

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ**

1929

И Ю Л Ь

№

СВЕРДЛОВСК

6

„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 работниками 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), Михайлов И. Н., Величкин В. И., Курдов И. К., Карнаухов М. Н., Розенгауз Ф. Т., проф. Розентул М. А. (Пермь).

Секретарь Редакции Серебrenников В. С.

ОТДЕЛЫ РЕДАКТИРУЮТ:

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

Редактирование статей по специальностям обеспечено участием д-ра Кушелевского Б. П. — (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 Зязина, К. П., д-ра мед. Онуфриева В. М., проф. Пальмова А. Ф., д-ра Перетц В. Г. — (акушерство и гинекология), проф. Первушина В. П., д-ра Сегалина, проф. Шумкова Г. Е. — (психиатрия и невропатология), д-ра Замуравкина Г. И. и проф. Чистякова П. И. — (глаз. болезни), д-ра Бриль С. М. и д-ра Подсосова А. В. — (охран. здор. детей), д-ра Ляпустина В. А. и д-ра Широкова А. Ф. — (профпатология и профгигиена), инженера Кац А. В. и архитектора Голубева Г. А. — (санитарная техника). К. Ф. Архипов, — (бактериология).

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.“, Обздравотдел, г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.

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

Материал, направляемый для печати, должен быть переписан на машинке на одной стороне обыкновенного писчего листа с полями для редакционных изменений (при невозможности использования машинки, материал представляется написанным от руки, но четко и разборчиво). Редакция оставляет за собой право сокращения статьи и внесения редакционных изменений 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:

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

Секретарь редакции Серебренников В. С.

№ 6

ИЮЛЬ 1929 ГОДА

ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВ ОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1929

Содержание.

	Стр.
Передовая. К международному Красному дню	3

Организационные вопросы здравоохранения.

<i>В. И. Величкин.</i> К вопросу о пятилетнем плане Уральского Здраво- охранения	5
<i>Флейшер.</i> Полгода работы на селе в Коми-Пермяцком округе . .	13
<i>Розенгардт.</i> Как улучшить оспопрививание на участке	20
<i>Бородин.</i> Основные черты военно-санитарной работы на фронте .	22
<i>Устюжанин.</i> На что нужно обратить внимание при организации борьбы с костным туберкулезом	26
<i>Белкин К.</i> Работа пункта квартирной помощи в г. Тобольске . .	32

Клиническая и теоретическая медицина.

<i>Накоряков Н. К.</i> Учение о сексуальном гормоне в свете новей- ших научных данных	43
<i>Талалов.</i> К вопросу об <i>ulcus vulvae acutum</i>	52
<i>Пшеничников.</i> К вопросу о бактериотерапии хронич. гнойн. заболе- ваний среднего уха	61
<i>Старицын.</i> Лечение прогрессивного паралича прививками малярии в Пермской Психиатрической клинике при Уральской област- ной лечебнице	66
<i>Куимов.</i> Гипноз в свете современных знаний	76
<i>Бахтияров.</i> Мнимый волдырь от гипноза	84

Профилактика, гигиена и санитария.

<i>Юшков.</i> Венерические болезни среди пермяков	88
<i>Казаков. В. И.</i> Материалы к изучению вопроса о сельской гоноррее	94
<i>Обухов П. Ф.</i> Молоко г. Кизела	100
<i>Монаков.</i> Медосмотр рабочих Полевского завода	104
<i>Зархи Г. И.</i> Туляремия у хомяка	117
<i>Ершов.</i> Брюшной тиф в Мотовилихе	118
<i>Шушаков и Афанасьев.</i> Определение утомляемости внимания у де- журных помощников нач. ст. Свердловск	126
<i>Шушаков и Софронов.</i> Соответствие роста и веса у поездных машинистов и помощников машинистов Пермской жел. дор .	130

Обзор медицинской печати.

Рефераты Виленского о пнеймокониозе	131
Рефераты Малкина	132

Труд и быт медработников.

<i>Печеркин.</i> Заболеваемость медицинских работников	134
Результаты медосмотра прачек	139
Корреспонденции с мест	140
Хроника	153
Официальный отдел	154

17257921

К МЕЖДУНАРОДНОМУ КРАСНОМУ ДНЮ.

Празднование десятилетия освобождения Урала от Колчака совпало с новым выступлением мировой контр-революции против страны Советов — разбойничьим захватом Китайско-Восточной жел. дор. Это выступление является еще одним из доказательств того, что растущая мощь Советского Союза, усиливающееся революционизирующее его влияние на трудящихся и угнетенных всего мира, успехи социалистического строительства — не дают покоя империалистам всех стран, являясь для них постоянным напоминанием о грядущем, неизбежном конце их господства. Это выступление напоминает нам также и о том, что данная нам историей передышка становится все короче и короче. И чем эффективнее мы ее используем, тем скорее и полнее будет победа пролетариата, тем меньше жертв потребуются от него.

Несмотря на непреклонное желание мира, несмотря на искусно проводимую нашим правительством политику мира, все же может наступить момент, когда мы вынуждены будем взяться за оружие для защиты всего того, что достигнуто нами Октябрьской революцией, ценою величайших усилий и жертв. И к этому мы все должны быть готовы.

Медицинские работники по самой сущности своей профессии — являются противниками войны, несущей великие травмы человеческим массам. А потому естественно, что в деле борьбы с новыми империалистическими войнами, в деле борьбы против нападения на Советский Союз, они должны быть одними из первых. Но это отнюдь не значит, что медицинские работники должны быть пацифистами вообще. Являясь частью рабочего класса, медицинские работники прекрасно понимают, что война войне рознь. Империалистические войны, приносящие миллионы человеческих жизней в жертву хищнической алчности озверевшей кучки капиталистов — это одно. Такие войны у всех трудящихся, у всех честно мыслящих, культурных людей, должны вызывать чувство глубокого возмущения и негодования, побуждать их к самому решительному протесту и сопротивлению. Но совершенно иное дело мы имеем в том случае, когда эта свора империалистических хищников организует нападение на первое в мире рабочее государство, строящее социализм — систему, при которой только и возможно полное прекращение всяких войн, уничтожение эксплуатации человека человеком, действительное раскрепощение человечества от всех видов рабства, организация высоко-культурной, здоровой, творческой и полноценной жизни для всех людей. В этом случае, самый гуманный человек, если он действительно стремится к благу для всего человечества, а не защищает интересы ничтожного меньшинства богатых — должен из чувства той же гуманности, из долга служения интересам

всего человечества, отдать все свои силы и знания на организацию отпора врагам лучшего будущего человечества и борьбе с ними.

Современная международная обстановка обязывает нас усилить темп нашего социалистического строительства, индустриализации страны, развертывания обобщественных форм сельского хозяйства, наступления на капиталистические элементы внутри нашей страны, тормозящие процесс социалистической стройки, а также усилить работу по обороне страны.

В деле здравоохранения мы также не должны отставать от общего темпа и направления работы. Наиболее разумное расходование каждой копейки, рационализация постановки всего нашего дела, дружная согласованная работа всех медработников, максимальное привлечение широких масс трудящихся ко всей нашей работе, борьба с бюрократическими пережитками и извращениями в наших аппаратах и учреждениях — все это должно быть предметом наших постоянных забот и нашей деятельности. Обслуживая медпомощью рабочих, мы должны стремиться к тому, чтобы дело здравоохранения не отставало от темпа развития индустриализации и отвечало всем ее запросам (обслуживание вновь строящихся и расширяющихся предприятий, переход на сокращенный рабочий день, переход на непрерывную рабочую неделю и проч.). Развивая медицинскую помощь в деревне, мы прежде всего и больше всего должны уделять внимание обслуживанию социалистического сектора сельского хозяйства (совхозы, колхозы, коммуны). Памятуя об укреплении обороноспособности страны, мы должны большее, чем до сих пор внимание уделять работе по повышению санитарной культуры, добиваться полной ликвидации очагов остро заразных заболеваний, шире развернуть работу по санитарному и военно-санитарному просвещению населения, мы должны улучшать качество состояния и работы наших учреждений, мы, наконец, должны развернуть работу по повышению военно-медицинских знаний среди медицинских работников всех квалификаций. Больше внимания и сил мы должны отдавать и работе в организациях РОКК. Медработники также должны вплотную заняться вопросами повышения своего уровня политических знаний.

Развивая строительство социализма, укрепляя обороноспособность нашей страны, мы в то же время должны зорко всматриваться во все изменения международных отношений, крепить нашу революционную связь с пролетариатом всех стран, и вместе с ним, под руководством ВКП (б) и Коминтерна вести борьбу за мир, против новых империалистических войн, против нападения на Советский Союз — отечество мирового пролетариата, колыбель грядущего социализма во всем мире.

Установленный VI конгрессом Коминтерна Международный день против империалистической войны, день 1 августа, должен стать и для медработников могучим двигателем к их дальнейшему сплочению с революционными силами пролетариата всего мира в его борьбе против капитализма. Медработники, являясь одним из отрядов рабочего класса, с честью будут выполнять все те задачи, которые налагает на них история. С сознанием классовой солидарности и в полном соответствии с интересами громадного большинства человечества — медработники отдадут все свои силы на борьбу за окончательное построение социализма во всем мире.

К ВОПРОСУ О ПЯТИЛЕТНЕМ ПЛАНЕ УРАЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В. И. ВЕЛИЧКИН.

(Окончание).

Новое строительство. Особенностью Уральской области с ее огромным населением, обширной территорией, суровым климатом, тяжелыми условиями работы у большинства промышленных рабочих (виды промышленности, старые заводы) с примитивным санитарным благоустройством населенных мест, с высокой смертностью и заболеваемостью населения, является то, что значительная ее часть в дореволюционное время не имела никакой сети медицинских учреждений, а поэтому нам приходится заново создавать целый ряд лечебных учреждений, не говоря уже о профилактических, которых, как известно, в старой России вообще почти не было. При организации новых учреждений мы могли бы, как это практикуется в центральной части Союза, использовать под новые учреждения старые строения, соответственно их приспособив. Но здесь мы упираемся во вторую особенность Урала — в полное отсутствие таких строений как в городах, так и на селе. Поэтому единственная возможность расширения сети лечебно-учреждений и тем самым улучшения медпомощи населению, это — новое строительство. Вот почему по 5-тилетнему плану, несмотря на удвоение расходов на здравоохранение к 32-33 г. по сравнению с 27-28 г. мы все-же будем иметь очень скромные коэффициенты обеспечения населения всеми видами медпомощи. На капитальное строительство (не считая курортов) за пять лет предполагается вложить 36.644 тыс. руб., — это с учетом снижения стоимости строительства, в неизменных же ценах 26-27 года 47.804 тыс. руб. Из них на капитальный ремонт предполагается израсходовать 2.655 тыс. руб.

Из каких же источников намечено финансирование нового строительства? Источников таких 8: по госбюджету 3.922 тыс. руб., по местному бюджету 4.702 тыс., по обл. и окр. фондам «М» 1.557 тыс., по республ. ф. «М» 10.050, 5 тыс., по Всесоюзному ф. «М» 6.765 тыс., по ссуде из Цескомбанка 2.759 тыс., по кредитам промышленности 5.154 тыс. и из средств самообложения населения 1.734 тыс. руб. (за все пять лет). Предполагается построить всего 162 объекта с 6.609 койками и 18.630 ежедневными амбулаторными посещениями. Распределение объектов строительства по видам учреждений и по территориальным признакам можно видеть из следующей таблицы:

Таблица № 1.

Объекты	Н а с е л е н н ы е п у н к т ы				
	Облгород	Окргорода	Поселения городского типа (завод, район)	Сельские местности	Всего
Больницы	2/805	6/825	20/1150	48/1285	76/4065
		1800	2600	4780	9180
Поликлиники	1/1600	1/1300	1 700	—	3/3600
Амбулатории	2/500	—	3 900	12/2400	17/3800
Физ.-Институт	1/160	—	—	—	1/160
	800				800
Институт профзаболев. . .	1/28	—	—	—	1/28
Психолечебница	1/500	1/250	—	—	2/750
Дом Санпросвета	1	—	—	—	1
Лесная школа	1/50	—	—	—	1/50
Дезостанции	1	1	—	—	2
И с л и	1/60	4/220	8 440	3 90	16.810
Консультации	1/50	1 30	6/180	14/280	22/540
Трудобщежития	1/50 ж. 50 д.	1/50 ж. 50 д.	—	—	2
Тубдиспансеры	1/75 100	—	2/46 200	—	3/121 300
Пункты ОЗД	—	1/30 20	3 90 60	1/25 20	5/145 100
Тубсанатории	—	1/100	—	—	1/100
Бюлаторий	1/30	—	—	—	1/30
Нерво-психо-диспансеры .	—	2/20	—	—	2/20
Сан-бактериол. лаборат. .	—	1	—	—	1
Профамбулатории	1/40	2 60	1 50	—	4/150
Дезо-камера	—	1	—	—	1
Всего	—	—	—	—	162

Примечание В числителе и показано количество объектов, в знаменателе—количество коек для больных и количество посещений для амбулаторий. Двойной знаменатель обозначает: верхнее число количество коек, нижнее посещений (так как прибольничные амбулатории в особые объекты не выделены)

В графе „трудобщежития“ буква „ж“ обозначает количество мест для женщин, а буква „д“—мест для детей. При невро-психиатр. диспансерах и профамбулаториях показано количество коек

Сроки строительства намечаются такие: для деревянных и небольших каменных зданий один год (с последующей окончательной отделкой) и для крупных каменных зданий 2 года. Необходимо усилить плановость в деле строительства на местах и повысить качество этого строительства, в частности, путем лучшей организации надзора за ним и большим привлечением к нему врачей.

Вновь строящиеся учреждения должны быть полноценными, т. е. по своим размерам и планировке отвечать потребности и характеру медпомощи, иметь все необходимые подсобные здания (службы, жилища для медперсонала), санитарно-техническое оборудование и установки. Само собой разумеется, что мы должны всеми силами добиваться максимального повышения качества строительства и снижения его стоимости: и то, и другое при наших ограниченных денежных ресурсах имеет чрезвычайно большое значение.

Здесь следует отметить, что отношение к новому строительству в большинстве округов до сих пор не серьезное. Нет разработанных твердо обоснованных планов нового больничного строительства: сплошь и рядом строят случайно и недоброкачественно. На запросы Облздрави Окрздравы дают неясные ответы, из которых трудно понять, что строится и что надо строить, в каком месте, каков характер и размер постройки, какова ее стоимость, какие обоснования для постройки данного объекта и т. д. Такому кустарному способу ведения столь большого дела сейчас же надо положить конец. Каждый Окрздрав должен тщательно изучить состояние своей сети и наметить план строительства и капитальных ремонтов, обосновать необходимость постройки каждого объекта, установить его размеры, тип, стоимость и пр. Не имея исчерпывающих данных о строительстве, Облздравотдел не может помочь округам в этом деле, а без помощи Облздрави Окрздравы не смогут получить необходимые ассигнования на строительство не только из центра, но и из местного бюджета, так как Облздрав по понятным причинам не может испрашивать средства и настаивать на их ассигновании, сам хорошо не зная, на что они предназначаются. Таким образом, за выполнение строительного плана на Окрздравотделы возлагается большая ответственность, которую они должны возможно скорее осознать и сделать из этого соответствующие выводы.

Такова общая картина развития дела здравоохранения на Урале за начавшееся пятилетие. Какие же силы и средства мы должны иметь для осуществления всех намеченных планом мероприятий?

Медперсонал. Общее количество медперсонала и распределение его по отдельным квалификациям за 5 лет видно из следующей таблицы:

Таблица № 2.

Наименование персонала	28—29	29—30	30—31	31—32	32—33
1. Врачи	1508	1802	2223	2663	3041
2. Зубврачи	139	161	191	215	242
3. Акушерки	853	1007	1161	1315	1470

Наименование персонала	28—29	29—30	30—31	31—32	32—33
4. Фельдшера:					
а) школьные	424	411	399	387	375
б) ротные	742	720	698	677	657
5. Фармацевты	270	334	398	463	529
Исп. обязан. фармацевтов	408	408	408	408	426
6. Сестры:					
а) медицинские	1519	1849	2243	2754	3205
б) обследоват.	588	648	709	771	828
7. Зуботехники	52	60	66	72	75
8. Проч. персонал	9593	10623	11517	12781	13793
Всего	16114	18051	20051	22554	24699

При подборе квалифицированного медперсонала мы встретимся с большими трудностями, особенно в части врачей и сестер. Количество врачей по отношению к 1927-28 году возрастает на 1.773 чел.; при условии увеличения пропускной способности Пермский Медфак может выпустить за 5 лет около 1.000 чел., следовательно до 150 врачей в год Урал должен получать извне. Судя по большому количеству заявлений, поступающих в Облздравотдел от врачей, можно думать, что план мы выполним, однако, при обязательном условии более четкой работы в этом отношении со стороны Окрздравов. В настоящее время при очевидной большой нужде во врачах многие Окрздравы, однако, заявляют, что им врачи или не нужны, или нужны, но в очень небольшом количестве. В то же время мы ежегодно имеем недобор во врачах по отношению к штатным их единицам, принятым по сметам в 18-19 проц. Здесь одно из двух: или Окрздравы недостаточно осведомлены о действительном положении дела, или процветает совместительство, с которым они не хотят вести борьбу. И то, и другое, конечно, плохо. Что касается сестер, то вопрос о них подлежит дополнительной проработке с участием центра и органов Наробраза, так как запроктированные Уралом мероприятия по подготовке сестер ни в коем случае не могут нас удовлетворить.

При проектировании штатов леч-сан-учреждений Окрздравам надо исходить из необходимости изжития до сих пор имеющихся ненормальностей в смысле нарушения кодекса законов о труде. Однако, это отнюдь не значит, что надо идти по линии наименьшего сопротивления и механически расширять штаты. Необходимо точно учесть особенности расположения и работы каждого учреждения, необходимость полной загрузки рабочего дня и точной регламентации обязанностей каждого сотрудника; провести рационализаторские мероприятия, позволяющие с большим эффектом использовать труд каждого работника, вести работу по повышению квалификации всех

группы медперсонала, укреплению трудовой дисциплины и т. д. Учитывая все это и надо разрешать штатный вопрос. При определении количества медперсонала в областном масштабе, Облздравотдел исходит из следующих исчислений:

а) Врачи для амбулаторной работы: 1 врач на 47 посещений к 1932-33 г. (см. подробнее «Ур. Мед. Журнал», № 5), для коечного больничного аппарата 1 врач на 40 коек. Для помощи на дому 1 врач на 10 тыс. населения в городах; на каждое поселение гортипа, имеющее свыше 15 тыс. жителей, по 2 врача, а с населением свыше 5 тыс. 1 врач. Врачей пунктов первой помощи — до полного укомплектования врачебных пунктов, по нормам НКЗ. Врачей для аппаратов в среднем 5 на каждый Окргздравотдел, судебно-медицинских экспертов 19 чел.

Врачи санитарные, ОЗД и зубные указаны в соответствующих таблицах. Для учреждений по ОЗД по 2 врача (не считая зубного) на детпрофамбулаторию и по 1 врачу на пункт ОЗД. По охране материнства и младенчества на каждую городскую консультацию по 2 врача, а на сельскую по 1; для 50 проц. постоянных яслей по 1 врачу и для 50 проц. по $\frac{1}{2}$ врача; для домов ребенка и домов матери и ребенка по 1 на каждый. Врачей лабораторий — в зависимости от объема работы, врачей по санпросвету по 1 на Дом Санпросвета. Для тубдиспансеров по $3\frac{1}{2}$ врача на диспансер; для тубпунктов по 1; для вендиспансеров по 3 врача на диспансер, для венпунктов и отрядов по 1. Для малярийных станций по 1, пастеровских станций по 1 и пунктов по $\frac{1}{2}$. Для невро-психиатрических диспансеров по 3 на диспансер, по профзаболу 5 на кабинет.

б) Акушерки из расчета иметь в округе к 1932-33 г. в городах и поселках гортипа по акушерке на 2.500 жителей, а на селе на 12.500 жителей (как обязательный минимум).

в) Фельдшера школьные и ротные из расчета на имеющееся количество с ежегодной убылью в 3 проц.

г) Сестры медицинские в больницах по одной на 10 больных, в амбулаториях 1 на амбулаторного врача (в крупных — в том числе регистраторы), в прочих учреждениях применительно к нормам, опубликованным в справочнике МСТ. Сестры обследовательницы в городских амбулаториях (считая и поселения гортипа) для обеспечения проведения диспансерной работы в среднем по 1 на амбулаторию, на селе по 1 на каждый сельский больничный участок, а в остальных учреждениях применительно к нормам МСТ.

д) Фармацевты из расчета доведения к концу пятилетки нормы в аптеках здравотделов: в окргородах и поселках гортипа в среднем по 3 фармацевта и по 1 исполняющему обязанности, а на селе по 1 фармацевту и по 2 исполняющих обязанности на каждую аптеку. Естественная убыль 5 проц.

е) Прочий персонал: в амбулаториях 1 на 100 посещений, для больниц 56 чел. на 100 коек, для остальных учреждений применительно к нормам МСТ.

Зарплата медперсоналу запроектирована таким образом, что к 1932-33 г. по сравнению с 27-28 г. она должна возрасти для лечащих врачей в среднем на 50 проц., для врачей профилактиков на 75 проц. и для санитарных врачей на 100 проц., для среднего медперсонала на 40 проц. и для технического на 60 проц. К фондам зарплаты уста-

новлены начисления в размере 17,35 проц.; из них 10,75 проц. на соцстрах и жилищное строительство, 1 проц. на местком и культнужды, 3 проц. на наем заместителей, 1 проц. на повышение квалификации медперсонала, 1 проц. на коммунальные услуги и 0,6 проц. на периодические прибавки. При этом предусматривается, что к концу 5-тилетки зарплата квалифицированным работникам на селе должна быть выше зарплаты таких-же работников города, примерно, на 10 проц. Сравнительно невысокое повышение зарплаты объясняется жесткими финансовыми лимитами, в пределах которых больший ее рост невозможен, так как к 1932-33 г. зарплата составит, примерно, 50 проц. всех расходов на здравоохранение (считая и новое строительство). При расширении финансовых возможностей, естественно, одной из главных забот органов здравоохранения должно быть дальнейшее повышение зарплаты. В вопросе о зарплате надо учесть еще и то, что по хозяйственному плану намечается снижение цен на 22-25 проц., что на соответствующий процент повысит и реальную заработную плату.

Для обеспечения медперсонала спецдеждой предусматривается в стоимости содержания стационарных лечебно-учреждений специальный расход в размере 7 руб. 30 коп. в год на 1 койку. Для разездного участкового медперсонала в среднем по 40 руб. в год на работника. При новом больничном строительстве учитываются квартиры для медперсонала и помещения для культработы.

Для повышения качества всей медико-санитарной работы необходимым условием является повышение квалификации работников. Планом предусматривается эта работа, при чем каждый Окрздрав вместе с Союзом МСТ должен составить точный и конкретный план направления врачей на специализацию, курсы усовершенствования, научные командировки и повышения квалификации среднего и технического медперсонала. В течение 5-ти лет мы должны пропустить всех сиделок через курсы санграмоты (по 96-часовой программе), всех городских сестер и хотя-бы 25 проц. участковых через курсы переподготовки. Для переподготовки акушеров мы должны провести их хотя-бы через краткосрочные двухнедельные курсы. Необходимо также оказать всяческое содействие фельдшерам как в подготовке на Медфак, так и в возможности переквалификации в фармтехникумах. Возможность научного усовершенствования должны получить и фармацевты.

Ф и н а н с ы. Приход денежных средств по отдельным источникам ассигнований виден из следующей таблицы (в тыс. рублей):

Таблица № 3.

Название показателей	28-29 г.	29-30 г.	30-31 г.	31-32 г.	32-33 г.	Итого за 5 лет
Местный бюджет	11809,0	13503,1	15279,2	17895,9	21061,9	79549,1
Госбюджет	2565,6	2781,3	2967,8	3156,5	3402,4	14873,6
Местный ф. «М»	8341,1	8936,5	10285,8	11639,0	12988,8	52191,2
Респуб. ф. «М»	2615,5	2390,0	2194,0	2122,0	2064,0	11385,5
Союзный ф. «М»	1577,0	1426,0	1397,0	1354,0	1361,0	7115,0
Суды	475,0	541,5	520,0	577,0	646,0	2759,5
Средства промышл.	1249,0	1249,0	1365,0	1395,0	1501,0	6759,0
Средства насел.	320,0	332,5	346,0	352,0	384,0	1734,5
Пересел. Управл.	408,0	383,8	374,7	376,5	394,0	1937,0
Итого	29360,2	31543,7	34729,5	38867,9	43803,1	178304,4

Расходы же на все дело здравоохранения по области с подразделением на основные их виды показаны на нижеследующей табл. (см. табл. № 4, стр. 12).

Из приведенных таблиц прежде всего видно, что расход, запланированный по плану, превышает приход на 7.552,7 тыс. руб. Этот дефицит из местных источников покрыт быть не может, а поэтому Облздравотдел ходатайствует о его покрытии путем дополнительных ассигнований из центра. При выполнении финансового плана средний расход на 1 жителя из всех источников средств будет возрастать так: в 1927-28 г. 3 руб. 22 коп., в 1928-29 г. 4 руб. 14 коп., в 1932-33 г. 5 руб. 42 коп. При этом соотношение расходов на лечебное дело и санитарно-профилактические мероприятия значительно изменится. Так, по видам расходов приходится на 1 жителя:

Таблица № 5.

	1928-29 г.		1932-33 г.	
	Руб.	Коп.	Руб.	Коп.
Лечебное дело	3	30,4	3	82,1
Сан.-проф. мероприятия . . .	—	69,5	1	45,2
Прочие расходы	—	14,1	—	14,7
Всего	4	14	5	42

К концу пятилетки из каждого рубля, затрачиваемого на дело здравоохранения, мы будем расходовать на санитарно-профилактические мероприятия 27 коп. Это еще немного, но уже в 5 с лишним раз больше, чем пресловутый пятачек на рубль, который расходовался в старой России.

Для правильного планирования расходов на содержание сети Окрздравотделы должны исходить из необходимости проведения всех неотложных ремонтов, установления достаточных норм питания (примерно, 3.110 калорий брутто и 2.800 нетто на койко-день), пополнения лечпрофучреждений твердым и мягким инвентарем (в частности, бельем, которого надо приобрести за 5 лет на койку минимум по 7 комплектов), медицинским инструментарием, аппаратурой и проч. При этом надо учесть состояние цен в настоящий момент и их снижение за 5 лет (о чем упоминалось выше), в частности, снижение цен на медикаменты, уменьшение количества рецептов на посещение, проведение рационализаторских мероприятий, словом, все факторы, которые определяют собою стоимость койко-дня, амбулаторного посещения и т. д. Для ясности подсчетов заработную плату медработникам и все начисления к фонду зарплаты лучше учитывать отдельно от прочих расходов по содержанию учреждений.

Мы уверены в том, что если руководящие органы здравоохранения на местах, а также медицинские работники добросовестно, вдумчиво, с интересом займутся окончательным формированием пятилетнего

Расходы по отраслям дела здраво- охранения (с капитальными вло- жениями)	Г о д ы											
	1928-29 г.		1929-30 г.		1930-31 г.		1931-32 г.		1932-33 г.		Итого за 5 лет	
	Абсолют.	% к итогу	Абсолют.	% к итогу	Абсолют.	% к итогу	Абсолют.	% к итогу	Абсолют.	% к итогу	Абсолют.	% к итогу
1. Административн. аппарат и его мероприятия	352364	1,2	369765	1,1	384665	1,1	401461	1,0	417000	0,9	1925255	1,0
2. Лечебное дело	23936410	79,8	25753113	77,6	27374510	74,8	30057707	73,0	31702052	70,5	138828792	74,8
3. Санпрофдело в целом	5015489	16,8	6377649	19,3	8062420	22,9	9908610	24,1	12028692	26,8	41392860	22,3
В том числе:												
а) Сан-эпид. учрежд. и мероприятия	745470	2,5	903640	2,7	1105970	3,0	1336955	3,2	1564700	3,5	5656735	3,0
б) Борьба с болезнями	1560281	5,2	2060671	6,2	2578662	7,1	3155299	7,7	3852460	8,6	13207373	7,1
в) Охрана материн. и младенчества .	1894328	6,3	2313198	7,0	2799678	7,7	3336450	8,1	3842332	8,5	14185986	7,6
г) Охрана здоровья детей	513440	1,7	768990	2,3	1206200	3,3	1661445	4,1	2319200	5,2	6464275	3,6
д) Санитарное просвещение	301970	1,1	336150	1,1	371910	1,0	418461	1,0	450000	1,0	1878491	1,0
Санаторно-курортное дело	300000	1,0	300000	0,9	350000	1,0	400000	1,0	400000	0,9	1750000	0,9
Повышение кв. квалификации персонала и подготовка специального	120788	0,4	134460	0,4	148764	0,4	167384	0,4	203815	0,4	775211	0,4
На оборудов. леч.-сан. учреждений .	238000	0,8	238000	0,7	238000	0,6	238000	0,5	238000	0,5	1190000	0,6
Итого	29963051	100	33172987	100	36558359	100	41173162	100	44989559	100	185857118	100

плана в пределах округа, района и отдельного учреждения, если они осознают всю важность, целесообразность, выгоду плановой работы, если они приложат достаточно силы, желания и воли к проведению плана, то намеченный Облздравотделом план развития здравоохранения на Урале будет выполнен полностью, а, может быть, нам удастся достигнуть и большего. Только надо помнить, что выполнение цифр, намеченных планом, это еще не значит выполнение плана. Каждая цифра — показатель учреждения или мероприятия. А каждое учреждение и мероприятие, помимо своего количественного выражения в виде статистической цифры, содержит в себе еще определенное качественное понятие. Поэтому нам важно не только, а, может быть, и не столько количественное выполнение плана, но и выполнение его с точки зрения повышения качества состояния и работы всего дела здравоохранения в целом и каждого отдельного его звена в частности. Формального отношения к делу вообще у нас не должно быть. Особенно же оно недопустимо в вопросах планирования, являющихся одним из важнейших методов построения социалистического общества.

ПОЛГОДА РАБОТЫ НА СЕЛЕ В КОМИ-ПЕРМЯЦКОМ ОКРУГЕ УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Г. Г. ФЛЕЙШЕР.

Ординатор факультетской хирургической клиники Пермского университета.

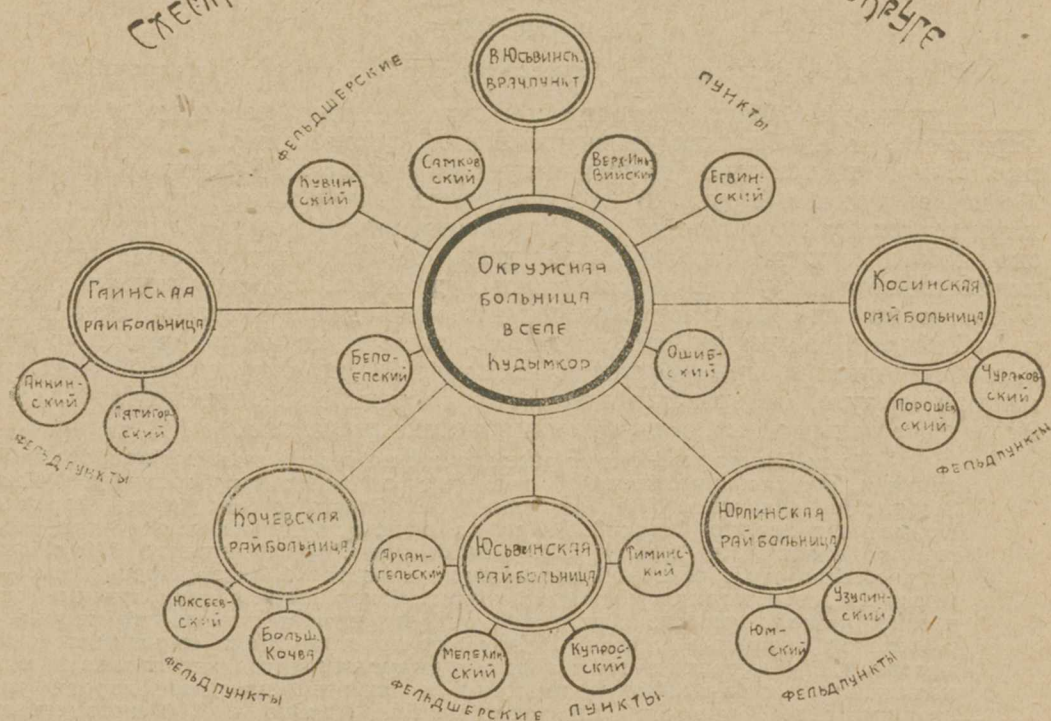
В конце мая 1928 года, по предложению местных работников здравоохранения, моих бывших университетских однокашников, я поехал впервые на самостоятельную хирургическую работу в село Кудымкор, столицу Коми-Пермяцкого округа. В настоящей статье мне хочется дать краткую характеристику постановки дела здравоохранения вообще, а хирургической помощи в частности, в этом так недавно еще создавшемся, чисто сельскохозяйственном округе и вместе с тем поделиться своими впечатлениями о работе на селе, чему пока совсем мало отводится места на страницах нашей печати. Но прежде, чем это сделать, считаю целесообразным изложить в общих чертах географические и этнографические сведения о Коми-Пермяцком округе, совершенно неизвестном среди нашей врачебной массы. Это внесет большую ясность в понимание нижеизлагаемого.

Коми-Пермяцкий округ расположен на северо-западе Уральской области и, являясь окраинным, граничит с Вятской губернией и Коми-Зырянской областью. Из округов Уралобласти с ним соприкасаются Пермский и Верхне-Камский. По своим размерам он не велик, наибольшее протяжение в длину 220 километров, а в ширину 140 километров. Природа в северной части округа имеет характер Предуралья, — много рек, озер, холмистый рельеф, покрытый хвойными лесами, в южной же части, ближе к границе Вятской г., она принимает равнинный характер с большой площадью низких, болотистых пространств и меньшим лесным массивом. В отношении путей сообщения округ находится в неблагоприятном положении. От ближайших пристани и станции железной дороги его столица, село Кудымкор, находится приблизительно в 100 километрах, причем это расстояние приходится покрывать гужевым путем по скверным, избитым грунтовыми дорогам; свойства же грунта таковы, что в период весенней и осенней распутицы дороги становятся совершенно непроезжими и на это время округ бывает почти совершенно отрезан от внешнего мира. Да и сообщение внутри самого округа становится весьма затруднительным.

Население Коми-Пермяцкого округа численностью в 150 с небольшим тысяч, по преимуществу пермяки, ветвь угро-финского племени, занимается хлебопашеством. Русские, которые поселились в южной части округа, ближе к границе Пермского округа, тоже крестьяне, но среди них есть все таки и ремесленники. Застрахованных в округе очень мало (активно 4811 ч.); это, главным образом, служащие. Пермяки еще очень малокультурное меньшинство, имеющее свой язык, письменность и обычаи, в силу неблагоприятных природных условий живут очень бедно. Тот прогресс сельского хозяйства, который стал уже достоянием деревни других округов, для них еще во многом является несуществующим идеалом. Способы обработки земли местами еще прямо первобытны, хозяйство ведется по старинке. Культурная работа далеко еще не охватывает все население деревень. Вследствие этого социальные болезни имеют широкое распространение среди населения Коми-Пермяцкого округа. Туберкулез как легочный, так и костный, трахома, чесотка, ревматические заболевания есть обычный материал местных амбулаторий и стационаров. Хронический алкоголизм дает большое количество больных, страдающих атрофическими катаррами желудка и даже явлениями общей дегенерации.

Дело медпомощи в округе возглавляется окружной инспекцией здравоохранения, а в районах районскими; в работе последних обычно участвует районный врач. Сеть лечебных учреждений округа представляется в следующем виде:

СХЕМА ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ В КОМИ-ПЕРМЯЦКОМ ОКРУГЕ



Окружная больница располагает 100 койками, размещенными в нескольких отдельных павильонах, и имеет 6 специальных отделений: хирургическое, терапевтическое, акушерско-гинекологическое, глазное, кожно-венерическое и заразное; кроме того в терапевтическом отделении выделено несколько коек для детского стационара. Каждое от-

деление находится в ведении врача специалиста, так что в больнице работает 6 врачей. Заведывающий глазным отделением несет кроме своей прямой работы еще обязанности старшего врача. При окружной больнице имеется большая амбулатория со специальным приемом, своего рода маленькая поликлиника, работающая как в районном (Кудымкорский район), так и в окружном масштабе. В большие местные праздники в нее также обращаются жители пограничных с Коми-Пермяцким округом селений. Среднее количество посещений в амбулатории в будничные дни 200-300 первичных больных; это принимая во внимание страдную пору, зимой же количество посещений больше. Верх-Юсьвинский врачебный участок имеет одного врача, фельдшера и акушерку, ведет амбулаторную и раз'ездную работу; в ближайшее время из средств самообложения там начата постройка амбулатории. Районные больницы обслуживаются одним или двумя врачами и небольшим штатом среднего и младшего медперсонала. Некоторые из них оборудованы очень хорошо, так, например, Юрлинская районная больница помещается в каменном здании и имеет паровое отопление. В среднем количество коек в районных больницах около 25. Ряд фельдшерских пунктов, разбросанных по округу, выполняют свои задания под руководством районных больниц.

Профилактическая работа ведется главным образом, амбулаториями окружной и районных больниц, для чего выделен один день в неделю. Из специальных профилактических учреждений округ имеет санврачебную инспекцию, детскую консультацию и постоянных раз'ездных оспопрививательниц. Летом здравинспекция формирует подвижные обследовательские отряды (глазные, кожно-венерические). Врачи округа принимают активное участие во всех, связанных с профилактической работой, компаниях, выезжая в деревни для проведения лекций или бесед.

Оборудование как лечебных, так и профилактических учреждений не везде удовлетворительно и те требования, которые предъявляются прогрессирующей неуклонно медицинской техникой, осуществляются далеко не в полной мере. Но basis для работы есть, а это самое главное. Быстрому развитию и улучшению медпомощи сильно мешает ограниченность, если не сказать прямо скудность бюджета, который имеет округ. Дело в том, что какого-нибудь крупного производства в округе нет, и он является потребляющей, а не производящей единицей. Поэтому местный бюджет очень невелик, а государственной субсидии на все не хватает. Этот факт особенно резко сказывается в питании больных: на отпускаемые в день на больного 27 коп. провизии диетический режим очень трудно, особенно имея ввиду еще уменьшение этой цифры за счет сверхкомплектных больных. Последние почти всегда имеются в больницах, этого избежать нельзя, — обращаемость за медпомощью велика, а лечение больных на дому по бытовым и природным условиям часто невозможно.

Эта характеристика может, на первый взгляд, создать впечатление еще слабой постановки дела здравоохранения в Коми-Пермяцком округе, но нужно помнить, что 4 года тому назад даже окружной больницей заведывал один фельдшер. Теперь позволю себе перейти к вопросу о постановке хирургической помощи в округе, тех условиях, в которых приходится работать хирургу и том материале, который прошел через мои руки.

Хирургическая помощь среди коми-пермяков еще очень недавнее и молодое дело. Что это так, доказывает следующий факт, — произведенное около двух лет тому назад, молодым, тогда недавно приехавшей женщиной-врачем, кесарское сечение с благоприятным исходом вызвало целую сенсацию во всем округе, стало предметом обсуждения в местной прессе и среди населения. Хирургическая помощь оказывается населению, главным образом, в окружной больнице в специальном отделении, только небольшая ее часть осуществляется в районных больницах, соответственно личным качествам и опыту районных врачей. Это, конечно, плохо; плохо потому, что во многих случаях тяжелые хирургические больные из-за дальности расстояния и плохих путей сообщения не могут быть доставлены в окружную больницу и погибают вследствие отсутствия специальной помощи. Но в общем можно смело сказать, что почти весь серьезный хирургиче-

ский материал направляется в окружную больницу, создавая в ее хирургическом отделении значительное богатство и разнообразие. Из сказанного выше понятны вполне те настойчивые попытки, которые предпринимает здравинспекция к приглашению в одну из северных районных больниц (в село Косу) врача-хирурга, чтобы обеспечить эту глухую часть округа квалифицированной хирургической помощью.

Хирургическое отделение окружной больницы помещается в так называемом «главном корпусе», совместно с глазным и частью гинекологического (оперативная гинекология) отделениями, имеет 25 штатных коек, которых всегда не достаточно, и количество хирургических больных бывает обычно 35—40 человек. В отделении имеется общая для помещающихся в корпусе отделений операционная и перевязочная. Операционная очень небольшая, но после сделанного при мне ремонта, она стала вполне пригодна для оперативной работы. Операционного стола нет, его заменяет гинекологическое кресло, на котором, при известном навыке и изобретательности, можно проводить все виды операций. Ходового инструментария почти достаточно и он сравнительно в хорошем состоянии. Стерилизация производится в автоклаве, вмещающем три барабана Schimmelbusch'a большого формата под давлением до 2-х атмосфер. Штат операционной состоит из фельдшерши и операционной сиделки. Операционная фельдшерша, работающая также и в перевязочной, где в помощь ей имеется перевязочная сиделка, ведет это дело в течение двух лет, обладает уже значительным опытом и мы с ней за все полгода не имели ни одного случая послеоперационного нагноения.

Количество и характер материала, прошедшего через отделение, за время моего заведывания им, видно из приводимого цифрового материала. Всего за это время через хирургическое отделение прошло 205 больных, из них умерло 9 человек (4.4 проц.) Этот материал может быть разделен следующим образом:

А. КЛИНИЧЕСКИ.

1. С воспалительн. процессами . . . 79 бол.
2. С травматическ. поврежден . . . 87 »
3. С новообразованиями . . . 24 »
4. С хирургическ. инфекциями . . . 15 »

В. ТОПОГРАФИЧЕСКИ.

1. Голова 28 бол.
2. Шея 17 »
3. Грудь 12 »
4. Живот и его полость . . . 51 »
5. Конечности 80 »
6. Спина 17 »

Цифры разбивки материала по клиническим признакам говорят за то несерьезное отношение к повреждениям своего тела, которое существует у пермяков. Треть всех больных поступала в отделение с воспалительными явлениями, в большей части следствием как мелких, так и более крупных травм. Несомненно, это есть результат позднего обращения за медпомощью: пока рана или ссадина не воспалилась, пермяк лечит ее или у бабки, или дома первобытными домашними средствами и только наступление грозных явлений воспаления с общей реакцией (больные зачастую поступали с температурой в 39°—40° С) заставляет его обратиться в больницу. Больные из группы травматических повреждений поступали в больницу тоже с загрязненными, хотя и недавними, ранениями, поэтому способ первичного зашивания раны наглухо был мною применен всего в 2-х случаях. Группа больных с новообразованиями носит тот же характер, как и первые две: доброкачественные опухоли или множественные, или больших размеров, с изъязвившимися поверхностями, злокачественные в очень запущенном состоянии. Так, например, я имел случай фиброматоза головы, где было экстирпировано 28 фибром. В другом случае была липома поясничной об-

ласть, с сильно изъязвившейся гноящейся поверхностью величиной в мужской кулак. Больная, не смотря на противный запах и сильное затруднение в ношении одежды, три года не обращалась за оперативной помощью.

В группе хирургических инфекций первое место занимает костный туберкулез в стадии обширных кифозов, контрактур и множественных свищей. Лечение его в условиях Коми-Пермяцкого округа, располагающего ничтожным количеством мест в соответствующих санаториях и плохого питания в больнице и дома, является крайне трудным. Приходилось пользоваться при его лечении главным образом методом Гоц-Грекова и способами иммобилизации.

Цифры топографического распределения больных характерны для сельско-хозяйственного округа. Большое количество повреждений конечностей связано с сельско-хозяйственными и лесными работами. Заболевание живота и его полости в доброй половине состоит из грыж, преимущественно паховых, как результат тяжелой физической работы и хронических бронхитов с сильным, длительным кашлем на почве частых простудных заболеваний. К этому присоединяются многочисленные беременности пермяцкой женщины. Повреждения головы и груди большею частью есть результат тяжких побоев и ранений, обычных явлений в пермяцком быту, особенно в праздничные дни, когда национальные пиво (Сур), брага и квасок занимают почетное место на столе пермяка.

Оперативное лечение охватывало почти половину больных, прошедших через отделение. Больших хирургических операций было сделано за полгода 52. Характер операций представляется следующими данными:

1. Трепанаций черепа	2
2. Экстирпация множественных фибром головы	1
3. Мастоидит	1
4. Радикальная операция среднего уха	1
5. Липома лба	1
6. Рак лица	1
7. Рак нижней губы	2
8. Туберкулезная лимфома шеи	1
9. Трахеотомия	1
10. Рак груди	1
11. Резекция ребра	2
12. Торакотомия	1
13. Лапаротомия при проникающем ранении живота	1
14. Грыжа белой линии	3
15. Пупочная грыжа	3
16. Неущемленная паховая грыжа	5
17. Ущемленная паховая грыжа	2
18. Гнойный перитонит	1
19. Аппендэктомия	6
20. Резекция кишок	1
21. Полип прямой кишки	1
22. Геморрой	2
23. Высокое сечение мочевого пузыря	1
24. Зашивание пузырно-влагалищного свища	1
25. Водянка яичка	2
26. Выпадение матки	1
27. Секвестротомия	3
28. Ампутация бедра	2
29. Ампутация голени	2

Из числа оперированных больных этой группы погибло 5 человек, таким образом послеоперационная смертность равна 9,8 проц. Процент высокий, но он, мне думается, оправдывается тяжестью тех случаев, которые дали летальный исход и от которых я все таки не считал возможным

17 257921

отказаться, хотя оперативное вмешательство заранее давало 1—2 шанса на спасение больного. Разрешая себе привести кратко истории болезни этих больных:

1 случай. Л-в, 67 лет — поступил из терапевтического отделения, ущемленная правая паховая грыжа. Ущемление более суток. Истощен. Резко выраженный миокардит и склероз. Грыжесечение под местной анестезией, ущемлена петля тонкой кишки, явления гангрены. Под общим эфирным наркозом резекция около 30 сантим. тонкой кишки. Через 20 часов смерть при температуре 36,7 (Herztod). На вскрытии анастомоз в хорошем состоянии, явлений раздражения брюшины нет.

