

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ**

1929

ФЕВРАЛЬ

№

СВЕРДЛОВСК

3

„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. Н., Карнаухов М. Н., Розенгауз Ф. Т., проф. Розентул М. А. (Пермь):

Секретарь Редакции Серебренников В. С.

ОТДЕЛЫ РЕДАКТИРУЮТ:

1. Организационные вопросы здравоохранения—Величкин В. И., Коган Н. И., Шамонов М. С.
2. Теоретич. и клиническая медицина—проф. Алякритский В. В., д-р Карнаухов, проф. Периханьянц 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. Н.

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 Перетца 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. — (глазные болезни), д-ра Бриль С. М. и д-ра Подсосова А. В. — (охрана здоровья детей), д-ра Ляпустина В. А. и д-ра Широкова А. Ф. — (профилактика 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: редакция „Уральского Мед. Журн.“, Облздравотдел, г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.

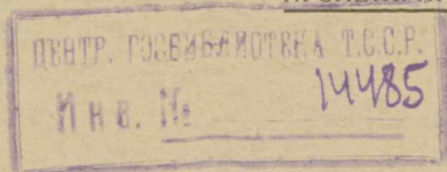
Также на имя секретаря редакции направляются все запросы, указания, корреспонденция, заметки с мест, статьи, рефераты и т. д.

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 не принципиального характера. Предельный размер статьи—15 тыс. знаков. Принятый к печати материал оплачивается.

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

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

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!



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.

№ 3

ФЕВРАЛЬ 1929 ГОДА

ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1929

п 257920

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛИЗАЦИИ В МЕДИКО-САНИТАРНОМ ДЕЛЕ.

В. И. ВЕЛИЧКИН.

История человеческой культуры—есть история роста производительных сил человеческого общества.

От самой колыбели человечества мы видим совместный, всякими способами облегчаемый и совершенствуемый труд, как движущую силу, толкающую человечество вперед. Крупную прогрессивную роль в этом отношении сыграла капиталистическая организация человеческого общества в период своего развития: введение машин взамен ручного труда, организация крупных производств вместо мелких мастерских, развитие железнодорожного и водного транспорта и т.д.—все это в значительной степени повысило производительные силы, подняло производительность труда.

Однако, в дальнейшем, к настоящему периоду истории, капитализм, как система, как форма организации общества, уже не только потерял роль прогрессивного фактора, но стал тормозом для дальнейшего роста производительных сил, а тем самым, следовательно, тормозом и для дальнейшего развития человечества.

Для высвобождения потенциально накапливающихся в недрах капиталистического общества новых производительных сил нужна перестройка всего общества на совершенно иных, чем при капитализме, социально-экономических основаниях, т. е. нужна замена капиталистической системы более совершенной, более прогрессивной формой—социалистической системой.

В нашей стране одиннадцать лет назад произошла эта коренная перестройка общественно-экономических отношений, и опыт истекших лет подтвердил правильность теоретических положений марксизма о преимуществах социалистической системы организации общества перед капиталистической. С падением капитализма отпал и тормоз для развития производительных сил. Для творческой деятельности труда и науки открылись широчайшие перспективы.

И, если в первое десятилетие в силу гражданской войны, блокады, интервенции, голода, хозяйственной разрухи, эпидемий мы не могли полностью использовать открывшиеся возможности для широкого развертывания производительных сил нашей страны, то теперь, когда мы перешли от периода восстановления к периоду реконструкции, центральной проблемой в деле дальнейшего строительства социализма в СССР является проведение социалистической рационализации во всех отраслях хозяй-

ственной и культурной жизни страны, как необходимейшей предпосылки для развертывания производительных сил, этого основного фактора исторического прогресса.

Дело здравоохранения, являясь частью общего социально-экономического целого, не представляет исключения и в данном случае: вопросы рационализации во всем своем объеме должны стать в настоящий момент как перед органами и учреждениями здравоохранения, так и перед отдельными работниками здравоохранения и в первую очередь перед наиболее квалифицированной группой медицинских работников—врачами.

За годы существования советской власти в деле охраны здоровья трудящихся уже проведен ряд важнейших мероприятий, в основном рационализировавших общую постановку этой отрасли социально-культурной жизни страны.

Т.к. проведено организационное единство всего медико-санитарного дела. Дано социально-профилактическое направление всей работы по здравоохранению. Обеспечено участие широких масс трудящихся во всей работе по здравоохранению. Идет большая работа по санитарному просвещению трудящихся. Лечебная помощь населению строится по принципам общедоступности, бесплатности и квалифицированности.

Эти мероприятия дали уже положительные результаты в смысле значительного расширения и улучшения по сравнению с дореволюционным временем обеспечения населения СССР медикосанитарной помощью.

Рационализация самой государственной системы охраны народного здоровья открыла широкие возможности для проведения рационализаторской работы во всех звеньях здравоохранения. И, однако, до сих пор перед медико-санитарными органами и учреждениями стоит еще длинный ряд вопросов, требующих неотложного разрешения путем проведения соответствующих мероприятий по рационализации.

Несмотря на то, что о необходимости работы по рационализации имеются директивы правительства, несмотря на то, что широкая советская общественность уделяет этому вопросу много внимания,—на фронте здравоохранения не заметно еще общего рационализаторского движения, имеются лишь отдельные попытки, единичные устремления, а отсюда—совершенно недостаточные результаты. В частности, у нас на Урале еще в конце 1927 г. на областной конференции врачей Облздравотделом был поставлен доклад о рационализации, по которому были вынесены хорошие предложения. После этого и Облздрав, и Обком МСР давали соответствующие указания местам, однако, мы все еще не можем сказать, что работа по рационализации у нас началась. В отдельных учреждениях кое-какая работа проводится, имеются несомненные достижения, но это—как исключение на общем фоне бездеятельности в части рационализации.

Нет ни одного аппарата здравоохранения, ни одного лечебно-санитарного учреждения, где бы не было необходимости в проведении тех или иных мероприятий по улучшению постановки и ведению дела.

Многие дефекты, шероховатости в нашей работе замечаются нами, часто мешают правильно работать, нервируют нас. Иногда мы бранимся на кспрядки в постановке дела, зависящие от нас же самих, но к.к-то так выходит, что—побранимся, отведем, как говорится,—душу, станет как будто легче... и все остается по-старому. Это показывает, что делу рационализации, делу улучшения всей нашей работы, мы до сих пор не уделяли необходимого внимания.

В нашем сознании мысль о рационализации еще не зафиксирована,—вот почему отдельные факты наших неустройств как бы только скользят

по поверхности нашего сознания и не вызывают соответствующей реакции в виде заинтересованности, изучения вопроса, соответствующих волевых действий в виде указаний, распоряжений и т. п.

Теперь настал момент, когда должен быть произведен решительный передом в вопросе о рациональной постановке всего нашего дела.

Ни одна отрасль работы, даже самая небольшая, не должна остаться без внимательного изучения и соответствующих мероприятий в сторону улучшения, при чем это должно войти в обязанность не только врачей-администраторов, но и всех врачей вообще и всех без исключения медицинских работников, так как каждый медработник заинтересован в улучшении постановки дела как всего здравоохранения в целом, так и того учреждения, где он работает.

В нашем медицинском деле больше, чем где-либо, не может быть так и х м е л о ч е й, на которые мы не должны обращать внимания.

Есть ли такие мелочи, на какие не стоит обращать внимания, в работе, скажем, санитарного врача?

Я таких не знаю. Вся работа санитарного врача настолько ответственна (если не юридически, то морально), что не может в ней быть ничего незначительного. Если есть в его работе какие-нибудь технические мелочи, то и они перестают быть мелочами, если посмотреть на них с точки зрения того, что эти технические мелочи отнимают у санврача время, которого ему и без того нехватает на его чрезвычайно важную санитарную работу. Если так, то это уже не мелочь, в это дело надо вникнуть, изучить его.

Ведь очень часто приходится слышать жалобы санитарных врачей на то, что они утопают в хаосе мелочей, которые подавляют их, поглощают все их рабочее время, создают угрозы деградации, порождают стремления к бегству с санитарной работы и т. д. И лично я, к сожалению, ни разу не слышал ни одного заявления из среды санитарных врачей о том, что сделана работа по упорядочению деятельности санврача, отброшено все ненужное, лишнее, а все необходимое приведено в систему настолько, что для основной работы есть и время, и силы, и желание. А ведь при добром желании многое можно было бы исправить.

Возьмем лечебное дело. Нам всем известно, что больной, находящийся в лечебном учреждении, почти все внешние раздражения, а следовательно и впечатления получает внутри больничных стен. То, что кажется врачу, занятому своим обычным делом, здоровому, не прерывающему связь с внебольничным миром, своей семьей и т. п., — то, что кажется врачу мелочью, то для среднего больного имеет большое значение, ибо почти все его сознание заполняется целым рядом вот этих, внутрибольничных мелочей.

И такие вопросы, как температура воздуха в палате, удобства постели, чистота белья, чистота палаты, регулярность питания, качество и количество пищи, отношения со стороны персонала — эти вопросы имеют для больных актуальнейшее значение.

Все эти моменты, так сказать, определяют собою состояние внешней среды, в которой находится больной. А значение среды для организмов, как известно, чрезвычайно велико. Сама жизнь по сути дела в значительной степени есть не что иное, как реакция на внешние раздражения. Вспомните, какое значение среде придавал проф. Остроумов. Он говорил, что: «Цель клинического исследования — изучить условия существования человеческого организма в среде, условия приспособления к ней и расстройства». И дальше: «Знание условий, вызывающих расстройство функций, с одной стороны, и условий приспособления — с другой, дают точные указания не

только для прогностики, но и для терапии больного. Надо определить среду, где больной прожил бы без расстройств функций и помочь функциональным способностям его органов». И неправы те наши товарищи, а их, к сожалению, не мало, которые, будучи хорошими специалистами в той или иной отрасли медицинских знаний, работая в больнице с величайшей добросовестностью, вниманием и знанием дела выполняют все то, что относится к сфере действия ножа и мензурки и мало, как-то мимоходом уделяют внимание состоянию той среды, в которой пребывает их больной, находясь в больнице, порою в течение длительного периода времени.

К хорошему лечебному воздействию прибавьте хорошие условия существования больного, и несомненно, что лечебный эффект будет более быстрым и более полным.

Только что приведенные мною слова проф. Остроумова в еще большей степени, чем к больничной среде относятся к той среде, в которой живет больной постоянно.

К сожалению, на эту среду еще меньше обращается внимания, хотя она имеет еще большее значение.

Формы и методы изучения среды и воздействия на нее полностью, до конца еще не проработаны, но во всяком случае они настолько уже определились, что могут получить широкое применение. И для этого в первую очередь необходим переход на диспансерный метод работы в лечебном деле. Чрезвычайно много говорилось, писалось, обсуждалось о необходимости развертывания диспансеризации на Урале. Однако, «воз и ныне там». Это большой минус в нашей работе.

Здесь я говорю о диспансеризации потому, что Облздравотдел считает, что при той общей установке, на которой мы сейчас строим все дело здравоохранения, — «оздоровление труда и быта», — диспансеризация является рационализацией лечебного дела.

И даже с точки зрения узко-лечебной (вспомните проф. Остроумова) то диспансеризация является наиболее разумным проведением лечебной работы, чем то, какое истари велось у нас и, к сожалению, в значительной части продолжает оставаться и теперь.

Да и что там толковать про диспансеризацию, если самый элементарный по очевидности и самый важный по значимости профилактический вид работы — борьба с остро-заразными заболеваниями и то нередко наталкивается на твердую стену непонимания, инертности, медицинской обломовщины, а порой и... недобросовестности. Чтобы не быть голословным, приведу в пример хотя бы вопрос об оспопрививании. С каким трудом претворяется в действительность упорный и настойчивый призыв Облздрави к «последнему и решительному бою» с позором Урала — оспой. Контрольные цифры оспопрививаний, выработанные Облздравом прежде всего наткнулись на бесконечный ряд возражений, отговорок, сомнений. Вместо того, чтобы, осознав всю важность оспопрививания, перестроить всю работу так, чтобы во что бы то ни стало обеспечить проведение в жизнь этого мероприятия, — многие местные работники, не желая хорошенько продумать вопрос и поступиться кое-какими менее важными для данного момента мероприятиями, — сразу заговорили о недостаточности средств, рабочих рук, транспорта и т. д. И это в то время, когда во многих округах за 27-28 год не все средства, ассигнованные на здравоохранение, оказались использованными (возражения о других статьях и параграфах неубедительны!), когда часть оспопрививательниц «вертит порошок» в аптеке вместо своей прямой работы, когда имевшие транспорт оспопрививательницы за выезд делали по 10—12 оспопрививаний!.. Здесь

уместно напомнить слова Форда о том, что люди часто позволяют победить себя естественными препятствиями, возникающими на пути всякого намерения. И не напоминают ли вам, читатель, в целом ряде случаев «оспопрививательные отговорки» отговорок и аргументаций блаженной памяти Ильи Ильича Обломова против всего того, что побуждало его нарушить спокойствие, негу и безмятежность прочно установившегося постельного режима. Мало этого, есть случаи, когда «для ради» выполнения контрольных цифр Обздрава практикуются ежегодные прививки оспы одним и тем же лицам (в частности—школьникам). И однако нет ни одного случая привлечения к ответственности таких усердных не по разуму «исполнителей». Где же Здравоотделы, где сан-эпиды, где сан-врачи? Почему они не возбудили ни одного дела против такого типичнейшего бюрократизма, обмана, срыва всей кампании? Здесь надо осознать необходимость оспопрививания, развернуть его, как широкую общественную кампанию, пересмотреть взглядом рационализатора всю работу Здравоотделов и медучастков так, чтобы нашлись и средства, и силы для решения одной из важнейших задач здравоохранения на Урале в настоящее время.

Из общих вопросов лечебного дела я позволю себе остановиться еще на одном вопросе, подлежащем обсуждению с точки зрения его рационализации. Это постановка диагнозов. Разумеется, медицина—наука молодая и неточная. Разумеется, нет болезней, а есть больные. Разумеется, условия исследования больного далеко не всегда удовлетворительны. Разумеется, ошибаться свойственно человеку! Все это само собою разумеется,—но... от всего этого больному не легче, так как диагноз определяет собою и терапию, и предсказание.

Поэтому, исходя из того, что смысл лечебной работы состоит в том, чтобы больному было все-таки легче,—мы должны принять все меры к тому, чтобы по возможности исправить те несовершенства, какие я только что перечислил. По этому вопросу разрешите предоставить слово американскому капиталисту—Генри Форду. В своей книге «Моя жизнь, мои достижения» Форд говорит:

«Из того, как управляют в настоящее время больницы, совершенно неясно существуют ли они для больных или для врачей... Диагностика ушла еще не очень далеко вперед. Мне бы не хотелось принадлежать к числу владельцев таких больниц, где не заботятся во всех отношениях о том, чтобы пациенты лечились от всех болезней, которыми они страдают действительно вместо того, чтобы лечиться от болезни, которую наметил себе первый попавшийся врач. Профессиональная этика препятствует исправлению ошибочного диагноза. Консультирующий врач, если он не обладает очень большим тактом, никогда не изменит диагноза или режима, если только коллега, пригласивший его, не вполне с ним согласен, и даже в этом случае все проходит без ведома пациента. Кажется, господствует мнение, что больной, в особенности, если он обращается в больницу, становится собственностью своего врача. Многие врачи, кажется, придают неизменности своего диагноза такое же значение, как выздоровлению своих пациентов.

Цель нашей больницы—порвать со всеми этими обычаями и поставить на первом плане интерес пациента.

Интересно, как принимают пациента. Доставленный пациент сначала осматривается главным врачом и затем передается для осмотра 3—4 или даже больше, если нужно, врачам. Это делается независимо от болезни, из-за которой он попал в больницу, потому что согласно постепенно накапливающемуся опыту, дело большею частью в общем состоянии пациента, а не в данной болезни. Каждый врач предпринимает полное обследование и посылает свое заключение главному врачу, не имея возможности предварительно проконсультировать с другими врачами. Таким образом заведующему больницей доставляется по меньшей мере 3, а иной раз 6 или 7 основательных и совершенно независимых друг от друга диагнозов. Все вместе они составляют историю болезни без всяких пробелов. Эти меры предосторожности введены для того, чтобы хоть в пределах наших современных знаний обеспечить по возможности правильный диагноз.

Я не предлагаю сейчас же принять советы Форда, но я думаю, что он во многом прав, и нам надо будет заняться этим вопросом. В крупных больницах все условия для более или менее точного диаг-

ноза имеются: есть коллеги, с которыми можно и должно проконсультироваться, есть лаборатории, есть рентген. Хуже в мелких больницах и особенно в мелких амбулаториях.

Но во всяком случае несомненно одно, что везде и всюду необходимо применять все возможные в данных условиях средства при постановке диагноза.

Тогда не будут иметь места случаи вроде того, свидетелем которого мне довелось быть года два тому назад в одном из губернских городов республики. Это пример уже не из американской, а из российской действительности. Сводится он к тому, что одному больному на протяжении одного месяца было поставлено пять различных диагнозов (по количеству врачей, его свидетельствовавших). Каждый знает не один подобный случай.

Наша наука неточна, но все же надо признаться, что имеющее место количество диагностических ошибок вряд ли можно свести за счет науки. Неправильный диагноз—не только зло для каждого данного больного, но это в тоже время частая причина совершенно непроизводительных расходов посылке на лечение, курорты и проч.

На мои заявления о диспансеризации, об улучшении больничной обстановки, об уточнении диагностики—некоторые товарищи могут ответить ссылкой на ряд неблагоприятных условий для этого.

Те товарищи, которые рассуждают так, что, мол, сначала измените условия, а потом мы изменим и работу, по моему мнению, страдают довольно тяжелой формой консерватизма.

Ведь что преследует собою, скажем, диспансеризация?—Более мощное воздействие медицины на оздоровление населения, т. е. уменьшение числа заболеваний, т. е. улучшение условий работы врача.

Я не буду напоминать вам неприятного выражения да к тому же царя (персидского), который назвал нашего брата-врача «кропателям заплат», но должен сознаться, что, наблюдая за работой врача «чистого лечебника», я всегда вспоминаю мифического героя Сизифа, который за то, что выдал людям тайны богов, в подземном мире осужден вечно вкатывать на гору громадный камень, который у вершины горы срывается и постоянно падает вниз.

Говоря о том, что у нас мало внимания уделяется вопросам рационализации, я не хочу этим сказать, что мы нигде и ничего не делаем в этом отношении.

И здравотделы, и отдельные учреждения кое-какую работу по рационализации уже проделали и ведут в настоящее время. Многие товарищи, вероятно, подтвердят это на страницах нашего журнала.

Но в общем рационализаторская работа еще чрезвычайно слаба. И ее надо усилить во чтобы то ни стало.

Мы не можем дать готовых рецептов для рационализаторской работы во всех учреждениях и во всех условиях, но несколько замечаний нам все же хочется сделать. Главное же, разумеется, заключается в том, чтобы пробудить творческую мысль у работников здравоохранения на этом участке работы. Наши отдельные замечания можно свести к следующим положениям:

1. Органы здравоохранения должны и в дальнейшем идти по пути упрощения структуры аппарата, точного разграничения прав и обязанностей отдельных частей аппарата и отдельных работников. Необходимо упорно продолжать работу по учету выполнения заданий (в частности постановлений высших органов—сездов, конференций, совещаний), по упрощению и повышению качества отчетности, выработки

лучших форм обслуживания посетителей, сокращения переписки, ускорения прохождения бумаг и т. д. Вопросы рационализации, стоящие перед аппаратами здравоохранения, понятно, не должны ограничиваться лишь усовершенствованием постановки и работы аппарата, как такового. Необходимейшей работой является введение максимально возможного в настоящих условиях планового начала во всю работу по здравоохранению, с учетом дальнейшей реорганизации сети (взаимоотношение отдельных отраслей здравоохранения, выработка лучших форм и методов обслуживания населения леч-сан-помощью, расширение прав низших звеньев, но с одновременным усилением ответственности каждого отдельного учреждения, каждого заведующего учреждением и т. д.) Требуют немедленной проработки и такие вопросы, как организация пунктов первой помощи на предприятиях; организация медпомощи в колхозах и совхозах; медпомощь сезонным рабочим и другие вопросы, выдвигаемые современностью, от которой, кстати сказать, мы всегда отстаем.

2. Не меньше задач стоит и перед нашими учреждениями. Все то, что должны изучить и провести аппараты, должны проделать и учреждения. В частности, плановая работа необходима и учреждениям. Учреждения не должны жить только сегодняшним днем: каждое учреждение должно иметь хорошо продуманный, согласованный со всеми местными организациями план дальнейшего развития, примерно, в пятилетней перспективе и из года в год систематически вести работу по выполнению этого плана. Это поможет сметные заявки учреждения, являющиеся во многих случаях довольно случайным перечнем расходов, сделать строго обоснованными и тем самым иметь больше шансов на более полное их удовлетворение. Учреждения должны стремиться к тому, чтобы с относительно меньшими силами и средствами дать наибольший эффект своего полезного действия. Эта цель обязывает учреждения к тому, чтобы был пересмотрен штат работников как со стороны количественной, так и качественной в смысле уплотнения рабочего дня и повышения производительности труда, выяснения возможности замены людской силы механическими установками. Чтобы были тщательно проработаны и введены правила внутреннего распорядка, обеспечивающие наиболее правильное и полное использование труда медработников, Н. А. Семашко вполне правильно сказал, что: «нужно, чтобы ни одна минута рабочего времени не пропадала даром, а, наоборот, была максимально использована в интересах больного».

Необходимо нам также усилить дисциплину среди работников учреждений, для чего, точно определив и разграничив правилами внутреннего распорядка обязанности каждого сотрудника, возложить персональную ответственность за выполняемую им работу и обеспечить надлежащий контроль за выполнением этих обязанностей. Ввести учет рабочего времени. Усилить меры взыскания за нарушение правил внутреннего распорядка на основе распоряжения НКТ от 26-XI-1926 г. Установить более тщательный подбор вновь приглашаемых на работу. Привить всем сотрудникам навыки бережного отношения к казенному имуществу и зданиям.

Здравоохранению и администрации учреждений необходимо разработать и провести ряд мер к установлению полного подчинения со стороны больных и родственников больных порядку, установленному в леч-сан-учреждениях, прибегая при этом, разумеется, не только к методам административного, но и, главным образом, санитарно-просветительного порядка.

Параллельно с этим необходимо повести решительную борьбу за улучшение обращения со стороны медперсонала по отношению к больным и посетителям учреждений.

Далее нам надо: рационализировать порядок направления, приема и выписки больных так, чтобы последним приходилось меньше ожидать в очередях на амбулаторный прием, чтобы больные не находились в стационарах более, нежели это необходимо, и чтобы койки не занимались такими пациентами, для которых пребывание в больнице бесполезно.

Учитывая то обстоятельство, что мы рационализацию дела здравоохранения должны проводить в строгом соответствии с рационализацией всего хозяйства нашей страны, — мы должны устанавливать дни и часы приемов в наших амбулаториях в соответствии с работой обслуживаемого нами населения (учет смен рабочих).

В частности я говорю о вечерних амбулаторных приемах и о введении в практику работы наших крупных амбулаторий приемов в течение всей недели, включая воскресные и праздничные дни.

Мы должны также стремиться к наибольшему использованию рецептурных формул и применению таблетированных и фасовочных средств с выдачей последних непосредственно из амбулаторий. Некоторые врачи достигают виртуозности по части изобретения сложнейших рецептурных комбинаций. Мне думается, что если бы эта их комбинаторная способность направилась в противоположную сторону, т. е. к изобретению наиболее простейших лекарственных сочетаний, — от этого получился бы только выигрыш и для государственных средств, и во многих случаях для самих больных. Легче было бы и самим врачам.

Я лично всегда считал правильным положение, установленное Захарьинской терапевтической школой: «Побольше разумной гигиены и поменьше лекарств из аптеки, но — действительных».

В отношении хозяйственно-финансового обслуживания учреждений необходимо обратить внимание на правильную постановку финансовой отчетности и материального учета; на своевременную заготовку сезонных продуктов и топлива; тщательно наблюдать за состоянием помещений, принимать ближайшее участие в проводимых ремонтах, строительных работах; проработать в каждом учреждении во всем объеме вопрос о рационализации питания как с хозяйственной, так и с медицинской точки зрения.

В настоящий момент, когда отдельные учреждения становятся непосредственными распорядителями своих кредитов, каждая копейка должна быть учтена сугубо строго, так как заведующий учреждением несет персональную ответственность за бюджет своего учреждения.

Отсюда понятно, что всякий несметный расход, скажем, оплата сверхурочных, должен будет производиться за личный счет администрации учреждений, так как Здравоотделы уже для этих учреждений не будут иметь никаких финансовых ресурсов.

Само собой понятно, что работа по рационализации ни в малейшей степени не должна ухудшить состояние медпомощи. Это было бы грубым извращением самого понятия рационализации, следствием и целью которой должно быть улучшение медпомощи, повышение ее качества.

Итак, — первый момент при рационализации — повышение качества; второй — экономия средств. И полученная таким путем экономия должна идти на дальнейшее повышение качества медпомощи и на ее расширение.

Непременным условием для проведения в жизнь всех этих и подобных им мероприятий являются повышение квалификации всех групп

медработников и улучшение условий их труда и быта. Об этом никогда не надо забывать, так как мы проводим социалистическую рационализацию, а не капиталистическую.

И само собой понятно из самой природы советского здравоохранения, что для успешного проведения рационализации необходимо максимальное привлечение к этому делу самих трудящихся через секции здравоохранения советов, санитарные комиссии, советы социальной помощи, комиссии по оздоровлению труда и быта и т. д. и в первую очередь самих медработников непосредственных строителей советской медицины, через месткомы, производственные совещания.

При проведении рационализаторской работы администрация лечебно-санитарных учреждений должна иметь самый тесный контакт с профессиональными организациями и стремиться к пробуждению максимальной самостоятельности сотрудников.

Для осуществления этого можно рекомендовать: согласование планов работ администрации с профсоюзом; выполнение решений производственных совещаний, выступления администрации на собраниях, созов специальных совещаний по типам учреждений, конференций; использование красных уголков, стенгазет, вечеров вопросов и ответов; организацию конкурсов, премирования и т. д.

Роль профсоюза Медсантруд в деле рационализации постановки дела здравоохранения чрезвычайно велика. Все организации Медсантруд (а в том числе—бюро врачебных секций) должны усилить воспитательную работу среди медицинских работников, помочь им осознать их роль в деле медико-санитарного строительства и тем самым способствовать повышению чувства ответственности за выполняемую ими работу, повышению трудовой дисциплины.

Профорганизации наряду с администрацией должны стать основным двигателем в проведении реорганизации медико-санитарных учреждений.

Однако в то же время мы должны подчеркнуть недопустимость выполнения союзными органами функций администрации и вмешательства в распоряжения последней, ибо это ни в какой мере не будет способствовать работе по рационализации.

Итак, наступила пора приступить и нам к рационализации всей постановки медико-санитарного дела при максимальном использовании научных сил, техники, при правильной организации труда, при уплотнении рабочего дня, поднятии производительности труда и при решительной борьбе с непроизводительными тратами, халатностью и небрежностью работы, с невнимательным отношением к больным, с неряшливым отношением к медицинскому и хозяйственному имуществу и своему собственному труду.

И в этом отношении примером для других медицинских работников должны быть врачи, как наиболее квалифицированная часть медработников, наиболее сознающая значение рационализации в деле улучшения медико-санитарной помощи трудящемуся населению страны и наиболее знающая медицинское дело во всех его отраслях. Как сознательные граждане советской страны, как квалифицированные работники здравоохранения, как культурные строители новой жизни—врачи, применительно к данным конкретным условиям обстановки—должны делать и сделать максимум возможного по рационализации дела здравоохранения и способствовать привлечению к этой работе всех без исключения медицинских работников, ибо творчество масс—важнейший залог успеха.

Неудовлетворенность тем, что имеешь, стремление к совершенствованию—вот гарантия против застоя, ведущего в конечном счете—к регрессу.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИНСТИТУТА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В Г. СВЕРДЛОВСКЕ.

В. Е. ОДИНЦОВ.

Доклад Уральскому Мед. О-ву и Облбюро Научных ассоциаций 5 января 1929 г.

По самому существу своему оказание скорой помощи имеет некоторые специфические особенности, отличающие ее от всех других видов лечебной помощи населению. Особенности эти следующие: во-первых, требуется особая срочность, незамедлительность подачи помощи, т. е. приближение ее к населению по времени; во-вторых, необходимо, чтобы эта помощь была надлежащая как в смысле особой приспособленности самого учреждения, так и в смысле подготовленности всего персонала и организации работы.

Аппарат скорой помощи должен взять на себя целиком всю заботу о пострадавшем или внезапно заболевшем немедленно с момента извещения о несчастии или заболевании и до исхода последнего. Здесь больные не могут ждать очереди приема или операции или явиться в назначенный срок: наоборот, для них нарушается очередь в другой работе.

Эти условия требуют особой приспособленности и гибкости всего аппарата сообразно с потребностями.

Будучи одним из многочисленных участников этого сложного дела и свидетелем его развития в условиях г. Свердловска, я взял на себя смелость выступить на настоящем заседании с целью обратить внимание как Уральского Медицинского Общества, так и органов здравоохранения на это дело, правильная постановка которого является вопросом чрезвычайно важным для сохранения здоровья и жизни многих и многих сотен людей ежегодно.

Заранее оговариваясь, что я не имею возможности представить данные о проделанной в г. Свердловске работе скорой помощи во всем ее объеме, также как и об условиях, достижениях и недостатках этой работы. В мою задачу входит осветить одну из форм подачи скорой помощи в стационаре, именно в Областной Хирургической больнице, чтобы сделать некоторые организационные выводы и поднять некоторые принципиальные вопросы о желательной постановке дела.

Стационарное обслуживание неотложной помощью г. Свердловска и В.-Исетского завода распределено, главным образом, между тремя лечебными заведениями: Горбольницей, Поз.-Гинекологич. Институтом и Хирургической больницей. В Горбольницу направляются, главным образом, случаи острых отравлений и других внезапных заболеваний, которые принято считать терапевтическими. Часть их при ближайшем и более точном ознакомлении с заболеванием переправляются потом в Хирургическую больницу для неотложной операции по поводу аппендицита и его осложнений, перитонита, внематочной беременности и других.

В Гинекологический Институт направляются больные, главным образом, с внематочной беременностью и с кровотечениями вследствие аборта.

От Редакции: Редакция считает ценным предложение д-ра Одинцова об организации Института неотложной помощи в гор. Свердловске. Пробы к Свердловскому Окргидравотделу проработать этот вопрос с привлечением советской общественности и откликнуться на страницах У. М. Ж. Желательно также, чтобы товарищи с мест высказались об организации неотложной и скорой помощи на местах.

Наконец, в Хирургическую больницу направляются все травматические повреждения, ожоги, и острые заболевания, требующие неотложной операции, как острые аппендициты, ущемленные грыжи, прободные язвы желудка и 12 п. кишки, внематочные беременности и другие.

Наличие суточных дежурств врачей и некоторые другие обстоятельства повели к тому, что если не все, то почти все хирургические случаи доставляются в Хирургическую больницу. Таким образом, к основной задаче нашей больницы — обслуживать квалифицированной помощью всю область, присоединилась и другая важная задача: оказывать неотложную хирургическую помощь больным ближайшей территории, т. е. г. Свердловска и В.Исского завода.

С самого начала своего существования с 1921 г. наша больница, которая тогда носила еще свое первоначальное название — Хирургическо-Терлепевической (в ней одно время было даже родильное отделение) — оказывала амбулаторную и стационарную помощь наряду с другими больными также и в случаях неотложных. Гольшею частью это были случаи, поступавшие самотеком, без всякого организованного порядка или доставленные милицией. С установлением в 1923 г. в г. Свердловске и ВИЗ'е института районных врачей, а вслед за тем и врачей скорой помощи, нуждающихся в неотложной хирургической помощи стали к нам доставляться также и по назначению этих врачей, и здесь им оказывалась как амбулаторная, так и стационарная помощь. Амбулаторных больных было, разумеется, неизмеримо больше, чем стационарных.

Такая загрузка амбулатории больницы уже с 1926-27 г. настолько стала отражаться неблагоприятно на основной стационарной работе больницы, что потребовалось вмешательство высших органов здравоохранения для прекращения этого избыточного потока больных амбулаторных и направления его в русло окружного здравоохранения. Что же касается стационарной помощи в нашей больнице, то параллельно с развитием работы районных врачей, и особенно врачей скорой помощи, стала увеличиваться и работа нашей больницы в этом направлении. Рост этот продолжается и сейчас, хотя возможности удовлетворения этой потребности не только не увеличиваются, но даже уменьшаются: открыты отделения профбола и ракового, уменьшилось число хирургических коек, уменьшилось число врачей — годовых стажеров с трех до одного.

По материалам нашей больницы невозможно собрать все случаи поступления больных, требующих неотложной помощи, отчасти вследствие условности деления для некоторых случаев, отчасти вследствие сомнительности самого признака неотложности для других случаев. Поэтому пришлось ограничиться в выборе и остановиться только на некоторых категориях неотложных случаев. Я это подчеркиваю с тем, чтобы выводы не могли быть опариваемы в смысле преувеличения. Наоборот, надо помнить, что в действительности всех неотложных случаев было гораздо больше.

За пять лет с 1924 по 1928 г. исключительного моего взяты цифры поступлений в стационар больницы следующих категорий случаев: ранения, ушибы, посломы, ожоги, как типы повреждений; острые аппендициты, ущемленные грыжи, непроходимость кишок и острые

перитониты, как типы заболеваний, требующих неотложной операции. Категории этих повреждений и заболеваний избраны по двум причинам: первая, что это наиболее частые и типические случаи, в неотложности помощи их сомневаться невозможно, а вторая причина, что на протяжении указанного времени именно эти случаи поступали к нам без утечки в какую-либо другую больницу. Поэтому сюда не вошли такие случаи, как внематочная беременность, помощь при которой оказывается кроме нашей больницы еще в Гинекологическом Институте и даже в больших, повидимому, размерах; поэтому правильно судить о росте было бы трудно. Амбулаторные случаи оказания помощи, несмотря на их многочисленность, также не могли лечь в основание наших выводов по второй из вышеуказанных причин.

Перехожу к данным.

Из травматических повреждений наибольшее число дали ранения. Сюда относятся: раны резаемые, рубленые, колотые, укушенные, равные, ушибленные, огнестрельные. По степени серьезности, — как менее тяжелые, так и проникающие в полость черепа, грудную, брюшную, полости больших и мелких суставов, ранения внутренних органов, кровеносных сосудов, сухожилий и пр. Надо отметить, что огромное большинство ранений нанесено в состоянии алкогольного опьянения.

Во второй группе числятся ушибы как отдельных частей и органов, так и всего тела с сотрясением мозга, с внутренними кровоизлияниями от падений, ударов, столкновений и пр.

К третьей группе относятся переломы простые и осложненные, раздробления костей, полученные при падении, ушибах, железнодорожных несчастных случаях, столкновениях, огнестрельных ранениях, повреждениях машинами на производстве, экипажами, автомобилями и проч.

Четвертая группа — ожоги — самые мучительные из повреждений, полученные от кипящей воды, вспыхнувшей у печки одежды, загоревшегося керосина, во время пожара и пр. Был даже случай падения на бойне в огромный кипящий котел вниз головой.

Цифровые данные для этих четырех групп:

Г о д ы	Ранения	Из них умерло	Ушибы	Умерло	Переломы	Умерло	Ожоги	Умерло	Всего	Умерло
1924	70	8	33	1	32	—	9	—	144	9
1925	141	12	57	1	60	4	16	2	274	19
1926	118	10	46	1	52	5	11	3	227	19
1927	145	22	67	2	87	7	25	4	324	35
1928	176	26	49	3	59	4	16	5	300	38

Примечание: 1) За 1926 г. поступлений меньше по случаю ремонта в больнице.

2) За 1928 г. сокращено число хирургических коек с 115 до 105.

Следующие 4 группы острые внутренние заболевания, требующие неотложной операции.

Г о д ы	Острые аппендициты	Умерло	Ущемленные грыжи	Умерло	Непроходки кишечника	Умерло	Перитониты	Умерло	Всего	Умерло
1924	8	—	15	3	6	6	2	1	31	10
1925	30	7	23	2	8	4	10	3	71	16
1926	29	5	17	—	4	1	12	8	62	14
1927	65	3	17	1	7	3	17	6	106	13
1928	137	3	40	6	18	8	12	5	207	22

Сводные данные приводятся на следующей таблице:

Г о д ы	Поступило	Умерло
1924	175	19
1925	345	35
1926	289	33
1927	430	48
1928	507	60

Таковы цифры. Попробуем несколько охарактеризовать их в качественном, а затем и в количественном отношении именно в том направлении, которое может нам указать конечные выводы.

Относительно группы повреждений никто не будет сомневаться, что в больницу принимались безусловно только нуждающиеся в конечном лечении. Среди них надо отметить значительный процент с тяжелыми повреждениями—проникающими ранениями полостей, с повреждением внутренних органов, с переломами и раздроблением костей, с обширными ожогами. Кроме неотложной помощи и хирургической обработки такие больные нуждаются в тщательном уходе, часто сложном и отнимающем много времени. О степени серьезности этой группы говорит уже процент смертности, значительно превышающий общую смертность по всей больнице: за 1928 г. смертность травматической группы составляет 12,7 проц.—цифра колоссальная, в сравнении с общим процентом смертности 5,6 проц. и то повышенным, благодаря этой группе. Следует отметить выдающуюся смертность от ожогов—18,2 проц.

Группа внутренних заболеваний по степени серьезности говорит сама за себя. Здесь следует прежде всего остановиться на остром аппендиците.

Всего 5-6 лет назад операция при остром аппендиците была настолько непопулярна среди наших терапевтов и населения, что к нам на операцион-

ный стол попадали только редкие единичные случаи. Однако, среди руководящих хирургов дашей больницы не было никогда разногласия по вопросу о необходимости оперировать все случаи острого аппендицита по возможности в первые сутки, и поднятая нами борьба с терапевтами постепенно дала благоприятные результаты: число операций при остром аппендиците возрастает в нашей больнице как никакая другая типическая операция. Вначале относительно чаще были запущенные случаи с гнояниками, разлитыми перитонитами, теперь их стало относительно меньше, вследствие чего и смертность резко понизилась. Стоило больших усилий нам сломать этот лед недоверия со стороны терапевтов, в руки которых в первую очередь попадает большая часть острых аппендицитов, и добиться доверия к результатам немедленной операции как со стороны врачей, так и со стороны населения. Не малую помощь нам оказали в этом деле молодые врачи скорой помощи, значительная часть которых—наши ученики.

Отношение числа оперированных в больнице острых аппендицитов к числу хронических с каждым годом увеличивается: за 1925 г. оперировано острых 30, хроническ. 237, за 1928 г. острых—137, хроническ. 268. Не будет преувеличением сказать, что при правильной постановке дела и при содействии терапевтов операция острого аппендицита будет производиться гораздо чаще, чем при хроническом, и это как раз то, к чему мы должны стремиться.

Что касается опасности операции, то на нашем материале видно то же, что и всюду: чем ранее приступлено к операции, тем меньше опасности от операции, и оперированные в первые 36 часов все выздоравливают, оперированные после этого срока уже дают смертность. Наибольшая смертность при остром аппендиците была у нас в 1925 г.—на 30 сл. 7 смертей, но это объясняется исключительно запущенностью случаев, вследствие еще не налаженности всего аппарата скорой помощи. За 1928 г. (на 122 сл. острых аппендицитов) всего только 3 смерти, и все в запущенных септических случаях. В этом нельзя не видеть результатов скорого направления больных на операцию. Наша активность вознаграждается и в тяжелых запущенных случаях, когда аппендицит уже вызвал более или менее разлитой перитонит, и в этих случаях, самых отчаянных, удается часто спасти больных.

Ущемленные грыжи дали за 5 лет на 112 случаев 12 смертей. Это немного, если принять во внимание, что только первые 12 часов после ущемления не дают смертности после операции, а к концу 3-х суток смертность доходит уже до 50 проц. Все наши умершие были уже с запущенными гангренозными и флегмонозными грыжами, и почти все они были присланы из участков и доставлены или на лошадях, или по железной дороге. Здесь уже не приходится винить ни транспортную систему скорой помощи, ни больницу.

Непроходимость кишек во всех отчетах и по всем статистикам дает от 40 до 60 проц. смертности. У нас на 43 случая умерло 22, т. е. немного больше половины. Здесь также для успеха операции необходима спешность доставки больного на операционный стол.

Наконец, перитониты: от прободной язвы желудка и 12-п. кишки, разрыва желчного пузыря, прободного аппендицита, разрыва гнойной трубы. На 53 случая эти перитониты дали только 23 смерти, т. е. меньше, чем при непроходимости кишек. Срочность операции и здесь необходимое условие успеха.

Перейдем теперь к количеству.

