопросам рационализации медицинского труда, методике лечебно-санитарного дела, по профзаболу, курортному делу, по вопросам социального страхования и т. п.

Запросы направлять по следующему адресу: г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, 34, Облздравотдел, делопроизводителю Уральского мед. о-ва С. А. Федоровскому.

Президиум Уральского Медицинского Общества.

Важнейшие опечатки в № 1-ом.

К ст. д-ра Б. П. Кушелевского «К вопросу о длительной инкубации при малярии в связи с клинико-эпидемиологическими особенностями ее на ср. Урале», № 1, стр. 48.

Стр.	строчка	вместо	след. читать
48	13	Кофф	Иофф
48	24	микроорганизм	макроорганизм
49	26	уробилинурии	уробилинурии
50	16	plast. vivax resp	plast. vivax, resp.,
53	25	внутривенного применения	внутреннего применения

Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов		Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возвратный тиф		Неопределенный тиф		Малария		Оспа натурал.		Корь	
			Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
1			2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Уралобласть	27 г.	1559	595	87	51	33	3	440	132	8119	390	57	13	1547	89
		28 г.	584	325	52	28	21	4	224	40	7513	229	23	9	2192	78
1	В.-Камский окр.	27 г.	25	18	1	—	—	—	2	2	74	5	2	2	19	2
		28 г.	24	19	9	6	—	—	1	—	42	4	—	—	256	—
2	Златоустовск. окр.	27 г.	34	14	5	4	—	—	6	3	599	41	2	—	158	5
		28 г.	15	6	—	—	—	—	1	1	564	26	1	2	73	1
3	Ирбитский "	27 г.	24	15	7	2	—	—	18	1	70	2	6	2	49	1
		28 г.	13	7	4	3	—	—	27	3	78	2	2	1	134	—
4	Ишимский "	27 г.	239	22	—	—	6	1	36	—	472	19	1	—	20	—
		28 г.	91	26	2	—	1	—	40	2	452	3	2	1	63	—
5	К.-Пермичский "	27 г.	8	8	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	18	14
		28 г.	15	10	4	1	1	1	—	—	35	1	—	—	—	—
6	Кунгурский "	27 г.	120	70	—	—	—	—	15	6	187	14	6	1	57	2
		28 г.	32	26	3	2	—	—	6	—	191	13	2	—	37	—
7	Курганский "	27 г.	297	56	1	—	1	—	49	5	827	18	—	—	39	1
		28 г.	17	3	2	—	2	—	5	3	1027	11	2	—	272	5
8	Пермский "	27 г.	87	53	18	10	—	—	29	1	432	48	5	—	209	27
		28 г.	47	47	6	5	—	—	16	4	384	35	2	1	213	44
9	Сарапульский "	27 г.	68	37	—	—	—	—	8	6	402	21	2	1	37	2
		28 г.	45	26	—	—	—	—	6	1	445	25	—	—	17	1
10	Свердловский "	27 г.	82	65	19	16	1	1	93	52	464	58	—	—	445	18
		28 г.	64	38	7	7	2	—	9	2	442	28	2	2	263	19
11	Тагильский "	27 г.	79	53	1	1	1	—	20	1	277	20	11	4	149	—
		28 г.	16	16	—	—	—	—	—	—	193	13	—	—	393	2
12	Тобольский "	27 г.	23	15	2	1	—	—	2	—	165	—	—	—	2	—
		28 г.	7	1	2	—	—	—	2	1	199	6	—	—	135	—
13	Троицкий "	27 г.	31	7	4	—	3	—	5	—	1334	57	—	—	74	—
		28 г.	21	—	1	—	3	—	27	—	867	16	2	—	25	—
14	Тюменский "	27 г.	79	19	12	4	4	1	25	16	360	11	3	1	51	1
		28 г.	34	12	2	1	1	—	14	13	299	3	—	—	79	1
15	Челябинский "	27 г.	135	46	3	1	7	—	44	7	1906	66	16	—	181	11
		28 г.	59	30	5	1	3	—	26	3	1722	29	8	2	123	4
16	Шадринский "	27 г.	228	97	10	8	10	—	88	32	550	10	3	2	39	5
		28 г.	84	58	5	2	8	3	44	7	573	14	—	—	109	1

области за август месяц 1927 и 28 г. г.