2 случай. А-в, 28 лет, поступил с эмфиземой правой плевральной полости после сквозного огнестрельного ранения средней доли правого легкого 6 недель тому назад. Больной страшно истощен. Септическая лихорадка, гемоглобина 22 проц. (по Sahli). Резекция ребра, выпущено около полуведра гнилостного экссудата. Быстрое улучшение. Через неделю кровотечение из раны и через рот. В течение трех дней пять таких обильных кровотечений. Торакотомия. Обнаружен распад всей задней стенки правой плевральной полости с диффузным кровотечением. Кровотечение остановлено. Смерть через $1\frac{1}{2}$ часа после операции от острой анемии.

3 случай. Кр-ва, 47 лет, поступила с полным выпадением матки, вследствие рождения фибромиомы 4 дня тому назад. Температура 39,6, явления резкого перитонита, общее состояние тяжелое. Ампутация выпавшей матки, с дренированием таза. Через 8 дней смерть от гнойного перитонита.

4 случай. Р-в, 4 лет, поступил с дифтерийным крупом. Ребенок цианотичен, дыхание свистящее, поверхностное, резко учащенное. Экстренная трахеотомия. Значительное улучшение. Через сутки смерть от общей интоксикации.

5 случай. В-на, 18 лет, поступила с запущенным мастоидитом, больная сильно истощена, интермиттирующая лихорадка. Последовательно сделана антротомия, через некоторое время радикальная операция. В течение месяца значительное улучшение. В дальнейшем метастатические гнойники и через 3 месяца после первой операции смерть при явлениях sepsis leuta.

С другой стороны крайне тяжелые случаи, как, например, обширные проникающие ранения черепа или живота, с выпадением внутренних органов кончались благополучно. Этому, несомненно, много способствовала та колоссальная выносливость и регенеративная способность тканей, которой обладает организм коми-пермяков. Тяжелые природные и бытовые условия производят среди них еще в грудном возрасте естественный отбор: выживают только крепкие, жизнеспособные дети.

Малая хирургия охватывает 42 случая, из них:

разрезов по разным поводам	20 случаев.
удалений мелких опухолей	7 »
первичных зашиваний ран	2 »
ампутаций пальцев рук	2 »
пункция суставов	3 »
проколов брюшной полости	8 »

Вот в общих чертах данные о работе хирургического отделения Коми-Пермяцкой окружной больницы за время моего пребывания там.

Еще несколько слов об условиях работы врача-хирурга и тех личных впечатлениях и переживаниях, которые были у меня за это время. С первых же дней своего приезда я убедился, что нагрузка хирурга в больнице очень велика, уложить ее в какие-нибудь нормы рабочего времени совершенно невозможно. Единоличное заведывание отделением само по себе уже обуславливает возможность постоянных вызовов вне часов обычной дневной работы. В дальнейшем так и оказалось, этому способствовало

еще и увеличение количества больных, которые начали все интенсивнее и интенсивнее поступать в отделение. Надо сказать, что, повидимому, требования населения к хирургической помощи еще не велики и достаточно произвести несколько первых удачных операций, чтобы завоевать к себе доверие. Кроме этого работа врачей больницы увеличивается еще суточными дежурствами, в течение которых приходится не только обслуживать самую больницу, но и делать выезды к больным в село и ближайшие деревни. В летний период в связи с отпусками врачей дежурства были раз в 3—4 дня. В конце концов оказалось, что весь день проходил в больнице, удавалось только с трудом уделять время для необходимой теоретической подготовки по ведению своих больных и для сна.

Особенно много работы было у меня во время отпуска врача гинеколога, так как заведывание акушерским и гинекологическим отделением передавалось хирургу. В это время нужно было делать утренние обходы во всех трех отделениях, провести в них всю стационарную работу, отпустить амбулаторных больных всех трех специальностей, сделать снова вечерние обходы. И нужно сказать, что если частенько по ночам вызывали в хирургическое отделение, то в течение дополнительного заведывания акушерским и гинекологическим отделениями, количество вызовов возросло втрое. Нельзя не отметить, что на количество работы влиял еще недостаточный практический стаж среднего и младшего медперсонала. Особенно это относится к хирургическому отделению. Вследствие сравнительно недавней организации хирургического дела в округе, подобный персонал не успел еще накопить достаточного опыта по уходу за серьезными, тяжелыми хирургическими больными. Часто простые осложнения в послеоперационном течении вызывали среди персонала панику. Экстренная помощь в неотложных случаях ограничивалась не только пределами окружной больницы, но, когда положение отделения не внушало серьезных опасений, я выезжал на место несчастного случая или в райбольницу, где и производил иногда операции.

Большим затруднением для больницы был период призыва 1906 года. Часть врачей, в том числе и хирург, были мобилизованы в призывные комиссии и в то же время в больницу направлялись испытуемые. Мне пришлось работать в основной призывной комиссии целый месяц. Призыв производился в селе в 7 верстах от Кудымкора. Работали в среднем до 4 часов дня, после чего раза три в неделю я приезжал в Кудымкор для консультации или производства операций, а ночью возвращался обратно.

От всего изложенного выше может создаться впечатление, что работа врача в окружной больнице Коми-Пермяцкого округа едва ли не равносильна каторжному труду. Это не так. Работа, правда, большая, серьезная и ответственная. Тяжело было то, что в трудных случаях не было возможности посоветоваться с более опытным и компетентным товарищем по специальности или переслать больного в более опытные руки. Не повезешь же тяжело больного 100 верст на лошадях! Приходилось справляться во всех случаях самому и брать всю ответственность на себя. Но обстановка, в которой протекала работа, облегчала эту тяжесть. Молчаливая, но глубокая благодарность к врачу населения за всякую оказываемую ему помощь, дружная спайка между медицинскими работниками всех категорий, столь ценная в минуты тяжелых переживаний, которых особенно много бывает у молодого хирурга, и чуткое внимательное отношение Коми-Пермяцких организаций, всегда давали мне большой импульс к работе. Хорошие моральные условия тонизировали физическое утомление.

Ехать в Кудымкор мне было как то жутковато, ответственность за целое окружное хирургическое отделение казалась страшной. Но за время

работы я убедился, что та помощь, которую я мог, по своему опыту, оказывать населению, за невозможностью пригласить туда более опытного хирурга, все-таки была уместна и давала результаты. Для меня же это была хотя и тяжелая, но очень хорошая школа. Напрасна боязнь молодых врачей перед работой на селе.—год, два пребывания на участке хотя и будут может быть отчасти потеряны для личной жизни, но зато получится серьезная практическая школа.

КАК УЛУЧШИТЬ ОСПОПРИВИВАНИЕ НА УЧАСТКАХ.

Д-р В. М. РОЗЕНГАРДТ.

Вот уже 2 года, как высшие органы здравоохранения (НКЗ, Обл. и окрздравы) решили прекратить безобразные ежегодные человеческие жертвоприношения Молоху невежества—оспе. Врачам остается только приветствовать такое решение и сказать: «давно пора!» Мы слишком бедны, чтобы приносить такие богатые жертвы, но подход к решению этого вопроса со стороны Облздрави и окрздрави неправильный. Судя по отношениям, получаемым участковыми врачами на местах, здравотделы убеждены, что во всем виноваты участковые врачи: они либо такие тупоумные, что не понимают государственного значения оспопрививания, либо вредители, способствующие распространению оспы, либо лентяи, не желающие работать. Я знаю, что выражу чувства всех участковых врачей, если горячо буду протестовать против такого предположения. В деле оспопрививания имеется пять действующих лиц: 1) участковый врач, 2) оспопрививательница, 3) рик, 4) сельсоветы, 5) население. Каждое из них должно нести известную долю ответственности за невыполнение контрольных цифр, а возложить ответственность на одного участкового врача несправедливо, а главное наносит ущерб делу оспопрививания, так как сколько-бы ни было снято с должности участковых врачей, ликвидация оспы этим достигнута не будет.

Цель настоящей статьи выяснить дефекты существующей организации оспопрививания. Начну с оспопрививательниц. Для успешной работы они должны быть достаточно развиты, чтобы разъяснять населению важность оспопрививания, а чтобы население относилось к ним с доверием и уважением они должны уметь отвечать и на другие вопросы, с которыми оно может к ним обратиться; кроме того, они должны хорошо знать население, среди которого работают. Что же мы видим на деле? Во многих участках оспопрививательницы меняются, как в калейдоскопе, большинство из них мало развито, не всегда хорошо грамотно, а только изучило технику оспопрививания; если же попадается квалифицированная сестра, то она служит до первой открывшейся вакансии медицинской сестры в больнице. Причина та, что оспопрививательница при своей тяжелой ответственной работе сравнена в жаловании с медицинской сестрой. Ясно, что пока жалование не будет увеличено и не будут улучшены условия службы, мы не будем иметь постоянного надежного персонала. Что касается до оспопрививательниц-гастролерш, студенток ВУЗ'а и медтехникума, то они приезжают на участок после годичной умственной напряженной работы, после экзаменов, и вместо отдыха им приходится взяться за тяжелую работу, а потому отмечается порядочный процент не достаточно внимательного отношения к делу.

Перейду к следующим двум действующим лицам — рик'у и сельсоветам. Они настолько поглощены хозяйственными вопросами, разными кампаниями, хлебозаготовками и пр., что здравоохранение у них на самом последнем плане. Самое большее, что рик делает, это напишет отношение сельсоветам, чтобы последние оказывали содействие приезжающим оспопрививательницам, но, повидимому, сельсоветы знают цену таким отношениям и мало внимания на них обращают. Некоторые из сельсоветов определенно относятся враждебно и отмахиваются от оспопрививательниц, как от назойливых мух, в которых охотно пустили бы камнем. Один из председателей сельсоветов сказал оспопрививательнице: «Как вы мне надоели с вашим оспопрививанием когда, наконец, оставите нас в покое?» Все отношения окрздрава кладутся в сельсовете под сукно. Думаю, что если бы облисполком или окрисполком написал бы приблизительно такие же отношения рик'ам и сельсоветам, какие участковые врачи получают от zdravotделов с возложением ответственности, то и работа оспопрививания много успешнее была бы.

Перехожу к последнему действующему лицу, самому главному — населению. Доказывать, что население наше инертно, меньше всего заботится о своем здоровье и начинает принимать меры, когда его уже нет, это значит ломиться в открытые двери. Я встречал вполне сознательные семьи, где дети умирали от оспы или делались уродами только от того, что родители не удосужились во время привить детям оспу. Что же говорить о деревенском населении, не вполне еще освоившемся с профилактикой и признающим только чудодейственную силу капелек и порошков. Один участковый врач объявил через рик всем служащим, чтобы приходили в ближайшее воскресенье в амбулаторию для ревакцинаций, но за 4 воскресенья пришло не больше 10 человек и только после того, как было объявлено, что кто из служащих в течение 2-х недель не представит удостоверения о ревакцинации, не будет допущен на службу до представления такового, сознательные служащие валом повалили в амбулаторию для прививок. По отношению к крестьянскому населению подобные мероприятия не применимы, а потому, я полагаю, что пока не будет придумано средство, которое заставило бы каждого гражданина иметь на руках удостоверение о своей и всей семьи вакцинации и ревакцинации, до тех пор оспопрививание не будет выполнено на все 100 проц. А пока для возможно большего успеха дела необходимы дружные совместные усилия медицинского персонала, организаций, рик'а и сельсоветов. Последнее распоряжение Облздрава рекомендует участковым врачам связаться с организациями, но выполнить этот совет мудрено: как я уже сказал, здравоохранение в районах на самом заднем плане.

Остается мне сказать о первом действующем лице — участковом враче. Я далек от мысли считать всех безупречными в смысле принятия мер для успешного оспопрививания: известный процент, может быть, и окажется инертным, но думаю, что большинство сделало все, что могло сделать. На заседаниях президиума рик'а я взывал о помощи в деле оспопрививания, на всех конференциях разъяснял с'ехавшимся со всех сельсоветов крестьянам о важности оспопрививания как для них самих, так и для государства, просил при этом председателей и секретарей о составлении списков лиц, подлежащих вакцинации и ревакцинации, при всех поездках по району с целью санпросвета неизменно проводил беседу об оспе и борьбе с ней. Чтобы облегчить работу оспопрививательнице, предложил заведующим фельдшерскими пунктами прививать оспу каждому в своем сельсовете и в одном соседнем. Чтобы проверить заявления оспопрививательниц, что сельсоветы не оказывают содействия, выезжал сам и действительно в

том убедился. Остается еще прибавить, что постоянно высылал на работу оспопрививательниц, давал им время от времени 2—3 дня отдыха. Вот все, что может сделать участковый врач.

Подводя итоги всему сказанному в этой статье, и выставляю следующие положения для улучшения оспопрививания в участках:

1. Улучшить состав оспопрививательниц, для чего необходимо улучшить их материальное положение, установивши жалование 50 руб., 10 проц. квартирных и суточных в дни разъездов 50 коп. Кроме того, 3-годовые периодические прибавки в размере 10 проц. в течение первых 9-ти лет.

2. Обл и окрздраву ходатайствовать перед соответствующими исполкомами о возложении на рик'и и сельсоветы такой-же ответственности за выполнение контрольных цифр и за появление эпидемии оспы в районе, какая здравотделами возложена на участковых врачей.

3. Ходатайствовать перед областными и окружными организациями об оказании последними соответствующего влияния на районные организации, чтобы они всемерно содействовали медицинскому персоналу в деле оспопрививания.

ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ ВРАЧЕБНОЙ РАБОТЫ НА ФРОНТЕ.

Д-р В. БОРОДИН.

Работа врача на фронте отличается от врачебной работы мирного времени многими особенностями. Эти особенности прежде всего определяются той целью, которую ставит себе военно-санитарное ведомство в военное время,—содействовать армии в ее стремлении к победе над противником. Эта цель достигается особыми, специфическими для военно-санитарного ведомства, путями.

Первый путь профилактический: постоянное наблюдение за сохранением здоровья армии и охрана его посредством ряда санитарно-профилактических мероприятий. Второй путь эвакуационный: освобождение боевых и вспомогательных частей армии от раненых, больных, контуженных и отравленных, неспособных в течение того или иного времени выполнять свои обязанности. Наконец, третий путь терапевтический: лечение выведенных тем или иным патологическим процессом из строя людей и скорейшее возвращение их в строй, иными словами, «восстановление живой силы армии»*).

Все эти 3 стороны военно-медицинской работы должны объединяться административной деятельностью врача, заключающейся в наиболее целесообразном использовании имеющихся у него в данный момент профилактических, терапевтических и эвакуационных средств.

Профилактические мероприятия в военно-санитарном ведомстве как в мирное, так и в военное время, не отличаясь по существу от профилактической работы среди гражданского населения, отличаются от нее по форме. Здесь также проводится санитарно-просветительная работа, иммунизация против тех или иных инфекций, осуществляется постоянный санитарный надзор, проводится освидетельствование состояния здоровья поступающих и т. д. Но все эти мероприятия носят массовый и организованный характер. Однородность и организованность людского состава армии позволяют проводить в ней профилактические мероприятия значительно шире, чем среди гражданского на-

*) Тимофеевский.—Санитарная тактика. 1927 г.

селения. Здесь работа врача больше насыщена профилактикой и врачей профилактиков относительно больше, чем среди гражданского врачебного персонала. Врачи воинских частей выполняют под руководством врачей-администраторов преимущественно профилактическую работу. Кроме целого ряда специально профилактических учреждений, некоторые лечебные учреждения также выполняют профилактические задачи: эпидемические отряды, изоляционно-пропускные пункты и т. п. Для людского состава частей армии профилактическая работа имеет обязательный характер: уклонение от прививок, от посещения санпросветбеседы, от посещения бани, отказ от стрижки волос, от дезинфекции вещей или от лечения недопустимы, как недопустим отказ от выполнения боевого приказа. Весь состав армии обязан подвергаться всем этим санитарно-профилактическим воздействиям по определенному плану и порядку. Условия боевой обстановки накладывают свой отпечаток и на профилактическую деятельность военно-санитарных работников: постоянное воздействие метеорологических факторов, концентрация больших людских масс на небольшом пространстве, недостаток не только сносных, но и каких бы то ни было помещений, затруднительность регулярного питания и проч.,—все это заставляет военных врачей с еще большим вниманием относиться к их профилактическим задачам.

Терапевтическая работа военного врача также имеет свои особенности. Здесь прежде всего контингент больных ограничен в отношении пола и возраста. Наличие в армии женщины почти не отражается на контингенте пациентов военных врачей, так как в большинстве случаев для стационарного лечения эти женщины направляются в гражданские лечебные заведения, да и количество их по сравнению с огромным количеством мужчин в армии ничтожно. Наличие слишком молодых и слишком старых добровольцев также чрезвычайно незначительно. Хроники и инвалиды увольняются из армии и тем самым передаются для лечения гражданским врачам. Отсюда—почти полное отсутствие в сфере деятельности военных врачей ряда таких заболеваний, с которыми участковым врачам приходится иметь дело постоянно.

Самый характер патологических изменений в военное время представляет свои особенности: еще со времен Пирогова война считается травматической эпидемией. Вот эта массовость травматических повреждений, преимущественно механического, а с 1915 года и химического происхождения является весьма существенной особенностью объектов терапевтического воздействия военного врача. Правда, до начала XX века число больных во время войн превышало число раненых и контуженных и лишь с русско-японской войны вследствие развития профилактической медицины эти отношения изменились. Однако, во время войн количество травматиков было всегда неизмеримо больше, чем в мирное время.

На состав больных влияет еще и то обстоятельство, что стационарное лечение применяется в армии гораздо шире, чем среди гражданского населения; грипп, легкая форма малярии, небольшое ранение, абсцесс и т. п.—все это обычные объекты стационарного лечения в военное время. Раз эти больные оказываются временно нетрудоспособными, раз они не могут совершать походных передвижений, они являются балластом для воинской части. Они не могут лечиться на дому, так как «дома» у них нет. Они должны быть госпитализированы, а при значительных передвижениях или во время крупных боев их приходится эвакуировать в тыл. Например, после боев на Рижском фронте в декабре

1916 года, чтобы иметь свободные места для требующих неотложной помощи невдалеке от места боя, легко раненые и легко контуженные отправлялись в район Пскова, откуда через несколько дней и возвращались обратно на фронт. Наконец, помимо всех перечисленных особенностей терапевтической работы военного врача, необходимо упомянуть, что во время войны ему приходится работать далеко не в таких благоприятных условиях, как в мирное время. Не приспособленность и необорудованность помещений, подчас отсутствие тех или иных предметов медицинского снабжения или предметов питания, необходимость часто передвигаться, текучесть больных,—все это кладет свой отпечаток на терапевтическую работу военного врача и требует от него огромного умения маневрировать и приспособляться к обстановке.

Если профилактическая работа военного врача во время войны отличается от таковой гражданского врача лишь по форме, а терапевтическая по объектам и отчасти по средствам, то эвакуация в тех размерах, в каких она применяется во время войны, в мирное время едва ли когда применяется. Так, за 19 месяцев 1904—1905 г. г. по железной дороге на Харбин из русской армии было вывезено 309.102 человека, причем только за февраль 1905 года (Мукденский бой)—64945 чел.¹⁾ В империалистическую войну с 1914 по 1917 г. включительно только санитарными поездами было перевезено 2.793.220 раненых и 2.711.723 больных, всего 5.506.044 чел.; за один лишь июнь 1916 г. с фронта вывезено 289.037 чел., т. е. всего на 6,49 проц. меньше, чем за все время японской войны²⁾. Так как многие из больных и раненых выздоравливали или умирали, не добравшись до погрузочной станции, то нужно думать, что на носилках, на повозках, автомобилях, а также пешком из воинских частей было отправлено значительно больше. По Вилесову³⁾ в среднем через дивизионный госпиталь проходит до 500 человек в день, изредка достигая 1.000 и даже больше. Такая эвакуация требует огромного количества транспортных средств, и их в большинстве случаев оказывается недостаточно. Это обстоятельство при неудовлетворительности грунтовых и загруженности железных дорог, при переполнении во время боев ближайших к бою лазаретов и госпиталей создает для эвакуации громадные затруднения.

Еще Пирогов⁴⁾ писал о том, что «не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны; главная задача полевых врачей и администраторов должна состоять в предупреждении скопления раненых и больных; хорошо организованная сортировка раненых на перевязочных пунктах и в военно-временных госпиталях есть главное средство для оказания правильной помощи и к предупреждению беспомощности и вредной по своим следствиям неурядицы». По словам военного специалиста, «тяжеловесность и малоподвижность наших формирований, привязанных к тылам, отягощенных обозами и т. п., лишает нас выгод маневренной гибкости и подвижности, заставляя искать более удовлетворительных организационных форм»⁵⁾. Такое же стремление к маневренной гибкости и подвижности воинских частей и сознание недопустимости загромождения

¹⁾ «Русско-японская война» работа военно-исторической комиссии по описанию русско-японской войны, т. VII, ч. 1, 1910.

²⁾ Замятин. — Эвакуация в русской армии в империалистическую войну. Военно-санитарный сборник. Вып. III. 1926 г.

³⁾ Вилесов. — Роль дивизионного госпиталя в эвакуационном отношении. Воен.-Сан. Сборн. Вып. 1, 1924.

⁴⁾ Пирогов. — Военно-врачебное дело и частная помощь в 1877—1878 г. ч. II 1879 г. т., стр. 2.

⁵⁾ «Красная армия», вестник Воен.-Научн. О-ва при Воен. Академии. 1921 г., № 1-2, стр. 4.

ближайшего тыла заставляет военно-санитарное ведомство осуществлять постоянную планомерную эвакуацию раненых и больных, начиная с передовых пунктов медицинской помощи и кончая тыловыми госпиталями и госпиталями внутреннего района.

Сортировка раненых и больных, о которой писал Пирогов, имеет своей целью выяснение целого ряда вопросов: 1) кто из прибывших в тот или иной эвакуационный этап не нуждается в лечении и может быть отправлен обратно в свою часть; 2) кто из нуждающихся в лечении не может быть эвакуирован дальше вследствие тяжести заболевания или ранения; 3) кто может быть оставлен на данном этапе в предвидении быстрого выздоровления и 4) кто может быть эвакуирован дальше в тыл. Общего трафарета для такой классификации дано быть не может. Если на передовых пунктах медицинской помощи третья группа обычно совершенно отсутствует, сливаясь с первой, а вторая ограничивается умирающими, то в следующих этапах, в зависимости от боевой обстановки, эта третья группа может менять свой об'ем в довольно широких пределах. Так, например, уже в дивизионном госпитале, в зависимости от указанных условий, нуждающихся в лечении при этом госпитале может не оказаться совершенно, и с другой стороны—эта категория больных может расширяться настолько, что без резких границ будет переходить во вторую и четвертую группы тяжело больных, нуждающихся в длительном лечении.

Вторая группа вопросов, подлежащих решению при сортировке больных и раненых, особенно на эвакуационных этапах, ближайших к линии боя, касается способов эвакуации: пешая, автомобильная, гужевая, носилочная эвакуации. Эти вопросы решаются на основании: медицинских показаний, учета обстановки боя, наличия эвакуационных средств, характера местности, состояния дорог, времени года, погоды и т. д. Все эти особенности работы врача на фронте и, главным образом, вопросы администрирования и эвакуации настолько важны и настолько сложны, что разработкой их занята целая наука—«санитарная тактика». Развитие этой науки обусловлено не только развитием медицины, но и военной техники. Развитие артиллерии и бомбометания за счет ручного оружия меняет характер ранений, увеличивает число контузий. Изменение техники ведения войны уже свело почти на нет ранения холодным оружием: резаные, рубленые и колотые раны в современной войне чрезвычайно редки. Прогрессирующая дальнобойность артиллерии все дальше отодвигает от линии боя сферу оказания врачебной помощи, постепенно превращая боевую линию в боевую зону. Применение авиации, помимо расширения боевой зоны, заставляет, с одной стороны, маскировать медико-санитарные учреждения, вынуждает иногда углублять их в землю, под блиндажи, а с другой, правда, пока еще чрезвычайно редко, позволяет пользоваться воздушной эвакуацией. Введение в военную технику отравляющих веществ (О. В.) создает новую обширную группу объектов терапевтического воздействия и эвакуации и порождает новую отрасль профилактики (противогазы, газоубежища, дегазация). Основной задачей санитарной тактики является научить врача наиболее целесообразно при данной обстановке использовать имеющиеся в его распоряжении средства, учитывая все возможные случайности. Отсюда вытекает необходимость изучения влияния обстановки на работу врача и тех средств, какими врач может воспользоваться для оказания содействия армии в ее стремлении к победе над противником. Характер местности, состояние дорог, погоды, настроение населения, его

культурное и экономическое положение, целии привника, его численность, вооружение, состояние и ближайшие целидастей своей армий.— все это отражается на врачебной работе. Предереение возможных случайностей дает возможность врачу быстро пдвстроить свою работу в соответствии с изменением обстановки. Преаарительное санитарно-тактическое изучение пограничных районов и снитарная разведка дают материал для такого предвидения.

В задачу настоящей статьи не входит систематическое изложение санитарной тактики. Интересующимся этой наукой можно порекомендовать обратиться к тому или иному учебнику, например, проф. Тимофеевского, или к ряду статей в «Военно-Санитарном Сборнике». Здесь нам хотелось бы лишь оттенить наиболее существенные особенности врачебной работы в действующей армии, чтобы в дальнейшем рядом примеров из опыта империалистической и гражданской войн иллюстрировать эти особенности. Конечно, война будущего во многих отношениях будет отличаться от войн минувшего, но опыт прежних войн сможет доказать необходимость приспособляться к обстановке и учитывать все мелочи. Еще Скобелев говорил, что «на войне нет мелочей»^{*)}. Медико-санитарное обслуживание армии во время войны не составляет в этом отношении исключения, и здесь зачастую мелочи могут иметь весьма крупное значение. Именно это умение учитывать мелочи и приспособляться к обстоятельствам, понимание обстановки, предвидение всевозможных случайностей и является необходимым качеством всякого военного врача как в бывших, так и в будущих войнах.

НА ЧТО НУЖНО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА УРАЛЕ.

Зав. санаторием „Подснежник“ врач П. П. УСТЮЖАНИН (Пермь).

В настоящее время вполне определенно ставится и без особых споров разрешается вопрос о расчленении собирательной группировки «хирургический туберкулез», «экстрапульмональный туберкулез» и т. д. с выделением в особую определенную группу костно-суставного туберкулеза. Это имеет очевидный научный и практический смысл. Поэтому, совершенно не касаясь хирургического туберкулеза вообще, мы будем говорить только о костно-суставном туберкулезе.

IV Всесоюзный Туберкулезный съезд всей своей работой, огромным количеством цифрового материала, богатой выставкой и т. д. достаточно убедительно показал, какие большие достижения мы уже имеем в деле организации борьбы с легочным туберкулезом. Учет заболеваемости, смертности, изучение социальных факторов, постановка профилактики, охват легочного туберкулеза целым рядом учреждений, начиная от тубпункта и кончая тубинститутом,—все это доказывает, что легочный туберкулез, конечно, вполне заслуженно, стоит в центре внимания нашей противотуберкулезной организации. Но костно-суставной туберкулез по ряду причин стоит далеко от фокуса внимания противотуберкулезной организации Урала, хотя и нельзя отрицать наличия ряда попыток поставить этот вопрос на принадлежащее

^{*)} Терентьев.—История завоевания Средней Азии, т. III, стр. 39.

ему место. С этой точки зрения нужно приветствовать и считать вполне своевременной и целесообразной постановку вопроса о «хирургическом туберкулезе» в порядок дня областного врачебного съезда.

Первое, о чем нужно говорить, намечая практические пути борьбы с костно-суставным туберкулезом, это размеры заболеваемости, распределение заболеваемости по отдельным территориальным участкам, возрастным группам и влияние на нее различных социальных факторов. Здесь мы встречаем первый дефект: в Уральской области для выяснения этих вопросов почти ничего не сделано. Но это не является дефектом только Урала. Работы русских авторов, проведенные в этом направлении, крайне не многочисленны, а систематическое исследование диспансеров почти отсутствует и никоим образом не исчерпывает задачи.

Булашевич, приводя данные Московской Морозовской детской больницы за ряд довоенных лет, сообщает, что из общего числа 309.864 первичных посещений, падает на долю костно-суставного туберкулеза 3.108 посещений т. е. 1 проц. Представляет интерес возрастное распределение этого большого материала:

0—1 год 1—2 лет 2—5 лет 5—10 лет 10—15 лет.
2½ проц., 9,8 проц. 40 проц. 33 проц. 15 проц.

Из 1000 больных, посетивших клинику Вельяминова, — больных костно-суставным туберкулезом было 3,8 проц. Д-р Шерстов пишет, что из общего количества 22.505 больных, прошедших в 1925 году через амбулаторию ортопедического института Н. К. З., туберкулез костей и суставов составлял 18,9 проц. Для иностранных клиник он указывает обычный проц. в 7-8 проц. Кривицкий из Ростово-Ярославского диспансера пишет, что при обследовании ряда сельских районов количество костно-суставного туберкулеза равнялось 15-22 на 10.000 населения. В городе оно возрастало до 30 человек на 10.000. Морозовский в материалах, представленных на IV тубсъезде для села Украины дает 26 на 10.000. Константинов, путем разработки общего амбулаторного и стационарного материала по Московской губернии за 1-2 года, находит гораздо меньше — 10-12 на 10.000. Оборин — среди бурят Боханского аймака нашел 45 на 10.000. Д-р Белкин в «Вопросах туберкулеза» за 1925 год, пользуясь материалами зарубежных авторов, пытается дать некоторые нужные нам коэффициенты и пишет, что из всего числа туберкулезных на долю костного туберкулеза приходится около 7 проц., т. е. около 20 на 10.000. Из них 75 проц. падает на детский возраст. Из этого числа две трети составляют активные формы, т. е. требующие в первую очередь санаторного лечения. Нужно еще раз подчеркнуть, что эти коэффициенты не могут быть приняты, как нечто абсолютное и на них нужно смотреть, как на грубо ориентировочные *).

Если мы посмотрим на имеющиеся под руками цифры Пермского диспансера, то увидим следующее:

Г о д	Общее колич. туббольных на учете диспансера	Из них больных костно-суставным туберкулезом		
		Детей	Взрослых	Всего
1926	2267	57	19	76
1927	2712	65	35	100
1928	2212	110	43	153

*) По данным Статбюро Уралоблздравотдела приходилось на 10 тыс. населения Урала больных костно-суставным туберкулезом в 26 г. 16, в 27 г. 18,5 и в 28 г. 18 (Редакция).

Имея среднюю цифру народонаселения г. Перми без Мотовилихи 90.000, мы полностью укладываемся в приведенные коэффициенты и можно предположить наличие костников в городе в 180 человек.

Так как число 180 отнюдь не кажется преувеличенным, то ясно, что учет диспансером больных костно-суставным туберкулезом является далеко не полным, тем более, что значительная часть из зарегистрированных костных больных падает на долю округа. Как показал разбор регистрационных карт, на долю округа нужно отнести не менее 25-30 проц. Количество костников сильно выросло в 1928 году, что всецело стоит в зависимости от организации в Пермском диспансере специального кабинета по костно-суставному туберкулезу и приглашения врача хирурга, который начал работу с августа 1928 года. К сожалению, у нас нет цифр по другим диспансерам области, но думаем, что Пермский диспансер по охвату костников можно считать на одном из первых мест. Естественно, что в менее мощных диспансерах дело учета стоит совсем плохо. Так, в диаграммах Шадринского диспансера, демонстрированных на выставке IV тубс'езда, количество костников по отношению к общему числу туббольных выражено было в десятых долях процента.

Печальное явление ускользания костно-суставного туберкулеза из сферы действия первичных ячеек туборганизаций имеет свои совершенно конкретные причины: мало врачей, даже среди туберкулезников, интересующихся костным туберкулезом и еще меньше специалистов. Такое положение вызывает рефлекс со стороны больных. Наблюдая, что ими недостаточно интересуются, ссылаясь на отсутствие специалиста и не получая конкретной помощи, костники не связываются с диспансером. Они лечатся в больницах, хирургических амбулаториях, дальше у знахарей и бабок. Особенно это справедливо по отношению к начальным формам, т. е. к формам наиболее важным для нас в смысле учета и дальнейших мероприятий. Проходя мимо диспансера иногда по несколько лет, испробовав все средства, получив огромные уродства, свищи и т. д., больной под влиянием стареющих «сбыть» его амбулаторий и больниц, приходит в диспансер часто с определенным требованием направить его в санаторий и может быть только для этого. Этим объясняется то, что имеющиеся на учете диспансеров больные представляют из себя запущенный, глубоко хронический материал, свежие случаи почти отсутствуют. По крайней мере на многочисленные запросы и просьбы к связанным с санаторием «Подснежник» диспансерам посылать больных с давностью процесса, хотя бы до 2-х лет они отвечают, что таких свежих случаев у них на учете нет.

Если диспансеры, исключая 2-3 наиболее мощных, при наличном составе, не могут крепко связаться и обслужить костников, то иметь полный учет их, хотя-бы в границах законного района обслуживания (город, участок), они могут и обязаны, т. к. это первое, на чем мы можем строить дальнейшие мероприятия по борьбе с костно-суставным туберкулезом. Костников в десятки раз меньше, чем легочных больных, по возрастным особенностям и роду заболевания (дети, калеки) они гораздо оседлее легочных,—это упрощает их учет и выявление. Ссылки на отсутствие специалистов здесь совершенно не основательны, т. к. костный туберкулез в большинстве случаев ярко выражен и доступен диагнозу всякого врача. При встретившихся затруднениях консультация с хирургом выяснит поло-

жение дела. Нужно лишь заострить внимание диспансеров на этом вопросе, вывести их из инертного состояния, хотя бы путем ударной учетной кампании. Нужно сделать первый шаг по пути ликвидации беспризорности костно-суставного туберкулеза. Помощь и связь в этом деле с амбулаториями, больницами, школами, врачами О.З.Д. и т. д. необходима и само собой очевидна.

Труднее дело учета в районах, где нет диспансеров, но и здесь оно несравненно легче, чем учет легочников. При незначительном абсолютном количестве огромное большинство их проходит по несколько раз через руки участкового врача. Нужно только наладить фиксацию костников на особых бланках, хотя бы образца ленинградской амбулатории, при больницах для костно-суставного туберкулеза. При своей большой простоте эти карты могли бы попутно использоваться как материал для отбора больных, подлежащих санаторному лечению и т. д. Тем более, что теперь для этого каждый раз врачу санатория приходится вступать в длительную переписку с врачом участка. Карты эти периодически представляются участками Сан-Эпиду округа или, что по нашему гораздо надежнее, городскому диспансеру. Диспансер обрабатывает материал, ведет переписку с участками, выявляя могущие быть затруднения и не давая потухать вниманию к этому делу со стороны перегруженного участкового врача. Выявившиеся наиболее пораженные участки могут быть обследованы диспансером на месте с социально-бытовой и других сторон. После того, как указанная работа будет проделана хотя бы в ряде городов и районов, мы, помимо драгоценной базы для планирования мероприятий, будем иметь мощный стимул для форсирования борьбы с костно-суставным туберкулезом, т. к. увидим, что он занимает совершенно не такое незначительное в количественном и особенно в социально-бытовом отношении место, какое мы ему привыкли отводить.

Теперь посмотрим как обстоит дело с лечебной помощью больным костно-суставным туберкулезом. Главным видом такой помощи для подавляющего большинства наших больных является и долгое время будет являться санаторная койка. Не раз констатировалось, как на Урале, так и в СССР вообще, что дело обеспечения костников санаторной помощью развито у нас крайне недостаточно. Франция имеет 10.000 санаторных коек для детей, страдающих костно-суставным туберкулезом, целую сеть других стационаров для этой цели и считает это недостаточным. В СССР мы имеем всего 9.000 коек. Урал может насчитать в настоящее время до 300 коек санаторного и полусанаторного типа. Это, конечно, меньше капли в море. Но все таки начало в этом отношении мы имеем. Есть области (Западная Сибирь и другие), которые не имеют ни одной койки. Здесь нам нужно укреплять и по мере возможности расширять этот вид помощи.

Гораздо хуже обстоит дело с использованием имеющихся коек. Практика ряда лет работы санатория «Подснежник» показывает, что, несмотря на всевозможные способы и старания привлечь внимание диспансеров, Здраводелов, В.К.К. и др. на улучшение отбора больных, посылаемых в санаторий, мы не имеем здесь достаточных результатов. Диспансеры плохо держат дело отбора и направления костников в санаторий в своих руках. Часто на повторные просьбы прислать больного на освободившуюся койку, диспансеры не присылают его в течение ряда недель. Создается впечатление, что в районе диспансера костный туберкулез отсутствует. В первую очередь, здесь играет роль

отсутствие учета, а может быть и простой осведомленности диспансера о количестве и формах костного туберкулеза в его районе. После того или иного срока простоя койки диспансер визирует направление в санаторий совершенно случайного больного, зачастую без выясненного диагноза, и даже приблизительно не удовлетворяющего правилам примитивного отбора. Чаще же функции диспансера присваивают себе другие организации: Окрздрав, Страхакасса или же просто тот или иной профсоюз.

Таким образом путем нажима той или иной организации, иногда при поддержке Окрздрави, без активного или вообще какого-либо вмешательства диспансера проходит в санаторий очень много больных. Излишне приводить иллюстрации. Здесь санаторий имеет все, начиная от невозможно запущенных случаев, с множеством свищей, амилоидом, отеками, стоящих на грани гибели, кончая больными с рубцами после операции по поводу обыкновенного остеомиелита, без каких-либо жалоб присланными «подправиться», или ребенком с запятым процессом в фаланге пальца, до одержимых острым психическим расстройством с припадками буйства и т. д. Конечно, санаторий не принимает таких пациентов, но факт остается фактом: гуляют койки, удлиняются сроки пребывания и, главным образом, страдает помощь тем больным, которым она нужна в первую очередь.

Кроме этого не нужно забывать, что санаторная помощь дорога: койка-месяц стоит государству около 100 рублей (92-93 по Уральской области). Поэтому имеются на этот счет определенные указания III Тубсъезда, Н.К.З. и отдельных авторов («Вопр. Туб.», 1924 г., № 6, стр. 154; 1926 г., № 3, стр. 73; сборник «Туберкулез и борьба с ним», стр. 478 и др.). Эти указания сводятся к тому, чтобы усилить работу диспансеров по борьбе с костным туберкулезом и нужно сделать так, чтобы невнимательно относящиеся к этому делу учреждения и организации, кроме всего прочего, несли материальную ответственность за ущерб, причиненный неправильной присылкой больного.

Как бы ни были хороши непосредственные результаты пребывания больного в санатории, санаторий не может сказать, что он излечил костно-суставной туберкулез. Прошедший через санаторий больной еще долгие годы (ребенок, например, до окончания периода половой созревания) должен находиться под пристальным наблюдением диспансера. Без этого мы не только не можем иметь учета отдельных результатов, но, что гораздо более важно, иногда сводим на нет вообще результаты санаторного лечения. На практике мы видим, что как бы ни было мало у нас количество костников, прошедших санаторий, почти все они выпадают из поля зрения диспансеров. По крайней мере это подтверждает факт невозможности получения от диспансеров сведений о состоянии выписанных из санатория детей.

Между тем наличие учета и хорошей связи с костниками, производящими санаторное лечение, кроме указанного, даст нам ценные сведения о формах заболевания, которые наиболее целесообразно лечить в том или ином Уральском санатории, или посылать за пределы Урала; оно будет корригировать деятельность санаторных установок в смысле методики лечения, выработки прогностических показателей, изменения сроков пребывания и т. д. Такое наблюдение не безразлично и для нашей ортопедической мастерской, снабжающей аппаратами выписанных из санатория детей.

Этим не исчерпываются моменты, которые нужно учитывать при планировании и практическом осуществлении борьбы с костно-суставным туберкулезом. Указанные задачи мы привели в первую очередь, руководясь тем, что они выполнимы без разговоров о специалистах, особых кабинетах, штатах и нужны нам в первую очередь для текущей работы имеющихся установок.

Sven Iohanson, известный шведский врач-пионер организации особых костно-туберкулезных диспансеров, в своих тезисах по организации борьбы с костным туберкулезом указывает на следующие основные функции диспансеров: 1) полный учет всех случаев и наблюдение за судьбой костно-суставных больных своего района на всем протяжении их заболевания; 2) группирование больных соответственно видам помощи, которую диспансер считает нужной оказать тому или иному больному; 3) деятельность социально-бытового порядка, по существу ничем не отличающаяся от подобного рода функций легочных диспансеров. Sven Iohanson разбивает всех больных, взятых диспансером на учет, на три группы: 1) больные по характеру поражения и по социально-бытовым условиям могущие проводить лечение на дому; 2) больные, нуждающиеся в специально санаторном или больничном лечении; 3) больные—безнадежные хроники, требующие не лечения в собственном смысле этого слова, а лишь призрания.

Первая группа, это группа, требующая наибольшего непосредственного внимания к себе со стороны диспансера. При нашей бедности санаторными койками, географических особенностях, всякого рода финансовых и других затруднениях, помощь костникам на дому, как и амбулаторная помощь, приобретает исключительное значение. Тубсекция НКЗ и верхи нашей противотуберкулезной организации давно оценили правильность этого положения. Организация помощи на дому усиленно предлагается в настоящее время диспансерам, прежде всего как выход из подчас безвыходного положения. Но вряд ли диспансеры могут похвалиться тем, что они овладели этим выходом и что он их удовлетворяет. По нашему, это действительно наиболее трудная как для организации, так и для практического выполнения, сторона работы диспансера среди костно-туберкулезных больных. Причин этому очень много. Мы коснемся здесь лишь одной, наиболее важной—специального кадра людей, нужных для этого дела. Средств нет, но чаще нет людей. Здесь разговор об отсутствии специалистов-костников врачей, сестер-обследовательниц поднимается диспансерами совершенно законно. Сколько-нибудь удовлетворительная организация лечения на дому и связанная с ней систематическая патронажная и амбулаторная работа диспансеров, при наличном составе и штате, реально не осуществимы. Из предсезонской литературы, литературы туберкулезной вообще, особенно из статей д-ра Галиновской, наконец, из особого обращения НКЗ видно, что вопрос со специалистами костниками у нас стоит весьма остро. Врачи специалисты считаются во всем СССР десятками, а о специально подготовленном подсобном персонале совсем не слышно.

Развертывая небольшую работу по лечению костников на дому (как разведку этого дела) в наиболее мощных диспансерах (Свердловск, Пермь) мы главное внимание должны обратить на создание кадра врачей, интересующихся делом борьбы с костно-суставным туберкулезом и на предоставлении им возможности знакомства на первое время с диагностикой, режимом, лечением и т. д. Для этого могут

быть использованы хотя бы имеющиеся на Урале установки (санатории, костные кабинеты диспансеров). Нужно создать специальную практику студентов, вербовать стажеров из молодых врачей, не оставаясь перед повышением соответствующих ставок. Только таким путем можно создать группу врачей, закрепить их за туборганизацией, а в дальнейшем, путем долгосрочных командировок в соответствующие центральные учреждения, превратить их в полноценных специалистов. То же в общих чертах можно сказать и о подготовке вспомогательного персонала.

В порядке работы в диспансерах с костниками нужно возможно большее внимание уделить пропаганде разумного и настойчивого использования природных лечебных факторов — солнца и воздуха. Нужно развернуть массовую организацию площадок для солнца- и воздухо-лечения при диспансерах, при больших городских и участковых больницах, при детских лечебно-профилактических, физкультурных учреждениях и т. д. Площадки эти должны быть приспособлены для массового обслуживания населения. Надо, чтобы все имеющиеся для этого лечебные или профилактические мероприятия разумно использовались под непосредственным наблюдением врача.

Что касается третьей группы наших больных с глубоко, безнадежно запущенным процессом, с огромными, неисправимыми уродствами, массой свищей, амилоидом внутренних органов и т. д., то для них мы еще совершенно ничего не сделали. О целесообразности, а иногда нелепости помещения в санаторий таких больных уже говорилось. Излишне также доказывать бесполезность и вред тромбозирования ими детских и др. больниц. Действительный выход, по нашему, только один. Его мы найдем путем устройства особых отделений упрощенного типа при санаториях и при больницах, приспособленных специально для таких больных, а также путем создания специальных патронажных учреждений, обеспечивающих хроникам уход и по крайней мере периодическое врачебное наблюдение. Здесь не место рисовать детали этих учреждений, но мы обязаны организовать эти учреждения скоро и в достаточном количестве.

ПУНКТ ПОМОЩИ НА ДОМУ В Г. ТОБОЛЬСКЕ за 3¹/₂ года (с 1/XII-1924 г.).

Студ. мед. К. К. БЕЛКИН*).

Помощь на дому больным застрахованным в Тобольске ведет свое начало с ноября 1924 года, но в делах пункта отчетность начинается только с 1-XII—24 г. Попытка уяснить себе деятельность пункта на основании имеющихся документов (отчеты, инструкции, переписка и т. п.) упирается в почти непреодолимые препятствия. Ежегодно менялись формы отчетности, менялась номенклатура болезней и больных. Персонал пункта всегда был перегружен работой, и поэтому отчеты, не сопровождаемые пояснительным текстом, представляют собою только лишь голые таблицы цифр. С этим предупреждением об относительной ценности тех источников, которыми я пользовался, я попытаюсь осветить деятельность пункта помощи на дому с 1-XII—24 г. по 1-VI-28 г.

*) Доложено в Тобольском Научно-Медицинском кружке при Союзе МСТ 23-V—28 г.