Как видно из цифр, общее количество обеих групп по годам довольно быстро растет: с 175 за 1924 г. дошло до 507 сл. за неполный 1928 г. Не надо забывать, что фактически число всех случаев неотложной помощи значительно больше, считая сюда и другие, как вывихи, внематочные беременности, гнойные плевриты, отморожения, присланные из других больниц для разного рода неотложной помощи, случаи без ясной первоначальной диагностики или с неправильными диагнозами. Не будет преувеличением сказать, что за полный 1928 г. таких случаев наберется 600. Если к этому присоединить цифры других лечебных заведений, именно гинекологического института и горбольницы, то скромно можно назвать общее число в 1000 одних только стационарных больных за год.

Не надо забывать, что с быстрым ростом города, ростом культуры населения, улучшением и расширением работы врачей районных и скорой помощи, число это будет неудержимо расти.

Если принять за основное положение, что оказать всем этим больным без отказа неотложную помощь необходимо, что к этому обязывает самое признание принципа неотложности, то станет ясно, что уже настало время озаботиться правильной постановкой дела оказания неотложной помощи.

Какая же емкость стационара требуется для неотложной помощи, т. е. какое число коек должно быть отведено для этих больных?

Если принять, на основании вышесказанного, число экстренных поступлений в хирургическую больницу за 1928 г. 600 человек, то, считая скромно пребывание в среднем одного больного в больнице 15 дней, получаем 9000 койко-дней, или в среднем 25 коек занятых ежедневно в течение круглого года одними только хирургическими неотложными случаями. Можно и другим путем прийти к тому же выводу. Вот сопоставление цифр общего числа стационарных больных в нашей больнице с числом больных скорой помощи:

Г о д ы	Общее число стац. боль- ных	В том числе скорой помо- щи	% % отно- шение ско- рой помощи к общему числу
1924 . .	1291	175	13,55
1925 . .	2042	345	16,9
1926 . .	1860	289	15,5
1927 . .	2661	430	16,16
1928 . .	2413	507	21,1

Таким образом, уже $\frac{1}{5}$ часть коек в нашей больнице занята больными скорой помощи, а это как раз 25 коек, т. е. наш вывод подтверждается.

При таком несомненном росте вполне понятно, что в ближайшие 3-5 лет потребность в одних только хирургических койках для неотложной помощи выразится в 35-40 койках. Если сюда присоединить гинекологические случаи и терапевтические, то уже получается целое солидное лечебное учреждение.

Есть целый ряд доводов, по которым желательно; во первых, объединить в одну цельную организацию разрозненные этапы скорой помощи:

амбулаторию, карету скорой помощи и три стационара; а, во вторых, не смешивать стационарных больных скорой помощи с другими, и выделить их из общих больниц.

Вся организация института неотложной помощи должна быть построена таким образом, чтобы все отдельные этапы помощи от момента вызова врача к больному до момента подачи его на операционный стол были в непосредственной органической связи, все действия врачей и подсобного персонала были согласованы с расчетом наименьшей потери времени.

Быстрота и целесообразность подачи первой помощи—одно из главнейших условий ее успешности, и этот принцип должен быть проведен строго и последовательно. Это настолько ясно и понятно, что, казалось бы, не следовало и упоминать об этом, однако в действительной жизни мы видим совсем другое. В самом деле, настоящая организация скорой помощи имеет тот коренной недостаток, что станция и врачи скорой помощи не имеют организационной связи с больницами, ведут работу самостоятельно, в тяжелых случаях доставляют больных в больницу и затем немедленно забывают об этих больных, судьба которых перестает их интересовать. Неизбежные при этом, как и во всяком живом деле, промахи и недочеты, в виде неправильности или неточности диагноза, доставки не в ту больницу, промедления—даже остаются неизвестными врачам скорой помощи. Оставаясь в этом отношении бесконтрольными и беспомощными, врачи скорой помощи, при всем желании лишены возможности даже видеть свои недочеты, чтобы избежать их в дальнейшем. Они лишены возможности во время работы проверять правильность своих диагнозов, правильность своих действий. Само собой разумеется, в этом нельзя винить врачей, они поставлены в такие условия, но эти условия надо изменить.

В таком крупнейшем образцовом учреждении, как Институт Неотложной Помощи им. Склифасовского в Москве, врачи, выезжающие с каретой скорой помощи, работают также и в стационаре института, они видят там доставленных ими больных во всех стадиях дальнейшего лечения, они заинтересованы своим делом, они квалифицируются на работе и быстро становятся опытными в диагностике. Дело там поставлено таким образом, что момент вызова по телефону кареты скорой помощи записывается в книгу, момент возвращения в институт кареты записывается в книгу, момент операции и диагноз на операционном столе записывается в историю болезни: тут вся работа отчетлива, ясна, точна, можно учесть и сберечь каждую минуту, можно проконтролировать действия каждого звена этой сложной цепи; там все ответственные и находятся под непрерывным контролем от шофера и санитаров до дежурного хирурга. В институте имеются отделения хирургическое, гинекологическое и терапевтическое, в которые и направляются больные по принадлежности. Здесь, в случае надобности, создаются консультации представителей этих трех отделений. Операционная комната и весь обслуживающий персонал готовы каждую минуту к любой операции.

Результаты такой постановки дела блестящи. Для примера укажу, что в одно из моих посещений этого института д-р В. А. Красинцев показывал мне при обходе четырех выздоравливающих больных после операции прободной язвы 12 п. кишки. Для не хирургов напомним, что успех этой операции обеспечен только в течение 12 первых часов после прободения. Материал там громадный и смертность незначительная.

Перейдем теперь к нашему стационару—Областной Хирургической больнице. Здесь дело, надо правду сказать, обстоит не вполне удовлетворительно в смысле быстроты и техники обслуживания. Начать с того,

что больница по своей основной задаче—обслуживать область квалифицированной хирургической помощью, оборудованная для этой цели лабораторией, двумя рентгеновскими кабинетами, имеющая, кроме общехирургического, еще отделения: урологическое, раковое, травматологическое и профзабола—не может правильно совмещать в себе еще обслуживание и скорой помощью, тем более, что запрос на нее год от года все увеличивается. Основная работа больницы рассчитана на планомерное и обстоятельное изучение и обследование больных, хирургическое и ортопедическое лечение. Основной кадр работников всю эту работу прodelывает в обычное время с 9 до 3 час. дня, после чего остается только дежурный персонал, едва достаточный для текущей работы.

Скорая помощь требует работы во всякое время, между тем мобилизация нужных для этого сил на сверхурочную работу в вечерние и ночные часы отнимает слишком много времени—до 2-х часов, и обставлена разными мелкими затруднениями.

Комиссия ОблРКИ и Горсовета, при обследовании постановки дела в лечебных заведениях города, отметила большую работу нашей больницы, но обратила внимание именно на этот недостаток быстроты обслуживания скорой помощью и перегруженность больницы в этом отношении.

Работа больницы по неотложной помощи нарушает заметным образом и остальную текущую работу. Койки, забронированные за округами, зачастую занимаются экстренными больными, а когда являются из округов законные претенденты на эти койки создается такое диалектическое противоречие, из которого выйти нельзя, не нарушая тех или иных интересов.

Приведу два примера:

1. За 5-IX 1928 г. по приемному журналу в больницу поступило 10 человек, из них 7 случаев экстренных:

- 1) ранение подколенной вены;
- 2) рваная рана лопатки;
- 3) сквозное пулевое ранение левой стопы;
- 4) острый аппендицит;
- 5) рубленая рана левого плеча;
- 6) ушиб правой стопы и
- 7) внедрение кишок.

2 чел.—в профзабол. и 1 больная с зубом.

Это значит, что 7 человек, с нетерпением ждущих очереди поступления, остались за бортом до следующих дней.

2 пример. За один из операционных дней в ноябре 1928 г. в моем отделении оперировано в рабочие часы 2 острых аппендицита и две ущемленных грыжи, а из назначенных на этот день 6 больных оперировано только 2, а четыре операции отложены за недостатком времени и материала.

Из сказанного следует, что совместительство в одной больнице столь разнородных функций является ненормальным.

Наоборот, выделение и объединение всего дела скорой помощи как амбулаторной, так и стационарной в одном учреждении, исключительно предназначенном для этой цели, является, на основании указанных выше доводов, не только желательным, но и единственно возможным для правильной постановки дела.

Резюмирую вышесказанное в выводах:

1) Потребность в скорой помощи в г. Свердловске и В.-Исет. заводе выявляется в виде непрерывного роста. Это явление зависит, с одной стороны, от быстрого роста населения города как областного центра, а, с другой

стороны, этому способствуют повышение культуры населения, рост доверия к медицинской помощи, улучшение обслуживания населения врачами районными и скорой помощи.

2) Объем потребности в скорой помощи уже выходит за пределы тех рамок, в кои он вмещался по своему обслуживанию в настоящее время.

3) Организация оказания скорой помощи в настоящее время не вполне удовлетворительна, и это положение неизбежно ухудшается с каждым месяцем.

4) Совмещение в одной Областной хирургической больнице нескольких разнородных по характеру обслуживания отделений, при все усиливающемся заполнении больницы неотложной помощью, вносит дезорганизацию в работу по каждому из этих отделений.

5) Больные неотложной помощи в хирургической больнице занимают в настоящее время в среднем уже 25 коек ежедневно.

6) Все дело оказания неотложной помощи должно быть, с одной стороны, выделено из функций трех различных больниц, а, с другой стороны, должно быть объединено в одном, специально для этого назначенном, лечебном учреждении, с амбулаторией, станцией скорой помощи и тремя стационарными отделениями.

В заключение мне хотелось бы указать еще на один вопрос.

Подача скорой помощи от врача требует непременно предварительной практической подготовки. Здесь требуются знания, находчивость, известная смелость и умение быстро индивидуализировать, а, прежде всего, навык в диагностике.

Одним из главных вопросов, волнующих и тревожащих молодого врача, особенно отправляющегося на участок на самостоятельную работу, является мысль о том, справится ли он в экстренном случае: при ущемленной грыже, инсульте при внематочной беременности и т. д.

Чувствуя свою слабую практическую подготовленность, молодой врач жадно ищет такой школы, которая дала бы ему возможность и поработать и поучиться у старших товарищей, в таком лечебном учреждении, в котором он больше всего увидит экстренных случаев. Мне кажется, Институт неотложной помощи сослужил бы здесь великую службу для такого врача. В самом деле, посещение больницы, где можно ежедневно видеть самые разнообразные травматические случаи, острые внутренние и гинекологические заболевания, видеть разнообразные методы и приемы скорой помощи, самые разнообразные типичские и нетипичские операции, получать все необходимые разъяснения, самому участвовать в подаче этой помощи,—это такая практическая школа, заманчивая и увлекающая, что стремление молодых врачей к этому институту заранее обеспечено, а, работа их там принесет им большую пользу.

К ОБЛАСТНОМУ НАУЧНОМУ СЪЕЗДУ ВРАЧЕЙ.

В. С. СЕРЕБРЕННИКОВ.

Между 20 и 25 мая созывается в г. Свердловске областной научный съезд врачей. Его организующее значение в развитии здравоохранения области несомненно.

В сутолоке трудовых будней, в непрерывном потоке больных, в быстрой смене разрозненных наблюдений, ударных задач, административно-хозяйственных хлопот врач выбивается из колеи постоянной работы над собой и часто испытывает неудовлетворенность от всей работы. Страницы медицинских журналов зовут к научной и научно-практической работе. Ряд медицинских проблем постоянно выдвигаются самой жизнью перед практическим работником. Но не всегда имеется достаточный импульс для их разрешения. Предстоящий научный съезд и является таким импульсом.

Задача органов здравоохранения заключается также в создании для широких врачебных кругов подходящей обстановки для систематической научной и научно-практической работы и в выборе из длинного ряда проблем таких, которые имеют актуальное значение для здравоохранения Уральской области в настоящее время.

Эти два момента определяют собой основную установку съезда: развитие врачебной научной мысли на Урале должно быть обеспечено и направлено в сторону наиболее актуальных вопросов здравоохранения на Урале.

Ценность самостоятельного врачебного мышления на периферии в значительной степени определяется сосредоточением его на местных проблемах. Своеобразие местных социально-экономических условий, условий профессионального труда, быта населения и, наконец, самой конституции отдельных групп населения единственно могут дать ключ к правильному пониманию отдельных своеобразных фактов патогенеза и клинического течения важнейших заболеваний в области. Понять и объяснить основные факторы болезненности населения в свете именно этих условий значит осмыслить врачебный труд, обеспечить ему практическую действенность, влить в него новое содержание и поднять его над уровнем технического выполнения приемов врачевания. Это перенесение методологии ленинизма в область практического здравоохранения, философское обоснование практических путей развития научной мысли предположено осветить специальным докладом. Организационному разрешению этой же проблемы должен помочь вступительный доклад при открытии съезда «Задачи и условия для научной работы врачей на Урале».

В порядке намечения стержневых тем для работы областного съезда организующие его Областной Здравоотдел и Облбюро Научной Ассоциации остановились на следующих:

- I. Эпидемиологические особенности Урала.
- II. Профпатология и гигиена труда на Урале.
- III. Социальные болезни и вопросы оздоровления быта на Урале.
- IV. Борьба с детской смертностью на Урале.
- V. Хирургический туберкулез и борьба с ним на Урале.
- VI. Санаторно-курортное дело на Урале.

Этот перечень тем охватывает собой все, что особенно ярко и настойчиво стоит перед уральским врачом в обстановке его повседневной работы. Необходимо, чтобы, в результате обсуждения поставленных на повестку съезда вопросов, к научно-практической работе уральского врача было привлечено общественное внимание. Необходимо, чтобы одиночные разрозненные попытки врачей были увязаны в генеральном плане оздоровительных мероприятий по области.

Организаторы съезда убеждены, что врачи периферии имеют много ценных наблюдений по каждому из поставленных на повестку съезда вопросов, и основная задача ближайших недель выявить накопленный уральскими врачами научно-практический опыт.

Для проведения всей организационной работы по съезду создан организационный комитет в составе Облбюро научной ассоциации врачей, представителей Областного Здравоотдела и ряда врачей специалистов, работающих в гор. Свердловске. Из состава организационного комитета выделено рабочее бюро (председатель—д-р Карнаухов, М.Н. члены: проф. Шамарин В.К., д-р Величкин В.И., д-р Кулик С.Ю., секретарь д-р Серебrenников В.С. В настоящее время орг-бюро проводит учет заявленных съезду докладов и обращается с просьбой ко всем врачам области тотчас по получении извещения о съезде, продумать вопросы личного участия в съезде, и сделать свою заявку на тот или другой доклад. В заявке должно быть указано точное наименование предполагаемого доклада и обязательство представить автореферат не позднее 15-IV с.г. Последний срок высылки заявки на доклад 20-III—с.г. В зависимости от характера доклада орг-бюро, ознакомившись с авторефератом, поместит его в программу пленарных заседаний или отнесет на заседания секций. Секций намечено 4: секция социальной и профессиональной гигиены, терапевтическая, хирургическая и санаторно-курортная. Наличие этих секций позволяет ряд докладов, не представляющих общего интереса для членов съезда, проработать в более тесном кругу врачей специально занятых отдельными вопросами.

Товарищам с мест оргбюро предоставляет широкую возможность выступать по отдельным вопросам в пределах по предварительной записи с сообщением местного материала и своих пожеланий. В этих случаях также необходимо одновременно с заявкой представление короткого автореферата предполагаемого выступления.

Оргбюро убеждено, что необходимость созыва такого съезда встретит живой отклик со стороны врачей и объединяющих их окрбюро научных ассоциаций. Научная и научно-практическая работа, начавшаяся в округах, должна найти себе широкое освещение и использование. Заявки, авторефераты, запросы просьба адресовать секретарю оргбюро съезда д-ру Серебrenникову В. С.—г. Свердловск, Областной Здравоотдел.

ПОСТАНОВКА КУМЫСОДЕЛИЯ НА КУРОРТАХ ШАФРАНОВСКОГО И ОРЕНБУРГСКОГО ОКРУГОВ.

К. С. АРХИПОВ, Зав. Бак. лабор. Шафрановского Курупра.

Ассистент сывороточно-вакцинного Отделения Института Экспериментальной Медицины. Ленинград.

Бактериологическое и биохимическое изучение кумыса, начатое так энергично под руководством и по инициативе проф. Рубеля в 1910 году в Андреевской Санатории в последние годы вновь приковало к себе внимание государственных кумысолечебных курортов.

Открыв и описав возбудителя молочно-кислого и дрожжевого брожения кумыса, Бачинская углубила вопрос приготовления кумыса до его предела, приготовив в Ленинграде кумыс в лабораторных условиях. Такую-же попытку, несколько большего масштаба, сделала значительно позже проф. Горовиц-Власова в оренбургском бактериологическом институте, но также в лабораторных условиях. Изучая отдельные детали молочно-кислого брожения в кумысе, авторы делали попытки изменить и массовое приготовление кумыса, но, находясь в большом отдалении от производственных лабораторий, как это имело место в Оренбургском кумысолечебном округе, не могли с достаточной полнотой проследить правильность применения метода чистых культур в производстве кумыса.

Получив очень скудное литературное наследство в смысле изучения кумыса и признавая необходимость биологического контроля

над производством кумыса, Шафрановское Курортное Управление решило организовать бактериологическую лабораторию, связав ее непосредственно с производством этого целебного напитка.

Необходимость такой лаборатории диктовалась не только малой освещенностью в литературе вопроса кумысоделия и массового его производства, но и современным положением кумысолечебниц.

Изъятая из частных рук предпринимателей, постанков кумысоделия должна была претерпеть значительные организационные изменения с обращением большего внимания на стороны дела, мало интересовавшие клинических врачей и бывших владельцев кумысолечебниц.

Отсутствие у большинства частных владельцев кумысолечебниц бактериологических лабораторий объясняется теми расходами, которые связаны с такого рода установкой.

Обследование кумысолечебниц Оренбургского и Шафрановского округов и последний курортный съезд показали, насколько дело кумысоделия дезорганизовано на местах. Наши личные впечатления о постанков кумысоделия в вышеуказанных курортах были поддержаны на последнем съезде, на котором выяснились еще большие дефекты кумысолечебных курортов Средней Азии и Сибири. Дефекты эти по характеру своему относятся исключительно к санитарно-профилактическим и они именно и интересовали меня, как специалиста этой области кумысоделия. На это я обращаю внимание, ибо остальные вопросы медицинской и хозяйственной стороны меня не интересовали и в них я не входил.

Первый и самый основной дефект курортов Сибири и Средней Азии это отсутствие собственных косяков (как арендованных, так и приобретенных в собственность курортом). Такие курорты подбзуются привозным кумысом, доставляемым местными киргизами. Не имея на месте надлежащих установок для контроля доброкачественности продукта, эти курорты не могут ручаться за химическую и бактериологическую чистоту кумыса даваемого больным. Принимая во внимание сложность и трудность анализа кумыса с точки зрения его фальсификации, как это будет видно из последующих моих сообщений, нужно признать подобного рода дефект чрезвычайно важным. Существо каждого кумысолечебного курорта, само собой разумеется, заключается в доброкачественности кумыса, ради которого приезжают иногда за несколько тысяч верст больные. Производство кумыса должно находиться под непосредственным биологическим наблюдением специалиста и отсутствие такового ставит под удар существующие курорты.

Доставка сильно бродящего и чрезвычайно быстро изменяющегося, в зависимости от температурных условий, напитка делает невозможным в таких курортах дозировку кумыса по его силе, т. е. созреванию. Обстоятельство чрезвычайно важное для клиницистов, пользующихся больными кумысом. Изменяясь в течение нескольких часов (5-6) при $t\ 23^{\circ}$ и доходя до крепкого состояния, кумыс в более жарком климате изменялся-бы еще быстрее, превращаясь в крепкий, максимальной кислотности (220°) напиток, отталкивающий больных. Кроме того, изменяясь в своих вкусовых качествах, кумыс резко изменяется в своем химическом составе, давая совершенно другой клинический эффект у больного.

Эти дефекты не единственные при условии отсутствия биологического наблюдения и биологического контроля. Производство наливки у кустаря-киргиза в условиях бытовой грязи может сказаться и в другом смысле. Говорить о том, что кумыс является неподходящей средой для загрязнения болезнетворными микроорганизмами не приходится в виду отсутствия контрольных работ. Наоборот, нужно допустить, что туберкулезные бактерии кишечной группы и споровые могут сохраняться жизнеспособными и перенесенные в организм человека могут дать заражение.

Непосредственно тут-же встает вопрос о правильном ветеринарном надзоре за дойными кобылицами, который так необходим и который в условиях кустарного производства невозможен. Имея в виду, что состояние здоровья кобылиц сказывается на качестве молока, нужно признать это звено в кумысоделии основным и чрезвычайно важным.

Таким образом правильная организация кумысоделия для мелких кустарей и для небольших кооперативных объединений является делом непосильным, и нужно думать, что только государственный бюджет, с большими возможностями и размахом, может справиться с задачей правильной постановки кумысоделия.

Принимая все это во внимание, Шафрановское курортное управление организовало контроль кумысоделия в трех направлениях: наблюдение за кустарным промыслом вменялось санитарному врачу, за косяком ветеринарному врачу, а контроль за производством заведывающему лабораторией.

Организуя лабораторию, Шафрановское курортное управление прежде всего ставило лаборатории целый ряд практических вопросов, связанных с кумысоделием, предоставив одновременно все возможности для разработки некоторых специальных тем. Лаборатория была обставлена бактериологическим инвентарем, попутно делались затраты и на оборудование лаборатории инвентарем для биохимического анализа.

Необходимо, чтобы Центральные органы при оборудовании лабораторий на кумысных курортах согласились-бы с необходимостью таких лабораторий, отказавшись от мысли вести исследование кумыса только в крупных бактериологических институтах и университетских лабораториях. Такого рода предложение, высказанное проф. Горюхиной-Власовой, не встретило сочувствия на съезде.

Признавая существование бактериологической лаборатории на кумысных курортах, нужно выработать минимум инвентарного оборудования, необходимого для работы, приспособив его к анализу молочных продуктов.

Поручая производство кумыса опытному мастеру - кумысоделу, башкиру или киргизу, нужно его поставить в зависимость от зав. лабораторией, т. к. в настоящее время мы не имеем еще достаточного количества мастеров с биологической подготовкой. Существование этой зависимости необходимо, иначе работа кумысного производства и направление, которое желательно ему придать, не будут осуществляться в силу неподчиненности данного лица. Таково было положение, в которое я попал в первый сезон на Шафрановском кумысном курорте и которое было исправлено в 28-ом году. Таким образом организация кумысоделия в Шафрановском курорте представлялась в следующем виде: во главе дела стоял бактериолог с бактериологической лабораторией, кумысный мастер с заведывающим административной частью мастерской и переменным количеством

разливающих и мойщиц, и, наконец, ветеринарный врач во главе косяка, с заведывающим административной частью и переменным количеством пастиухов и доильщиц.

Позволяю себе подробно коснуться работы единственной бактериологической лаборатории, работавшей на производстве, ибо опыт такой санитарной бактериологической установки в теперешних условиях не велик.

Начало работы данной лаборатории относится к сезону 27-го года. В данный период лаборатории не удалось сделать многого, ибо инвентарь ее приходилось все время пополнять и на это уходило много времени.

Улучшение и рационализация производства кумыса и выяснение влияния температуры на скорость созревания кумыса послужили темой летнего сезона 27-го года. Обследование кумысной производственной лаборатории, которое будет приведено ниже, и выработка плана для переустройства данной лаборатории отняли достаточно много времени. Данные работы были доложены на конференции врачей курорта и частично на IX Всероссийском курортном съезде. Из практических предложений этих работ были сделаны соответствующие выводы, приняты известные положения. Разработанный план типовой кумысной производственной лаборатории был рассмотрен и принят конференцией. Было постановлено ввести паровую стерилизацию бутылок, переустроить ледник, изменить систему хранения кумыса, производя его в условиях от $+4$ град. до $+6$ град., ввести изотермические повозки для транспорта кумыса по санаториям. Изменение хранения кумыса при более низкой температуре дало курортному управлению большую экономию в посуде, ибо прежний способ хранения давал большое количество допнувшей посуды благодаря давлению, доходившему в бутылке до $3\frac{1}{2}$ атмосфер.

Систематическое обследование кобыльего молока на содержание микроорганизмов выяснило необходимость стерилизации крупной посуды, в которую сливается молоко после дойки. За сезон 28-го года лабораторией ориентировочно разработаны следующие вопросы: вопросы химической фальсификации кумыса и фальсификации чужеродными белками были ориентировочно разработаны; полученные данные будут приведены в дальнейших сообщениях. Разработан вопрос производства закваски из чистых культур и систематическая смена их в производстве кумыса. Было поставлено изучение кумыса с точки зрения его pH аминокислотного азота, жира, удельного веса и сахара в зависимости от температуры и времени хранения кумыса.

Работа по рационализации производства кумыса была частично проведена в течение этих двух сезонов. Были проверены все посудные материалы в производстве в целях замены деревянных чилляков; был сконструирован стеклянный аппарат с применением сжатого воздуха для перемешивания кумыса и проверена его целесообразность.

Кроме всех вышеперечисленных работ под руководством зав. лабораторией шла работа по изучению бактериологической чистоты питьевых вод Шафрановского района.

Наконец, работа заведывающего лабораторией заключалась в докладах, консультациях и чтении лекций с демонстрациями санаторным больным и врачам по вопросам кумысодедия.

Заканчивая перечень работ Шафрановской лаборатории, перехожу к описанию обследования лабораторий в других кумысоле-

чебных районах. Оренбургский кумысолечебный округ так же, как и Шафрановский кумысолечебный район, далеки от тех инструкций, которые изданы курортным управлением и Башкирским Наркомздравом, в части касающейся кумысоделия. Нигде, как правило, не кипятятся бутылки, в которые разливается кумыс. Особенно хаотично поставлено дело кумысоделия в Джанетовке, Оренбургского кумысолечебного округа, где прием молока, производство и выдача кумыса производятся в одной комнате. Разливка кумыса делается на полу, после чего он тут же спускается в подвал на лед, находящийся под полом, в том же помещении. То же самое пужно сказать и о кустарном производстве кумыса в Шафрановском кумысолечебном районе, где кумыс силошь и рядом готовится на открытом воздухе. Говорить здесь о кипячении бутылок совершенно бесполезно.

На обследовании кумысной производственной лаборатории Шафрановского курортного управления я должен подробно остановиться, ибо она является единственной своего рода установкой для всего СССР.

Кумысная лаборатория Шрука занимает каменный корпус, состоящий из 6-ти комнат с тремя отдельными выходами. Здание специально построено и производит исключительно хорошее впечатление. При осмотре лаборатории вы чувствуете известную систему и правильный подход к делу. Имеются следующие комнаты: а) вход и сдача посуды, б) молочная и сушильная, в) стерилизационная, г) кумысная производственная лаборатория, д) разливочная и укупорочная, е) комната для приема молока, ж) комната мастера. В кумысной лаборатории исключительная чистота; окна плотно закрыты марлей, пол выложен металлическими плитами, стены окрашены масляной краской. Кумысная лаборатория снабжена водопроводом и освещается электричеством. Посуда для приготовления кумыса, деревянные чиляки или липовые кадочки в большом количестве имеются в лаборатории. После каждого приготовления, чиляки моются горячей водой с мылом, скоблятся и сушатся на солнце. Кумысная лаборатория снабжена сухой стерилизацией для стеклянной и металлической посуды. При первом впечатлении кажется, что все предусмотрено и целесообразно устроено. При более внимательном рассмотрении оказалось, что данная система, действовавшая когда-то у б. владелицы курорта, пришла в негодность и не может удовлетворить такое огромное производство, какое имеется сейчас от 1.500 до 2.000 бутылок в день. Бутылки, наполненные кумысом, закупоривались корковыми пробками, заваренными кипятком. Стеклянная посуда для разливки кумыса, как бывшая в употреблении так и не бывшая, поступала для мойки в комнату а. Моечная комната, оборудованная большой оцинкованной ванной с кранами для холодной и горячей воды, служила в одно и то же время комнатой для приема грязной посуды.

Нагревание воды для мойки посуды производилось небольшим змеевиком, установленным в маленькой плите, находящейся в стерилизационной комнате. Для отпуса 2.000 бутылок кумыса ежедневно нужно было иметь соответствующее количество посуды, для мойки которой требовалось большое количество горячей воды. Незовершенство нагревательного прибора давало слишком мало горячей воды благодаря чему бутылки мылись теплой водой. Обсуждению вопроса мойки посуды и ее стерилизации было посвящено довольно много времени. Г. К. возвращаемая больными посуда была крайне загрязнена.

Мокрота, моча, окурки, вот что иной раз находилось в бутылках. Наличие одной холодной воды при таких условиях должно было-бы быть восполнено последующей хорошей стерилизацией. Но, к моему сожалению, это было далеко не так, ибо приспособление архангелской конструкции для сухой стерилизации посуды, давая 80-90 град. С., не соответствовало размерам производства. Данный стерилизатор нагревался дровами и не трудно себе представить, что он работал из рук вон плохо, с одной стороны, благодаря своей конструкции, с другой, благодаря безграмотности работающих башкир и отсутствию термометра. Часть дефектов в течение двух летних сезонов была устранена, но, тем не менее, мы откровенно должны сказать, что бутылки из моечной не стерильными поступали в разливочную. Так обстояло дело стерилизации посуды в 27-ом, 28-ом году в лучшем кумысолечебном курорте России. Эти дефекты были отмечены мной в специальном сообщении, сделанном на конференции врачей курорта. Разработанный мной план кумысной производственной лаборатории с паровым стерилизатором был принят конференцией. К сожалению, данное постановление не встретило сочувствия в главном курортном управлении в Москве. Подогревание помещения, где созревал кумыс, производилось железной пичкой до 22-х — 24-х град. С. Разливка и укупорка кумыса в бутылках происходила в отдельном помещении, после чего кумыс тогда-же выносился на ледник. Наличие большого количества макро-грязи в кумысе заставляло ввести фильтрацию кобыльего молока через тонкий слой ваты, после чего кумыс был признан достаточно чистым. Укупорка кумыса была изменена в том смысле, что под пробку подкладывался кусок пергамента кипяченого в воде. Пергамент обволакивал пробку и не допускал засорения кумыса грязью выжатой из пробки во время укупорки машиной. Разливка шла в ручную медным луженым ковшом через металлическую воронку.

Ледник, бывший в 27-ом году в очень плачевном состоянии, после работ и наблюдений был переделан и, по моему предложению, налит водой в течение зимы и заморожен, благодаря чему получился монолитный кусок льда в несколько кубических сажен. Набивка, таким образом, несколько дороже обыкновенной, но дает значительные преимущества в смысле сохранения льда.

Обследованные мной косяки Оренбургского и Шафрановского курортов отличались друг от друга тем, что Шафрановский косяк состоял из кобылиц частью арендованных, частью собственных; в Джанетовском кумысолечебном курорте, Оренбургского округа косяк состоял только из арендованных кобылиц. Кобылицы Джанетовки давали в среднем 10 бутылок молока в день с максимумом для одной кобылицы 18 бутылок. Шафрановские кобылицы в среднем давали 4—5 бутылок с тем-же максимумом для лучших кобылиц. Если принять, что в среднем кобылица может давать 10 бутылок в день, то подвергаем критике старый расчет: одна дойная кобылица на одного больного. Не берусь давать объяснения этому факту, но думаю, что над вопросом отбора молочных кобылиц следует подумать.

В остальном осмотренные мною косяки Оренбургской и Уфимской губерний страдают одними и теми-же недостатками. Дойка кобылиц происходила 4 раза в день, для чего кобылицы загонялись в сгороженный довольно обширный сарай, покрытый соломой. Двор, в который загонялись кобылицы перед дойкой, не был мощен и поэтому в ненастную погоду превращался в сплошную грязь смешанную с конским навозом.

Крытое помещение, где обычно присекала дойка кобылиц, было вымощено, но было так мало, что кобылицы, загнанные туда, стояли сплошной стеной по 200—300 штук и доильницы с большим трудом пробирались в них. Этот дефект — недостаточность помещения для дойки кобылиц и отсутствие правильной уборки является общим для кумысолечебниц. В Джанетовке в момент моего посещения, в помещении, где доятся кобылицы, было до 6-ти вершков сухого навоза, превращенного в порошок. В этой массе навозной пыли ходили кобылицы ожидая дойки. В Шафрановском косяке такой возмутительной грязи не было, но, во всяком случае, было тоже недостаточно чисто. Эта грязь дала нам право предположить большую бактериальную загрязненность кобыльего молока. Исследования в этом направлении подтвердили наши предположения: молоко, выдоенное в стерильную посуду вымытыми руками и из вымытого вымени, содержало 140 колоний в одном кубике; молоко выдоенное в обычных условиях содержало 3.800 колоний в одном кубике.

Вопрос правильной постановки кумысных косяков, вопрос гораздо более важный, чем то многое, на что затрачиваются сейчас деньги на кумысных курортах. Необходимо провести водопровод в том помещении где происходит дойка, чтобы было легче вымывать водой грязь, которая таким образом не будет летать в воздухе.

Вопрос отбора кобылиц по количеству и качеству молока не менее важен, и наши работы в этом направлении показали как это необходимо. Научная разработка прикармливания кобылиц имеет тоже большой интерес, и попытка проделать такого рода работу в Оренбургском курорте чрезвычайно ценна. Отбор молочных маток, влияние кормов, состав кумыса в различное время года, все эти вопросы, связанные с правильно организованным косяком и правильно поставленным производством кумыса и лабораторными исследованиями могут быть поставлены и проработаны в условиях наших курортов.

Позволю себе сделать несколько выводов из тех впечатлений, которые мною получены во время работы на кумысе:

1) Необходимо создать заповедные степи исключительно для выкорма нужного количества кобылиц в кумысных районах.

2) Кумысолечебные курорты группировать (до 500 больных в группе) на небольшом расстоянии, дабы иметь возможность обставить производство кумыса должным образом.

3) Принять представленный план кумысной производственной лаборатории как типовой.

4) Ввести обследование кумыса по специальной карточке.

5) Принять меры к сохранению молочной матки и культивированию ее.

6) Провести санитарно-профилактические мероприятия на кумысных курортах в части касающейся кумыса.

О РАННЕМ РАСПОЗНАВАНИИ СКОРОТЕЧНОЙ ЧАХОТКИ

Д-р М. Н. КАРНАУХОВ.

(Из Свердловского Показательного Туберкулезного Диспансера*).

Насколько сравнительно просто распознается острая форма туберкулеза легких в далеко зашедших случаях, настолько же сложно распознать начальные признаки злокачественного течения. Конкретное представление о течении болезни у каждого отдельного больного врач получает на основании отчетливого представления об общих типических формах болезни. По образному выражению проф. Штернберга, «клиницист у постели больного продельывает тот же уметственный процесс, что портретист, желающий понять свою модель. Сначала искание общих форм, затем — индивидуальных черт». При легочном туберкулезе с непостоянством его течения и многогранностью его проявлений необходима постоянная критическая оценка полученных симптомов, проверка добытых данных при повторных осмотрах и накопление новых факторов, позволяющих понять групповые особенности каждого случая. С этой точки зрения мы считаем instructive даже небольшую статистику, если она охватывает продолжительным наблюдением более или менее однородную в симптоматологическом смысле группу.

За время с 1923 по 1928 г. в г. Свердловске умерло от туберкулеза легких 1.472 человека, из них не менее половины состояло под наблюдением тубдиспансера № 1, но для разработки были взяты 96 диспансерных историй болезни, где все течение болезни от момента обнаружения туберкулеза и до летального исхода составляло от нескольких месяцев до 1½ лет. Следовательно, в разработку вошли только острые или подострые прогрессирующие формы легочного туберкулеза. Основной диагноз у всех подкреплен нахождением палочек в мокроте, рентгеном, лабораторными и антропометрическими исследованиями, клише, записями температуры, пульса, дыхания, особенно если они лежали в диагностическом отделении или в туберкулезной больнице. В общей сложности все 96 чел. сделали 432 посещения или по 4,5 посещения каждый. В одной из наших работ (см. «Уральск. Мед. Журнал», № 2) мы из 121 смертных случаев среди ВК считали максимальной продолжительностью жизни бациллярных больных четыре года и девять месяцев. В наши вычисления мы старались внести ряд поправок, при чем, кроме заявления больного о начале заболевания, была принята во внимание первая дата обнаружения ВК в мокроте. Предельный возраст, включенный нами в настоящую разработку, от 14 до 52 лет. Наибольшее число случаев пришлось на самый цветущий возраст с 17 до 25 лет — 62 случая, детей моложе 14 лет мы в разработку не внесли, а старческий возраст, очевидно, ускользает от диспансерного наблюдения.

Интересно проследить колебания средней продолжительности жизни наших больных в зависимости от возраста. На кривой отмечается как бы 3 момента с 14 до 16 лет (3% к общему числу случаев), продолжительность

*Доложено секции врачей туберкулезников Уральского Медицинского Общества в 1929 году.

жизни 18 месяцев, работоспособный возраст от 17 до 40 лет (95 проц.) дает меньшую продолжительность (в среднем 9 месяцев) и особенно короткую волну дает возраст с 17 до 20 лет—7 месяцев, а затем, чем ближе возрастная группа к пожилому возрасту, тем средняя продолжительность жизни больше. Так, для возраста от 21 до 30 лет—10 месяцев, от 31 до 40 лет—11 месяцев и свыше 40 лет (2 проц.) средняя продолжительность жизни 13 месяцев. В единичных случаях мы наблюдали продолжительность жизни, равную 3—4 месяцам. В одном из этих случаев здоровая убитая девушка О. В., 18 лет, в апреле 1925 г. заболела крупозной пневмонией и через месяц после выздоровления стала покашливать, в середине мая в мокроте были обнаружены ВК при скудных объективных изменениях в легких, а в начале августа больная погибла без явлений кахексии от the pulm Florida. По S West у не более чем в 3 или 4% длительность болезни не превышает 3 месяцев, при чем галопирующие формы чаще встречаются в молодом и пожилом возрасте. Предшествующее состояние здоровья у нашей группы больных в 40 проц. отмечено, как вполне удовлетворительное, и в 20 проц. даже крепкое. В остальных случаях в числе гетерогенных раздражителей по частоте случаев следует отметить тифы, пневмонии, роды, грипп, нефриты и в 12 проц. всех случаев анамнез был заполнен большим перечнем инфекционных заболеваний. Плевриты встречались реже. Характерно, что золотуха была только у 2 человек. Одним из важнейших инсультов следует считать тяжелые социально-экономические условия. Подавляющее большинство из наших больных имело квартирную площадь 4—4,5 кв. м. и плохо питалось. Характерно, что не менее $\frac{1}{3}$ недавно (от 1 до 3 лет) в поисках работы переселилось в город из сельских или заводских местностей, что может свидетельствовать об отсутствии у них иммунитета к туберкулезу.

Средняя продолжительность жизни меняется в зависимости от социального положения и социально-экономических условий, как это видно из следующей таблицы:

Социальная группа	Число случаев	Средняя продолжит. жизни
Домохозяйки	16	9 мес.
Рабочие у станка	12	11,3
Служащие	21	12,5
Безработные и их семьи	25	8 мес.
Инвалиды и их семьи	19	8,5
Учащиеся	3	15

Очевидно, вместе с Либермейстером, Бломелем и др. исследователями следует признать, что для заболевания туберкулезом рядом с очень важным моментом—источником заражения (Exposition) играет важную роль предрасположение (Disposition). «Последнее на ряду с привходящими извне гомогенными и гетерогенными раздражителями во всяком случае зависит от конституции, от эндогенных, наследственных условий» (Либермейстер).

Семейная история и фамильный тип даже на нашем небольшом материале представляли известную закономерность. Туберкулез в семье отмечается в 66 историях болезни и отрицается в 30. Кроме того, у этих 30 нельзя было найти в прошлом никаких заболеваний, подозрительных по туберкулезу. Туберкулез матери (более интимный контакт) в 42 из 66 случаев наследственного туберкулеза, в 15 случаях туберкулез отца, и остальные падают на др. членов семьи. Фамильный тип болезни особенно сказался у женщин: скоротечная чахотка по материнской линии передала свой тип в 40 проц. женщинам, погибшим от остро-прогрессирующих форм легочного туберкулеза. Одна молодая женщина Н. У., 26 лет, домохозяйка, через 8 месяцев от бурного начала заболевания умирает при явлениях *tbc Pneumoniae* и, судя по диспансерным записям, это четвертая смерть в семье в возрасте от 20 до 30 лет, начиная от бабушки, матери и тетки по материнской линии. В двух случаях (оба мужчины) *Tuberculosis pulmonum Florida et laryngis* от туберкулеза гортани умерли их отцы. В трех случаях удалось более подробно проследить генеалогию умерших от острого туберкулеза, при чем выяснилось, что родители их были здоровы, но у двух умерли от туберкулеза бабки, а у одного дед. Очевидно, дед и бабки передали через поколение своим внукам «анафилаксию к тбк» (по теории Габриловича), понимая под этим такое изменение в химизме тканей данных больных, которое при ближайшем соприкосновении клеток с туберкулезной палочкой привело к скоротечному процессу. В отдельных случаях мы наблюдали семьи, где одна линия рода была невосприимчива или устойчива в отношении тбк, но, вступая в брак с вымирающей от тбк семьей, давала потомство, восприимчивое к тяжелым формам этой болезни (третья группа по Яроцкому). Случаи хронического доброкачественного туберкулеза предков почти не наблюдались. При внешнем первичном осмотре больных, у которых впоследствии течение принимало галопирующий характер, не так уж часто отмечалось исхудание.