Скарлатина	Коклюш	Дифтерия	Грипп		Дизентерия	Трахима		Туберк. легких		Туберк. др. орган		Сифилис I, II, III			Гоноррея	
			Заболело	Госпитал.		Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
846	537	2480	8	126	50	25181	1392	6051	480	5921	127	8632	359	3364	106	2698
660	421	4175	3	122	54	28525	1357	1996	101	4564	102	7033	350	3083	115	2469
56	47	8	—	2	1	738	87	223	40	102	—	148	3	70	2	38
25	17	74	—	6	2	1161	109	82	6	79	4	150	8	72	7	33
38	24	162	—	6	—	1224	54	173	49	139	3	391	28	77	8	111
36	27	210	—	5	1	2158	81	56	12	244	4	345	33	150	5	140
28	7	47	—	4	—	1738	61	169	4	102	1	293	12	123	2	41
25	11	224	—	5	1	2326	45	112	4	56	—	257	10	158	4	46
39	8	158	—	8	1	799	32	203	2	556	—	158	13	177	6	168
13	—	471	4	12	—	897	42	93	3	—	—	231	11	130	16	187
40	36	11	—	—	—	222	25	101	1	220	1	81	5	48	7	41
1	—	33	—	1	1	590	92	59	2	145	10	49	6	40	4	39
7	5	135	—	6	2	1467	49	638	81	851	30	352	19	183	10	134
18	9	55	—	1	—	1780	83	142	3	590	4	300	22	164	6	97
20	2	115	—	5	—	924	24	263	12	509	4	510	9	225	3	374
31	4	162	—	8	3	1404	28	51	—	573	11	821	16	354	3	445
195	152	399	1	13	12	2863	267	1048	137	384	21	846	49	252	16	261
125	105	676	—	9	8	3112	224	214	10	30	8	649	48	289	21	169
6	3	289	—	4	—	1333	53	577	10	611	29	646	8	181	2	208
34	12	203	—	2	1	954	74	169	9	520	20	456	14	144	3	170
199	171	265	1	23	9	4288	358	695	41	429	5	1635	80	505	18	293
200	163	303	—	28	10	4342	259	214	5	171	13	1235	75	397	17	304
105	42	78	—	6	2	3111	160	493	36	242	2	810	33	154	10	189
65	26	391	—	9	7	3256	137	155	6	143	3	556	43	182	6	181
14	8	97	4	3	3	244	7	177	15	51	—	191	4	79	1	61
20	15	173	1	2	1	607	12	174	12	34	—	130	8	51	1	32
19	—	110	—	10	1	1103	25	195	9	331	—	475	16	161	3	139
15	12	134	—	7	1	916	1	78	1	382	—	184	—	69	—	151
43	17	115	—	7	4	1590	35	475	25	322	3	519	17	212	1	162
41	13	419	—	15	7	1925	62	100	14	364	2	476	7	169	3	166
17	2	242	2	18	7	1615	63	350	9	655	16	719	37	476	7	177
3	2	435	—	8	2	1539	31	129	6	636	3	503	24	325	6	104
20	13	249	—	11	5	1922	92	271	9	412	12	858	26	441	10	301
8	5	212	1	4	3	1558	77	168	8	325	20	691	25	389	13	205

СОДЕРЖАНИЕ.