По инструкции врач должен был посещать больных по очереди, «в порядке записи», делая исключения лишь в случаях, где угрожает большая опасность жизни больного. Время вызовов было неограничено: и днем, и ночью, и по телефону, и через посланного — врач вызывался к больному, такой же была и участь фельдшерницы: ее во всякое время дня и ночи приглашали либо на роды, либо для выполнения каких-либо лечебных процедур, или же для оказания какой-либо экстренной помощи. На дому, по инструкции, должны были лечиться все застрахованные, кроме стационарных и заразных, — последние направлялись в больницу. Врачу было предоставлено право выдачи больничных листов. Выезды к больным производились на специально приобретенном экипаже и лошади с 10 ч. утра до 12 час. ночи с 2-х часовым перерывом на обед. Праздничных и выходных дней не было. Такой порядок скоро истерпал нервы врачу и фельдшернице, и они после долгих хлопот добились снятия телефона в квартире врача и отмены вызовов со своих квартир через посланного. В Центральной амбулатории был повешен ящик, куда всякий бросал свои записки, вызывая врача на дом. Было также возбуждено ходатайство о приглашении второго врача, но оно увенчалось успехом лишь во второй половине лета 1926 г. Большие неудобства представляло отсутствие предварительной регистрации вызовов. Больные в своих записках часто писали явные несообразности, и врач, вынув из ящика несколько записок, почти никогда не мог найти в них что-либо руководящее, которое-бы помогло ему признать тот или иной вызов более срочным. Только в сентябре 1927 г. была введена предварительная регистрация вызовов фельдшерницей. С этого-же времени были изменены и часы работы пункта. Вместо того, чтобы кончать работу в 12 ч. ночи, когда больные сплось и рядом спят и к ним нельзя достучаться, был введен следующий порядок. От 8 ч. до 9 ч. утра фельдшерница пункта ведет регистрацию на утренний выезд врача, а с 2-х до 3-х часов дня — на вечерний выезд. В воскресенье и дни отдыха регистрация вызовов ведется в аптеке Центральной амбулатории в те же часы. Врачи пункта посещают больных в две смены: от 9 утра до 3 час. дня и с 3 час. дня до 9 ч. вечера. В течение шести часов своего дежурства врач должен посетить 8 больных, но, если представляется возможным, то он посещает и большее число больных. Последнее не всегда удается. Пункт помощи на дому обслуживает весь Тобольск и его предместья. Дороги на окраинах чрезвычайно плохие, особенно же они плохи на тех улицах, где лет 15 тому назад были деревянные настилы, теперь уже уничтоженные, но в разных местах остались отдельные балки, уступы, бревна, так что иногда езда по относительно ровному месту сопровождается неожиданной ломкой экипажа, перевертыванием и т. п. В городе много речек и мостов, часто на некоторых улицах, чтобы перейти на другую сторону, надо ехать кругом на лошади несколько кварталов, или же пуститься сначала по колено в грязи до речки, затем переехать речку в лодке и перебираться вновь по грязи до троттуара. Зимой все эти речки замерзают, и тогда по этим речкам езда беспрепятственная. Ежегодно, вот уже 3 года подряд, эти речки весенним половодьем затопляют так сильно, что врачи пункта для посещения больных в этих затопленных местах, в тех немногих домах, где еще остались люди, должны под-ехать к мосту, оттуда отправляться к больным в лодке или по заборам, что отнимает массу времени. В силу этих условий, если врачу не удастся посетить всех больных в часы своего дежурства, он передает оставшихся следующей смене (утренний — вечернему, вечерний — утреннему). При записи фельдшерницей выявляются по возможности путем опроса больные, посещение коих необходимо в первую очередь. В перерыве между регистрациями фельдшерница исполняет назначения врачей больным на дому: банки, ингаляции, инъекции, клизмы, массаж, компрессы и т. п. С 1 апреля 1928 г. для врачей пункта установлен выходной день среди недели. В эти дни работает один из врачей вечером, а в утренние часы выезжает фельдшерница, при чем она должна работать лишь 3 часа и посетить наиболее срочных больных, посещение которых нельзя отложить до вечера. Фактически фельдшерница работает в эти дни больше 3-х часов по разездам, так как

установление наиболее срочных больных не всегда возможно путем опроса.

В амбулатории, в виду отсутствия в Тобольске станции скорой помощи, ведется, помимо часов регистрации (с 8-9 и с 2-3), запись вызовов, где требуется экстренно неотложная помощь. Такие вызовы врачи стараются исполнять немедленно, но это не всегда удается, так как может случиться много адресов на окраинах и в предместьях, и врач там проведет очень много времени и не заедет во время своего дежурства в амбулаторию за новыми адресами. В таких случаях эти вызовы выполняются следующей сменой в первую очередь.

Зав. пунктом подчинен зав. Центральной амбулаторией в административном, хозяйственном и финансовом отношении, так как распорядителем кредитов является с лета 1927 г. зав. Центральной амбулаторией. Зав. пунктом непосредственно сносится и поддерживает связь по специальным вопросам с Окргдравотделом, доверенным врачом страховкассы, с окр. сов. больницей и всеми другими лечебно-профилактическими учреждениями (диспансеры, консультации, амбулатории и т. п.). У пункта имеются 3 лошади с полным инвентарем, обслуживаемые 2 кучерами. Хозяйственная часть возложена на завхоза Центральной амбулатории под наблюдением зав. пункта.

Врачи пункта при посещении больных имеют при себе 2 халата, один специально для заразных больных. Кроме того, у них при себе шприц, перевязочный материал и некоторые медикаменты для подачи экстренной помощи. Зимой врачам и фельдшернице выдаются валенки и тулуп для раз'ездов, а летом непромокаемый плащ. Фельдшерница пункта получает также зимой шубу, а летом сапоги, так как ей приходится посещать больных пешком, исполняя назначения врачей.

В настоящее время пункт не имеет своего собственного помещения, и его имущество ютится в разных местах Центральной амбулатории. Согласно решения Горсовета, пункту должна быть отведена особая комната после ремонта в Центральной амбулатории.

Обращаемость к пункту. С самого начала своего существования пункт целиком оправдал необходимость своего учреждения. Уже в декабре 1924 г. за первый месяц своей работы врач посетил 426 больных, из коих 309 первичных. В 1925 г. уже в среднем в месяц на врача падает 477 больных, из них 311 первичных, в 1926 г. в среднем в месяц 499, из коих 341 первичных, в 1927 г. 644 и 499, в 1928 г. (за 5 месяцев) для врачей и фельдшерницы вместе 712, из коих первичных 544.

Если перевести общие итоги в диаграмму, то мы наглядно увидим, что из года в год наблюдается повышение обращаемости к пункту в следующей определенной закономерности: каждый год кривая имеет два подъема и два падения. Подъемы соответствуют главным образом октябрю—февралю и июню—июлю, т. е. месяцам, наиболее холодным и наиболее жарким; падение кривой приходится главным образом на май и сентябрь. Такая закономерность, как мы увидим ниже, объясняется характером заболеваемости населения соответственно времени года. На этой же диаграмме мы увидели бы, что из года в год пункт помощи на дому охватывает все большее и большее число пациентов. К 1926 г. пункт расширил свою работу на 7,8 проц., а в 1927 г., на 16,3 проц.

Сравнение деятельности врача показывает, что по отношению к 1925 г. в 1926 г. она возрасла на 4,4%, а в 1927 г. на 33 проц. Такой резкий подъем объясняется тем, что в 1926 г. второй врач начал работать только со второй половины года, а в 1927 г. все время регулярно работало 2 врача.

Состав обслуживаемого населения. Пункт содержится на средства фонда «Г», и кроме активно застрахованных и членов их семей обслуживает также приравненных к застрахованным: безра-

ботных членов союза и их семьи, пенсионеров и их семьи, инвалидов труда и войны и их семьи, комсостав красной армии и их семьи, красноармейцев и их семьи, учащихся, живущих самостоятельно, воспитанников интернатов, а также и тех граждан, которые представляют от милиции и других органов справку о бедности. Относительное представление о составе обслуживаемого населения дает следующая таблица:

	1925 г.		1926 г.		1927 г.		5 мес. 1928 г.	
	Всего посещений	Из них первичных	Всего посещений	Из них первичных	Всего посещений	Из них первичных	Всего посещений	Из них первичных
1. Активно застрахованных	2166	1180	2212	1280	2448	1790	3068	2372
2. Члены их семей	4113	2863	4334	3140	4516	3387		
3. Приравненные	573	457	825	611	1083	806	475	332
4. Крестьяне	69	65	92	73				
Всего	6921	4565	7463	5104	8047	5983	3543	2704

Главный контингент обращающихся за помощью—это члены семейств застрахованных: их больше 50 проц. На пункте не разработан возрастной состав больных, но можно почти безошибочно утверждать, что мы обслуживаем главным образом детей дошкольного возраста, особенно в зимнее время. Из взрослого населения редко попадают больные свыше 60 л. Служащие и рабочие болеют не особенно часто. Так, в 1927 году пункт выдавал в среднем около 50—40 больничных листов в месяц, в 1928 г. приблизительно столько же. Колебания числа выдаваемых больничных листов стоят в связи с ростом и падением заболеваемости по временам года. За помощью к пункту неоднократно обращаются незастрахованные и неприравненные к ним, это большею частью безработные не члены союза, или просто бедные. По инструкции пункт им помощь не должен оказывать, но если имеется подозрение на инфекционное заболевание или же когда сообщают об очень тяжелом заболевании, мы, не взирая на правила, таких больных посещаем. Вопрос о помощи им должен быть предусмотрен правилами о пункте в будущем.

Разработка*) материалов пункта по признаку заболеваемости показывает, что первое место занимают больные с эпидемическими и инфекционными заболеваниями, второе—с болезнями органов дыхания, третье—с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, четвертое—с болезнями нервной системы и органов чувств, пятое—с болезнями кожи и подкожной клетчатки, шестое—с болезнями органов кровообращения, седьмое—с общими болезнями, восьмое—с болезнями мочеполовой сферы, не венерического происхождения, девятое—с болезнями от внешних причин и десятое—с болезнями беременных и послеродового периода. Я попытался выяснить, в какое время года преобладают те или иные болезни. Инфекционные болезни врачами пункта определяются преимущественно

*) Подробная табл. по формам болезней за недостатком места не печатается.
Редакция.

в холодные месяцы. В это же время мы наблюдали и большое число заболеваний со стороны органов дыхания, а заболеваемость со стороны органов пищеварения падает главным образом на осень и лето. За 1927 г. я составил следующую выборочную таблицу, иллюстрирующую вышесказанное:

	Инфекционные					Болезни органов дыхания		Всего болезней органов пищеварения
	Скарлатина	Рожь	Грипп	Туберкулез	Всего инфекционных болезней	Воспаление бронх.	Всего болезней органов дыхания	
Январь	—	4	69	33	139	106	266	74
Февраль	2	6	43	18	87	100	225	81
М а р т	—	4	2	30	135	91	176	79
Апрель	1	1	—	27	207	67	118	73
М а й	—	3	1	21	196	51	83	74
И ю н ь	6	7	8	18	194	39	67	115
И ю л ь	13	5	2	9	206	33	62	136
Август	8	8	—	18	157	15	36	96
Сентябрь	2	8	10	6	133	30	48	71
Октябрь	24	4	2	10	177	23	44	68
Ноябрь	11	6	—	9	114	30	52	52
Декабрь	27	9	33	20	216	47	65	56
Всего	94	65	170	219	1961	632	1242	375

Очень часто приходится встречаться с туберкулезом у детей, проявляющимся, главным образом, в виде воспаления бронхиальных желез, при чем много случаев обострения именно в весенние месяцы. Инфекционные болезни в Тобольске не переводятся давно, и некоторые из них, особенно скарлатина, стали здесь эндемичными. Начав свою работу в декабре 1924 г., пункт помощи на дому сразу же столкнулся с корью, зарегистрировав за 1 месяц 99 случаев. В 1925 г. корь обнаружена в 116 случ., а в 1926 г. в 77 случаях и затем сошла на убыль.

Значительно серьезнее дело обстоит со скарлатиной. Она в Тобольске появилась в 1924 г., раньше ее здесь не было. В ноябре или декабре 1924 г. один из местных педагогов заболел скарлатиной при наличии активного туберкулеза легких. Он вскоре скончался. Спустя некоторое время заболели посещавшие его ученики. В 1925 г. в Тобольске появилось много скарлатинозных, и через больницу прошел 271 больной с 37 смертельными исходами, а в 1927 г. 128 больных с 11

смертельными исходами. Из этого количества больных в 1925 г. пункт помощи на дому обнаружил 77 больных, в 1926 г.—42 и в 1927 г.—94. За 5 месяцев 28 года пункт обнаружил 127 больных. В 1925-26 г.г., благодаря инициативе д-ра В.В. Панчулидзева, была в городе проведена энергичная противоскарлатинозная вакцинация по способу Габричевского среди организованного детства (школьники, детские сады, детгородок и т. п.), и это оказало благоприятное влияние.

Надо отметить, что являясь первыми разведчиками в деле отыскания инфекционных болезней, врачи пункта помощи на дому принимали всевозможные меры к локализации скарлатины. Мы широко с осени 1927 г. применяли вакцинацию детей по Габричевскому не только в тех квартирах, где были обнаружены скарлатинозные, но и в ближайших к ним домах. Мы же проводили установление карантина, но, к сожалению, наши усилия оказались тщетными: в феврале 1928 г. иссякли все запасы противоскарлатинозной вакцины, и мы ниоткуда не могли получить новые запасы, несмотря на наши хлопоты в Здравоотделе (мы затрудняемся допустить правильность этого утверждения, так как скарлатинозная вакцина отпускается областным здравоотделом в неограниченных количествах по требованию окрздравов—Ред.). Карантинизацию мы проводили по отношению к школьникам, педагогам и ухаживающему за детьми персоналу. Мы пытались проводить карантинизацию и по отношению к другим группам служащих и рабочих. Так, мы обнаружили, что в некоторых учреждениях среди семей служащих скарлатина свила себе гнездо: неоднократно один за другим появлялись случаи скарлатины среди детей служащих Госбанка, ОкрФО и пожарного депо. Мы обнаружили несколько домов, где скарлатина прочно привилась, поражая детей одного за другим, из квартиры в квартиру. Было много больных, которых мы диагностировали, как больных скарлатинозной краснухой, которые по нашей отчетности не учитываются, попадая в число прочих инфекционных больных. Были случаи, когда краснуха оказывалась скарлатиной.

Из других инфекций, с которыми имели дело врачи пункта, надо отметить в 1925 и 1926 г.г. вспышку гриппа и в 1926 г.—малярии. Отдельные спорадические случаи малярии встречаются все годы, в том числе и в 28 г., но в большинстве своем это рецидивы; в 1926 г. вместо обычной годовой цифры в 65—75 больных через пункт прошло малярийных 134 больных. Что касается гриппа, то и он наблюдается теперь, но тут надо оговориться, что иногда под этим названием проходят однократные посещения больных с повышенной температурой, большей частью невыясненного происхождения. Когда мы это обнаружили, то стали в таких случаях к диагнозу гриппа прибегать как можно реже. В 1925 году грипп зарегистрирован в 444 случаях, в 1926 г.—в 723 и в 1927 г.—в 170 случаях, за 5 месяцев 1928 г. в 327.

Много больных у нас было с ветреной оспой. Тифы попадались во все эти годы случайные, за исключением 1927 г., когда зарегистрировано 49 брюшнотифозных и паратифозных больных. К этой цифре надо отнестись с осторожностью, так как бактериологической диагностики не было произведено и, возможно, что в эту группу попали и другие желудочно-кишечные болезни. Дизентерия наблюдалась все годы, дав повышения летом 1925 и 1927 г.г. (42 и 63 случая) и, я полагаю, что замечание относительно точности диагноза в отношении брюшного тифа должно быть отнесено и сюда по тем же основаниям. Рожистые болезни у нас не переводятся все годы, их очень много было в 1927 г.—65 случаев, тогда как в предыдущие годы бывало не более 10 случаев за год. Среди них надо от-

метить несколько случаев упорно рецидивирующей рожи. Так, в одном случае рожа рецидивировала 15 раз, наблюдались больные, рецидивирующие ежегодно по 2—3 раза. Все эти больные упорно не ложились в больницу, боясь там заразиться скарлатиной, так как наше инфекционное отделение больницы оборудовано плохо и такие опасения понятны.

В отношении заболевания органов дыхания надо отметить, что мы, главным образом, имеем дело с воспалениями бронхов и довольно часто с катарральными пневмониями и особенно часто с заболеваниями верхних воздухоносных путей и их придаточных полостей. Между прочим, надо подчеркнуть, что начало 1928 г. ознаменовалось у нас огромным числом крупозных пневмоний, за 1925 г. крупозных пневмоний прошло через пункт 38, за 1926 г. 24, за 1927 г. — 25, а за 5 месяцев 1928 г. — 44. Мы всех таких больных направляли в больницу в силу невозможности посещать их ежедневно и организовать за ними тщательный уход. За весь 1927 год больных с заболеваниями органов дыхания было 1242, а за 5 месяцев 1928 г. 942. Такое большое число больных в текущем году можно объяснить только температурными колебаниями, которыми так была богата первая половина 1928 г. в г. Тобольске. В общем инфекционные болезни и болезни органов дыхания представляют вместе немногим более 50 проц. всех больных.

С заболеваниями органов пищеварения врачам пункта помощи на дому приходится, главным образом, иметь дело летом и, в первую очередь, с детскими желудочно-кишечными расстройствами, зимою они наблюдались у нас редко. Отдельно надо упомянуть о глистоносителях. Их в Тобольске много т. к., у местного населения в большом почете сырая рыба. Глистоносители пункту доставляют много хлопот, ибо врачи пункта не берутся выводить глисты дома, а больница из-за перегруженности их не принимает. Больные, добившись глистогонного, начинают лечиться дома сами, в распоряжении врачей пункта нет возможности организовать наблюдение за больными на дому непрерывно часов 10—12, пока глиста не будет извергнута. Проблема борьбы с глистоношением в Тобольске, как и во всем округе, должна быть разрешена специальными мерами со стороны Окргдравотдела, Горсовета и Окрисполкома.

Из нервно-больных мы имеем дело, главным образом, с истерией, неврастением и разными невралгиями, большую часть с *ischias* 'ом. Душевно-больные попадают к нам редко, почти всех мы сразу же посылаем в психиатрический изолятор больницы, и только в случаях, явно противопоказанных, мы пользуемся на дому до тех пор, пока не удастся отправить в специальную психолечебницу. Из других болезней мы должны отметить, что ежегодно через пункт проходит увеличивающееся число злокачественных новообразований (1925 г. — 11, 1926 г. — 20, 1927 г. — 38, за 5 месяцев 1928 г. — 11) и суставным ревматизмом (1925 г. — 11, 1926 — 89, 1927 — 178 и 5 месяцев 1928 г. — 41). За последние годы, с улучшением постановки дела в консультациях для беременных женщин и грудных детей, врачам пункта реже приходится иметь дело с детскими болезнями и с беременными. Аборты, начавшиеся на дому, попадают все реже и реже, а роды персоналу пункта теперь вести почти не приходится, так как все роженицы без отказа принимаются больницей. Венерических больных мы обязательно направляем в вендиспансер, но часть из них (главным образом, с эпидидимитами, воспалительные процессы в женских половых путях), если они требуют постельного содержания, мы ведем на дому в тех случаях, когда можно обойтись без больничного

лечения. С кожными болезнями нам приходится иметь дело, главным образом, с флегмонами, абсцессами, панарициями и т. п. Часто из-за ложного стыда кожные больные не хотят идти в вендиспансер. Туберкулезных больных мы избегаем лечить, посылая их всех в тубдиспансер, и нам приходится иметь дело только в тех случаях, когда они прикованы к постели. Болезни от внешних причин (ожоги, травмы, вывихи и т. п.) попадают не часто.

При рассмотрении заболеваемости населения возникает вопрос, действительно ли все больные, вызывающие врача пункта помощи на дому, являются такими, которые не могут посетить амбулаторию? Здесь ответ я должен дать отчасти отрицательный. Нам в значительной части приходится иметь дело с детьми, которых может деить амбулатория. Когда на это указываешь родителям, они приводят массу оправданий: сделанному ими вызову врача на дом: тут и указания на дальность расстояния до амбулатории, и что трудно ребенка нести, что не во что его одеть и обуть, что утром родители на службе, а вечером нет в амбулатории приема для детей, что не на кого оставить дом и др. детей, так как они малы и т. п. И среди взрослых больных встречаются такие, которые с успехом могли бы не вызывать врача на дом, а пойти в амбулаторию. До осени 1927 г., пока предварительной регистрации не было, а врач вызывался запиской, брошенной в ящик, таких необоснованных вызовов было очень много, врачи стонали от массы вызовов и с трудом с ними справлялись. С осени 1927 г. при предварительной регистрации фельдшерца стремится отбирать больных разборчиво и сначала было много отказов, теперь уже население к этому привыкло, и такие вызовы бывают редко. Но все же надо отметить, что если у нас сейчас почти нет отказов, то в феврале и марте 1928 г. их было много: в связи с резкими температурными и атмосферными колебаниями в эти месяцы очень возросло число больных, особенно простудных. Врачи пункта имели до 28 больных в день в самых отдаленных частях города и с трудом справлялись с работой. От посещения повторно больных по инициативе врача пункта пришлось воздержаться, и мы принуждены были об этом наплыве больных специально сообщить в Горсовет, Окрздравотдел и Страхкассеу.

Организационные вопросы. Все вышеизложенное о деятельности пункта помощи на дому в Тобольске вызывает ряд вопросов организационного характера. Д-р Эпштейн (см. Бюлл. НКЗдрава 27 г., №№ 14, 17, 22, 23) пишет, что: «характер деятельности помощи на дому (необходимость быстро ориентироваться в обстановке и состоянии больного), самостоятельность работы, вред от направления в больницы больных с неточными диагнозами, особенно в случаях детских инфекций и т. д. требует от врача помощи на дому хорошей подготовки, необходимого опыта и соответствующего стажа самостоятельной работы». По мнению д-ра Эпштейна, такой врач помощи на дому, должен быть хорошо знаком с внутренними и заразными болезнями и иметь достаточный опыт в педиатрии, или же это должен быть педиатр, достаточно знакомый в терапии взрослых. Я считал бы более правильным определить, что врач пункта помощи на дому должен удовлетворять тем условиям, которые предъявляются к участковому врачу, — он должен быть универсалистом, готовым ко всяким случайностям, так как ему приходится работать обязательно быстро и самостоятельно.

Не в обиду будь сказано, — мои предшественники по пункту, так же как и я, все мы далеки от того идеала, который намечает

для врача пункта д-р Эшштейн. Все врачи пункта были либо только что окончившие, либо стажеры, а я еще не закончил свое образование на медфакультете; все мы, что называется, со школьной скамьи, и нам говорить о своем недостаточном опыте в педиатрии и в терапии взрослых, конечно, не приходится. Через наше поле зрения протекает огромное калейдоскопически разнообразное число больных, нет у нас возможности этих больных тщательно изучать и сосредоточиться на какой-либо специальности. У нас в Центральной амбулатории нет собственной лаборатории, и мы изредка рискуем посылать что-либо для исследования в лабораторию больницы, ибо она нам анализы производить не обязана. Она завалена собственной больничной работой и работой из диспансеров, там всего один штатный средний работник, и лабораторией заведует врач глазного отделения в порядке добровольного совместительства. Нашим большим недостатком является отсутствие у нас права приглашать врачей консультантов-специалистов. У пункта на это нет средств. В Центральной амбулатории нет приема специалистами, и поэтому иногда мы вынуждены загружать больницу больными, которых и не следовало-бы туда посылать. Часто к нам обращаются с требованиями отправлять в больницу хроников, неизлечимых, или вообще больных, лечение которых может быть проведено дома. Когда мы указываем на перегруженность больницы приезжими из районов, нас упрекают, что на дому мы не можем организовать тщательный уход. Эти упреки отчасти справедливы. У нас только одна фельдшерица. Судя по статье д-ра Эшштейн, пункт должен иметь своих сестер, которые-бы, посетив больного на дому, смерили т^п, сосчитали пульс, произвели-бы ингаляции, инъекции, несложные перевязки, ставили банки, компрессы, посмотрели-бы за его постелью, показали бы, как надо кормить, осмотрели-бы рот, постарались-бы лучше устроить больного в квартире его, узнали-бы его нужду и т. п. и обо всем затем доложили врачу. Мы пока принуждены иметь не сестер, а фельдшерицу, т. к. у нас фельдшерица принуждена в дни отдыха замещать врачей пункта.

Наш пункт недостаточно оборудован инструментарием и предметами ухода, у нас даже нет походных чемоданчиков для врачей и фельдшерицы, и мы обычно пользуемся собственными, не специально приспособленными. Нам надо иметь некоторое количество пузырей, клеенок, подкладных суден, грелок и т. п. Нам надо иметь запас готовых стерильных приборов с тампонами для снятия пленок, но у нас нет медицинской бактериологической лаборатории, нам надо иметь пробирки для взятия крови, для реакции на скорость оседания эритроцитов, на агглютинацию, надо иметь предметные и покровные стекла, тонкий желудочный зонд (толстый имеется). Очень много мы испытываем неудобств из-за отсутствия своего собственного помещения; наш транспорт неудовлетворителен: экипажи старые, купленные по случаю.

Некоторые граждане в Тобольске отождествляют пункт помощи на дому со станцией скорой помощи, работающей непрерывно днем и ночью. По мнению д-ра Брука (Бюлл. НКЗ, 1927 г.), для таких небольших городов, как Тобольск, учреждение станций не целесообразно: стоит это много денег, а работы у них мало. В Тобольске 8-11-27 г. было установлено ночное дежурство фельдшерицы при амбулатории (с 12 ч. ночи до 6 час. утра), но месяца через два с половиной эти дежурства были упразднены, т. к. вызывали редко, а стоило

это дорого. Экстренные случаи, которые обычно входят в круг ведения станций скорой помощи, в Тобольске встречаются редко, и большие обычно направляются нами в больницу. В неотложной помощи при кровотечениях, припадках, острых желудочно-кишечных заболеваниях (колики желчные и печеночные), психозах, внезапных заболеваниях органов дыхания и т. п. нужда имеется, но не часто, и врачи пункта с этим видом помощи большею частью справляются днем. Отсутствие работы пункта ночью является все же нашим недостатком, т. к. население лишено возможности в это время вызвать врача. Большею частью в таких случаях вызовы бывают экстренные. Мы их стали отдельно регистрировать с октября 1927 г. За 3 месяца 1927 г. их было 87, а за 5 месяцев 1928 г. — 120, т. е. в среднем один в день. Нашим злом являются так называемые непроизводительные вызовы. До введения регистрации их было очень много. Так, за весь 1927 г. таких вызовов оказалось 92, при чем часть непроизводительных вызовов не учтена. Оказалось, что в 44 случаях больных не было дома, в 20 случаях ушли в амбулаторию, в 5 случаях больные ушли на работу, в 3-х случаях заявлено, что вызов сделан по ошибке, в 3-х случаях, что больные выздоровели и пр. К этому надо еще добавить, что бывают не раз вызовы к умершим, чтобы выдать справку, иногда просят справки для разных учреждений. Бывают случаи, когда ночью, вне часов дежурства, являлись к врачу пункта на квартиру с требованием оказать помощь, так как они имеют право на бесплатное лечение. Большею частью это жители окраины, и врачи обычно немедленно таких больных посещали. Часто при вызове к одному больному приходится иметь дело со многими. Так, например, в январе 1928 г. было 497 вызовов плюс еще 129 больных в тех-же домах, в феврале 1928 г. 688 ч. вызывало, а у них в квартире пришлось осмотреть еще 117 чел.

Нашим больным местом являются вопросы финансовые. По смете 1927-28 операционного года ассигновано на пункт 6.812 руб., из коих на жалование 4.702 руб., соцстрах 506 руб., содержание месткома 47 руб., хоз-расходы 853 руб., оперативные надобности 200 руб. и инвентарь 504 руб. Распоряжается кредитами Зав. Центральной амбулаторией, и иногда за счет пункта производятся расходы на другие надобности. С введением госнормированных окладов с 1-IV-28 г. установлена следующая зарплата: врачам по 115 руб., фельдшеру 45 руб. и кучерам по 25 руб.

Среднее нормальное число вызовов в год должно быть равно 5.840 из расчета: 365 дней \times 2 врача \times 8 вызовов в дежурство. Таким образом один вызов обходится Окрздравотделу в среднем немногим больше 1 руб. 08 коп. Фактически это обходится немного дороже, ибо не учтена стоимость занимаемого пунктом помещения под лошадей и инвентарь, и квартиры одного из кучеров, так-как все это помещается в собственной усадьбе Центральной амбулатории. Но этим не ограничивается стоимость вызова к больному. Ведь врач дает больному рецепт, по которому он получает бесплатно лекарство. На 1 больного приходится 1,3 рецепта, а лекарств на 23,7 коп. Таким образом, мы будем иметь среднюю стоимость посещения одного больного равной 108, плюс 23,7 коп. Но этот расчет все-же не верен, не точен, так-как я брал для вычислений предположительные сметные ассигнования и предположительное нормальное число больных за год. Приведенный расчет позволяет предположить, что посещение од-

ного больного стоит приблизительно около 1 руб. 35 коп.—1 руб. 30 коп. в среднем.

Из затронутых мною вопросов видно, что еще много надо сделать, чтобы дело помощи на дому было поставлено хорошо. Самое главное, надо иметь достаточно опытных врачей. Работа на пункте ведет к деградации, как совершенно верно подчеркивает д-р Эпштейн, и поэтому врачи пункта стремятся быть связанными с каким-либо лечебным учреждением. В Тобольске я и некоторые из моих предшественников старались в свободное время работать в больнице.

Есть еще одна важная отрасль работы у врачей пункта помощи на дому. Это работа по оздоровлению быта. По идее Наркомздрава врач пункта помощи на дому — домашний врач городского населения. Он обычно знает своих больных, он может им помочь санитарно-гигиеническим советом, раздавать листовки по уходу за детьми, о различных болезнях и т. п. Д-р Эпштейн советует ввести в штаты пунктов помощи на дому специальных сестер-исследовательниц. Мы в Тобольске этими вопросами оздоровления быта, к стыду нашему, не занимались. Нам это не под силу, — очень много у нас работы, и нет у нас достаточно опытных в этом отношении руководителей. По нормам Наркомздрава 1 врач пункта должен быть на 6.000 населения, на окраинах не меньшее число: на 1 врача — $\frac{1}{2}$ единицы в виде сестры-исследовательницы и затем специальный регистратор. Следуя этим нормам, у нас в Тобольске должно быть 3 врача, 2 сестры и 1 регистратор. Понятно, с таким штатом можно было бы еще больше сделать, чем сделано сейчас.

Несомненно, что в деле помощи на дому у нас теперь есть пробелы, частично мною отмеченные. Дело помощи на дому у нас в СССР новое, до революции оно почти отсутствовало, и даже в крупных городах это дело молодое. Его улучшение упирается в недостаток квалифицированных работников и в необходимость иметь дополнительные кредиты. Ни первого, ни второго сейчас нет. Может быть, квалифицированные работники и найдутся, но оплата труда на пункте такова, что она их не привлекает: врач пункта ведь должен совершенно отказаться от частной практики, так как последняя несовместима с его назначением быть домашним врачом, главным образом, менее обеспеченного трудового населения. Поэтому пока, на ближайший период времени, приходится мириться с недостатками в организационной стороне дела помощи на дому в надежде, что в недалеком будущем этот участок здравоохранения будет поднят на должную высоту.

УЧЕНИЕ О СЕКСУАЛЬНОМ ГОРМОНЕ В СВЕТЕ НОВЕЙШИХ НАУЧНЫХ ДАННЫХ.

Д-р НАКАРЯКОВ Н. К. (Пермь).

Биологический объект для изучения гормонов.

Со времени появления работ американских авторов (Stockard, Papanicolaou, Long, Evans, Allen, Doisy), подробно изучивших циклические изменения влагалищного эпителия у грызунов, вопрос о гормонобразовательной функции яичника получил широкие возможности для экспериментального изучения и за последние годы поразительно быстро шагнул вперед.

Работами вышеназванных авторов было установлено, что у зрелых в половом отношении грызунов (морских свинок, кроликов, крыс, мышей) влагалище прodelывает циклические изменения, зависящие от функции яичника и выражающиеся в периодическом построении и разрушении влагалищного эпителия. Одновременно было показано, что параллельно с циклом эпителия влагалища, секрет последнего точно также претерпевает характерные циклические изменения.

С этим открытием был найден замечательно простой точный и специфический для яичника объект для эксперимента (testobject), как бы реактив на яичный гормон. Достаточно просмотреть мазок из влагалища животного, чтобы тотчас же ясно представить себе картину процесса, разыгрывающегося в данный момент в яичнике. Особенно удобным в смысле изучения объектом являются по наблюдениям Zondek'a и Aschheim'a белые мыши.

С кастрацией же мыши все циклические явления прекращаются. Влагалище и его секрет обнаруживают тогда картину покоя. Только вещество, которое является идентичным яичниковому гормону мыши, может у кастрированного животного вызвать наступление течки.

Вслед за открытием описанного test-object'a и замечательной простоты и доступности методики экспериментального исследования, за последние годы в Германии появилось большое количество экспериментальных работ, значительно продвинувших вперед наши знания об эндокринной функции человеческого яичника, осветив некоторые до сих пор неясные и спорные стороны его гормонобразовательной деятельности.

Наибольшее количество работ по данному вопросу в Германии принадлежит В. Zondek'у и Aschheim'у.

В своих первых работах Zondek и Aschheim¹⁾ для изучения физиологии человеческого яичника применили метод имплан-

тации яичниковой ткани в мускулатуру бедра мыши. Применение этого метода было вызвано трудностью иметь всегда под руками и в больших количествах экстракт из яичников, вследствие чего последний был заменен самой тканью. Ткань яичников, по мысли авторов, не должна была приживаться, но должна была резорбироваться мышью; таким образом, имплантация представляла из себя как-бы «инъекцию ткани». Комбинация методов имплантации и мазков дала возможность гистологическое исследование дополнить функциональной пробой и, наоборот, функциональной пробе дать гистологическое обоснование. Для опытов употреблялись кастрированные половозрелые мыши, исследованные в течение 6-ти недель до кастрации на наличие овариального цикла и в течение 6-ти недель после кастрации — для подтверждения его отсутствия.

Опыты привели авторов к разрешению вопроса о локализации гормона в яичнике.

Локализация гормона в яичнике.

В силу того, что гормон яичника является продуктом неспецифическим для вида, т. е. у различных видов животной лестницы вызывает одинаковое действие (идентичен), имплантация человеческой яичниковой ткани и резорбция ее в организме кастрированной мыши должны выявляться характерной реакцией — наступлением течи (oestrus).

При опытах с имплантацией авторы употребляли различные части человеческого яичника, полученного большей частью путем операций.

Прежде всего авторами была поставлена задача решить вопрос: можно ли путем специфических веществ из яичника вызвать циклический процесс у кастрированной мыши. Опыты, проведенные в этом направлении показали, что: а) при имплантации коркового слоя яичника у кастрированной мыши овариальный цикл вызвать не удастся, т. е. в корковом слое (зародышневом эпителие, строме и примордиальных фолликулах) никакого гормона нет; б) имплантация мелких фолликулов дает б. ч. отрицательный результат. При имплантации двух мелких фолликулов однажды был получен положительный результат, поэтому допустимо, что стенка мелких фолликулов может содержать действующую субстанцию; в) при имплантации стенки зрелого фолликула (готового к лопанью) циклические изменения у кастрированной мыши наступают регулярно, т. е. в стенке фолликула всегда существует специфическая гормональная субстанция; г) при инъекции сока зрелого фолликула последний оказался точно также специфически действующим; д) желтое тело в периоде расцвета всегда оказывается действительным, при этом самые мелкие имплантированные кусочки всегда вызывают у кастрированной мыши циклические изменения. Таким образом, желтое тело в периоде расцвета особенно богато гормоном.

В желтом теле во время менструаций еще можно найти действующую субстанцию, но она может из него уже полностью исчезнуть. Corpus luteum после менструаций (в периоде обратного развития) никогда действующей субстанции не содержит, поэтому и не имеет специфической функции.

Таким образом, по отношению к менструальному циклу женщины концентрация гормона будет следующей: 1) в послеменструальной фазе

желтое тело (стадия обратного развития) гормона не имеет; 2) в межменструальной фазе гормон имеется как в стенке фолликула, так и в его соке; 3) в прегравидной фазе носителем гормона является желтое тело; 4) во время менструации гормон из желтого тела постепенно исчезает. Отсюда авторы делают следующие выводы:

- а) Гормонопродукция связана с фолликулярным аппаратом.
- б) Она происходит циклически.
- в) Концентрация гормона в различных фазах различная (наименьшая в послеменструальной фазе, наибольшая — в прегравидной).

Яичниковый гормон и беременность.

Какие же отношения имеются во время беременности? Опыты показали, что путем имплантации небольших кусочков желтого тела беременности можно вызвать у кастрированной мыши типический цикл, т. е. желтое тело беременности содержит гормон, причем приблизительно в первые 16 недель опыты ясно положительны, а затем отношения постепенно изменяются и в конце беременности гормон в желтом теле беременности имеется лишь в незначительном количестве.

При имплантации коркового слоя яичника во время беременности в некоторых случаях получены положительные данные, т. е. в коре яичника во время беременности гормон может существовать. Выше было указано, что имплантация коры яичника вне беременности дает отрицательный результат. Очевидно, что локализация гормона во время беременности изменяется. Как объяснить это явление? На основании гистологических исследований имплантата авторы приходят к заключению, что это явление связано с разрастанием клеток *thecae internae* во время беременности и их специфической функции.

Дальнейшие опыты показали, что во время беременности мы можем найти гормон и вне яичника, а именно — в плаценте, а также, что ни в *decidua*, ни в плодных водах гормона нет.

Таким образом, во время беременности имеются следующие отношения:

1) Образование гормона продолжается до поздних месяцев беременности. Если яйцо не оплодотворено, гормон исчезает.

2) Локализация его принципиально отличается от яичника вне беременности: гормон теперь имеется в коре и в атрезированных фолликулах, богатых клетками *thecae internae*.

3) Гормон находится и в плаценте.

Путем имплантации неспецифической ткани (матка, трубы, *decidua*, *hypophysis*, печень и т. п.) никогда не удавалось вызвать у кастрированной мыши циклический процесс, т. е. обнаружить гормон.

Место продукции гормона в яичнике.

Какие же клетки фолликулярного аппарата продуцируют гормон? Как известно, стенка фолликула состоит из 2-х клеточных групп: клеток *thecae internae* и клеток *membranae granulosaе*. Что клетки *membranae granulosaе* должны иметь функциональное значение, явствует уже из того, что после лопанья фолликула и созревания яйца, они развиваются в лютеиновые клетки, так что желтое тело в стадии расцвета (главный носитель гормона) состоит, главным об-

разом, из клеток *granulosae*. Этим доказывалось, что клетки *granulosae* являются гормононосителями. Какое же значение имеют клетки *thecae internae*? Произведенные авторами опыты показывают, что и клетки *thecae internae* участвуют в продукции яичникового гормона. К этому привели следующие данные:

1) Если имплантировать кору яичника кастрированной мыши, то циклических явлений не обнаруживается; напротив, имплантация коркового слоя яичника в первые месяцы беременности часто дает положительный результат, так как *thecae* клетки во время беременности в атретических фолликулах развиты сильнее, чем вне беременности.

2) Опыт с имплантацией кастрированной мыши содержимого кисты яичника подтвердил этот взгляд, так как при гистологическом исследовании было найдено, что внутренняя стенка кисты состояла исключительно из клеток *thecae internae*.

3) Наконец, авторам удалось изолировать в зрелом фолликуле клетки *thecae* и *granulosae* друг от друга. Инъецированный соскоб, состоящий из клеток *granulosae*, дал отрицательный результат, тогда как имплантированная стенка *thecae* — положительный.

Таким образом, оба ряда клеток продуцируют гормон: продукция начинается в клетках *thecae internae*, чтобы позднее перейти к клеткам *membr. granulosae*.

Какое значение имеет т. наз. интерстициальная или пубертатная железа, которой приписывается функция регулятора вторично-полового характера и сексуальной жизни? Zondek и Aschheim (а также и другие авторы: Frankel, R. Meyer), отрицают существование подобной отдельной железы. Это доказывается тем обстоятельством, что при помощи гормона человеческого яичника можно у мыши перестроить не только слизистую оболочку матки и влагалища, но повлиять и на весь организм. Если имплантировать инфантильным, сексуально незрелым мышам (3-4 нед. возраста, 6-8 гр. веса) желтое тело в стадии расцвета, то они получают раннюю половую зрелость со всеми явлениями течки. Отсюда авторы делают вывод, что нет никакой надобности говорить об особой функции отдельной интерстициальной железы, но только о гормоне, продуцируемом фолликулярным аппаратом.

«Существует только один яичниковый гормон, который и вызывает все гормональные функции».

Гормон яичника и липоиды.

Очень интересным является поставленный авторами вопрос о связи между гормоном и липоидами яичника. Как известно, в прежнем понимании гормона яичника господствовало представление, что гормон и липоид являются идентичными. Исследования Zondek и Aschheim путем биологического метода привели к следующим результатам: а) в стенке зрелого фолликула имеется только незначительное количество липоида, однако, имплантация стенки такого фолликула вызывает у кастрированной мыши течку. Отсюда вывод: незначительное количество липоида может быть связано с положительной функцией; б) при имплантации мелких кусочков двух желтых тел с разным содержанием липоида в обоих случаях имела положительная реакция на течку. Вывод: функционально одинаковые *corpora lutea*, гистологически обнаруживают резкое различие; в) в желтом теле беременности обычными методами исследования жировая субстан-

ция едва доказуема, биологически же имеется положительный результат. Вывод: биологически положительный результат может иметься и при отсутствии жира; г) наоборот, в послемеенструальном желтом теле много жира (липоида), биологически же оно не обнаруживает никакого действия. Таким образом, содержание липоидов в яичнике абсолютно ничего не говорит о его функции. «Липоид и гормон не идентичны. Последний только сцеплен с липоидом, являющимся растворителем гормона в яичнике».

Получение водного раствора яичникового гормона.

Полученные путем биологического метода данные о гормоне яичника поставили перед исследователями практически чрезвычайно важную задачу: иметь в руках яичниковый гормон в такой форме, которая была бы и специфически действующей и удобной для применения на человеке в целях т. наз. замещающей терапии. Бесчисленные продажные экстракты из яичника в громадном большинстве случаев не являются специфически действующими, как как огромное большинство из них приготавливалось без биологического контроля.

Опыты Zondeka и Aschheim'a ²⁾ показали, что гормон не идентичен с липоидом. Отсюда возникла возможность сделать гормон свободным от липоида и перевести его в водный раствор. Эта возможность была осуществлена Zondek'ом приготовлением водного раствора гормона, названного им «фолликулином». Так как яичниковый гормон у человека и животных идентичен, то для получения экстракта автором употреблялась животная ткань (яичник, сок фолликулина, послед). Специфическое гормональное действие фолликулина было установлено на кастрированных мышах, при этом минимальное количество фолликулина, вызывающее течку у кастрированных мышей, автором было обозначено как мышинная единица, приблизительно соответствующая 0,6-0,4 к. с. фолликулина.

Гормон яичника, как стимул роста гениталий.

Против взгляда Zondek'a и Aschheim'a об единстве яичникового гормона было сделано возражение Schroder'ом, который предполагал, что вещества, обуславливающие цикл и стимулирующие рост организма — различны. Это возражение Schroder'a послужило поводом Zondek'у и Aschheim'у ³⁾ для постановки новых опытов, с целью решения вопроса: является ли гормон яичника веществом стимулирующим рост матки. Опыты были проведены на инфантильных животных, у которых никогда произвольная течка не наступает. После 14-ти дневного опыта животные убивались и матка, влагалище и яичники тщательно выпрепаровывались и взвешивались. Оказалось, что вес гениталий инфантильных мышей (контрольных) в среднем равняется 19,7 мгр., тогда как вес гениталий опытных животных равен в среднем 81,2 мгр., т. е. 4,1 раза больше. Указанные опыты снова указали на единство яичникового гормона, что подтверждается также и экспериментальной работой Mahnert'a и Siegmund'a ⁴⁾ вышедшей в 1927 г.

Гормон яичника в крови женщины.

Доступность и простота биологического метода определения яичникового гормона поставили перед исследователями задачу доказать его наличие в крови женщины. Опыты показали, что во

время месячного цикла организма женщины гормон содержится в крови в различных количествах, усиливаясь с 10-го дня перед наступлением ожидаемой менструации и достигая своего максимума ко времени прихода *meneses*. С началом *meneses* гормон из крови исчезает, но появляется в сильной концентрации в менструальной крови (Frank) ⁵⁾. Последнее обстоятельство было подтверждено Fels'ом. Во время беременности Frank нашел, что концентрация гормона в крови на 12-й неделе вдвое большая, чем перед *meneses* и остается на этом уровне до наступления родов. Fels'у ⁶⁾ не удалось определить гормон в крови небеременной женщины, но, начиная с 3-го месяца беременности, *serum* начинает у кастрированного животного вызывать течку, что особенно резко проявляется к концу беременности. Аналогичное действие имеет сыворотка ретроплацентарной крови и пуповины. Испанцем Trivino ⁷⁾ сыворотка беременных была исследована на действие, повышающее рост матки, причем было найдено, что инъекция в течение 7-11 дней 0,25—0,5 к. с. сыворотки у сексуально незрелых мышей вызывает увеличение роста матки, тогда как контрольные сыворотки (сыворотки небеременных женщин) никакого действия на матку не оказывали.

Этими опытами подтверждается мнение Zondek'a и Aschheim'a, что продукция гормона в яичнике во время беременности не останавливается, а увеличивается параллельно с ее ростом. Очевидно, что местом продукции постепенно увеличивающегося гормона является плацента, так как *corp. lut. graviditatis* действительно только в первые месяцы беременности, действие же коры яичника непостоянно. За это говорит факт, что сыворотка родильниц быстро (через 6-8 час.) теряет свое специфическое действие.

Гормональное действие плаценты доказывается и клиническим наблюдением, о чем говорит случай Amati ⁸⁾, где после двухсторонней *adnexectomy* за 165 дней перед родами беременность продолжалась до срока и сыворотка еще на 3-й день после родов дала увеличение объема и специфические изменения генитального аппарата незрелой морской свинки.

Увеличение гормона в крови женщины в поздние месяцы беременности делает нам понятным факт резкого увеличения матки плода с 8-го лунного месяца беременности и уменьшение ее после родов, а также факт обратного развития *testes*, достигающего максимума ко времени родов.

Отношение гормона яичника к другим эндокринным железам.

Чрезвычайно интересными и важными по своим результатам явились исследования Zondek'a и Aschheim'a ⁹⁾ об отношении других эндокринных желез к функции яичника. Поставленные в этом направлении опыты показали, что: 1) функцию яичника ни одной из эндокринных желез заменить не удастся, 2) что известное (еще не вполне доказанное) торможение функции яичника можно достигнуть перегрузкой организма гормоном *gl. thymus*; 3) и, наконец, вполне ясное возбуждение функции яичника, совершенно точно доказанное может быть достигнуто введением в организм животного гормона передней доли гипофиза.

Гормон передней доли гипофиза.