В отношении конституционального типа у нас отмечалось преобладание *habitus asthenicus* с явлениями респираторного типа, но не менее 35 проц. имели несомненные признаки мускулярного или дигестивного типа и в 2 случаях отмечалась склонность к ожирению. Если мы и не получили преобладания последних групп, которые, по мнению Наяек'а, Бурштейна и др. гораздо чаще дают при заболевании тбк *prognosis pessima*, чем респираторный тип, то объяснения этому могут лежать в разнообразии национального состава Уральской области (русские, монголы, финские племена, народы крайнего севера и т. п.), отсутствии литературы по изучению конституции уральских метисов, влиянии голода и т. п. При изучении рабочих полиграфистов мы почти целиком отнесли их к астеникам, но тбк среди них протекал благоприятно. Изучение соотношения роста, объема груди и веса по формуле Пинье: $ind = \frac{H}{(c + p)}$ обнаружило для большинства (60 чел. из 96) слабую организацию, т. е. от 20—30 и выше в то время, как наблюдаемая нами с 1924 по 1928 г. тбк группа печатников дает более низкий *ind* (мужчины полиграфисты—17,55, женщины—20,72)*.

Локальные физические признаки, графически нанесенные на клише при первом посещении, а затем дополненные в порядке наблюдения, отразили всю многогранность клинических форм от приглушения и выдоха до массивной казеозной пневмонии.

*) По окончании нашей работы в № 24 «Клинической Медицины» за 1928 г. появилась статья М. М. Гольяко, в которой автор приходит к выводу: «чем выше показатель Пинье, тем тяжелее протекает заболевание тбк легких, тем хуже прогноз и тем чаще встречаются более тяжелые формы». (Автор.)

Судя по начальной картине (подкреплённой рентгеном), у нас преобладали диссеминированные мелкие рассеянные очаги гематогенного и бронхогенного характера, где при физическом исследовании отмечались звучные и даже трескучие хрипы. Реже мы имели дело с лобулярной формой, где рентген отмечал слияние отдельных очагов, а клиника давала представление уплотнения ткани, изменения дыхания от неопределённого до бронхиального, со скудной крепитацией или без хрипов, но дальнейшее течение рано приводило к образованию каверн и общим явлениям *Florida*.

Еще реже острая форма тбк пневмонии начиналась сразу подобно крупозной пневмонии: лобриная форма, высокая постоянная или гектическая лихорадка и лишь в дальнейшем вместо ожидаемого разрешения мы наблюдаем казеозный распад и образование полостей с ярко выраженными септическими и токсическими явлениями. *Pneumonia* по Габрилович. Особо стоит следующий случай, окончившийся летально через 11 месяцев от начала заболевания. Больная О. К., 20 лет, жаловалась на покашливание с выделением слизистой мокроты, одышку (дыхание 30—40 в 1'), пульс 100—120, температура от 35,5 до 38°, жестковатое дыхание и слабо выраженное притупление в межлопаточной области; редкие сухие хрипы в верхних и средних долях; Р. О. 9.—50; на рентгене (2-х кратное просвечивание и 1 снимок); многочисленные, но мелкие инфильтраты вокруг бронхов. В дальнейшем тяжелые явления токсемии то гектическая, то типа *continua* лихорадка (39—40°), кахексия, проливные поты и т. п. За время течения отсутствие поражения других органов и те же скудные явления, которые Габрилович описал при одной из 4-х острых форм, т. е. *Peribronchitica*.

Согласно новейших воззрений можно предполагать, что в большинстве наших случаев (примерно у 66) туберкулез развивался из неокончательно излеченного первичного очага путем метастаза (Бейтцке, Блюмель, Ашофф, Гюбшман и др.). Возможно, что в тех 30 случаях, где нет указаний на наследственность и не было проявлений тбк в прошлом имело место позднее возникновение первичного очага (*Pubertätsphthise*, по Ашоффу). Наличие лимфатических и гематогенных метастазов в переходном возрасте по Блюмелю, чаще всего приводило к бурной картине *la phthisée foudroyante*, или по-немецки *abwehrlose Phthise* или *hemmungslose*.

Из физических признаков общим и характерным для большинства острых форм следует считать раннее появление звучных хрипов. В 40 проц. нашего материала отмечены звонкие влажные хрипы, в некоторых случаях металлический оттенок, или трескучесть хрипов. По местоположению чаще всего в межлопаточном пространстве, затем в подмышечной впадине, реже под ключицей и особенно редко на верхушках. В отношении изменения дыхания этот порядок меняется и отметки от неопределённого до бронхиального дыхания мы встречаем чаще в под и надключичных областях. По наблюдению Неймана и Фовлера расположение начального процесса в Моренгеймовском треугольнике говорит об особо остром и неблагоприятном течении, а наиболее типичными для начальных форм хронического тбк авторы считают внутренние отделы надостной ямки. Лихорадка имела место в 80 проц., и ее начальный тип приближался к незначительной *febris continua*, скорее типичной для свежих случаев хронического тбк. Гектическая лихорадка, начинавшаяся внезапно или присоединившаяся к случайному заболеванию, составляла исключение. Особенно характерно такое течение в 2 случаях острой казеозной пневмонии у хорошо упитанных больных, отрицавших наследственность, где в 1 случае (у молодой женщины) явления острой лобарной пневмонии развились за время гриппа, а во 2 случае (мужчина 20 лет) казеозная пневмония присоединилась к паратифу. Не так уж редки случаи безлихорадочного начального проявления острого тбк, хотя здесь могло иметь место отсутствие тщательного контроля за температурой (не менее 3 кратного, или 5 кратного измерения за сутки). Неоднократно при измерениях через 3 часа мы открывали повышения температуры до 37, 3—37,5 гр. без сопутствующих субъективных ощущений у больного. Те из наших больных, которые прилежно и длительно измеряли температуру,

подностью подтвердили закон Виггу о нетипичной лихорадке фтизиков. Наиболее характерным для начальных скоротечных форм по нашим данным явилось несоответствие пульса с течением лихорадки.

В этом отношении поучителен следующий случай. Больной А. К., 30 лет, заболел, по его словам, за 2 месяца до обращения в диспансер и лечащим врачом был направлен в диагностическое отделение, где впервые были обнаружены ВК в мокроте, температура 36,2 до 37° (постельный режим), пульс от 80 до 120, одышка, порока сердца нет, со стороны легких трескучие хрипы в глубине правой подмышечной впадины. Правосторонний искусственный пневмоторакс значительно ослабил явления интоксикации, но частота пульса и количество ВК оставались прежними. Больной погиб в больнице патронате при явлениях тбк кишок.

Почти все больные жаловались на сердцебиение, связывая его с началом заболевания. Чаще всего мы встречали указания на следующую частоту пульса: 88, 90, 100, а в отдельных случаях 110, 120 и 140. Очевидно, высокая частота имела место при далеко зашедших формах, так как хотя объективные данные были скудны, но не все диспансерные случаи были подтверждены ранней рентгенодиагностикой. «По данным Thomaуer'a из числа всех умерших чахоточных у 70 проц. пульс выше 120» (Соколовский). Габрилович на основании средней частоты пульса построил особую прогностическую шкалу, где за пределами 100 ударов в минуту был расположен *prognosis pessima*. У контрольной группы (ВК среди полиграфистов) с хроническим благоприятным течением мы имели пульс в среднем выводе 70—90 в 1'. Не менее важное значение авторы придают одышке. На нашем материале в 30 процентах одышка предшествовала кашлю. Вообще на одышку не жаловались только 4 человека из 96, тогда как при хроническом туберкулезе легких мы наблюдаем обратное соотношение. По мнению Соколовского наличие одышки без лихорадки или при незначительной температуре говорит за существование в глубине легочной ткани многочисленных тбк очагов. Кашель, напротив, не всегда был вписан в начальные симптомы, но не менее половины всех случаев начались с сухого или влажного кашля, который затем перешел в изнурительные приступы с обильным выделением, богатой белком, гнойной мокроты. По отношению к кровохарканию в 50 случаях мы не нашли указаний на кровохаркание, в 18 указано, что заболевание началось среди общего физического благополучия обильным легочным кровотечением, после чего появилась лихорадка, кашель, поты, истощение, потеря аппетита и т. п. В остальных случаях лишь в течение последующего наблюдения имелись указания на окрашенную мокроту или кровавые жилки в ней. При галопирующих формах довольно рано появляются раздражительность, головные боли, расстройство сна, головокружения и ряд других симптомов расстройства центральной нервной системы. К сожалению, сводка лабораторных исследований, пожалуй, за исключением реакции осадения эритроцитов, не дала нам в руки «ариадины нити» прогноза. Альбуминурия отмечалась как исключение. Диазореакция была положительной лишь в 8 случаях, преимущественно при клинически выраженной тбк казеозной пневмонии. Реакция Вейса и особенно Руссо отчетливо появлялась лишь к концу течения. Pirquet, положительный вначале, имел склонность к угасанию, но, к сожалению, очень немногим больным делались повторные реакции. Общие анализы крови (далеко не во всех случаях) не внесли нового в наше представление о прогнозе при тбк вообще. Нейтрофилез имел место в более выраженных случаях, появление и нарастание миелоцитов и юных форм шло параллельно клинически ясному ухудшению. Повторяю,

что для определенных выводов о картине белой крови количественно наш материал недостаточен. Но несомненно одно, что Р. О. Э. сигнализировала чаще злокачественность течения, чем лейкоцитарная формула. В то время, когда при первых посещениях с атипичными формами мы имели показатели от 25 м.м. до 60 м.м. в 1 ч., при типичных формах хронической бугорчатки мы наблюдали колебания скорости оседания эритроцитов по Панченкову в пределах средних показателей. Например, группа тбк полиграфистов, среди которых были ВК, компенсированные и субкомпенсированные формы имели Р. О. Э. не выше 15 м.м. в 1 ч. Бактериологическое исследование мокроты иногда давало указание на скопление ВК кучками, но вообще количество палочек на нашем материале не выявило закономерности. При обильной гнойной мокроте обращало на себя внимание богатство микрофлоры, особенно за счет кокковых форм, очевидно, в результате ауто-инфекции микробами из полости рта. На материале Харьковского Медицинского Института д-р Баранов пришел к выводу, по которому большое количество микрорганов встречается преимущественно при экссудативных формах тбк. «Авторы, пишет Баранов, работавшие по вопросу о смешанной инфекции при тбк, указывают на *staphylo-coccus*, *streptococcus* и *pneumococcus*, как на истинных возбудителей смешанных инфекций (Peters, Kogel, Panichi, Шабат, Тимашев и др.)». Наибольшее прогностическое значение имеет питохимия мокроты, на что мы обращали внимание еще в 1923 году. Большое количество белка в мокроте, о чем постоянно указывала лаборатория диспансера, чаще связано с тяжелыми прогрессирующими формами и особенно с острыми казеозными пневмониями.

Резюме: несомненно, что на течение тбк оказывает влияние не только палочка, или наследственность, но и конституция, и семейный тип болезни, и иммуно-биологическая защита организма, и внешняя среда и ряд других привходящих моментов (инфекция, роды и т. п.). Трудность прогноза заключается в критическом анализе отдельных факторов, выяснении их внутренней связи, последовательного развития и динамики. Предвестниками злокачественных атипичных форм тбк можно считать раннее появление одышки, значительное учащение пульса, звучность, точнее звонкость влажных хрипов в подмышечной выемке, Моренгеймозском треугольнике или в межлопаточном пространстве. Другие признаки требуют еще дальнейшего наблюдения, в том числе конституция и высокий показатель Пинье. Лаборатория и рентген являются ценными, но не единственными помощниками в поисках руководящих нитей прогноза. Особого внимания заслуживает Р.О.Э. и частое исследование мокроты на белок и микрофлору. Настоящая работа является предварительным сообщением из начатого автором изучения прогноза на диспансерном материале.

Л и т е р а т у р а:

- А. Я. Штернберг. — О классификации хронич. легочн. тбк. «Вопросы тбк» № 4—1925 г.
И. Г. Габрилович. — Атипичные формы тбк. Сборн. научн. раб. сан.-Халила т. III.
Его-же. — Лекции по тбк.
Его-же. — Предсказания при хронич. бугорчатке легких и ряд других статей о прогнозе в Сборнике сан. Халила.
А. Соколовский. Болезни органов дыхания., т. III. 1913 г.

- Samuel West.—Болезни органов дыхания т. II. 1914 г.
Р. И. Баранова.—Материалы к вопросу о микрофлоре мокроты при туберкулезе. В. Т. № 4—1925 г.
М. А. Бруштейн.—Роль конституции в клинике легочного тбк. В. Т. № 5—6—1924 г.
К. Э. Ранке.—Первичный аффект. 1928 г.
В. Нейман.—Клиника легочного туберкулеза. 1928 г. 3 части.
К. П. Блюмель.—Распознавание и лечение тбк. 1927 г.
М. Н. Карнаухов.—К вопросу об особенностях клинического течения легочного тбк под влиянием экономических условий. В. Т. № 5-6. 1923 г.
Его же.—Туберкулез у полиграфистов 1927 г.
Его же.—О пределах трудоспособности при легочном тбк. «Ур. Мед. Журнал» № 2—1928 г.

ПЕРВИЧНЫЕ СКЛЕРОЗЫ ВЕКА.

(Из кожно-венеролог. отделения Пермской жел. дор. больницы).

Доктор Г. Н. ГНУЗДЕВ.

Статистические данные последнего времени говорят о все еще высокой венерологической заболеваемости сифилисом даже в наших центральных районах. По данным Гос. Вен. Института о венерологическом шанкре за последние пять лет, опубликованным Хатенезером ¹⁾, отношение венерологического шанкра к числу прошедших больных Lues I достигает 8,8 проц. Эти цифры относятся к Москве и ее пригородам. По данным Капшинского (Саратов), Кедрова (Москва), Андерсона это отношение также составляет от 9 до 11 проц. При такой частоте наблюдаемых экстрагенитальных первичных сифилитических поражений число описанных в русской литературе склерозов глаза очень невелико и при распространенном у нас бытовом сифилисе не соответствует действительной заражаемости через глаз.

Работами Россоза в 1923 и 1924 году ^{2, 3)}, и Кисина ⁴⁾ о первичном склерозе глаза, описавшими свои наблюдения и собравшими все опубликованные ранее в нашей литературе случаи до 1926 года, число это доведено до 57. В 1926 году в доступной нам литературе найдено еще сообщение о первичном склерозе глаза Пустошкиной ⁵⁾, Прибыльского ⁶⁾, Цетковского ⁷⁾, Гелевича ⁸⁾, Куменчукской ⁹⁾, в 1927 г. — наблюдения Архангельского ¹⁰⁾, в 1928 г. — Закопашинского.

Относительная частота склерозов глаза среди венерологических шанкров по Стоепниш'у, на основании суммированных данных многих авторов составляет в среднем 3,1 проц. Hahn в Гамбургский больнице среди 307 случаев венерологического склероза на 16.616 люэтикоз не установил ни одного шанкра глаза. Fournier наблюдал такую локализацию в 1,8 проц. По большому статистическому материалу Münchheimer'a на 10.265 экстрагенитальных шанкрос первичное поражение глаза приходится в 4,15 проц. По статистическим данным русских авторов эти цифры выше иностранных: так по данным Г.В.И. из 50 венерологических шанкрос 3 локализовались на веках (6 проц.), Порай-Кошца устанавливает такую локализацию в 7 проц.

В числе всех глазных заболеваний склероз глаза наблюдается очень редко. По Igersheimer'у, «на громадном офтальмологическом поликлиническом материале за 2 года можно наблюдать только один твердый шанкр глаза». Он сам наблюдал 3 случая за 5 лет. Fernandez на 50.250 глазных больных наблюдал один склероз века. На 82.000 больных глазной клиники Ленинградск. Мед. Инстит. за 18 лет склероз глаза встретился лишь 2 раза (Кисин). Первичный склероз

глаза наблюдается больше у мужчин и чаще всего у крестьян, локализуется на коже и краях век реже на конъюнктиве век и совсем редко на конъюнктиве глазного яблока.

Если клиническая картина склероза глаза теперь более или менее изучена на основании опубликованных, хотя и немногочисленных наблюдений, то выяснение в каждом новом случае способа заражения и условий, способствующих этому заражению, тесно связанных с нашим бытом, безусловно представляет интерес для нас. Исходя из этого, мы и сообщаем о двух случаях склероза века, из которых один наблюдался нами, а другой проф. М. А. Розентул в кожно-венеродерматической Клинике Перм. Гос. Ун-та.

1 случай.*) Больной М. 24 л., крестьянин Уфимской губ., женат, грамотный, работает в настоящее время на железно-дорожных лесозаготовках. Венболезни в прошлом отрицает. О существовании венболезней осведомлен только из разговоров с товарищами. В начале сентября с. г. при мольбе ржи засорил правый глаз. После безуспешных попыток самостоятельного удалить соринку, несмотря на находящуюся в 12-ти верстах ж.-д. амбулаторию, обратился за помощью к деревенской «бабке», которая дважды и вылизала ему глаз. Через 2—3 недели глаз начал краснеть, припухать и слезиться, постепенно появилась опухоль впереди правого уха и угла нижней челюсти, а за неделю до поступления в больницу заметил на теле сыпь. В ноябре поступил в железно-дорожную больницу Status pr.: питание ослаблено, бледен. Внутренние органы и нервная система нормальны. На коже туловища, конечностей, лба обильные полиморфные сифилиды: *Roseola elevata*, *papulae lentificulares corporis et extremitatum*, *Corona veneris*, *Impetigo capillitii specif.* На половых органах никаких болезненных изменений. RW положительна. Правый глаз полузакрит, верхнее веко слегка отечно, нижнее менее. Кожа верхнего века буровато красного цвета, сильнее у края. Выпадение ресниц верхнего века, за исключением резко сидящих волосков посредине. На нижнем ресницы сохранены. Утолщенный, очень плотный край верхнего века покрыт двумя желтоватыми корочками. Глубокая инфильтрация конъюнктивы, хряща верхнего века и переходных складок. Хемос и гиперемия конъюнктивы глазного яблока. При надавливании глаз не болезнен, кроме не сильного слезотечения других болезненных ощущений больной не отмечает. V.o.D=0.8. V.o.s.—0.8. Предушная правая лимфатическая железа плотная, неболезненная, величиною с орех и такие же подчелюстные над углом нижней челюсти, благодаря чему получается резко выраженная картина на асимметрии лица. В reizserum'e с края века по удалении корочки с помощью *Dunkelfeldbeleuchtung* найдены бледные спирохеты.

Таким образом у больного ясная картина Lues II recens. Анамнестические данные, календарно правильная картина развития болезни, отсутствие каких-либо намеков на склероз половых органов, болезненное изменение верхнего века правого глаза и ярко выраженный предушный и подчелюстной склераденит с асимметрией лица — с несомненностью говорят, что в области края века с переходом на конъюнктиву хряща имеется первичное сифилитическое поражение, вследствие вылизывания бабкой глаза. Primäraffect выражен в виде 2 маленьких эрозий под корочками по краю века и разлитого инфильтрата конъюнктивы хряща верхнего века.

Обследователем аппаратом Перм. Центр. ж.-д. амбулатории была обнаружена и доставлена вместе с дочерью в Пермь «бабка» — источник заражения нашего больного, вылизавшая у него глаз. Обе оказались больными цветущим сифилисом.

Таким образом нам удалось выяснить последовательную цепь сифилитических заражений, последним звеном которой явился наш

*) Демонстрирован в Мед. Об-ве при Перм. Гос. ун-те 28 ноября с. г.

больной. Все больные подвергнуты стационарному лечению, под влиянием которого у гр. М. наступило быстрое улучшение болезненных явлений глаза, постепенное, бесследное исчезновение плотного инфильтрата в области края века и конъюнктивы. Через месяц возобновился рост ресниц на верхнем веке, при чем не одинаковая величина ресничных волосков придает реснице неправильный ступенчатый вид.

2-й случай. Больной В. 22 лет, крестьянин Курганского округа. Красноармеец новобранец. Женат. Венерические болезни в прошлом отрицает.

В сентябре 1926 г. во время уборки хлеба в правый глаз попадает соринка, которая вылизывается также «бабкой». Недели через полторы на верхнем веке появился безболезненный узелок с маленькую горошину и вскоре больной заметил, впереди уха и под углом нижней челюсти плотные «жидваки». В начале октября он призывается в армию, 12/XI-26 г. комиссия обращает внимание на заболевание его глаза и 16/XI он поступает в клинику.

Status pr.: Внутренние органы нормальны. На коже: Roseola corporis et extremitatum, papulae lenticul. corporis. Глазная щель справа сужена. На ресничном крае верхнего века правого глаза снаружи грязно-бурая корочка, величиною с половину небольшой горошины. Кожа века нерезко отечна, буро-красного цвета. Ближайший к корочке участок века и его край дает ощущение безболезненной плотности. Вывернуть веко не удается. Выла еще ресниц из всем участке занимаемой корочкой. Конъюнктивна обоих век и глазного яблока гиперемирована; слезотечение. При давлении глазное яблоко безболезненно. Острота зрения на оба глаза равна I. Под корочкой соответствующей величины круглая эрозия. В отсосе обнаружена бледная спирохета. RW положительна. Впереди правого уха и под углом нижней челюсти типичный склероденит с асимметрией лица. Железы величиною от боба до голубиного яйца; другие лимфатические железы лишь несколько увеличены. Под влиянием специфического лечения наступило быстрое улучшение болезненных явлений глаза, исчезновение наружных проявлений и рассасывание инфильтрата в области склероза.

Таким образом в обоих описанных случаях заражение явилось последствием вылизывания глаза с целью удаления инородного тела. Этот способ заражения является очень типичным для отсталой в культурном отношении нашей деревни и преобладает во всех описанных случаях склерозов века: из 49 случаев, собранных Россовым, такой способ заражения наблюдался в 18. Тот факт, что больной М., имея в 12-ти верстах амбулаторию, куда он мог доехать с первым поездом, все же обращается за помощью к «бабке», еще раз говорит, что приближение медицинской помощи к населению без одновременного культурного воспитания нашей деревни, в частности, без санитарно-просветительной работы еще не даст достаточного успеха в борьбе с бытовым сифилисом. Иностранцами авторами описан такой способ заражения, хотя и много реже. Чрезвычайно интересны наблюдения Jadek'a, имевшего возможность исследовать заразивших «бабок», при чем кроме положительной RW он никаких болезненных проявлений у многих из них не находил («нуллеры» в смысле Kolle).

При локализации шанкра на крае века и при неясной обычно в начале картины заболевания, гнездовое выпадение ресниц, наблюдаемое в обоих наших случаях, по видимому, имеет большое диагностическое значение. По Igersheimer'у при подобной локализации шанкра ограниченное выпадение ресниц может длительно оставаться, как единственный признак заболевания. Следует упомянуть, что

Pinkus при Syphilis ignoratus asymptomaticus как на ценный диагностический признак указывает на неравномерное выстояние ресниц — ресницы располагаются в виде ступеней. Аналогичную картину мы наблюдали и в наших случаях при начавшемся росте ресниц.

И, наконец, наши наблюдения подтверждают важное диагностическое значение асимметрии лица, вызванной односторонним предущим и подчелюстным регионарным склераденизмом при склерозе века.

В заключение выражаю благодарность проф. М. А. Розентулу за предоставленный случай для описания, литературную помощь и указания в работе.

Л и т е р а т у р а:

1. Хатеневвер. Венерология и дерматология № 7-8 1928 г.
2. Россов Р. О. Ж. 1923 г. № 5.
3. Он же Р. В. Дерм. 1924 г. № 5.
4. Кисин Р. О. Ж. 1926 г. № 4.
5. Пустошкина там же.
6. Прижибыльский там же № 6.
7. Петковский там же № 7.
8. Гаевич там же № 9.
9. Кременчугская Мед. об. Нижн. Пов. № 11-12 1926 г.
10. Архангельский Р. О. Ж. 1927 г. № 7.
11. Закошанский Вен. и Дермат. № 9-10 1928 г.
12. Fournier Учение о сифилисе. Вып. I 1899 г.
13. Jgersheimer. Syphilis und Auge. 1928. Берлин.
14. Pinkus. uberspezif. Erkrank d. Cilien. Derm. Zeits. Bd. 17 H. 8. стр. 575.

О МЕСТНОЙ АНЭСТЕЗИИ В ГИНЕКОЛОГИИ И АКУШЕРСТВЕ*).

(Мотовилихинская Советская больница).

М. В. ШАЦ.

Местная анестезия получает все большее применение в хирургии, и наибольшим распространением пользуются в настоящее время проводниковая и инфильтрационная анестезии. Некоторые хирурги производят половину всех своих операций под местной анестезией (C. L. A. Oden, Schmieden, u. Sebening). К этому их побуждает, с одной стороны, относительная безвредность такого анестезирующего вещества, как новокаин, с другой — рискованность общего интубационного наркоза у многих больных. У одного и того же оператора жизнь больного и течение операции при общем наркозе зависит не только от качества хлороформа или эфира, но и от того, насколько искусен наркотизатор в своем деле. К сожалению, самыми искусными наркотизаторами — не только у нас, но и за границей — обыкновенно оказываются не врачи, а средний персонал, так как трудно найти для наркоза врача, имеющего большой опыт в наркозе: такой врач обыкновенно сам оперирует; наркоз же дают малоопытные врачи, и у них-то и бывает больше всего осложнений во время наркоза. В случае осложнения, самый опытный человек из окружающих больного, оператор, стоит буквально со связанными руками, и не всегда поэтому в состоянии выяснить причину осложнения. Другое дело, например, инфильтрационная анестезия, которую производит или может производить и регулировать сам оперирующий, соответственно нуждам той или другой операции.

Хирург поэтому стремится заменить общий наркоз местной, в настоящее время, главным образом, инфильтрационной или проводниковой анестезией; общий же наркоз в хирургии брюшной полости.

*) Доклад в научной ассоциации врачей г. Перми в ноябре 1928 г.

напр., оставляет пока лишь для случаев, где необходимы обширные манипуляции во всей полости или значительной ее части (возможность отыскания в будущем способа обезболивания больших полостей нашего тела, конечно, не исключается. За это говорят попытки обезболивания больших нервных сплетений.

Иначе дело обстоит в гинекологии. При наличии общеизвестных противопоказаний к общему наркозу, гинеколог или отказывается при некоторых крупных вмешательствах от операции, которую можно было бы произвести под местной анестезией, или при небольших вмешательствах производит операцию без всякого обезболивания. Когда же этих противопоказаний нет, в гинекологии чаще всего прибегают к общему наркозу, даже при самых малых операциях или же производят эти последние без анестезии. Но и при малых операциях общий наркоз может, как известно, оказаться губительным для больных. Поэтому операции грыжи, геморроя, резекции ребер и другие небольшие вмешательства редко кто из хирургов производит в настоящее время под общим наркозом. Хирурги, наоборот, стремятся применять местную анестезию и при довольно крупных вмешательствах. Операции на желудке, кишках, мочевом пузыре, даже на почках (Вишневский) и т. д. начинают все более производить под местной анестезией.

В гинекологии же мы не видим такого расцвета местной анестезии и ее применения там, где это было бы возможно и желательно. В 1910 г. А. П. Губарев писал: «местная анестезия в гинекологии применяется мало: зашивание промежности, разрезы при абсцессах на больших губах, иногда разрезы брюшной стенки для введения дренажа при опорожнении гнойного очага и разрезы для изолирования вены при внутривенном выпрыскивании — вот и все, что делается гинекологом при местном обезболивании». Не лучше дело обстоит в 1914 г., когда Д. О. Отт пишет: «местная анестезия не имеет широкого распространения в гинекологической практике; тем не менее, при небольших операциях на наружных половых органах и вообще на поверхности тела, представляется хорошим вспомогательным средством; употребляемая же в сочетании с общей анестезией, позволяет в соответственных случаях ограничить количество применяемого хлороформа».

И в последнее время, несмотря на сообщения отдельных гинекологов об успешном применении местной анестезии при малых и больших операциях (Thaler), она все же мало применяется. Doderlein (1921 год) объясняет это тем, что, — во-первых, — некоторые части полового аппарата имеют очень мало чувствительных нервов, благодаря чему нет надобности прибегать к обезболиванию их; во-вторых, до настоящего времени не удалось будто бы хорошо анестезировать пристеночную брюшину. Относительно первого довода можно сказать, что при расширении шейки матки, напр., при производстве аборта, женщины испытывают сильные боли и издают отчаянные крики, однако, гинеколог производит эту небольшую операцию большей частью без всякого обезболивания. Что же касается до очень чувствительной пристеночной брюшины, то именно это обстоятельство и мешает распространению местной анестезии в гинекологии на те случаи, где она была бы вполне возможна и целесообразна. Установился страх перед чувствительной брюшиной, кото-

рую, однако, во многих случаях можно хорошо обезболить на расстоянии, достаточные для безболезненного производства некоторых операций.

Большого опыта в применении местной анестезии в гинекологии и акушерстве у меня нет, и я не могу оперировать большими цифрами, так как я стал шире ставить показания к употреблению местной анестезии при гинекологических операциях лишь в самое последнее время. Но, на основании того материала, на котором я испробовал инфильтрационную и частью проводниковую анестезию, могу сказать, что в целом ряде случаев она заслуживает большего распространения среди гинекологов, чем это наблюдается до последнего времени.

Начну с искусственных абортов. В последние 2-3 года мне нечасто приходится делать искусственные аборты, и произвожу я их большей частью в случаях после восьми или десяти недель беременности, когда имеются, конечно, к этому особенно важные показания. Первый раз я применил впрыскивание новокаина с адреналином при искусственном аборте пробы ради в 1926 г. и остался очень доволен полученным результатом. Второй раз мне пришлось в том же году сделать искусственный аборт в конце второго месяца беременности больной, где обезболивание было крайне необходимо. Краткая история болезни этой больной такова:

Больная В., 23 лет. Поступила в больницу 25 июня 1926 г. Беременная первый раз, судя по всему недель 8. Больная довольно полная женщина. Тоны сердца глуховаты, пульс 110—120 в минуту. Страдает астмой в тяжелой форме и эмфиземой легких. В связи с началом беременности сильные рвоты, в последние две недели пьет одну только воду. Ex consilio решено было произвести ей искусственный аборт. Состояние больной было таково, что совершенно не представлялось возможным причинить ей какую-нибудь боль или применить общий наркоз. Я прибег к местному обезболиванию.

Техника чрезвычайно проста и состоит в следующем. Шейка как и при производстве обыкновенного искусственного аборта, захватывается пинцетом. Из боковых сводов влагалища вкалывается тонкая, но достаточной длины игла в парацервикальную ткань непосредственно у самой шейки на глубину см. в 5. Впрыскивается несколько кубиков $\frac{1}{2}\%$ раствора новокаина с адреналином (10 капель адреналина на 100,0 раствора) на этой глубине и, постепенно извлекая иглу, продолжают инфильтрировать парацервикальную ткань. Всего впрыскивается с каждой стороны по 10,0 раствора. Кубиков 5 впрыскивается в передний свод между шейкой и пузырем и столько же в задний свод, но на меньшую глубину и также непосредственно у самой шейки. Всего 30,0—35,0. Через 5 минут расширение шейки совершенно безболезненно. Выскабливание нечувствительно и почти бескровно. Через полторы суток больная выписана домой.

На этом случае я убедился, что для производства безболезненного аборта перинеуральное блокирование нервов у самой шейки матки есть анестезия выбора. Больная — женщина очень интеллигентная — сообщила мне после операции, что она, действительно, никакой боли не чувствовала. С тех пор я произвожу аборт большей частью под местной анестезией. Мне кажется, что в интересах гуманности следует эту маленькую, но подчас очень болезненную операцию всегда производить под местной анестезией и не пожалеть для этого затраты времени. Всего мною сделано под местной анестезией 11 абортов.

Самое приятное для хирурга — это отсутствие кровотечения. Поразительно, как прекрасно действует в этом смысле адреналин на сосуды матки!

В повседневной практике врачи отказывают беременным женщинам в производстве искусственного аборта после 8 недель беременности, совершенно справедливо опасаясь сильного кровотечения во время операции. Мне неоднократно приходилось производить искусственный аборт — при наличии, конечно, особенно важных показаний — и после 3 месяцев беременности. Первое время я прибегал в подобных случаях к влагалищному рассечению шейки матки и отсепаровке пузыря и пользовался исключительно общим наркозом. В последнее же время я выработал для себя следующий образ действий. До 3½ месяцев я пользуюсь только описанным способом вырыскивания новокаина в параметрий у самой шейки и простым расширением шейки дилататорами Негарта, при чем ни во время операции, ни после нее нет сколько-нибудь значительного кровотечения, сама же операция протекает без боли. Удаляемый послед желтоватого цвета, почти обескровлен. Кто опасается попасть иглой в сосуд и вырыгнуть новокаин в кровь, может перед вырыскиванием жидкости незначительным извлечением поршня убедиться, не насосали ли шприц крови, или же вколоть иглу без шприца. Если показалась кровь, необходимо иглу несколько вытащить или глубже вколоть и выждать, пока не прекратится кровотечение. После же 3½ месяцев, если нужно произвести аборт (но не выше 6 месяцев беременности), я производю влагалищное кесарское сечение, когда одновременно не перевязываются трубы, и абдоминальное кесарское сечение, когда одновременно необходимо еще стерилизовать больную, хотя и влагалищным путем вполне можно под местной анестезией произвести и перевязку труб.

В начале ноября 1928 года была направлена из абортной комиссии в Мотовилихинскую больницу больная N с 4-х месячной беременностью для производства искусственного аборта. Так как к стерилизации не было показаний, аборт был произведен влагалищным путем по Dürrssen'у. По описанному выше способу было вырыгнуто в парацервикальную ткань около 40° раствора новокаина с адреналином. Разрез на передней стенке влагалища имел полулунную форму доскута по Strassmann'у. Отсепарованный пузырь был совершенно анэмичен, ни капли крови из обыкновенно брызжущих веточек артерий пузырной стенки. Передняя стенка шейки и нижнего отдела тела матки рассекается по средней линии до тех пор, пока не становится возможным проникнуть пальцем в подость матки. Плод, а затем и плацента извлекаются из полости матки легко и бескровно большой кюреткой. Все это совершенно безболезненно.

Так же безболезненно протекает ампутация шейки под местной анестезией. Некоторые гинекологи производят эту операцию без всякой анестезии, в виду того, что влагалищная часть шейки и своды мало снабжены чувствующими нервами. У меня нет своего опыта в ампутации шейки без всякой анестезии. Под инфильтрацией же парацервикальной ткани я производил эту операцию 5 раз, всегда с отсепаровкой пузыря и всегда без всякой боли и малейшего кровотечения из раны. Ткани обескровлены, операцию можно сделать очень изящно.

Прекрасное поле применения местной анестезии в гинекологии представляют еще пластические операции на промежности. В 6 случаях выпадения матки я производил пластическое восстановление

промежности под инфильтрационной анестезией. Какой-бы способ операции не был применен, необходимо хорошо инфильтрировать кожу, подкожную клетчатку и подслизистую в линиях разрезов, а также мышцы как поверхностные, так и глубокие. Кто раз пробовал делать эту операцию под местной анестезией, не станет ее делать под общей. Правда, больные устают лежать с согнутыми в коленях ногами, если пользоваться ногодержателями. Гораздо удобнее больным держать свои ноги на надплечьях ассистентов, как это делают многие гинекологи, оперируя и под общим наркозом.

В пяти случаях полного выпадения матки у старых женщин (3 были в возрасте более 60 лет, две более 50 лет), у которых нельзя было оперировать на промежности и влагалище, вследствие обширных изъязвлений шейки, я произвел операцию Kocher'a, состоящую, как известно, во внебрюшинном прикреплении матки к брюшной стенке, под местной анестезией. 20 кубиков новокаина с адреналином я вприскивал под кожу и в подкожную клетчатку живота по средней линии и кубиков 20 в под апоневроз в линии разреза. Не только кожа, но и брюшина оказывались совершенно нечувствительными. Лишь в момент доставания матки из малого таза больные жаловались на боли. Но, как только матку захватывали пулевыми щипцами и выводили в рану, больные успокаивались и можно было продолжать операцию совершенно без боли. В последнем (пятом) случае я решил избавить больную от боли при доставании матки и прибег на 2-3 минуты к эфирному опьянению по Sudeck'у. Результаты от операций во всех случаях были хорошие, и язвы быстро зажили.

16 июня 1927 года была направлена в гинекологическое отделение Лысвенской больницы учительница К. 32 лет, больная активным туберкулезом легких и раза 2—3 в году прибегавшая к искусственным абортам. Под инфильтрационной анестезией я ей произвел резекцию труб без боли. Матка находилась непосредственно под брюшной стенкой. До операции за полчаса больной было вприснуто под кожу 0,01 морфия, благодаря чему общая болевая чувствительность была понижена, и больная в первые часы после операции не чувствовала боли и дремала.

Такая же операция и с таким же хорошим результатом от инфильтрационной анестезии была произведена под моим руководством в сентябре 1928 года в Мотовилихинской больнице больной—калечке с анкилозом обоих коленных суставов (оперировал д-р А. С. Дашевский). Матка находилась в положении *retroversio* глубоко в тазу. Что бы разыскать и достать ее, пришлось дать больной на 1½-2 минуты эфира по Sudeck'у. После 18 дыханий эфира дальнейшая дача эфира была прекращена, но маска оставлена. Рука была введена в малый таз, матка вставлена в рану и захвачена щипцами. Благодаря этому, все моменты операции протекали без всякой боли, больная быстро пришла в себя и продолжала беседу с сестрой.

Третья операция стерилизации под местной анестезией была произведена также в сентябре текущего года с неменьшим успехом.

В 3 случаях прерванной внематочной беременности с большим внутренним кровоизлиянием и при нитевидном пульсе инфильтрационная анестезия оказала мне незаменимые услуги. Первая операция была произведена мной в марте 1927 года. Беременную трубу обыкновенно легко удается достать одним движением руки и без значительной боли. Недостатком местной анестезии при операции прерванной внематочной беременности является трудность удаления ступок крови из полости брюшины, особенно из заднего дугласа. В первом из моих случаев больная жаловалась при этом на боли и вытал-

кивала кишки из раны. В следующих же случаях я в этот момент давал эфира до 18—20 вдыханий, чего вполне было достаточно для безболезненного совершения кратковременных манипуляций во всей брюшной полости. Но стремиться удалить все сгустки крови нет особой надобности, жидкая же кровь сама вытекает из раны при наклонении стола или больной. Больные с остатками крови в брюшной полости, как известно, хорошо выздоравливают, и кровь бесследно рассасывается. В более легких случаях, при хорошем пульсе, трудно, конечно, возражать против эфирного наркоза, если, кроме удаления беременной трубы, ставят себе целью и очистку брюшной полости от крови.

Но в тех случаях, когда орган брюшной полости непосредственно прилегает к пристеночной брюшине, можно под местной анестезией оперировать на нем, как на поверхностных частях тела. Браун говорит: «операции на брюшных органах без устранения брюшинных ощущений (ohne Beseitigung der abdominellen Sensationen) возможны лишь тогда, когда соответственный орган прилегает непосредственно к брюшине и доступен без дальнейших манипуляций». В хирургии такие условия даны не только для гастростомии, энтеростомии, оперативного закрытия искусственного заднего прохода, как перечисляет Браун, но и для гастроэнтеростомии, резекции желудка и даже желчного пузыря, как я имел случаи в этом убедиться. В гинекологии же это условие дано наилучшим образом при операции абдоминального кесарского сечения в последние месяцы или в самом конце беременности. В течение этого года я производил эту операцию под местной анестезией в 4 случаях. В 3-х случаях при суженном тазе в начале родов и в одном случае в конце шестого месяца беременности. Последняя больная страдала туберкулезом легких и правой почки. Через месяц после нефрэктомии я решил, в интересах матери, стерилизовать ее и прервать беременность. Все это было сделано абдоминальным путем под инфильтрационной анестезией совершенно без боли. Разрезывание матки, извлечение плода и сшивание матки нечувствительны. Массирование же матки и поворачивание ее вызывает по извлечении последа боли, как при послеродовых схватках. Эта больная в течение всей операции сохраняла хорошее настроение, и когда после кесарского сечения поворачивали матку для перерезки и перевязки труб, почувствовала: «не давите там на матку».