	Стр.
Памяти Э. П. Соловьева.	3
К первыборам Советов	5
ОРГАНИЗАЦ. ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.	
Сафронович В. Контрольные цифры по здравоохранению на 1928-1929 год.	9
Серебренников В. С. Здравоохранение в г. Кизеле.	15
Величкин В. И. К вопросу о подготовке советского врача	25
Панов В. И. Здравоохранение и РОКК.	29
Клевезань Е. Г. К вопросу о переустройстве Уральской психолечебницы в Перми.	31
ТЕОРЕТИЧ. И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.	
Величкин В. И. Сущность метода диалектического материализма (окончание).	35
Розентул М. А., проф. Роль сифилиса в стоматологии	45
Карнаухов М. Н. О пределах трудоспособности при легочном туберкулезе	61
Виленьский М. М. Пределы рентгено-диагностики и туберкулеза легких	70
Луканин. К вопросу о коинфекционных пневмоклерозах и их лечение у рабочих текстильщиков	77
Перетц В. Г. Оперативное или рентгенолечение миом матки	84
Двинянинов Е. П. К технике зашивания пузырно-влагалищных свищей.	87
Рабинович Д. В. Случай врожденного порока сердца, болезнь Roger'a.	90
Кусевецкий И. А. Случай самопроизвольного излечения эхинококка легкого и печени	91
ПРОФИЛАКТИКА, САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА.	
Смирнова О. Я. Санитарное состояние г. Надеждинска (окончание).	93
Родигина А. М. К вопросу о распространении глазных болезней среди населения Бардымского и Кудинского районов, Сарапульского округа.	99
Серебро М. Н. Санитарное состояние Пермской железной дороги	105
Эршон Я. Опыт изучения бюджета времени и утомляемости подростков в школе профобра на Пермской ж. дор.	112
Иванов Н. И. Сыпный тиф в Уральской области	121
ОБЗОРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕЧАТИ.	
Мульменко М. М. От «generatio aequivoca» к миграционному циклу	130
Ляпустин. Уральский Машиностроительный завод в Свердловске. Общие санитарно-гигиенические условия труда и жизни рабочих в новостроющемся заводе	137
Рефераты и рецензии	140
Обзор деятельности Уральского Научно-Медицинского Общества	147
Миасский врачебный участок, Златоустовского округа	153
ТРУД И БЫТ МЕДРАБОТНИКА.	
Заболеемость медицинских работников г. Свердловска	153
Год работы уральского организационного бюро научных ассоциаций при медсантруд	167
ХРОНИКА	172
ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	172

ЗИМНИЙ САНАТОРИЙ



1 декабря
1928 года от-
крыт при Курьин-

ском курорте физиотера-

певтический санаторий.

Основной контингент больных, под-
лежащих лечению в санатории: невро-
стения в умеренной степени, легочные (не
туберкулезные), малокровные, компенсированные
формы сердечных болезней, начальная форма склероза
центральных и периферических сосудов. * Лечебные сред-
ства: а) водолечение души-всех видов—Шарко, мантиль и др.,
углекислые и сосново-ароматические ванны, обертывания и т. д.);
б) электролечение (франклинизация, гальванизация, ритмическая
фарадизация, местный д'Арсонваль, электро-вибро-массаж
и т. д.); в) светолечение (кварцевая лампа, горное
солнце, лампа Минина, прожектор, световые ванны).
Зубоврачебный кабинет. Физкультура: лыж-
ный спорт, коньки, катание с гор, воллей-
бол, легкая гимнастика. * При
санатории библиотека,
шахматы, шашки, чи-
тальня. * Имеется
стационар-
ное кино.

Больные располагаются в двух двухэтаж-
ных корпусах по 3 человека в комнате.

Хороший стол под наблюдением опытных поваров. Курорт будет функ-
ционировать на 100 кроватей на срок с 1/XII 28 г. по 21/IV—29 года.

СТОИМОСТЬ КОЙКИ ЗА КУРС ЛЕЧЕНИЯ В 35 ДНЕИ — 146 РУБ.

ЗАЯВКИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:

СВЕРДЛОВСК, УЛ. РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ, № 34, УРАЛКУРУПРУ.

УРАЛКУРУПР.

Адрес для телеграмм:
„ЭЛЕКТРОМЕД“

Телефон
№ 548-08

ЭЛЕКТРОМЕДИЦИНСКИЕ И РЕНТГЕНОВСКИЕ АППАРАТЫ
ПРОФЕССОРА
„РЕЙНИГЕР, ГЕББЕРТ и ШАЛЛ“

Контора и мастерская медико-электрика
АЛЬБЕРТА ИВАНОВИЧА КЕШЕ

Ленинград, ул. Желябова (б. Больш. Конюшенная д. № 17)

ПРОДАЖА С МЕСТНОГО СКЛАДА:

Рентгеновских оборудований, аппаратов для светолечения, аппаратов для токов Арсонваля, оборудований для франклинизации (статические машины), распределительных досок для электризации, трансформаторов для гальвано-каустики и эндоскопии, всевозможных электродов и прочих вспомогательных принадлежностей.

СОСТАВЛЕНИЕ СМЕТ на полное оборудование электро-терапевтических, светолечебных и рентгеновских кабинетов.

==== **Мастерская для починок.** =====

ПРОКАТ гальванических батарей и индукционных аппаратов.