Для доказательства последнего положения авторами ставились опыты на сексуально незрелых мышах. Такие животные нормально никогда не имеют течки, т. е. циклических процессов в генитальном аппарате. Имплантация кусочка передней доли гипофиза (от человека или животного) незрелой мыши через 80—100 часов приводит последнюю к течке со всеми характерными признаками половой зрелости (ростом фолликула, кровоизлияниями в фолликул, образованием *corpora lutea atretica*, даже с поступлением яйца в трубу). Какое же различие существует между гормонами яичника и гормоном передней доли гипофиза? Тот и другой вызывают у инфантильной мыши одни и те же изменения, наивысшим выражением которых является течка. Однако, здесь имеется весьма характерное принципиальное отличие: имплантация и инъекция гормона яичника кастрированной мыши вызывают течку, тогда как гормон передней доли здесь не вызывает никаких изменений; он действует только на яичники, мобилизуя яичниковый гормон, который, со своей стороны, действует на матку и влагалище. Отсюда понятно, почему объектом для экспериментального исследования яичникового гормона служит влагалище кастрированной мыши, тогда как для гормона передней доли гипофиза — влагалище некастрированной, инфантильной мыши. Т. о., на основании исследований доказано следующее: «гормон передней доли гипофиза — мотор сексуальной функции. Гормон передней доли — первичное, яичниковый гормон — вторичное. Гормон передней доли приводит в ход фолликулярный аппарат, вызывает созревание фолликула и вторично мобилизует в фолликулярных клетках яичниковый гормон. Последний действует специфическим образом на матку и влагалище». (Zondek и Aschheim. Archiv. f. Gynak. Bd. 130.).

Гормон передней доли гипофиза и беременность.

При помощи биологического метода доказывается огромное увеличение («наводнение») гормона передней доли в организме женщины во время беременности, причем по исследованиям Fels'a¹⁰⁾, наличие гормона передней доли гипофиза в крови беременных может быть открыто значительно раньше, чем гормон яичника, а именно, с первых месяцев беременности. Большое количество гормона сосредоточено в плаценте, так как опытами Zondek'a и Aschheim'a доказано, что имплантация кусочка в 0.1 гр. свежей человеческой плаценты, особенно первых месяцев, всегда вызывает положительный эффект, так что по этим авторам плацента содержит многие тысячи единиц гормона. Огромное наличие гормона передней доли гипофиза в организме беременной женщины для нас не может быть удивительным, так как беременность, являясь высшей производительной функцией человеческого организма, предъявляет ко всем органам женщины и, в частности, к матке единственное в своем роде требование для построения новой жизни. Отсюда гормон передней доли и гормон яичника квалифицируются, как строительные гормоны (Aufbauhormone), гормоны роста (Wachstumhormone).

Сексуальный гормон в моче и других экскрементах организма.

Ввиду того, что оба сексуальных гормона в первые же дни послеродового периода исчезают из организма женщины, вполне естественно было стремление выявить те пути, которыми гормоны остав-

ляют организм. Исследования, направленные на изучение мочи женщины, показали следующее: на 14-й день между двумя менструациями в организме имеется около 1 мышиной единицы на один литр мочи (Loewe¹¹). Совершенно другие отношения имеются во время беременности и особенно после родов, где Aschheim и Zondek¹²) нашли огромное количество того и другого гормона. Во время беременности яичниковый гормон доказывается путем инъекции кастрированной мыши мочи беременной женщины с начала 5-го месяца, а гормон передней доли таким же путем был найден уже на 35-й день после последней менструации. Zondek и Aschheim¹³) считают, что гормоны имеются в моче беременных в следующих количествах: 1) в первые 8 нед. беременности в одном литре мочи выделяется около 3.000—5.000 ед. гормона передней доли и 300-500 ед. яичникового гормона; 2) от 3 до 7 мес. беременности выделяется от 3.000—6.000 гормона передней доли и около 5.000—7.000 яичникового; 3) от 7 до 10 мес. от 2.000—3.000 гормона передней доли и 6.000-10.000 ед. и более гормона яичника.

Нахождение таких больших количеств гормона в моче беременных дало возможность Zondek'у и Aschheim'у¹⁴) использовать мочу как исходный материал для получения гормонов в чистом виде (водном растворе), что имело чрезвычайно важное значение, т. к. трудность добывания и стоимость исходного материала представляли большое препятствие для дальнейшего изучения гормонов (по Lagneur 1 гр. чистого гормона яичника стоит ок. 150.000 марок). С открытием гормонов в моче эти трудности отпали, а, с другой стороны, получение гормонов сделалось технически значительно проще, т. к. последние выделяются с мочой уже в растворенной форме. Оба гормона были изолированы авторами друг от друга и получены в чистом виде из мочи.

Кроме мочи яичниковый гормон был Aschheim'ом и Zondek'ом¹⁵) обнаружен в женском молоке в первые дни лактации, а Dohrn и Faure¹⁶) обнаружили его в огромном количестве в кале беременных (в одном клг. высушенного кала свыше 30.000 мышиных единиц).

Клиническое значение новейших данных о сексуальном гормоне.

Совершенно ясно, что с выделением гормонов яичника и передней доли гипофиза в чистом виде, открываются необятно широкие перспективы для применения их у постели больной женщины, ибо совершенно неоспоримо, что большое количество заболеваний женщины обуславливается функциональными нарушениями деятельности яичника и, вероятно, гипофиза, а также их взаимной корреляции.

Хотя яичник имеет функцию воздействия на весь организм женщины (регулирование роста костей, обмен веществ, вегетативную нервную систему, вторичные половые признаки, *libido sexualis* и т. п.), но их специфической функцией является воздействие на матку, в частности построение ее слизистой оболочки.

Имея в руках действительный гормон яичников, можно достигнуть построения слизистой оболочки матки там, где это явление отсутствует. В доказательство этого положения Zondek'ом¹⁷) приводится случай, где у аменорройной женщины, страдавшей типичскими явлениями выпадения и установленной оперативным путем гипоплазией внутренних гениталий, было применено лечение фолликулином (в течение 10 дней по 1 амп. 2 р. в день). При повторном выскабливании через 15 дней обнаружены соответствующие изменения слизи-

стой оболочки, полость матки с 6 см. увеличилась до 8-ми, через месяц появилась менструация, повторившаяся в следующем месяце. У больной исчезло многолетнее страдание. Случай поучителен в том отношении, что «путем фолликулина у людей можно вызвать метаморфозу слизистой оболочки, которая идет от стадии покоя до начинающейся стадии секреции. Слизистая оболочка создает, как показывает появление гликогена, условия для нилации яйца». Как в данном случае действовал гормон—непосредственно на матку, или же путем возбуждения покоящейся функции яичника? Автор допускает последнее, т. е. здесь дело идет о возбуждении функционально поврежденных яичников. Но можно ли гормоном заменить отсутствующую функцию, т. е. повлиять на слизистую оболочку матки кастрированной женщины? Оказывается, что это возможно. Это доказывается случаем автора, где у кастрированной женщины с мучительными явлениями выпадения после лечения фолликулином появилось маточное кровотечение, а в слизистой оболочке появился гликоген. Т. о., при помощи фолликулина можно слизистую оболочку матки привести к построению. Действительным оказывается фолликулин также и при климактерических страданиях.

Положительное действие фолликулина на вторично-половой характер человека доказывается случаем автора, где после 3½ нед. лечения у аменорройной больной с явными признаками инфантилизма было обнаружено развитие грудных желез и рост волос подмышкой.

Что касается показаний для лечения фолликулином, то таковыми являются все нарушения функции яичника (hypo-menorrhea, amenorrhea, hyperplasia с бесплодием, инфантилизм и т. д.), а далее—овариальные кровотечения, климактерические страдания, может быть дисменоррея и т. д. Все это, конечно, нуждается в подтверждении и проверке на большом материале.

Биологическая реакция на беременность.

Чрезвычайно важное практическое значение имеет открытие гормона передней доли гипофиза в моче беременных. Т. к. гормон появляется в моче беременных очень рано (его присутствие было определено на 35-й день после последних месячных), это обстоятельство может быть использовано для биологической диагностики ранней беременности. Выпрыскивая сексуально незрелой мыши 1-2 к. с. мочи и контролируя состояние ее гениталий (влагалище, матка, яичники) можно судить о наличии гормона передней доли гипофиза в моче, а, следовательно, о наличии беременности. Доказательство в моче яичникового гормона для биологического диагноза беременности не годится, т. к. этот гормон в 1-2 к. с. мочи раньше 8-10 нед. беременности не всегда может быть доказан с абсолютной ясностью.

Aschheim'ом и Zondek'ом¹⁸⁾ было исследовано таким путем 78 случаев беременности, причем у 76 реакция была безусловно положительной, в 1 случае положительная реакция получилась после повторного испытания и в 1 случае реакция была неясна. Одновременно было сделано 236 контрольных наблюдений (моча женщин в различных менструальных фазах, с доброкачественными опухолями, воспалительными заболеваниями, здоровых женщин). Из 198 контрольных слу-

чаев (из общего количества исключены 16 случаев эндокринных заболеваний и 22 случая карциномы) только 2 раза реакция была положительной. Источники ошибок данного метода определяются в 4 проц., что ни одним биологическим методом до сих пор еще достигнуть не удалось.

Разумеется, приведенными данными ни в коей мере не исчерпывается возможность клинического применения биологического метода доказательства сексуального гормона и его применения в выделенном чистом виде у постели больной женщины. Слишком мал еще срок, чтобы сколько-нибудь широко развернуть клинические наблюдения. Однако, можно смело предположить, что в непродолжительном времени мы будем в состоянии иметь в руках ключ к распознаванию и лечению гинекологических заболеваний эндокринной природы, которые до сих пор составляли большой пробел в наших знаниях больного организма женщины.

Л и т е р а т у р а :

- 1) B. Zondek u. Aschheim. Zeitschr. f. Geb. u. Gynak. Bd. 90; Archiv f. Gynak, Bd. 127; Klin. Wochenschr. 1926 г., № 10; № 22.
- 2) B. Zondek. Kl. Wochenschr. 1926 г. № 27.
- 3) B. Zondek u. Aschheim. Kl. Wochenschr. 1926 г. № 47.
- 4) Mahnert u. Siegmund. Zbl. f. Gynak. 1927 г. № 26.
- 5) Frank. Kl. Wochenschr. 1928 г., № 27.
- 6) Fels. Kl. Wochenschr. 1926 г., № 50.; Archiv f. Gynak. Bd. 130, 1927 г.
- 7) Trivino. Kl. Wochenschr. 1926 г. № 43.
- 8) Amati. Zbl. f. Gynak. 1928 г. № 41.
- 9) Zondek u. Aschheim. Archiv f. Gynak. Bd. 130, 1927 г. Medicin. Klinik 1927 г., № 13.
- 10) См. 6.
- 11) Цит. по Zondek'у и Aschheim'у.—см. Klin. Wochenschr. 1927 г. № 28.
- 12) Aschheim и Zondek. Klin. Wochenschr. 1927 г. № 28.
- 13) Zondek. Kl. Wochenschr. 1928 г. № 11.
- 14) Zondek u. Aschheim. Klin. Wochenschr. 1928 г. № 28.
- 15) См. 12.
- 16) Dohrnu. Faure. Klin. Wochenschr. 1928 г. № 20.
- 17) См. 2.
- 18) Aschheim u. Zondek. Klin. Wochenschr. 1928 г. № 1.

К ВОПРОСУ „ОБ „Ulcus vulvae acutum*)“.

Ассистент И. З. ТАЛАЛОВ.

Из клиники кожных и венерических болезней Пермского Государствен. Университета.
Директор-проф. М. А. Розентул.

В 1904 году Lipschutz впервые наблюдал своеобразную форму язвенных наружных поражений женских половых органов, которую в отличие от венерических язв вначале обозначил просто как «Ulcus pseudovenereum» и только после того, как имел возможность наблюдать и изучить целый ряд случаев, в 1912 году выделил ее как самостоятельное заболевание и присвоил общепотребительное в настоящее время наименование—«Ulcus vulvae acutum».

*) Доложено в Пермской Окружной Научной ассоциации врачей 27 марта 1929 г.

Независимо от Липшютца, приблизительно в то же время, нашим соотечественником Чапиным было обращено внимание врачей на невенерические язвы наружных женских гениталий, которые клинически и бактериоскопически оказались сходными с описанными Липшютцем. Это дало повод Глауберзону совершенно справедливо оспаривать приоритет описания их у Липшютца. Мещерский же идентифицирует с и. г. а. венероидные язвы, описанные в 1903 году Welander'ом. Сам Липшютц, не отрицая сходства отдельных клинических симптомов и. в. а. с язвами, описанными Welander'ом и Чапиным, однако, не считает их за идентичные заболевания. Во всяком случае, если можно оспаривать приоритет в описании этого интересного и редкого заболевания, то изучение его почти всецело принадлежит Липшютцу.

Сравнительная редкость и. в. а. (всего в литературе описано около 70 случаев) отчасти объясняется недостаточным знакомством с этим заболеванием широких врачебных кругов, следствием чего являются диагностические ошибки. С другой стороны, быть может не все описанные в литературе под названием и. в. а. случаи следует признавать за таковые, благодаря разногласиям в определении понятия об и. в. а. Одни авторы (Bingel, Meta Oelze—Rheinboldt, Уманский) под и. в. а. подразумевают лишь определенный клинический симптомо-комплекс, в то время как другие (Lipschutz, Scherber, Глауберзон) решающим моментом в диагностике и. в. а. считают наличие *bacillus crassus*. В связи с этими противоречиями неясными остаются патогенез и этиология заболевания, требующие для своего разрешения дальнейших наблюдений. В виду научной и практической важности вопроса мы позволим себе несколько подробнее остановиться на клинике, патогенезе и этиологии и. в. а., тем более, что в русской литературе этому вопросу посвящено всего две работы (Чапин, Уманский).

И. в. а. встречается большей частью у девушек, не живших еще половой жизни, или у молодых женщин на слизистой вульвы или в ее окружности и характеризуется болезненностью, быстрым и доброкачественным течением и наличием в мазках из язвы толстых, грампозитивных с обрубленными концами палочек, названных Липшютцем *bacillus crassus*. По клиническому виду Липшютц различает три формы: 1) гангренозную, 2) венерическую, 3) милиарную.

И. в. а. *gangrenosum* характеризуется быстрым образованием язв с появлением озноба, лихорадки, сильной жгучей боли и быстрым же в течение ближайших 48 часов распадом ткани, распространяющимся в глубину, что при частой локализации язв на малых губах приводит к их перфорации. Объективное исследование показывает резкую отечность малых губ и вульвы и явления мацерации эпителия в окружности *anus*'а. Имеющиеся язвы покрыты плотно приставшим различной толщины грязным, серовато-желтым до синевато-черного цвета сухим струпом с своеобразным, неприятным, но негнилостным запахом, свойственным обычным гангренозным язвам. Образование язв сопровождается повышением t^0 до 39—40°, спадающей в течение ближайших же дней, одновременно с отделением струпа, которое обычно начинается с краев язвы. По отпадении струпа обнажается гнойно-волокнистое основание язвы. Весь процесс заканчивается обратным развитием с образованием рубца приблизительно в течение 2-х недель.

Венерическая форма и. в. а. протекает не так бурно, как гангренозная. Обычно внимание больных привлекает болезненность при ходьбе и мочеиспускании. Общее самочувствие не нарушено, лишь иногда вначале наблюдается незначительное повышение температуры. При наружном осмотре находят в большем или меньшем числе различной величины язвы, имеющие сходство с мягкошанкروزными. Наиболее частая локализация—*vestibulum*, реже на больших половых губах или в окружности их. Язвы представ-

ляются резко очерченными, скруто спускающимися, слегка подрывными краями, с ровным, гладким дном, покрытым гнойным или фибринозным налетом. Величина язв от ногтя мизинца до 50-ти копеечной серебряной монеты. По форме они могут быть круглыми, овальными и т. п. Процесс длится 2—3 недели. Заживление происходит с образованием поверхностного рубца.

Третья морфологическая разновидность *u. v. a.*—*u. v. a. miliaris* встречается лишь как сопутствующее явление при венерической форме и характеризуется быстрым образованием извочек, величиною с булавочную головку. Обычная локализация—край больших половых губ, реже на внутренней поверхности малых губ или коже промежности. Извочки имеют несколько углубленное дно, покрытое небольшим количеством гноя, слегка возвышающиеся края и гиперемический венчик в окружности и, как правило, совершенно излечиваются в течение нескольких дней. Обычно при всех трех формах *u. v. a.* лимфатические железы не вовлекаются в патологический процесс, лишь иногда отмечается незначительное увеличение и легкая болезненность паховых желез. Несмотря на морфологические отличия отдельных форм *u. v. a.*, все три формы имеют целый ряд общих симптомов: 1) внезапное начало заболевания, 2) резкую болезненность при движении и мочеиспускании, 3) благоприятное кратковременное течение, 4) наклонность к рецидивам, 5) частое совпадение появления язв с менструальным периодом, 6) наличие *bac. crassus* в мазках из язв, 7) неудачу аутоинкуляции.

Гистологически *u. v. a.* Липшютц определяет как воспалительный процесс причем изменения касаются главным образом венозных разветвлений. В острой стадии находят сильную лейкоцитарную инфильтрацию поверхностных слоев ткани. В этом слое при окраске по Gram'у, Unna-Pappenheim'у или Giemsa помимо стафилококков, встречающихся в скудном количестве, находят многочисленные *bac. crassus* большей частью экстрацеллюлярно, реже фагоцитированными. В более глубоких слоях *corium'a* отмечается сильное расширение сосудов, просвет которых заполнен лейкоцитами. Вокруг сосудов значительный инфильтрат из лимфоцитов и фибробластов. Эластические волокна в области поражения почти отсутствуют. Не все авторы, однако, подтверждают гистологическую картину, описанную Липшютцем. Так, Arzt, например, при гистологическом исследовании обнаружил картину банального воспаления, а также не встретил в срезах и *bac. crassus*. Monacelli отмечает образование *periarteriitis nodosa*. Липшютц, признавая за возбудителя *u. v. a.* *bac. crassus*, глубокую инфильтрацию тканей объясняет специфическим действием на определенные комплексы клеток диффундирующего в глубину токсина, как это наблюдается, например, при других инфекциях (столбняк, гоноррея). Roederer и Sloimovici также указывают, что сосудистые и инфильтративные изменения в глубоких слоях *corium'a* объясняются токсическим действием *bac. crassus*, который располагается в поверхностных слоях язвы.

В 1918 году Scherber'у впервые удалось получить чистую культуру *bac. crassus* в анаэробных условиях и доказать его идентичность с вагинальной палочкой Doderlein'a. Липшютц же, для получения культуры не считает обязательным условием анаэробность среды и предлагает производить посевы на асцит-агаре в чашках Петри с последующим пересевом через 48 часов для получения чистой культуры *bac. crassus*. Heim рекомендует производить посевы на сахарном агаре в чашках Петри или в сахарном бульоне в анаэробных условиях. При посеве на сыровотку Löffler'a получается уродливый рост *bac. crassus*. Здесь можно встретить спираллы, короткие и изогнутые нити в форме крючков и петель и, наконец, глыбообразные формы. Выращенные Липшютцем штаммы *bac. crassus* при опытах на человеке оказались непатогенными. Scherber'у прививкой культуры кроликам в двух случаях удалось вызвать язвы на наружных *genitalia* с типичным нахождением *bac. crassus*. Однако, последующими исследователями опыты Scherber'a не были подтверждены. *Bac. crassus* является

обычным сапрофитом вульвы, влагалища и шейки матки. По исследованиям Scherberg'a на большом материале *bas. crassus* в 75 проц. случаев преобладает над другими микроорганизмами у девственниц. у дефлорированных он отходит на задний план с тем, чтобы во время беременности в большинстве случаев опять вытеснить другие микроорганизмы. Для признания за ним патогенных свойств необходимо допущение особых факторов, благодаря которым сапрофит мог бы приобрести патогенные свойства. Липшютц допускает за *bas. crassus* свойства митигации. По аналогии с другими заболеваниями (фурункулез, лакунарная и Plaut-Vincent'овская ангины, гангренозная язва penis'a и др.), происхождение и. в. а. относит за счет аутоинфекции. Roederer и Sloimovici, не высказываясь в положительном смысле за этиологическую роль *bas. crassus* в происхождении и. в. а., однако, допускают гипотезу Липшютца, что под влиянием каких то неизвестных факторов *bas. crassus*, являющийся типичным сапрофитом, может приобретать патогенные свойства. M. Donagh, считая за возбудителя и. в. а. *bas. crassus*, высказывает предположение, что он является начальной формологической формой Vincent'овского симбиоза. Scherberg на ряду с гипотезой Липшютца допускает возможность происхождения и. в. а. от других причин, при чем *bas. crassus* поселяется вторично или если он отсутствует в секрете влагалища, то поселяются другие бактерии. Monacelli совершенно отрицает этиологическую роль за *bas. crassus*, приписывая последнюю какому-то еще неизвестному возбудителю общей инфекции. Интересно, что такое же предположение высказывалось и Чапиным, которому была еще неизвестна ближе природа обнаруженных им в мазках из язвы палочек. Schugt рассматривает и. в. а. как ангионевротическую гангрену, при чем считает обязательным наличие в язвах *bas. crassus*. Meta Oelze-Rheinboldt и Bingel признавая неразрешенным вопрос о возбудителе и. в. а., различают три группы язв: 1) асептические язвы, 2) язвы с преобладанием *bas. crassus* и 3) язвы, при которых встречаются всевозможные бактерии. Точно также Уманский и Vicquicchio не признают за и. в. а. единой этиологии и рассматривают ее лишь как определенный клинический симптомокомплекс.

Из этого краткого литературного обзора видно, что в вопросе об и. в. а. достаточно освещенной остается пока клиническая сторона. Что касается этиологии и патогенеза, то они до сих пор не ясны и требуют дальнейшего изучения. Ни одна из предположенных для объяснения патогенеза и. в. а. гипотез не разрешает вопроса, какую роль в ее происхождении играют конституциональные и кондициональные факторы. Единственно, что нам известно, это частое совпадение появления язв с менструальным периодом, но имеет ли это какое либо отношение к патогенезу и. в. а. и, если имеет, то какое, до сих пор не изучено. Отсюда следует, что разрешение вопроса об и. в. а. требует дальнейшего накопления и изучения материала. В течение года в нашей клинике мы имели возможность наблюдать три случая и. в. а. краткие истории болезни которых привожу ниже.

Случай I-й. Больная Л., 14 лет, няня, направлена в клинику Мотовилихинским вендиспансером для консультации по поводу имеющейся у нее на правой малой губе язвы. Заболела внезапно. Жалобы на боль при мочеиспускании и ходьбе. В прошлом никаких заболеваний не отмечает. Не менструировала.

St. praesens. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Видимые слизистые оболочки бледноваты. Лимфатические железы не прощупываются. Вторичные половые признаки слабо выражены. Virgo intacta. На внутренней поверхности правой малой губы в средней ее трети, ближе к основанию hymen'a располагается язва, величиною с 20 коп. серебряную монету неправильной овальной формы, с круто спускающимися к дну язвы слегка подрытыми краями, с гладким ровным дном, покрытым фибринозным налетом. Основание язвы не уплотнено. Слизистая vestibulum нормально окрашена. В мазках из язвы—*bas. crassus*. Многократные исследования на гонококки, стрептобациллы, Dacrey-Unna и бледную спирохету

с отрицательным результатом. RW, RSG. и RK—аутоинокуляция—без результата. В моче — ничего патологического. В течение 3-х недель при индифферентном лечении (примочки из физиологического раствора) язва поджила с образованием рубца. Клинический диагноз: *Ulcus vulvae acutum*.

Случай 2-й. Больная О., 19 лет, девица, безработная. Обратилась с жалобами на резь при мочеиспускании и образование язвочек на внутренней поверхности малых губ. Заболела внезапно. Coitus отрицает. Заболевание совпало с очередной менструацией, причем менструации не наступило. В прошлом ничем не болела. Наследственность отрицает. В детстве мастурбировала.

St. praesens. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Кожа и видимые слизистые оболочки нормально окрашены. Лимфатические железы не прощупываются. Внутренние органы и нервная система N. Genitalia: virgo intacta. Гипертрофия малых губ и сильное развитие свободных слюнных желез на внутренней поверхности их. Сальные железы представляются в форме желтовато-беловатых узелков, величиною от булавочной головки до конопляного зерна и особенно резко выступают при растягивании губ, причем кожа принимает шагреновый вид. Ближе к основанию *hymen*'а располагаются три язвочки (одна слева и две справа), величиною от чечевицы до 20-ти копеечной серебряной монеты, неправильно овальной формы, резко контурированные, глубиною около трех миллиметров. Края язв отвесно спускаются к дну, слегка подрыты; дно ровное, покрыто гнойно-фибринозным налетом, по снятии которого открывается бледно-розового цвета основание с просвечивающей сетью сосудов. По краю язв виден узкий гиперемический венчик. Основание не уплотнено. Регионарные лимфатические железы не прощупываются. В мазках из язв *bac. crassus* и в небольшом количестве вульгарные кокки. Гонококки, стрептобациллы *Ducrey-Unna* и бледные спирохеты при многократном исследовании не обнаружены. RW., RSG. и RK.—аутоинокуляция дала отрицательный результат. Точно также оказались безуспешными внутри-и подкожные прививки эмульсии содержимого язв с физиологическим раствором морским свинкам. Прививки гноя на внутреннюю поверхность малых губ менструировавшим и немениструировавшим сифилитикам реакции не дали. Имевшиеся у больной язвы поджили без лечения с образованием рубца в течение 3-х недель. Трехмесячное последующее наблюдение за больной и многократные исследования мазков из влагалища и преддверия всегда давали одинаковый результат — чистую культуру *bac. crassus*. *Menses* нормальны. Реакция влагалищного секрета кислая.

Случай 3-й. Больная Б. 20 лет, вдова, крестьянка. Обратилась в клинику с жалобами на болезненные язвочки на половых органах. Во время последних месячных почувствовала резь при мочеиспускании, а по окончании их заметила язвочки на малых половых губах. Последний coitus 1½ года тому назад. Из прошлых заболеваний отмечает сыпной тиф в 1920 году. *Menses* с 16 лет, неправильны. Беременностей не имела. В детстве мастурбировала.

St. praesens. Б-ная среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Кожа и видимые слизистые оболочки N. Из лимфатических желез прощупываются паховые величиною с крупную горошину, неспаянные, слегка болезненные. Внутренние органы и нервная система N. Genitalia: малые губы гипертрофированы, на внутренней поверхности их сильное развитие слюнных желез; *vestibulum* не воспалено. На внутренней поверхности малых губ симметрично располагаются две язвочки неправильно четырехугольной формы, величиною с 20-ти копеечную серебряную монету, резко контурированные, с круто-спускающимися к дну язвы слегка подрытыми краями. Дно язв покрыто фибринозно-гнойным налетом, не уплотнено. Резкая болезненность при соприкосновении. В мазках из язв *bac. crassus* и в большом количестве грампозитивные кокки. Посев на асцит-агар на ряду с типичными колониями белого стафилококка дал отдельные колонии *bac. crassus*. Многократные исследования мазков на гонококки, стрептобациллы *Ducrey-Unna* и спирохеты *Schaudinn*'а—безрезультатны. Аутоинокуляция, а также прививка гноя на внутреннюю поверхность малых половых губ менструировавшим и немениструировавшим сифили-

тичкам не дали результата. Точно также неудачными оказались прививки содержимого язв морским свинкам. Язвы поджили без лечения с образованием рубца, в течение 18 дней. Клинический диагноз: *Ulcus vulvae acutum*.

Резюмируя наши наблюдения мы можем отметить ряд своеобразных особенностей процесса, которые позволили нам легко диагностировать его как и. в. а. Во всех случаях заболевание характеризовалось внезапным началом, болезненностью при мочеиспускании, образованием язвочек на наружных половых органах и отсутствием какой либо связи с coitus'ом, так как двое из пациенток были девственницы, а третья—отрицала половую жизнь в течение последних полутора лет. Связь с менструацией, наличие в мазках *bac. crassus* и отрицательный результат аутоинокуляции дополнили картину, характерную для и. в. а. Тем не менее, из практических соображений мы считаем необходимым провести дифференциальную диагностику с рядом заболеваний, имеющих сходство с и. в. а. и, в первую очередь, с венерическими язвами. Мягкошанкروزные язвы отличаются от и. в. а. изрытостью дна, часто сопутствующими регионарными болезненными бубонами, наличием в мазках стрептобациллы *Ducrey—Unna*, положительным результатом аутоинокуляции и связью заболевания с половым заражением. Против твердого шанкра говорит значительный дефект ткани, отсутствие характерного уплотнения основания язвы, резкая болезненность, неудача многократных исследований на бледную спирохету и отсутствие склераденита.

Herpes proenitalis легко исключается благодаря характерной для него полицикличности краев поверхностной эрозии и сравнительной эффективности течения. В дифференциально-диагностическом отношении следует учитывать и гонорейные язвы, развивающиеся или самостоятельно или вторично, путем вскрытия так называемых псевдоабсцессов (нагноение вестibuлярных железок). Отличием могут служить помимо симптомов гонорейного процесса наличие чистой культуры гонококков в мазках из язв. Большое клиническое сходство с и. в. а. представляют язвы наружных женских гениталий, встречающиеся в течение брюшного тифа, описанные впервые *Cursehmann*'ом. В случаях брюшного тифа при дифференциальной диагностике язв решающим моментом должны быть бактериоскопические и бактериологические исследования, так как *Линшютцем* и *Scherber*'ом в течение брюшного тифа был описан и и. в. а., как самостоятельный процесс с типичным нахождением *bac. crassus*. *Planner* и *Remenonsky* указывают на сходство с и. в. а. описанных ими язв наружных гениталий у женщин в течение *Erythema nodosum*, которые авторами рассматриваются как атипически протекающая *Erythema nodosum* в зависимости от ее локализации на слизистых оболочках. Отличительным признаком может служить то обстоятельство, что и. в. а. встречается большей частью у молодых, крепких особ, в то время как описанные ими язвы были обнаружены у пациенток зрелого возраста с ослабленным питанием. Против и. в. а. говорит также и отсутствие *bac. crassus*. *Pils*, однако, описанные *Planner*'ом и *Remenowsky*'м язвы не принимает за самостоятельную форму и относит их в группу афтоза. Афтозный вульвит, не представляющий диагностических затруднений в начальной форме, в особенности сопровождающийся характерными изменениями на слизистой оболочке ротовой полости в дальнейшем течении, с превращением характерных эфлоресценций в язвы может дать повод к смешению с и. в. а. В таких случаях, как указывают *Planner* и *Remenowsky*, диагноз ставится только клинически, путем исключения других видов язв, так как бактериоскопически афтозные

язвы не имеют постоянной и характерной картины. Если принять во внимание взгляд авторов (Bingel, Meta Oelze-Rheinboldt, Уманский), рассматривающих и. в. а. лишь как клинический синдром с различной этиологией, то в отдельных случаях отличие и. в. а. от афтозных язв становится невозможным. Точно также, как видно из дифференциальной диагностики, многие из приведенных нами заболеваний имеют клиническое сходство с и. в. а. Это создает затруднение при постановке правильного диагноза. Необходимо какой-то более определенный критерий. Линиютц полагает, что только нахождение *bac. crassus* дает право диагностировать и. в. а., в противном случае всякий язвенный процесс наружных женских гениталий, имеющий известное клиническое сходство с и. в. а., может быть причислен сюда. Если мы обратимся к литературным данным, то оказывается, что положение Линиютца подтверждается большинством наблюдателей (Scherber, Monacelli, Roederer и Sloimovici, Уманский и др.). Правда, некоторыми авторами (Уманский, собственное наблюдение) наряду с *bac. crassus* были найдены и другие микроорганизмы, но это не противоречит положению, выдвинутому Линиютцем, который указывает, что нахождение чистой флоры *bac. crassus* в мазках из язв зависит от стадии процесса и опрятности больных. Для иллюстрации как некоторые вульгарные язвенные процессы на наружных *genitalia* у женщин могут имитировать и. в. а., я позволю себе остановиться на одном наблюдении.

Больная Р., 20 лет, девица, домашняя прислуга. Обратилась с жалобами на боли и резь при мочеиспускании. Случайный *coitus* три дня тому назад. Объективно, картина острой гонорреи. Повторное исследование на гонококки дало отрицательный результат. Через 3 недели после *menses* снова почувствовала резь при мочеиспускании. При наружном осмотре обнаружены на внутренней поверхности малых губ симметрично располагающиеся язвочки, величиною с 10 коп. серебряную монету, резко контурированные, с круто спускающимися к дну язвы слегка подрытыми краями, с гладким ровным дном, покрытым гнойно-фибринозным налетом. Такого же характера язвочка располагалась на передней губе наружного маточного зева. Паховые железы не увеличены. Слизистая *vestibulum* и шейки нормально окрашена, выделений из влагалища нет. Моча прозрачна. Клинический диагноз — и. в. а. Однако, многократные исследования мазков давали всегда одинаковый результат — вульгарную кокковую флору. *Bac. crassus*, гонококки, стрептобациллы *Ducrey-Unna* и бледная спирохета отсутствовали. В дальнейшем течении болезни — двухсторонний паховый бубон, сопровождавшийся повышением температуры. Через месяц, после очередных *menses* — рецидив.

Описанная клиническая картина имеет несомненное сходство с и. в. а. Внезапное начало заболевания, связь с менструальным периодом, рецидив, совпавший с очередной менструацией, и, наконец, характер язв, не вызывавший сомнения в правильности диагноза. Тем не менее мы не считаем возможным этот случай отнести к и. в. а., так как, помимо отсутствия *bac. crassus*, дальнейшее течение болезни (болезненный лимфаденит с повышением температуры) дает необычное отклонение от клинической картины и. в. а. По нашему мнению, этот случай следует диагностировать как *Ulcus simplex*, описанный в свое время Buschke, Finger'ом и Jadassohn'ом. Считая за обязательный симптом и. в. а. присутствие в гною язв *bac. crassus*, мы пытались проверить его этиологическое значение. С этой целью произвели ряд прививок гноя, содержащего *bac. crassus* на внутреннюю поверхность малых губ находящимся в стационаре сифилитичкам. В качестве благоприятствующего момента в эксперименте, благодаря частому совпадению появления и. в. а. с *menses*, мы воспользовались менструальным периодом и производили прививки менструирующим сифилитичкам. Все наши попытки оказа-

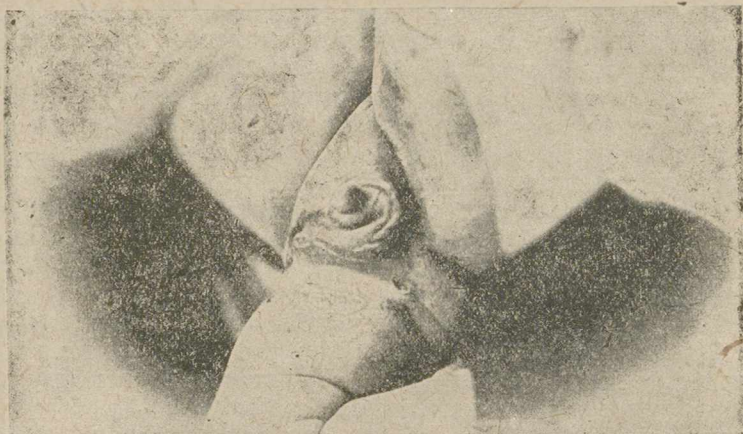
лись безрезультатны. Также не удалась опыты на морских свинках. Полученные нами результаты находятся в согласии с общими литературными данными. Только Scherber'у в двух случаях прививкой чистой культуры кроликам удалось вызвать язвы, содержащие *bac. crassus*. Неудача экспериментов может быть объяснена, с одной стороны, отрицанием этиологической роли за *bacillus crassus*, с другой—невозможностью учесть в эксперименте всех благоприятствующих моментов для проявления бактериями патогенных свойств. Это вполне допустимо по аналогии с заболеваниями, вызываемыми Vincent'овским симбиозом, где конституциональные факторы играют доминирующее значение. Если мы обратимся к литературным данным за разрешением этого вопроса, то оказывается, что имеются только единичные наблюдения, где конституциональные факторы могут фигурировать в качестве патогенетического момента. Так, в случае Schugt'a, у 28 летней пациентки с астенической инфантильной конституцией в течение 8 лет существовали рецидивирующие язвы в области вульвы, слизистой влагалища, вокругности *anus'a* и в полости рта, которые автором диагностировались как *u. v. a.* Остальными исследователями влияние конституции на появление *u. v. a.* не отмечается, также как не можем отметить и мы из личных наблюдений. В большинстве случаев появление *u. v. a.* совпадает с менструальным периодом, но и это условие не обязательно, так как, с одной стороны, заболевание может наступить в раннем детстве, еще до наступления менструаций, а, с другой стороны—Липпшотцем и Volk'ом описаны случаи *u. v. a.* у мужчин. Следовательно, до сих пор нельзя с уверенностью сказать, имеет ли этот симптом какое либо патогенетическое значение. Совершенно невыясненными остаются и местные условия, благоприятствующие появлению *u. v. a.* (реакция влагалищного и маточного секрета, травма, взаимоотношения микрофлоры влагалища и т. д.). Наконец, недостаточно изучены морфологические и биологические свойства предполагаемого возбудителя—*bac. crassus*. На основании этих данных можно констатировать, что вопрос об *u. v. a.* еще не разрешен и требует дальнейшего изучения. Личными наблюдениями мы не можем подтвердить этиологической роли *bac. crassus*, однако, можем отметить, как и большинство авторов, его присутствие в гною из язв во всех наших случаях и этот симптом считаем обязательным для диагностики *u. v. a.* пока остаются неразрешенными этиология и патогенез заболевания. Тем не менее мы считаем весьма целесообразной классификацию язв, предложенную Bingel'em и Oelze-Rheinboldt (асептические язвы, язвы с преобладанием *bac. crassus* и язвы, при которых встречаются всевозможные бактерии), так как это дает возможность накопления клинически однородного материала, что облегчит работу последующих исследователей. Из этих соображений я останавливаюсь еще на одном наблюдении.*).

☛ Мальчик П. 1 года 2 мес. Направлен Мотовилихинским вендиспансером на консультацию с язвами в области паховой складки. Болен 1 неделю. Появлению язвочек предшествовала интертригинозная экзема. Родители и двое братьев больного здоровы.

St. praesens. Ребенок развит соответственно возрасту. Подкожный жировой слой хорошо выражен. Видимые слизистые оболочки бледны. Внутренние органы и нервная система в норме. На внутренней поверхности правого бедра, параллельно паховой складке, располагается продолговато-овальной формы язва, величиною 1×5 сантиметров. Края язвы валикообразно приподняты, слегка подрыты. Дно гладкое, покрыто серовато-беловатого цвета фибринозным налетом, не инфицировано. Такого же характера, но большей длины, язва располагается над паховой складкой у основания мошонки. Примыкая

*). Случай представлен для описания заведующим Мотовилихинским вендиспансером д-ром Г. М. Гурвич, за что выражаю ему глубокую благодарность.

к ней, в области лобка располагается язва овальной формы, величиною с 20 коп. серебряную монету и, наконец, четвертая язва такой же величины и формы, но более глубокая, расположена в бедренно-ягодичной складке. Кожа в окружности язв слегка гиперемирована, мацерирована. Паховые железы не прощупываются. (См. фотографию).



При многократном бактериоскопическом исследовании отделяемого язв обнаружены многочисленные, расположенные кучками, толстые, короткие, грампозитивные, с тупыми концами палочки типа *bas. perfringens*. Исследование на гонококки, стрептобациллы *Discreu-Уппа* и бледную спирохету — безрезультатны. В моче ничего патологического. *Rw*, *Rsg* и *Rk* у ребенка и матери отрицательны. При посеве на кровяную сыворотку бациллы *Löffler'a* не обнаружены. Посев же на асцитический агар, любезно произведенный д-ром Н. Е. Костроминым, дал чистую культуру *proteus vulgaris*. Аутоинокуляция безрезультатна. При местном лечении (обмывание язвочек перекисью водорода с последующей присыпкой дерматолом) язвочки поджили в течение 3-х недель, с образованием поверхностных рубцов.

Описанный случай, имея очевидное клиническое сходство с *u. v. a.* — другой этиологии. Наличие в мазках чистой флоры грампозитивных палочек типа *bas. perfringens* и выделенная чистая культура *proteus vulgaris* определяют природу заболевания. Обычные микробы гниения, частые спутники кишечной флоры у человека, они, очевидно, нашли себе подходящую почву для развития в измененной воспалением коже паховых складок, с застаивающимися здесь продуктами клеточного распада и вызвали в дальнейшем язвенный процесс. Этот случай по классификации *Bingel'a* следует отнести к 3-ей группе.

Закачивая настоящую работу, мы можем на основании литературных данных и личных наблюдений сделать следующие выводы:

1) *Ulcus vulvae acutum* представляет клинический синдром с неясной еще этиологией и патогенезом.

2) Этиологическая роль *bas. crassus* не доказана, тем не менее присутствие его в гною из язв является необходимым условием для диагностики заболевания.

3) Язвенные процессы наружных как женских, так и мужских половых органов, протекающие по типу *u. v. a.*, но без нахождения *bas. crassus* нуждаются в дальнейшем изучении, что даст возможность правильной их классификации.

Л и т е р а т у р а: 1. Lipschutz. Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Bd. 21, 1927; 2. Чапин Р.Ж.К.В.Б. т. 15, 1908; 3. Глауберзон. D. W. Nr. 46, Bd. 87, 1928; 4. Мещерский. Засед. объеди-

ненной конференции I М.Г.У. и Г.В.И. 24-XI-1927; 5. Delbanco. D. W. Nr. 44, Bd. 83, 1926; 6. Heim. M. Kl. Nr. 20, 1921; 7. Meta Oelze-Rheinboldt D. W. Nr. 38, Bd. 75, 1922; 8. Schugt Zbl. d. ges. Mediz. Nr. 39, 1925; 9. Roederer и Sloimovici. Annal. de Derm. et de Syphilis Nr. 2, 1928; 10. Frommer. D. W. Nr. 30, Bd. 81, 1925; 11. Scherber Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Bd. 21, 1927; 12. Уманский. Р.В.Д. т. 5, № 10, 1927; 13. Pils. A. f. D. и S. Bd. 149, 1925; 14. Planner и Remenowsky. Ebenda. Bd. 140, 1922; 15. M. Donagh реф. D. Z. Bd. 47, 1926; 16. Ф. Калломон. Невенерические заболевания половых органов. Изд. «Космос».

К ВОПРОСУ БАКТЕРИОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДНЕГО УХА.

Д-р А. Б. ПШЕНИЧНОВ.

(Тагильская Окружная Санитарно-Бактериологическая Лаборатория).

Хронический гнойный отит, наиболее частая форма ушных заболеваний, по статистике Bezold'a встречается в 20 проц. всех случаев. Вопрос о лечении гнойных отитов является одним из актуальных вопросов отиатрии, так как богатый арсенал старых средств не дает желаемых результатов. Постараемся кратко проанализировать все направления в лечении этого упорного заболевания.

Прежде всего остановимся на фармакологическом, не-специфическом лечении. Политцер выделяет три основных группы: антисептическую, каустическую и лечение спиртом. В редких случаях указанные мероприятия дают хороший результат, и в большинстве процесс совершенно не поддается излечению. Слабый лечебный эффект фармакологических не-специфических средств объясняется двумя причинами: с одной стороны, непроникновением бактерицидных веществ в некоторые отделы среднего уха, где микроорганизмы находят прекрасную питательную среду, с другой, мы не в состоянии вводить сильно антисептические вещества, обладающие достаточной бактерицидной силой, *in vivo* для всех видов возбудителей нагноения.

Быстрый процесс химиотерапии (Ehrlich Morgenrot) обращает внимание клиницистов на новый метод специфического лечения: химиотерапевтическое вещество электрически действует своими определенными молекулами только на химиорецепторы данного микроорганизма. Такие паразитотропные средства применяются при сифилисе, малярии и др. заболеваниях. Успех этих средств в лечебной практике послужил толчком для многочисленных попыток применения химиотерапии при гнойных отитах. Zinck проверил действующий на стрептококковую инфекцию вуцин и на пневмококковую — оптохин. Результаты получились отрицательные; к тем же результатам пришли Zimmerman и Knick, применяя уротропин. Более благоприятные результаты получены Nühsmann'ом с триафлавином и профлавином при отогенных сепсисах. Как видно из этих работ, химиотерапия не нашла широкого применения в ушной практике.

Дальше уделяется большое внимание протеинотерапии. Keil, Kobrake, Compez, Alexander применяют чужеродные белки как при острых, так и при хронических отитах. Благоприятные результаты отмечены только при некоторых формах острых отитов. Вакциноотерапия, получившая широкое применение при многих инфекционных заболеваниях, была применена с мало ободряющим результатом Coates, Nagle, Gulder, и только более ободряющие результаты мы имеем в трудах Moulong'a, Боржм, Baldenweck'a и Тальписа.

Последние работы Безредка о местном иммунитете и антивирусе послужили новым толчком для искания более реальных методов лечения. Антивирус по Безредка представляет из себя атоксическое, термостойкое, легко отделимое от тела микроба вещество, действующее как его антагонист. Кроме указанного свойства, антивирус при местном применении не убивает тканевых клеток, а, наоборот, стимулирует их деятельность, являясь в то же время вакцинирующим началом. Идея местной иммунизации и благоприятные отзывы применения антивируса послужили поводом для применения в отиатрии. Первые сообщения мы имеем в работах Басс и Бруа, которым удалось в течение нескольких дней ликвидировать фурункулез слухового прохода. Через некоторое время проф. Дайхес применяет с успехом антивирус при гнойных отитах. Противоположные результаты мы имеем в работах Волфкович и Темкина, которые не отмечают преимуществ метода Безредка перед другими и свое противоречие объясняют наличием у последнего большинства больных с доброкачественным отитом. Кроме того,

в наиболее эффективных, приводимых автором случаях производилось, помимо лечения по Безредка, выскабливание грануляций, прижигание и удаление полипов. Благоприятные отзывы о лечении отитов по Безредка отмечены в работах Черняка, Медведевой и Корсакова.

Критическая оценка перечисленных методов не может дать больших преимуществ одного метода перед другим: все они заставляют желать много лучшего. Тенденция последних лет в сторону радикальных операций не разрешит проблемы лечения хронических гнойных отитов, так как для операций нужны определенные показания, и она невозможна в простой участковой обстановке.