Двое больных были молодые первороженницы в возрасте 17 и 20 лет, однако, анестезия в обоих случаях не оставляла желать лучшего. В обоих случаях дети были доношенные, скоро по извлечении начинали кричать, и не наблюдалось асфиксии, как при общем наркозе. Четвертая больная рождает 8-й раз, имеет плоскосуженный таз. При первых родах ей было произведено кесарское сечение, ребенок жив и цыгане. В остальные шесть раз перфорировали головку. Под местной анестезией были извлечены через абдоминальный разрез два крупных плода женского пола. Дети закричали еще до перерезки пуповины. Больная все время беседовала с сестрой, не ощущала никакой боли и была очень довольна, что ее не усыпляют на этот раз. Послеоперационное течение во всех 4 случаях было совершенно гладкое, в первый же день можно было давать больным пить, так как никаких явлений со стороны желудка, как это обыкновенно бывает после наркоза, не было.

От операции кесаревого сечения под местной анестезией у меня осталось самое лучшее впечатление, и в подходящих случаях буду продолжать ее делать под местной анестезией.

Особенно важное значение должно иметь применение местной анестезии при операции кесаревого сечения по поводу эклампсии, в виду того, что ингаляционный наркоз — в особенности хлороформный, чрезвычайно вреден для больных эклампсией. Но это, повидимому, возможно лишь в тех случаях эклампсии или эклампсизма, по новейшей терминологии, в которых больные еще не потеряли полностью сознания и в состоянии понять, что им производят операцию. В одном случае полной потери сознания при эклампсии, попытка произвести операцию кесаревого сечения под местной анестезией не удалась, так как больная все время возилась и затрудняла производство операции.

В одном случае кисты яичника на ножке, где ингаляционный наркоз был противопоказан, я произвел с успехом операцию под местной анестезией. Случай следующий:

Больная К. 54 лет, поступила в гинекологическое отделение Мотсвилехинской больницы с диагнозом «tumor ovarii dextri». Больная очень жирная женщина, тоны сердца глухие, пульс 90—100 в минуту, слабого наполнения. Имеется аритмия. При двуручном исследовании прощупывается справа от матки подвижная твердая опухоль, величиной с гусиное яйцо. Слева ничего патологического не удается прощупать.

10 июня 1928 г. а производится операция под проводниково-инфильтрационной анестезией полпроцентным раствором новокаина с адреналином. Вдоль латеральных краев прямых мышц от пупка до лобка впрыскивается под апоневроз по 20,0 раствора с каждой стороны, соответственно длине предполагаемого разреза. Имеется в виду таким образом блокировать чувствительные нервы, подходящие сбоку к прямым мышцам и брюшине. Кроме этого, впрыскивается 40,0 того же раствора подкожно, в подкожную клетчатку и под апоневроз в средней линии между пупком и лобком. Через 5 минут приступлено к операции. Вскрытие брюшной полости совершенно не чувствительно. Доставание опухоли яичника рукой из глубины таза вызывает напряжение брюшной стенки и жалобы больной на боли в животе. Но, как только опухоль оказалась вместе с маткой фиксированной в разрезе брюшной стенки, дальнейшее наложение щипцов на ножку опухоли и отделение опухоли были нечувствительны. Слева яичник частично кистовидно перерожден и слаян с прилежащими петлями кишок и маткой. Он освобождается от сращений, и перерожденная макроскопически его часть резецируется. Рана брюшной стенки зашивается наглухо. Послеоперационное течение гладкое. 21 июля больная выписана.

Таким образом, эта операция была произведена под местной анестезией с нехудшим обезболиванием, чем при операции обыкновенной грыжи, где больные временами тоже жалуются на болезненность.

Резюмируя результаты, полученные мною от применения местной анестезии в виде инфильтрационной, а частью и проводниковой в гинекологической практике в 39 случаях, в числе коих было 16 лапаротомий, я прихожу к следующим выводам.

Упомянутые формы местной анестезии заслуживают не меньшего распространения в гинекологии, чем в других областях, так как хирургические принципы не подразделяются на глазные, гинекологические, урологические и т. д., а остаются хирургическими. Пластические операции на промежности, влагалище, шейке матки, а также искусственные аборты не следует производить под общей анестезией, так как местная анестезия вполне заменяет общую. Лапаротомии

под местной анестезией вполне возможны в случаях, когда орган прилегает к брюшной стенке или подвижен и может быть введен в разрез брюшной стенки. Такие условия имеются прежде всего при кесарском сечении и подвижных кистах яичников на ножке, а также при стерилизации и внематочной беременности. В случае же, когда орган приходится доставать рукой из глубины брюшной полости или из малого таза, достаточно прибегнуть на 2—3 минуты к эфирному опьянению по Sudeck'у, после чего удастся продолжать операцию без боли под одной местной анестезией. При удалении матки брюшным путем или при неподвижных кистах, где требуется долгое лежание больной в положении Тренделенбурга вниз головой и полное расслабление брюшной стенки, а местную анестезию не применял, считая, что для таких вмешательств способ не подходит. Экстирпация же матки влагалищным путем, судя по сообщению Thaler'a, возможна под местной анестезией.

Настоящая работа была уже закончена, когда я приступил к применению местной анестезии и при влагалищной экстирпации матки.

25-го ноября 1928 года я удалил матку через влагалище под инфильтрационной анестезией по поводу карциномы шейки у больной 47 лет (при операции присутствовал проф. Д. П. Кузнецкий). Операция протекала так же бескровно, как и в других случаях применения инфильтрационной анестезии при операциях на матке через влагалище, а обезболивание было вполне достаточное. Брюшина и разрез во влагалище были защищены наглухо, так как операционное поле производило впечатление достаточной стерильности. Послеоперационное течение у больной совершенно гладкое, температура не повышалась, через 7 дней сняты швы. Рана зажила perfectly.

Имея намерение сделать отдельные сообщения о достоинствах и недостатках применения инфильтрационной анестезии при влагалищной экстирпации матки по накоплении большого личного опыта, я в настоящей работе не останавливаюсь более подробно на этом случае.

Л и т е р а т у р а:

- 1) А. П. Губарев—«Оперативная гинекология», стр. 91.
- 2) Д. О. Отт—«Оперативная гинекология», стр. 141.
- 3) А. В. Вишневский—«Lentralblatt fur Chirurgie» S. 1475, 1928 г.
- 4) А. В. Вишневский—«Zentralblatt fur Chirurgie», S. 524, 1928 г.
- 5) Doderlein-Krönig—«Operative gynaekologie» 4 Auflage, S. 127.
- 6) C. L. A. Oden—«Zentralblatt fur chirurgie», 33, 1927.
- 7) Thaler. В Halban u. Seitz. «Die Biologie und Pathologie des Weibes», Band II.
- 8) Heinrich Braun l «Bier-Braun und Kümmel», Band I, S. 83.
- 9) Schmieden u. Sebening «Münchener med. Wochenschrift», S. 2197, 1927.

О РЕДКИХ ФОРМАХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.

В. П. ШИПИЦЫН.

Из факультетской хирургической клиники Пермского Государственного Университета.

Директор — проф. Д. П. КУЗНЕЦКИЙ.

1. Та разновидность паховой грыжи, которая известна под названием интерстициальной (*Hernia interstitialis*), по словам Тилло, является настолько же редкой, насколько и опасной. Что она встречается не часто, видно из следующих цифр. В обществе лондонских банджистов за 25 лет с 1866 г. по 1890 г. наблюдалось 129 интерстициальных грыж у мужчин и 34 у женщин. Статистика Maskensу за 3 года охватывает 23 случая промежуточной грыжи. Это число приходится на 17.429 паховых грыж; другими словами, она встречается в 0,13 проц. Berger на 7.151 случай паховой грыжи мог констатировать пахо-промежуточную всего только в 5 случаях, т. е. в 0,07 проц. Sertoli на 1.543 операции паховой грыжи встретил 8 случаев промежуточной грыжи: 6 у мужчин и 2 у женщин. Gobell в 1900 г. собрал 38 случаев. Затем единичные сообщения принадлежат Gruber'у, Vorelli, Buek'у, Depres, Ploss'у и другим; из русских авторов Борнгаупту (1 случай), Кузьмину (4 ущемл.), Шевелеву, Бутцу, Мартынову (2 случая), который описал их под названием грыж пахового треугольника.

Для клиницистов крайне важно знать, говорит Тихов¹⁾, что значительная часть подобного рода грыж поступает под наблюдение в состоянии ущемления.

История болезни наблюдавшегося нами больного сводится к следующему: В—ер, Я. С., 31 г., поступил в клинику 10-XII—1927 г. с жалобами на резкие боли в нижней части живота, рвоту, вздутие живота, запоры. Заболел неделю тому назад. Обратился к терапевту, который направил его в хирургическую клинику.

Месяц тому назад больной подвергся операции лапаротомии по поводу точно таких-же явлений: заболел сильно живот, появилась рвота, перестали отходить газы, и больной был экстренно оперирован в другом лечебном учреждении, причем хирургом не было обнаружено каких-либо анатомических изменений в брюшной полости и был поставлен диагноз спастического ileus'a. В течение 3-х недель после этой операции больной чувствовал себя вполне удовлетворительно, затем опять внезапно появились боли, рвота, т. е. такие-же явления, какие наблюдались до операции. Причинных моментов, которые могли-бы вызвать эти боли, больной указать совершенно не может, но отмечает, что боли как будто исходят от имеющейся у него грыжи. Если-бы ее не было, говорит он, то, мне кажется, я не хворал-бы. Грыжа с раннего детства, как только помнит себя, особенно не беспокоила, в мошонку никогда не спускалась.

На животе по срединной линии между пупком и лонным сочленением имеется ровный красноватого цвета рубец, чуть болезненный при ощупывании. В правой паховой области заметно выпячивание приплюснутой формы, достигающее кверху уровня передней подвздошной дуги, книзу граничащее с мошонкой; правая половина последней недоразвита, яичка в ней нет, оно прощупывается в паховом канале, ближе к внутреннему отверстию. Наружное отверстие канала пропускает чуть кончик пальца. Оба кольца свободны, и вся паховая область при ощупывании безболезненна. В течение 5 дней, когда больной находился до операции, у него несколько раз были приступы болей вышеуказанного характера, причем, боли были настолько сильные, что приходилось прибегать к морфию. Можно было предполагать, что боли эти зависели от кратковременного ущемления в паховом канале.

¹⁾ При этом он имеет в виду и поверхностные и преперитонеальные.

15-XII. Операция под общим наркозом (ординатор Двинянинов Е. П.): обычным разрезом кожи обнажено сухожилие наружной косой мышцы и в ней наружное паховое отверстие; последнее пропускало кончик мизинца; сам апоневроз представлялся менее плотным, чем в норме. При рассечении апоневроза одновременно был вскрыт и грыжевой мешок, лежащий непосредственно под апоневрозом и вплотную к нему прилегающий. В мешке обн. ружен салыник, лежащий свободно во внутреннем отверстии и спускающийся несколько книзу; атрофированное яичко лежало в паховом канале, ближе к внутреннему паховому отверстию и фиксировано было чрезвычайно укороченным и совершенно нерастяжимым семяным каном иком, так что о низведении его в мошонку не могло быть и речи. Внутреннее паховое отверстие оказалось несколько смещенным кверху и книз. ружки, ближе к передне-верхней ости и расширенным, так что в него свободно можно было ввести два пальца. Грыжевой мешок продолжался в мошонку, на 3 сантиметра от по. кожного отверстия и оканчивался узким концом. Яичко было у. алено, шейка мешка закрыта кисетным швом, самый мешок ослаблен. Мышцы: внутренняя косая и поперечная дряблы, область пахового к. н. ла лишена обычной упругости тканей, самый канал представляется более широким. Операция закончена наложением швов на кр. й мышцу и Пупуртову связку, удвоением апоневроза, в нижний конец ослабленного грыжевого мешка вставлен тампон. Послеоперационный период протекал без осложнений, и больной выписался через три недели совершенно здоровым.

Таким образом, особенности данного случая заключались в следующем:

1) грыжевой мешок располагался непосредственно под апоневрозом наружной косой мышцы и прилегал к ней настолько тесно, что при рассечении апоневроза одновременно был вскрыт и грыжевой мешок;

2) внутреннее отверстие пахового канала оказалось смещенным и расширенным, так что в него можно было ввести свободно два пальца;

3) наружное отверстие не было расширено;

4) мышцы паховой области представлялись вялыми, дряблыми, яичко находилось в состоянии атонии.

Все эти признаки характеризуют ту разновидность паховой грыжи, которая известна под именем промежуточной, интерстициальной, т. е. когда грыжа распространяется в толще брюшной стенки, разделяя мышечно-апоневротические слои. Другие ее названия: *Hernia interparietalis* (Dance), неполная паховая грыжа (Вельмо), малая паховая грыжа (Коопер). Гойагд в 1834 году дал ей более правильное название «*Hernia interstitialis*». Анатомические особенности этой формы грыжи касаются грыжевого мешка, пахового канала и положения яичка. Грыжевой мешок помещается в паховом канале позади апоневроза наружной косой мышцы и иногда бывает так тесно спаян с ним, что хирург при операции, разрезая апоневроз, вскрывает нередко и грыжевой мешок (Globell, Hadler, Berger, Rumpell, наш случай).

Иногда наблюдались случаи, в которых мешок помещался между внутренней косой и поперечной, разделяя эти мышцы. В других случаях мешок, помещаясь на своем обычном месте, давал дивертикулы, которые, располагаясь также под апоневрозом наружной косой мышцы, шли то к пупку, то к передне-верхней ости. Berger, Hadler, Eccles и другие наблюдали случаи, когда мешок, пройдя подкожное паховое отверстие, направлялся в мошонку, что наблюдалось и у нашего больного. Паховой канал при этой форме грыжи

обычно изменен в том смысле, что расширен и более прямого направления, мышцы дряблы и истончены. Подкожное отверстие, по описанию авторов, наблюдавших эту разновидность грыжи, имеет разнообразную форму. В то время как одни наблюдали полное его отсутствие (Бутц, Брамани), другие (Тилло) находили его всегда суженным, пропускающим только нервные веточки; третьи видели его нормальным, четвертые даже расширенным (Moynihan, Mackensy).

Что касается положения яичка при этой грыже, то известны только единичные случаи, когда яичко находилось на своем нормальном месте, в мошонке, окруженное серозной оболочкой (Berger, Goyrond). Редко также яичко помещалось вне пахового канала ниже подкожного отверстия, у начала мошонки. В большинстве случаев оно находилось в паховом канале, располагаясь то ближе к брюшному отверстию, как в нашем случае, то к подкожному. В громадном большинстве случаев яичко бывает атрофировано в большей или меньшей степени и фиксировано укороченным неподатливым семяным канатиком.

Berger разделяет промежуточные грыжи следующим образом:

I. Чистая промежуточная грыжа без мошоночного дивертикула:

- 1) с полным крипторхизмом,
- 2) с задержанием яичка в паховом канале на различной высоте.

II. Промежуточная грыжа с мошоночным дивертикулом, выходящим через подкожное отверстие пахового канала:

- 1) с эктопией яичка, на различной высоте,
- 2) без эктопии яичка: яичко лежит на дне мошонки и имеет свою собственную серозную оболочку.

Чем-же объяснить те приступы боли со рвотой и вздутием живота, по поводу которых больной так настойчиво искал врачебной помощи?

Принимая во внимание, с одной стороны, эффект от операции грыжи, с другой—то обстоятельство, что при ранне произведенной операции лапоратомии анатомических изменений в брюшной полости, которыми-бы можно было объяснить эти боли, не было найдено, нужно думать, что они обуславливались ущемлением салъника, при чем ущемление происходило между апоневротическими и мышечными слоями брюшной стенки respice, между апоневрозом наружной косой мышцы и внутренней косой, а не в отверстиях пахового канала, так как внутреннее отверстие было настолько широко, что вряд-ли в нем могло произойти ущемление и если-бы последнее произошло в наружном отверстии, то оно могло быть констатировано объективно до операции, а также во время операции.

Тилло, изучавший интерстициальные грыжи, высказывается именно за подобный механизм ущемления. Этого-же взгляда придерживается и Berger.

Что касается до оперативного лечения подобного рода грыж, то здесь приходится принять во внимание два осложняющих обстоятельства, это во 1-х, эктопию яичка, во 2-х значительный дефект в паховой области, сопровождающийся вялыми и атрофичными тканями—мышцами и апоневрозом. С эктопией яичка, конечно, нужно поступать при этом по общим правилам, как в обыкновенных врожденных грыжах, осложненных таким положением яичка, т. е. яичко сохранить

и низвести в мошонку, но при интерстициальных грыжах яичко, задержанное в своем развитии и фиксированное на очень коротком канатике, в большинстве случаев, даже после рассечения кремостера и оболочек не может быть низведено в мошонку; к этому еще присоединяется удлинение пахового канала, через который должно пройти яичко, удлинение, зависящее от перемещения паховых отверстий, главным образом, внутреннего. Поэтому яичко приходится удалять, как мы и поступили в нашем случае. Для закрытия пахового канала рекомендуется пользоваться пластическими способами. Специально для интерстициальной грыжи Berger предложил способ, при котором паховый канал закрывается 4 слоями: 1) мышечным, как при Bassini, 2) боковым лоскутом влагалища прямой мышцы, 3) срединным лоскутом этого влагалища и 4) срединным лоскутом вскрытого апоневроза наружной косой мышцы.

Все усилия хирургов при этой форме грыж, говорит Berger, должны быть направлены на восстановление стенки пахового канала. В заключение два слова о происхождении интерстициальных грыж. По мнению Тилло, промежуточная грыжа образуется при отсутствии или сужении наружного пахового отверстия; встречая препятствие, грыжевой мешок располагается среди мышц, расслаивая их. Эта теория является чрезвычайно подкупающей, но она объясняет только те грыжи, при которых мешок не спускается в мошонку, между тем, говорит Berger, существуют многочисленные случаи, в которых наружное паховое отверстие открыто и пропускает палец. Эти случаи нужно объяснить по Berger, Моуниану, Крылову остатками уродливых брюшинных мешков, которые в силу каких-то врожденных причин располагаются на указанных местах.

II. Грыжи мочевого пузыря в настоящее время не представляют уже редкого заболевания. По данным русских авторов, они встречаются в 3 проц., но, к сожалению, до операции распознаются чрезвычайно редко. Так, по Салищеву, из 39-ти наблюдений пузырная грыжа до операции определена только 1 раз, а во время операции 13 раз, в остальных 25-ти случаях пузырь был ранен, при чем иногда и после впадения он оставался неузнанным и определялся лишь спустя некоторое время, большею частью по вытеканию в рану мочи. По Брайтсу, на его 30 случаев, распознавание пузырной грыжи было сделано только 3 раза, да и то с вероятностью. Он же приводит указания Alessandri: на 223 случая распознавание пузырной грыжи до операции было поставлено в 23 случаях, но из этих 23 оно оправдалось только в 5-ти. На 104 случая, собранных доктором Степановым, диагноз до операции был поставлен только в 3-х случаях (Самохоцкий, Задьялов, Монашкин). Из приведенных цифр видно, как редко ставится диагноз пузырной грыжи до операции, поэтому каждый случай пузырной грыжи, распознанной до операции, заслуживает внимания и изучения, так как способствует пониманию этого страдания.

Больной Я—в, Петр Ал., 59 л. кустарь, поступил в клинику 22-1 1928 года по поводу имеющегося у него выпячивания в левой паховой области, которое появилось в 1925 г. и постепенно увеличилось. За последние 2 года стал замечать расстройство мочеиспускания, оно участилось до 10—12 раз в сутки; кроме того, при акте мочеиспускания ему приходится нагнуться на выпячивание, так как иначе у него не получается чувства опорожнения мочевого пузыря.

Объективно: в левой паховой области имеется выпячивание, величиною с кулак взрослого человека, нижней границей сливающееся с мо-

шонкой; без урчания вправляется в брюшную полость; при позывах к мочеиспусканию оно значительно увеличивается, причем в начале мочеиспускания моча выделяется прерывистыми струйками, а при надавливании на выпячивание—полной струей. При пальпации выпячивания замечается флюктуация. После опорожнения пузыря оно значительно уменьшается. В правой паховой области имеется глубокий мало подвижной рубец от операции грыжи, произведенной в 1915 г. Per rectum определяются увеличением предстательной железы. Таким образом, у больного наблюдались признаки, безусловно указывающие на участие мочевого пузыря в грыже: увеличение грыжевой опухоли при наполнении мочевого пузыря, флюктуация опухоли, при акте мочеиспускания больной должен надавить на нее, уменьшение опухоли после мочеиспускания.

Судя по литературным данным, перечисленные симптомы, особенно совокупность их, встречаются чрезвычайно редко; к той статистике в 4 случая—Самохоцкого, Салищева, Завьялова, Монашкина, которую приводит д-р Степанов¹⁾, я могу добавить еще наблюдение Михельсона из клиники проф. Хольцова; наш случай, следовательно, является шестым. Исключительно редким и интересным его делает совокупность и одновременное наличие всех признаков, безусловно указывающих на пузырную грыжу. В русской литературе до настоящего времени мне не удалось найти описания подобного случая.

Исследование больного дополнено цистоскопией (проф. Д. П. Кузнецкий) и цистографией (д-р Яковлев).

При цистоскопии (вместимость пузыря 200 к. с.) найдено следующее: слизистая оболочка никаких признаков воспаления не представляет, оба мочеточниковые отверстия отчетливо видны, обычной круглой формы; слева, в верхней части полости пузыря хорошо видно углубление со складками на подобие затянутого кисета,—отверстие в паховую грыжу мочевого пузыря. При сдавливании левой половины мошонки—области выпячивания—ясно видно, как через это отверстие, которое при этом расширяется, выделяется в полость пузыря жидкость и выходят пузырьки воздуха. При вправлении грыжи видно, как через грыжевое отверстие в полость пузыря выпячивается его стенка, предстательная железа увеличена. Цистография (сделано 5 снимков при различных условиях) показала, что имеется выпячивание левой боковой стенки мочевого пузыря в виде дивертикула, имеющее более узкую шейку и более широкое тело и дно, опускающееся за лобковую кость.

2. Вторая операция под спинномозговой анестезией (проф. Д. П. Кузнецкий): разрез слеза по ходу пахового канала, по обнажению семенного канатика обнаружено, что выпячивания брюшины—грыжевого мешка нет, а с медиальной стороны канатика примыкает и очень тесно соединена с ним боковая стенка мочевого пузыря, покрытая жировой тканью, выпавшая часть мочевого пузыря настолько плотно была спаяна с элементами семенного канатика, что пришлось отделять ее ножницами и оставить в соединении с ней часть общей влагалищной оболочки; стенка пузыря была заправлена, и паховый канал был закрыт посредством наложения катгутовых швов на мышечно-апоневротические слои.

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первым натяжением, и больной выписался 14-II, т. е. через 10 дней, здоровым.

7-III при цистоскопии ничего ненормального не обнаружено.

¹⁾ В хирургии пограничных областей 1927 г., кн. 28 и 29, т. X. Там же, см. литературу о грыжах мочевого пузыря.

Литература о промежуточных грыжах.

1. Berger. Revue de Chirurgie. 1902 г., № 1.
2. Tillaux. Traité d'anatomie topographique.
3. Rudolf göbell. D. Z. für chirurgie. 1900 г.
4. Uhlenbruck. Zentr. für Chirurgie. 1901 г. по Berger'y.
5. Бутц. «Газета Боткина», 1895 г.
6. Mayde. Die Lehre von den Unterleibsbrüchen. Wien, 1898 г.
7. Klieberg. D. Z. für Chirurgie т. III. (цитир. по Berger'y).
8. Galzin. Revue de Chirurgie. 1906 г., № 10.
9. Самохонский. «Русский Хозяйственный Архив». 1905 г., кн. 2.
10. Мартынов. «Хирургия» 1901 г.
11. Крымов. «Учение о грыжах».
12. Тихов. «Брюшные грыжи».

К ВОПРОСУ ОБ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ СО ШВОМ.

А. И. ИВАНОВ.

(Из глазного отделения Тагильской Окрбольницы.)

За последнее время много уделяется внимания в нашей отечественной литературе наложению шва при экстракциях катаракты.

Повидимому, вопрос этот в настоящее время является актуальным и все больше и больше интересует офтальмологов. Прочитав статью приват-доцента Васютинского, Чемолосова и других авторов, рекомендующих наложение шва на конъюнктиву, я хотел-бы поделиться своим наблюдением по затронутому вопросу.

К наложению конъюнктивального шва я прибегаю с 23 года. За эти 5 лет я прооперировал 20 катаракт, применяя закрытие операционной раны тонкими швами. Из 20 случаев в 4 экстракция катаракта была сделана без иридэктомии, в 4 случаях с базальной иридэктомией по Hesse, остальные 12 случаев типичные экстракции с иридэктомией.

Я позволю себе кратко остановиться на технике наложения шва: после обычного разреза с конъюнктивальным лоскутом длиной в 10 м.м. и шириною лоскута в 2—3 м.м. удаляется хрусталик, и выводятся кортикальные массы (с иридэктомией, или без иридэктомии). Затем через верхний конъюнктивальный лоскут, сверху вниз проводятся тонкие нити, отступя от линии разреза на 2—3 м.м. в количестве 2 (иногда 3). Нити проводятся над лимбальным конъюнктивным лоскутом, в самом лимбе и выводятся наружу. После вправления радужки нити затягиваются обыкновенным двойным узлом, каждая в отдельности. Конъюнктивальный разрез плотно закрывается стянутым швом и хорошо прижимает друг к другу склеральные края раны.

При наложении швов я пользуюсь обыкновенными швейными нитками № 60 или 80, обработанными по правилам хирургии, или же тонким шелком; вместо иглодержателей, которые неудобны при наложении конъюнктивального шва, я пользуюсь анатомическим пинцетом без замка. Проведению нитей (чаще 2) можно предпослать дальнейшие хирургические манипуляции, наложив их тотчас-же после склеро-конъюнктивального разреза, откинув нити в сторону. На моем небольшом материале, обнимающем всего 20 случаев, я ни разу не наблюдал выпадения или ущемления радужки. Швы обычно отделяются сами собой на 6—8 день и снимать их почти не приходится. Выгода наложения швов при экстракции катаракт несомненна:

1) больным нет надобности долго лежать на спине, в первый же операционный день они могут сидеть, а на следующий день осторожно ходить по палате;

2) если не исключается возможность выпадения радужки, то процент выпадений значительно уменьшается;

3) в виду тесного контакта конъюнктивальных лоскутов и прижатия швами склеральных краев операционной раны уменьшается возможность инфекции из конъюнктивального мешка;

4) васкуляризация лоскутов идет быстрее;

5) возможность оперирования больных, страдающих хроническими заболеваниями органов (эмфизема, хронический катаракт дыхательных путей и т. п.).

Все операции в пожилом и старческом возрасте мною произведены с периферическим склеро-конъюнктивальным лоскутом и с выведением хрусталика без прид-эктомии (имею в виду 20 случаев, приведенных выше). Экстракции с наложением шва без прид-эктомии или базальной прид-эктомии по Hesse имеют несомненные выгоды. При сохранении круглого зрачка повышается продуктивность зрения и достигается наилучший косметический эффект*).

Я лично глубоко убежден, что применение шва (конъюнктивального, а не склеро-карнеального Kalt'a) при экстракциях катаракт заслуживает серьезного внимания.

*) В 2-х случаях без прид-эктомии и 1 с базальной прид-эктомией я получил—1,0 с коррекцией.

ВОДОСНАБЖЕНИЕ АСБЕСТОВСКИХ ПРИСКОВ СВЕРДЛОВСКОГО ОКРУГА, УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Доктор И. Н. ОКУЛОВ (г. Пермь).

Летом 1928 года по заданиям Уральского Облздравотдела в Асбестовские приiski был направлен Санитарно-Обследовательский Отряд из руководителя отряда и 4 сотрудников обследователей для освещения санитарного состояния приисков в отношении водоснабжения, жилищ, общего благоустройства, общественного и индивидуального питания рабочего населения и т. д. Сформировавшись в Перми из студентов-медиков старших курсов и под руководством ассистента кафедры Гигиены Пермского Университета отряд выехал в Асбестовские приiski и в течение 2 1/2 месяцев выполнял полученное задание, при чем водоснабжение приисков было обследованом охвачено полностью, с заполнением обследовательской карты на каждый источник и с производством малого санитарного анализа проб воды этих источников. Прежде чем сообщить результаты обследования водоснабжения я позволю коротко дать представление о самих Асбестовских приисках, чтоб дальнейшее изложение было более ясным.

Асбестовские приiski расположены в 33 верстах на север от стан. Бежнова, среди сплошных лесов. Возникнув около 50 лет тому назад по инициативе частных предпринимателей, приiski стали быстро развиваться в 4-х отдельных пунктах, согласно залежей асбеста на узкой полосе по направлению с юга на север на протяжении до 12 километров. Две крайних пункта приисков—южный «Труд-Отдых» из 15 жилых домов с населением около 150 человек и северный—«Полетарский Участок» из 26 домов при населении до 500 человек сейчас являются только рабочими поселками, т. е. добыча асбеста здесь за последние годы не производится. Все производство приисков, а также и вся общественная жизнь, сосредоточены в двух центральных пунктах приисков, слившихся сейчас в один и лишь искусственно подразделяемый на два, под названием «Ильинского» и «Октябрьского» участков. Эти участки, растянувшиеся на протяжении до 5 километров, имеют с восточной своей стороны до двух десятков открытых шахт (разрезов), где производится добыча сырья асбеста. Население приисков точно не учтено и по приблизительным подсчетам достигает 18—20000 человек, главным образом занятых на производстве, программа которого с каждым годом увеличивается и на 1928-29 год намечена в 30000 тонн асбеста. Земледелие здесь совершенно отсутствует. Жилищный фонд приисков достигает до 500 зданий, главная масса которых принадлежит Ураласбесттресту и разбросана без всякого плана около разрезов и приисковых технических установок. За последние годы, в связи с расширением производства, проводится в широких размерах и жилищное строительство, уже введенное в определенные рамки и выполняемое согласно общего генерального строительного плана.

Описание водоснабжения я сделаю по отдельным населенным пунктам приисков, причем заключение о состоянии водоснабжения давалось как на основании анкетного обследования источников, так и на основании данных анализов, при проведении которых в воде отмечались физические свойства и химический состав, в выявлении содержания хлоридов, органических веществ, азотистых соединений (аммиак, азотистая и азотная кислота),

жесткости по способу Варта-Пфейфера и Винклера и избирательно растворенного в воде кислорода по способу Винклера. Бактериологический анализ не проводился.

Поселок «Труд-Отдых» для питьевого водоснабжения имеет только один источник, в виде родника, расположенного в 2 километрах от поселка на берегу речки Грязнушки, среди леса. Для сбора воды имеется шахта, глубиной в $1\frac{1}{2}$ метра, с опущенным в нее деревянным срубом, выходящим над поверхностью земли сантиметров на 20. Крышки на срубе нет. Сруб помещен в досчатую постройку с крышей, без дверей. Отводной канавы нет, избыток воды стекает через край сруба в речку. Около сруба грязно. Родник постоянный, мощность его значительная. Загрязнение этого источника возможно от поверхностных вод и грязи около него, а также от скота, пасущегося вблизи родника. Вода доставляется в поселок бочками водовозов, с платой за каждое ведро по 1 копейке. В сутки подвозится в поселок до 200 вед., что в среднем дает на человека не много более 1 вед. в день.

Анализ воды родника в отношении физических свойств оказался вполне благоприятным и при температуре 9° не дал отрицательных показаний, а по химическому составу вода дала такие результаты: хлоридов 4,4 мгр., органических веществ 122 мгр., аммиака и азотистой кислоты нет, азотной кислоты до 1 мгр., жесткость общая $15,68^{\circ}$, растворенного в воде кислорода 4,7 к. с.

Таким образом, указанный основной источник водоснабжения поселка по своему техническому устройству является не вполне благоустроенным и требует некоторых улучшений, после чего, можно думать, и химический состав воды, сейчас несколько подозрительный в силу увеличенного против нормы количества органических веществ, будет безупречен.

Другие источники, водой которых население может пользоваться, это речка Грязнушка с двумя прудами, протекающая в районе поселка который расположен на левом берегу речки. Хотя эти источники и не являются питьевыми, но при отсутствии колодцев и прекращении подвоза воды из родника, водой из них население может пользоваться. Речка является незначительным по величине открытым водоемом (длиной около 200 километров, шириной 1—2 метра и глубиной 0,2—0,5 мтр.), не судоходным и не сплавным, протекающим среди лесов. Берега довольно высокие, без особых видимых загрязнений. Течение быстрое. Дно реки песчаное с мелкой галькой, в некоторых местах с незначительным отложением ила. Пруды, — большой длиной до 150 мтр. и малый до 100 мтр., при ширине до 40 мтр. и глубине до $1\frac{1}{2}$ мтр. расположены один за другим и имеют запруды из бревен и земли высотой до 2,5 метров. Дно поросло водорослями и покрыто илом. Течение воды незаметно. Загрязнение самой речки выше поселка незначительное, пруды и речка ниже их загрязняются от жизнедеятельности людей и животных (стирка белья, водопой, купанье, близость жилья и надворных построек).

Для анализа были взяты 4 пробы воды: из речки выше поселка, из прудов большого и малого и речки ниже поселка. Результаты анализов в порядке проб таковы: температура 14-21—20,5 и 18° , цвет желтоватый, запаха нет, реакция щелочная, мути и осадка нет, прозрачность полная. Хлоридов: 4,6 3,68—6,9 и 4,6 мгр., органических веществ 180—164—186 и 200 мгр., аммиака и азотистой кислоты нет, азотной кислоты до 1 мгр., жесткость общая 9,82—8,63—6,72 и $10,64^{\circ}$, растворенного в воде кислорода (в первых двух пробах): 6,2 и 6,1 кб. с.

Отсюда видно, что особо резкого загрязнения ни речки ни прудов нет и лишь по значительному количеству органических веществ и окраске воды можно эти пробы поставить в разряд подозрительных, если только эти свойства не зависят от органических веществ гумусового характера.

Поселок «Пролетарский Участок», состоящий из двух расположенных вблизи друг от друга пунктов, питается водой двух колодцев, по одному в каждом пункте. Один из них расположен рядом с проезжей дорогой, второй за чертой строений около болота. Оба колодца срубового шахтного типа, весьма старой постройки (около 35 лет). Уровень воды в обоих колодцах от поверхности земли на расстоянии 1 мтр., а толщина слоя воды до 4,5 мтр. в каждом колодце. Срубы обоих колодцев неисправны, со щелями и провалами сбоку, выстоят над землей одина на 75 смт., другой на 45 смт. Колодцы открыты со всех сторон, без крышек. Вода достается с помощью журавля общим ведром. Площадка около колодцев содержится грязно, ската нет. Загрязнение колодцев возможно поверхностными водами и от близости дороги и болота. Воды из обоих колодцев забирается до 550 ведер в сутки, т. е. почти по 1 ведрu на человека. Надзора за колодцами не видно. Оба колодца нуждаются в капитальном ремонте.

Анализы проб воды дали такие результаты: *температура* 9 и 4,5°, *запах* нет, *цвет* желтоватый. (и бесцветна), *осадок* незначительный в обоих пробах *реакция* щелочная, вода вполне прозрачна в обоих пробах.

Хлоридов: 40 и 45 мгр., *органических веществ* 250 и 416 мгр., *аммиак* и *азотистая кислота* есть в обоих пробах, *азотной кислоты* выше 7 мгр. и до 7 мгр., *жесткость* общая до 28° в обоих пробах, *растворенного кислорода* в одной пробе—менее 1 куб. с.

Анализ ясно говорит о резком загрязнении воды, что при полном отсутствии других источников водоснабжения в летнее время требует принятия срочных мер.

Водоснабжение основных центральных пунктов приисков—**Ильинского и Октябрьского участков** является более сложным и разнообразным, причем здесь наряду с одинаковыми источниками водоснабжения для обоих пунктов (колодцы и родники), имеются еще для каждого из них свои особенности. Так в Ильинском участке имеется центральный водопровод, а часть Октябрьского участка пользуется водой реки Рефт, почему в своем описании я буду говорить о каждом из видов источников водоснабжения отдельно.

Всех колодцев в этих пунктах найдено 27, главным образом, в окраинных частях поселков. Расположение их следующее: за чертой строений, на улице 13, в огороде 1 и во дворах 10. По отношению к различным загрязняющим моментам расположение колодцев крайне неблагоприятное и расстояние колодцев до 5 метров от дороги отмечено в 12 случаях, от жилья в 8, от отхожих мест и конюшен в 3, рядом ссточными канавами 6, рядом с навозом 3 колодца и т. д., причем здесь для некоторых колодцев загрязняющие моменты отмечаются с нескольких сторон. Стирка белья и водопой скота у колодцев не имеют места, кроме 1 отмеченного случая полоскания белья. Тип обследованных колодцев—шахтный, причем 20 из них имеют бревенчатый сруб, 3—вместо сруба вертикально поставленные доски, 3 совсем не имеют в подземной части сруба и 1 является водонапорной башней больницы Октябрьского участка.

Основной колодец расположен рядом с больницей, которая стоит на насыпи выше его метров на 12—15, и недалеко от жилья, рядом с дорогой. Шахта колодца заложена на глубину до 30 метров, а слой воды в нем достигает до 5 метров. В шахту заложен деревянный сруб. Колодец находится в особой закрытой деревянной оштукатуренной постройке, внутри которой над колодцем имеется электронасос, подающий воду из шахты в 2 железных бака, емкостью ведер по 400 каждый, поставленные на деревянные балки—подставки под крышей постройки. Колодец обслуживается моторщиками, работающими в 2 смены. Вода из колодца при помощи насоса сначала по-

дается в баки, а потом при помощи двух отводных труб с затворами забирается в бочки водовозами и развозится по поселку или бесплатно в казарменные помещения, или с платой по 1 копейке за ведро для остального населения. Для развозки воды имеется целый обоз лошадей и водовозов. Бочки для воды деревянные, без кранов, с деревянными крышками. Вода забирается из бочек ведрами через верх. За сутки развозится до 9000 ведер. Кроме того по подземной трубе вода из этого колодца подается и в водонапорную башню больницы, откуда по водопроводным разветвлениям поступает в здания больницы. Воды в колодце часто не хватает и тогда подвозка и подача ее прекращается, пока вновь не скопится в колодце. Расположение колодца в данном месте едва ли можно признать удачным, т. к. помимо близости к больнице и жилью вполне возможна связь колодца с расположенным метрах в 40 на восток разрезом № 1, где производится выработка асбеста конными забойщиками и с «Шучьим Озером» метрах в 100 от колодца на запад, расположенным между Ильинским и Октябрьским участком. Площадка около колодца со стороны забора воды представляет из себя сплошное озеро грязи не только в дождливую, но и в сухую погоду. Для отвода воды и грязи стоков нет и вполне возможно просачивание этой грязи в самый колодец.

Анализ воды из колодца и водопровода больницы, в количестве 3 проб дали такие результаты: *температура* 9,5—10 и 11°, пробы бесцветны, запаха нет, реакция щелочная, в пробах отмечаются от ельные мелкие биты асбеста, *прозрачность* полная. Хлоридов: 21,1—14 85—14 85 мгр., органических веществ 160—144 5 и 141,3 мгр., аммиак и азотистая кислота есть во всех пробах, азотной кислоты до 7 мгр. и в 2 пробах больше 7 мгр. Жесткость по Варту-Пфейферу: а) устранимая 17,16—16,8 и 16,52°, б) постоянная 3,0—2,24 и 2,52°, в) общая 20,16—19,04 и 20 28°. Жесткость по Винклеру: а) от солей кальция 16,31—16,3 и 13,72°, б) магния 5,98—4,72 и 6,59, в) общая 22,3—21,2 и 20.

Химический состав воды не требует особых пояснений и ясно говорит о резком загрязнении воды, почему, принимая во внимание значение этого колодца для Октябрьского участка, следует срочно принять какие то меры.

Перехожу к р збору остальных 25 колодцев.