В поисках биологического агента, действующего на микрофлору, Меерович и Калинин остановились на болгарском бацилле, *Bac. bulgaricus* был впервые выделен в 1903 г. Michels'om и Григорьевым из югурта (болгарской простокваши). Гинзбург выделил последнего из кумыса. Являясь одним из возбудителей молочно-кислого брожения, микроб этот по крайней мере в три раза превосходит другие микробы своей группы по своей способности перебраживать углеводы и сахаристые вещества. Еще давно была известна возможность борьбы с гнилостными микробами кишечника при помощи соответственным образом подобранных микробов «антагонистов», но все эти попытки носили чисто эмпирический характер. Заслуга П. И. Мечникова заключается в том, что он путем многочисленных опытов изучил явления антагонизма, остановился на употреблении определенной чистой культуры и выбрал наиболее активного антагониста-возбудителя молочно-кислого брожения. Если вводить в кишечник животных микробов молочно-кислого брожения (Tussier, Белоновский, Cohendy, Бердников), то удается изменить флору кишечника. Одновременно с этим количество эфирно-серных кислот в моче значительно понижается—обстоятельство, указывающее на понижение образования индола и др. токсических продуктов гниения.

Главным действующим началом является молочная кислота, содержание которой по проф. Белоновскому 3,2%, по Грекову до 1,1%. Преимущество употребления разведки перед чистой молочной кислотой значительно: во-первых, молочная кислота быстро сгорает в организме, а потому действие ее кратковременно, во-вторых, лактобацилл, находясь в благоприятной среде, непрерывно продуцирует вновь молочную кислоту, и, в третьих, действие химического агента *in statu nascendi* энергичнее. Проф. Белоновский считает, что в механизм действия палочки нужно включить продуцирование особого токсина.

Являясь сильным антагонистом патогенных микробов, благодаря своим ферментативным способностям, болгарская палочка не убивает тканевых клеток, а, наоборот, стимулирует их деятельность и ведет к быстрому рубцеванию пораженного места. После широких лабораторно-экспериментальных работ (Cohendy, Розенталь, Белоновский и др.) подтвердилось чрезвычайно энергичное дезинфицирующее свойство культуры *Bac. Bulgaricus*, и с этих пор новое средство, выйдя из рамок чистого эмпиризма, вводится в практику бактериотерапевтических процедур. Первая попытка введения *B. Bulgaricus* для лечения гнойных отитов принадлежит Мееровичу и Калинину, которым удалось провести наблюдение над 24-мя больными. В 60 и лишним процентах они получили полное выздоровление и в 30% значительное улучшение. За выздоровление считали полное прекращение выделений из барабанной полости, сопровождавшееся в отдельных случаях (при небольших перфорациях) рубцовым закрытием барабанной перепонки, отсутствием в посевах бактерий, значительным уменьшением выделений и исчезновением запаха. Такие данные говорят за значительное преимущество предложенного метода перед другими, до сих пор применяемыми, методами консервативного лечения. Кратковременное наблюдение (не более одного месяца) за лечеными и крайне небольшой материал являются слабой стороной работы Мееровича. За истекший период по интересующему нас вопросу мы нашли сообщение Дядченко—наблюдение над лечением 50 человек и Коган—над 7-ю.

При проведении нашей работы поставлены были следующие основные задачи: охватить более значительный материал, установить наблюдение за лечеными не менее $1\frac{1}{2}$ года, отказаться от применения каких-либо параллельных процедур, кроме механической очистки полости уха перед введением культуры *B. bulgaricus* и постараться выяснить успех лечения в зависимости от бактериофлоры отита. К сожалению, отсутствие клинической обстановки не позволило включить в ряд наших задач вопроса зависимости успеха лечения от тонко-анатомических и клинических особенностей отдельных групп гнойных заболеваний среднего уха.

Больных, подвергшихся лечению культуры лактобацилла, мы провели 201, из них в возрасте до 10 лет 79 и свыше 10 лет 128. По анамнезу отит

отмечен у 80 после скарлатины, 67 кори, 3 гриппа, 11 от неизвестной причины, 5 травмы и попадания инородных тел и у 3 оспы. Все больные по длительности процесса разделены на 4 группы: от 3-х месяцев до 1 года 41 случай, до 5 лет 160 случаев, до 10 лет 59 и свыше 10 лет 21 случай. В прошлом у 191 больного проводилось консервативное фармакологическое лечение, давшее у 69 временное улучшение, 122 безрезультатно, 10 человек не лечилось. В период поступления для лечения культурой болгарской палочки обильное гноетечение отмечено у 131, среднее у 50 и слабое у 20 человек.

Для лечения мы пользовались культурой *B. bulgaricus*, доставленной из института им. И. И. Мечникова. При определении молочной кислоты лактобацилла (сутки выдерживалась в термостате при 37°, а затем сохранялась при комнатной температуре) ее содержалось в среднем через сутки 1,1 проц., через четверо 3,2 проц., через 10 дней 3,33 проц. Для бактериотерапии нами применялась 5—12 суточная культура. От молодой культуры лечебный эффект получался слабее, что скорее всего находит объяснение в малом содержании бактерицидных веществ в молодых культурах. Теоретическая предпосылка—малый процент молочной кислоты—также говорит не в пользу применения культуры лактобацилла моложе 4—5 дней. Слишком старые культуры настолько сгущались, а бактерии аутолизировались, что к употреблению оказались мало пригодными. Посев *B. bulgaricus* производился на снятое стерильное молоко, сутки выдерживался в термостате и в дальнейшем сохранялся при комнатной температуре.

Чтобы сделать способ приготовления достоянием участкового врача, мы пробовали проводить приготовления в самых примитивных условиях вне лабораторной обстановки. Снятое молоко кипятилось несколько минут в пробирке, остужалось и засеивалось сохраняющимся при комнатной температуре культуры *B. bulgaricus*. Взятие культуры при пересевах производилось стеклянной палочкой, фламбированной на спиртовке. В дальнейшем термостат заменялся русской печью, в которую посев помещался на ночь, если печь была протоплена с утра. Нужно оговориться, что культура, сохраняемая и поддерживаемая в таких примитивных условиях, скорее теряет свои ферментно-образовательные функции и нуждается через 2—3 месяца в замене свежей культурой, получаемой из института или большой лаборатории.

Методика терапии чрезвычайно проста и вполне выполнима при амбулаторном лечении. Сухой стерильной ваткой на палочке удаляется скопление гноя. В пипетку набирается 6—8 капель культуры *B. bulgaricus*. Если культура сильно сгустилась, то встряхиванием или петлей легко удаётся ее разжижить. В некоторых случаях разжижение мы получали после добавления небольшого количества физиологического раствора. После этих манипуляций культура из пипетки вливается в ухо до полного заполнения слухового прохода. Вливание лучше производить при наклонном положении головы больного в противоположную сторону. После вливания больного заставляют сидеть с наклоненной головой 6—10 минут, чтобы дать возможность жидкости проникнуть в глубже лежащие отделы барабанной полости, а затем в слуховой проход вкладывается небольшой тампон, препятствующий обратному вытеканию жидкости. После указанной манипуляции больные отпускались. Вливания производились ежедневно, и количество их колебалось от 5 до 25 (в 5 случаях более 30 вливаний), в зависимости от получаемых результатов лечения гнойного отита.

Результаты лечения мы подразделили на 3 группы. В первую группу отнесены случаи полного выздоровления, во вторую улучшения и в третью случаи, где лечение было безрезультатно. За выздоровление мы считали

полное прекращение выделений из барабанной полости, отсутствие в посевах и мазках бактерий и рубцевание пораженного участка. К группе улучшений отнесены те случаи, где не удалось вполне ликвидировать выделения: они становились скудными (не более 2—3 капель за сутки), серозного характера, без запаха и давали при посевах бедный рост.

Из 201 больного у 95 человек, т. е. 47,2 проц. получено выздоровление, у 99, т. е. 49,4 проц. улучшение и у 7, т. е. 3,4 проц. лечение осталось безрезультатно. Каких-либо закономерных данных в результатах лечения в зависимости от предшествовавшей отиту инфекции установить не удалось. Более длинные хронические отиты значительно труднее поддавались лечению, они и составили главным образом, последние группы. В третью группу, состоящую только из 7 человек, где лечение оказалось безуспешно, вошли больные с длительностью отита более 10 лет, из них у 5 имелся резкий зловонный запах и большие выделения. У значительного количества лиц после лечения отмечено повышение слуха. У некоторых больных (26 проц.) было достаточно 4—6 вливаний, чтобы ликвидировать процесс, у большинства (52 проц.) лечение тянулось не менее 10 дней, в остальных случаях (22 проц.) лечение производилось более 20 дней с перерывами через 10 вливаний на 3—4 дня. Интересно отметить, что затихание болезни в 17 проц. происходило скачками. Гноетечение, прекратившееся в самом начале применения лактобацилла, через 2—3 вливания снова возобновляется; затем процесс опять затихает, чтобы иногда (3 проц.) дать еще вспышку, но уже значительно более слабую, чем первая. Дальнейшая наша задача состояла в наблюдении за больными, леченными культурой лактобацилла. К сожалению, из 201 больного нам удалось проследить в течение года только 26 человек и в течение $1\frac{1}{2}$ года 32 человека. Из наблюдаемых случаев рецидив отмечен у 5 человек, из них у 4 вскоре после перенесенных случайных инфекций. Бактериологическое исследование экссудата уха больных до лечения с целью выяснения бактериофлоры было произведено у 86 чел. Из них у 71 больного с длительными течением более 1 года и у 15 с течением от нескольких месяцев до года.

Многочисленные исследования Netter'a, Levy, Schrader'a, Bordoni—U reduzzi, Green, Graderigo и др. доказали, что воспаление среднего уха и сосцевидного отростка в этиологическом отношении не представляет специфического процесса и что оно вызывается самыми различными патогенными микробами. По Габричевскому возбудителями отитов можно считать главным образом *B. Triedländer'a*, *B. influenzae*, *diplococcus pneumoniae*, *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus albus* и значительно реже *staphylococcus cereus*, *B. pyocyaneus* и др. В работе Мееровича выделенные бактерии в порядке частоты были следующие: *staphylococcus aureus*, *streptococcus*, *B. pseudodiphtheriae*, *B. proteus*, *p. pyocyaneus*, *B. coli*, *B. Triedländer'a*, *sarcina alba* и др. В гною с гнилостным запахом Rist выделил анаэробных бактерий. В единичных случаях Lindt и Jakowski выделяли различных плесневых грибов с патогенными свойствами. Siebenmann в своей монографии по поводу бактериофлоры отитов указывает на нахождение плесневых грибов: *aspergillus flavus*, *fungus niger* и др. Как видно из этих работ, флора при отите чрезвычайно разнообразна (Streit собрал 34 вида последней) и в этиологическом отношении не представляет специфического процесса.

В наших исследованиях после просмотра окрашенного по Граму мазка производились посевы гноя на сахарный агар, асцитагар и среду Schottmuller'a (методика Gradenigo). В случаях роста на нескольких чашках Петри одного вида исследование производилось повторно. Выделенные культуры с целью установления биологии и отнесения их к тому или другому виду проводились в дальнейшем через элективные среды. Выделенные бактерии при соблюдении методики Gradenigo по частоте находжений в посевах гноя распределяются в следующем порядке: *staphy-*

lococcus albus, *aureus* 56, находений, *sarcina* 31, *B. coli* 28, *streptococcus pyogenes* 22, *B. Tridlandera* 14, *B. proteus* 13, *B. pseudodiphtheriae* 12, *B. pyocyaneus* 8, *dip. pneumoniae* 6 и плесневый грибок 1. Таким образом у 86 чел. выделено 11 видов бактерий с числом находок 190. Как видно, наши результаты приближаются к данным Мееровича и резко расходятся в отношении находок *B. Influenzae* с данными Габричевского несмотря на то, что применяемая нами среда Schottmuller'a по данным Voges'a, дает пышный рост *B. influenzae*. Свое расхождение мы объясняем контингентом наших больных, состоящим исключительно из хроников, а в статистику Габричевского вошли и свежие случаи. По проф. Воячек *B. influenzae* исчезает из бактериофлоры отита через 2 недели после начала заболеваний. В каждом отдельном случае нам удавалось выделить от 1 до 4 видов (Меерович 2—5 видов, Green 1—6). Какой либо закономерности симбиоза бактерий в наших случаях не наблюдалось. Зная резкие бактерицидные свойства лактобацилла, мы решили в дальнейшем проверить их на всех видах возбудителей отита *in vivo* в полости уха. Для этого все больные ставились при повторном исследовании в одинаковые условия, т. е. повторное исследование производилось через 6 вливаний. В редких случаях взятие исследуемого материала по независящим от нас обстоятельствам производилось через 5—8 вливаний. На цифре 6 мы остановились из тех соображений, что этого количества вливаний бывает достаточно для уничтожения некоторых видов патогенных бактерий.

Для повторного исследования мы имели из 86 больных 83. Трое вышли из под наблюдения после 3—5 вливаний. Из 83 у 13 после начатого лечения течение прекратилось, у 20 приобрело характер скудных серозно-гнойных выделений. Несмотря на характер выделений исследование производилось поголовно. В случаях, где выделения прекращались, петлей делался легкий соскоб стенки полости уха и переносился на питательную среду. Методика исследования в точности соблюдена прежняя. Результаты повторного исследования сводятся к следующему: *staphylococcus albus et aureus* 34, *sarcina* 11, *B. coli* 14, *streptococcus* 1, *B. Tridlandera* 10, *B. proteus* 5, *B. pyocyaneus* 5. Если при первом исследовании во всех наших случаях обнаружено 11 видов с 190 находениями, то при повторном исследовании количество видов сокращается до 8, а число находений до 80. В каждом отдельном случае редко удавалось обнаружить более одного вида. Эти данные позволяют констатировать приблизительно на 50 проц. (3 вышли из под наблюдения) уменьшение находения бактерий после 6 вливаний, а также уменьшение количества отдельных видов. Анализируя данные, мы видим, что бактерицидность лактобацилла проявлялась неодинаково на всех видах. Более резистентными оказались: *staphylococcus albus et aureus*, *B. coli*, *B. pyocyaneus*, *B. Tridlandera* и мало резистентными: *streptococcus pyogenes*, *diplococcus pneumoniae*, *B. pseudodiphtheriae*.

Заканчивая работу, необходимо отметить значительное преимущество метода лечения, предложенного Мееровичем, перед другими консервативными способами, применяемыми в отиатрии. Нужны еще большие работы для изучения многих сторон нового, давшего благоприятный результат бактерио-терапевтического вмешательства. Особенно желательно изучение данного вопроса в плоскости показаний в зависимости от тонко-анатомических и клинических особенностей хронических гнойных отитов. В начале работы мы говорили, что основной нашей задачей было применение лактобацилла для лечения хронических гнойных заболеваний среднего уха в амбулаторной обстановке участкового врача. Этим са-

мым мы ревизовали новый метод бактериотерапии в плоскости практического массового применения вне клинической обстановки. Проработать интересующий нас вопрос в зависимости от успеха лечения, от анатомических особенностей отита не представлялось возможным, так как работа велась в амбулаторной обстановке. Таким образом, совершенно не претендуя на какие-либо клинические выводы, мы на основании приведенного материала приходим к следующему:

1. Применение лактобацилла при многих хронических гнойных заболеваниях среднего уха путем вливаний дает демонстративный терапевтический эффект. По бактерицидным и дезодорирующим свойствам *B. bulgaricus* превосходит обычные лечебные вещества.

2. Результаты применения на 201 больном ободряющие, а именно: 47,2 проц. выздоровлений, 49,4 проц. улучшений при незначительном (3,4) проценте безуспешного лечения.

3. Известный процент рецидивов у леченных не умаляет значения этого метода, так как рецидивов не так много и, кроме того, они довольно легко ликвидируются повторным лечением.

4. Лечение культурой лактобацилла вполне доступно в участковой обстановке, так как отличается технической простотой.

5. Более стойкими хроническими заболеваниями среднего уха оказались содержащие бактериофлору из *staphylococcus albus et aureus*, *B. coli*, *B. pyocyaneus* и *B. Friedlander*'а.

В заключение считаю долгом выразить глубокую благодарность врачам М. И. Исакину, С. В. Черниковой и лаборантке Н. А. Денисовой за товарищескую помощь в работе.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА ПРИВИВКАМИ МАЛЯРИИ В ПЕРМСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ПРИ УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЛЕЧЕБНИЦЕ.

Ассистент Психиатрической клиники Пермского Государственного Университета
С. Е. СТАРИЦЫН (г. Пермь).

Прогрессивный паралич является болезнью цветущего возраста (чаще всего в периоде от 32 до 45 лет), наблюдается в большинстве случаев у мужчин, реже среди женщин и развивается, как показывают позднейшие научные исследования, на почве люеса. Диффузно поражающая головной мозг, люетическая инфекция вызывает ряд нервных и т. н. «душевных» расстройств, имеющих обычно прогрессирующее течение, вследствие чего этому заболеванию и присвоено название «прогрессивный паралич» или «паралитическое слабоумие». Болезнь считается крайне тяжелой.

О степени распространения прогрессивного паралича на Урале можно судить по медицинским отчетам Уральской Областной Психолечебницы в г. Перми. Отчетные данные о движении больных по психолечебнице за последнее трехлетие (с 1925 по 1927 г.) д-ра Е. Клевезаль *) в рубрике «прогрессивный паралич» дают такие цифры:

*) См. литературу в конце статьи.

Г о д а	Колич. поль- зованных б—х по годам	Из них прог- рессивных па- ралитиков	% % отношен. к общему коли- честву леченных больных
1925 г. .	1764 ч.	241 ч.	13,7 ⁰ / ₀
1926 г. .	1847 „	256 „	13,8
1927 г. . .	2084 „	234 „	11,2

Следовательно, средний за 3-х летие процент прогрессивного паралича по отношению ко всему количеству использованных в лечебнице больных выражается в 12,9⁰/₀. По данным д-ра Прозорова (2) по Союзу РСФСР за 1924 г. (статистика охватывает 80 психо-учреждений стационарного типа), из 45.971 душевно-больных прогрессивных паралитиков было 3.674 или 8 проц.

Указанный д-ром Прозоровым процент почти совпадает с прежними отчетами Главного Врачебного Управления в России. Так, за период времени с 1910 по 1914 год, по медицинским отчетам Главного Врачебного Управления, процент прогрессивного паралича в общей массе больных психиатрических лечебниц России давал цифру 8,8 проц. (Осинов) (3). Аналогичные данные дает в статистическом исследовании о душевно-больных д-р Игнатьев (4). Почти такой же процент прогрессивных паралитиков отмечается в настоящее время и по отдельным больницам. Так, в Старо-Преображенской психиатрической больнице в Москве по Радионову (5) в 24 г. из общего числа 1.657 больных прогрессивных паралитиков было 143 или 8,6 проц.

Таким образом, средний за последнее 3-летие процент паралитиков в Пермской Психолечебнице (12,9 проц.) по сравнению с процентом паралитиков по психо-учреждениям всего Союза, с прежними медицинскими отчетами и данными Старо-Преображенской больницы, представляется повышенным почти на 5 проц.

Необходимо указать, что в Пермскую Областную Психолечебницу, как отдаленную от периферических частей Уральской области, направляются и принимаются паралитики уже с явно выраженным т. н. «душевным» или нервно-персональным заболеванием. Начальные формы прогрессивного паралича, не сопровождающиеся яркой ненормальностью, обыкновенно остаются в населении, ускользая от медицинского учета лечебницы.

Даже острые случаи «психического» расстройства (в том числе и прогрессивный паралич) часто не поступают в лечебницу, оставаясь в домашней обстановке. Учитывая приведенные обстоятельства, можно предполагать, что действительный процент прогрессивных паралитиков в Пермской Психолечебнице должен быть еще больше.

Несмотря на постоянные попытки лечить прогрессивный паралич, результаты разнообразных методов лечения были настолько незначительны, что это заболевание считается неизлечимым (проф. Скляр (6)). Но в последние годы дело лечения прогрессивного паралича подвинулось вперед: в наше время с помощью новых лечебных приемов

явилась возможность, если не излечивать прогрессивный паралич, то часто вызывать длительные ремиссии в течение этого заболевания, граничащие порой с полным выздоровлением, что, несомненно, нужно признать большим достижением (проф. Мендельсон) (20). Задача настоящего труда и состоит в кратком изложении существовавших методов лечения прогрессивного паралича и, в частности, в оценке современного метода малярийных прививок, применяемого в Пермской Университетской Психоклинике при Областной Психолечебнице.

Встречая в анамнезе прогрессивных паралитиков частые указания на люес, Киельберг в половине прошлого столетия (1868 год) предположил этиологическую связь прогрессивного паралича с сифилисом (3). С этого же времени ведет свое начало и противолуэтическое лечение прогрессивного паралича иодом и ртутью, как специфическими средствами терапии сифилиса. Но такое лечение для прогрессивного паралича признается безнадежным (Мебиус). Действительно, наблюдения показывают, что систематическое лечение сифилиса при прогрессивном параличе не дает благоприятных результатов, а в некоторых случаях даже ухудшает положение больных. Это обстоятельство и факт развития прогрессивного паралича, спустя продолжительное время после заражения сифилисом (в среднем от 6 до 15 лет), дало повод считать данное заболевание не чисто сифилитическим, а метали парасифилитическим (Furnier, Schtrumpell, Mebius, Корсаков и др.), т. е. вызываемым ядами вторичного происхождения, отличающимися по своей природе от луэтического токсина, вследствие чего и неуспешными воздействием специфической терапии (7). Такая гипотеза еще недавно считалась господствующей.

Однако, с того времени, когда японский ученый Noguchi в 1913 году нашел в головном мозгу умерших от прогрессивного паралича бледную спирохету, взгляд на сущность прогрессивного паралича меняется. Согласно научных воззрений нашего времени (проф. Осипов, Jacob, Levaditi), прогрессивный паралич нужно признать не парасифилисом, а настоящим поздним сифилисом центральной нервной системы (головного мозга), в этиологии которого играет основную роль жизнедеятельность той же бледной спирохеты Schaudinn'a, как и в первичном сифилисе.

В связи с новым взглядом на природу прогрессивного паралича, вновь оживляются методы специфической для сифилиса терапии. Делаются попытки энергического лечения паралитиков иодистыми препаратами внутрь; ртуть же применяется не только в форме обычных внутримышечных впрыскиваний и втираний в кожу, но и путем инъекций под оболочку мозга (Пуссен, Marinesco и др.), с целью наибольшего приближения и непосредственного соприкосновения лечебного вещества с тканью мозга, куда внедрилась спирохета. Однако, все эти опыты не дали хороших результатов в течении болезни, кроме непродолжительных в некоторых случаях ремиссий. С открытием Ehrlich'ом и Chata сальварсана (606) и позднее неосальварсана (914) в 1911 г. думали найти в этих препаратах верное средство для лечения прогрессивного паралича. Но наблюдения над действием сальварсана на паралитиков привели к умеренным выводам о лечебном значении арсенобензола, а некоторые невропатологи, как Neisser и Левандовский (8), указывали даже на вред сальварсана при лечении прогрессивного паралича, отмечая ухудшение паралитических симптомов. Таким образом, и это, как принято считать, превосходное средство лечения сифилиса, при прогрессивном параличе не оправдало возлагаемых на него надежд (F. Jolly) (22).

Безуспешность специфичной терапии привела к другим исканиям: сюда относятся протеиновые прививки, терапия нуклеиново-кислым натрием (проф. Donath), туберкулином, разнообразными вакцинами и другими веществами, вызывающими раздражение организма, с повышением температуры и последующим гиперлейкоцитозом, что признавалось существеннейшим моментом в терапии этого рода (Schmidt и Dollken) (10). Через увеличение количества белых кровяных телец думали повысить защитные силы организма и тем усилить процесс борьбы с инфекцией (спирохетоз). Такой метод лечения, казалось, давал иногда удовлетворительные результаты, выражавшиеся длитель-

ными ремиссиями, особенно у субъектов молодых и крепких (Бондарев и Воробьева) (9).

Неспецифический метод лечения с искусственным повышением температуры в дальнейшем сменяется попытками лечить прогрессивный паралич острыми инфекциями. Практическим психиатрам давно, еще со времени Гиппократ (4 век до Р. Хр.), был известен факт, что лихорадочные заболевания иногда дают при душевных расстройствах благоприятный результат. В отношении прогрессивного паралича точно также было замечено, что паралитики, перенесшие острую инфекцию (рожу, малярию, тиф и др.) часто имели послабления в течение болезни, граничащие с полным выздоровлением. Отсюда возникла мысль лечить прогрессивный паралич путем искусственных прививок той или иной инфекции. Впервые такое лечение применил наш соотечественник одесский врач А. Розенблюм, начавший в 70-х годах прошлого столетия лечить душевные расстройства вообще, в том числе и прогрессивный паралич, возвратным тифом. В 1876 году Розенблюм опубликовал соответствующую научную работу, указывая на удовлетворительные результаты, полученные им от своего способа лечения. Однако, опыты Розенблюма не приобрели распространения ни в России, ни за границей и были забыты. Может быть, по причине крайней новизны метода искусственного заражения лихорадкой, да еще тифозной, когда, повидимому, не знали достаточно надежных средств для прекращения приступов *resurgens'a*, хотя бы таких, какие имеются теперь в форме препаратов сальварсана.

Почти через 50 лет немецкие профессора Plaut, Schteiner, Weigandt и др. в 1918-1919 годах вновь применили *resurgens* в психиатрической практике с купированием сальварсаном и на этот раз исключительно для лечения прогрессивного паралича. Удачные опыты указанных авторов вызвали интерес и побудили русских врачей испытать новый способ лечения прогрессивного паралича возвратным тифом. У нас в союзе пользовались этим методом Краснушкин, Автономов и др. врачи. В последнее время *resurgens-therapia* прогрессивного паралича применяется в психиатрической клинике Г.И.М.З. в Ленинграде (Голандт и Факторови) (11).

Но, несмотря на то, что паралитики, леченные *resurgens'ом*, в большинстве случаев получали облегчение, данный метод лечения не получил широкого распространения, особенно у нас в Союзе. Как оказалось, *resurgens-therapia* имеет некоторые отрицательные стороны, весьма ощутимые в условиях работы провинциальных врачей-психиатров. Так, при отсутствии возвратного тифа в данной местности, эту инфекцию можно получить от зараженных им мышей, но зараженных *resurgens'ом* мышей найти трудно; они не всегда имеются даже в наших столичных лабораториях. Кроме того, находящийся в мышах *virus* требует для своего сохранения повторных пассажей от одной мыши к другой и так далее, в противном случае быстро теряет вирулентность (11). Пройдя через несколько десятков мышей, *resurgens* вновь становится непатогенным для человека и приходится заблаговременно производить обновление данного штамма через человека, что вновь создает затруднения в обычной врачебно-практической работе. Нужно добавить и то, что специфическая жизнь психиатрических учреждений и нравы ее обитателей зачастую не позволяют сохранять гигиеническую обстановку помещений на той высоте, какая свойственна соматическим лечебницам, а это обстоятельство создает новые опасения «при *resurgens-therapi*» и не исключает возможности заражения окружающих больных и распространения инфекции помимо желания врача.

Авторы, применявшие *resurgens* при лечении прогрессивного паралича, отмечают нерегулярность приступов искусственного возвратного тифа: после первого приступа такой тиф часто прекращается сам собой; иногда после первого приступа наступает продолжительный перерыв (до 4-х, 5-ти недель), затем приступы снова повторяются. Это свойство «искусственного» *resurgens'a* весьма затрудняет пользование им, как лечебной инфекцией, не давая возможности точно дозировать число приступов, чем ослабляется процесс пирогенного лечения. При терапии возвратным тифом наблюдаются также временами

у прогрессивных паралитиков разнообразные тяжелые осложнения со стороны нервной системы и внутренних органов.

Внимание исследователей сосредоточилось на отыскании новой инфекции, которая, с одной стороны, не имела бы отрицательных свойств *recurrens'a*, с другой стороны, повторными повышениями температуры могла бы заменить его, в то же время легко поддаваясь купированию распространенными и проверенными в своем действии фармакологическими средствами. Такой инфекцией явилась малярия преимущественно, типа *tertiana*.

Малярийное лечение прогрессивного паралича быстро завоевало симпатии врачей. В самом деле, результаты лечения не уступают таковым при *recurrens-therapii*: заражение малярией производится просто, приступы наступают вскоре после заражения, следуют друг за другом почти всегда регулярно, что позволяет допускать их столько, сколько требуют врачебные показания и состояние сил больного; наконец, приступы малярии быстро прекращаются от применения хинина. Искусственная малярия, будучи передаваема от одного паралитика к другому, сохраняется неопределенно долгое время, не теряя при этом своей вирулентности (12). Помимо того, работами клиники Вагнер Яурега (*Wagner Jauregg*), доказано, что искусственная малярия не передается через укусы насекомых (комары), что является весьма ценным качеством в практике стационарных психиатрических учреждений.

Основателем малярийного лечения прогрессивного паралича в современном виде признается венский психиатр Вагнер Яурег (*Wagner Jauregg*). После предварительных попыток лечить прогрессивных паралитиков средствами, вызывающими высокую температуру, каковы: поливалентная стафилококковая вакцина, поливалентная тифозная вакцина и др., *Wagner* в 1917 году начал заражать паралитиков малярией (*tertiana*). Последний способ, по наблюдению *Wagner'a*, превзошел все методы лечения прогрессивного паралича, существовавшие ранее; повторная проверка опытов с малярийной терапией окончательно убедила его в пользе нового метода, что дало повод заявить себя горячим сторонником и пропагандистом малярийного лечения прогрессивного паралича (23).

В Союзе ССР идеи *Wagner'a* вызвали в начале (повидимому) скептическое отношение и подверглись проверкам. Так, в 1922 году проф. Розентул и Вейнбаум изучили 350 историй болезней прогрессивных паралитиков, находившихся на излечении в Астраханской психиатрической больнице, т. е. в местности, где малярия свила прочное гнездо. Из 350 историй 26 имели указания на перенесенную малярию в период болезни прогрессивным параличем. По отношению к дальнейшему течению болезни оказалось, что процент ремиссий у 26 человек, болевших малярией, доходил до 23, тогда как остальные 324 паралитика, не болевшие малярией, дали всего лишь 12 проц. ремиссий. Приведенное исследование показывает, что перенесенная малярия благоприятно отражалась на течении прогрессивного паралича, давая частые ремиссии (6). В последующие годы испытывали малярийное лечение прогрессивного паралича проф. Протопопов и д-р Соболевская, проф. Скляр, д-р Харитонов-Попова (13), д-р Якубовская, д-р Герман, д-р Голанд в Патолого-Рефлексологическом Институте Бехтерева и многие др. врачи. Все перечисленные авторы отзываются об этом способе лечения одобрительно. Так, по данным д-ра Якубовской из клиники проф. Останкова, малярийное лечение прогрес-

сивного паралича в 81 проц. случаев давало удовлетворительный результат в форме ремиссий (14). По указанию проф. Гуревича (Москва), маляризация дает до 60 проц. улучшений в течение прогрессивного паралича (15). Аналогичные выводы по поводу малярийного лечения приводит проф. Киршбаум (Kirschbaum), наблюдавший у паралитиков, после указанного лечения, свыше 50 проц. послаблений болезни, тогда как у нелеченных или леченных одной специфической для люэса терапией, их было всех только 11 проц. Следует отметить, что спонтанные ремиссии, по мнению многих авторов, бывают непродолжительны, тогда как ремиссии после малярийного лечения отличаются длительностью. Проф. Гершман (Gerschmann) видел, например, много ремиссий после курса малярийного лечения, продолжавшихся свыше 7-ми лет (17).

В последние годы возникло стремление еще более усилить лечебный эффект малярийной терапии, путем объединения ее со специфическим противолуэтическим лечением прогрессивного паралича. Проф. Осипов в клинике душевных болезней при Военно-Медицинской академии комбинирует малярийное лечение с ртутной терапией и находит, что такой способ во много раз превосходит, как одно специфическое лечение при прогрессивном параличе, так оказывается и более действительным, нежели заражение одной малярией. В итоге проф. Осипов характеризует малярийное лечение «как могучий способ борьбы с болезнью, считавшейся неизлечимой». («Врач. газ.», № 20, 1927 г.) (16). В последнее время лечение прогрессивного паралича малярией было объединено с сальварсанной терапией, при чем пользовавшиеся таким методом паралитики, по наблюдениям проф. Кирле (Kyrle) дали до 55 проц. стойких ремиссий (18).

С приездом в Пермь проф. Шумкова Г. Е. в 1925 году, метод малярийного лечения прогрессивного паралича был введен в Университетской Психоклинике при Урал. Обл. лечебнице. Первые опыты в 1925 г. были проделаны венерологом д-ром Катаевым, лично изучившим метод малярийно-сальварсанной терапии прогрессивного паралича и нейрорюэса вообще в берлинских клиниках (метод Кирле) в 1924 г. С отъездом д-ра Катаева из Перми, мы продолжали метод малярийно-сальварсанного лечения прогрессивных паралитиков, при чем результаты как первых, так и последующих опытов оказались настолько утешительными, что в настоящее время метод малярийно-сальварсанной терапии прогрессивного паралича вошел в постоянный обиход клиники.

Способ малярийного лечения, практикуемого в настоящее время в клинике, сводится к следующему. Каждый больной в течение 2-3 недель подвергался клиническому обследованию и наблюдению. За это время устанавливались болезненные отклонения в нервной системе, выразившиеся свойственными прогрессивному параличу симптомами (анизокория, отсутствие реакции зрачков на свет, дизартрия, изменения сухожильных рефлексов, мимики, статики и др.) и определялась форма «психического» расстройства. При наличии бредовых идей, дементности или психомоторном возбуждении и проч., проводилась дифференцировка данного симптомокомплекса от сходных состояний при других душевных расстройствах: шизофрении, ложном табо-параличе алкогольного происхождения, некоторых формах маниако-депрессивного психоза и друг. Клиническая диагностика дополнялась лабораторным исследованием крови и спинно-мозговой жидкости на реак-

цию Вассермана, производившуюся в Пермском Бактериологическом Институте под руководством проф. В. М. Здравомыслова. Глобулиновые реакции на люес в спинно-мозговой жидкости, определение плеоцитоза, характеристика клеточного состава *liguor* и др. исследования проделывались сотрудниками клиники в лабораториях клиники и лечебницы по методике Шаравского (19). После этих предварительных клинических и лабораторных обследований б-й демонстрировался в конференции врачей клиники для установления окончательного диагноза. При наличии прогрессивного паралича и отсутствии значительной физической слабости, особенно со стороны сосудов и сердца (пороки), с соблюдением правил малой хирургической операции, производилось заражение малярией путем вливания в вену, реже в мышцы (*geuteus*) 5-6 куб. сант. крови малярика (терциана), взятой во время приступа. Отмечается, что заражение наступаст с большим постоянством при интравенозном заражении, нежели внутримышечном. Каких-либо побочных явлений отрицательного характера ни при первом, ни при втором способе заражения мы ни разу не наблюдали.

При внутривенном заражении приступы начинались, в среднем, через 7-8 дней, а при внутримышечном заражении несколько позднее, через 10-14 дней. При появлении первых приступов малярии, часто наблюдалось ухудшение общего состояния больных: слабость, неопрятность, расстройство аппетита, тревожный сон, сопровождавшиеся убылью в весе. У некоторых замечалось также, после 4-5 приступов, ослабление сердечной деятельности, что выражалось аритмией, недостаточностью наполнения пульсовой волны, учащением пульса, при неприятных ощущениях в груди. В таких случаях мы обычно прибегали к назначению *T. Strophauti* 5,0 *T. Convalar majalis* 10,0 D. S. по 15 капель 2-3 раза в день, что являлось достаточным для выравнивания сердечной деятельности. Иногда бывали легкие инсульты, быстро проходившие без применения особого лечения. После 10-12 приступов или после 8-7 приступов, когда обнаруживалась значительная слабость больного, малярия купировалась путем дачи хинина по 0,5 2 раза в день (метод Мюленса) с последующим вливанием сальварсанных препаратов по такому расписанию:

Дни	Лечение	Дни	Лечение	Дни	Лечение
1	Хинин 0,5×2	11	Neosalv. 0,3	21	Хинин 0,5×2
2	Тоже 0,5×2	12	Отдых	22	Neosalv. 0,6
3	" 0,5×2	13	"	23	Отдых
4	" 0,5×2	14	"	24	"
5	" 0,5×2	15	Хинин 0,5×2	25	"
6	" 0,5×2	16	Neosalv. 0,45	26	Neosalv. 0,6
7	Neosalv. 0,15	17	Хинин 0,5×2	27	Отдых
8	Отдых	18	" 0,5×2	28	"
9	"	19	Neosalv 0,6	29	"
10	"	20	Хинин 0,5×2	30	0,6

В общей сложности давалось до 12-13 грамм хинина (Muhleus). Указанного применения хинина было вполне достаточно для ликвидации приступов малярии. Производимое вскоре обследование крови на плазмодия, обыкновенно, давало отрицательный результат.

В случаях, когда затруднялось применение хинина per. os. (отказ больного, слабость и проч.), производилось внутривенное вливание 10 проц. стерилизованного раствора *Chinini bisulvurici* в количестве 3-х грамм в вену на высоте приступа, через 10—12 часов такое вливание повторялось, после чего малярия прекращалась.

Мы поддерживали *virus malariae tertianae* путем повторных прививок крови от паралитиков, заканчивающих малярийное лечение, паралитикам, предназначенным для маляризации. Отсюда и вытекает необходимость тщательного исследования больного перед заражением малярией. Необходимо, чтобы наличие *lues* у лица, предназначенного к маляризации была доказана. Если не выполнено данное условие, можно субъекту, свободному от сифилиса, вместе с малярией привить новую инфекцию (*lues*).

После проведенного лечения, вновь производилось исследование крови, спинно-мозговой жидкости и отмечались изменения как в «поведении», так и в нервной системе. Оказывалось, что в состоянии личности обычно наступали резкие улучшения: бред исчезал, ориентация восстанавливалась, появлялись нормальные интересы, восстанавливался био-тонус. Все это, как правило, наблюдалось у паралитиков, находившихся в первой стадии заболевания. Со стороны нервной системы иногда восстанавливалась реакция зрачков, часто ослабевала дизартрия, уменьшалось оживление сухожильных рефлексов. Но улучшения со стороны нервной системы отмечались не в такой наглядной форме, как улучшение в сфере «психической» жизни. Реакция Вассермана в крови иногда оказывалась отрицательной, в спинно-мозговой жидкости реакция Вассермана, напротив, часто оставалась слабо-положительной; как общее явление, после проведенного лечения, устанавливалось улучшение клеточного состава *liquor*a и падение плеоцитоза, нередко, до нормального числа лимфоцитов. Улучшение общего психо-физического состояния сопровождалось и прибавкой в весе, иногда до 20-30 фун.

Число подвергшихся маляризации больных. С 1925 по 27 года под общим наблюдением руководителя клиники проф. Г. Шумкова д-р Катаев и др. врачи подвергли малярийному лечению с последующим вливанием *salvarsan*a 67 чел. прогрессивных паралитиков, находившихся на излечении в Пермской психолечебнице и клинике; из них 28 чел. относились к начальной стадии прогрессивного паралича и 39 чел. представляли случаи хронического течения болезни с явлениями резкого расстройства в поведении (психика), при наличии выраженных органических симптомов болезни головного мозга. Результаты терапии выразились в следующем: 28 человек дали настолько хорошее улучшение, что наступило социальное выздоровление (41,8 процента). Все эти больные возвратились в домашнюю обстановку и некоторые из них получили даже возможность приступить к профессиональной работе. Насколько нам известно, большинство больных этой группы чувствуют себя удовлетворительно и теперь, сохраняя работоспособность в домашнем быту. 9 человек из числа запущенных случаев дали улучшение общего состояния и взяты родственниками из больницы. Правда, эти субъекты остались инвалидными, выявляя апатичность, симптомы органического страдания центральной нервной системы (вялость зрачковой реакции, анизокория, оживление сухожильных рефлексов, дизартрия и др.), но явления «психоза» (бред) у них сгладились. Остальные 30 чел., находившиеся в последних ста-

дних прогрессивного паралича, не дали заметных изменений в течение болезни, при чем 5 чел. из этого числа (7,4 проц.) с крайне далеко зашедшим процессом прогрессивного паралича умерли частью во время лечения или вскоре после него.

Продолжая наблюдение за последней группой паралитиков, не давшей заметного лечебного эффекта вскоре после маляризации, мы находим улучшение теперь, спустя 2 года после лечения малярией, еще у 4-х лиц, что увеличивает общий процент ремиссий до 47,5 проц. Некоторые из этих больных уже выписались на родину, другие оказались полезными работниками в условиях больничного режима.

Переходя к вопросу о природе биологических процессов в организме при лечении малярией, нужно сказать, что у представителей науки в данном случае пока нет единого взгляда. Малярийное лечение, как всякое новое дело, подвергается экспериментальной проверке клиницистами и физиологами, а потому не освободилось еще от некоторых, порой разноречивых гипотез. Одни, как проф. Жанель (Janhell), (17) полагают, что лечебное действие малярии на течение прогрессивного паралича зависит от повышения температуры, которое пагубно действует на спирохету. По мнению других, малярийная инфекция активизирует защитные силы организма, вызывая гиперлейкоцитоз и тем облегчая борьбу со спирохетами (18). Осипов думает, что малярия равно и др. инфекции (геситгенс) поднимают обмен веществ в организме. Если в этот момент присоединить специфическое лечение, напр., ртуть, салварсан, то оно оказывается более действительным, от чего и зависит лучший лечебный эффект комбинированной терапии (16). Существует и такое предположение, в котором результат малярийного лечения приписывается «перемещению иммунитета»: иммунитет против малярии является одновременно иммунитетом и против сифилитической инфекции. Защитник этого взгляда проф. Вейгандт (Weigandt) усиленно приводит его в объяснениях благоприятного влияния на течение прогрессивного паралича, особенно рекуррент-терапии (24) (на основании сходства возбудителя заболевания в том и другом случае, каковым является спирохета).

Каково бы ни было объяснение сути действия малярийной терапии, для практического врача остается несомненным факт, что метод этот при лечении прогрессивного паралича дает хорошие результаты, почему заслуживает внимания и широкого применения. Малярийная инфекция, как отмечалось выше, не имеет отрицательных сторон геситгенса; это обстоятельство в совокупности с тем, что малярия встречается на Урале часто, особенно в Перми, где имеется и малярийная станция, дающая постоянную возможность получать свежий штамм, все это делает нас в условиях Пермской жизни сторонниками малярийной терапии прогрессивного паралича. В Пермской психоклинике малярийное лечение с успехом применяется уже 4-й год, подвергаясь дальнейшему как лабораторному, так и клиническому изучению.

На основании изложенного, прихожу к следующим выводам:

1. Описанный метод малярийного лечения прогрессивного паралича, согласно клинических наблюдений, дает вполне удовлетворительные результаты.

2. Указанная терапия должна проводиться возможно ранее, при появлении первых признаков прогрессивного паралича (нейрастенический период и начальная стадия бредового периода).

3. Лечение малярией, не являясь опасным, должно производиться, однако, в приспособленных нервно-психиатрических стационарах.

4. Перед маляризацией необходимо тщательное клиническое исследование и наблюдение больного, дополненное проверкой серологических реакций на люэс в крови и спинно-мозговой жидкости.

5. С целью лучшего учета результатов малярийного лечения, желательна проверка состояния больного (клиническая и серологическая, крови и liquora) через определенные промежутки времени, для чего необходима связь лечебного учреждения с лицом, подвергшимся маляризации.

В заключение выражаю признательность проф. Шумкову за указания в работе.

Л и т е р а т у р а: 1) Д-р Е. Р. Клевезаль «Годовой отчет Пермской Психолечебницы за 1927 год». 2) Д-р Прозоров «Дело психиатрической помощи в 1924 году». «Корсаковский журнал» №№ 1 и 2 1926 год. 3) Проф. О с и п о в «Частное учение о душевных болезнях», Ленинград, 1923 год. 4) Д-р Игнатъев «Исследование о душевно-больных». Диссертация. Петроград, 1922 год. 5) Д-р Радионов «Современный состав душевно-больных и изменившиеся условия работы в психиатрической больнице». «Корсаковский журнал» № 4, 1926 год. 6) Проф. Скляр «Лечение прогрессивного паралича». Врач. дело, №№ 14 и 15, 1927 год. 7) Приват-доцент, А. Фукс «Нервные болезни», Киев 1913 год. 8) Проф. Левандовский «Неврология для врачей». Петроград, 1913 г. 9) Бондарев и Воробьева «Протеиновая терапия при душевных болезнях». «Научная Медицина» № 10, 1922 года. 10) Prof. Dollken und D.-Herger «Protein corporen und reizt argoren therapie». «Münch. med. Woch.», № 2, 1922 г. 11) Приват-доцент Голанд и д-р Факторович «Лечение прогрессивного паралича прививкой возвратного тифа». «Врач. газета», № 20, 1927 г. 12) Герман «Лечение прогрессивного паралича прививкой малярии». «Врач. газета», № 20 1927 г. 13) Д-р Харитонов-Попова «Клиническая медицина», № 8 и 9, 1925 г. 14) Д-р Якубовская «Лечение прогрессивного, паралича малярией». «Корсаковский журнал» № 4 и 5, 1926 год. 15) Проф. Абрикосов, проф. Ганнушкин, проф. Маргулис «Сифилис нервной системы» Гиз Ленинград-Москва 1927 г. 16) Проф. О с и п о в «Лечение прогрессивного паралича прививкой малярии». «Врач. Дело», № 20, 1927 г. 17) Оречикин «О лечении нейролюэса» «Врач. дело», № 5, 1926 г. 18) Л. Лейзерман «Состояние вопроса о лечении прогрессивного паралича прививками малярии и возвратным тифом» «Врач. дело», №№ 10, 11, 1925 г. 19) Приват-доцент Шаравский «Спинно-мозговая жидкость». Киев, 1928 г. 20) Проф. А. Мендельсон «Нервно-психическая гигиена и профилактика». Гиз., Москва, 1927 г. 21) Проф. О с и п о в «Курс общего учения о душевных болезнях». ГИЗ, 1923 г. 22) Д-р F. Jolly — «Краткое руководство по психиатрии». Медицинское издательство «Врач. Берлин, 1923 г. 23) Wagner Jauregg: «Die Behandlung der progressiven Paralyse durch Heberimpfung von Malaria. Münch med Wochenschrift № 5. 1925 г. 24) Weigandt und Prof. Muhens «Die Behandlung und der Paralyse progr. mit Malaria et Recurrens Fieber». «Münch. medicin. Wochenschrift» № 20. 1920 год.

ГИПНОЗ В СВЕТЕ НОВЕЙШИХ НАУЧНЫХ ВОЗЗРЕНИЙ*).

(Из клиники нервных болезней Пермского Государственного Университета—директор профессор В. П. Первушин).

Б. ординатор Д. Т. КУИМОВ.

«С природы снят магический венец.
Свет узанный, свое лицо земное разоблачил,—
И призракам конец»...

В. А. Жуковский.

Гипноз издавна привлекал внимание ученых. Но сущность его оставалась и все еще остается неясной. В зависимости от того, какие стадии проходила наука в своем развитии, соответствующим образом истолковывалась и сущность гипноза.

А наука, согласно учению Огюста Конта, прошла в своем развитии три стадии: теологическую, метафизическую и позитивную.

Теологическая стадия это такой период научных знаний, когда явления природы объяснялись проявлением воли божества. Позднее, когда наука в своем победном шествии стала рассеивать тьму невежества и суеверия, грубое представление о богах, как творцах миров и виновниках происходящих в мире изменений, заменилось более тонким и изысканным учением о сущности вещей. Наука вступила во вторую фазу своего развития—метафизическую.

Гениальным выразителем этого направления являлся Эммануил Кант, живший в конце XVIII века. Весь мир он разделил на две категории: на мир сущностей (нуменов) и мир явлений (феноменов). Мир нуменов, или сущностей, или вещей в себе мы познать не можем и никогда не познаем. Вещи в себе не познаваемы. В них только можно верить. То, что доступно нашим органам чувств, а следовательно и познанию, есть только внешнее проявление скрытых в вещах сущностей. Мы познаем мир феноменов.

Мощное развитие техники и естествознания стало все сильнее и сильнее вытеснять метафизику. Физика и химия с их количественными методами меры, веса и числа решительно подрезали у метафизики крылья. Она оставалась еще полновластной царицей в двух огромных областях человеческого знания: социологии и психологии. Однако, Карл Маркс, открывший законы общественного развития, и академик Павлов, открывший новые методы в изучении процессов высшей нервной деятельности, изгнали метафизику из последних убежищ, отнеся ее в область поэзии и практически невинных суждений.

Наука тем самым вступила в третью и окончательную стадию своего развития—позитивную.

Все явления признаются принципиально познаваемыми и объяснимыми силами самой природы.

Взгляд на гипноз, как на проявление воли божества, уходит ко временам глубокой древности.

Гипнозом пользовались египетские жрецы, греческие пифии и Христос, если такой существовал.

Все рассказы о творимых им чудесах—исцелениях есть нечто иное, как исцеление при помощи внушения больным с функциональными заболеваниями.

Парижский врач Месмер в XVIII столетии широко пользовался гипнозом с лечебной целью. В гипнозе он видел проявление сил животного магнетизма и считал, что этот магнетизм можно передать не только непосред-

*) Доложено при открытии психо-неврологической секции при о-ве врачей Пермского Государственного Университета.

ственно от человека к человеку, но и через посредство недушевленных предметов.

Систематически и со всей строгостью научного подхода занялись ярениями гипноза основатели двух школ: знаменитый Шарко (Париж) и Бернгейм (Нанси).

Шарко является основателем физиологической школы и смотрит на гипноз, как на искусственный невроз, истерию, при чем различает в нем три фазы: 1) летаргическую, 2) каталептическую и 3) сомнамбулическую.

Летаргическая фаза характеризуется дряблостью членов, повышенной нервно-мышечной возбудимостью и невосприимчивостью к внушению.

Каталептическая—склонностью к сохранению раз приданного положения тела или его частей и внушаемостью.

Сомнамбулическая—склонностью к автоматизмам.

Нансийская школа не признает родства между гипнозом и истерией и смотрит на гипноз как на особое душевное состояние или сон, вызванный путем внушения. Сон и гипноз явления совершенно аналогичные, внушение же является основным свойством гипноза. Раппорт—связь гипнотизирующего с объектом—тоже не специфичен для гипноза. Раппорт есть и в естественном сне. Солдат, спящий под грохот пушек и вскакивающий под команду начальства, мать, уснувшая над больным ребенком и пробуждающаяся при малейшем его движении, пробуждение в определенно назначенный час,—все это примеры раппорта в естественном сне.

Вся разница между естественным и гипнотическим сном заключается в том, что в первом случае участки частичного бодрствования поддерживаются в состоянии возбуждения психогенными (внутренними) раздражителями; в гипнотическом же сне они вызываются раздражителями, исходящими от гипнотизера.

Став на точку зрения единства сна и гипноза, Нансийская школа оказалась весьма близкой к объяснению механизма гипноза к современной рефлексологической теории гипноза.

Но она оказалась не в силах объяснить многие детали гипноидных состояний. Приведем воззрения на гипноз американского психолога Б. Сидиса*). Сущность гипноза автор определяет так:

«Гипноз есть дизаггрегация высших центров от низших, за которой, как вообще за устранением подавления, следует повышение идеомоторной и идеосензорной возбудимости».

Короче и проще: гипноз есть раз'единение двух сфер, двух этажей душевной жизни—сознательной и бессознательной, контролирующего сознания от сознания рефлекторного, простого.

Для раз'единения этих двух сфер гипнотизируемого необходимо погрузить в сон, так как только тогда можно сделать разрыв ассоциаций, ослабление сознательных волевых усилий, прорыв между прошлым и настоящим, чтобы легче проникнуть в подсознательную сферу. Но что это за подсознательная сфера?

Вот как Сидис характеризует так называемое подсознательное «Я».

«Оно глупо, лишено всякой критической способности. Ему нужно объяснить вещь ясно, во всех подробностях; и даже тогда оно более следует букве, чем духу внушения.

Подбодрственное «я» крайне легковерно; у него нет чувства истинного и разумного.

Подбодрственное «я» лишено всякой нравственности; оно украдет без малейшего сомнения; оно отравит; оно заколет и т. п.

*) Д-р филос. Б. Сидис. Психология внушения. С предисл. У. Джемса. 1902 г.

Подбодрственное «я» одевается по моде, сплетничает в компании, предается деловым паникам, предается разуму в толпе, свирепствует в возмущении и молится на митингах под открытым небом.

У подбодрственного «я» нет никакой личности, никакой индивидуальности; оно полный раб, работает без всяких правил, не имеет ни нравственного закона, ни закона вообще».

Автор совершенно бессилён объяснить механизм раз'единения душевной жизни: «Диссоциация есть тайна гипноза и амнезия ее зрелый плод».

Гениальный русский физиолог И. П. Павлов, творец учения об условных рефлексах, подошел к объяснению гипноза с точки зрения процессов торможения в головном мозгу.

Дело в том, что в жизни организма известен целый ряд процессов задержки, торможения.

Так, п. *vagus* тормозит деятельность сердца, головной мозг тормозит деятельность спинного, сокращение мышц—агонистов вызывает угнетение антагонистов.

Академик Павлов анализирует процессы торможения в деятельности полушарий головного мозга.

Центральным пунктом в работе больших полушарий является отношение между раздражительным и тормозным процессами.

«Баланс между этими процессами и колебания его в пределах нормы и за норму и представляют все наше поведение—здоровое и больное»^{*)}.

Торможение бывает двух видов—внешнее и внутреннее.

Внешнее, когда к условному рефлексу присоединяется какой-нибудь индифферентный раздражитель, не подкрепляемый безусловным рефлексом. Он, сочетаясь одновременно с условным рефлексом, тормозит этот условный рефлекс.

Внутреннее торможение, это такой вид торможения, когда условный рефлекс не подкрепляется безусловным и угасает в своем действии.

Возникает вопрос, какова же природа основных процессов нервной деятельности: процесса возбуждения и процесса торможения? Другими словами, существует ли один процесс нервной возбуждения и торможения или же существуют качественно различные процессы возбуждения и торможения в функционально-различных нервных элементах?

Относительно процесса возбуждения, после долгих споров, установлено, что существует лишь один тип динамического возбуждения.

«В каком-бы элементе нервной ткани и при каких-бы условиях ни протекал нервный ток, могут быть подмечены лишь количественные, но не качественные различия в скорости проведения, в длине волны и т. п.»^{**)}.

Так ли обстоит дело с процессом торможения?

В то время, как одни исследователи (Введенский) смотрят на процесс торможения как на единый процесс с возбуждением, только доведенным до крайности (парабиоз), другие исследователи находят тормозные процессы двух противоположных типов.

«Все физико-химические агенты, способные развивать в нерве торможение, распадаются на две группы: к первой группе принадлежит катод (К) и агенты, действующие на нерв подобно катоду,—одновалентные ка-

^{*)} Академик И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт... Изд. 1927.

Академик И. П. Павлов. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. Изд. 1927 г.

^{**) Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. Сборник статей под редакцией Академика Бехтерева. Статья Л. Л. Васильева „Об оси функц. сост. нервной ткани“.}

тионы (калий) и умеренное охлаждение, т. е. агенты типично парабнотические.

Ко второй группе—анод и агенты, действующие подобно аноду—двувалентные анионы (Ca^{++}) и умеренное нагревание, т. е. агенты, влияющие антипарабнотически*).

В центрах головного мозга, повидимому, тоже существует двух видов торможение—внутреннее или статическое торможение (наркоз, летаргия, зимняя спячка) и динамическое, сопряженное торможение, когда одни центры нервной системы воздействуют на другие (антагонистическая иннервация, гипноз). Возможно комбинация и того и другого, как это наблюдается при наступлении сна.**)

Перейдем теперь к явлению гипноза с точки зрения процесса торможения.

Гипноз и сон, по Павлову, явления одного и того же порядка, а сон и внутреннее торможение—один и тот же процесс.

«Сон есть торможение, распространившееся на большие районы полушарий, на все полушария и даже ниже—на средний мозг***).

Наступление сна рисуется так: торможение начинается с определенного места (частично, локализованно). Затем, по закону иррадиации, оно распространяется дальше и захватывает все отделы мозга.

Подобное же состояние можно вызвать и искусственно, факторами внешнего порядка. Длительное раздражение нескольких анализаторов, а, следовательно, и соответствующего участка коры, ведет к утомлению, истощению этого участка и способствует развитию сонливости, сна (убаюкивание малых детей, журчанье ручья, тиканье часов, массаж, пассивные движения и т. п.).

Разница с естественным сном та, что в естественном сне происходит внутреннее торможение под влиянием процессов самоотравления, а в гипнозе под влиянием внешнего раздражения.

В ряду внешних причин засыпания огромную роль играют привычные условия.

Привычная обстановка в данном случае является сонным условным торможением.

«Собаку гипнотизировала прямо-таки уже одна комната, т. е. очень живое, подвижное, отзывчивое животное, как только оно переступало порог комнаты, уже становилось совершенно другим. Сонное состояние усиливалось, когда эту собаку ставили в станок и приготавливали к опыту» (Павлов).

Даже воспоминание о привычном раздражителе тормозе вызывает сон, на чем основано действие мнимых снотворных средств.

Аналогичным путем идет и процесс гипнотизации.

Анализаторы (органы чувств) тормозятся, с одной стороны, внешними прямыми раздражениями (тиканье часов, пазы, слабо монотонный голос), с другой стороны, условным тормозным раздражителем—словом и содержанием в него вложенным.

Происходит условно рефлекторный сон. Гипноз от сна отличается лишь известной ограниченностью в распространении тормозного процесса: тормозятся лишь известные, по выбору гипнотизера, участки и всегда имеется бодрствующий очаг возбуждения—«сторожевой пункт».

*) Л. Л. Васильев. Там-же.

**) Резвяков. О сопряженных изменениях раздражительности нерва.

***) Акад. И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт.

Механизмы временных связей в гипнотическом состоянии легче разрываются и легче сочетаются благодаря созданию в нервной системе, по велению гипнотизера, очага главенствующего возбуждения (доминанты).

Такова точка зрения на гипноз акад. Павлова, детализированная проф. К. Платоновым*).

Касаясь слабых мест этой теории, отметим прежде всего неизученность сна и бодрствования.

«Нужно иметь ввиду,—говорит акад. Бехтерев, касаясь природы сна,—что дело идет о сложном механизме, лежащем в основе сна. Несомненно, здесь играют роль биохимические процессы, приводящие к выработке гипнотоксина (Ленсан и Пьерон), который подавляет деятельность коры предлобных областей мозга, вызывая соответствующие изменения в ее клеточных элементах... Необходимо принять, во внимание, что сон находится в связи еще и с функцией промежуточного мозга, именно серого вещества дна третьего желудочка. Вообще, существование сна еще не может быть выяснено окончательно».**)

Академик Павлов: «Изолированное и продолжительное раздражение определенного пункта больших полушарий ведет к сонливости и сну. Механизм факта в согласии с тем, что мы знаем о живой ткани, всего естественнее понимать как явления истощения, тем более, что периодический нормальный сон, бесспорно, есть результат истощения. Следовательно, от продолжительного раздражения истощается данный пункт и в нем наступает как то в связи с истощением состояние недейтельности сна.

Говорю «как-то», потому, что нельзя просто понимать все явления без какого-то особенного посредствующего состояния, какого-то особенного звена в ряду химических изменений в данной клетке».

Неизвестны и взаимоотношения между сном и бодрствованием.

Таким же мало изученным является и процесс торможения.

«Существенно то, что в настоящее время мы совершенно не знаем, что такое внутреннее торможение» (И. П. Павлов).

Не знаем также определенно и того, в каком взаимоотношении находятся между собою процессы возбуждения и торможения.

«Основные процессы—это, с одной стороны, раздражительный процесс, а с другой—тормозный процесс, какая-то противоположность раздражительного процесса. Я говорю, «какая-то» потому, что мы пока ближе ни о раздражительном, ни о тормозном процессе ничего не знаем. Делаются лишь догадки, которые не привели еще к определенному результату» (И. П. Павлов).

Пытаясь объяснить гипноз процессом торможения, мы допускаем логическую ошибку—*petitio principii*—объяснение одного неизвестного другим.

Выше мы говорили, что в нервных центрах допускается двух видов торможение: торможение парабипотического типа и динамическое сопряженное торможение.

Какой тип торможения можно мыслить при гипнозе?

Н. Е. Введенский установил как в концевых пластинках, так и в нервных центрах наличие парабипотического торможения. Даже больше: он и в нерве и в центрах допускал всего лишь один тип торможения,—торможения, представляющего собой доведенное до крайности возбуждение. Однако, парабипотизм Введенского не укладывается в рамки явлений, наблюдае-

*) Проф. К. Платонов. Гипнотизм и внушение. Харьков. 1925 г.

**) В. М. Бехтерев. Общие основы рефлексологии человека.

мых в центральной нервной системе. А. А. Ухтомский пишет по этому поводу:

«Чтобы центр тормозился по типу парабриоза, необходимо допустить одно из двух условий: или 1) при прежних энергиях раздражения внезапно понижается лабильность центра, или 2) при прежней лабильности центра энергия раздражения (частота и сила импульсов) внезапно возрастает. Ссылаясь на внезапное понижение лабильности всех тех центров, которые в данный момент подлежат торможению, значит для объяснения одной загадки ставить мысль перед другою: кто этот благодетельный фактор, который так своевременно изменяет лабильность действующих центров, подготавливая один из них к торможению, другие к возбуждению. Предполагать же, что на совокупность центров, подлежащих сейчас торможению, падают усиленные или учащенные импульсы, тогда как для положительной работы тех же центров достаточно редких и умеренных импульсов, значило бы допустить, что работа первого механизма рассчитана на вероятно расточительную трату энергии*).

Противоречит это также и научному представлению о снe: по Павлову сон есть широко разлитое по коре полушарий торможение, но сон есть и отдых нервной системы от продолжительной деятельности.

Вполне очевидно, что отдых не может быть «доведенным до крайности возбуждением».

С другой стороны, если бы торможение в центрах было парабриотического типа, то затормаживающим действием обладали бы наиболее сильные и частые импульсы («частоты и силы»). При гипнозе мы имеем как раз наоборот: в гипнотическое состояние погружают слабые и однообразные раздражения.

Остается одно: для наиболее удовлетворительного объяснения явлений сна и гипноза признать наиболее удовлетворяющим логику и фактам торможение второго рода: динамическое сопряженное торможение.

Проф. В.П. Протопопов в своей работе «Материалы к изучению физиологических реакций сосредоточения (внимания) и гипноидных изменений**» вскрывает внутренние противоречия теории гипноза-торможения.

«Если механизм гипноза сводить к тормозному процессу, то, ведь, согласно той же теории, приходится допускать одновременно с заторможенными пунктами в центральной нервной системе существование и очагов возбуждения (Бирман). Тогда возникает вопрос: в каком же функциональном соотношении находятся эти разнородные очаги, возбужденные и заторможенные. Ведь, изолированно друг от друга они функционировать не могут, а должны непременно оказывать влияние друг на друга. И вот возникает два вопроса: во 1-х, конкурируют ли эти разнородные очаги или взаимно поддерживают и обеспечивают друг друга; во 2-х, что появляется первично при начале гипнотического состояния: очаг возбуждения или очаг торможения.

В отношении первого вопроса приходится прийти к тому выводу, что если между очагами торможения и возбуждения существует конкуренция, то всякий гипноз при усилении его интенсивности должен при перевесе торможения перейти в сон, а при перевесе возбуждения — в пробуждение.

И в том, и в другом случае, следовательно, усиление гипнотического состояния должно было бы уничтожать самое гипнотическое состояние.

Получается, таким образом, явное противоречие и логике, и фактам,

*) А. А. Ухтомский. Доминанта как рабочий принцип нервных центров. Р. Ф. Жив.

**) Украинский Вісник рефлексології та експериментальної педагогіки 1925 г. № 1.

Если допустить содружество в недействительных и действительных очагах и взаимную поддержку и обусловленность, то тем самым мы устанавливаем наличие принципа доминанты, так как только согласно этому принципу возможно такое положение, при котором усиление очагов возбуждения усиливает и явления торможения в других пунктах».

Итак, профессор Протопопов приходит к монистическому пониманию явления гипноза с точки зрения единого процесса возбуждения,—как проявления принципа доминанты.

Что же такое доминанта?

При изучении строения нервной системы мы ее разлагаем на отдельные нейроны, рефлекторные дуги и анатомические центры.

Понятие «простого рефлекса» включает в себя как анатомически, так и функционально дифференцированный элемент нервно-центральной работы.

«Понять центральную работу, как неизменность дуговых соотношений и закреплённость функциональных отправления—вот заманчивая мысль, которую ставил себе не один физиолог».

Но при рассмотрении работы целостного организма необходимо принимать в расчет и функциональные соотношения нервной системы в целом.

Функциональная структура проводящего нервного вещества в известных пределах непрестанно меняется. Как поворот калейдоскопа, каждое новое раздражение, падающее на рецепторную поверхность, меняет функциональное строение центральной нервной системы» (Шерингтон).

А. А. Ухтомский так характеризует работу доминанты: «Достаточно стойкое возбуждение, протекающее в центрах в данный момент, приобретает значение господствующего фактора в работе прочих центров: накапливает в себе возбуждение из отдаленных источников, но тормозит способность других центров реагировать на импульсы, имеющие к ним прямое отношение».

Следовательно, согласно принципу доминанты, работа нервной системы определяется не концевыми приборами, не дуговыми соотношениями, а внутренними координирующими очагами господствующего возбуждения.

Исходя из принципа доминанты, легче объяснить состояние нервной системы во время гипноза.

«При таком способе рассмотрения,—говорит профессор Протопопов, с точкой зрения которого мы согласны—нет не только надобности, но даже и возможности сравнивать это состояние с каким-либо другим; рассматривая его в его самобытной, оригинальной форме, надо сказать, что это и не сон, и не обычная форма бодрствования, а это особая специальная форма жизнедеятельности, проявляющаяся лишь при определенных условиях и в определенных специфических формах».

В основе этого своеобразного состояния должен быть найден единый функциональный механизм, за счет которого и выявляется весь синдром признаков, наблюдаемых в этом случае».

С этой точки зрения проф. В. П. Протопопов явления гипноза представляет в следующем виде*):

Гипноз есть форма реакции на определенное раздражение или комплекс раздражений.

*) Мы здесь не касаемся техники гипноза, равно как и его применения в медицине. Это в нашу задачу не входит, и интересующихся мы отсылаем к многочисленным руководствам (Форель, Левенфельд, Бехтерев, Данилевский, Кронфельд, Шульц, Платонов, Залькинд, Подъяпольский и т. д.) и журнальным статьям.

Имеются двух родов раздражители: 1) обязательные, специфические. 2) случайные, видоизменяющиеся, играющие лишь подсобную роль. К первым раздражителям относятся: гипнотизер или адекватное ему раздражение.

Ко вторым—тишина в комнате, покойное положение объекта, пассы и т. п.

Существенное, гипнозогенное значение остается только за гипнотизером.

Реакция гипнотизируемого на гипнотизера—вот основа и залог гипноза.

А что такое гипнотизер? Это есть комплекс раздражений. Чтобы возбуждение дошло до воспринимающих зон объекта необходимо их возбудить. Следовательно, процесс возбуждения есть начало гипноза.

А если в основе гипноза допустить тормозящий процесс, то откуда же появится процесс возбуждения? Как тогда объяснить раппорт.

С точки зрения принципа доминанты процесс представляется так.

С самого начала у объекта устанавливается на гипнотизера реакция сосредоточения с ее двигательным актом в виде соответствующего приспособления воспринимающих аппаратов к создавшимся условиям для наилучшего восприятия впечатлений.

Момент чрезвычайно важный, так как при отсутствии реакции сосредоточения не произойдет и гипноза.

Чтобы создать благоприятные условия для очага возбуждения от раздражений, исходящих от гипнотизера (раппорт), устраняются все раздражения, меняющие реакции сосредоточения.

Все посторонние раздражения (субдоминантные) или подкрепляют доминанту или задерживаются на периферии.

Так объясняется лучше всего процесс гипноза современными научными теориями. Конечно, мы не можем все еще сказать, что сущность сна как нормального, так и гипнотического окончательно разгадана. Но мы близки к этой разгадке.

«Еще две-три добавочных черты и в руках физиолога окажется весь этот механизм, так долго остававшийся загадочным, окруженный даже какой-то таинственностью» (академик И. П. Павлов*).

В заключение коснемся вопроса о том, что такое самое внушение, играющее такую огромную роль в личной и социальной жизни.

Психологи так определили внушение: «Под внушением понимается большой класс явлений, типичным представителем которых служит внезапное вторжение в сознание идеи или образа, становящееся частью потока мысли и стремящееся вызвать мускульные и волевые усилия—свои обычные последствия» (Болдуин).

Свойства внушенной идеи:

- 1) идея принимается без критики,
- 2) выполняется почти автоматически,
- 3) выполняется беспрекословно и
- 4) (по некоторым психологам) отличается эмоциональностью.

Это психологическая сторона вопроса. Что касается физиологии внушения, то с рефлексологической точки зрения дело можно представить так.

Человек рождается с суммой безусловных рефлексов. Путем воспитания, тренировки и выучки он обогащает природный фонд безусловных рефлексов вновь приобретенными. Как они получаются? Каждое раздражение оставляет след в пластическом веществе нервной системы (энграммы, диспозиции). Эти следы сочетаются с прежде оставленными или возбуждают-

*) Предисловие к книге Б. П. Бирмана «Экспериментальный сон». Л. 1925 г.

их и подкрепляют, или тормозят, проторяют новые пути. Ткется причудливая сеть в веществе нервной системы. Но основными процессами все же остаются процессы возбуждения и торможения. Внушение есть один из видов выработки условного рефлекса.

Но при помощи какого посредствующего звена, какими волнами передается это раздражение, влияние и внушение—этот вопрос еще нельзя считать хотя бы приблизительно разрешенным.

Академик П. Лазарев предложил теорию вихрей, но насколько эта гипотеза окажется реальной, покажет будущее.

Глубокоуважаемому учителю профессору В. П. Первушину приношу сердечную благодарность за просмотр работы.

ВОЛДЫРЬ ОТ МНИМОГО ОЖОГА, ПОЛУЧЕННЫЙ ГИПНОТИЧЕСКИМ ВНУШЕНИЕМ *).

Доктор В. А. БАХТИЯРОВ.

Вазомоторные расстройства, получаемые путем внушения в гипнотическом сне, основанные на несомненно физиологических данных, имеют большое научное значение.

Мне хотелось повторить опыты своих предшественников и современников, заключающиеся в вызывании пузырей от мнимых ожогов. До сих пор не мог остановиться на субъекте, который бы соответствовал настоящему опыту. В таких случаях, согласно указанию П. П. Подъяпольского в его работах, необходимо, чтобы субъект в прошлом непременно ожегся и имел бы на месте ожога пузырь; следовательно, у таких лиц, с запасом соответствующих ощущений и впечатлений, можно надеяться на успех получения мнимого явления**).

Как только представилась возможность тщательного ознакомления с работами моего глубокоуважаемого учителя, доцента по курсу гипнологии и гипнотерапии П. П. Подъяпольского, вскоре я получил весьма интересное явление вазомоторного характера—синяк***), при этом все условия, указанные в первых работах П. П. Подъяпольского, были налицо, а именно: субъект, мальчик 14 л., 2 года тому назад до настоящего опыта сильно ушиб себе молотком ладонь руки так, что после удара была боль и синяк.

*) Сообщено с демонстрацией в Научном Медицинском Обществе (г. Свердловск) 2-го апреля 1929 г.

**) П. Подъяпольский—«Пузырь от мнимого ожога, полученный словесным внушением в состоянии искусственного сна». Труды Саратовского Естеств., т. IV, в. 2, 1903-1904 г.

П. Подъяпольский—«О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением». Журнал Корсакова, 1909 г., № 1-2.

P. Podjapolsky—«Des troubles vasomoteurs par suggestion hypnotiques». Revue de L. Hypn. 24 année, № 6, Decembre, 1909, p. 178-185.

Dr. Donat Smirnoff—«Zur Frage der durch Hypnotische Suggestion hervorgerufenen vasomotorischen Störungen», Ztschr. f. Psychoth. etc., Stuttgart, 1912, IV, 171-175.

Dr. Paul Fares—«Les troubles trophiques dans l'hysterie: brulure suggérée», Revue de L'Hypn. 22 année, № 6.

***)) Д-р В. А. Бахтияров—«Синяк от мнимого ушиба, полученный в гипнотическом сне». Клинич. журнал Саратовского Университета, 1928 г., Октябрь м-ц, № 3, стр. 243-249.

Я позволю себе возвратиться к прежнему опыту (о вызывании синяка) и кратко описать его. На одном из сеансов в сомнамбулизме, приложив монету к тыльной поверхности руки мальчика, сделал внушение: «я ударил молотком по твоей руке, у тебя появилась боль и будет синяк, как это было 2 года тому назад от удара молотком по пальцу». На другой день утром образовался синяк. С таким же успехом опыт повторил несколько раз. П. П. Под'япольский этот интересный случай предложил поставить под строгим контролем, дабы исключить возможность обмана и самообмана как со стороны экспериментатора, так и со стороны экспериментируемого.—В присутствии комиссии была наложена легкая гипсовая повязка на руку, фиксирующая локтевой сустав в согнутом состоянии. В середине повязки вырезано окно, в пределах которого сделано соответствующее внушение. Окно закрыто лубком, прикрепленным несколькими кругами марлевого бинта, оставлены лишь щели для вентиляции кожи. На повязке поставлены печати. Через 7 часов в присутствии комиссии гипсовая повязка снята и из места мнимого ушиба констатирован синяк. Запротоколировано.

Полученное вазомоторное расстройство в виде синяка при строгих условиях лишней раз подтверждает, какое большое действие оказывает словесное внушение на мозг и его функции.

Не каждому автору путем внушения удаются опыты в получении явлений вазомоторного характера.

Не так давно я получил волдырь от мнимого ожога, внушенный в гипнотическом сне, что и служит темой моя настоящая работа.

В ноябре и декабре м-цах 1928 года в нервной отд. Свердловской жел. дор. больницы находился больной Н. И. Силин, 29 л., служащий Пермской ж. д. с диагнозом *hysteria*. Проводил ему гипнотерапию. С первого же сеанса получился *somnambulismus totalis momentaneus* (терминология П. П. Под'япольского). В марте м-це 1929 г. этот больной поступает для амбулаторного лечения при Свердловской ж. д. больнице с болями в животе после тяжелой операции в январе по поводу аппендицита.

Во время пребывания в нервном отд., 18 ноября 1928 г. утром он ожог себе боковую поверхность безымянного пальца правой руки горячим фарфоровым чайником, после чего появилась боль, краснота и часа через 1½ образовался пузырь. Пузырь держался два дня, а потом больной сам его прорвал. Впечатление о пузыре у больного Силина было записано в его мозгу. Настоящей записи и наличия сомнамбулизма было достаточно для получения волдыря путем внушения. В последующем в действительности так и оказалось.

24 марта 1929 г. в амбулатории нерв. отд. больницы, в 4 часа дня в присутствии д-ра М. А. Бородиной, в сомнамбулизме к тыльной поверхности правого предплечья б-го приложил часть круглой деревянной ручки, размерами участком длиной 2 и шириной 1 см., сопровождая при этом следующим внушением: «сейчас я обжигаю Вашу руку горячим чайником, у Вас появляется боль, краснота и будет волдырь, точно так же, как это было в больнице после ожога чайником». Во сне и по пробуждении отмечается болезненность. Больной отпущен. На другой день, т. е. 25-III в 10 час. утра на месте мнимого ожога образовался волдырь овальной формы, размерами длиной 2 и шириной 1 см., с краснотой по периферии на 1 см. Сильную красноту больной заметил в тот же вечер часа через 4. Волдырь отчетливо возвышался над уровнем кожи, содержащий серозную жидкость. Полученный волдырь видели д-р С. Н. Чернявин и д-р М. А. Бородина. Факт натицо, подтвержденный протоколом.

На высоте волдырь держался 2-е суток. На 3-й день серозная жидкость вышла и место волдыря покрылось корочкой, последняя держалась с неделю.

Опыты с волдырями не всегда удаются, редко когда они получаются и редко кто их видит. Почему мне хотелось это интересное явление продемонстрировать в Научном Медицинском Обществе.

Накануне заседания Общества, 1-IV таким же образом повторил опыт в присутствии д-ра С. Н. Чернавина. На этот раз место для мнимого ожога избрали заднюю поверхность шеи, а самый мнимый ожог причинялся круглой, в диаметре 1 сант., мраморной крышкой от чернильницы. После необходимого внушения, минут через 5, на месте легкого прикосновения указанной крышкой намечалась краснота, а боль появилась сразу же. 2-IV на месте мнимого ожога обнаружена краснота 2 сант. в диаметре, в центре которой имелось неправильной формы вздутие эпидермиса, окрашенное в серо-желтый цвет—это был волдырь. В такой стадии созревания он демонстрировался присутствующим врачам Общества 2-IV. 3-IV место волдыря покрылось корочкой, державшейся 3 дня.

Авторы, которым удавалось получать вазомоторные расстройства в виде пузырей, красноты, перечислены в работе П. П. Подъяпольского — «Пузырь от мнимого ожога, причиненный словесным внушением в состоянии искусственного сна» (Focachon, Beaunis, Jendrassik, Krafft-Ebing, Bernheim, Dumonpallier, Charcot, Winiwarter, Forel, A. A. Токаровский, Я. В. Рыбалкин, В. М. Бехтерев, Э. Ф. Беллин, Otto Wetterstrand, Oskar Vogt).

В последнее время такие же опыты повторяли авторы, перечисленные в моей работе — «Синяк от мнимого ушиба, полученный в гипнотическом сне»: Л. Н. Schultz и Heller ¹⁾, д-р И. С. Сумбаев, д-р В. Н. Финне ²⁾ и Артур Кронфельд ³⁾. Кроме пузырей от мнимых ожогов д-р Сумбаев получил синие припухлости, — явления похожие на отморожения, что было в действительности у экспериментируемого в прошлом⁴⁾.

П. П. Подъяпольский в своей убедительной работе «О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением», где его опыты были поставлены, *lege artis*, с очевидной ясностью доказал неопровержимость этих фактов, получение которых у некоторых авторов раньше вызывало сомнение.

Для большей убедительности по данному вопросу, я позволю привести цитату из курса нервных болезней Л. О. Даршкевич ⁵⁾—«В ос-

¹⁾ Munchener med. Wochenschr. 1909, № 41.

²⁾ Д-р В. Н. Финне.—«Ожоги, вызываемые внушением в гипнотическом сне», Ленинград, «Журнал для усовершенствования врачей», № 3, 1928 г.

³⁾ Артур Кронфельд.—«Гипноз и внушение», перевод с немецкого, Госиздат, Москва, 1927 г., стр. 50.

⁴⁾ Д-р И. С. Сумбаев.—„К вопросу о вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением“. Сибирский Архив теорет. и клинич. медицины, г. Томск, 1928 г. Том III, кн. 4.

⁵⁾ З. о. проф. Казанского У-та Л. О. Даршкевич «Курс нервных болезней», г. Казань, 1917 г., том III, стр. 497, глава об истерии.

нову своего теоретического воззрения по данному вопросу ⁶⁾ я кладу прекрасную, в моих глазах, работу П. П. Подъяпольского ⁷⁾, произведенную в таких условиях, которые в полной мере предохраняли автора от опасности самому впасть в невольную ошибку или быть введенным в заблуждение со стороны мифоманов».

В заключение следует сказать, что такого рода эксперименты вазомоторного характера, основанные на исключительно физиологических данных, имеющие научное значение, должны в будущем более тщательно изучаться.

При повторении подобных опытов другими экспериментаторами, желательно произвести гисто-патологическое исследование получаемого явления.

Необходимо отметить, что такие опыты проходят бесследно для экспериментируемых, никакого вреда им не оставляют.

Приношу большую благодарность за внимательное участие в моих опытах д-ру С. Н. Чернавину и д-ру М. А. Бородиной.

⁶⁾ О кожных расстройствах, получаемых путем внушения. В. Б.
⁷⁾ П. П. Подъяпольский. — «О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением», журнал Корсакова, 1909 г., № 1—2.

ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ПЕРМЯКОВ.

Доктор П. Д. ЮШКОВ.

Широкое распространение венерических болезней среди отдельных групп национальных меньшинств, внеполовой по преимуществу способ передачи сифилиса, недостаток медпомощи, сознательное уклонение больных от лечения в силу господствующей некультурности—все это побудило Н. К. З. в борьбе за оздоровление деревни в первую очередь обратить внимание на малые народности СССР. Для суждения о размерах распространения венерических болезней в деревне часто пользуются данными медучастков, но обращаемость больных в сельских местностях за медпомощью, а отсюда и регистрация их, зависят во многом от степени культурности населения, от близости медучастка и постановки дела в нем, от развития знахарства и т. д. Поэтому подобные данные, конечно, далеко не точно отражают действительные цифры заболеваемости, особенно принимая во внимание отсутствие главного метода выявления венериков—семейного обследования, невозможного для медучастков, при отсутствии специальных работников и значительной загруженности медперсонала текущей работой. Значительные преимущества налицо при обследовании селений венерологическими отрядами. Широкая санитарная пропаганда и ярко демонстративный лечебный эффект среди больных, не знавших до того точной причины своих страданий, производят большое впечатление на крестьянскую массу, и обычно вскоре даже из самых глухих углов в венотряд являются больные. Особенной популярностью пользуются венотряды в краю, где преобладают гумозные формы сифилиса.

Летом 1927 и 1928 г. г. мне пришлось заведывать венотрядами, работавшими среди пермяков.

Главной территорией пермяков является Коми-Пермяцкий округ, лежащий в Северо-Западной части Предуралья; площадь его исчисляется в среднем в 25.000 кв. километров с населением в среднем свыше 150.000 человек, из них 79 проц. пермяков. Округ разделен на 6 районов и 87 сельсоветов. На три четверти весь округ занят хвойными лесами; вопрос с путями сообщения находится в плачевном состоянии — железных и шоссейных дорог нет совершенно, главным грунтовым путем является тракт, проходящий от р. Камы через с. Кудымкор (административный центр). В глухих сельсоветах, особенно на севере округа, телега до сих пор считается редкостью; летом ездят, главным образом, верхом, на саях (!), волокушах. Подобные способы передвижения по лесным избитым дорогам могут служить лучшей иллюстрацией степени культурности и благосостояния населения. Водные пути сообщения находятся в лучшем положении, их составляет судоходная река Кама с притоками.

Основное занятие населения — земледелие. До сих пор существует «натуральное» хозяйство, дающее мало дохода, в результате чего большинство крестьян занято отхожим промыслом (сплав, рубка леса по р. Каме и ее притокам). На севере округа поддержкой хозяйства для многих является охота. Живут пермяки бедно, значительно бед-

нее русских крестьян, и отдельными от них деревнями. В некоторых сельсоветах до сих пор сохранились «черные избы», где дым из печки, за отсутствием трубы, выходит через двери и отдушины в стенах. Пермьки сильно обрусели, только в самых глухих углах можно столкнуться с незнанием русского языка. Из элементов этнографической старины сохранилась самодельная посуда и принадлежности национальных костюмов — кафтаны, зипуны (шабуры), кокошники, шамшуры (род чепца, расшитого стеклярусом). Развито знахарство, пустившее крепкие корни в толщу пермяцкого быта. Из рода в род в отдельных семьях передается мудрость народной медицины, ее атрибуты — «мамонтова кость», «громовая стрела», «камень самоцвет» и проч. Соскоб «мамонтовой кости» дается в молоке от бессоницы; «громовая стрела» *) — амулет, прикладывается к нарывам и ушибам, к ранам после укуса змей; «камень самоцвет» — круглая прозрачная галька величиной с куриное яйцо, спускается на 5 минут в брагу, после чего последняя «помогает» от поносов. Кроме того, в большом ходу настои различных корней, трав и различные варварские способы лечения, как обливание холодной водой, встряхивание, подвешивание родильниц и проч. Лучшим средством против сифилиса считается «биль» (раствор сулемы), ее пьют в самогоне. Трипер печат вкапыванием в уретру разведенного медного купороса, внутрь назначается та же «биль». Особой популярностью пользуется знахарь — бывший военный санитар; он лечит от всех болезней и к нему обращаются за помощью даже из соседних районов. Одним недостатком медпомощи нельзя объяснить подобного развития знахарства. Несомненно, немалую роль играют суеверие, невежество пермяков и сказываются отголоски прошлого язычества. В глухих деревнях до сих пор сохранился обычай оставлять на кладбище сани, на которых привезен гроб умершего, а также расставлять вокруг могилы горшки с брагой; и те и другие остаются там навсегда, как последняя память, и для того, чтобы «душа» не вернулась обратно в дом. Также точно в «Семик» — грандиозные поминки умерших после панихиды на кладбище, заканчивающейся пиршеством; на могилах вырываются ямки, куда родственники льют остатки недопитой браги, приговаривая при этом «Юве, юве (пей), ты шибко охоч был до браги». Ячменная брага — излюбленный напиток пермяков, заменяющий чай. К праздникам готовится особая «хмельная» брага и самогон. Алкоголизм развит, пьют даже женщины и подростки.

Большинство исследователей считает пермяков потомками прапермских племен «Чуди»; с лингвистической точки зрения их нельзя разграничивать от их северных соседей зырян (Коми-Зырянская область). И те и другие язык свой называют, говоря по русски «пермским», а самих себя и друг друга — «коми». Финляндский ученый Вихман называет пермяков «зырянами пермской губернии». Но с антропологической и психологической точки зрения зыряне и пермяки имеют между собою мало общего. Зыряне — энергичный, предприимчивый и очень жизнеспособный народ; совершенно иное представляют из себя пермяки, вполне справедливо названные академиком Лепехиным «безгласными»: это — большей частью испитой, неинициативный, не знающий никаких ремесел народ. Профессор Жаков так характеризует современного пермяка: «Вид у него унылый, черты лица выражают мрачность и неподвижность, пермяк так мрачен и угрюм, что почти совсем не поет песен. В то же время пермяки домовиты, любят свое хозяйство, скромны, но последнее не мешает им держаться с чувством собственного достоинства». По грамотности пермяки значительно отстали: на 1923-25 г.г. грамотное население старше 5 лет в сельских местностях равняется 15,9 проц., процент же грамотных женщин достигает только 7,4 проц. Однако, за последние годы пермяки стали заметно пробуждаться от вековой спячки: в крупных поселках открываются избы-читальни и красные уголки, в районных селах — нардомы, где наряду с другой культурной работой местным медперсоналом проводится и санитарное просвещение. Большую роль сыграли, конечно, развитие сети ячеек ВКП (б) и Комсомола по всему округу. В селе Кудымкор издается газета «Горис» (пахарь), печатаемая наполовину на пермяцком языке.

*) **Примечание** «Громовая стрела» — гладкий, черный камень продолговатой формы. Все указанные предметы привезены мной (авт.).

Оба лета венотряды работали в составе 3-х человек—меня, как заведующего, студентки и студента старших курсов Медфака в качестве фельдшеров. Санитара нанимали на месте из крестьян. Первый венотряд летом 1927 года, с мая по июль, обследовал Ленинский сельсовет, Нердвинского района, Пермского округа, непосредственно граничащий с Коми-Пермякским округом. Здесь на 4.900 жителей—80 проц. пермяков. Это единственный участок Пермского округа, населенный пермяками.

Летом 1928 года, с мая по сентябрь, были обследованы два северных района Коми-Пермяцкого округа—Гаинский и Кочевский. Кочевский район занимает площадь в 3.048 кв. килом. (12 проц. всего округа) с населением в 19.800 человек, из них пермяков 93 проц. Плотность населения 6,4 проц. (средняя плотность по округу 6,1). Площадь Гаинского района 9.483 кв. килом. (37 проц. округа), население 11.227 человек, из них пермяков 6.960, русских 4.640 чел., плотность населения 1,2.

Т а б л и ц а № 1.

Всего было обследовано венотрядами:

Название участка	Мужчины	Женщин	Детей до 16 л.	Пермяки	Русские	Всего
Кочевской р-н	956	1018	546	2315	205	2520
Гаинский р-н	1621	1201	906	1747	1981	3728
Ленинский с/с.	1136	1546	1394	3321	755	4076
И т о г о	3713	3765	2846	7383	2941	10324

По Кочевскому району обследовано 12,7 проц. всего населения, по Гаинскому—33,2 проц. В Кочевском районе всего 13 сельсоветов, 232 населенных пункта; обследовано 6 сельсоветов, 21 населенный пункт, не считая деревень, имеющих менее 5-ти дворов (хутора, починок). В Гаинском районе 9 сельсоветов, 96 населенных пунктов; обследовано 6 сельсоветов, 35 населенных пунктов. В Ленинском сельсовете обследовано 83 проц. всего населения.

В обоих районах обследованы преимущественно деревни, где были зарегистрированы случаи вензаболеваний, а также и соседние с ними при чем по Кочевскому району охвачены сельсоветы в разных, диаметрально противоположных, участках для большей объективности суждения о проценте венеризации. По Гаинскому не обследованы Мысовский и Давыдовский сельсоветы, расположенные на расстоянии 2-х дней езды от районного центра, и Чижеговский, как один из малонаселенных и находящихся в центре обследованных сельсоветов. В Ленинском сельсовете обследованы почти все деревни, за исключением мелких хуторов и выселков, насчитывающих по несколько домов.

В основу работы венотрядов была положена «подеревенная» система обследования, заключающаяся в том, что венотряд заезжал в каждую деревню по отдельности, при чем население поголовно вызывалось в отведенное для этой цели помещение. Перед осмотром обычно проводилась лекция-беседа. По окончании осмотра проводилась проверка по спискам, уклонившиеся вызывались в ближайшую деревню, куда приезжал венотряд, или в районный, сельсоветский центр—главные базы венотряда. В ряде

деревень наиболее отсталых и глухих участков проводилась «подворная» система обследования.

Т а б л и ц а № 2.

Количество больных сифилисом во всех трех участках.

П о л	Сифилис II		Сифилис III		Сифилис врожденный		Первый сифилис	В с е г о
	Скрытый	Резидив.	Проявлен.	Скрытый	Ранний	Поздний		
Мужчины	14	5	19	14	—	—	—	52
Женщины	8	8	6	22	—	—	1	45
Детей до 16 лет	3	1	1	—	5	8	—	18
И т о г о	25	14	26	36	5	8	1	115

Наибольшее количество больных выявлено в 3-ей стадии сифилиса, из них 42 проц. с тяжелыми гуммозными поражениями. Свежего сифилиса (1-й период, II—свежий) не зарегистрировано. В Кочевском районе преобладают вторичные формы сифилиса, в Гаинском—гуммозные; в Ленинском сельсовете обе формы встречаются приблизительно в равном количестве. Значителен процент врожденного сифилиса—11,3 проц. Интересно, что в одной небольшой деревне Ленинского сельсовета (Гуляево), состоящей из 9-ти хозяйств, в 6 семьях были обнаружены больные сифилисом; в соседних деревнях сифилиса не оказалось. С подобными фактами сталкивались мы и в ряде деревень Коми-Пермяцкого округа. Здесь мы имеем дело с характерным для деревни явлением—«гнездностью сифилиса» (Федеровский и др.). В общем цифры заболеваемости невелики; по отношению к числу обследованных—1,1 проц.

По Гаинскому району 1,3 проц., по Кочевскому 1 проц., по Ленинскому сельсовету—0,9 проц. Между русским населением и пермяками, в смысле заболеваемости, особенной разницы нет; в Коми-Пермяцком округе несколько больший процент венерических болезней дали пермяки, в Ленинском сельсовете—русские.

Разработка статистического материала показала, что сифилис занесен, главным образом, в период войн гражданской и империалистической демобилизованными солдатами.

	Г о д з а р а ж е н и я				
	До 1920 г.	20 - 24 г.	24 - 26 г.	С 1926 г.	Не указано
Кочевский район	1	3	7	4	11
Гаинский	12	5	2	4	19
Ленинский с/с.	12	8	5	2	9
И т о г о	25	16	14	10	39

Давностью большинства заражений и отсутствием регулярной терапии (48 проц. больных не лечились совсем или лечились у знахарей), объясняется развитие гуммозных форм и частота врожденного сифилиса. Что касается способа заражения, то из следующей таблицы видно, что сифилис распространяется преимущественно половым путем:

Способы заражения сифилисом.			
Половой.	Бытовой.	Врожденн.	Невыясненный.
18	23	13	22

Однако, считая, что из рубрики «невыясненных» большинство случаев следует отнести к бытовому заражению, поскольку оно проходит наиболее незаметно, приходится признать этот способ передачи сифилиса более частым, указанного нами. Виновниками бытового заражения являются не только общая посуда, общая кружка для браги на помочах и т. п., но и сохранившийся до последнего времени обычай кормить поочередно в каждой избе сельских пастухов. В Ганском районе один пастух оказался больным сифилисом, в семье же другого у 2-х дочерей были обнаружены проявления вторичного рецидивного сифилиса.

Что касается источников полового заражения, то мы приходим к заключению о несомненном преобладании заражения в браке. Мужья, заразившись в городах, на фронте, инфицируют своих жен, в этом мы усматриваем основную причину заноса сифилиса в деревню. Заразилось в городе 9,6 проц., на фронте 7,8 проц., в деревне 56,6 проц., не указывают 26 проц.