Расстояние до воды от поверхности земли колеблется в различных колодцах от 0,5 до 6 метр, причем большинство колодцев (16) имеют высокое стояние воды, не превышающее 1 метра. Толщина слоя воды тоже колеблется от 1 до 6 метров и в 16 колодцах не превышает двух метров. Выстоящая над землей часть сруба отмечена в 10 сантиметров у 1 колодца, в 20 см. у 1, в 30 см. у 4, в 40 см. у 5, в 50 см. у 2, в 60 см. у 2 и в 70 см. у 4 колодцев. Кроме того у 3 колодцев над землей сруба нет вовсе, а вместо него один обнесен досчатой загородкой, а у 2 остальных вместо сруба над шахтой наложены доски и о 3 колодцах еще сний не указано. Вода достается из 14 колодцев при помощи приносимых с собой ведер и веревки, в 7 случаях общими ведрами или на ворота (5 колодцев) или на журавле (2 кол.) и при 4 колодцах имелся ворот, но без общего ведра. Огороженными досчатой изгоролю найдено 3 колодца и 22 открыты со всех сторон. Над срубом 3 колодцев отмечены на деревянных подставках небольшие крыши-навесы и один колодец имел сруб, закрытый крышей на 2 ската. Крышки на колодцах в 13 случаях отсутствуют совершенно, а у 12 остальных имеются, но в большинстве случаев требуют ремонта. Площадь около колодца сравнительно чисто содержится в 8 случаях и в 17 грязно. Скат незначительный и случайный имеется у 10 колодцев, а остальные 15 ни ската, ни отводных канавок не имеют. Попадание дождевой воды в колодцы возможно в 21 случае и только устройство 4 колодцев гарантирует от попадания дождевой воды. Водой пользуются в большинстве случаев (23 колодца) и для питья и для других хозяйственных надобностей и лишь два колодца, со слов населения, обслуживают чисто хозяйственные цели. Чистота колодцев внутри в зависимости от видимого загрязнения отмечена в 2 из них, а потребность в ремонте имеется в 23 колодцах, при чем 5 из них требуют полного переустройства, а в остальных несбохо им ремонт сруба, крышки, площадки около колодца и т. д. Колодцев общественного типа очень мало (2), боль-

шинство же являются частными, а по забору воды 20 колодцев являются групповыми, обслуживающими различное количество дворов и 5 индивидуальных. *Надзор за колодцами* в 19 случаях отмечен со стороны пользующегося колодцами населения и 6 колодцев оказались беспризорными. *Воды в колодцах* обычно для забора населением хватает и лишь в 9 из них вода исчезает быстрой. *Общий забор воды из колодцев* по весьма не точным данным, полученным от распроса населения, достигает до 4355 вед. в сутки, т. е. из всех 25 колодцев забор воды не достигает и половины забора из одного основного колодца Октябрьского участка, описанного выше. *Результаты анализов* проб воды из этих колодцев следующие: *температура* до 5°—3 пробы, до 8°—8 проб, до 10°—5 проб и выше 10°—9 проб. *окраска воды* отмечена в 8 пробах—(желтоватый цвет), *запах* отсутствует во всех проб. *х. реакция* щелочная всех проб, *мут и осадок* отмечены в 6 пробах. *прозрачность* понижена в 5 пробах. *Хлориды:* до 5 мгр.—1 проба, до 10—6 пр., до 25—1 пр., до 30 мгр 3 пробы и выше 30 мгр. (от 40 до 200)—14 проб. *Органические вещества* в пределах нормы (до 50 мгр.) в 1 пробе и в 24 пробах количество их колеблется от 100 до 600 мгр. (до 100 мгр. 2 пробы, до 150 мгр. 9 проб, до 200 мгр 3 пробы, до 300 мгр 4 пробы, до 400 4 пробы и до 600 мгр. 2 пробы). *Аммиак* есть в 11 пробах, *азотистая кислота* в 21 пробе. *азотная кислота* о 1 мгр—2 пробы до 7—3 пробы и выше 7—2) проб. *Жесткость по Варта-Ифейферу* (в 23 пробах): а) *устраняемая* до 5°—4 пробы, до 10°—8 пр., до 15°—6 пр., до 20°—4 пр. и до 25°—1 проба; в) *постоянная* менее 1°—2 пробы, до 3°—10 пр., до 5°—2 пр., до 10°—6 пр. и до 15°—3 пробы; в) *общая* до 10°—6 проб, до 15°—4 пр., до 20°—5 проб и выше 20°—8 проб. *Жесткость по Винклеру* (2 пробы) а) *от солей кальция* 5 и 13°; б) *от солей магния* 3 и 3°, в) *общая* 8 и 16°.

Общее заключение о пригодности питьевой воды колодцев на основании данных анализа крайне печальное и только вода 1 колодца по своему составу отвечает санитарным требованиям, в 4 колодцах она подозрительна и в 20 колодцах не годна. Такой вывод является вполне логическим как на основании сообщенных данных по техническому устройству и расположению колодцев, так и по данным анализов, где как видно по хлоридам 56 проц. проб повышают допустимую норму, по органическим веществам уже 96 проц. проб выше нормы, а резкая степень загрязнения подтверждается 44 проц. проб воды с аммиаком и 84 проц. проб воды с азотистой кислотой.

Следующий вид источников водоснабжения, это родники, которые составляют две различных категории: одни в количестве 5 расположены вблизи жилья и приспособлены населением для питьевого водоснабжения и вторые числом 4—родники разрезов, вода которых обычно собирается в шахтные колодцы, а потом откачивается при помощи водокачек. без чего разрез оказался бы затопленным и прекратилась бы добыча асбеста. Вода этих родников и в самих разрезах, и по пути следования, а из некоторых разрезов и путем специальных проводок, тоже берется для питья. Месторасположение родников за исключением одного, расположенного во дворе усадьбы у болота, вне селений при чем расстояние их от жилья минимальное 5 метров и максимальное до 1 километра. Тип обделки чисто питьевых родников в двух случаях в виде деревянного сруба, введенного в шахту над родником на 0,5 метра, с выстоянием сруба над землей в 15 и 25 см. Крышка имеется на одном срубе. Остальные 3 родника представляют из себя простые вырытые в земле ямы, обычно круглой формы, диаметром до 1 метра, при глубине слоя воды в 20—30 и 50 см. Вода родников в разрезах в 3 случаях по отводной канаве собирается в водосборные колодцы, с введенными в них деревянными срубами и отсюда откачиваются поставленными над колодцами в особых досчатых постройках водокачками, работающими обычно в течение круглых суток, хотя и с перерывами. Родник в 4-м разрезе представляет из себя вырытую в грунте работающими в разрезе сезонными забойщиками неглубокую яму, без всякой отделки, откуда скопляющаяся вода забирается рабочими для питья.

Мощность родников различна и 4 из них еле заметно сочатся, 2 текут медленной струей и 3 в разрезах дают очень значительное количество воды. От дождей без заметных перемен остаются 2 чисто питьевых родника со срубами, в остальных 7 дождевая вода, конечно, попадает, т. к. 4 из них являются открытыми ямами, а в водоотводные каналы трех родников в разрезах кроме чисто грунтовой воды при выпадении осадков вливаются и поверхностные воды. Зимой 4 родника-ямы заносятся снегом и не функционируют. Забор воды из родников колеблется от 2 до 500 ведер, с общим суточным забором до 1800 ведер. Загрязнение всех родников возможно от поверхностных вод, а в разрезах кроме того и от работающих тут же рабочих и лошадей. Кроме того, около одного из родников проходит сточная канава от бани, а второй расположен у проезжей дороги и загрязняется проходящим скотом. Около других родников скот не поят и белье не стирают. Надзора и заботы над родниками-ямами незаметно. Отводных канав для оттока воды около них нет, что ведет к застаиванию ее около одного из родников. Вода берется для питья и хозяйственных надобностей главным образом ведрами, хотя из одного родника воду возят бочками и водовозы. Из 3-х родников в самих разрезах население воду не берет, а пользуется ею после откачки.

Анализы проб воды произведены в количестве 5 из чисто питьевых родников и 11 сделано из родников разрезов, как в месте каптажа воды, так и по пути ее следования при откачке. Результат анализов следующий: температура до 8° 3 пробы, до 10° 10 пр., до 15° 2 пр. и 27° 1 пр., окраска воды отмечена в 2 пробах, реакция всех проб щелочная, запах отмечен илистый в 2 пробах, муть и осадок в 8 пробах, прозрачность повышена в 3 пробах. Хлориды до 10 mgr. 4 пробы, до 15—6 пр., до 20—2 пр., до 30—1 пр. и выше 30—3 пробы (40,73 и 171). Органические вещества до 50 mgr. 2 пробы, до 75—3 пр., до 100—2 пр., до 200—8 пр. и до 400 mgr.—1 пр. Аммиак есть в 6 пробах, азотистая кислота в 10 пробах, азотная кислота до 1 mgr. 6 проб, до 7—2 пр. и выше 7 mgr. 8 пр. Жесткость по Варту Пфайферу (13 проб): а) устранимая до 5° 2 пробы, до 10° 1 пр., до 15° 7 пр. и до 20° 3 пробы; б) постоянная: до 1° 3 пробы, до 3° 6 проб, до 10° 3 пр. и до 15° 1 проба; в) общая по 10° 2 пробы, до 2° 9 проб, и выше 20° 2 пробы. Жесткость по Вилклеру (6 проб) а) от солей кальция до 5° 2 пробы, до 10° 2 пр., до 15° 2 пробы; б) от солей магния до 3° 1 пр., до 5° 2 пр. и до 10° 3 пробы; в) общая до 1° 2 пробы, до 2° 4 проб. Растворенный в воде кислород определяется в 3 пробах и найден в количестве 5,2—5,4 и 5,1 куб. см.

Чтобы выяснить вопрос влияют ли выпадающие осадки на изменение состава воды в сторону ее ухудшения нами были взяты пробы воды одного из наиболее мощных родников разреза как до дождей, так и после них, при чем вода до дождей, бывшая вполне благополучной, становится негодной в связи с увеличением количества органических веществ почти в 3 раза (82,8 mgr вместо 30,4) и появлением следов азотистой кислоты.

Разбирая данные анализов проб воды из родников мы видим, что и здесь вода при некоторых отрицательных физических свойствах по химическому составу в отношении хлоридов превышает норму почти в 19 проц. проб, по органическим веществам 88 проц. проб выше нормы, аммиак содержится почти в 38 проц., а азотистая кислота почти в 63 проц. и таким образом этот вид источников водоснабжения в Асбесте тоже надо признать неблагоприятным.

Далее было обследовано «Щучье озеро», расположенное в центре Ильинского и Октябрьского участков. Озеро является довольно большим водоемом, длиной больше 1 километра, шириной 0,5 километра и глубиной до 2 метров. Заметного течения нет. Берега озера низкие, с 3 сторон окружены

жилыми постройками. Западный берег порос лесом, который сейчас в связи с постройкой поселка вырубается. Вода для питья из озера населением не берется, ввиду установившегося взгляда, что нечистоты и сточные воды больницы, расположенной на восточном берегу озера, спускаются в него. В действительности это положение, имевшее место в прежние годы, сейчас отсутствует и больница пользуется вывозной бочечной системой. Летом озеро не высыхает и зимой не промерзает. Питание его по видимому происходит подземными ключами и перекачиваемой в него из разреза № 1 водой. Отток воды из озера имеется через неглубокую отводную канаву по направлению на запад, к реке Рефт, что до известной степени ведет к заболачиванию местности, распланированной под застройку. Дно озера в некоторых местах илистое, густо поросло водорослями и осокой, особенно у северного берега. Рыба в озере имеется. Загрязняющие моменты для озера обычные для открытого водоема, расположенного рядом с жильем (мытье белья, купание людей и лошадей, катание на лодках, поверхностные воды и пр.).

Для анализов было взято в разное время и из разных мест 5 проб, давших такие результаты: температура 15,5—16,5—16—22,5 и 23,7°, цвет то с желтовато-зеленоватым оттенком, то бесцветна, запах в некоторых пробах слабо застойный, реакция щелочная, осадок в некоторых пробках незначительный из частичек водорослей, пробы вполне прозрачны. Хлоридов: 11,5—11,5—11,5—15 и 16 мгр., органических веществ 273,6—286,2—288—33 и 409,2 мгр., аммиака и азотистой кислоты нет, азотная кислота не выше 1 мгр. Жесткость общая от 7,6° до 12,88°, кислород растворенный в воде (2 пробы) 5,4 и 5,9 куб. см.

Общий вывод об озере на основании вышеизложенных данных такой: вода не является резко загрязненной, но как питьевая должна быть признана подозрительной.

Второй открытый водоем в этом участке принимает река Рефт, протекающая километрах в 2½ на запад. Водой реки пользуются главным образом строительные рабочие и служащие, для которых она подвозится бочками до 400 ведер в сутки. Речка имеет длину до 50 килом. при ширине от 5 до 15 метров и глубиной от 0,5 до 3 метров. Река не судоходная и не славная, и довольно многоводная и с быстрым течением. Протекает по безлюдной местности среди лесов и лугов. Летом не пересыхает, зимой не промерзает. Из берегов западный—низкий, затопляемый, а восточный высокий. Разлив речки весной и при выпадении атмосферных осадков довольно значительный. Дно реки каменистое. У берегов в некоторых местах имеется незначительное отложение ила и растительность. Загрязняющие моменты временные и главным образом летом: купание людей и лошадей и мойка белья.

Результат анализа этой воды таков: температура 10°, цвет желтовато-буроватый, запах нет, реакция щелочная, прозрачность полная, мути и осадок отсутствуют. Хлоридов 5 мгр., органических веществ 332,64 мгр., аммиака и азотистой кислоты нет, азотной кислоты до 1 мгр., жесткость общая 2,14°.

Как видно из анализа вода имеет лишь довольно сильную окраску и весьма значительное количество органических веществ, что при открытом положении этого водоема ставит ее в разряд подозрительных, при условии что эти свойства не зависят от органических веществ растительного происхождения.

Следующий источник водоснабжения центральный водопровод Ильинского участка: заслуживает особого внимания с санитарной точки зре-

ния. Прежде всего следует отметить, что водопровод этот не является самостоятельным санитарно-техническим сооружением, как в других благоустроенных городах, а представляет из себя только придаток к водокачке одного из самых больших разрезов по добыче асбеста. Разрез этот 8-а разрабатывается с основания присков и углублен метров на 35—40. На дне разреза имеется несколько родников, причем вода двух из них по отводным каналам соединяется в один общий водосбор и вливается в водосборный шахтный колодец, с водокачкой над ним на западном берегу разреза. Вода из колодца в более значительной части откачивается как избыточная в болото и частично поступает в водопроводную сеть, откуда забирается населением. Для забора имеется 16 водоразборных будок, часть которых пришла в ветхость и не работает, другие же только что построены. Вода из будок забирается ведрами и бочками. Домовых ответвлений числится 15, причем 6 из них устроены в жилых домах и казармах, а остальные находятся в общественных зданиях. По ходу сети имеется довольно значительное количество пожарных кранов. Вода из будок берется бесплатно и никакого учета забора воды нет. Если разбирать возможности загрязнения источников, питающих водопровод, то не преувеличивая следует сделать вывод, что с санитарной точки зрения подобное устройство недопустимо, т. к. марка центрального водопровода как бы гарантирует вполне доброкачественную воду, в действительности же нет никакой гарантии, что вода в любой момент не может быть загрязнена и дать вспышку эпидемии той или иной желудочно-кишечной инфекции, потому что: 1) никаких предохранительных мер для защиты от загрязнения родников и собирательных канав в разрезе нет; 2) со всех сторон они окружены работающими людьми и лошадьми; 3) водой из собирательных канав пользуются рабочие, т. к., канавы открыты и 4) загрязнение возможно еще и от поверхностных вод как во время дождей, так и при таянии снега.

Для анализов нами были взяты из разных мест и в разное время 9 проб воды. Результат обследования следующий: температура дает колебания от 7,5 до 11°, все пробы бесцветны, запаха нет, реакция щелочная, мути и осадок отсутствуют, прозрачность полная. Хлориды: 12—13—15—15—16—19—20—22 и 36 мгр., органических веществ 41—42—43—49—66—69—71—74 и 75 мгр., аммиака и азотист. кислоты нет, азотной кислоты, 0,7 мгр. 6 пр. и выше 7 мгр. 3 пр. Жесткость по Варту-Пфайферу (8 пр.): а) устранимая от 16,5 до 19,3°; б) постоянная от 0,5 до 4°; в) общая от 18,4 до 21,2°. Жесткость по Винклеру (2 пробы): а) от солей кальция 16,3 и 16,9° б) от солей магния 4,7 и 5,5°; в) общая 21 и 22,4°. Растворенного в воде кислорода (3 пробы) 2,9—3,5 и 4,4 куб. см.

Несмотря на сравнительно благоприятный результат анализов успокаиваться на этом нельзя, помня основное положение, что вода может быть в любой момент резко загрязнена и в разбираемых анализах как раз некоторое увеличение хлоридов и органических веществ падает на пробы воды, взятые после дождей, что подтверждает высказываемый взгляд.

Чтобы закончить описание водоснабжения Асбестовских присков считаю необходимым сообщить данные, полученные мною о буровой скважине проектируемого единого центрального водопровода для всех присков. Вопрос о неудовлетворительности водоснабжения в Асбесте для всех является настолько очевидным, что потребность улучшить его стала очередной задачей и в последние 3 года на изыскательные работы отпускаются Урал-асбесттресту соответствующие суммы. Для выбора источника водоснабжения будущего водопровода в 1926 году была собрана специальная компетентная комиссия, которая из различных вариантов остановилась на аплито-гранитном массиве, площадью до 10 кв. километров, расположенном на восток от

Октябрьского участка, где и начались изыскательные работы. После закладывания нескольких разведочных шурфов работы были прекращены и возобновились лишь весной 1928 года, отодвинувшись еще дальше на восток от места первоначальных изысканий. Здесь приступили к бурению скважины в районе того же аплито - гранитного массива, в довольно низкой болотистой местности, среди леса. Скважина заложена диаметром в 6 дюймов и к моменту обследования была доведена до глубины 50 мтр., при чем вода начала появляться уже на глубине 0,65 мтр. и на этом уровне держится все время. В верхнюю часть скважины на глубину 20 метров введена чугунная обсадная труба, а низ скважины проходит в незакрепленном грунте. Пробные откачки воды дали до 3000 ведер в час без заметного понижения уровня воды в скважине. В дальнейшем здесь предполагается закладка еще нескольких буровых скважин, чтобы довести дебет воды до нужных размеров. В отношении водоохранной зоны, если выбор окончательно будет установлен на этом участке, положение обстоит в таком виде: с востока и юга скважину окружают болота, с западом местности от скважины в их сторону. Никакого жилья и разработок здесь нет. С запада водоохранная зона может быть установлена по границе разреза № 10, находящегося от скважины метрах в 800, причем с этой стороны и на юго-запад, но вниз по склону, имеются жилые дома рабочих. С севера граница может пройти в расстоянии до 1,5 километров от скважины по району имеющихся жилых построек и строящегося завода. Наиболее неблагоприятной является северная часть местности, откуда имеется наклон к скважине и не исключены загрязняющие моменты (жилье и фабрично-заводские предприятия на северо-запад).

Для анализа из буровой скважины были взяты 4 пробы воды, из них одна после предварительной откачки 8 июня производителем работ и 3 нами, без откачки, которую наладить не удалось, 21 июля различных с глубин скважины (20—28 и 50 метров).

Результат анализов следующий: температура 0—8—8 и 7°, цвет нефильтрованной—мутно-желтоватый, фильтрованная—бесцветна, запаха нет, реакция щелочная, осадок есть (мелкий песок), прозрачность не фильтрованной воды 14—4—5 и 4 смт., профильтрованная вполне прозрачна. Хлориды 9—6—12 и 17 мгр., органические вещества 85—112—170 и 95 мгр., аммиака, азотистой и азотной кислоты нет. Жесткость по Варта-Пфайферу (3 пробы): а) устранимая 9,04—14 и 14,78°, б) постоянная 3,6—0,76 и 0,9°, в) общая 22,04—4,76 и 15,68°. Жесткость по Винклеру (4 пробы): а) от солей кальция 12,3—7,2—7,5 и 10,10°, б) от солей магния 7,8—7,9—4,9 и 4,30°, в) общая 20,1—15,1—12,4 и 14,40°.

На основании полученных данных можно говорить о некоторых отрицательных физических свойствах и повышении количества органических веществ, но эти данные, можно думать, являются временными и случайными, находящимися в связи с забором проб воды без откачки и весьма примитивно. Считая точное выяснение химико-бактериологического состава воды при устройстве центрального водопровода делом чрезвычайно важным и необходимым, я пополнил свою лабораторию потребным оборудованием для производства более полного химического анализа и выявления бактериологического состава воды, но произвести эту работу не смог, т. к. несмотря на обещание Ураласбесттреста наладить откачку воды к 1 августа, оно не было выполнено и к 15 августа, после чего я вынужден был выехать из Асбеста.

Подводя общие итоги результатов химического анализа 73 проб, воды из вышеперечисленных источников (2 пробы были еще присланы с фабрики треста «Коминтерн»), мы получаем такие данные:

Ф и з и ч е с к и е с в о й с т в а

Температура						Окраска воды		Запах		Реакция	Муть и осадок		Прозрачность	
До 5°	До 10°	До 15°	До 20°	До 25°	Не измерял.	Есть	Нет	Есть	Нет	Щелочная	Есть	Нет	Пониженная	Полная
7	38	18	4	3	3	22	51	4	69	73	30	43	12	51

Х и м и ч е с к и й с о с т а в

Х л о р и д ы							Органические вещества							Аммиак		Азотистая кислота	
До 5 мгр.	До 20 мгр.	До 30 мгр.	До 50 мгр.	До 75 мгр.	До 100 мгр.	Свыше 100 мгр.	До 40 мгр.	До 50 мгр.	До 100 мгр.	До 200 мгр.	До 300 мгр.	До 400 мгр.	До 500 и выше	Есть	Нет	Есть	Нет
10	40	4	8	4	3	4	5	2	15	31	6	9	5	22	51	40	33

Х и м и ч е с к и й с о с т а в

Азотная кислота					Жесткость по Варта - Пфейферу (65 проб.)															
Нет	До 1 мгр.	До 7 мгр.	Свыше 7 мгр.	а) Устранимая					б) Постоянная					в) О б щ а я						
				До 3°	До 5°	До 10°	До 15°	До 20°	Свыше 20	До 1°	До 3°	До 5°	До 10°	До 15°	До 5°	До 10°	До 15°	До 20°	До 25°	До 30°
				5	4	16	13	25	2	16	28	9	8	4	4	11	11	27	6	6

Х и м и ч е с к и й с о с т а в

Жесткость по Винклеру (26 проб)										Растворенный в воде кислород				
От солей кальция			От солей магния			О б щ а я				До 2 к. с.	До 3 к. с.	До 4 к. с.	До 5 к. с.	До 6 к. с.
До 5°	До 10°	До 15°	До 5°	До 7°	До 10°	До 10°	До 15°	До 20°	До 25°					
9	6	11	15	7	4	9	4	12	1	1	2	1	5	3

Пользуясь для исключения нормами Тимава-Гертнера на основании результатов анализов, видно что только 9,6 проц. проб воды с санитарной точки зрения являются годными к употреблению, 38,3 проц. подозрительны и 52,1 проц. негодны, причем оставляя в стороне отрицательные физические свойства, а лишь на основании химического состава мы видим что по хлоридам 26 проц. проб превышают допустимую норму, а по органическим веществам 90,4 проц. проб воды являются загрязненными, за исключением некоторого процента анализов, где органические вещества, можно думать являются гумусовыми (растительного, а не животного происхождения). Резкая степень загрязнения по нахождению в воде аммиака отмечена в 30 проц. проб, а по азотистой кислоте в 54 проц. По жесткости вода на 20 проц. является мягкой, в 52 проц. — умеренно-жесткой и в 28 проц. — жесткой. Необходимо в отношении солевого состава отметить довольно значительное количество в воде солей магния.

Выводы

1. Вода колодцев и родников полностью почти является резко загрязненной, главным образом, в зависимости от примитивного технического устройства и неудачного их расположения.
2. Центральный водопровод Ильинского участка с санитарной точки зрения не выдерживает критики.
3. Открытые водчемы не являются сильно загрязненными.
4. Особенно неблагоприятным надо признать водоснабжение Октябрьского и Пролетарского участков.
5. В связи с вышеуказанными выводами необходимо ускорить работы по устройству единого центрального водопровода, с производством углубленного химико-бактериологического исследования воды.

ПИТЬЕВЫЕ ИСТОЧНИКИ МОТОВИЛИХИ.

Г. Ф. ЕРШОВ и С. П. ПОПОВ (Пермь.)

Из Пермского Городского Санитарного Бюро (Зав. д-р Г. Ф. Ершов) из Санитарной Лаборатории Пермского Окздраотдела (Зав. Проф. сор. К. Н. Шапшев).

Мотовилиха, еще недавно самостоятельный административный центр, с 1927 г. была слита с г. Пермью. Однако это слияние еще несколько не изменило степени благоустройства Мотовилихи, сохранившей обычный неприглядный вид, свойственный Уральским заводским поселкам. Трудность благоустройства Мотовилихи усугубляется еще и крайне неблагоприятным территориальным ее расположением.

Мотовилиха расположена на левом берегу Камы выше Перми и занимает большую часть высоко и круто поднимающегося над рекой плоскогорья, частью прибрежную затопляемую во время разлива р. Камы долину. Крупнейшим препятствием к благоустройству Мотовилихи является сильная изрезанность ее территории глубокими балками, которыми несколько мелких речушек, разделивших город на обособленных друг от друга районов. Два пруда, питающиеся этими речками, довершают разобщение районов, Мотовилиха не имеет ни центрального питьевого водопровода, ни канализации. За исключением магистрали, соединяющей с Пермью, совсем не имеет мощеных улиц. Некоторые немощеные улицы в жаркую погоду весной и осенью бывают местами трудно проходимы. Мелкое жилищное строительство не отличается своим благоустройством. Весь ассенизационный обвод Мотовилихи насчитывает одну-две бочки, едва успевающих обслуживать административные учреждения. Хозяйственные отбросы, нечистоты, воды из многочисленных домашних бань—все это почти полностью поглощается городской пылью или смывается в пруды и Мотовилихинские речки.

Летом 1926 года было предпринято санитарное обследование питьевых источников Мотовилихи. Оно делилось на две части: 1) общее описание источников по карте, принятой в Уралобласти, произведенное специальными обследователями под наблюдением врача и 2) лабораторное исследование. Обследованием удалось охватить почти все питьевые источники города. Всего было учтено и описано 281 колодец и 100 ключей, а санитарной лабораторией произведено 120 малых санитарных анализов, в том числе 95 проб из колодцев и 25 из ключей.

Прежде, чем приступить к описанию источников, в кратком обзоре рассмотрим геологические особенности местности. Основными почвенными слоями являются суглинок, пермские медистые песчаники и глина. Поверхностным слоем являются суглинистые почвы, достигающие иногда значительной мощности. Пермские песчаники в виде более или менее мощных напластований залегают несколькими ярусами в глинистых породах. Почвенные слои обнаруживают некоторый уклон в юго-западном направлении. Водосносными слоями являются трещиноватые песчаники. В зависимости от геологии местности различаются два водоносных горизонта; один залегают в более поверхностных слоях песчаников, другой в глубоких. Область питания тех и других различна. Чем глубже залегает водоносный песчаник тем дальше он простирается, тем больше область его питания, тем безупречнее должны быть его воды.

Большинство колодцев Мотовилихи расположено на улице—61 проц., часть на дворах—18 проц. и на огородах—19 проц. Тип колодцев шахтный, срубы всех колодцев деревянные в 59 проц. колодцев неисправны. Крышка имеется почти на всех колодцах. Заможенная площадка около колодцев имеется лишь в 22 проц. всех колодцев, в 29 проц. имеется деревянный настил. Грязно содежжится площадь в 23 проц. Вода достается во всех почти колодцах с помощью ворота общим ведром.

¹⁾ Д. к. л. в извлечении сделан группой Г. Ф. Ершовым на II Уральском Областном сан-проф. съезде 14/VI-1927 г. в г. Свердловске.

Таким образом, общее состояние колодцев нельзя признать удовлетворительным.

Неудовлетворительное состояние колодцев усугубляется еще и расположением их среди домовладений. Последнее видно из нижеследующей таблицы:

Колодец находится	На расстоянии	
	До 10 метр.	От 10 до 20 метров
В процентах		
От жилого дома	53	43
„ отхожего места	5	80
„ хлева и конюшни	17	70
„ бани	3,5	30

Из приведенной таблицы мы видим, что устанавливаемая санитарными требованиями норма расположения колодцев на расстоянии не менее, чем за 20 метров от указанных построек, нарушена. 87 проц. всех колодцев—расположены вблизи конюшен и хлевов, 85 проц. в недопустимой близости к отхожим местам. Сточные воды, пропитывая и загрязняя почву вокруг колодцев, совершенно свободно при неисправности срубов проникают в их воду и загрязняют ее.

Следующая таблица показывает глубину колодцев и их мощность:

Глубина колодцев до воды		Глубина слоя воды	
	В проц.		В проц.
До 5 метр.	22,4	До 1 метра	9
От 5—10 метр.	31,6	От 1—3 метров	51,5
„ 11—15 „	30	„ 3—5 „	28
Свыше 16 „	16	Свыше 5 „	12

Из приведенной таблицы мы видим, что глубина мотовилихинских колодцев до воды различна. При этом надо отметить, что нагорные части, как и следовало ожидать, имеют более глубокие колодцы и наоборот.

Представляется очевидным, что большая часть колодцев питается отчасти верховодкой, отчасти водой из поверхностных водоносных слоев. Глубины колодцев примерно соответствуют глубине залегания поверхностных слоев пермских песчаников. Необходимо при этом учесть неблагоустройство колодцев, загрязнение почвы города и т. д., чтобы с большей строгостью отнестись к анализам воды. Лабораторные исследования полностью подтверждают высказанные соображения.

Лабораторное исследование воды состояло из малого физико-химического анализа и включало: 1) описание физических свойств; 2) определение хлористо-водородной кислоты (по Мору); 3) органических веществ (окисляемости) воды (по Кубелю); 4) аммиака (качественно по Несселеру); 5) азотистой кислоты (качественно по Гриссу); 6) азотной кислоты (качественно—с бромном-чувствит. 1 mgr. на 1 литр и дифениламинол чувств. 7 mgr. на 1 литр) и 7) жесткости в немецких градусах—устранимой, постоянной и общей (по Варта-Пфейферу).

Все вышеотмеченные дефекты в санитарно-техническом оборудовании колодцев и факторы их загрязнения подтверждаются и следующими результатами исследования воды:

В процентах

Хлориды в миллиграммах на 1 литр		Окисляемость в миллиграммах кислорода на 1 литр		Аммиак		Азотистая кислота		Азотная кислота		Жесткость общая в немецких градусах	
До 30 мгр	Свыше 30 мгр.	До 2,5 мгр.	Свыше 2,5 мгр.	Есть	Нет	Есть	Нет	До 1 мгр.	Свыше 7 мгр.	До 20°	Свыше 20°
16	84	38,3	61,7	56	44	70	30	2	98	47	53

Приведенная таблица указывает на обширное загрязнение колодцев. Так в отношении содержания хлоридов только 16% колодцев содержат хлоридов в пределах нормы*), остальные же 84 проц. содержат количество далеко превышающее норму, доходящее до 320 мгр. на 1 литр. Такое значительное содержание в колодезной воде хлоридов (в среднем 105,3 мгр. на 1 литр) объясняется исключительно сильным загрязнением почвы и почвенной воды продуктами отброса и жизнедеятельности человека и животных.

Наличие солончаковых пород в почве Мотовилихи, которые могут обогащать воду хлором минерального происхождения, исключается, с одной стороны, нормальным содержанием хлоридов в ряде исследованных колодцев, и, с другой стороны, отсутствием повышенного содержания хлоридов в воде ключей, как это видно из последующего изложения.

Количество органических веществ также очень велико. Средняя окисляемость равна 4,3 мгр. кислорода, а в загрязненных колодцах достигает 23 мгр. кислорода на 1 литр. Присутствие в воде показателей загрязнения и сравнительно богатый солевой состав воды исключают возможность признать эти органические вещества за вещества гумусового происхождения, безразличные в санитарном отношении. Следовательно, данные окисляемости воды нельзя признать сколько-нибудь нормальными, напротив, они также как и хлориды указывают на тяжелую картину загрязнения животными отбросами.

Из других данных анализа обращают особое внимание наличие аммиака в 56 проц. исследованных проб, азотистой кислоты в 70 проц. проб и значительного количества азотной кислоты в 98 проц. исследованной воды. На присутствие в воде аммиака, азотистой кислоты, в особенности того и другого соединения одновременно и при наличии повышенного содержания хлоридов и органических веществ принято смотреть как на показатели загрязнения воды продуктами распада органических азотосодержащих веществ. В нашем случае имеются все данные считать эти азотистые соединения (аммиак и азотистую кислоту) именно показателями загрязнения и относиться к ним строго при санитарной оценке воды. Что же касается азотной кислоты воды, то хотя она, как конечный продукт распада органических веществ под влиянием разнообразных и длительных микробиологических и физико-химических процессов и не представляется опасной в са-

*) Как цифры для сравнения нами взяты нормы Тимана-Гертнера, которые чаще всего принимаются в СССР.

питарном отношении, однако-же присутствие ее в большом количестве, как это имеется в нашем случае, говорит также о загрязнении воды. И, наконец, разбирая данные жесткости воды, мы видим, что при средней жесткости в 24°, 47 проц. колодцев дают еще допустимую жесткость до 20°, остальные же колодцы (57 проц.) имеют значительно большую жесткость, доходящую до 70,3°. Следовательно и по жесткости значительный процент воды является далеко не желательным в санитарном отношении.

Для большей наглядности предыдущего разбора данных анализов считаем необходимым здесь же сделать и оценку воды каждого колодца, руководствуясь общепринятыми санитарными нормами. В зависимости от физических свойств и химического состава всю исследованную воду разделяем на следующие **четыре типа**:

- 1) вода «годная» при полном соответствии с санитарными нормами;
- 2) вода «почти удовлетворительная в санитарном отношении», когда она имела превышающую норму количество органических веществ;
- 3) вода «подозрительная в санитарном отношении», когда она содержала или рзко увеличенное количество органических веществ или хлоридов или, наконец, встречались аммиак или азотистая кислота;
- и 4) вода «негодная в санитарном отношении» при наличии значительного увеличения против нормы нескольких показателей загрязнения.

И так, если подразделить всю исследованную воду по этим четырем типам, то получится, что только 2 колодца (т. е. 2,1 проц.) дают воду годную и 3 колодца (3,2 проц.)—дают воду почти удовлетворительную, а остальная главная масса воды приходится на воду «подозрительную в санитарном отношении»—37 колодцев (39 проц.) и «негодную в санитарном отношении» 53 колодца (53,7 проц.).

Помимо цифр, говорящих о степени загрязнения колодцев Мотовилихи, необходимо отметить, что наиболее загрязненную воду дают колодцы, расположенные на территории более старых и более заселенных частей города. Интересно также, что из двух указанных колодцев с «годной» водой один расположен за пределами города в ночном санатории тубдиспансера. Это еще лишний раз подчеркивает роль, какую играет систематическое загрязнение почвы и грунтовых вод в сравнительно густо заселенных пунктах, где отсутствуют элементы канализации и ассенизационного дела.

Ключи. После столь неудовлетворительного состояния колодцев естественно было бы уделить внимание многочисленным мотовилихинским ключам, но о них говорить много не придется. Прежде всего надо отметить, что каптаж их крайне примитивен. Отношение их к ближайшим постройкам видно из следующей таблицы:

В процентах

Ключ находится	На расстоянии		
	До 10 м.	От 10—20 метров	Свыше 10 метр.
От жилого дома . . .	22	28	50
„ отхожего места .	14	31	55
„ хлева и конюшни	9	31	60
„ бани	12,3	26,7	60

Сравнивая эту таблицу с подобной же таблицей колодцев, мы можем отметить несколько лучшее с санитарной точки зрения отношение их к дворовым постройкам, чем у колодцев. Большая часть ключей выходит на поверхность в пределах самого города на склонах холмов, на которых он расположен, причем место выхода их показывает, что они питаются не глубокими водоносными слоями, воды которых выходят главным образом у подножья холмов, возвышающихся на 60 и выше метров над уровнем р. Камы, а водой первого водоносного горизонта, питающего, повидимому, и колодцы и следовательно загрязненного. Лабораторные исследования воды полностью подтверждают это мнение. Результаты анализов ключевой воды, сведенные в небольшую таблицу, представляются в следующем виде:

В процентах

Хлориды в миллиграмм. на 1 литр		Окисляемость в миллиграммах кислорода на 1 литр		Аммиак		Азотистая кислота		Азотная кислота		Жесткость общая в немецких градусах	
До 30 мгр	Свыше 30 мгр.	До 2,5 мгр.	Свыше 2,5 мгр.	Есть	Нет	Есть	Нет	До 1 мгр.	Свыше 7 мгр.	До 20°	Свыше 20°
68	32	68	32	48	52	56	44	4	96	60	40

Приведенные в таблице данные дают достаточно яркую и выпуклую картину санитарного неблагополучия и ключевой воды Мотовилихи. Наряду с нормальным содержанием хлоридов в 68 проц. обследованных ключей, в воде некоторых ключей находим в то же время значительное количество хлоридов, достигающее до 90 миллиграмм на литр, а один ключ, еще недавно питавший водой Мотовилихинский завод, содержит 142 мгр. хлоридов в литре. В отношении органических веществ нужно отметить, что резкого увеличения окисляемости ключевой воды не наблюдалось. Переходя к разбору показателей загрязнения воды животными отбросами, мы здесь также, как и в колодезной воде, находим в большом проценте обследованных колодцев аммиак и азотистую кислоту. И, наконец, в отношении жесткости все же оказывается сравнительно большое количество ключей (40 проц.), дающих жесткость выше 20°.

Применяя к ключевой воде ту же санитарную оценку, что и к воде колодезной и разбивая, таким образом, на четыре принятые нами выше типа, получаем 7 ключей (28 проц.) с водой почти удовлетворительной в санитарном отношении, 12 ключей (48 проц.) с водой подозрительной и 6 ключей (24 проц.) с водой «негодной в санитарном отношении». При этом ключи, расположенные в более заселенных районах города, имеют воду с худшим составом, точно так же, как это отмечалось и в отношении колодцев. Ключевая вода, которая чаще бывает безупречной питьевой водой, в Мотовилихе хотя и является несколько лучшей по сравнению с водой колодезной, но все же в значительном проценте обследованных колодцев не отвечает общепринятым санитарным требованиям.

Весьма также любопытно сопоставить наши данные с некоторыми данными, полученными в последние же годы в пределах Уралобласти. Так, по г. Кизелу и Кизеловскому району, В.-Камского округа д-р И. Н. Оку-

лов отмечает колодцев, дающих воду безусловно годную, 3,5 проц., условно-годную 25 проц., подозрительную 17,8 проц. и негодную 53,5 проц. Данные д-ра Окулова имеют значительно больший процент проб воды годной, чем у нас. Что же касается физико-химических свойств воды г. Кизела, то и здесь имеется разница, опять же не в пользу Мотовилихи. По Невьянскому району Свердловского округа (зав. Калата, зав. Невьянск и окружающие их поселки) д-р О. Я. Смирнова дает следующую оценку водоснабжения: найдено годной воды 9,02 проц., удовлетворительной 11,1 проц., подозрительной 21,52 проц., неприятной 9,72 проц. и негодной 48,61 проц.

Цифры, характеризующие водоснабжение Невьянского района, хотя и свидетельствуют тоже о сравнительно неблагоприятном его состоянии, но все же значительно разнятся от наших; так, например, процент годной воды в 4 раза превышает наши цифры. К этому еще нужно добавить, что в группу «неприятной воды» д-р Смирнова включает воду, имеющую только неприятные физические свойства, но и эта группа может считаться удовлетворительной в санитарном отношении и таким образом может еще увеличить процент годной воды*).

Помимо колодцев и ключей население Мотовилихи снабжается водой также из заводского пруда, откуда вода самотеком по водопроводной сети поступает к уличным кранам. Этот пруд, как мы уже указывали, сильно загрязняется прилегающими районами города, являясь, по существу, с точной канавой ниже лежащих участков города.

Мотовилихинский завод также не имеет питьевого водопровода и пользуется для этого водой, привозимой из «городских» ключей. Для технических надобностей вода забирается из Камы и заводского пруда. При этом насосная станция, питающаяся водой р. Камы, подает воду в партерную Заинвскую часть города для обслуживания противопожарных и хозяйственно-технических нужд Мотовилихинской больницы и заводских домов, и отпускается населению. Больница питьевую воду берет из ключей, население же, не знающее назначения водопровода, употребляет его воду и для питья, что вызывает вспышки эпидемии брюшного тифа, так как санитарное состояние этого водопровода неблагоприятно. Вода забирается непосредственно из Камы, метров на 300 ниже впадения пересекающей Мотовилиху речки Ивы и как раз в том месте, где в непосредственной близости выше и ниже места забора воды выпускаются отработанные и канализационные воды завода. Результаты лабораторных исследований этой воды говорят о ее полной непригодности.

Неблагополучие Мотовилихи в отношении водоснабжения побудило санитарную организацию обратить на это дело особое внимание. Путем постановки докладов о состоянии водоснабжения, освещения его в прессе было создано общественное мнение и получено принципиальное решение руководящих органов о необходимости центрального водоснабжения. Независимо от принятого решения санорганизация продолжила свои исследования, с целью изыскания новых источников, которые можно было бы использовать для будущего центрального водоснабжения. Ее поиски увенчались успехом. Ряд источников оказались пригодными и с качественной и с количественной стороны. К числу их относятся ключи у поселка Балмошного, ключ Недремучий у Мотовилихинского ското-убойного пункта

*) Сведения заимствованы из отчетов Уралоблздравотдела руководителей сан-обслед. отрядов Облздрави, асс. кафедры эксперим. гигиены и труда ПГУ д-ров И. Н. Окулова и О. Я. Смирновой. Отчеты в рукописях хранятся в библиотеке Кафедры Эксперим. гигиены и Труда ПГУ.