Половая жизнь пермяков характеризуется ранним началом и значительной распущенностью. Дети до замужества — обычное явление. Лейтмотивом при заключении брака является материальный расчет. Еще 70 лет назад этнограф пермяцкого края Рогов писал, что на нравственность пермяки вообще не обращают никакого внимания; отцы не заботятся о поведении детей, родственники развратничают между собой, парни охотно женятся на девицах не только беременных, но и на имеющих взрослых детей. «Коми» спрашивают пермяка — «зачем берешь девку с миреном (незаконорожденным)?» Из за мирена и беру, бачка, — отвечает пермяк, — теперь он борно-волох, а скоро будет работник». В пермяцких поселках, по данным того же Рогова, в 1851 году из 100 браков было 48 таких, где «молодушки» вскоре после венца радовали своих мужей «прибылью».

Не приходится удивляться преобладанию полового заражения над всеми остальными. И лишь отсутствие постоянного свежего заноса инфекции и излюбленная знахарская «биль», употребляемая поголовно всеми больными, предохраняют пермяцкие деревни от сифилизации.

Т а б л и ц а № 3.
Количество больных триппером.

Название участка	П о л	Острый	Хронич.	Всего	Обследо- вано	%
Кочевский р-н	Мужчин	0	28	50	956	2,5
	Женщин	—	22	—	1018	—
Ганский р-н	Мужчин	3	68	115	1621	4,0
	Женщин	2	42	—	1201	—
Лезинский с/с. . . .	Мужчин	8	73	188	1136	6,9
	Женщин	13	94	—	1546	—
Всего	Обоего пола .	26	327	353	7478	4,7

Триппер встречается гораздо чаще сифилиса, правда, процент его значительно выше также и потому, что он высчитан по отношению к обследованному взрослому населению. В подавляющем большинстве преобладают хронические формы. Первонисточники триппера приходится также искать в городах, заводах, откуда он был занесен в прошлые годы. Отмечается высокий процент бывших эпидидимитов, что может быть объяснено распространенной верховой ездой и тяжелой физической работой.

Чем же можно объяснить сравнительно невысокое развитие венболезней среди пермяков?—Удаленность от железных дорог (Гайнский и Кочевский районы—за 200—300 в., Ленинский сельсовет—за 70 в.), отсутствие регулярных путей сообщения, бедность края с его суровым неблагоприятным климатом—вот что охраняет население от пришлых элементов, являющихся обычными виновниками широкого распространения венболезней. В Гайнском районе очаги сифилиса выявлены, главным образом, в пермяцких сельсоветах, расположенных ниже по р. Каме, ближе к культурным центрам, и в гораздо меньшей степени среди русских крестьян верховьев Камы и ее притоков. Понятным становится, что в Кочевском районе, наиболее глухом и отдаленном, при отсутствии судоходной реки, процент венболезней ниже, чем в Гайнском. Конечно, играет роль и развитый больше среди гайнских крестьян сплавной промысел, но опять же этот фактор не имеет того значения, которое ему обычно приписывается—местные бурлаки спускают плоты лишь до ближайших пристаней в пределах округа, лишь части из них приходится бывать в городах и заводах, расположенных ниже по р. Каме. Батрачество, существенный половой рассадник сифилиса в других округах, не имеет здесь за собой подобной печальной привилегии. Но, конечно, не потому, что сельский пролетариат здесь находится в лучших материальных условиях, ограждающих его от всесторонней эксплуатации хозяев,—причина кроется в том, что, благодаря бедности, наемный труд мало распространен, его представляют, главным образом, сами же крестьяне-собственники на лесозаготовках трестов (Волгокаснийлес и Камуралес).

За 1927 год по Кочевскому району официально числилось 70 батраков, по Гайнскому—99. В то время как сезонных рабочих на лесозаготовках в последнем районе было 206 чел., временных же (рубщики, возчики)—807 человек.

Вероятность наших предположений подтверждается тем, что в районах Пермского округа, лежащих вблизи железных дорог, более культурных и богатых, с развитым батрачеством, венерические болезни значительно более распространены. Так, в Сивинском районе, куда наш венотряд переехал во вторую половину лета из Ленинского сельсовета, среди 3760 осмотренных крестьян выявлено 6—5 проц. сифилиса (там теперь открыт венпункт), в Красно-Верещагинском районе выявлено 3.7 проц. сифилиса (Талалов), при чем в обоих районах преобладают заразные формы сифилиса, значительно чаще встречается также и острая гоноррея. Медпомощь в обследованных нами участках стоит далеко не на высоте своего положения. Кочевской больницей в течение ряда лет заведует школьный фельдшер; во главе сельских медпунктов везде стоят ротные лекары. Лечение сифилиса обычно сводится к Биевской микстуре и фрикциям; вливание неосальварсана, даже в больницах, производится крайне редко. Триппер лечится исключительно внутренними средствами, женетизация применяется лишь в Кудымжорской венамбулатории, что для больного связано с дальним переездом и отрывом от хозяйства.

Ежемесячные медицинские отчеты с мест пестрят указаниями на часто встречающийся мягкий шанкр в то время как нами, равно как и д-ром Талаловым, в деревне не пришлось видеть ни одного случая. Аналогично, просматривая цифры распространения венерических заболеваний по Пермскому округу, мы видим слишком большое количество случаев «мягкого шанкра»: в 1924 году — 159, в 1925 г. — 218, в 1926 г. — 190, в то время, как в кожно-венерической клинике за 1926 год мы имели всего лишь три типичных мягких шанкра (Голшмид). Не подлежит сомнению, что все эти многочисленные «мягкие шанкры» участков были в громадном большинстве случаев неправильно диагностированы.

Не закрывая глаза на действительность, укажем, что «преследуемая» знахарская «биль», не смотря на частые явления ртутного отравления, играет среди пермяков в ликвидации заразного сифилиса большую роль: необычайной популярностью ее, вероятно, и объясняется преобладание латентных форм сифилиса среди выявленных больных. Правда, обычно в дальнейшем, многие годы спустя, «подлеченные» таким образом случаи переходят в гуммозный, часто «увечающий», выводящий из строя сифилис. Наибольшее количество гуммозных больных (72 проц.) выявлено нами как раз в зрелом возрасте, наиболее работоспособном и ценным в условиях деревенской жизни.

Нашими венотрядами, не считая малочисленных пермяков Вятской губернии (Зюдинский край), в среднем обследовано 15 проц. всех пермяков. Учитывая трудность диагностирования латентных форм сифилиса и триппера в походной обстановке, без бактериоскопических исследований и серологических реакций, возможность уклонения от осмотра части больных, мы все же, на основании приведенных данных, можем высказать уверенность, что венерические болезни среди пермяков, по сравнению с другими национальностями, распространены незначительно.

В заключение приношу благодарность директору клиники профессору М. А. Розентулу за указания при составлении работы.

„МАТЕРИАЛЫ К ИЗУЧЕНИЮ ВОПРОСА О СЕЛЬСКОЙ ГОНОРРЕЕ“

Д-ра В. И. КАЗАКОВА.

Из клиники кожных и венерических болезней Пермского Государственного Универ-та

Директор профессор М. А. Розентул.

В то время, как сифилис в деревнях СССР, по данным большинства авторов, является преимущественно «бытовым», гоноррея, как и в городах, передается почти исключительно половым путем. В этом отношении несколько иначе обстоит дело с некоторыми национальностями — так, например, среди калмыков, по данным М. Розентула, гоноррея женщин и детей распространяется в значительном проценте внеполовым путем.

Если в вопросе о сифилисе деревни имеется много данных, то характер и распространение гонорреи в сельских местностях совершенно не изучены в то время, как, в силу особых экономических и бытовых условий, рост гоноррейных заболеваний в селах представляет собой большое бедствие, с которым трудно бороться. Следует признать, что в настоящее время гоноррея, по справедливому

выражению Гальперина и Эпштейна, «с точки зрения социальной — явление безусловно более грозное, чем сифилис». Проф. Фронштейн, в своем предисловии к руководству Франца по женской гоноррее, говорит о «стихийном распространении гонококковой инфекции».

Даже в городах, например, по данным нашей клиники и диспансера, рост гонорреи несомненен; кто же знает быт деревни, тот правильно оценит наличие факторов, вследствие которых распространение гонорреи в селах и деревнях — очевидно. Если в городах убывают случаи хронической гонорреи, то в сельских местностях, наоборот, значительно преобладают хронические формы гонорреи. Либерман, лишь поверхностно касаясь сельской гонорреи, пытается объяснить рост гонорреи в деревнях влиянием роста строительства СССР — ростом товарообмена между деревней и городом, проникновением городской культуры в деревню, большим притоком крестьян в город на заработки и т. д.

Здесь следует отметить, что, к сожалению, заключения отдельных авторов об особенностях сельской гонорреи, грешат отсутствием микроскопических подтверждений.

В этом направлении и было заострено мое внимание во время моей командировки зимой настоящего года, для обследования Б.-Сошновского и Ленинского районов, Пермского округа. — Моим ближайшим помощником в работе отряда была женщина-врач, благодаря чему женщины шли на осмотр охотно. Отряд был снабжен походной лабораторией: иммерсионный микроскоп, реактивы, центрифуга, краски и т. п.

Зимнее время, неудобство помещений и ограниченная коротким сроком командировка — не дали возможности полностью развернуть работу в отношении изучения сельской гонорреи, в виду чего я не претендую на полное освещение этого вопроса.

Условия работы отряда подсказали нам 2 пути к изучению сельской гонорреи:

1) 3-хнедельная работа в большом селе — сюда вызывались в обязательном порядке, из 15-ти близ лежащих сел, все зарегистрированные фельдшерско-медицинским пунктом больные, страдающие сифилисом, гонорреей, кожными и женскими болезнями.

2) Выездная работа отряда в наиболее «отсталые», пользующиеся «дурной» славой в отношении венболезней, деревни для поголовных обследований населения.

Работе отряда в большой степени помогло следующее обстоятельство: в одно из сел, где развернул свою работу венотряд, приехала выездная редакция крестьянской газеты «Страда» с типографской машиной, для проведения посевной кампании.

Мне удалось, благодаря любезности отв. редактора этой газеты тов. Цикарева, выпустить в этом селе один номер газеты, всецело посвященный венерическим болезням. Номер был заполнен написанным мной популярным языком материалом и выпущен в количестве 1.000 экз. Это случайное обстоятельство дало нам возможность снабдить санитарно-просветительной литературой население 2-х районов, при чем листовка эта значительно облегчила нашу работу, т. к. мной было замечено, что в тех деревнях, где приезду отряда предпосылалось распространение этого номера газеты, — крестьяне шли на осмотр с готовностью; часто приходилось выслушивать благодарности за осмотр и «печатное слово». Это вполне понятно, если помнить, что крестьяне

нынешней деревни любят свежую газету — многие выписывают даже центральные издания.

Осмотр больных производился тщательным образом с особенным обращением внимания на гоноррею. У мужчин, указывавших на выделения из мочеиспускат. канала в прошлом, производилось микроскопическое исследование сока предстательной железы и нитей, выловленных из мочи после массажа предстательной железы. У подозрительных, в отношении гонорреи, женщин брались мазки из urethры, лакун Skene, Бартолиниевых желез, шейки матки и recti. Также подвергались микроскопическому исследованию женщины, не представлявшие клинически подозрений на гоноррею, но мужья которых имели «резачку» в прошлом. Обычно бралось по 5 мазков у каждой женщины, но в некоторых случаях и больше. Мазки производились после вымывания слизистой стер. физиол. раствором: раздражение при помощи платиновой петли или тупой ложечки. Из urethры брался соскоб после массажа задней стенки urethры через переднюю стенку vaginae. Окраска по грамму. Ограниченные сроком нашей командировки, мы имели возможность подвергнуть микроскопическому исследованию только 92 человека, при чем из них большая часть (63) падает на женский пол. Эти 92 человека в общем печальное процентного отношения больных гонорреей к здоровым не вошли, т. к. они были выявлены из числа зарегистрированных фельдшерско-медпунктом. Из этого числа было 25 мужчин, имевших в анамнезе гоноррею и четверо явилось по поводу подострой формы гонорреи. В этих четырех случаях мною обнаружены гонококки в отделяемом urethры, причем все эти больные имели сношения в последнее время только с женами. Отсутствие бурных воспалительных явлений, упоминание о прежней «резачке» заставляют меня отнести все эти четыре случая к рецидивной гоноррее.

Из 25-ти мужчин, имевших гоноррею в анамнезе, только одного можно было признать здоровым в условиях работы нашего отряда (отсутствие объективных и субъективных клинических данных, нормальный секрет предстательной железы, отсутствие гонококков в отделяемом уретры, вызванных путем провокации). Остальных 24 человека нужно отнести к страдающим хронической формой гонорреи, т. к., кроме анамнеза, у всех отмечалось то или иное расстройство в половой сфере — скудные выделения из уретры, преждевременная эякуляция, тяжесть в области заднего прохода, простаторрея и т. д. Во всех случаях семенные пузырьки прощупывались в виде вытянутых тяжелей и были изменения в предстательной железе: микроскопическое исследование сока простаты во всех этих случаях дало большой лейкоцитоз и разреженное содержание лейкоцитных зерен. Почти во всех случаях моча содержала разнообразные нитки — во всех случаях нити, быстро оседающие на дно стакана, содержали в большом количестве лейкоциты.

Интересно отметить то обстоятельство, что ни в одном из этих случаев несомненных хронических простатитов, больными не отмечалось уменьшения полового влечения. Это вполне совпадает с данными Белостоцкого и Рутштейна (из ГВИ, — из 67 случаев хронич. простатита они ни в одном не могли отметить уменьшения полового влечения (нормальная функция яичек). Гонококки были обнаружены мной в одном случае из числа этих 24-х, в нитях, выловленных из мочи

после массажа предстательной железы, при чем этот больной категорически отрицал венерические заболевания.

Попутно я также интересовался и «бактериальной» флорой у этих больных. Мазки приготавливались при помощи соскоба платиновой петлей со стенок *urethrae*, на расстоянии 3-4 сант. от ладьевидной ямки.

В 20-ти случаях был обнаружен симбиоз стафилококка с грубым грамм+диплококком; комбинация грамм+диплококка с большим грамм+кокком отмечена в 3-х случаях; в одном—была полиморфная микрофлора—мелкие кокки, диплококки и преобладающее количество грубых грамм+палочек с наклонностью образовывать короткие цепочки.

Таким образом, по моим данным, преобладающей вторичной инфекцией является грамм+диплококк, располагающийся экстрацеллюлярно в комбинации со стафилококком. Это не совсем совпадает с данными Каншина, полученными при исследовании 31-го случая хронического простатита—в 20-ти случаях он нашел чистого стафилококка; грамм+диплококк занимает 2-ое место. Из грамм отрицательных видов Каншин отметил только в 2-х случаях *diplobac Friedländeri*—мной, грамотрицательные микроорганизмы не были обнаружены ни разу.

По исследованиям Сohn'a первое место при хронических уретритах занимает грамм+диплококк, являющийся обычным обитателем здоровых слизистых оболочек.

Интересно отметить, что во всех моих случаях микрофлора мазков, взятых со стенок *urethrae* вполне совпадала с микрофлорой нитей, выловленных из мочи. Это аналогичует с результатами, полученными Яблонским и Юденичем, подтвержденными бактериологически. Принимая во внимание, с одной стороны—периодические рецидивы у моих больных, нелеченность гонорреи в прошлом и почти полное отсутствие микрофлоры в соке предстательной железы, несмотря на его явную патологичность—с другой,—я лишаю всякого значения найденную мной микрофлору, относя ее к сапрофитирующей.

При этом я оговариваюсь, что категорически стдифференцировать постгонорройные уретриты я не берусь, т. к. я даже не имел возможности во всех случаях прибегнуть к провокации, не говоря уже о других требованиях (посевы, уретроскопия).

В 4-х случаях рецидивной гонорреи я мог видеть, как и во время моей работы в клинической лаборатории, тяготение гонококка к изолированности. Таким образом, из числа осмотренных мужчин, имевших гоноррею в анамнезе, все имели патологическое состояние сока предстательной железы; исключение составил только один аккуратно лечившийся в прошлом.

Отсюда вполне понятно большое значение микроскопа в изучении сельской гонорреи.

Значительно хуже обстоит дело с диагностикой женской гонорреи. 63 женщины, у которых мной была клинически диагностирована гоноррея, были отобраны из 187 женщин (33,19 проц.), приходивших на фельдшерский медицинский пункт по поводу «женских болезней»; в число этих 63-х вошли и жены 4-х мужчин с рецидивной гонорреей и 12-ти из 24-х, отмеченных мной, как хронические гонорройки.

Из этих 63-х женщин полное микроскопическое подтверждение диагноза я нашел в 10-ти случаях (15,55 проц.), при чем в 5-ти слу-

чаях гонококки были найдены в мазках, взятых с шейки матки, в 2-х из urethrae, в 2-х из лакун skene и в одном из rectum. В последнем случае дело касалось нечистойлотной женщины, у которой заражение произошло путем затека обильных выделений из влагалища— у нее было резко выражено покраснение кожи вокруг заднепроходного отверстия (dermatitis paragonorrhoeica circa anum). Мазки брались из rectum у всех 63-х женщин. Относительно частоты гонорройного поражения rectum в литературе имеются разнообразные указания: по Eckold'у—25 проц., по Беру—38 проц., по Муха—10 проц., Bar (Франкфурт) и Uullien (Париж) наблюдали почти у $\frac{1}{3}$ всех женщин больных гонорреей; 30 проц. дает и Eihhorn; в то же время Nogard и Schultze и др. наблюдали лишь единичные случаи. Из своего опыта за время заведывания клинической лабораторией я также вынес впечатление не в пользу большой частоты гонорройного поражения rectum. Гоноррея у женщин мной диагностировалась на основании совокупности всех явлений, как субъективных, так и объективных. Все эти женщины отмечали периодические режущие боли при мочеиспускании, «резачку» у мужей, стерильность после первых родов и т. д. Объективное уплотнение стенок мочеиспускательного канала (urethritis fibrosa), покраснение и припухание парауретральных ходов и устьев желез преддверья на фоне бледной слизистой (macula gonorrhoeica), «бели» желтого цвета, colpitis granulosa, зернистость на влагалищной части матки, эрозии на слизистой маточного зева.

Выездная работа отряда в деревни с целью поголовного обследования этих деревень, дала следующие результаты: осмотрено 575 человек, из которых мужчин было 215, женщин—360. Из них—мужчин с острой гонорреей оказалось—3 (1,3 проц.), с гонорреей в анамнезе—72 (33,4 проц.). Из осмотренных 360-ти женщин, клинически гоноррея была диагностирована в 99-ти случаях (27,5 проц.). Повторяю, ограниченные сроком командировки, мы не могли все эти случаи подвергнуть микроскопическому исследованию. Считаю не лишним отметить, что 73,1 проц. всех обследованных мной женщин страдали «женскими болезнями». Положение матки в большом проценте случаев неправильное (преимущественно retroversio или lateropositio), что я объясняю тяжестью крестьянской работы.

Из числа всех обследованных неграмотные составили—45,5 проц., малограмотные—51,19 проц. По данным д-ра Талалова, обследовавшего Верещагинский район, Пермского округа в отношении венболезней, неграмотных было—52,8 проц. и малограмотных—32,6 проц. Из опросов удалось выяснить, что крестьянские женщины, в большинстве случаев вступают в брак лет 18—20 и почти не имеют внебрачных половых сношений. Нельзя этого сказать про мужчин: начинают они половую жизнь с 17-18 лет и, как правило, прибегают к внебрачным сношениям. К такому же выводу пришли Шейн-Фогель, Талалов и др. Объяснение этому я вижу в тех условиях, которые окружают женщину-крестьянку—постоянное пребывание в родном селе или деревне под наблюдением свекрови и большая тягота к традициям. Мужчины же часто выезжают в соседние села, города (наряды, извоз, дела по хозяйству и т. д.). Обычно мужчина, заразившись гонорреей, лечится неправильно и неаккуратно у фельдшера или собственным средством. Стоит только прекратиться выделениям из мочеиспускательного канала, как лечение прекращается.

Отсюда вполне понятен столь большой процент «женских болезней», которые сами женщины объясняют «надесядом» и тяжесть которых несут до конца своих дней. Громадное большинство как мужчин, так и женщин, слышали о венерических болезнях от товарищей или товарок, но имеют о них лишь самое смутное представление. «Резачка» считается невинной болезнью и, в большинстве случаев «лечится» своими средствами. Заражение в громадном большинстве происходит от односельчанок; проститутки имеются лишь в больших селах. Обращаясь к роли санпросветработы в динамике венболезней, Гальперин и Эпштейн полагают, что на рост гонорреи влияет и легкомысленный взгляд, принятый среди населения, на гоноррею, как на не серьезную болезнь. Они считают, что если у массы сложится даже более тяжелое, чем в действительности, представление о гоноррее, то «этот ущерб объективности окупится с успехом интересами здравоохранения». По их мнению, следует усилить пропаганду в этой плоскости. С этим можно вполне согласиться.

Санпросветработа доминирующей роли в понижении роста вензаболеваний играть не может, но она повышает обращаемость больных за помощью, облегчает массовые осмотры и уже одно это заставляет агитировать за насыщение санзнаниями деревни.

К сожалению, санпросветработы в деревнях не производится почти никакой; в некоторых селах имеются санброшюрки, но они лежат на медпунктах или в избах-читальнях, почти никем не читаемые. Мною читались лекции в селах и деревнях и проводились собеседования. Большой успех имела выпущенная мной печатная листовка, о которой я уже упоминал.

Что касается индивидуальной профилактики, то даже в городах идеи ее до настоящего времени слабо претворялись в жизнь. Как известно, самое лучшее средство, которым обладает индивидуум в профилактической борьбе с вензаболеваниями—это кондом.

В некоторых больших селах в кооперативах, мне приходилось отмечать наличие презервативов, но, как и следовало ожидать, они «не в моде» у крестьян. Кроме того они дороги. В первую очередь деревне нужно дать квалифицированную медпомощь и особенно специалистов в области венерических болезней и гинекологии. Если какой-нибудь фельдшер или молодой врач будут неправильно лечить болезни внутренних органов, глаза, уха, горла, носа и т. п. от этого общество, коллектив не так сильно пострадают. От неправильного же распознавания и лечения венболезней—рост их, т. е. огромная социальная опасность.

Для борьбы с сельской гонорреей крайне необходимо расширение сети венпунктов и периодическое стажирование районных врачей в области венерологии и гинекологии—в ближайших вендиспансерах и клиниках.

Это вполне осуществимо в теперешних условиях нашей жизни и к осуществлению этого надо приступить немедленно. Вопрос о гоноррее, как о большой опасности, «назрел». Это подчеркивает и московское совещание по борьбе с гонорреей, созванное отделом социальных болезней НКЗ.

ВЫВОДЫ:

1. Гоноррея среди сельского населения развита, причем, благодаря отсутствию надлежащего лечения, преобладают хронические формы. Поражает запущенность среди случаев женской гонорреи.

2. Необходимо периодически посылать отряды специально для изучения сельской гонорреи—отряды должны снабжаться походной лабораторией (микроскоп, краски, реактивы). Только при таких условиях можно будет учесть соответствующую действительности динамику сельской гонорреи.

3. Необходимо дать деревне квалифицированную медпомощь в отношении венболезней (периодические стажирования районных врачей в ближайших венучреждениях).

4. Санпросветработу в селах и деревнях нужно проводить шире, чем в городах. Этого можно достичь путем принятия шефства отдельными медучреждениями над отдельными районами.

МОЛОКО г. КИЗЕЛА.

Врач П. Ф. ОБУХОВ.

(Кизеловская Санитарно-Бактериологическая лаборатория).

Население г. Кизела пользуется молоком исключительно местных (кизеловских) частно-владельческих коров. Ввиду немногочисленности крестьянского населения и разбросанности его по району, привозного молока здесь совершенно нет. Это обстоятельство заставляет каждого, более или менее постоянного, жителя обзаводиться своей коровой; по сведению Горсовета, в Кизеле насчитывается около 2.000 коров при общем населении 14.015 человек. Считая средний годовой удой коровы в 1.200 литров (Архангельский), Кизел ежегодно располагает 2,5 с лишним миллионами литров, т. е. в среднем один человек ежедневно может быть удовлетворен молоком в размере около $\frac{1}{2}$ литра.

С санитарной точки зрения подобное самоснабжение города молоком имеет большие преимущества по сравнению с привозным, как в отношении более систематического ветеринарного надзора за скотом, так и в отношении укорочения пути рыночного молока от производителя до потребителя, от чего качество молока должно в значительной степени выигрывать.

При исследовании Кизеловского молока мы интересовались определением среднего химического состава нормального молока, а кроме того распространенностью и характером фальсификации рыночного молока.

За время с марта м-ца по декабрь 1928 года нами исследовано 114 проб рыночного молока. По месту взятия молоко распределяется так: частные лица (не имеющие своих коров), столовые, булочные с розничной продажей и мороженники—81 проба; больница и детские ясли—33 пробы.

Молоко для исследования бралось лаборантом раз-два в неделю, рано утром в стерильную посуду.

Прежде чем говорить о результатах исследования, считаю необходимым заметить, что Кизеловская Лаборатория в части санитарно-гигиенических исследований вообще оборудована слабо. Поэтому при исследовании молока мы были поставлены в весьма ограниченные условия в смысле выбора методов исследования. В общем, молоко исследовалось: органолептически, на редуктазу, удельный вес (лактоденсиметр Кевена), жир (по Маршану), кислотность (по Сокелету—

Генкелю). Сухое вещество (высчитывалось по формуле Флейшмана), на соду и крахмал.

В результате исследования оказалось, что рыночное молоко определено фальсифицируется в 14,1 проц., подозрительно по фальсификации в 15,7 проц. и нормально по химическому составу в 70,2 проц.

Большой процент фальсификации падает на подсытание жира (8,8 проц.), дальше, в порядке уменьшения, идет разбавление водой с подозрением на подсытание (3,5 проц.) и разбавление водой (1,8 проц.). Молоко подсытаное содержит жира от 1,645 до 2,401 проц. при удельном весе от 1,0313 до 1,0356. Разбавленное водой (со включением разбавленного с подозрением на подсытание) содержит жира от 2,359 до 2,971 проц. при удельном весе от 1,0261 до 1,0312. Крахмал и сода ни в одном случае не обнаружены.

Сравнивая приведенные цифры с подобными же данными других городов, например: Смоленска (С. А. Бриллинг), Нижнего Новгорода (А. А. Мудрова), мы видим, что процент фальсификации нашего молока превышает Смоленск на 4,1 проц. и Нижний Новгород на 1,4 проц.

Переходя к рассмотрению кислотности молока, как фактора свежести его, мы наблюдаем лучшую картину. Неудовлетворительное по кислотности молоко составляет всего 4,5 проц. (все случаи падают на летний период). Максимальная кислотность, отмеченная в одном случае, равнялась 14 град. (в градусах Сокслета-Генкеля). Остальное молоко в 95,5 проц. достаточно свежее, при чем в 68,4 проц. к общему числу исследований кислотность не превышает 7 град.

О бактериальном загрязнении исследованного молока можно судить только по редуктазной пробе, которую мы проделывали во всех случаях. По техническим затруднениям наблюдения за обесцвечиванием синьки вели только в течение двух часов.

«Редуктазная проба, как известно, основана на свойстве молока обесцвечивать метиленовую синьку. Быстрота обесцвечивания стоит в прямой зависимости от количества микроорганизмов в молоке и видах их. Бартель и Инсен для практических целей предложили шкалу с 4-мя классами, с помощью которой по времени обесцвечивания молока можно судить о приблизительном числе микроорганизмов в 1 к. с. молока».

Пользуясь шкалой Бартеля-Инсена, наш материал мы можем разбить только на три класса, при чем ко второму классу, т. е. к молоку удовлетворительному по бактериологическому загрязнению, относятся 72,8 проц. исследованных проб и к молоку неудовлетворительному 27,2 проц. (из них 18,4 проц. относятся к третьему классу и 8,8 проц. к четвертому). Ничтожный процент несвежего молока и сравнительно небольшой процент неудовлетворительного молока по редуктазной пробе (бактериальному загрязнению) в условиях Кизела объясняются теми особенностями снабжения молоком, о которых говорилось в начале.

Рыночное молоко, по физико-химическим свойствам удовлетворяющее требованиям нормального молока, по нашим данным составляет 70,2 проц. Средний состав его следующий: удельный вес 1,0311 (минимум—1,0288, максимум—1,0338), жир—3,628 проц. (минимум—2,75, максимум 6,295), сухое вещество 12,309 проц. «Так как состав даже вполне доброкачественного молока колеблется в довольно широких пределах, то на основании результатов исследования нельзя во всех

случаях ручаться, что данное молоко не подвергалось хотя в умеренной степени обычным подделкам» (П. О. Смоленский). Учитывая это, для более правильной оценки нормального по составу рыночного молока, мы считали весьма целесообразным параллельно с рыночным молоком исследовать также и хлевное молоко кизеловских коров, так как рыночное молоко, как выше указано, является продуктом тех же коров. Хлевное молоко бралось лаборантом в стерильную посуду тотчас после утреннего доения или спустя максимум два часа. В последнем случае молоко основательно перемешивалось. Хозяйки о времени взятия проб не предупреждались. Одновременно со взятием пробы записывалось число, условия содержания животного, возраст животного и время отела. Всего за тот же период времени исследовано 95 хлевных проб. Средний состав хлевного молока оказался следующий: удельный вес—1,0323 (минимум—1,0275, максимум 1,036); жир—4,081 проц. (минимум—2,7 проц., максимум—6,962 проц.); сухое вещество—13,003; кислотность 6,6 град. (максимум 8,51 град.). Проба же на редуктазу показала в 8,4 проц. плохое молоко и в 1 проц. очень плохое.

Сравнивая хлевное молоко с нормальным рыночным, мы видим, что средний процент жира в последнем меньше на 0,453 проц. Рассматривая как хлевное, так и рыночное нормальное молоко, разбитое на группы по одинаковому содержанию жира (см. табл. № 1) легко проследить, что группа рыночного молока с содержанием жира до 3 проц. и от 3-х до 4-х проц. больше на 13,1 проц. по сравнению с хлевым молоком. Одновременно с этим группа того же (рыночного) молока с содержанием жира от 4 до 5 проц. меньше на 11 проц. Некоторое уменьшение наблюдается и в молоке с жиром от 6 до 7 проц.

Таблица № 1.

Группы	Содержание жира	Хлевное молоко 95 анал.		Рыночн. молоко нормальн. 80 анал.	
		Абсол. число анал.	%, к общему числу	Абсол. число анал.	%, к общему числу
I.	До 3-х проц.	3	3,2	5	6,3
II.	От 3 до 4 „	51	53,7	51	63,7
III.	„ 4 „ 5 „	33	34,7	19	23,7
IV.	„ 5 „ 6 „	2	2,1	3	3,7
V.	„ 6 „ 7 „	5	5,3	1	1,3
VI.	В колич. 8,51 проц. . .	1	1,0	1	1,3
		95	100	80	100

Эти данные дают достаточно оснований высказаться, что рыночное молоко, по своему составу удовлетворяющее требованиям нормального молока, все же в некоторой степени фальсифицировано. Этим и объясняется более низкий средний процент жира в нем. Из этой же таблицы видно, что чаще фальсифицируется молоко с большим содержанием жира.

Располагая хотя и небольшим материалом по исследованию хлевно-ного молока мы имеем возможность проследить изменение состава его (главным образом, жира) в течение лактационного периода в зависимости от возраста животных и времени года. Эти данные в общем не противоречат установленным на большем материале положениям других авторов (Инихов и др.).

В течение лактационного периода (см. табл. № 2) мы наблюдаем постепенные увеличения как жира, так и сухого вещества.

Таблица № 2.

На каком месяце лактационного периода взято молоко	1	2—4	5—6	7—8	10 и бол.
Число животных	10	23	20	12	17
Удельный вес	1,0319	1,0307	1,0312	1,0315	1,0332
Средний проц. жира	3,553	3,993	4,028	4,393	4,498
" сухого вещ.	12,48	12,648	13,013	13,391	13,843

В зависимости от возраста животных наименьший процент жира (3,915) содержит молоко коров 3-4 лет (24 случ.). Наибольший процент жира (4,235)—в возрасте 5-6 лет (30 случ.); в возрасте же 7-8 лет, 9 и больше (18 и 10 случаев) мы получаем незначительное уменьшение жира (4,136; 4,164).

Нас интересовал также вопрос изменения состава молока по месяцам года, но ввиду небольшого числа анализов, мы разбили свой материал на три группы: соответственно весне, лету и осени, учитывая, что условия жизни коров в указанные периоды различны, особенно в отношении питания. В весенний период (март-май) мы исследовали 28 проб, в летний (июнь—август) 30 проб, в осенний (сентябрь—ноябрь)—26 проб.

Средний состав молока следующий:

Весенний период: жир—3,797% при уд. весе 1,0317 и сух. вещ. 12,82	
Летний " " —4,082 " " " 1,031 " " 12,93	
Осенний " " —4,233 " " " 1,0323 " " 13,3	

Таким образом, в хлевных пробах молока имеется увеличение жира и сухого вещества к осени. Группируя подобным же образом нормальное рыночное молоко, мы увеличения жира в осенний период по сравнению с летним не получили (весной жира—3,365 проц.; летом—3,868 проц., осенью—3,523 проц.). Вместе с этим оказалось, что фальсификация рыночного молока в процентах значительно возросла к осени (весной—13,73 проц., летом—3,84 проц., осенью—21,6 проц.). Этим, по нашему мнению, косвенно, а также принимая во внимание таблицу № 1 и объясняется понижение жира в нормальном рыночном молоке осенью.

Причиной же, побуждающей к большей фальсификации молока осенью, является большая жирность его в этот период и более высокие цены на молоко.

В Ы В О Д Ы.

1. Кизеловское рыночное молоко фальсифицируется в большом размере (14,1 проц.), к осени процент фальсификации возрастает.

2. Молоко больше всего фальсифицируется путем снятия жира.

3. Средний химический состав нормального рыночного молока ниже хлеванного, что также стоит в зависимости от фальсификации.

4. Кизеловский потребитель в большинстве случаев получает молоко достаточно свежее и удовлетворительное в отношении бактериального загрязнения.

В заключение выражаю благодарность лаборантам Кизеловской Сан.-Бак. лаборатории за помощь в работе.

МЕДОСМОТР ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ РАБОЧИХ ХИМИЧЕСКОГО И МЕДЕПЛАВИЛЬНОГО ЗАВОДОВ В ПОЛЕВСКОМ ЗАВОДЕ.

(Свердловский Кабинет изучения профессиональных заболеваний. зав. д-р В. А. Ляпустин)

А. М. МАНАКОВ.

Медосмотр вредных цехов Полевского химического завода и Полевского медеплавильного завода проводился двумя врачами Полевского врачебного участка под руководством кабинета по изучению профессиональных заболеваний. Медосмотр длился с большими перерывами с 20 июля по 20 января. На организационном собрании, в присутствии представителей завкомов и техперсонала, 3 июля было решено подвергнуть медосмотру следующие цеха химзавода: сульфатный, меднокупоросный и сернокислотный. (всего 114 человек) и медеплавильного завода цеха: ватер-жакет, конвертер и рафинировочный. Всего 110 человек. Решено было проводить обследование подробно с микроскопическим исследованием крови сосчет красных и белых кровяных шариков и микроскопическим исследованием мочевого осадка. Таким подробным обследованием мы в течение двух часов могли охватить только двух рабочих; поэтому через месяц этот порядок обследования решено было изменить, сократив главным образом микроскопическое исследование в исследовании крови решено ограничиться только определением количества гемоглобина, микроскопическое же исследование мочевого осадка производить только в тех случаях, когда химическая реакция покажет присутствие в моче белка. Измерение кровяного давления решено было также оставить. По такому порядку работа пошла значительно быстрее. В течение двух часов мы стали пропускать четырех рабочих, а под конец обследования пропускали пять человек.

Оба завода—химический и медеплавильный, находятся в трех верстах от селения Полевского завода. Местность, занимаемая заводами, окружена с двух сторон, северной и западной, лесом, с южной небольшим прудом и с восточной стороны примыкают пашни и дальше огороды. Химический завод занимает территорию в 38 гектаров. Главным основным продуктом производства химического завода является серная кислота и побочные продукты: медный купорос, сернокислый магний, коагулянт и сульфат.

Медосмотром охвачены рабочие цехов: сернокислотного, меднокупоросного, сульфатного, дробильного, паяльного и круглых печей, всего 92 человека.

Сернокислотный цех имеет три отделения: камерное, башенное и аппараты Кеслера. К сернокислотному же цеху относятся вспомогательные цеха: дробильный, круглые печи и паяльный. Каждое отделение сернокислотного цеха имеет отдельное здание, при чем в здании камерного отделения помещаются добавочные цеха—дробильный и круглые печи. Паяльный цех отдельного здания не имеет. Рабочие паяльщики работают во всех трех отделениях сернокислотного цеха.

Процесс выработки серной кислоты начинается обжигом серного колчедана в круглых печах и заканчивается концентрацией кислоты в купоросное масло—крепкой серной кислоты в аппаратах Кеслера.

Что касается вредных моментов производства, то они во всех отделениях сернокислотного цеха однородны—выделения сернистого газа, паров, серной кислоты и окислов азота. Только дробильный цех в этом отношении представляет исключение. Здесь вредным моментом производства является колчеданная пыль. Дробильный цех работает только одну смену, в которой заняты четыре человека. Дробилка типа мельницы, где предварительно раздробленные куски серного колчедана превращаются в порошок. Обработанный таким образом колчедан засыпают в круглую печь, где он под действием температуры 700° выделяет сернистый газ. Печи работают круглые сутки в три смены. В смене работает три человека. Обязанность старшего рабочего следить за состоянием печи, т. е. за температурой печи, правильным распределением и перемешиванием колчедана. Младшие работают на подвозке колчедана, засыпке его в воронки и отвозке огара. Подвозка колчедана и отвоз огара производится рельсовыми вагонетками вручную. Из вредных моментов этого производства следует отметить сернистый газ и дым. Когда печь работает нормально, то газ выделяется в помещение в очень небольшом количестве. При неисправности ее, т. е. когда засоряются трубы или останавливаются гребни, разравнивающие порошок, то выделение газа в помещении значительно. Образовавшийся в печах сернистый газ затем по отводным трубам, пройдя очистительную камеру, поступает в башню Гловера, где он, встречаясь с капельками распыленной азотной кислоты, переходит в SO_3 . Далее окисленный сернистый газ вместе с окислами азота переходит в камеру, где и заканчивается образование слабой серной кислоты. Вся реакция окисления сернистого газа и образования серной кислоты происходит под вакуумом и потому при исправном состоянии и нормальной работе башни Гловера и камеры, выделение сернистого газа, паров серной кислоты и окислов азота бывает очень незначительно, но при всякой порче одного из этих аппаратов выделение упомянутых газов в помещение из цеха значительно. Камерное отделение работает круглые сутки в три смены. В каждой смене работают три человека: камерщик, автоматчик и титровальщик.

Дальнейшая обработка серной кислоты происходит в аппарате Кеслера, где слабая кислота при температуре в 900° выпаривается в купоросное масло. Выделение сернистого газа и паров серной кислоты наблюдается только при остановке или неисправности аппарата. Отделение работает круглые сутки в три смены, заняты только два человека: аппаратчик и машинист.

Наконец, башенное отделение тождественно камерному отделению как в производственном отношении, так и в смысле вредности. Разница заключается в том, что здесь камера заменена более усовершенствованным аппаратом—башней. Принцип производства тот же самый. Здание башенного отделения Полевского завода построено только два года. При нормальной работе воздух в этом отделении, по выражению рабочих, «как на курорте»,

т. е. не содержит производственных газов, но при остановке или вернее при пуске отделения, когда происходит охлаждение аппаратов, бывает значительное выделение в помещение цеха, главным образом окислов азота. Значительное большинство отравлений окислами азота, зарегистрированных у нас в амбулатории, падает именно на это отделение. Часть отравлений происходит от того, что этому отделению приходится часто останавливаться. Дело в том, что это отделение получает сернистый газ не из печей, как камерное отделение, а от рядом стоящего медеплавильного завода и потому находится в полной зависимости от работы последнего.

С сернокислотным отделением тесно связаны вспомогательные цеха — дробильный и паяльный. Эти цеха не имеют отдельных зданий. Дробилка помещается в одном здании с печами, от которых она отделена стеной. Паяльщики работают во всех отделениях сернокислотного цеха. Мы выделили эти два цеха в отдельные группы лишь потому, что работа в них имеет специфически вредные моменты. Рабочие дробильщики имеют дело, главным образом, с колчеданной пылью. Работа же паяльщиков почти все время протекает во вредных условиях, присущих сернокислотному цеху, так как их работа нужна в момент чирки или неисправности аппарата того или иного отделения. Кроме сернистого газа, паров серной кислоты и окислов азота, паяльщики еще имеют дело и с парами свинца, так как паяют свинцом.

Продуктом производства меднокупоросного цеха является медный купорос. Все производство этого цеха разделяется на три фазы: 1) прокаливание меди в печах с температурой 400 град.; работает 1 рабочий в смену; работа, главным образом, физическая, загрузка и выгрузка меди. Из вредных моментов приходится отметить пыль; 2) окисление в ванной; здесь работает один человек в смену; вредность — пыль при загрузке ванны, пары серной кислоты; 3) выпаривание; работает один рабочий; вредность — водяные пары; 4) кристаллизация. Здесь работает 4 рабочих одну только смену. Из вредных моментов можно отметить лишь влажность воздуха.

Сульфатный цех вырабатывает основной продукт сульфат Na_2SO_4 — сернокислый натрий и побочные продукты — соляную кислоту. Процесс этого производства протекает в следующем порядке. Муфельная печь загружается поваренной солью и заливается серной кислотой. При нагревании печи под влиянием высокой температуры загруженная масса разлагается на газообразный хлор, пары воды и порошкообразный сульфат. Хлор, содержащий еще частички серной кислоты и другие примеси, пропускают через горячую башню. Из башни хлор, очищенный от всех примесей, поступает в глиняные реторты, где он, встречаясь со струей воды, образует соляную кислоту. Оставшийся еще свободный хлор дальше поступает в холодную башню, орошаемую водой, где и происходит окончательное поглощение хлора.

Из вредных моментов этого производства следует отметить выделение в помещение цеха хлора и паров серной кислоты во время загрузки и выгрузки печи. Весь процесс образования сульфата происходит в течение двух часов. Процедура загрузки и выгрузки длится минут сорок. Таким образом, в продолжение смены (6 часов) загрузка печи повторяется три раза, и рабочие находятся во вредных условиях в общей сложности около двух часов.

Медеплавильный завод находится рядом с химическим заводом, занимая площадь в 24 гектара. Конечным продуктом производства яв-

ляется рафинированная чистая медь. (Всего на заводе работает 380 рабочих).

Медосмотру подвергались производственные рабочие трех основных цехов: ватер-жакета, конвертера и рафинировочной печи, всего 100 рабочих. Все три цеха помещаются в одном здании, при чем помещение рафинировочного цеха имеет вид пристройки, соединенной с помещением конвертерного цеха широким проходом. Все три цеха медеплавильного завода работают круглые сутки, при чем ватер-жакет и конвертер работают в 4 смены по 6 часов в смену, а рафинировочный цех работает в 3 смены по 8 часов в смену. Ватер-жакет занимает два этажа. Верхний этаж помещение колошниковой части; в этом помещении работает 4 загрузчика в смену. Обязанность загрузчиков подкатывать уже нагруженные вагонетки и загружать колошу, опрокидывая вагонетку. Вредным моментом этой части производства является сернистый газ и колчеданная пыль, вырывающиеся в большом количестве при каждой опрокинутой вагонетке. Несмотря на непрерывные, сквозняки, работа все время происходит в атмосфере сернистого газа. По словам рабочих, в таких условиях они могут проработать не более одного часа, затем приблизительно на полчаса они поочередно выходят из помещения. Имеющимися масками (свиное рыло и угольная военного образца) рабочие не пользуются, потому, что первая не достигает цели, пропуская газ, а вторая не позволяет работать, так как в ней рабочий быстро задыхается и стекла очков запотевают и мешают работать.

В нижнем этаже помещается медеплавильная печь. Расплавленная черновая медь со шлаком из ватержакетной печи переливается в рядом стоящий горн, где шлак, как более легкое вещество, всплывает и из верхней части горна непрерывно выливается по особому желобу наружу, а медь опускается на дно горна и по мере накопления выпускается в конвертерное отделение. При выпуске шлака наружу для того, чтобы он не застывал в сплошную массу, его охлаждают сильной струей воды, от чего шлак разбивается и застывает в виде мелких стекловидных крупинок. При этом происходит выделение сернистого газа, сероводорода и паров воды. При выпуске из горна черновой меди или штейна происходит выделение сернистого газа в очень большом количестве. Работать приходится все время в атмосфере этого газа. В этой части цеха работает 5 человек в смену по шести часов. Выпущенный из горна штейн особыми ковшами переливается в конвертер, где штейн, содержащий 18 процентов меди и большое количество серы и железа, под влиянием вдуваемого воздуха окисляется, при чем сера улетучивается в виде сернистого газа: железо, соединившись с кремнеземом, отделяется в виде шлака, а освободившаяся медь переливается в рафинировочную печь. Работа в этом цехе также происходит все время в атмосфере сернистого газа и пыли. Работает здесь 8 человек в смену.

Из всего только что сказанного мы видим, что главнейшим вредным фактором обоих заводов является сернистый ангидрид. Говоря о вредности этого газа, следует указать, какое влияние он оказывает на организм. Их тех случаев острых отравлений сернистым газом, которые нам приходилось наблюдать в амбулатории, мы должны отметить следующие симптомы: удушливый кашель, доходящий до рвоты и иногда сопровождающийся кровотечением из носа и кровохарканием. Кожа лица одутловата, красная с синюшным оттенком. Эти явления на чистом воздухе постепенно стихают и через несколько часов исчезают. В легких прослушивается жесткое дыхание и свистящие хрипы. Сими-

томы держатся в течение недели. Такие же симптомы наблюдаются и при острых отравлениях окислами азота, но покраснение и одутловатость кожи лица наблюдались в значительно меньшей степени. Кровотечения из носа не наблюдались, а кровохарканье наблюдалось при всяком более или менее значительном отравлении.