и некоторые другие. Они исследовались неоднократно, в разное время года. Результаты этих исследований, которые мы не приводим здесь в целях экономии места, говорят о вполне безупречной воде в отношении физических свойств, химического состава и данных бактериологического анализа. Эта разница в качестве воды между упомянутыми ключами и ключами описанными выше объясняется тем, что область питания ключей пос. Балмошного и ключа Недремучего не заселена. Кроме того эти ключи выходят непосредственно из коренных пород, а не прокладывают себе дорогу через оползни, что в иных ключах, повидимому, весьма значительно способствует загрязнению воды.

Предусматривая значение описываемых ключей поселка Балмошного и Недремучего для водоснабжения и важность сохранения чистоты области питания их, санитарная организация добилась того, что район, прилегающий к Мотовилихе с севера, по направлению к Пермскому суперфосфатному заводу, стал рассматриваться, как водоохраный. Выданные несколько лет назад мотовилихинским райисполкомом разрешения на застройку в районе пос. Балмошного, не приведенные в исполнение лишь потому, что задержалось распланирование намеченного к застройке участка поселка, по настоянию санитарной организации были аннулированы, а существование пос. Балмошного в виду его близости к ключам поставлено под сомнением.

Таким представлялся вопрос с Мотовилихинским водоснабжением, когда весной 1928 года начались гидрогеологические изыскания Бюро подземных вод НТУ ВСНХ, с которым Пермский окрик заключил соглашение об изыскании новых источников для центрального водоснабжения г. Перми с Мотовилихой. Внимание гидрогеологов также остановилось на ключах, имеющих выход по склонам коренного берега долины р. Камы. По их предварительным соображениям эти ключи, представляющие собою выходы сосредоточенных подземных вод, настолько обильны, что могут быть использованы для центрального водоснабжения Мотовилихи и дополнительно Перми на ближайшие годы.

По осторожным подсчетам ключи Балмошной, Недремучий и некоторые другие дадут не менее 200.000 ведер воды в сутки. Эти ключи предполагено использовать путем устройства водосборных галлерей и закладки в некоторых местах буровых скважин. В настоящее время изыскания уже закончены и на очереди стоит техническое осуществление работ, намеченных Бюро подземных вод.

Таким образом ближайшими задачами в деле улучшения водоснабжения Мотовилихи нужно считать:

- 1) устройство центрального городского водопровода;
- 2) впредь до обеспечения всего населения Мотовилихи водопроводной водой, необходимо улучшение существующего колодезного и ключевого водоснабжения за счет ремонта и лучшего их санитарно-технического оборудования и
- 3) в интересах защиты почвы и почвенных вод от дальнейшего загрязнения улучшить в Мотовилихе ассенизационное дело и ускорить устройство канализации.

В заключение считаем долгом выразить глубокоуважаемому проф. К. Н. Шалшеву за ценные указания нашу искреннюю благодарность.

АЛКОГОЛИЗМ НА ПЕРМСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГЕ И БОРЬБА С НИМ.

В. БОРОДИН.

Вопросы алкоголизма на транспорте еще в дореволюционное время являлись одной из злободневных тем в специальной прессе.

Так, из 22-х книжек „Вестника железно-оружной медицины и санитарии“ за 1912-15 г.г., имеющих в нашем распоряжении, только в 8-ми не оказалось статей, посвященных алкоголизму; в остальных 14 номерах этого журнала мы насчитали 70 статей и заметок, трактующих об алкоголизме на транспорте.

Среди этих статей наиболее интересны статьи д-ра Земблинова¹⁾, которые с несомненностью доказывают связь несчастных случаев на железных дорогах с потреблением спиртных напитков: после 1905 г., когда повысилось душевое потребление во ки, увеличилось и число несчастных случаев; во второй половине 1914 года, когда продажа спиртных напитков была прекращена, значительно уменьшилось и количество несчастных случаев, несмотря на усилившееся движение в связи с перевозкой войск и военных грузов.

В современной литературе также имеется ряд работ, посвященных проблеме транспортного алкоголизма: например, статьи Сигада²⁾, Ефимова³⁾ и других, а также ряд указаний на алкоголизм транспортников в различных работах, касающихся этого вопроса лишь попутно.

Канель⁴⁾ к профессиональным условиям, способствующим развитию алкоголизма, относит: работу среди грязи и пыли, в пыльных помещениях, работу при слишком высокой температуре; работу, при исполнении которой рабочие подвергаются воздействию всех капризов погоды; работу, требующую чрезмерного напряжения физических сил, и, наконец, работу, обуславливающую нерациональное питание.

В работе различных групп транспортников имеется целый ряд перечисленных факторов, создающих потребность в опьянении. Паровозным и кондукторским бригадам по несколько дней подряд приходится жить вне дома, питаться не во-время, чем попало; целыми часами мерзнуть на площадках товарных вагонов; то и дело подвергаться действию резких перемен температуры, переходя от паровозной топки на мороз и обратно; по несколько часов без дела проводить в неуютных дежурных помещениях в компании таких же оторванных от семьи продуренных товарищей. Слесарям, чистильщикам паровозных топок, кузнецам, рабочим по подаче топлива—приходится работать в грязи, в пыльной ядовитой атмосфере, подчас до максимума напрягая свои силы. Словом, едва ли не во всех отраслях железнодорожного дела можно найти перечисленные Канелем условия.

Поэтому неудивительно, что, по данным Центральной Лаборатории по изучению профессиональных вредностей на транспорте, регулярно пьют 85 проц. обследованных машинистов и их помощников и около 20 % злоупотребляют спиртными напитками (Траубе и Гордон⁵⁾),—при обследовании паровозных бригад Днепропетровского депо обнаружено, что 80,9 проц. употребляют спиртные напитки и 2,4 проц. помощников машиниста пьют запоем. Обследование Харьковского узла обнаружило пьющих машинистов 71,3 проц., помощников машиниста 68,5 проц., кочегаров 68,4 проц. (Ефимов⁶⁾). По исследованиям Попова⁷⁾ из числа обследованных вагонных смазчиков пьют много 20 проц., пьют умеренно, но регулярно 65,5 проц., пьют мало и редко 2,7 проц. и не пьют вовсе 11,8 проц.

¹⁾ „Вестник ж. д. медицины и санитарии“. 1913 г., № 1, 1914 г., № 5 и 1915 г. № 8—9.

²⁾ „Профилактическая медицина“ 1927 г., № 5.

³⁾ „Профилактическая медицина“ 1928 г., № 3.

⁴⁾ Канель „Алкоголизм и борьба с ним“—Моск. 1914 г. Изд. Сытина.

⁵⁾ „Паровозный машинист и его помощник“ труды Ц. Л. по изучению профвредностей на транспорте.

⁶⁾ „Профилактическая медицина“ 1928, № 3.

⁷⁾ „Гигиена и Эпидем.“ 1928, № 10.

По данным Дубровского¹⁾ из обследованных им ремонтных рабочих службы пути Омской жел. дор. пьют 89 проц. По исследованиям кабинета по изучению профзаболеваний на Пермской жел. дор. из 104 спешников пьют 88,5 проц. и из 19 составителей поездов пьют 87,2 проц.

Конечно, не последнюю роль в развитии алкоголизма играют и тяжелые жилищно-бытовые условия. Энгельс²⁾ еще в 1845 г. наряду с профессиональными отметил и тяжелые жилищно-бытовые условия, как одну из причин алкоголизма рабочих. Тяжелые жилищные условия железнодорожников описаны в ряде отчасти уже упомянутых работ. В частности среди обследованных спешников и составителей Пермской жел. дороги дело обстоит так:

	Спеш.	Состав		Спеш.	Состав
Зарплата	50—55 р.	80—85 р.	Живет в тов. вагоне . .	1	—
Холостых	3	—	Занимает койку	—	1
Бездетных	10	6	„ землянку	2	—
1 ребенок	23	31	„ угол	5	7
2 ребенка	25	28	„ комн.-кухню	24	23
3 „	16	20	„ 1 комнату	44	42
4 „	13	12	„ 2 „	9	13
5 „	3	9	„ 3 „	2	2
6 „	—	3	„ 4 „	—	1
			Средн. площадь	2—2½ м.	2—3 м.
			Жил. удовлетвор. . . .	33	47
			„ неудовлетв.	54	42

На линии обычно, как это отмечено и в работе Центральной Лаборатории, жилищные условия несколько лучше в отношении площади и кубатуры, чем в крупных центрах. То же можно сказать и относительно Пермской дороги.

Мы, конечно, далеки от той мысли, что только условия труда и быта являются причиной алкоголизма. Эти условия играют существенную, но далеко не единственную, роль в потреблении спиртных напитков. Попробуем распределить причины алкоголизма по группам обычно оказывающиеся неудачными.

Например, при изучении алкоголизма среди промышленных рабочих Орловской губернии, Израэльсон и Пятиков³⁾ распределили причины алкоголизма на 9 групп, при чем самой крупной группой 33,6 проц. оказалась последняя «прочие причины», т. е. причины, не уложившиеся в искусственную схему. Совершенно прав проф. Мольков⁴⁾, говоря: «Алкоголизм, как проблема массового потребления, представляет собой сложный комплекс компонентов, отразивших в себе все разнообразие жизни... Сложнейший комплекс явлений социально-экономических, бытовых, биологических и др. определяет и направляет динамику алкогольного потребления, сопутствует ей и вытекает из нее».

¹⁾ „Сибирский Мед. Журнал“ 1928, № 8.

²⁾ Энгельс „Положение рабочего класса в Англии“.

³⁾ „Гигиена и Эпидемиология“ 1926 г., № 9.

⁴⁾ „Гигиена и Эпидемиология“ 1926 г.

Точных, исчерпывающих данных о потреблении спиртных напитков на Пермской железной дороге нет. Железнодорожное население так тесно перемешано с территориальным, что сведения о продаже спиртных напитков в каком-либо пункте дороги не могут дать указаний на размеры потребления этих напитков населением транспорта. Статистика врачебных участков и больниц охватывает лишь ничтожную часть пьющих. Статистика дорожной страхкассы также неполна, так как, с одной стороны, охватывает лишь случаи нетрудоспособности на почве алкогольного отравления, а, с другой, несомненно, что ряд случаев хронического алкоголизма регистрируется под рубрикой душевных болезней, хронического гастрита, заболеваний печени, сердца и т. д. Статистика прогулов по неуважительным причинам тоже не может служить абсолютным показателем алкоголизации рабочих и служащих дороги. Эти неуважительные с точки зрения дорожной администрации причины могут быть весьма разнообразны: полевые работы, поездка за продуктами и т. п. Даже прогулы после получек в некоторых случаях могут объясняться не пьянством, а необходимостью удовлетворения тех или иных личных хозяйственных нужд. Постоянного учета появлений на работе в нетрезвом состоянии на дороге не ведется, и на соответствующий запрос Правления дороги многие линейные учреждения не могли дать точного ответа, ограничившись лишь сообщением, что такие случаи бывали. По словам начальника Свердловского отделения О.Д.Т.О. О.Г.П.У., буйств и хулиганства на почве опьянения на Свердловском узле масса. Отдельного учета этих преступлений не ведется, многие случаи даже не регистрируются: для особого учета пьяных преступлений потребовался бы и особый штат служащих.

Едва ли не наибольшею ценностью обладают результаты поголовного обследования детей в школах Пермской жел. дор., где алкогольная наследственность отмечена в 23,9 проц. Но и эти данные сами по себе говорят немного: не у всех железнодорожников имеются детишкoльники железнодорожных школ, и под понятие «алкогольной наследственности» нужно думать, попали далеко не все случаи употребления спиртных напитков, а лишь случаи тяжелого хронического отравления ими.

Однако, сопоставление всех сведений, отражающих в себе алкоголизацию железнодорожного населения Пермской дороги, — сведений, полученных из разных источников, — все-таки может дать некоторое представление о потреблении спиртных напитков железнодорожниками и размерах того вреда, какой причиняет алкоголь железнодорожному хозяйству и железнодорожному населению.

Еще в довоенной литературе отмечалось, что станционные буфеты часто являются не органами общественного питания для пассажиров, а постоянно торгующими кабаками, на которые не распространяется запрещение торговли в те или иные дни и часы. Роль этих буфетов в алкоголизации населения огромна: едва ли не в большей степени, чем пассажиров, они обслуживают железнодорожников. Например, буфет ст. Свердловск около 80 проц. отпускаемых обедов отпускает служащим и рабочим Пермской дороги по льготной цене (50 проц. скидки).

По сведениям, полученным нами от Т.П.О. и относящимся к концу лета 1928 года, месячная торговля спиртными напитками выражается по 4 буфетам дороги в следующих цифрах:

Станции	Продано		% к общей выручке	% наложен.
	В ведрах	На сумму		
Богдановичи	254,85	2579—85	45,0	87,2
Егоршино	245,85	2919—85	87,9	96,5
Кузино	192,20	2095—22	78,8	81,7
Свердловск	1512,45	15466—72	41,0	112,2
Итого	2204,75	23061—64 Среднее	— 48,6	— 96,7

Из этих 4 буфетов только в Свердловске кухня содержалась кооперацией, в остальных трех кухня сдавалась переарендаторам, и доходы с кухон этих 3-х буфетов не принимались в расчет при вычислении проц. выручки. Вывод из приведенной таблицы ясен: главный доход буфетам дают спиртные напитки. Без продажи спиртных напитков при теперешней арендной плате и при продаже льготных обедов буфеты существовать не могут. В этом можно убедиться из следующих данных*):

Арендная плата в м-ц	1.000 р.
Расходы по кухне	12.600 »
Расходы по буфету	23.400 »

Итого расхода 37.000 р.

Доходы с кухни	10.200 р.
Доходы с буфета	27.500 »

Итого дохода 37.700 р.

Чистый доход 700 р.

Конечно, не только станционные буфеты играют роль в распространении спиртных напитков среди железнодорожников: лавки госспирта, кооперативы и пивные также принимают в этом деле видное участие. Вероятно, в ходу еще и самодельная брага и самогон. По крайней мере в Пензенской губ. среди населения Московско-Казанской ж. д. самогон можно встретить довольно часто. В годы же запрета продажи спиртных напитков самогон, повидимому, играл большую роль в быту рабочих и служащих Пермской ж. д. По статистике врачебных участков случаи отравления алкоголем наблюдаются ежегодно, имели место они и до выпуска «русской горькой».

При этом из 57 случаев отравлений в 1921 году 7 окончились смертью.

Г о д ы	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Число отравл. . .	38	57	22	26	29	68	216	154

*) В округленных цифрах за июнь 1928 года.

Эти цифры, как было уже указано, не могут дать полной картины алкогольных отравлений на дороге, так как за врачебной помощью по поводу опьянения население обращается редко и только в исключительно тяжелых случаях.

Еще меньше значения имеет статистика стационаров: за 1927-28 г.г. во всех 8-ми больницах Пермской дороги стационарным лечением пользовалось по поводу острого или хронического отравления спиртом только 71 больной, из них 58 в Свердловской больнице. Это обстоятельство лишь указывает насколько слабо поставлено дело лечения алкоголиков на дороге.

По данным Дорстрахкассы за 1927 год нетрудоспособными вследствие отравления алкоголем застрахованные были признаны 34 раза при общем числе дней этой болезни 778, в среднем по 23 дня на человека, колеблясь от 4 до 59 дней.

Отравления спиртом играют не последнюю роль в происхождении различных происшествий и несчастных случаев на дороге. Правда, в приказы по дороге эти случаи попадают редко. За весь 1927 год нам удалось найти только 1 приказ по дороге, отмечающий конкретные случаи пьянства служащих; в 1928 году таких приказов мы насчитали 8.

В статистике несчастных случаев на дороге весьма резко сказалось введение в продажу 40 град. водки.

	1925-26 г.	1926-27 г.
Число несчастных случаев с рабочими и служащими	1172	2787
Из них: при движении	133	298
вне движения	1039	2489
На 10000 служ. и рабочих	279	619
Число несчаст. случ. с пассажирами	13	104
Из них: при движении	10	100
вне движения	3	4
На 10000 пассажиров	0,2	1,8

По данным дорожной инспекции труда несчастные случаи в 1925 г. следовательно, еще до выпуска 40 проц. водки по дням недели распределялись так:

Д и и	Абсол. число	В процентах
Воскресенье	30	3,3
Понедельник	169	19,1
Вторник	159	18,0
Среда	167	18,8
Четверг	126	14,2
Пятница	147	16,6
Суббота	89	10,0
Итого	887	100,0

Приводимые ниже сведения дают основание предполагать, что после появления в продаже «русской горькой» праздничные и после-

праздничные дни дают большее число несчастных случаев. К сожалению, более поздних данных о распределении несчастных случаев по дням недели достать нам не удалось.

На запрос бюро происшествий правления дороги о случаях явки на работу в состоянии опьянения и о происшествиях вследствие пьянства рабочих и служащих ответы с линии получены не более, как от трети учреждений и при том весьма неполные. Так, например, из 18 участков контор службы тяги ответили только 4, из 17 депо ответили 8, из 22 участков контор службы пути ответили 5 и т. д. Ответы получены неполные: из 28 ответов только 14 заключают в себе ответы на все поставленные бюро вопросы, 7 ответов неполны, в них или отсутствуют указания, в какие дни происходило пьянство, или кто пьянствовал, или какие были последствия пьянства; наконец, 7 ответов заключают в себе отказ ответить по существу, главным образом, вследствие отсутствия соответствующего учета. Один-же из этих 7 ответов настолько характерен, что его следует привести полностью: «Положением о новой отчетности эти сведения не предусматриваются, а потому не представляется дать Вам просимую справку за исключением выполнения по доброй воле:— колесный цех отказался, а я не имею права его заставить». Наконец, некоторые конторы дают сведения с 1-X-27 г. по 1-X-28 г., другие с 1-I по 1-X-28 г., третьи за август и сентябрь 1928 года и, наконец, четвертые вовсе не указали, за какой срок они представляют сведения.

Все это в значительной степени обесценивает полученные материалы. По этим сведениям случаи явки на работу в пьяном виде и случаи опьянения во время работы зарегистрированы 1.909 раз, из них:

в праздничные дни	820 раз,
в дни получек	763 раз,
в прочие дни	148 раз,
дни не установлены	178 раз.

Из числа замеченных пьяными на работе уволено 117 человек.

В результате этих опьянений рабочих и служащих происшествия и несчастные случаи зарегистрированы 22 раза. Из них:

порча паровоза	5 случаев,
порча вагонов	2 случая,
порча пути	2 случая,
смерть служащего	3 случая,
увечье служащего	1 случай,
задержка поезда	3 случая,
кража казенных денег	1 случай.

Характер остальных происшествий не указан. В отношении общего числа рабочих и служащих дороги эти 1.909 случаев пьянства составляют 3,36 проц.

По изложенным выше соображениям только что сообщенные цифры нужно считать сильно преуменьшенными. Едва-ли будет большой ошибкой, если число случаев явки на работу в пьяном виде мы увеличим втрое. Тогда получится, что из каждой сотни рабочих и служащих 10 человек в год подвергается тому или иному взысканию от замечания до увольнения включительно за то, что были пьяны во время работы. Не следует забывать, что за пределами этой статистики остается едва-ли не большинство случаев опьянения в нерабочее время или неявки на работу вовсе.

1926-27 год.

Эти случаи невыки на работу по неувлажнительным причинам дают весьма пеструю картину, колеблясь в широких пределах как по службам, так и по месяцам.
Статистика этих невыки в проц. к числу служащих данной службы такова:

Службы \ Месяцы	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Январь	Февраль	Март	Апрель	М а й	Июнь	Июль	Август	Сентябрь
Правление	0,15	0,22	0,07	0,11	0,08	0,06	0,09	0,11	0,18	0,06	0,23	0,10
Главн. мастерская	1,00	1,08	1,10	1,14	0,83	1,00	1,39	0,98	1,08	0,72	1,26	0,94
Служба тяги	1,13	0,97	0,97	1,25	1,21	0,95	1,42	1,24	1,03	0,77	1,14	0,92
„ пути	0,95	1,19	0,52	0,70	0,60	0,76	0,76	0,58	0,69	0,65	0,63	0,73
„ эксплуатации	0,12	0,15	0,24	0,15	0,14	0,22	0,18	0,18	0,16	0,23	0,28	0,24
„ связи и элект.	0,07	—	—	0,04	0,09	—	0,05	—	—	0,03	—	0,02
„ матер. хозяйства	0,04	—	0,01	—	0,23	0,13	0,20	0,32	—	0,51	0,06	0,16
О х р а н а	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
По дороге	0,72	0,71	0,57	0,72	0,68	0,61	0,81	0,71	0,63	0,51	0,70	0,60

1927-28 год.

Службы \ Месяцы	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь
Правление	0,07			0,01			0,03	0,02	0,04	0,02	—	0,03
Главн. мастерские	0,99			1,02			0,97	1,36	1,01	0,81	0,98	1,06
Служба тяги	0,81	Сведенный нет	Сведенный нет	0,81	Сведенный нет	Сведенный нет	0,65	0,69	0,66	0,56	0,65	0,63
„ пути	1,38			0,58			0,54	0,60	0,42	0,51	1,01	0,78
„ эксплуатации	0,18			0,03			0,04	0,07	0,06	0,15	0,04	0,12
„ связи и элект.	0,25			0,29			0,39	0,19	0,09	0,03	0,14	0,14
„ матер. хозяйства	0,18			0,32			0,05	0,06	0,34	0,93	0,26	0,12
Охрана	0,08			6,10			—	—	—	—	0,28	—
По дороге	0,95			0,58			0,49	0,51	0,47	0,48	0,62	0,56

В этой таблице прежде всего бросается в глаза, что колебания числа прогулов дают большие колебания и эти колебания несинхроничны по отдельным службам. Как было уже отмечено, среди рабочих служб пути, а отчасти материально-хозяйственной службы, имеется много рабочих не порвавших связи с сельским хозяйством. Прогулы их могут быть вызваны полевыми работами. Кроме того, среди чернорабочих имеется много лиц призывного возраста, а, как известно, призыв в армию у нас является одним из традиционных поводов к выпивке.

Отсюда повышение числа прогулов в сентябре-ноябре. Наоборот, в главных мастерских мы имеем, главным образом, рабочих не подлежащих призыву. И вот колебания прогулов по неудовлетворительным причинам в мастерских очень характерны.

Наивысшие максимумы мы имеем в апреле 1927 года и в мае 1928 года. Как известно, в 1928 году часть пасхальных праздников была перенесена на начало мая. Следовательно, оба эти максимума совпадают с праздниками. Оба минимума падают на июль, т. е. в разгар отпускной кампании.

Связь прогулов с праздниками станет еще нагляднее, если мы познакоимся со статистикой прогулов по отдельным предприятиям. По Пермским главным мастерским в апреле 1927 года каждый понедельник давал 10—12 прогулов, после получек прогулов было втрое больше, а после пасхи 64 прогула. В мае того-же года по понедельникам 11 прогулов, после получки 29 прогулов. По Свердловским главным мастерским:

	1927 год.	1928 год.
Средний проц. прогулов	2,8	2,27
После получек	8,2	5,28
После пасхи	16,8	18,97

Если все эти данные не могут дать полной картины потребления спиртных напитков на Пермской железной дороге и последствия этого потребления, то они с несомненностью указывают на тот огромный вред, который алкоголь причиняет здоровью транспортников, их материальному благополучию и всему хозяйству транспорта. Только поголовное обследование всего транспортного населения дороги по диспансерному методу могло-бы дать исчерпывающий ответ на вопрос о степени алкоголизации рабочих и служащих дороги. Алкогольные отравления, ведущие иногда к длительной потере трудоспособности, несомненная связь праздников и получек с прогулами в мастерских, связь появлений на работе в нетрезвом виде с получками и праздниками, словом, все изложенное дает нам полное основание признать организацию противоалкогольной борьбы на дороге одной из насущнейших задач современности. В тот момент, когда мы строим новую жизнь, когда мы должны напрячь все силы, чтобы укрепить наше хозяйство, одной из основных отраслей которого является транспорт, — каждый день прогула, каждая порча транспортного имущества, каждый час простоя груза, всякое ослабление рабочей силы — нож в спину социалистического строительства.

Прав проф. Мольков, когда в цитированной выше статье пишет: «Нет единой причины, нет и единой формы проявления алкоголизма, нет и не может быть единой формы борьбы с этими явлениями. Меры борьбы должны также разнообразиться по месту и времени, как разнообразны динамические процессы, порождающие алкоголизм.

Часто борьба с алкоголизмом остается бесплодной, особенно, если формы ее не обоснованы предварительным изучением особенностей данного времени и места». Можем лишь к этим словам проф. Молькова добавить, что формы противоалкогольной борьбы не только нужно варьировать по месту и времени, но одновременно, в одном и том-же месте, в отношении одного и того-же объекта нужно применять разнообразные формы борьбы.

Здравотделом Пермской железной дороги разработан проект плана противоалкогольной работы. По этому проекту в этой борьбе должны принять участие отделы здравоохранения и просвещения, правление дороги, профессиональные и страховые организации, кооперация и т. д. Как основа противоалкогольной борьбы, изучение проблемы алкоголизма должно вестись на местах противоалкогольными ячейками под руководством врачей, по программе, разработанной Государственным Институтом Социальной Гигиены и детализированной дорожным противоалкогольным комитетом применительно к условиям труда и быта транспортников Пермской железной дороги.

Правление дороги по согласованию с дорожным комитетом должно выработать ряд постановлений карательного характера в отношении лиц, появляющихся в нетрезвом виде не только на работе, но и в вокзалах, клубах, амбулаториях, конторах служб и других общественных местах и учреждениях; заведомые алкоголики не должны приниматься на транспорт, особенно на работы, связанные с движением.

Культурно-просветительная работа должна прежде всего иметь целью добиться постановлений масс об ограничении и запрещении продажи спиртных напитков. В целях привлечения рабочих масс к клубам в них должна быть расширена и углублена кружковая работа путем оборудования мест занятий кружков и приглашения руководителей, способных заинтересовать массы, особенно молодежь, кружковой работой. Отделы просвещения и здравоохранения должны поставить на должную высоту противоалкогольную пропаганду, особенно среди молодежи. Статистические данные показывают, что большинство пьющих начинают пить до 20 лет. Из 241 обследованных рабочих Верх-Исетского завода (по Доберер начали пить на втором десятилетии жизни 71,9 проц., позднее — 13,2 проц., не пьют 14,4 проц. По Дубровскому среди пьющих ремонтных рабочих службы пути Омской дороги до 20 лет начали пить 70,73 проц., позднее — 29,27 проц. С другой стороны, как литературные данные, так и наши собственные наблюдения показывают, что чем раньше человек начал пить, тем больше он пьет, и тем труднее ему излечиться от этой привычки. Поэтому-то культурно-просветительные мероприятия и должны иметь своим объектом, главным образом, молодежь: на старого алкоголика пропаганда не подействует. «Воспитать трезвое поколение в наших условиях это значит покончить с алкоголизмом». (Дейцман*).

Ограничение торговли спиртными напитками в станционных буфетах наталкивается, как отмечено выше, на существенные препятствия. Нужно пересоставить арендные договоры, нужно увеличить плату за льготные обеды, и только тогда возможно будет предпри-

*) Влассак. — Алкоголизм. ГИЗ. 1928 г.

нять какие-либо меры против продажи спиртных напитков. Если не удастся совершенно прекратить эту торговлю, то нужно будет допустить отпуск спиртных напитков только по предъявлении проездных билетов, при чем предъявление годовых, командировочных, разовых и провизионных билетов не должно давать права на получение алкогольных напитков.

Лечение алкоголиков само по себе, конечно, не сможет побороть массовый алкоголизм, но может укрепить здоровье пьющих и сохранить от порчи некоторую долю материальных ресурсов дороги. Поэтому необходимо усилить лечение алкоголиков, особенно стационарное; наш собственный опыт на Московско-Казанской дороге показал, что временная изоляция алкоголика от привычных бытовых и производственных условий, в связи с другими терапевтическими мероприятиями, является весьма могущественным лечебно-профилактическим фактором: из 20 человек, подвергнувшихся стационарному лечению, только у 3-х это лечение не дало результата, у остальных период воздержания после лечения длился от 2 до 12 месяцев; дальнейшая судьба этих больных нам неизвестна. Амбулаторным путем нам не удавалось добиться почти никаких результатов.

Если мы не можем сразу создать для всех железнодорожников удовлетворительных условий труда и быта, то вести упорную борьбу за эти условия необходимо. Помимо неустанным стимулирования жилищного строительства, в первую очередь следует обратить внимание на дежурные помещения паровозных и кондукторских бригад. Эти помещения являются домами кратковременного отдыха; именно домами отдыха они и должны быть, где бригады могли бы вымыться, поесть, поспать, почитать книги и газеты, заняться каким-нибудь разумным развлечением, окруженные чистотой и уютом. Организация дешевых безалкогольных буфетов, читален и т. п. в этих помещениях необходима. Ни на минуту нельзя упускать из виду, что оздоровление условий труда и быта один из главных путей к победе над алкоголизмом.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ОБ АБОРТАХ В Г. ПЕРМИ. (1922—1926 г.)

Д-р Н. К. НАКОРЯКОВ.

Из Акушерско-Гинекологической Клиники Пермского Государственного Университета (директор — проф. А. Ф. Пальмов) и гинекологического отделения пермской окр. больницы

Вопрос об аборте за последние годы вырос в проблему большого социального значения. Это обуславливается теми стихийными размерами распространения аборта, каковые наблюдаются в настоящее время по всему земному шару.

Последствия, вызываемые этим безудержным ростом, будут-ли они касаться повышения процента смертности и инвалидности абортирующей женщины в наиболее цветущем ее возрасте, или падения рождаемости, которое в конце концов создает угрозу вырождения наций,—вынуждают особенно настойчиво изучать этот вопрос с тем, чтобы, наконец, найти истинные пути в борьбе с этой новой социальной болезнью.

Положение вопроса об абортах в разных странах Западной Европы рисуется в настоящий момент в следующем виде.

В Германии, по словам проф. Неупеца¹, «увеличение количества аборт обваружилось уже в конце предыдущего столетия; в начале второго десятилетия XX века оно быстро повысилось и в послевоенное время достигло ужасающей быстроты». Последние статистические работы об аборте в Германии, претендующие на максимальную точность, констатируют огромные размеры повышения количества аборт ов.

Сопоставляя цифры прогрессивного увеличения аборт ов с цифрами такого-же неуклонного падения рождаемости, нетрудно видеть, что между теми и другими существует прямая зависимость. Не удивительно поэтому, что во многих государствах вопрос об аборте стал предметом обсуждения не только в медицинской и юридической печати, но и в парламентах (Франция, Германия). В отношении борьбы с этим социальным бедствием вся Западная Европа и Америка до сих пор беспомощно и безрезультатно бьются в проволочных заграждениях, созданных из репрессивных мер по отношению к абортирующей женщине. За бесплодность репрессий говорит поток новых и новых аборт ов и ничтожность цифр осужденных за плодизгнание по сравнению с огромным количеством криминальных аборт ов. Только в самое последнее время мы видим, что некоторые государства встают на путь смягчения каторжных законов, действовавших по отношению к искусственному прерыванию беременности (Германия, Дания, Швеция, Чехословакия). Но наряду с этим имеются страны (Англия, Италия), где до сих пор аборт наказывается каторжными работами или долгосрочным тюремным заключением.

В дореволюционной России так-же, как и в Западной Европе, отмечалось быстрое нарастание количества аборт ов. Так, Борхов в 1912 году нашел, что из 5.874 женщин, находившихся на излечении в петербургских больницах с послеродовыми заболеваниями,—4.743 было с абортом и его последствиями. По Гернету общее количество аборт ов в Москве в 1913 году гинекологами определялось в 10.000 в год. Репрессии, которыми царское правительство пыталось препятствовать стихийному росту аборт ов, очевидно, были так-же безуспешны, как и в Западной Европе. По данным Гернета было осуждено в России за аборт в 1910 г.—20 ч., в 1911 г.—28, в 1912 г.—31, в 1913 г.—60, в 1915 г.—40, в 1916 г.—51. Ничтожность этих цифр по сравнению с количеством аборт ов, измеряемым сотнями тысяч и вдвойне большим количеством его соучастников, достаточно ярко говорит о бесплодности карательных угроз действовавшего закона по отношению к аборту.

Только 18 ноября 1920 года постановлением НКЗ и НКЮ аборт получил легальное существование, и с этого момента изучение вопроса об аборте в СССР сделалось более чем где-либо благоприятным. Аборт, выведенный из подполья, сделался доступным учету, наблюдению, а, следовательно, и всестороннему изучению.

С 1-го января 1922 года по 31 декабря 1926 года, т. е. за 5 лет, через гинекологическое отделение Пермской окружной больницы, являющееся в то-же время гинекологической клиникой Пермского Государственного Университета, прошло 2.419 случаев аборт а, из них 1.638 принято с начавшимся вне клиники (неполным) абортом и 781 искусственный аборт был произведен в клинике.¹⁾

1) В дальнейшем изложении под неполными (внебольничными) абортами мы будем разуметь все случаи, поступившие в стационарные учреждения с начавшимся кровотечением, а по искусственными—аборт ы, произведенные в больнице по разрешениям абортной комиссии или без таковых, но по медицинским показаниям, установленным в больнице.

В число неполных абортс вошли и те случаи, г е женщины посту- пади в клинику и пользовались в ней лечением с диагнозами *endometritis p. abortum, endom, decidualis, sub involutio p. abortum, polyus placentaris*. Та- кого рода случаев за указанное пятилетие прошло через клинику 61. Сюда- же были отнесены 42 женщины, поступившие в клинику с заболеваниями, имевшими своей этиологией недавно происшедший свежий аборт (*salp. oophoritis, parametritis, perimetritis, pelvio-peryunitis post. abortum*). Случаи *ab. incipientis*, выписавшиеся из клиники с сохранившейся беременностью, в указанную цифру не вошли.

Через другое родовспомогательное учреждение г. Перми Городской Родильный Дом за 1924-26 г. г. прошло неполных абортс 42 и искусствен- ных 541. Сведений за 1922 и 23 г.г. получить не удалось вследствие отсут- ствия историй болезни, но это весьма мало отразится на общей цифре абортс, так как за эти 2 года искусственные абортс в Городском Родиль- ном Доме производились редко, а неполные абортс принимались, как и в последующие годы, в исключительных случаях.

По годам поступления наш материал распределяется следующим об- разом:

	1922 г.		1923 г.		1924 г.		1925 г.		1926 г.		Всего	
	Неполные	Искусств.	Неполные	Искусств.	Неполные	Искусств.	Неполные	Искусств.	Неполные	Искусств.	Неполные	Искусств.
Гинекологич. клиника	256	105	317	82	319	105	378	183	368	306	1638	781
Гор. Родильный Дом	—	—	—	—	17	114	8	191	17	236	42	541
В с г о	256	105	317	82	336	219	386	374	385	542	1680	1322

На прилагаемой таблице обращает на себя внимание довольно рез- кое повышение количества искусственных абортс (за пятилетие коли- чество искусственных абортс повысилось более, чем в 5 раз, при чем осо- бенно резкое увеличение падает на последнее 3-летие).

По данным Пасевского, в Ленинграде за 1923 год было произведено 2.983 искусственных абортс, в 1924 г. 6.692, в 1925 г. 12.058, а в 1926 г. число зарегистрированных абортс по предварительным данным равня- лось уже 21.646. Если мы примем для 1926 г. процент абортс, производи- мых помимо комиссии, равным 27,4 проц., как это было в 1925 г., то цифра искусственных абортс, произведенных по разрешению комиссии за 1926 г., будет равна приблизительно 15.715. Иначе говоря, за 4-летие мы имеем уве- личение искусственных абортс по Ленинграду более чем в 5 раз. По дан- ным д-ра Перетц по Екатеринбургy за 1920-1922 г. г. количество искусствен- ных абортс увеличилось более, чем в 11 раз, в Омске, по данным д-ра Смир- нова, за 1923-25 г. г. в 8 раз, по г-ру Владимиру (Флоринская) с 1921 по 1924 г. г. число искусственных абортс с 19 выросло до 473.

Увеличение количества искусственных абортс в Перми довольно резко выражается не только возрастанием абсолютных цифр, но и отноше- нием их к количеству населения: так, на 1.000 населения приходится в 23 г., 1 искусственный аборт, в 25 г. 4,4, а в 26 г. 5,8.

Постепенное увеличение количества искусственных абортов связано с приостановкой роста абортов, начавшихся вне больничных учреждений. Если в 1922 г. мы имели 71 проц. неполных и 29 проц. искусственных абортов, то в 1925 году мы констатируем перекрещивание кривых, а в 1926 г. уже превышение роста искусственных абортов над внебольничными (58,5 проц. против 41,5 проц.). Однако и данный процент внебольничных абортов по сравнению с другими местностями может быть назван еще довольно высоким. Так, по данным Генса в 1923 г. по городским и сельским местностям РСФСР было в среднем 42 проц. внебольничных абортов, а в течение следующих двух лет этот процент еще более понизился.

Авдеева на 53.618 случаев для 1925 г. определяет этот средний процент 17,9. По г. Владимиру процент неполных абортов с 81,2 в 1920 г. снизился в 1924 г. до 26,8 проц. общего числа произведенных абортов. По Москве произошло падение с 61 проц. в 1924 г. на 21,1 проц. в 1925 г., т. е. наши цифры неполных абортов еще довольно далеки от того резкого снижения, которое констатируется по губерньским и даже по уездным городам РСФСР и приближаются к проц. неполных абортов сельских местностей. Все же за последние 2 года мы можем констатировать в этом отношении несомненный сдвиг в сторону уменьшения проц. внебольничных абортов по сравнению с искусственными.

Сравнение количества неполных абортов, прошедших за последние 5 лет через стационары, с соответствующими цифрами довоенного времени показывает их значительное возрастание в абсолютных числах. Так, по отчетам д-ра К. П. Звягина в 1910 г. через гинекологическое отделение Александровской губернской земской больницы (теперь гинекологическая клиника) прошло 28 случаев неполных абортов, в 1911 г. 56, в 1912 г. 84, в 1913 г. 133, т. е. количество неполных абортов по сравнению с довоенным временем возросло в пределах около 3 раз, остановившись за последние 2 года на одинаковых цифрах. Остановку роста неполных абортов по Екатеринбург у констатирует д-р Перетц (с 1920 г.), по Москве и отчасти Ленинграду (Паевский).

Если мы из года в год (за исключением 1926 г.) наблюдаем повышение абсолютных цифр неполных абортов, то значит ли это, что неполные аборты в Перми, несмотря на резкое возрастание искусственных, изменяют свой рост в сторону увеличения?

Оказывается, что, если мы возьмем в качестве мерила роста неполных абортов, не возрастание их в абсолютных числах, а их отношение к количеству жителей в Перми в данное время, то динамика неполных абортов представится совсем в другом свете. Так, в 1923 г. на 1.000 жителей приходилось 4 неполных аборта, в 1925 г. — 4,2, а в 1926 году 3,8, т. е. менее чем в 1923 г. Отсюда мы можем совершенно основательно сделать вывод, что число неполных абортов в Перми за последнее время понизилось не только в сравнении с искусственными абортами, но и по отношению к количеству населения.

Контингент гинекологических больных, как таковых, в клинике за истекшие годы уменьшился за счет абортов, и таким образом уменьшилась возможность удовлетворения всех гинекологических больных специальной врачебной, в том числе и оперативной помощью. Наш материал показывает, что проц. абортов по отношению к общему количеству гинекологических больных неуклонно растет, достигнув за 1926 г. цифры 61,19 проц.

Еще более интересным в смысле сравнения является процентное отношение абортсв к количеству родов.

Негар в 1863 г. считал, что на 8—10 родов падает один аборт, статистика Nevermann'a за 1925 год дает соотношение 2 абортов на 3 роды (66 %). Сравнение этих крайних полюсов достаточно ясно обрисовывает размеры той колоссальной абортной волны, которая захлестывает в последние годы Германию.

Статистики русских авторов дают почти аналогичные цифры в смысле роста абортов по отношению к родам по сравнению с Германией.

Процент абортов по отношению к родам, прошедшим через родовспомогательные заведения гор. Перми, равный за 1926 год 44,1 проц., уступает количеству абортов других городов. В частности по сравнению с Омском, городом наиболее сравнимым с Пермью (1924 г. — 41,8 проц., 1925 г. — 36,4 проц.), разница получается довольно значительная. Эта разница оказывается еще более существенной, если сравнить процентные отношения абортов к родам, вычисленные только для жительниц Перми.

Г о д ы	Колич. жительниц гор. Перми, родоразрешивш. в родовспомогательных учреждениях	Количество жительниц г. Перми, поступивших с абортами в леч. учреж.	% абортов
1922	1271	287	21,6
1923	1763	335	19,0
1924	1905	492	26,0
1925	2038	662	32,5
1926	1998	816	40,8

Таким образом общая цифра, показывающая отношение всех абортов ко всем родам, равная в 1926 г. 44,1 проц., для жительниц г. Перми уменьшилась до 40,8 проц.

Однако, если проц. отношение абортов вычислить по отношению к общему количеству родов по всему городу, то цифры по сравнению, например, с Омском будут почти совершенно одинаковы. Это в прямой мере зависит от количества родоразрешающихся в больничных учреждениях. Так, если мы сравним для примера цифры родоразрешающихся в больничных учреждениях в Омске и Перми, то получим следующую картину:

Г о д ы	П е р м ь			О м с к		
	Общее колич. родов по городу	Количество коечных родов	% коечных родов	Общее колич. родов по городу	Количество коечных родов	% коечных родов
1922 . .	1887	1271	67,3	—	—	—
1923 . .	2604	1763	67,7	4234	1290	30,4
1924 . .	3212	1905	59,3	4598	1420	30,9
1925 . .	3099	2038	65,7	4473	1728	38,6
1926 . .	2964	1998	67,4	—	—	—

Таблица показывает, что проц. родоразрешающихся в больничных учреждениях Перми почти в 2 раза превосходит такой же проц. по Омску; поэтому естественно, что сравнение проц. абортс по отношению ко всем родам города даст несколько иную картину.

Г о д ы	% абортс по отношению к рождаемости			
	Пермь	Омск	Ярославль	Ленинград
1922 . . .	15,21	—	6,11 ²⁾	—
1923 . . .	12,86	7,77 ¹⁾	8,56	9,34 ³⁾
1924 . . .	15,63	12,85	36,13	21,19
1925 . . .	21,36	21,82	январь-июнь	43,2 ⁴⁾
1926 . . .	27,53	—	24 г.	—

Действительно, из приведенной таблицы мы можем видеть, что рост абортс в обоих городах (Омске и Перми) по отношению к рождаемости почти одинаков и имеет более спокойный характер, чем, например, в Ленинграде (за 1923-25 год) и Ярославле (за первую половину 1924 года).

Это сравнение является достаточно показательным в том смысле, что вычисление проц. отношения абортс к родам только на основании цифр коечных родов еще не дает истинного представления о распространенности абортс, так как эти цифры будут главным образом зависеть от степени обрабатсмости населения за родовспоможением. Мы будем, несомненно, ближе к истинным цифрам, если общее количество абортс будем противопоставлять общему количеству родов в данном месте.

Количество родов по родовспомогательным учреждениям г. Перми за последние три года сохраняется на приблизительно одинаковых цифрах, то же самое мы можем сказать и относительно родов по всему городу. Если за 5 лет количество родов возросло на 1.077, то за последние 3 года оно понизилось на 248; количество же абортс, увеличившееся за те же 5 лет на 566, за последние три года возросло на 372. При этом очень важное значение приобретает то обстоятельство, что понижение абсолютного количества родов по городу и повышение числа абортс идет одновременно со значительным возрастанием населения города. Приводимая таблица демонстрирует эти соотношения.

Г о д ы	Колич. населения в г. Перми (без зав. Мотовилихи)	Колич. родов на 1000 населения	Колич. абортс на 1000 населения
1923	68392	38,1	4,9
1925	76794	40,4	8,6
1926	84761	35,0	9,6

1) Вычислено по данным Смирнова «Омский Мед. Журнал», 1926 г., № 6.

2) Флоринская «Гигиена и Эпидемиология», 1926 г., № 3.

3) Паевский «Бюлл. Ленингр. Губ. Отд. Стат.», 1925 г., № 12.

4) Он-же—Сборник «Аборты в 1925 г.», стр. 31.

Повидимому, понижение количества родов в известной степени можно поставить в связь с прогрессирующим увеличением количества абортот, главным образом, искусственных, но аборты играют здесь не единственную и не решающую роль.

В какой же мере декрет о легализации аборта повлиял на соотношение интересующих нас цифр? Увеличение абортов идет главным образом за счет абортов легализованных. Если предположить, что все женщины, которым был разрешен искусственный аборт, родоразрешались в срок, то количество родов по г. Перми выражалось бы в следующих цифрах:

Г о д ы	Предполаг. колич. родов по городу	Предполаг. колич. родов на 1000 на- селения
1922 . .	1992	—
1923 . .	2686	39,3
1924 . .	3431	—
1925 . .	3473	45,2
1926 . .	3506	41,4

Таким образом, хотя абсолютное количество родов по городу из года в год несколько повышалось бы, но на 1.000 населения в 1926 г. оставалось бы пониженным против 1925 г. (41,4 против 45,2).

Если еще принять во внимание, что известный процент женщин все равно абортировали-бы на стороне, то легальный аборт еще в меньшей степени повлиял бы на движение рождаемости в Перми, а потому главную причину падения рождаемости мы должны искать не в декрете о легализации аборта.

В отрицательном смысле этот вопрос решает и д-р Перетц, которым точно также было констатировано падение рождаемости по Екатеринбург и резкое повышение абортов, главным образом, искусственных. По г. Владимиру, несмотря на значительное увеличение числа абортов на 1000 населения, число родов даже повысилось (Флоринская).

Таким образом, в целом ряде городов легализованный аборт или совсем не влияет на уменьшение рождаемости, или влияет незначительно. Очевидно, что в движении рождаемости в Перми играют роль и другие факторы, выявление которых является пока недоступным. Распределяя наш материал по сроку прерывания беременности, мы получаем, что наибольшее число беременностей (54,7 проц.) прерывается на 3 месяце, 20,4 проц. на 2 м-це, 13,9 проц. на 4 и, наконец, 7,6 проц. прерывается на сроке свыше 4 м-цев.

Для искусственных абортов сохраняется такое же соотношение, только главная масса абортов падает в еще большей степени на первые три месяца (95,3 проц.); для неполных же абортов на первые три м-ца падает только 59,2 проц. и второй по величине является группа абортов, происшедших на 4 месяце (21,9 проц.), тогда как первая группа (до 2 мес.) становится на

3 место (17,6 проц.). Таким образом, для неполных абортс характерен несколько более поздний срок прерывания беременности. Указанные цифры согласуются с данными русских статистических работ.

Нельзя не согласиться с выводами Авдеевой и Смирнова, что прерывание беременности при искусственном аборте в ранние сроки, констатируемое у нас в 95,3 проц., представляет собою явление благоприятное, т. к. известно, что опасность искусственного аборта увеличивается пропорционально с возрастанием срока беременности (травма, инфекция). В этом смысле декрет о легализации аборта, заостренный против подпольных абортов, дает женщине возможность произвести аборт, действительно, с минимальной опасностью во всех отношениях.

Что касается неполных абортов, то перемещение цифр в сторону более поздних сроков беременности становится понятным, если исходить из общепринятого взгляда о 80—90% криминальности неполных абортов. С этой точки зрения можно считать, что гораздо более высокий проц. женщин занадевается со своевременным прерыванием своей беременности где-нибудь на стороне.

Наибольший проц. абортов как неполных, так и искусственных падает на возраст от 25—30 лет (30,5 проц. для неполных и 32 проц. для искусственных), далее идет группа от 20—25 лет (в среднем 27,1 проц.), затем от 30—35 лет (в среднем 19,6 проц.) и наименьшие цифры дают самая молодая (в среднем 4,3 проц.) и самая старшая (в среднем 5,0 проц.) группы. Таким образом, главная масса абортирующих женщин приходится на наиболее чадородный возраст от 20—30 лет (58,5 проц.). Почти аналогичную цифру отмечают Генс для городского населения РСФСР (59,6 проц.) и Флоринская для г. Владимира (59,8 проц.), несколько большую—Паевский для Москвы и Ленинграда (61,9 и 61,8 проц.) и Смирнов для Омска (62,1 проц.).

Абортирующие до 20 лет и после 40 лет составляют у нас сравнительно небольшой процент, при чем отмечается, что в обоих этих группах количество неполных абортов (5,7—6 проц.) почти вдвое больше, чем искусственных (2,5—3,9 %). Это вероятнее всего объясняется тем, что стремление молодой женщины скрыть свою внебрачную беременность от всякой огласки, вероятно, до сих пор играет значительную роль и тем самым увеличивает проц. первобеременных, абортирующих на стороне. Этот взгляд подтверждают цифры Паевского по Ленинграду, где молодые женщины до 20 лет, не прошедшие через комиссию, но состоявшие в зарегистрированном браке, абортируют в 9,4 проц., а не состоявшие в зарегистрированном браке в 23,6 проц. («Аборт в 1925 г.», стр. 38). Увеличение же проц. неполных абортов по сравнению с искусственными для наиболее старшей группы вполне естественно объясняется большим предрасположением пожилых женщин к самопроизвольным выкидышам.

Не безинтересно выяснить, которая же беременность по счету чаще заканчивается абортс? Наиболее часто прерываются первые 4 беременности (55,5%), при чем на первом месте по частоте стоит 2-я беременность (17,1%), затем 3-я (14,5%), за ней 4-я (12,1 проц.) и, наконец, 1-я (11,8%), далее же, начиная с пятой беременности, цифры постепенно падают.

Для г. Владимира по Флоринской характерен еще больший проц. ранних прерываний беременности: так, первая беременность прерывалась в 24,8 проц., вторая в 20,9 проц., третья в 13,4 проц. (все три беременности в 59,1 проц.), тогда как у нас на первые три беременности приходится 43,4%. Здесь мы снова встречаемся с любопытным обстоятельством, что из

числа абортирующих первобеременных (в среднем 11,8 проц) на неполные аборт приходится 15,6 проц., на искусственные же более чем в 2 раза меньше (6,8 проц.). Этими цифрами выдвинутое выше объяснение относительно более частого прерывания беременности в возрасте моложе 20 лет у неполных абортов, по сравнению с искусственными, еще более подкрепляется.

По нашим материалам, 60,4 проц. женщин в прошлом или совсем не беременели, или имели только роды, при чем наибольший процент рожавших женщин имели одни и двое родов.

В 4,1 проц. всех случаев женщины имели только аборт, при чем группа женщин с неполными абортами превалирует над группой с искусственными абортами почти вдвое.

А б о р т ы	И м е л и т о л ь к о а б о р т ы								Всего
	1	2	3	4	5	6	7	14	
Неполные	54	17	3	1	2	1	1	1	80
Искусственные	33	6	2	—	—	—	1	—	42
Вместе	87	23	5	1	2	1	2	1	122 (41 %)

Наконец, след. таблица указывает нам цифры женщин, имевших в прошлом и роды и аборт (35,5 проц.), при этом 41,6 проц. женщин этой группы имели не более 2-х родов.

					И м е л и р о д ы и а б о р т ы		
					Неполн.	Искусств.	Вместе
И м е л и 1 р о д ы , о с т а л ь н . а б о р т ы					114	91	205
»	2	»	»	»	108	113	211
»	3	»	»	»	85	83	168
»	4	»	»	»	58	53	111
»	5	»	»	»	51	46	97
»	6	»	»	»	41	46	87
»	7	»	»	»	28	26	54
»	8	»	»	»	19	19	38
»	9	»	»	»	18	14	32
»	10	»	»	»	12	10	22
»	11	»	»	»	5	4	9
»	12	»	»	»	6	4	10
»	13	»	»	»	5	—	5
»	14	»	»	»	2	—	2
»	15	»	»	»	2	1	3
»	16	»	»	»	1	—	1
»	17	»	»	»	—	1	1
»	18	»	»	»	2	—	2
					557	511	1068 (35,5 %)

Если выделить из общего числа тех, которые имели в прошлом не более 2-х родов, то получится очень внушительная цифра в 1.594 случая, что составит 53,1 проц., при чем из этого числа на группу неполных абортс приходится 930 случаев (58,3 проц.), на группу же искусственных 664 сл. (41,7 проц.). Разделение материала на перво- и повторно-беременных мы находим в довольно большом количестве работ. Так Генс на 10.000 абортировавших женщин определяет количество первобеременных в 12 проц., Перетц в 19 проц., Смирнов в 8,9 проц., а повторнобеременных, но не рожавших в 4,9 проц., что составляет 13,8 проц.

Наш материал дает цифры, мало отклоняющиеся от таковых других авторов: для первобеременных 11,8 проц., для повторнобеременных, но не рожавших 4,1 проц., что в общем для нерожавших женщин составит 15,9 проц. Большое отклонение от этих цифр дает только материал Бубличенко: для первобеременных 21,3 проц., для нерожавших повторнобеременных 14,2 проц., в общем 35,5 проц. (Цит. по Смирнову).

Выше было указано, что главный контингент рожавших женщин (53,1 проц. случаев) имел в анамнезе не более 2-х родов. Это обстоятельство дает нам возможность попытаться установить степень приближения наших женщин к так называемой «двухдетной системе» (Zweikindersystem). Естественно, что ответить на данный вопрос более или менее точно можно только тогда, когда выяснено количество живых детей у каждой из абортировавшихся женщин. Такого рода материал нам удалось собрать только для искусственных абортов за последние три года *).

	Бездетных	С 1 ребенком	С 2 детьми	С 3 детьми	С 4 детьми	С 5 детьми	С 6 детьми	С 7 детьми	С 8 детьми	С 9 детьми	Неизвестно	Всего
Абсол.	140	338	267	194	89	54	10	7	2	1	33	1135
% %	12,3	29,8	23,5	17,1	7,8	4,8	0,9	0,6	0,2	0,1	2,9	—
	65,6											

Но и приведенные цифры могут нам указать на то, что среди пермских женщин двухдетная система господствует приблизительно на две трети (65,6 проц.). Во всяком случае стремление к регулированию деторождения встречается у наших женщин довольно рано: в 65,6 проц. после 2-х детей и в 82,7 проц. после 3-х детей. Если бы было возможно собрать аналогичные сведения у группы женщин с неполными абортами, то цифра двухдетных матерей получилась бы, вероятно, еще большей, если принять во внимание, что проц. первобеременных у группы с неполными абортами более чем в два раза превышает таковой же у группы искусственных абортов. Определенный нами проц. двухдетных матерей почти совпадает с цифрами других авторов, установленными на большем материале. Так, Генс на материале

*) Сведения взяты из протоколов-абортной комиссии за 1924—26 г.г.

в 7.726 случаев устанавливает этот проц. в 67,5 проц., Флоринская дает цифру абортирующих 2-х детных матерей для губернских городов 74,6 проц., прочих городов 73,6 проц. и сельских местностей 60,6 проц.

Из 1.680 неполных абортов имеется указание на искусственное прерывание беременности большею частью кустарным способом только у 78 женщин и 31 женщина указала на применение мероприятий, указывающих на попытку прерывания беременности. Конечно, этими случаями не исчерпывается криминальность *) неполных абортов в нашем материале. Если просмотреть статистики иностранных авторов в данном направлении, то оказывается, что цифры криминальных абортов определяются чрезвычайно высокими—от 60 проц. (Nurnberger) до 90 проц. (Lindemann).

В качестве инструментов, служивших для прерывания беременности в криминальных случаях, в 20 случаях отмечен буж, в 3 случаях зонд, в 5-ти катетер, в 3-х выскабливание, в 30 случаях неизвестный инструмент, в 15 случаях внутриматочное впрыскивание йода, в 1 случае гусиное перо (обнаружено в матке во время выскабливания) и в 1 случае вырскивание концентрированного раствора сулемы в матку. Из мер, указывающих на попытку прервать беременность, отмечается применение горячих сиринцеваний и ванн, хинина, спорыньи, различных трав и, наконец, массажа.

В связи с выявлением количества криминальных абортов нами был выяснен вопрос: сколько женщин, которым было отказано в разрешении на аборт, поступило впоследствии в клинику с неполными абортами (сведения за 1924—26 г.):

	Чел.		Чел.
Было отказано в разрешении на аборт	480	Из них поступило с неполными абортами	51
Не поступили в клинику, или было в ней отказано	121	Из них поступило с неполными абортами	15
Всего	601		66 (10,98 %)

Оказалось, что таковых поступило около 11 проц., что, вопреки распространенному убеждению, является очень небольшой цифрой. Достоверность указанных сведений не может вызывать сомнений, так как все женщины, получившие отказ и не поступившие в клинику, проверялись поименно по протоколам абортной комиссии и клиническим журналам.

Следует отметить, что полученные нами результаты не согласуются с тем мнением, что «женщина, решившаяся на аборт, все равно его сделает независимо от нашего разрешения или отказа» (Генс «Аборт в РСФСР», стр. 10), а скорее подтверждают целесообразность известного ограничения в выдаче разрешений на аборт, что у нас в Перми абортная комиссия вынуждена делать вследствие ограниченного количества коек для абортирующих женщин в лечеб-

*) Слово „криминальный“ мы употребляем по отношению к лицу, производящему искусственный аборт в ненадлежащей медицинской обстановке.

ных заведениях. Эту целесообразность мы можем видеть хотя-бы в том обстоятельстве, что такого рода вынужденным ограничением было предотвращено уменьшение цифры родов по городу за истекшие 3 года приблизительно еще на 535 (5,7 проц. общего количества родов за это время), если полагать, что все женщины, получившие отказ в комиссии, за исключением 11 проц., доносили до срока.

Незначительный проц. женщин, абортирующих кустарным способом после отказа в разрешении на легальный аборт, отнюдь не говорит о том, что мы получили-бы этот проц. и в том случае, если бы количество получивших отказ было бы еще более увеличено. Это приводит нас к попытке решения вопроса: какие приблизительно соотношения имелись-бы, если-бы в настоящее время не было декрета о легализации аборта? Если предполагать, что в этом случае абортировало бы только 11 проц. тех женщин, которые получили за эти 3 года разрешение на легальный аборт, то цифра неполных абортов за последнее 3-х летие увеличилась-бы на 125, а количество родов возросло на 10.010. Однако, нужно иметь в виду, что в разрешении на аборт отказывается в подавляющем большинстве случаев более или менее материально обеспеченным женщинам, и не трудно будет предугадать, что в случае повышения количества отказов число тайных абортов будет увеличиваться в геометрической пропорции, так как отказы будут все более и более касаться материально необеспеченных категорий женщин. Повидимому, наша цифра отказов является все еще несколько высокой, раз известное число женщин все-таки прерывают беременность в антисанитарных условиях подполья. Показаниями к искусственному аборту служили следующие:

Медицинские	Социальные	Медиц. и социальные	Неизвестн.	Всего
723	400	176	23	1323
(54,7 %)	(30,3 %)	(13,3 %)	(1,7 %)	(100 %)

Таким образом, более, чем в половине всех случаев (54,7 проц.) искусственный аборт произведен по медицинским показаниям и в 30 процентов — по социальным. Группа искусственных абортов «по медицинским и социальным» показаниям с гораздо большим правом должна быть отнесена к группе социальных показаний, так как очевидно, что более или менее строгих медицинских показаний к аборту у этой группы не было, и решающими оказались факторы социального порядка.

Здесь наши цифры несколько отличаются от данных других авторов. Так, по статистике Смирнова на 829 случаев искусственного аборта по медицинским показаниям было произведено 19,5 проц. и по социальным 80,8 проц. По статистике Генса на 8.859 случаев по медицинским 40,8 проц., остальные — по социальным. По данным Паевского медицинские показания имели место в Ленинграде за 1924 год только в 17 проц.

Исходы абортов, прошедших через оба родовспомогательных заведения г. Перми, представляются в следующем виде: клинически выздоровевшими из неполных абортов выписалось 1.565 чел.

(93,1 проц.), с улучшением 86 чел. (5,1 проц.), умерло в клинике 11 чел. (0,6 проц.); из них 9 чел. от сепсиса, 1 от гнойного пельвиоперитонита и 1 от отравления сулемой, выпрыснутой вне клиники в матку в целях аборта. Однако, если к этим 11 случаям мы прибавим еще три случая, выписавшиеся в безнадежном состоянии с диагнозами pyaemia, peritonitis, sepsis и, наконец, случай, переведенный в терапевтическую клинику с диагнозом пневмонии, и где после смерти на вскрытии был обнаружен гнойный плеврит и гнойное воспаление придатков и параметрия, то цифра смертных случаев возрастает до 15 чел., что составит по отношению к неполным абортам 0,87 проц. смертности. У д-ра Перетц по Екатеринбург на 1.809 случаев неполных абортов проц. смертности равен 0,3 проц., в Саратове (по Генсу) он равен 0,68 проц., Флоринская для г. Владимира определяет его в 0,4 проц., а для сельских местностей Владимирской губернии он равен 0,7 проц.; по Смирнову в Омске на 1.067 случаев неполных абортов было 2,2 проц. смертельных исходов.

Под выписавшимися с улучшением подразумеваются все те случаи более или менее тяжелых осложнений (воспаление придатков и параметрия, тромбозы и проч.), где при выписке имелись еще объективные изменения, и больным предлагалось амбулаторное лечение. Двое выписавшихся «без перемен» отказались от операции выскабливания.

Что касается искусственных абортов, то смертных случаев после таковых не было ни одного и только в 8 случаях отмечено заболевание смежных с маткой органов, при чем из них 4 выписались клинически выздоровевшими и 4 с улучшением. На отсутствие смертных случаев после искусственного аборта указывает Генс, при чем в Москве за 1925 г. на 10.000 искусственных абортов, а в Саратове на 2.366 не было ни одного смертного случая.

Сравнение исходов после неполных и искусственных выкидышей, даже представленное в таких грубых цифрах, ясно показывает, насколько искусственный аборт, произведенный *lege artis* в больничной обстановке, безопаснее для жизни женщины и ее здоровья, чем подпольный аборт. В этом воочию видно благотворное действие декрета о легализации аборта.

Главная масса абортирующих выписывается из стационаров в первые шесть дней, при этом неполные аборт в 69,8 проц., искусственные в 81,8 проц. Приблизительно на одинаковом уровне стоит группа от 7—10 дней и резко различается последняя группа свыше 10 дней, где на неполные аборт приходится 11,2 проц., на искусственные же только 4 проц. Наибольшее количество дней, проведенных с искусственным аборт, равно 44, неполным же 160 дням. Всего неполными абортами проведено 11.924 койко-дня (в среднем на 1 чел. 7,1 дня), искусственными же 8.226 койко-дней (в среднем 6,2 дня). Все указанные цифры свидетельствуют о том, насколько чаще неполный аборт приковывает женщину к постели на продолжительные сроки, которые, как мы видим, достигают до 160 дней. Сравнительно мало различия между собой цифры среднего пребывания в стационаре женщин той и другой категории объясняются тем, что женщины с неполными абортами почти в 9 раз чаще по сравнению с искусственными выписываются в первые 3 дня после выскабливания (по собственному желанию), тогда как искусственные, согласно установленных в учреждениях правил, выписывались, главным образом, на 5—6 день.

Наши данные, при помощи которых произведена попытка осветить положение вопроса об аборте в Перми, конечно, ни в какой мере не могут быть названы исчерпывающими. Вопрос об аборте, особенно в настоящий момент у нас в СССР, является настолько многогранным, так тесно связанным с целым рядом социальных и бытовых сторон жизни, что охватить вопрос в целом, даже при наличии буквально всех данных представляется очень нелегкой задачей. Отсутствие некоторых, может быть, важных сведений в нашей работе объясняется исключительно отсутствием в сыром материале необходимых данных. Но мы полагаем, что осветить поставленный нами вопрос, хотя с некоторых доступных нам сторон, является делом не лишенным интереса не только теоретического, но и практического.

На основании приведенных данных мы можем сделать следующие выводы:

1. Число искусственных абортов по г. Перми из года в год постепенно увеличивается; наряду с этим число внебольничных (неполных) абортов за последнее время прекратило свой абсолютный рост, а по отношению к количеству населения даже уменьшилось.

2. Общее число абортов по отношению к количеству гинекологических больных за последние годы резко увеличилось, а абсолютное число гинекологических больных, как таковых, в клинике даже уменьшилось. Вследствие этого за последние годы мы наблюдаем не расширение, а сокращение стационарной помощи гинекологическим больным.

3. Общее число абортов по отношению к рождаемости в г. Перми продолжает увеличиваться. Наряду с этим констатируется падение рождаемости по городу. Однако, падение рождаемости не стоит в связи с легализацией аборта.

4. Двухлетняя система осуществляется в Перми в пределах $\frac{2}{3}$ абортирующих женщин.

5. Причины неполных абортов до сих пор в огромном большинстве случаев остаются невыясненными, однако, нет достаточных оснований считать большинство из них криминальными.

6. Контингент неполных абортов только в незначительной мере пополняется из женщин, которым было официально отказано в разрешении на аборт.

7. Число повреждений матки при операции выскабливания у нас может быть названо минимальным.

8. Искусственный законный аборт дает несравненно меньшую заболеваемость, чем неполный и на основании наших данных и данных литературы при условии правильной техники выполнения может быть назван операцией почти безопасной для жизни.

9. Наконец, наши данные вполне подтверждают правильность того единственного шага в мире справедливого шага, который был сделан НКЗ и НКЮ декретом от 20 июня 1920 года.

Л и т е р а т у р а.

1. *Авдеева*. Полные и начатые на стороне аборты. «Аборт в 1925 году». Изд. ЦСУ. Москва, 1927 г.
 2. *Александров*. «Гинеко. и акуш.». 1922 г., № 4—5.
 3. *Брауде*. Проболение матки. ГИЗ, 1921 г.
 4. *Борхов*. «Вестник Права», 1914 г., № 16.
 5. *Василевские*. Аборт, как социальное явление, 1922 г.
 6. *Генс*. «Вестник совр. медицины», 1925 г., № 4, 12.
 7. > «Аборт в РСФСР», 1926 г.
 8. > «К проблеме легализ. и стат. абортов в РСФСР». «Аборты в 1925 г.»
 9. *Гермет*. «Статистич. обзор». ЦСУ, 1927 г., № 3.
 10. Он-же. Аборт в законе и статистика абортов. Сб. «Аборты в 1925 году». Москва, 1927 г.
 11. *Гротьян*. Социальная патология. Москва, 1925 г.
 12. *Карлин*. Аборт и его последствия до и после революции, 1926 г.
 13. *Ланкович*. «Журнал Акуш. и жен. бол.», 1926 г., кн. 1.
 14. *Паевский*. Бюлл. Ленингр. Губ. Отд. Стат. 1925 г., № № 12, 13 и 14.
 15. Он-же. Аборты в Москве и Ленинграде. «Аборт в 1925 г.».
 16. *Перетц*. «Уральск. Мед. Обзор», 1922 г., № 1, 1923 г. № 2-3.
 17. Он-же. «Уральский Врач», 1922 г., № 4-5.
 18. *Смирнов*. «Омский Мед. Журнал», 1926 г., № 6.
 19. Отчет за 1913 год Пермск. Губ. Зем. Б-цы, Пермь, 1915 г.
 20. *Флоринская*. Сб. «Аборты в 1925 г.».
 21. Она-же. «Гиг. и Эпид.», 1926 г. № 3.
 22. Heynemann. «Biolog. und Path. d. Weibes». Halban u Seitz. B. VII.
 23. Neverm. nn: Zbl. f. Gynäk, 1926 r., № 47.
 24. Roesle Zschr Schulgesundpflege u soz. Hyg. 1925 r., № 10.
 25. Schottelius. Zbl. f. Gynäk. 1921 r. № 2.
 26. Toth. Ref. zbl. f. Gynäk. 1920 r., № 42.
-

ИЗ УРАЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБ-ВА.

ГОДИЧНОЕ ЗАСЕДАНИЕ УРАЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБ-ВА 27-ноября 1928 г.

В президиум избираются: д-р Перетц, проф. Шамарин, д-р Серебrenников.

Отчет президиума об-ва делает д-р Карнаухов (отчет напечатан в № 2 «Уральского Мед. Журнала», отчет о работе венерологической секции об-ва делает д-р Фридьев, отчет гинекол-хирургич. секции д-р Перетц, финансовый отчет д-р Виленский и отчет ревиз. комиссии д-р Фридьев.

В прениях по докладам выступают: проф. Шамарин, д-ра Эдунис, Дягилева, тов. Агульник. В своей резолюции собрание постановило отчеты утвердить и предлагает будущему президиуму об-ва внести плановость в работу президиума, широко оповещать всех членов об-ва о предполагаемых по плану работах и усилить работу по обслуживанию участковых врачей.

Председателем об-ва вновь избран проф. Ратнер, тов. председателя д-р Карнаухов и д-р Перетц, секретарями—д-ра Кушелевский, Виленский и Скобунова.

От оргбюро Научных Ассоциаций избираются в президиум д-ра Велычкин, Кулик и Серебrenников. В ревкомиссию избраны: д-ра Упоров, Фридьев и Шик.

Заседание совместно с Оргбюро Научн. Ассоциаций от 11—XII—1928 года.

Программное заседание, посвященное сыпоти.

1. Д-р Н. И. Иванов. Сыпоть в Уральской области. Докладчик делает исторический обзор заболевания сыпью в Уральской области. В ряде мест области имеются неблагоприятные эпидемиолог. условия. Касаясь вспышки эпидемии сыпоти за последние полтора месяца в Перми, докладчик указывает, что Пермская санорганизация проявила большую активность в борьбе с ней, проведя и широкие мероприятия, которые, к сожалению, несколько запоздали.

2. Д-р М. Н. Серебро. Заболевания сыпью на Пермской жел. дор.

Факторами, способствующими развитию эпидемии на Пермской ж. д., являются скученность, плохое оборудование артельных помещений, недостаток банно-прачечного дела, перегрузка вагонов, особенно с отмечающимся увеличением пригородного сообщения.

3. Д-р Щеглов. Эпидемическая вспышка сыпоти в г. Перми (ноябрь 1928 г.).

Докладчик знакомит с ходом эпидемии сыпоти в Перми, подчеркивая некоторые эпидемиолог. особенности эпидемии.

Прения. Упоров. Свердловский округ и город Свердловск не готовы к встрече эпидемии.

Перетц. Опыт пережитой эпидемии учит не жалеть средств к погашению эпидемии в зародыше. Ефман. Общественным делом не использована в борьбе с эпидемией медико-санитарная организация РОКК. Коган. Следует использовать в борьбе с эпидемией культурный поход комсомола. Серебrenников информирует о санитарно-просветительных мероприятиях в борьбе с эпидемией.

Принимаются предложения о необходимости особых противоэпидемических мер в Свердловске, о привлечении к борьбе с эпидемией внимания общественности и печати.

ЗАСЕДАНИЕ ОТ 18-XII—1928 г. (Совместно с Оргбюро Научн. Ассоциаций.)

Д-ра Карнаухов, М. Н., Виленский М. М., Серебrenников В. С., Ефман А. М.—Отчет о IV Всесоюзном туберкулезном съезде в Тифлисе.

1. Д-р Карнаухов сообщает о характере съезда, подробно излагает работу съезда по вопросу об оценке существующей классификации легочн. туберкулеза, излагает работы съезда по вопросам изучения заболеваемости и смертности от туберкулеза.

2. Д-р Виленский делится сообщением о ряде программных вопросов съезда — вопроса о пределах и ошибках рентгенодиагностики туберкулеза, вакцинации новорожденных по Кальметту, вопроса о двустороннем искусств. пнеймотораксе и так далее.

Д-р Серебренников сообщает о постановке на съезде спорных вопросов, касающихся положения туберкулезных учреждений в системе здравоохранения и о контакте тубучреждений с лечебными учреждениями; сообщает также о работе социально-гигиенической секции съезда.

Д-р Ефман излагает постановку вопроса о питании туберкулезных больных, сообщает о нормах санаторного строительства, а также делится сообщением о работах экспериментальной секции съезда.

Д-р Яковлев (Кособродск) информирует о современном состоянии вопроса классификации туберкулеза.

ПРОТОКОЛ № 11.

ОБЛАСТНОГО БЮРО НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ 19-I—26-I—29 ГОДА.

Присутствовали: КАРНАУХОВ, ВЕЛИЧКИН, КОГАН, КУЛИК, КУШЕЛЕВСКИЙ, ГАВРИЛОВ, СЕРЕБРЕННИКОВ, ВИЛЕНСКИЙ, ГРЯЗНОВ—Бакинститут ОДИНЦОВ—Областная Хирургическая больница, ЕФМАН—Облстрахкасса, РОЗЕН-ГАУЗ—Уралкурпр, ЛЯПУСТИН—Кабинет профзабола, СЕРЕБРО—ДЗО, БОЧАРОВ—Веддиспансер.

1. С л у ш а л и:

О программе Областного научного съезда, созываемого в Свердловске в середине мая 1929 года.

П о с т а н о в и л и:

1. Установкой съезда является: направление работы врачебной научной мысли в сторону наиболее актуальных вопросов здравоохранения на Урале для данного периода времени.

II. Обсуждению на пленарных заседаниях подлежат следующие вопросы:

1) Задачи и условия для научной работы врачей Урала.

2) Ленинизм в медицине.

3) Эпидемиологические особенности Урала (доклад с содокладами).

4) Профпатология и гигиена труда на Урале (с содокладами).

5) Социальные болезни и вопросы оздоровления быта на Урале (с содокладами).

6) Борьба с детской смертностью на Урале (с содокладами).

7) Хирургический туберкулез на Урале.

8) Санаторно-курортное дело на Урале.

Секции съезда:

1. Социальной и профессиональной гигиены.

2. Хирургическая.

3. Терапевтическая.

4. Санаторно-курортная.

III. Широко информировать научных работников и врачей через Областную и Окружные Научные Ассоциации о задачах съезда, программных докладах, времени и месте съезда с указанием на необходимость присылки заявок тезисов на программные и внепрограммные темы в гор. Свердловск, ул. Р. Люксембург, № 34, Облздрав.

IV. Настоящее постановление поместить в «Уральском Медицинском Журнале» одновременно со статьей о задачах съезда.

ТРУД И БЫТ МЕДРАБОТНИКА

3-е ВСЕСОЮЗНОЕ СОВЕЩАНИЕ. Н. К. Б. ПО ИЗУЧЕНИЮ ТРУДА МЕДРАБОТНИКОВ.

М. М. Виленский.

Начатая пять лет тому назад работа по изучению труда медработников широко развернулась, успев дать ряд важных практических результатов (законодательные льготы в отношении некоторых категорий медицинского труда) и ряд интересных научных работ, намечающих подход к разрешению многих проблем (токсикологические проблемы, проблема суперинфекции, действие ионизации воздуха и т. д.).

3-е Всесоюзное Собрание по изучению труда медработников, происходившее в конце декабря истекшего года при ЦК МСТ, должно было подытожить проделанную работу по изучению ряда проблем, связанных с трудом медработников и наметить новые задачи, разрешение которых актуально вызывается напором жизни.

Все доклады, заслушанные на Собрании, могут быть разделены на доклады организационного характера и на доклады, посвященные научной разработке какого-либо вопроса медицинского труда.

В своих отчетных докладах представители ЦНКБ т. т. Филиппова и Генкин отметили, что работа по научному изучению медицинского труда вошла в качестве неотъемлемой части тарифно-экономической работы органов нашего союза. Две установки являются руководящими для указанной работы — установка на практичность и установка на научность разрабатываемых тем. Из заслушанных докладов с мест выявился значительный размах научной работы по изучению труда медработников и актуальность выдвигаемых тем. Вся эта работа проделана при минимальной затрате материальных средств и была бы цемислима, если бы не опиралась на активность врачебных масс в этом деле и на интерес, проявленный к этим вопросам нашей профсоюзной организацией.

Много прений вызвал доклад представителя Наркомздрава о работе научных учреждений НКЗ по изучению профвредностей медицинского труда. Представитель Наркомздрава объяснял недостаток внимания к изучению медицинского труда со стороны научных учреждений НКЗ тем, что научные институты еще недостаточно окрепли для того, чтобы охватить своей работой все виды труда, в том числе такой сложный, как медицинский труд. В будущем научные ин-ты НКЗ включают в свой план работы по изучению медицинского труда, особенно тех видов труда, которые некоторыми своими сторонами граничат с проблемами индустриального труда. Кроме того, периферические учреждения НКЗ возьмут на себя разработку тем специфических для данного района (напр., труд медперсонала спасательных станций в горных районах).

Значительная часть заслушанных на собрании докладов была посвящена проблеме утомления медработников. Из доклада д-ра Строганова (Ленинград) об утомлении среднего медперсонала выясняется, что 12-часовое ночное дежурство дает меньший эффект утомления, чем такое же дневное. При длительности же дежурств свыше 12 часов индекс утомления повышается. К аналогичным выводам приходят и докладчики на тему о ночном труде медработников, работы вышедшей из кафедры гигиены труда, отмечая, однако, что увеличение производительности труда в конце ночного дежурства идет за счет скорости, а не за счет точности.

Рузер, изучавший утомляемость работников психучреждений, с графической рельефностью доказал, что работа в психиатрических учреждениях отличается напряженностью и своей аритмичностью.

С особо напряженным вниманием совещанием был заслушан доклад проф. Чучмарева (Харьков) об утомляемости поликлинических врачей.

Проведенная по своеобразной, чисто-физиологической методике работа проф. Чучмарева приводит к таким выводам: общий интеллект и профессиональная способность врача не коррелируют; чем сильнее врач, тем сильнее его воля, но тем сильнее она падает в результате утомления; слуховой высотный порог у терапевта быстро изнашивается.

Из представителей четырех специальностей—терапевт, педиатр, фтизиатр и невропатолог сильнее всех изнашивается фтизиатр, деятельности которого требует большого разнообразия реакции, менее других изнашивается невропатолог. Психогальванометрические изыскания докладчика приводят его к выводу, что слабая эмоциональность при работе б. частью свойственна слабым врачам, наоборот, тип заметной эмоции относится к врачам с высокой клинической интуицией. Совещанием доклад был оценен как первая попытка подойти к составлению профессиограммы врача.

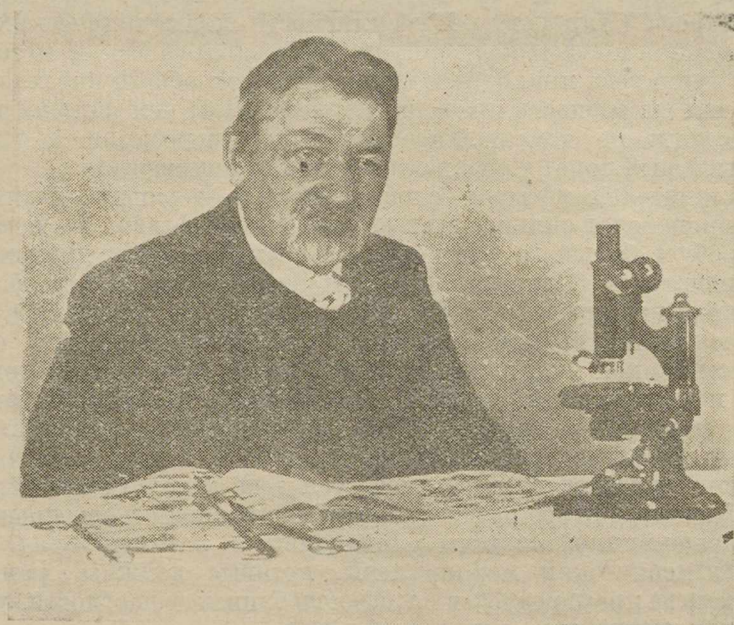
Труду работников грязелечебниц на Кавминводах (Ессентуки, Пятигорск) был посвящен доклад д-ра Векслера. К концу сезонной работы у работников грязелечебницы отмечается ряд патологических сдвигов, главным образом, со стороны вегетативной нервной системы, кровеносных органов и эндокринной системы. Докладчиком намечен ряд важных санитарно-гигиенических мероприятий, которые должны рационально воздействовать на профвредности в грязелечебницах, в частности, устранить действие субтоксических доз сероводорода.

Доклад проф. Валединского был посвящен вредностям труда на Мацесте. Описав своеобразные острые сероводородные токсикозы «сероводородную лихорадку», у работников ванн зданий Мацесты, докладчик отмечает своего рода иммунитет к этой вредности у работников с большим стажем работы. Профессиональной болезнью здесь также являются поражения передней части глаза.

Вопросу нервно-психического здоровья работников психучреждений был посвящен доклад д-ра Шрейбер. Докладчица отметила целый ряд невротических микро-симптомов характерных для этой категории работников. С убедительностью выявилось из доклада, что повышение квалификации персонала психучреждений является наилучшей мерой к более быстрой компенсации профвредностей и уменьшению травматизма.

Совещание также заслушало доклад, посвященный профвредностям труда в лечебных учреждениях при местах заключения. Труд этот по многим общим травматизирующим моментам сходен с трудом работников психиатрических учреждений, но является еще мало изученным. Совещанием постановлено продолжить изучение вредностей этого вида труда.

В конце совещания был выработан план работы НКБ на 1929 г., охватывающий ряд новых мало изученных вопросов медицинского труда, как изучение профессиональной заражаемости медработников, изучение рациональных типов дежурств, изучение инвалидности медработников, нормы нагрузки в различных лечебно-санитарных учреждениях, изучение санитарно-гигиенических норм в новых лечебных учреждениях под углом зрения охраны труда медработников, действие наркотиков на операционный персонал и т. д. В разрешении этих поставленных задач примут участие как центральные НКБ, так и периферические.



52 ГОДА ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И. И. БЕЛАВИНА.

19 ноября 1928 года в заседании пленума Уралпрофсовета рассмотрено ходатайство Областного Комитета Медсантруд о присвоении звания героя труда Ивану Ивановичу Белавину. 1-го декабря соответствующее ходатайство было направлено в ВЦСПС для передачи последним на утверждение ВЦИК'а.

Признание высшим руководящим органом профсоюзов Урала за д-ром Белавиным права на высокое звание героя труда находится в полном соответствии с оценкой длинного творческого и общественного пути Ивана Ивановича со стороны рабочих масс северного Урала, среди которых Иван Иванович провел около 43 лет, а также и со стороны врачебной уральской общественности. В феврале 1927 года рабочими организациями Богословского завода тепло отпразднован был 50-летний юбилей врачебной деятельности Ивана Ивановича. Они в третий раз поставили вопрос о награждении Ивана Ивановича званием героя труда (перед этим чествовали его в 1921 и 1923 году). Они были единодушны в своей оценке:

...«врач Белавин провел почти всю молодость около нас и заслуги за это время имеет большие. Много заботится о благосостоянии наших рабочих». Мнение группкома горнорабочих, что он вполне заслуживает «героя труда» (Иванов).

...«он заслуживает нашего внимания, как врач общественник, как хозяйственник и с научной точки зрения,—он все еще сидит среди груды книг, старается не отстать от науки и передать ее на практике рабочим»... (Мурзин).

...«Мы не забыли, как эвакуировались к Колчаку, когда почти все снапы от нас убежали с враждебным нам лагерем а Белавин остался верен долгу и остался при нас. В период гражданской войны не саботажничал, а активно боролся с болезнями. И один на весь район неустанно работал» (Шашина).

...«Мы собрались здесь сказать свое мнение, что тов. Белавин принес не мало пользы рабочему классу» (Алсуфьев).

...«Заслуги тов. Белавина единодушно отмечены здесь, партийная организация поддерживает мнение рабочих» (Коробков).

Рабочие правильно характеризовали прекрасное сочетание в И. И. высокой квалификации врача-специалиста, теплого, и отзывчивого отношения к рабочей массе, и преданности делу борьбы за здоровье населения. Принадлежа к ушедшему поколению старых врачей, состоя на службе частной промышленности, ни в 1905 году, ни в годы гражданской войны, когда испуганные волной революции представители буржуазной интеллигенции поспешили выехать из рабочих районов, Иван Иванович не уходил с своего поста, неся опыт и знания рабочим района. Тесные связи с рабочим населением, взаимное глубокое доверие между врачом и населением—основное, чем отмечена вся врачебная работа И. И. Белавина.

Тагильская врачебная общественность также отметила его юбилей. Областной съезд хирургов и гинекологов приветствовал в его лице одного из пионеров Уральской хирургии. Торжественное заседание Облздрава совместно с профессиональными, партийными и общественными организациями по поводу десятилетия советской медицины постановило приветствовать одного из старейших работников здравоохранения в области и просить Наркомздрав о скорейшем разрешении вопроса о персональной пенсии. Персональная пенсия—заслуженный отдых и оценка неутомимого работника, 43 года тому назад променявшего блестящую карьеру хирурга столичной Обуховской больницы на скромную работу в заброшенном уголке северного Урала. По его чертежам, под его личным наблюдением выстроена там больница, по своему оборудованию, по санитарно-технической продуманности одна из лучших заводских больниц довоенного Урала, долгий ряд лет бывшая центром квалифицированной медицинской помощи в далеких северных районах. Им развернута огромная хирургическая работа, так необходимая в условиях значительного промышленного травматизма. За все 43 года своей работы в далеком углу И. И. никогда не прерывал своей связи с научной медициной, и в свои 77 лет он и сейчас просиживает вечера над развернутой книжкой очередного номера медицинских журналов.

Семьдесят семь лет, казалось бы, дают право на отдых, но трудно представить себе Ивана Ивановича вне его любимого дела. Он живет созданной им больницей, он не пропускает ни одного дня, чтобы не сделать вечернего обхода больных; он находит время сам захватить на квартиру по вызову, не передавая этой работы фельдшеру; охотно выступает с сан-просвет-лекциями.

В прошлом году мне пришлось быть один день в обществе Ивана Ивановича и, уезжая из далекого Богословского завода, я увозил с собой образ человека, забывшего о своей личной жизни, слившего ее с жизнью многих тысяч трудящихся, живущего их тревогами и радостями.

О чем просил он, что больше всего волновало его?—Менее всего говорил о себе этот бесконечно-скромный труженик—врач. Он болел душой, что недостаток средств на капитальный ремонт состарившейся больницы грозит ухудшением больницы помощи населению.

Большой врач и прекрасный человек продолжает свой героический трудовой путь. Он будет на своем посту до того времени, как силы изменят ему. Спокойный, заслуженный отдых после полвека непрерывного напряженного труда на помощь населению должен быть обеспечен И. И. Белавину.

Редакция «Уральского Медицинского Журнала», приветствуя старейшего участкового врача области, надеется в ближайшее время разделить с ним радость признания за ним во ВЦИК'e права на звание героя труда.

В. Серебrenников.

ПАМЯТИ проф. Н. А. МИСЛАВСКОГО.

(1854—1928 г.г.)

В ночь на 25 декабря 1928 года в г. Казани на 75 году жизни скончался проф. физиологии Казанского университета Н. А. Миславский.

Николай Александрович — старший сын уральского врача А. А. Миславского, стяжавшего славу выдающегося хирурга и окулиста, — родился в 1854 году в Туринских рудниках. Среднее образование он получил в Екатеринбургской гимназии, по окончании которой поступил на медицинский факультет Казанского университета, который окончил в 1876 году. В том же году Н. А. был назначен сверхштатным ассистентом при кафедре физиологии, которую возглавлял один из талантливых физиологов того времени проф. Н. О. Ковалевский. С этих пор Н. А. отдается всей научной работе со свойственной ему энергией и трудоспособностью. В 1886 году он едет за границу, где работает у знаменитого физиолога Людвига в Лейпциге, а в 1891 году по смерти своего учителя Ковалевского избирается профессором кафедры физиологии.

За более чем 50 лет своей научной деятельности Н. А. опубликовано значительное количество трудов по физиологии нервной системы, гладких мышц, внутренних органов, обмена веществ, процессов секреции желез пищеварительного канала, физиологии сердца, крово- и лимфообращения, органов внутренней секреции и пр. Работы эти были оригинальные и обогащали науку новыми данными, новыми открытиями. Лаборатория Н. А. всегда привлекала большое число врачей для разработки различных физиологических тем. Обладая огромной эрудицией, богатыми познаниями и памятью, а также крупными организаторскими способностями, Н. А. умел объединять вокруг себя работников, руководить их исследованиями, вдохновляя всех своей неисчерпаемой энергией и любовью к науке. Достаточно сказать, что под его руководством из физиологической лаборатории Казанского университета выпущено более 80 трудов его учеников, из коих свыше 50 диссертаций.

Н. А. был мировым ученым. Он всегда поддерживал большие связи с выдающимися учеными разных стран Европы, высоко ценившими опыт и знания Н. А. Он был неизменным участником всех международных съездов по физиологии, на которых им сделано не мало докладов. Кроме того Н. А. состоял членом многих русских и зарубежных научных обществ.

Н. А. состоял почетным членом Уральского Медицинского Общества, на заседаниях которого он делал доклады, всегда интересуясь жизнью родного ему Урала. С открытием в г. Екатеринбурге медфака Уральского Университета Н. А. состоял председателем Организационного Комитета медфака и принимал самое живое участие в его делах.

Если утрата столь выдающегося и талантливого ученого чувствительна для научного мира, то она особенно болезненно будет воспринята врачами Урала, из которых очень многие являются учениками Н. А. Да сохранится в их сердцах на долгие годы память о Н. А., как человеке большого ума и глубоких познаний, талантливым учителе и воспитателе целого ряда поколений врачей на востоке России.

И. Н.

ПАМЯТИ проф. В. Ф. СИМАНОВИЧА.

3-го февраля в 5 час. 32 мин. утра в своей клинике после тяжелой, продолжительной болезни (саркомы) скончался директор Факультетской Терапевтической Клиники Пермского Государственного Университета профессор В. Ф. Симанович.

В. Ф. родился в 1870 году. Среднее образование получил в Новгородской гимназии, высшее—в Военно-Медицинской Академии, которую окончил в 1894 году. Затем, в течение 9 лет состоял в должности полкового врача. Условия жизни провинциального военного врача, оторванного от научных центров, не погасили во Владимире Флавиановиче стремления к научной работе, и уже в 1903 году он с большим успехом защитил диссертацию на тему «К вопросу о действии и применении адреналина» и получил степень доктора медицины. С тех пор он непрерывно работает в Военно-Медицинской Академии в клинике профессора Сироткина в качестве штатного ассистента.

В июле 1920 года по Всероссийскому конкурсу Вл. Фл. был избран Советом Медицинского Факультета П. Г. У. на должность профессора Факультетской Терапевтической Клиники. Деятельность В. Ф. в Пермском Университете началась в тяжелые годы гражданской войны, в годы голода и разрухи.

Первый директор факультетской терапевтической клиники, В. Ф. все свои силы, все свои знания и время посвящает организации нового учреждения, занимающего в ряду прочих клинических учреждений Медфака основное место. Его трудами созданная клиника, не уступающая по оборудованности и постановке дела лучшим столичным клиникам, является гордостью Пермского Университета. В этой клинике каждая мелочь—дело его мозга, результат его трудов. В качестве сильной благодарности Правление П. Г. У. возбудило ходатайство перед Главпрофобром о присвоении факультетской терапевтической клинике имени ее основателя проф. В. Ф. Симановича.

Как педагог, как учитель, В. Ф. воспитывал своих учеников в духе лучших традиций русской клиники. Он считал, что основной обязанностью клинического преподавателя является образование научно-практических врачей, общественных деятелей. Весь свой досуг В. Ф. посвящал научной работе, в результате которой в текущем году в издании «Практической медицины» выходит его капитальный труд «Клиническая диагностика и семиология».

Пишущий эти строки сообщил об издании «Уральского Медицинского Журнала» Владимиру Флавиановичу, когда последний лежал уже в своей клинике, и печальный исход болезни был очевиден. В. Ф. горячо приветствовал идею организации «Уральского Медицинского Журнала» и призывал окружающих его всячески поддержать журнал своим участием.

В. Ф. ушел из жизни, не сказав своего последнего научного слова. Большие возможности в этом отношении унес покойный с собой в могилу. После него остался ряд незаконченных трудов. Просматривая его curriculum vitae, видишь, что девизом В. Ф. было

жизнь это труд,

и труд это жизнь.

Задача врача не только исцелить больного, но и облегчить его боли и его страдания.

Всегда бодрый, мягкий, отзывчивый и чуткий, я бы сказал, «обаятельный человек», В. Ф. был врачом в лучшем смысле этого слова. И недаром больные любили и уважали его. Процветание его клиники лучший показатель того огромного доверия, которым, вполне заслуженно, пользовался покойный среди своих пациентов. Пермский Университет многим обязан В. Ф., и всякий, кто хоть сколько-нибудь его знал, тот поймет и разделит искреннюю скорбь родных, учеников и нас, его товарищей по научной работе.

Суровый, неумолимый закон жизни гласит, что нет незаменимых людей. На смену ушедшим приходит новая смена. Но о первом директоре факультетской терапевтической клиники, о профессоре Симановиче, останется память в виде его клиники, его трудов и многочисленных учеников, продолжающих его дело служения человечеству в различных местах нашего необъятного Союза.

Проф. М. Розентул.

НА МЕСТАХ.

Катайский район, Шадринского округа, дал большую вспышку натуральной оспы. По сообщениям зав. врачебным участком с ноября м-ца 1928 г. по 15-И заболело 28 человек в непосредственной близости к Катайску, из них за последние две недели 13. Эта вспышка лишь подтоживает бездеятельность смешенного в октябре 28 г. врача, заведующего участком. За три года в районе проведено всего 3.000 оспопрививаний. По данным Окргздрава на 1-Х—28 г. непривитых детей рождения последних лет в районе оказалось свыше 2.000 чел. Проведенное новым заведующим участка массовое оспопрививание (около 9.000 за 4½ мес.) не в состоянии было предупредить вспышку заболеваний. Облздравом отпущены кредиты на срочное развертывание работы по оспопрививанию в районе. Катайская вспышка прекрасно иллюстрирует недостаточное внимание периферии к категорическим директивам Облздрова и вновь напоминает всем работникам здравоохранения о необходимости все внимание уделить проведению в жизнь обязательных постановлений Облгк'а. Также слабо проводилась работа по оспопрививанию в Курьинском, Далматовском и Буткинском районах Шадринского округа.

*
*
*

Городской санитарный врач г. Кунгура правильно ставит в своей корреспонденции вопрос о целесообразности практикующегося в отдельных местах взимания гербового сбора при обращениях трудящихся за содействием санназора. Гербовой устав освобождает трудящихся от оплаты гербового сбора при обращениях по делам об охране труда (§43 устава), освобождает при подаче заявлений и предоставлении квартир, производстве ремонта в отведенных им квартирах и о предоставлении коммунальных услуг (§ 123), но не уточняет вопроса об освобождении их в случаях подачи заявлений санназору.

Освобождая на основе устава от всякого рода гербовых сборов профессиональные союзы и их органы (§5) и предоставляя тем самым возможность заявлений к санврачу через низовые профессиональные организации, финорганы не имеют установленного мнения в отношении санитарных органов. По крайней мере Кунгурский окрфо дает очень сбивчивое разъяснение.

«Кунгурское Окрфо по вопросу оплаты гербовым сбором заявлений об обслуживании квартир сообщает, что, если подаваемые заявления об обследовании в санитарном отношении квартир и прилегающих к ним дворов являются в общественных интересах, то таковые от гербового сбора свободны. Заявления об обследовании квартир, имеющие частный характер, подлежат оплате гербовым сбором на общих основаниях». (Отношение Кунгурского окрфо санитару от 27-X—28 г., № 1081).

При таком раз'яснении санитарному врачу, казалось бы, предоставляется право самому судить об общественном или частном характере заявления о необходимости саносмотра, но окрфо оставляет за собой право не согласоваться с мнением санитарного врача, и случай пред'явления взыскания к последнему сумм за неправильное освобождение от гербового сбора делает положение санитарного врача очень фальшивым. Необходимо авторитетное раз'яснение этого вопроса, затрагивающего принципиальные вопросы обеспечения тесной связи санитарного врача с населением, в сторону устранения лишних затруднений для населения в праве консультации с саннадзором.

Для Облздрава интересен вопрос, как толкуется финорганами гербовый устав в других округах, и не возникали ли там недоразумения на этой почве.

На средства госбюджета в июне всего 71 чел., из них больных сифилисом 50 чел. Значительно больше зарегистрировано кожных больных — 146 слуботы. В течение июля — августа им чаев (экзема, чесотка, лишай). Обращает было проведено обследование семи сельна себя внимание высокий процент слесоветов Кондинского района. Всего осмотрено 1.690 чел., из них 504 вогула пых на 1.690 обследованных. и 306 остояков. Венериков выявлено

От редакции.

Лицам, не сделавшим второго взноса в счет годовой подписной платы высылка журнала прекращается.

Редакция напоминает подписчикам о необходимости продлить подписку.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ.

МАЛОГО ПРЕЗИДИУМА УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО
КОМИТЕТА СОВЕТОВ РКК И КД ОТ 10 ДЕКАБРЯ 1928 ГОДА.

О БОРЬБЕ С СЫПНЫМ ТИФОМ.

1. Обязать Облздравотдел, совместно с Пермским Окрисполкомом принять истерпяющие меры по ликвидации сыпняка в Пермском округе.

2. Предложить Окрисполкомам обязать всех заведывающих медико-санитарными учреждениями области о каждом случае заболевания сыпным тифом (а также подозрительных по сыпному тифу заболеваний) и о принятых ими мерах срочно сообщать в соответствующие Окргдравотделы.

3. Обязать Окрисполкомы принять меры к полной госпитализации сыпнотифозных больных, путем своевременного развертывания заразных барачков и отделений.

4. При всех заразных отделениях, в которых не имеется дезинфекционных камер, должны быть устроены дезокамеры простейшего типа для серной и формалиновой дезинфекции одежды больных и постельных принадлежностей.

5. Обязать Окрисполкомы в округах, где производятся лесозаготовки, принять меры к усилению сан. мед. помощи рабочим лесозаготовок, выделив для этого специальный персонал.

6. Обязать Окрисполкомы, Облздравотдел и Адмтдел: а) повсеместно в течение 3-х недельного срока произвести осмотр всех кино, театров, гостиниц, общежитий, постоянных дворов, ночлежных домов, мест заключения, детдомов, рабочих казарм и друг. мест скопления и принять меры к проведению в них соответствующих санитарных мероприятий; б) провести в течение 2-х недель мероприятия по улучшению санитарного состояния всех мест заключения области, согласно протокола междуведомственного совещания от 29 ноября 1928 г. (обязательный карантин, дезоустановки, бани, санобработка, неделя чистки всех мест заключения — 16—23-ХІІ, организация сан.-мед. помощи в местах работ заключенных всех исправдомов).

7. Облздраву, Окр. и Дорздравам шире развернуть санитарную пропаганду (листовки, плакаты, лекции); всем редакциям газет предложить освещать в печати мероприятия по борьбе с сыпным тифом.

8. Обязать Уралмедторг иметь на складах запасы дезосредств, дезоаппаратов (ручных) и медикаментозных средств по плану Облздравотдела, а также озаботиться снабжением округов дезокамерами постоянного типа.

9. Обязать все коммунальные, заведующих гостиницами, меблированными комнатами, домами крестьянина, постоянными дворами ввести обязательную дезинфекцию (обезвоживание) постельных принадлежностей.

10. Обязать хозорганы ввести ежедневное мытье полов горячей водой во всех рабочих казармах и общежитиях, — в районах, неблагополучных по тифу, раз в неделю производить дезинфекцию по указанию саннадзора (мытье горячей водой с прибавлением «насекомояда» и других дезосредств).

11. Обязать все хозорганы выделить в течение 1 недели при крупных промышленных предприятиях специальное помещение для приема всех вновь прибывающих сезонных и постоянных рабочих, которые оборудовать всем необходимым для санобработки в карантине рабочих (бани с выдачей мыла, вошебойки).

12. Предложить Уралместхозу и Окр. исполкомам: принять меры к усилению использования бань-прачешных в городах и крупных промышленных центрах, неблагополучных и угрожаемых по сыпному тифу округов и при всех существующих коммунальных банях в указанных местах по согласовании с сан-

надзором, устроить в месячный срок дезокамеры и вошебойки (жаровые или паровые). Новые бани обязательно устраивать по типу пропускных бань с дезокамерами для санобработки.

13. Обязать Правления Пермской, Самаро-Златоустовской, Омской и Московско-Казанской ж. д. провести в пределах Уральской области, на основании постановления Совнаркома от 20 июня с. г. следующие мероприятия: а) принять меры к уменьшению скученности на станциях путем своевременной отправки ожидающих и освобождения вокзалов от беспризорных, б) принять меры к разгрузке поездов местного сообщения и бесплаткартных дальнего следования, в) произвести ежедневное регулярное мытье и дезинфекцию всех помещений как служебного, так и общественного пользования, г) ввести ежедневную мойку горячей водой всех вагонов местного сообщения, д) при всех станционных банях в течение месяца устроить дезокамеры или вошебойки, е) через Дорздравотделы принять срочные меры к улучшению санитарного состояния вокзалов, вагонов и других мест общественного пользования, ж) выделить на время вакации для перевозки учащихся отдельные вагоны.

14. Предложить Уралоблторгу в 3-х дневный срок проработать вопрос о мерах борьбы с растущим мешечничеством в потребляющих округах и доложить Президиуму.

15. Обязать Облзу организовать в течение месяца на переселенческих пунктах правильную санобработку всех ходяков и направляющихся на место водворения. Органам здравоохранения усилить саннадзор за переселенцами в пути и местах расселения.

16. Областному Отделу Труда разработать мероприятия по борьбе с неорганизованным движением безработных в промышленных центрах Урала.

17. Обязать Ураломо, Окрисполкомы и Райисполкомы в течение недельного срока произвести во всех детдомах и общежитиях санобработку, снабдив детские дома необходимым бельем, в первую очередь в округах пораженных; во всех детдомах должны быть выделены особые комнаты для проведения карантина вновь прибывающих.

18. Обязать Уралоблсоюз шире развернуть работу по снабжению горячей пищей в местах скопления, в первую очередь сезонных рабочих; обязать хозорганы предоставить помещения для развертывания столовых.

19. Предложить Облздравотделу и Уралоблторгу обеспечить своевременное снабжение продовольствием и соответствующими материалами неблагополучных по сыпному тифу и угрожаемых районов.

20. Предложить всем Окрисполкомам еженедельно заслушивать доклады Окргдравотделов о принятых мерах по борьбе с сыпным тифом, выделить необходимые эпидемические кредиты по борьбе с сыпным тифом.

21. Отпустить Облздравотделу сверх сметных ассигнований на противоэпидемические мероприятия 10 тыс. рублей на борьбу с сыпным тифом, согласно постановления Президиума от 17 сентября с. г. (прот. № 94, § 10).

22. Просить Уралпрофсовет принять активное участие в плановом развертывании борьбы с сыпным тифом как в части улучшения санитарно-бытовых условий рабочих, так и в части усиления пропаганды борьбы с тифом в порядке обще-культурной работы профсоюзов, всемерно использовав для этого колдоговорную кампанию.

23. Обязать Окрисполкомы установить строгий контроль за выполнением санитарных требований, предъявляемых к хозорганам, коммунальным и другим организациям, привлекая виновных к ответственности.

24. Поручить Облздравотделу наблюдать за выполнением настоящего постановления и еженедельно докладывать о результатах Президиуму.

И. п. Управделами Облика Пантелеев.

Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов		В. юшн. тиф		Сыпн. тиф		Возврат. тиф		Неопред. 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. 28 г.	2536 794	891 395	75 46	33 27	55 10	— —	557 197	90 22	6294 5651	275 184	45 11	11 6	1769 1445	77 66
1	В.-Камский окр.	27 г. 28 г.	40 7	29 7	2 1	2 1	— —	— —	— —	— —	67 43	5 3	2 —	— —	13 186	1 3
2	Златоустовск. окр.	27 г. 28 г.	45 11	30 5	— 1	— 1	— —	7 1	1 1	552 558	43 23	1 —	— —	— —	275 42	11 —
3	Ирбитский "	27 г. 28 г.	39 25	— 11	9 2	4 2	14 —	— —	15 22	— 2	44 84	3 2	4 —	3 —	32 74	1 1
4	Ишимский "	27 г. 28 г.	371 149	50 17	3 4	— 1	2 —	— —	55 18	1 —	332 238	17 2	— 6	— 1	12 42	— —
5	К.-Пермяцкий "	27 г. 28 г.	11 10	10 9	1 11	1 4	— —	— —	3 —	3 —	— 50	— 1	— —	— —	14 —	6 —
6	Кунгурский "	27 г. 28 г.	184 36	46 20	3 2	— —	— —	11 9	2 2	134 159	8 5	8 —	2 —	— —	71 20	3 1
7	Курганский "	27 г. 28 г.	469 72	81 19	2 —	— —	7 —	— —	58 21	4 —	647 461	10 7	6 1	— 1	48 61	— —
8	Пермский "	27 г. 28 г.	192 77	143 72	12 4	6 4	— 1	— —	21 8	4 2	339 247	39 39	8 1	— 1	386 213	22 37
9	Саранулский "	27 г. 28 г.	118 56	85 42	8 5	4 4	— 1	— —	19 6	13 1	369 365	9 12	2 1	1 1	75 23	7 —
10	Свердловский "	27 г. 28 г.	140 92	102 63	9 4	4 4	7 —	— —	28 11	8 2	403 384	32 16	1 2	— 2	348 112	15 14
11	Тагильский "	27 г. 28 г.	230 33	86 28	1 1	1 3	2 1	— —	44 11	15 —	203 143	13 10	3 —	2 —	85 293	4 2
12	Тобольский "	27 г. 28 г.	14 4	3 2	1 2	— 1	— —	— —	3 2	— 1	140 84	5 6	— —	— —	36 81	— 2
13	Троицкий "	27 г. 28 г.	61 23	18 4	6 2	2 1	— —	— —	15 11	— —	1095 987	34 17	— —	— —	63 24	— —
14	Тюменский "	27 г. 28 г.	116 20	37 5	5 —	1 —	4 —	— —	35 4	9 2	275 245	7 5	4 —	— —	47 90	1 —
15	Челябинский "	27 г. 28 г.	201 77	56 29	5 4	3 1	16 4	— —	90 31	— 1	1347 1260	39 29	2 —	— —	181 88	4 4
16	Шадринский "	27 г. 28 г.	305 102	115 62	8 3	5 —	3 3	— —	153 42	30 8	347 343	11 7	4 —	3 —	83 96	2 2

области за сентябрь месяц 1927 и 28 годов.

Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Г р и п п		Дизентерия		Трахима		Туберк. легких		Туберк. пр. орган.		Сифилис I, II, III		Гоноррея	
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
783 766	489 451	2769 4248	3 7	255 168	58 66	24585 26738	1032 904	1916 1856	104 77	5911 4925	108 103	8051 6822	458 348	3200 3030	107 117	2733 2517	289 264	4767 4834	110 79
33 49	30 41	21 115	— —	— 3	— 3	771 1160	125 86	47 29	1 3	65 46	9 2	187 444	10 5	81 57	8 4	33 29	2 4	89 114	2 6
42 46	26 22	230 189	— —	18 27	4 6	1432 2137	51 76	119 42	15 14	225 242	4 5	455 323	27 40	143 218	11 6	136 170	2 1	231 182	3 4
15 5	6 —	71 275	— —	7 3	2 —	1052 1246	51 31	35 79	1 3	93 64	— 1	243 301	12 5	114 104	1 1	57 28	5 5	118 147	— —
49 25	9 —	208 562	— —	11 14	— —	815 791	22 18	86 100	4 2	514 —	4 —	270 349	7 10	106 177	2 2	135 142	14 2	182 227	1 2
22 —	12 —	10 45	— —	— —	— —	170 364	16 28	32 61	5 1	188 207	14 25	73 62	6 8	79 132	3 5	50 33	9 8	68 70	10 6
25 20	1 9	114 84	— —	4 5	— 2	1345 1513	24 53	114 77	3 3	638 648	31 12	337 406	9 20	234 199	1 7	140 98	3 17	260 256	2 4
15 31	7 16	153 191	— 1	11 8	— 2	1047 1406	9 6	145 572	— 3	561 660	— 8	492 486	13 8	142 222	— —	398 308	21 8	589 464	1 3
158 187	123 113	399 598	3 2	36 16	11 10	2913 3163	212 155	315 124	27 8	433 497	9 17	821 647	59 37	278 279	14 19	294 402	46 26	492 661	15 9
14 26	9 18	270 235	— —	6 4	2 1	1138 1151	46 28	202 122	9 7	674 576	10 14	444 418	10 17	90 165	3 4	208 161	10 20	305 366	2 1
180 192	152 155	331 298	— 1	83 41	25 30	4457 4776	230 183	209 166	10 10	396 305	1 2	1520 1165	110 93	461 815	21 22	267 299	51 51	728 626	36 12
61 62	47 32	88 555	— 1	11 7	3 2	3218 3310	105 134	177 74	12 6	208 106	3 7	739 568	40 37	113 181	11 15	190 205	31 41	356 301	16 22
23 7	7 6	108 169	— 2	14 5	— 1	386 551	2 7	105 92	2 6	93 80	5 2	145 81	4 5	106 54	— 8	56 22	4 5	131 99	1 —
22 27	3 9	79 115	— —	6 11	1 —	1047 1013	9 8	57 61	— 1	339 433	— —	380 156	14 —	90 71	6 —	113 190	4 —	213 248	3 —
51 84	18 20	168 323	— —	11 6	2 5	1542 1151	19 20	115 108	1 3	398 310	7 7	613 287	20 14	162 259	5 6	192 138	— 4	329 320	11 1
14 1	5 5	290 365	— —	18 12	4 2	1496 1569	39 32	92 69	13 2	648 523	— 1	663 544	45 25	530 316	6 7	203 104	47 41	311 280	2 3
59 4	34 5	229 129	— —	19 6	4 2	1756 1437	72 39	66 80	1 5	438 228	11 —	669 585	72 24	471 281	15 11	261 188	40 31	365 473	5 6

СОДЕРЖАНИЕ.

Стр.

Организационные вопросы здравоохранения.

<i>Величкин В. И.</i> К вопросу о рационализации медико-санитарного дела	3
<i>Одинцов В. Е.</i> Принципы организации института неотложной помощи в г. Свердловске	12
<i>Серебренников В. С.</i> К областному научному съезду врачей	21
<i>Архипов.</i> Постановка кумысоделия на курортах Шафрановск. и Оренб. окр.	22

Теоретич. и клиническая медицина.

<i>Карнаухов М. Н.</i> О раннем распознавании скоротечной чахотки	29
<i>Груздев.</i> Первичные склерозы века	35
<i>Шац.</i> О местной анестезии в гинекологии и акушерстве	38
<i>Шипицын.</i> О редких формах паховых грыж	46
<i>Иванов.</i> К вопросу об экстракции катаракты со швом	51

Профилактика, гигиена и санитария.

<i>Окулов.</i> Водоснабжение Асбестовских приисков Свердл. окр.	53
<i>Ершов Г. Ф. и Попов.</i> Питьевые источники Мотовилихи	64
<i>Бородин В.</i> Алкоголизм на Пермск. ж. д. и борьба с ним	71
<i>Накоряков Н. К.</i> Статистич. данные об абортах в Перми	81
Корреспонденции с мест	96

Труд и быт медработников.

<i>Виленский М. М.</i> Третье Всесоюзн. совещание НКБ по изучению труда Медработников	98
--	----

Хроника.

52 года врач. деятельности И. И. Белафина (с портретом) — В. С. Сере- бренников	100
Памяти проф. Миславского Н. А. — И. К.	102
Памяти проф. Симановича В. Ф. — проф. Розентул	103
На местах	104

Официальный отдел.

Постановл. Облик'а по борьбе с сыпным тифом	106
Таблица острозаразн. заболеваний по области за сентябрь — октябрь 1927 и 1928 годов	108

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1929 ГОД
НА ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ

„СИБИРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

Год издания 4-й.

В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ:

Д-р Азлецкий, д-р Айзин—Новосибирск, д-р Бабенко—Новосибирск, д-р Баландин—Томск, д-р Баранов—Москва, проф. Бутягин—Томск, проф. Веселов—Омск, д-р Воробьев—Новосибирск, д-р Владимирский—Омск, д-р Герасимов—Иркутск, д-р Гецов—Новосибирск, д-р Гинтзон—Харьков, проф. Гречишев—Омск, д-р Добрейшер—Москва, д-р Добрадин—Красноярск, тов. Елкина—Новосибирск, проф. Заболотный—Ленинград, проф. Златогоров—Харьков, д-р Законов—Омск, д-р Зи менский—Красноярск, проф. Иванов—Иркутск, Иванов—Незнамов—Томск, д-р Ицкович—Новосибирск, д-р Карпов—Новосибирск, д-р Кайдановский—Н.-Новгород, проф. Клодинский—Иркутск, проф. Корхов—Омск, проф. Корчагин—Иркутск, д-р Кузнецов—Омск, д-р К знецов—Иркутск, проф. Курлов—Томск, сан. инж. Коробейников—Томск, проф. Коршун—Москва, д-р Лебедев—Омск, проф. Лобанов—Томск, д-р Лаптев—Томск, д-р Маслов—Омск, проф. Михайлов—Иркутск, п. оф. Мацневский—Иркутск, проф. Мыш—Томск, проф. Неболюбов—Томск, проф. Нещадим, ико—Киев, проф. Плавинский—Иркутск, проф. Пентман—Омск, д-р Пулькис—Новосибирск, д-р Соколов—Омск, проф. Скородумов—Иркутск, д-р Суздальский—Томск, проф. Тарасенко—Томск, проф. Топорков—Иркутск, д-р Ульянов—Харьков, д-р мед. Цехновицер—Харьков, д-р Шапкайц—Томск, т. Шишов—Томск.

Ответственный редактор Тракман.

В 1929 г. журнал будет выходить ежемесячно книжками по 4-5 печ. лист.

Журнал имеет отделы: Общая гигиена. Бактериология. Эпидемиология. Социальная гигиена. Проф. гигиена. Охрана материнства и Детства. Благоустройство населенных мест и сантехника. Санитарный быт. Социальные болезни. Санпросвет. Санитарная статистика. Организация здравоохранения. Деятельность органов здравоохранения. Научно-практический отдел. Деятельность научных учреждений и организаций. Съезды, конференции и совещания, рецензии и рефераты и отдел информации.

Отделы редактируют профессора сибирских ВУЗ'ов и врачи, приглашенные в состав редакционной коллегии.

Для напечатания принимаются статьи, тщательно прокорректированные, особенно в части иностранных фамилий, ясно переписанные или лучше перепечатанные обязательно на одной стороне листа; размер статьи не должен превышать 6—8 страниц или 18—24 тысяч знаков; в случае, если статья будет принята к печати, за редакцией остается право сокращения статей. Непринятые рукописи хранятся 6 месяцев, авторы о непринятии уведомляются обязательно. Обратная высылка рукописей за счет автора. Статьи, напечатанные где-либо, к печати не принимаются.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА:

На 1 год	9 руб. 60 коп.
На $\frac{1}{3}$ года	4 руб. 80 коп.
Цена отдельной книжки	1 руб. — коп.

При подписке не менее 10 экземпляров скидка до 15 %, магазинам и издательствам скидка допускается лишь по договоренности с редакцией.

Допускается рассрочка подписной платы.

ПРИНИМАЮТСЯ ОБЪЯВЛЕНИЯ (позади текста).

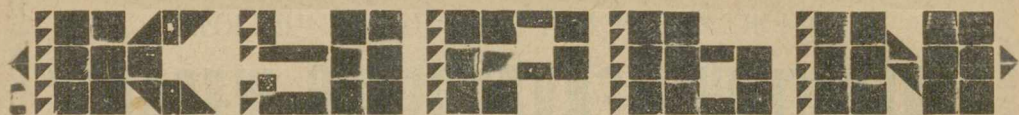
За 1 стран.	80 руб.		За $\frac{1}{3}$ стр.	30 руб.
За $\frac{1}{2}$ стран.	45 руб.		За $\frac{1}{4}$ стр.	25 руб.

ДЕНЬГИ АДРЕСОВАТЬ:

Новосибирск, Дом Крайисполкома, Крайздрав, редакция „СИБМЕДЖУРНАЛА“.

Подписку, корреспонденции и статьи направлять: г. Томск, Ленинский, 42, Редакции „Сиб. Мед. Журнала“.

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/XI 28 г. по 1/IV— 9 года.

СТОИМОСТЬ койки за курс лечения в 35 дней — 146 руб.

Заявки направлять по адресу:

СВЕРДЛОВСК, УЛ. РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ, № 34, УРАЛКУРУПР.

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.

1929 г. ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА 1929 г.
НА ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ОБЩЕСТВЕННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

„ПРОСВЕЩЕНИЕ НА УРАЛЕ“

Орган Уральского Областного Отдела Народного Образования.

— Ответственный редактор И. А. ПЕРЕЛЬ. —

Журнал ставит своей задачей — с возможной полнотой и четкостью отвечать на выдвигаемые жизнью вопросы просветительской работы. Методика и практика советской школы, политико-просветительная работа, массовое профессиональное образование, новые пути и проблемы воспитания, задачи советской общественности в деле народного образования, теория и практика изучения края, быт просвещенца и условия его работы — составляют основное содержание журнала.

Каждая Уральская школа, каждое просветительное учреждение, каждый просвещенец должны иметь журнал „ПРОСВЕЩЕНИЕ НА УРАЛЕ“.

К журналу прилагается официальный двухнедельник — „Бюллетень официальных распоряжений УралОНО“.

В журнале „Просвещение на Урале“ принимают участие:

Абрамов И. И., Аппель Н. П., Аристов В. П., Аносов С. Д. (Тюмень), Богданов В. С., Бирюков В. П. (Шаринск), Бородин Б. В. (Пермь), Бухалова Н. И., Засухин Д. В., Затопляев А. В., Захаров И. М. (Пермь), Иордский Н. Н. (Москва), Калганова А. В., Калтерев Л. М., Карышева А., Кандаков В. А. (Пермь), Кутаев И. М. проф. (Пермь), Казанцев И., Каменецкий Г. А., Коновалов Н. А. проф. (Пермь), Ковзач К. Л., Костырев А. Д., Комаров П. Ф., Колонна-Валевская Е., Крупская Н. Н., Курников Н. А., Кусенко Г., Лобов Л. П. (Пермь), Луначарский А. В., Маркс Н. П. (Пермь), Меандров В. А., Наякшин К. Я. (Пермь), Перель И. А., Пистрак М. М. (Москва), Пчелко А. С. (Москва), Попов П. П., Плотников А. Ф., Пумпянский М. М., Протопопов (Север), Самарин Н. Д. (Пермь), Сверчков И. И. (Челябинск), Сергеева А., Соничев (Пермь), Старцев В. С., Соколов А. С. (Пермь), Стеблев А. П., Стеблев А. А., Толстов А. С., Толстова Н. А. (Москва), Хотенко Ф. М. (Пермь), Цеханович Ю. С. (Пермь), Чертова С. (Пермь), Чемагин С. (Тюмень), Николаева Л., Чахов Н. В. (Москва), Шацкий С. Т., Шульгин В. Н. (Москва), Щепкин И. В.

ПОДПИСНАЯ ЦЕНА С 1-ГО ЯНВАРЯ 1929 ГОДА

журнал „Просвещение на Урале“ с прилож. 24-х выпусков „Распоряжений УралОНО“

на год 6 руб. на 1/2 года 3 руб. на 3 мес. 1 р. 50 коп. отдельн. № с прилож. 2-х вып. 60 коп.

БЕЗ ПРИЛОЖЕНИЯ:

на год 4 р. 50 к.
на 1/2 года 2 р. 25 к.
на 3 месяца 1 р. 15 к.
отдельный номер — р. 45 к.

Подписная цена на „Распоряжения УралОНО“ (отдельно):

на год 2 р. 50 к.
на 1/2 года 1 р. 25 к.
на 3 месяца — р. 70 к.
на один месяц — р. 25 к.

Подписка принимается в редакции „Просвещение на Урале“, Свердловск, ул. Троцкого, 3, и во всех почт.-телегр. и почтов. отделен. УралОНО.

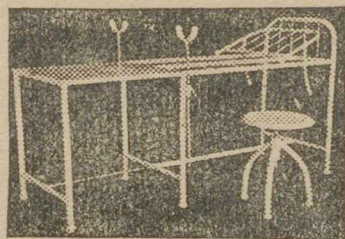
УРАЛМЕДТОРГ

ПРИНИМАЕТ ЗАКАЗЫ

на больнично-аптечно-лаборатор-
ное оборудование,

ПРОИЗВОДИМОЕ НА УРАЛЬСКИХ ЗАВОДАХ ПОД РУКО-
ВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ УРАЛМЕДТОРГА

КАК-ТО:



КАК-ТО:

КРОВАТИ РОДИЛЬНЫЕ по профессору РАХМАНОВУ.
ТЕЛЕЖКИ СО СЪЕМНЫМИ НОСИЛКАМИ для перевозки больных.
ТАБУРЕТЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ с винтом для операционных
комнат и зубкабинетов.

КРОВАТИ больничного типа с английской панцирной сеткой.

КРОВАТИ ДЕТСКИЕ и для ЯСЕЛЬ.

НОСИЛКИ для переноски больных.

РЕФЛЕКТОРЫ по МИНИНУ для лечения синим светом.

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ СВЕТОВЫЕ ВАННЫ для местного лечения
с 6-ю лампами.

АППАРАТЫ для дезинфекции формалином по ФЛЮГТЕ.

ТОЖЕ: " " " по ЗАРЕВИЧУ.

АППАРАТЫ для сжигания серы по ЗАУСАЙЛОВУ.

СТЕРИЛИЗАТОРЫ для перевязочного материала по ТУРНЕРУ.

КОРОБКИ ШИММЕЛЬБУША (БИКСЫ) всех размеров.

ПРИБОРЫ для измерения роста.

СТЕРИЛИЗАТОРЫ для аптек разных размеров.

НАПИСЬНИКИ для каучука.

ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЫ для зубных кресел.

СТАКАНЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для дезинфекции зубных инструментов.

ШТАТОВЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для кружек Эсмарха.

ГРЕЛКИ для живота оцинкованного железа.

ПРИНАДЛЕЖАЮЩИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ, ПОДСТАВКИ И ПРИБОРЫ для
ПРОБАРОК И БЮРЕТОК, а также другие при диете больничного
и лабораторного оборудования.

Кроме того имеется на складе ассортимент хирургических, зубоврачебных ин-
струментов и материалов, предметов ухода за больными, изготавливаемых заво-
дами и фабриками СССР.

Отпуск производится как учреждениям, так и частным лицам.

ТРЕБОВАНИЯ АДРЕСОВАТЬ: Правлению Уралмедторга или Хирургическому складу
г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.

ЦЕНА 1 РУБ.

10336

СВЕРДЛОВСК, „УРАЛПОЛИГРАФ“,
ТИП. „Г Р А Н И Т“. ЗАКАЗ № 2902.
УРАЛОБЛЛИТ № 661. ТИРАЖ 1000.