При разработке нашего материала мы пользовались имеющейся литературой. В нашем распоряжении имелась книга «Труд и здоровье мартеновских рабочих Верх-Исетского завода» и небольшая статья профессора Еленевского «К вопросу об изменении внутренних органов экспериментальных животных при остром и хроническом отравлении сернистым ангидридом». По наблюдениям проф. Еленевского при острых отравлениях получается следующая патолого-анатомическая картина: геморрагический трахеобронхит, воспалительный отек легких, резкая эктазия и местами ателектаз. При хроническом отравлении дозой $1\frac{1}{2}$ мгр. на 1 литр воздуха происходит незначительная гиперемия слизистой бронхов и бронхолит. Д-р Пахомычев, исследуя кровь рабочих Московского Дегунинского химического завода, соприкасаясь с сернистым газом, отмечает изменение картины крови в смысле уменьшения эритроцитов гемоглобина.

Всего на Полевском химическом заводе работает 833 человека. По диспансеризации нами взято только 92 человека. На медеплавильном заводе работает 380 чел., из них диспансеризовано 100 чел.

Медосмотр производили мы в здании больницы ежедневно, кроме воскресных и табельных дней с 8 до 10 часов утра. Рабочие являлись на медосмотр в нерабочее время. Все результаты осмотра записывались самими врачами в карту личного санитарного журнала формы Уральского Областного Отдела Здравоохранения. В начале, как я уже говорил, мы производили у каждого рабочего счет красных и белых кровяных шариков, микроскопическое исследование мочевого осадка и изменение кровяного давления. Впоследствии от этого нам пришлось отказаться.

Переходя к результатам медосмотра, я должен оговориться, что из всего материала медосмотра мы разработали лишь следующие показатели: 1) возраст, 2) начало наемного труда, 3) возраст и наемный труд, 4) рост, 5) вес, 6) объем груди, (7) индекс Пинье 11, 8) профстаж, 9) патологическая пораженность.

Из таблицы № 1 (см. прил. табл. № 1) видим, что рабочие как химического, так и медеплавильного заводов работают преимущественно в возрасте между 20—34 годами. Эта группа составляет 78 проц. Более молодой возраст от 18—29 лет составляет 63 проц. Самый же молодой возраст 18—24 г. составляет 39 проц. и пожилой возраст свыше 50 лет составляет только 2 проц. Если сравнить эти показатели с возрастными показателями других уральских заводов, то получается довольно существенная разница. Например, в мартеновских цехах группа в возрасте между 18—34 годами составляет 62 проц., а вообще в возрастных показателях населения области она составляет только 43,07 %. Точно также и группа в 18—29 л. на мартене составляет 47,9 проц. и по области 31,6 проц. Группа между 18—24 годами 39 проц., на мартене 27,7 проц., по области 19,2 проц. В группах пожилого возраста цифры получаются обратные: так группа между 35—44 годами на химзаводе составляет 14,1 проц., на мартене 22,4 проц. и по области 23,3 %. Следующая группа от 45—54 л. на химзаводе 4,3 проц., на мартене 13,1 проц. и по области 17,2 проц., и, наконец, в группе от 55—70 л. 2,2 проц.,

2,3 проц. и 17,3 проц. Таким образом на химзаводе рабочие работают в довольно молодом возрасте, а на медзаводе почти в одинаковом с рабочими мартена.

Если сравнить табл. № 1, т. е. возрастные группы двух рядом стоящих заводов—химического и медеплавленного, то и здесь мы видим довольно существенную разницу; так, возрастная группа от 20—34 л. на химзаводе составляет 78 проц., а на медзаводе 30 проц., группа от 18—24 лет на химзаводе 39 проц., на медзаводе 11 проц., и совершенно обратное видим для групп пожилого возраста: на химзаводе группа от 45—60 лет составляет только 6 проц., на медзаводе она составляет 13 проц.

Разбирая профессиональный анамнез по табл. № 2 (см. прил. табл. № 2), мы видим, что рабочие как химического, так и медеплавленного заводов начинают трудовую жизнь довольно рано: с 8—11 лет начинают работать 10,3 проц. на химзаводе и 8 проц. на медзаводе. С 12—15 лет начинают работать на химзаводе 63 проц., на медзаводе 71 проц. С 16—18 л. начинают работать на химзаводе 16,4 проц., на медзаводе 17 проц. После 18 лет начинают работать на химзаводе 8,8 проц., на медзаводе 4 проц. Таким образом большинство рабочих этих заводов начинает работать с 9—15 лет. Если эти цифры сравнить с цифрами других уральских рабочих, то разницы почти никакой нет: так, рабочие мартеновцы больше $\frac{2}{3}$ начинают работать также между 10—15 годами. В зависимости от этого трудовой стаж наших рабочих довольно высок. Из табл. № 3 (см. прил. табл. № 3) мы видим, что у группы рабочих в возрасте 18—24 г. из 38 человек у 26 чел. трудстаж от 5 до 14 лет, из них у 8 человек стаж 10—14 лет. Группа рабочих в возрасте 30—34 года из 13 человек имеет стаж от 15—24 лет, причем трое из них имеют стаж от 20—24 лет. В отношении основной профессии ко всей трудовой жизни мы весь трудовой стаж рабочего разбили на три части: 1) стаж основной профессии, 2) стаж работы на других заводах и 3) перерывы в работе. К последней категории мы отнесли главным образом военную службу и продолжительную болезнь. Из табл. № 4 (см. прил. табл. № 4) мы видим, что основная профессия во всей трудовой жизни у рабочих химического завода в среднем составляет $\frac{1}{3}$, и только у паяльщиков отношение это равно половине. У рабочих медеплавленного завода отношение основной профессии к трудовой жизни во всех цехах равно $\frac{1}{4}$, тогда как у рабочих мартеновцев это отношение равно $\frac{1}{2}$.

Дальше, переходя к данным физического развития рабочих химического и медеплавленного заводов, я должен несколько слов сказать о тех приборах, которыми мы пользовались при антропометрических измерениях. В нашем распоряжении имелся ростомер. При измерении охвата груди мы пользовались клеенчатой лентой; здесь могли быть небольшие отклонения благодаря тому, что сама лента может вытягиваться, и деления на такой ленте не всегда точны. Взвешивание рабочих нами производилось на обыкновенных десятичных весах. Мышечная сила измерялась динамометром. Приблизительно в половине нашей работы прибор этот испортился. Мастера, который исправил бы его, не нашлось, и потому у части рабочих измерение мышечной силы совсем не было сделано. Поэтому в своем отчете я совсем не привожу данных измерения мышечной силы. Также не привожу в отчете данных спирометрии. В картах мы хотя и отмечаем результат измерения жизненной емкости, но оперировать полученными цифрами не решились потому, что в нашем распоряжении был прибор весьма не точный.

Таким образом при разработке нашего материала мы касались главным образом показателей роста, обхвата груди и веса. В табл. № 5 (см. табл. № 5) мы имеем данные роста по возрастным группам. Из этой таблицы мы видим, что у рабочих химиков, как и у рабочих медеплавильного завода, максимум роста падает на возраст от 20—29 лет. Если сравнить с мартеновцами, то у них максимум роста падает на возраст 30—39 лет. Рассматривая показатели веса (см. прил. табл. № 6) и сравнивая их с показателями веса мартеновских рабочих, мы не видим здесь правильного нарастания веса с увеличением роста, а, наоборот, имеем понижение веса. Из табл. № 7. (см. прил. табл. № 7) мы увидим увеличение обхвата груди с увеличением возраста, при чем у рабочих химиков это увеличение значительно меньше, чем у рабочих медеплавильного завода. Сравнивая эти показатели с показателями мартеновских рабочих, находим, что последние занимают середину между рабочими химиками и рабочими медеплавильного завода. Что касается индекса Пинье 11, то (сравнивая табл. № 8, см. прил. табл. № 8), мы видим, что у рабочих медеплавильного завода он значительно выше, чем у рабочих химического завода и даже выше, чем у рабочих мартеновцев.

Рассматривая таблицу патологической пораженности № 10 (см. прил. табл. № 10), замечаем поражение дыхательных органов, сердца, суставов, расширение пахового кольца, поражение органов зрения и слуха. Из поражений последних органов, т. е. органов зрения и слуха, приходится отметить главным образом близорукость и изменение слуха. Поражение дыхательных органов на медеплавильном заводе занимает 55 проц., на химическом 71,8 проц. В отношении туберкулеза мы все поражения дыхательных органов разбили на три группы: несомненные, подозрительные на туберкулез и поражения легких без подозрения на туберкулез. К последним мы отнесли перибронхит, бронхит, катарральное воспаление и расширение легких. К группе подозрительных на туберкулез мы отнесли все верхушечные процессы с упадком питания. К группе «несомненный туберкулез» мы отнесли только тех рабочих, которые у нас находятся уже длительное время под амбулаторным наблюдением. В результате такой группировки у нас получились такие цифры. На химическом заводе группа 1-я «несомненный туберкулез» составляет 9,8 проц., вторая группа «подозрительные на туберкулез» составляет 15,2 проц. и третья группа, поражение дыхательных органов 47,8 проц. Все поражения дыхательных органов только что упомянутой группировки мы распределили по возрасту и по профессиональным группам. Из табл. № 11 (см. прил. табл. № 11) мы видим, что первое место по легочной пораженности занимает паяльный цех 92 проц., затем серно-кислотный 76 проц., дальше сульфатный и меднокупоросный 64,2 проц. и последнее место дробильный цех. По отношению к туберкулезу первое место занимают также паяльщики. Если принять во внимание то обстоятельство, что работа паяльщиков, как я уже говорил выше, происходит преимущественно во вредных условиях, то будет понятно, почему эта группа рабочих имеет такую высокую легочную пораженность. В отношении возраста во всех цехах большинство поражений дыхательных органов и туберкулезных поражений падает на группу в возрасте от 20—29 лет.

Рабочих медеплавильного завода мы распределили по тем же группам и получили следующие цифры. Из общего количества легочных поражений 55 проц. Подозрительных на туберкулез 14 проц. и с несомненным туберкулезом 4 проц. Распределение по профессиональным группам показало, что первое место по поражению легких занимает рафиниро-

ванный цех 66,6 проц. Затем ватер-жакет 58,3 проц. и последнее конвертер 50,8 проц. Что касается возраста, то наибольшее число поражений 41 проц. падает на возраст 30—39 лет.

Рафинировочный цех по своим санитарным условиям является менее вредным цехом, а по пораженности дыхательных органов он занимает первое место. Это явление я объясняю тем, что в рафинировочном цехе работает 78 проц. рабочих в возрасте от 39 до 55 лет с трудовым стажем больше 20 лет. Затем большая часть этих рабочих до медеплавильного завода работала на химзаводе. Дальше, рассматривая таблицу № 10, видим довольно высокий процент поражений сердца на обоих заводах. В то же время мы видим такой же и даже больший процент поражений суставов, при чем нужно сказать, что почти все поражения суставов являются ревматического происхождения. И я думаю, что причиной громадного количества сердечных поражений нужно считать суставной ревматизм. Почва же для суставного ревматизма на обоих заводах весьма благоприятная, так как вентиляция помещения заменяется нарочно устраиваемыми сквозняками. Затем очень многие рабочие обоих заводов долго работали раньше на рудниках.

Чем объяснить довольно значительную пораженность органов зрения и слуха, в частности близорукость, я затрудняюсь.

Из 192 обследованных кровь взяли мы только у 168 рабочих. Рассматривая табл. № 9 мы видим, что как на химзаводе, так и на медеплавильном заводе, больше половины рабочих имеют понижение количества гемоглобина. Ниже 80 проц. гемоглобина имеют 41 рабочий или 56 проц. на химзаводе, на медеплавильном заводе 54 человека или 56 проц. Всех рабочих, у которых была взята кровь, мы разбили на 8 групп по профстажу с целью выяснить, какое влияние оказывает на изменение количества гемоглобина продолжительность работы. Из таблицы № 9 мы видим, что с повышением стажа процент уменьшения количества гемоглобина повышается незначительно. Так, например, у рабочих химиков со стажем от 1—4 лет уменьшение количества гемоглобина имеют 56,7 проц., со стажем 5—9 лет—55,5 проц. со стажем 10—14 лет—58 проц., от 15 — 19 лет—33,3 проц. Такую же приблизительно картину мы видим и у рабочих медеплавильного завода. Практические результаты нашего медосмотра в смысле начального диспансерного обслуживания выразились в назначении санаторно-курортного лечения 39 рабочим, отобрано в дома отдыха 58 рабочих и переведено на другие работы, менее вредные, 4 рабочих.

№ 1.

Возраст рабочих

Химического завода

Металлургического завода

Возраст	Серно-кислотный пех	Дробильный	Пильный	Меднокупоросный	Сульфатный	Всего	о/о
18—19 . . .	1	—	—	—	—	1	1,09
20—24 . . .	13	4	5	7	6	35	38,04
25—29 . . .	11	—	5	3	3	22	23,91
30—34 . . .	8	—	5	1	1	15	16,31
35—39 . . .	4	—	2	2	3	11	11,95
40—44 . . .	1	—	—	—	1	2	2,18
45—49 . . .	2	—	1	1	—	4	4,34
50—54 . . .	—	—	—	—	—	—	—
55—59 . . .	1	—	—	—	—	1	1,09
60 и выше.	1	—	—	—	—	1	1,09

Возраст	Ватержакет	Конвертер	Рафинировочный	Всего
18—19 . . .	—	—	—	—
20—24 . . .	2	8	1	11
25—29 . . .	9	9	1	19
30—34 . . .	16	10	—	26
35—39 . . .	8	11	2	21
40—44 . . .	6	2	2	10
45—49 . . .	3	3	—	6
50—54 . . .	2	—	3	5
55—59 . . .	2	—	—	2
60 и выше.	—	—	—	—

№ 2.

Начало наемного труда

Химического завода

Металлургического завода

Возраст	Серно-кислотный	Дробильный	Пильный	Меднокупоросный	Сульфатный	Всего	В проп.
9	2	1	1	—	—	4	4,34
10	—	—	1	—	—	1	1,09
11	1	—	1	—	2	4	4,34
12	6	—	3	3	2	14	15,22
13	5	—	1	1	—	7	7,62
14	12	1	5	2	1	21	22,89
15	8	—	3	2	4	17	18,47
16	3	—	1	1	1	6	6,52
17	1	1	1	1	—	4	4,34
18	2	—	1	1	1	5	5,43
19	—	—	—	—	—	—	—
20	2	1	—	—	3	6	6,52
21	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	1	—	1	1,09
23	—	—	—	—	—	—	—
24	—	—	—	2	—	2	2,18

Возраст	Ватержакет	Конвертер	Рафинировочный	Всего
9	1	—	—	1
10	1	—	—	1
11	2	4	—	6
12	7	10	3	20
13	9	5	3	17
14	13	6	1	20
15	5	9	—	14
16	2	3	1	6
17	5	1	1	7
18	2	2	—	4
19	—	—	—	—
20	—	2	—	2
21	1	1	—	2

Возраст и наемный труд рабочих

Химического завода

Медеплавильного завода

Возраст	Всего рабочих	Трудовой стаж						
		До 1 г.	1—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29 30 и св.
19—24	38	4	8	18	8	—	—	—
25—29	22	—	—	1	14	6	1	—
30—34	13	—	—	1	—	9	3	—
35—39	11	—	—	—	3	2	4	2
40—44	2	—	—	—	—	—	1	1
45—49	4	—	1	—	—	—	1	2
50—54	—	—	—	—	—	—	—	—
55—59	1	—	—	—	—	—	—	1
60 и выше . . .	1	—	—	—	—	—	—	1

Возраст	Всего рабочих	Трудовой стаж						
		До 1 г.	1—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29 30 и св.
19—24	15	—	1	5	9	—	—	—
25—29	21	—	1	—	12	8	—	—
30—34	23	—	—	—	7	12	4	—
35—39	18	—	—	—	—	5	8	5
40—44	11	—	—	—	—	—	10	1
45—49	5	—	—	—	—	—	1	4
50—54	5	—	—	—	—	—	—	5
55—59	2	—	—	—	—	—	—	2
60 и выше . . .	—	—	—	—	—	—	—	—

№ 4.

Профстаж рабочих

Химического завода

Название цеха	Основной	Добавочный	Перерыв	Труд. стаж
Сернокислотный .	5,4	7,2	2,6	15,2
Дробильный . . .	2,5	3,2	1,7	7,4
Паяльный	7,5	4,1	2,8	14,4
Меднокупоросный .	3,5	4,5	0,5	8,5
Сульфатный . . .	5	5	1,9	11,9

Металлургического завода

Название цеха	Основной	Добавочный	Перерыв	Труд. стаж
Ватер-жакет . . .	4,4	12,8	2,8	20
Конвертер	3,8	10,2	3	17
Рафинировочный	5,8	19,8	0,8	26,4

№ 5.

Рост рабочих

Химического завода

Возраст	Средний показатель роста химиков
19 . . .	166,8
20—29 .	166,5
30—39 . .	164,7
40—49 . .	164,1
50—59 . .	162

Металлургического завода

Возраст	Средний показатель роста рабочих металлургического завода
20—29 . .	168,1
30—39 . .	167,7
40—49 .	164,6
50—59 . .	164,3

№ 6.

В е с р а б о ч и х

Химического завода

Возраст	Средний вес химиков	Средний вес на 1 метр роста
19	58,9	34,9
20—29 . . .	60,9	36,7
30—39 . . .	59,9	36,2
40—49 . . .	57,5	34,8
50—59 . . .	59,3	36,6

Металлургического завода

Возраст	Средний вес рабочего металлургического завода	Средний вес на 1 метр роста
20—29 . . .	64,0	38,39
30—39 . . .	64,8	37,3
40—49 . . .	63,3	37,3
50—59 . . .	64,7	33,3

№ 7.

Обхват груди рабочих

Химического завода

Возраст	Средний обхват груди химиков	Средний обхват груди на 1 метр роста
19	88,3	53,3
20—29 . . .	89,9	54,2
30—39 . . .	90	54,3
40—49 . . .	90,5	55,2
50—59 . . .	93	57,4

Металлургического завода

Возраст	Средний обхват груди рабочего металлургического завода	Средний обхват груди на 1 метр роста
20—29 . . .	91	54,17
30—39 . . .	93	56,3
40—49 . . .	93	56,7
50—59 . . .	95,5	58,3

№ 8.

Индекс Пинье и рабочих

Химического завода

Медеплавильного завода

Возраст	Средний индекс Пинье 11 химиков	Возраст	Средний индекс Пинье 11 раб. медзав.
19	31,1		
20—29	32,8	20—29	34,6
30—39	32,8	30—39	35,9
40—49	31,7	40—49	35,8
50—59	35,1	50—59	37,6

№ 9

Изменение количества гемоглобина в зависимости от трудового стажа

Название зав.	Количество гемоглобина	Трудовой стаж								Всего	%
		До 1 г.	1—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30 и св.		
Химический завод	60—70	—	5	4	—	—	—	—	—	9	12,2
	71—80	—	16	6	7	1	2	—	—	32	43,8
	81—90	1	13	2	2	2	—	—	—	20	27,4
	91 и выше	—	3	6	3	—	—	—	—	12	16,4
Медеплавильн. зав.	60—70	—	10	4	—	—	—	—	—	14	14,7
	71—80	—	36	2	2	—	—	—	—	40	41,3
	81—90	—	26	4	1	—	—	—	—	31	32,5
	91 и выше	—	6	3	1	—	—	—	—	10	10,5

ТУЛЯРЕМИЯ У ХОМЯКА (*Cricetus cricet. frumentarius*).

(Из Эпидемиологического отдела Свердловск. Санит.-Бактериологич. Института).

Г. И. ЗАРХИ.

В мае 1929 года, во время работ экспедиции по изучению туляремии у водяных крыс, мне был доставлен труп хомяка, найденный в лесу на берегу р. Исети близ дер. Яровские Юрты Ялutorовского района. При вскрытии обнаружены следующие изменения: едва заметная гиперемия паховых лимфатических желез и окружающей клетчатки; печень увеличена, поверхность ее усыпана многочисленными серовато-желтыми очагами; селезенка багрово-черного цвета, на поверхности ее несколько белых очагов меньше булавочной головки; почка и надпочечник полнокровны; верхняя доля левого легкого темнокрасного цвета, плотна.

Бактериоскопическое исследование мазков печени, селезенки и лимфатических желез обнаружило огромное количество очень мелких микробов типа *bact. tularensis*; в печени бактерии расположены преимущественно интрацеллюлярно. Посев селезенки и околоплодной жидкости (животное оказалось беременным) на яичную среду Mc Coy и Chapin дал на четвертый день рост *bact. tularensis* в чистой культуре. Микроб агглютинировался специфической сывороткой почти до титра.

Bact. tularensis отличается крайним полиморфизмом; в организме белой мыши он образует большее количество диплококковых форм и при том больших размеров, чем в органах свинки; вирус хомяка, пожалуй, ближе к мышинной форме.

Морская свинка, зараженная селезенкой хомяка путем втирания в бритую кожу, пала на 10-й день. Анатомические изменения вполне характерны для экспериментальной туляремии (казеозный лимфаденит, некротические очаги в печени и селезенке, резкое увеличение надпочечников); в мазках органов—*bact. tularensis* в огромном, как обычно, количестве; из селезенки выделен в чистой культуре *bact. tularensis* с типичными морфологическими, серологическими и патогенными свойствами.

Вирус обнаружил свойственную микробу туляремии глицириноустойчивость: селезенка зараженной свинки сохранила свою вирулентность спустя 14 дней пребывания в стерильном глицерине при 10 град. С.

В С. Америке носителями вируса из числа грызунов оказались суслики (*Citellus beecheyi* Richardson, изредка *Citellus mollis*), дикие кролики и зайцы; в нескольких случаях Dieter и Rhodes обнаружили туляремию у диких крыс (зоологическое название не приводится), а Perry—у полевых мышей; в Японии наблюдались заболевания туляремией у диких кроликов; в СССР констатирована эпизоотия туляремии среди водяных крыс (*Arvicola amphibius* L.). Настоящее сообщение пополняет этот список новым родом грызуна, подверженного спонтанному заболеванию туляремией.

Если дальнейшие наблюдения покажут значительное распространение туляремии среди хомяков, этот факт получит определенное эпидемиологическое значение. Население убивает хомяков с целью истребления их, как вредителей посевов, но, главным образом, ради шкурок, которые охотно принимаются заготовителями пушнины *); заражение охотника, особенно при снятии шкурки, вполне возможно.

*) В 1927-28 г. добыто было в Уральской области 1.350.000 шкурок хомяка на сумму 242.100 рублей.

ВСПЫШКА БРЮШНОГО ТИФА В МОТОВИЛИХЕ.

Г. Ф. ЕРШОВ (г. Пермь).

«Частые, почти непрекращающиеся эпидемии брюшного тифа, дизентерии, а при заносе широкое распространение и холерных эпидемий на горных заводах Урала — стоят в самой тесной связи с плохим водоснабжением и употреблением зараженной воды из заводских прудов и мелких колодцев» (Г. Хлопин).

Мотовилиха не является горным заводом в полном смысле этого слова, однако, она по своему санитарному состоянию и питьевому водоснабжению мало чем отличается от других заводов Урала, будучи совершенно неблагоустроенным поселением «городского» типа.

Особенно серьезным для Мотовилихи является вопрос о питьевом водоснабжении. В № 3 «Ур. Мед. Журнала» мы имели возможность осветить состояние питьевого водоснабжения в Мотовилихе *). Там же нами в соответствии с соображениями проф. Г. В. Хлопина о причинах возникновения водных эпидемий на Урале была высказана мысль о зависимости иногда наблюдавшегося в Мотовилихе брюшного тифа от неблагополучия водных источников.

По материалам земской «Врачебно-санитарной хроники» Пермской губ. Мотовилиху нельзя считать благополучной в отношении тифа, что видно из следующей таблицы:

Года	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Итого за год
1912	12	—	—	5	7	5	11	20	28	22	—	6	116
1913	5	—	—	10	5	3	15	5	7	—	4	3	57
1914	2	—	—	1	1	3	1	36	12	8	11	9	84
1915	7	5	2	7	3	3	3	3	14	16	12	11	8
1916	14	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—

1925 год дал 42 заболевания, почти равноправно распределенных по месяцам года: в 1926 году было 2 случая, 1927 г. — 21, из которых 16 приходится на летнее время май—август. Таким образом февраль—март самые благополучные месяцы; возобновление заболеваний наблюдалось в апреле месяце (таяние снегов), рост их, иногда резкий, в августе — сентябре. Этот материал, конечно, не дает оснований для суждения о причинах заболеваний и лишь отчасти (весенние случаи и зимние заболевания) как-бы указывает на их водный характер.

Территория Мотовилихи сильно изрезана глубокими оврагами и долинами нескольких речек, совершенно как-бы изолирующих районы города друг от друга; в большинстве районов источниками водоснабжения служат ключи, выходящие по склонам оврагов, и колодцы. Обслуживая небольшую группу прилегающих домовладений, они вряд ли

*) „Питьевые источники Мотовилихи“. Г. Ф. Ершов и С. П. Попов.

могут вызвать массовую тифозную вспышку, хотя состояние их и качество вод, как показывают исследования, далеко не отличаются благополучием. На ряду с этим нельзя не отметить значения, которые могли иметь два заводских водопровода в деле возникновения брюшно-тифозных заболеваний. Один из них питается водой из заводского пруда, расположенного в центре города на р. Мотовилихе, а второй подает неочищенную воду из р. Камы. Эти водопроводы имеют техническое значение, однако, вода из них отпускается для хозяйственных нужд и населению, особенно нагорных районов, расположенных вдали от речек и ключей. Здесь приходится отметить особенное неблагополучие нагорной части района, расположенного к западу от р. Ивы, ближайшего к г. Перми, так наз. Заивы. Находясь вдали от ключей, не имея достаточного количества домовых колодцев, население района пользуется водой из Камского заводского водопровода, подающего воду в заводские дома и в больницы. Последняя употребляет эту воду лишь для технических целей, питьевую-же воду берет из ключей.

Поражался-ли этот район брюшным тифом в прежние годы и как поражались им другие районы Мотовилихи,—мы не можем сказать, материалы-же наших лет дают нам уже определенные указания. Так, из 42 случаев 1925 года 23 или 54,8 проц. приходится как раз на Заиву. Вспышка 1928 г. дает еще более резкое поражение Заивы. Перейдем к анализу этой последней вспышки.

За первое полугодие 1928 г. брюшной тиф в Мотовилихе распределялся так: январь 4, февраль и март по 1, апрель 2, май и июнь свободны от тифа, июль 2 заболевания, из них одно Заивой, август 1 (сиделка больницы, проживающая Заивой), сентябрь 4 в разных районах, в том числе один Заивой. С этого последнего случая начинается наше наблюдение над брюшным тифом и охватывает 106 случаев госпитализированных по 1 февраля.

Движение заболеваемости представлено нами в виде таблицы, на которой указано порайонное движение по времени начала заболевания по пятидневкам.

ТАБЛИЦА № 1.

а)

б)

Заболеваемость по районам					Заболев. брюшн. тифом		
З а в р е м я	Заива	Висим	Луга	Друг. районы	Женщин	Мужчин	Детей
Октябрь							
1—5	—	—	—	—	—	—	—
6—10	1	—	—	—	1	—	—
11—15	2	—	1	—	2	1	—
16—20	—	—	—	1	—	—	—
21—25	—	—	—	—	1	—	—
26—30	1	—	—	1	1	1	—
Ноябрь							
31—4	1	1	—	—	2	—	—

Заболеваемость по районам					Заболев. брюшн. тифом		
З а в р е м я	Заива	Висим	Луга	Друг. районы	Женщ.	Мужчин	Детей
5—9	1	1	—	—	1	—	1
10—14	4	—	—	—	1	2	1
15—19	6	—	—	—	2	—	4
20—24	10	1	1	1	8	3	2
25—29	5	—	—	1	4	—	2
Декабрь							
30—4	11	1	—	—	5	4	3
5—9	4	—	2	2	4	3	1
10—14	2	—	2	2	5	1	—
15—19	2	—	1	1	—	1	3
20—24	6	1	—	—	3	2	2
25—29	2	—	—	1	1	1	1
Январь							
30—3	—	—	2	—	—	1	1
4—8	5	—	—	1	2	4	—
9—13	8	1	—	1	7	1	2
14—18	5	—	—	—	3	—	2
19—23	—	—	—	—	—	—	—
24—28	—	—	—	—	—	—	—

Таблица показывает нам не только преимущественное поражение Заивы, но и резкий характер вспышки, которая наблюдалась в этом районе. В других районах вначале вспышки наблюдались единичные заболевания, однако, по мере развития заболеваний в Заиве, увеличивалось число заболеваний и в других районах. За время, которое охватывается нашим наблюдением, на долю Заивы приходится 73,3 проц., на прилегающие районы Висим 5,7 проц., Луга 8,7 проц., все другие районы дали 12,3 проц.

Степень пораженности отдельных районов за наблюдаемый период особенно ярко выявляется в интенсивных показателях (на 10 тысяч жителей каждого района). В то время, когда наименее затронутые вспышкой районы за этот период дали 6,4 на 10 тысяч жителей, Висим дал 6,0, Луга 47,6, Заива 120,0. Сравнивая наши данные с двумя эпидемиями, наблюдавшимися за последние годы в г. Ростове н-Дону и в Краснодаре, мы видим, что пораженность Заивы представляется весьма значительной. Центральный эпидемический район в г. Краснодаре дал 112,5 на

10 тыс. жителей, в Ростове наибольший показатель давала центральная часть города 130,0 на 10 тысяч жителей и в отдаленных кварталах он поднимался до 170,0. Иными словами, положение Заивы мало чем уступало упомянутым городам.

Социальный состав заболевших определился довольно быстро и сохранил свои черты в дальнейшем: служащие и их семьи 6,6 проц., рабочие и их семьи 73,6 проц., безработные 9,4 проц., домашние работницы (прислуга) 9,4 проц., воспитанники детдома 1 проц.

Д-р А. М. Еланчик, описывая ростовскую эпидемию, приводит следующий социальный состав: служащих 13,3 проц., рабочих 28,7 проц., безработных 10,5 проц., учащихся 28,5 проц., домохозяек и домашних работниц 20,5 проц., прочих 4,5 проц. Если в наших данных выделить из членов семей отдельных социальных групп взрослых женщин, в мотовилихинских условиях, по существу являющихся домашними хозяйками, то они дадут 52 проц. к общему итогу, т. е. значительно выше ростовских цифр. Выделенные в отдельную группу учащиеся дают 17 проц. Характер поражения отдельных социальных группировок в наших данных представляется таким образом более резким.

Половой состав заболевших повторяет уже не раз отмечавшуюся в статистике брюшного тифа большую заболеваемость женщин, на долю которых в наших данных приходится 59 проц. Здесь мы несколько расходимся с краснодарскими и ростовскими данными, которые дают большой процент для мужчин 50,7 проц. и 58,3 проц.

Для нас представлялось крайне интересным определить зависимость заболеваемости от степени участия того или другого лица в домашней хозяйственной жизни. С этой целью мы, выделив из числа наших больных три основных группы: взрослых мужчин, женщин и детей, представили движение заболеваемости среди них в виде таблицы № 1-б.

Отсюда мы видим, что первые заболевания давали преимущественно женщины, их же заболеваемостью обусловливается и дальнейший подъем. В ноябре м-це мы наблюдаем уже появление заболеваний среди детей, а затем и среди мужчин, что, по нашему мнению, стоит в тесной связи с домашними хозяйственными работами, которые, повидимому, были не безразличны в этиологии этой вспышки.

Наконец, еще несколько слов о возрастном составе наших больных. Сравним экстенсивные показатели заболеваемости по Мотовилихе и Краснодару.

(в процентах)

	1-5 л.	6-10 л.	11-15 л.	16-20 л.	21-30 л.	31-40 л.	41-50 л.	51-60 л.
Мотовилиха	1	3,8	12,3	27,6	29,5	15,2	6,8	3,8
Краснодар	9	14,2	17	19,4	20,4	9,4	4	2,5

В наших данных преобладают группы более старшего возраста, при чем наиболее представленными в обоих материалах оказались группы от 16-30 лет. В ростовской эпидемии большее число больных приходилось на возраст 18-30 лет—71,4 проц. к числу больных, 8-17 лет—15,6 проц., 31—45 лет—9,3 проц. В наших материалах разбивка по этим возрастным группам представляется следующей: 44,0 проц., 29,5 проц., 15,2 проц.

Известно, что дети младшего возраста заболевают реже, наоборот, подростки в возрасте от 15-19 лет, как это утверждает проф. Заболотный, заболевают чаще. Пораженность мотовилихинского населения по отдельным возрастным и половым группам за время этой эпидемии представляется в показателях на 10 тысяч населения каждой возрастной группы следующей:

	0—12 мес.	1—4 л.	5—9 л.	10—14 л.	15—19 л.	20—29 л.	30—39 л.	40—49 л.	50—59 л.	60—69 л.
Мужчины	1	—	6,0	44,6	50,5	60,0	18,6	15,0	21,0	—
Женщины	—	5,2	18,3	24,3	77,0	48,0	40,0	27,5	24,0	—

Здесь с еще большей наглядностью выступает преимущественное поражение группы 15-29 лет. Останавливает на себе внимание также поражение мальчиков в возрасте 10-14 лет и мужчин 20-29 лет и преобладающее поражение женщин в возрасте старше 15 лет. Общий коэффициент по каждому полу: у мужчин 26,5 на 10 тыс. населения, у женщин 33,0.

Переходим теперь к выяснению причин вспышки. Пищевой характер ее мы исключаем по ряду соображений. Прежде всего сезон употребления фруктов и сырых овощей к моменту возникновения вспышки уже миновал. Перенос инфекции насекомыми также исключается временем года. Отсутствие в Мотовилихе организованного общественного питания оставляет вне подозрений единственную столовую, как причину массовой вспышки. Снабжение населения продуктами первой необходимости (мясо, овощи, молочные продукты) производится, главным образом, за счет местного крестьянского рынка, что при мелком характере торговли вряд ли могло обусловить массовую вспышку. Интересно отметить незначительное потребление Мотовилихинским населением молока. В обследованных нами случаях брюшного тифа только 20 проц. дали положительное указание на его регулярное употребление, остальные дали отрицательный ответ или указали на редкое употребление даже в тех домах, где имелись дети. Контактный способ передачи, несомненно, имел место в ряде случаев, как это было выяснено при обследованиях. Однако, не им была обусловлена вспышка. Резкий характер последней, локализация ее в определенном районе, как раз особенно неблагоприятном по питьевому водоснабжению, — все говорило за то, что мы имели вспышку водного характера.

Движение заболеваний по району подтверждает это. Наше наблюдение над вспышкой началось со случая, обнаруженного на Мельничной улице. Заболевшая безработная почувствовала себя больной еще 23-IX, однако, в больницу попадает лишь 14-X. Этот промежуток между заболеванием и госпитализацией, повидимому, не прошел бесследно для окружающего населения, так как уже 20-X поступает новый случай из этой семьи, а затем 4-XI, 11-XI и 11-XII госпитализируются еще три случая из соседних домов. Таким образом здесь как-бы наметился очаг. Питьевым источником в этом участке служит ключ, расположенный на той-же улице. Вода из заводского водопровода не употреблялась, но есть указания на пользование водой из р. Ивы для хозяйственных надобностей.

25-X госпитализируется первый больной из нового рабочего поселка, 8-XI второй больной поступает из той-же квартиры. Начиная с 14-XI больные поступают по несколько человек, при чем выявляется очаговый характер распространения инфекции, — больные начинают поступать из рабочего поселка, из домов Заивы, находящихся вдали от ключей и пользующихся из заводского водоразборного бака и больные из так называемых Мотовилихинских горок. Во всех этих случаях источником водоснабжения служил водопровод завода.

В дальнейшем движение заболеваний начинает приобретать уже разбросанный характер, но в то же время отмечается новая их локализация по улицам, прилегающим к р. Иве. Гнездный характер заболеваний особенно отчетливым представляется при распределении их по кварталам города, что дало нам основание для определения зависимости заболеваний от употребления воды того или иного источника.

При эпидемиологических обследованиях учитывалось, из какого источника пользовался заболевший водой. Характер этого водопользования представляется следующим: водой из водоразборных будок заводского водопровода пользовалось 47 проц., ключевой водой 41 проц., из колодцев 6 проц., р. Ивой 2 проц. Нередко отмечается смешанный характер водопользований из водопровода и ключей. Из числа пользовавшихся ключевой водой 56 проц. брали для хозяйственных нужд воду из р. Ивы. Был момент перед вспышкой, когда население, живущее в нагорной части, вследствие гололедицы не имело возможности пользоваться водой ключевой и вынуждено было брать воду из водопровода; с другой стороны население, живущее в долине р. Ивы, повидимому, в силу указанной выше причины, стало для питья пользоваться водой из р. Ивы.

При обследованиях было выяснено, что значительная часть населения широко пользуется водой из р. Ивы для хозяйственных надобностей и что 82 проц. заболевших пили сырую воду. Это служит показателем, как низка еще степень санитарной грамотности населения и как неглубоко мы проникли с санпросветработой.

Санитарной лабораторией Окраздрава и бактериологической бак-института была исследована вода из заводского водопровода, ключей, колодцев и р. Ивы. Прежде всего надо отметить благоприятные результаты бактериологического анализа ключевой воды. Из 7 ключей, которые питали население Заивы, в 5-ти сол-титр был 100,0, в одном 50,0 и седьмом 10,0. Количество бактерий оказалось незначительным, при чем нигде бацилл брюшного тифа и других патогенных не было обнаружено.

На бактериологическую флору ключей, повидимому, оказало свое влияние зимнее время, так как результаты химического анализа оказались не столь хорошими. Из азотистых соединений найдена была лишь азотная кислота, вероятный показатель имевшего когда-то место загрязнения, при этом в 3-х ключах она содержалась в допустимых количествах, в 4-м от 62,2 до 355,0 mgr. в 1 литре воды. Количество хлоридов в 4-х не превышало нормы, в 3-х дало от 67,6 — 77,4 mgr. Общая жесткость, определенная по способу Варта-Пфайфера, в 3-х ключах не превысила нормы, в остальных колебалась между 27 град.—33,6 град. Общая оценка этих источников может быть такова: 4 ключа имели воду «негодную в санитарном отношении», 3-й почти неудовлетворительную.

Состояние вод трех колодцев, заинтересовавших нас, оказалось значительно хуже. Азотной кислоты в них было 142,0, 178,0 и 625,0 (!) mgr. в 1 литре. Аммиака и азотистой кислоты не было обнаружено. Общая жесткость 33,04, 30,8 и 35,84°. Хлоридов 80-95 mgr., органических веществ 29,4—37,6, высушенный остаток 824-1026. Эти цифры

указывают на весьма неудовлетворительные качества воды. Бактериологический анализ здесь также хуже, чем в ключевой воде, но все-же он дает *coli*-титр 100,0, и лишь число бактерий увеличивается (50, 495 и 1.335 кол. в 1 куб. см.), но патогенные не обнаруживаются.

Вода заводского водопровода, питающего Заивинский район, как речная, обнаружила среднюю жесткость 14,0, хлоридов 8,55 мгр., азотную кислоту 11,3 мгр. и много органических веществ 108,5 мгр. Количество бактерий в воде, взятой из водоразборной будки, доходило до 1925 кол. в 1 куб. санм., а однажды вода, взятая из насосного колодца, дала 26.200 колоний в 1 куб. санм. *coli*-титр всегда был равен 0,1.

Вода р. Ивы, в связи с употреблением ее для хозяйственных надобностей, также подверглась исследованиям. Результаты обследования только подтвердили представление о ней, как о сточной канаве г. Мотовилихи и дали материал для суждения о степени загрязнения ее сточными водами Мотовилихинской больницы. Последние выпускаются по глубокому оврагу в р. Иву в пределах города, несколько выше Мельничной улицы, где начались первые заболевания. Сточные воды больницы перед спуском пропускаются через биологическую очистительную станцию непрерывного действия.

Станция представляет собою деревянное здание в вершине оврага. Сточные воды по системе деревянных желобов распределяются по поверхности фильтрующего материала (битого кирпича), заключенного в железную решетчатую коробку емкостью до 5-6 куб. саж. Станция примитивно устроена, часто засоряется, а по существу нуждается в капитальном переустройстве, которое из-за отсутствия средств приходилось из года в год откладывать. В октябре м-це 1928 г. по настоянию санитарной организации Здравотделом были отпущены некоторые средства на очистку фильтра, так как последний засорился настолько, что воды стекали по его поверхности почти не проникая внутрь. Ремонт фильтра продолжался до 15-XII.

Для исследования воды р. Ивы пробы забирались на 100 метров выше и ниже спуска сточных вод.

Выше спуска сточных вод вода р. Ивы дала хлоридов 6,65 мгр., ниже—28,5; из азотистых соединений до спуска только 10,6 мгр. N_2O_5 , ниже NH_3 0,45 мгр. Органических веществ до спуска 46,8, ниже 102,0 мгр. (сравни. с водопроводной водой). Количество бактерий в 1 куб. саж. до спуска 525 колоний, *coli*-титр 0,1; ниже спуска 2.450 кол., *coli*-титр 0,01. Как в воде водопроводной, так и в р. Иве найдены были бактерии фекального происхождения, но брюшно-тифозных обнаружить не удалось.

Особенное значение загрязнение р. Ивы приобретает в связи с тем, что она впадает в Каму приблизительно на 300 мтр. выше места забора воды насосной станцией завода. Загрязнение усугубляется еще и тем, что в непосредственном соседстве с последней выпускаются канализационные и отработанные воды завода. Получается, таким образом, замкнутая цепь.

Очень серьезным при объяснении причин вспышки является следующий момент. До 12-го мая заразный барак помещался в старом корпусе, который за ветхостью предназначен к слому. Этот барак не был канализован. Затем заразные больные переводятся сначала в главный корпус, а с 16-XI в отдельный барак, и тот и другой спускают сточные воды в р. Иву.

Перед санитарной организацией стал весьма сложный вопрос,— что делать? Наиболее радикальным средством казалось запрещение населению пользоваться водой заводского водопровода. Но практически это мероприятие оказалось неосуществимым. Население встретило это предложение запросами, где-же брать воду. Ключи для более пораженных

кварталов были как раз наименее доступны, да и по мощности своей они были недостаточны.

Обезвреживание воды не представлялось возможным провести по техническим причинам. Кроме того, завод из этого же водопровода потребляет огромное количество воды. В случае очистки ее потребовались бы крупные очистительные сооружения, что не под силу было бы создать ни городу, ни заводу, тем более, что последний не нуждается в такой очистке (воду для питья завод берет из ключей). Объявления, вывешенные на водоразборных будках о негодности воды для питья, по видимому, не достигали цели. Тогда были изданы, расклеены и розданы по домам листовки, предупреждающие о вспышке и указывающие меры профилактики. Развернута была санитарно-просветительная работа среди населения. Врачами читались лекции о тифе в школах, казармах, клубах, собраниях. К пропаганде были привлечены члены здравячеек, по дворным обходом охватившие население района. На ряду с общими санитарными мероприятиями проводилась полная госпитализация всех случаев, домашним делались прививки по способу Безредко сначала жидкой энтеровакциной, а затем таблетками.

Своевременность проведения предупредительных мероприятий вначале сильно запаздывала, так как вначале больница извещала санитарный надзор лишь по установлении диагноза реакцией Видала. Задержка извещений достигала 3 недель с момента госпитализации, что не могло не оказать влияния на распространение инфекции: из наших материалов видно, что семейные очаги наблюдались, главным образом, в первое время. После постановки исследований по способу Кайзер-Конради этот недочет был устранен.

Трудно разрешенным оказался вопрос с прекращением загрязнения р. Ивы сточными водами больницы. Текущая дезинфекция выделений брюшно-тифозных больных проводилась лишь в самом бараке. Только частично удалось применить вывозную систему к выгребам брюшно-тифозного отделения, в виду чего решено было ликвидировать брюшно-тифозное отделение в Мотовилихе переносом госпитализации тифозных больных в Пермскую разную лечебницу.

Вспышка имела и свои положительные результаты. Президиум Горсовета признал необходимым в этом же году приступить к проведению в Мотовилихе ответвлений от Пермского центрального водопровода, настаивая на присоединении заводской канализационной сети к пермскому городскому коллектору. Комтресту поручено срочно составить проект канализации Заинского района и начать работы по прокладке канализационной сети в 1929 году. Одновременно сделана заявка в центр об отпуске дополнительных кредитов. Проведение этих мероприятий является крайне необходимым в связи с тем, что Заин в настоящее время является местом, где разворачивается широкое жилищное строительство. За последние годы возникли десятки многоквартирных домов и рабочих казарм, а в связи с законченной планировкой нетронутой площади между Пермью и Мотовилихой здесь должно развиваться еще более интенсивное строительство. В то же время этот район не имеет не только центрального водоснабжения и канализации, но кроме заводского водопровода и других водных источников, которые могли бы удовлетворить потребности населения в воде.

Однако, пока эти решения будут проведены в жизнь, наличие в городе значительного числа бактерийносителей и произведенное уже ими обсеменение с наступлением теплого времени грозит усилением за-

болеваний. Необходимы массовые прививки, усиление санитарных сил*), средств, участие широких слоев населения в контроле за своевременной очисткой домовладений и мероприятия по благоустройству последних.

Эта вспышка, небольшая по своим размерам, но характерная по особенностям ее течения, предостерегающе указывает нам на то, что Мотовилиха, особенно Заивилский район ее, находятся под постоянной угрозой водных эпидемий.

Устройство водопровода и канализации является основной задачей в деле оздоровления Мотовилихи.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УТОМЛЯЕМОСТИ ВНИМАНИЯ У ДЕЖУРНЫХ ПОМОЩНИКОВ НАЧАЛЬНИКА СТ. СВЕРДЛОВСК В ДЕКАБРЕ 1928 ГОДА.

А. ШУШАКОВ и М. АФАНАСЬЕВ.

(Из Психотехнической станции Пермской железной дороги).

Исследование утомляемости внимания дежурных пом. нач. станции Свердловск производилось перед вступлением их в дежурство и тотчас после окончания 12-ти час. дежурства. Всего подвергалось исследованию 4 пом. нач. ст., из коих трое были испытаны по восемь раз каждый: 4 раза перед вступлением в дежурство—2 раза в дневное и 2 раза в ночное, и кроме того 2 раза после дневных и 2 раза после ночных дежурств. 4-й пом. нач. ст. по независящим от Психотехнической станции причинам исследовался лишь 4 раза—2 раза перед дежурством (дневным и ночным) и 2 раза после ночного и дневного дежурства.

К каждому из них применялась одинаковая методика как до так и после дежурства, а именно по 3 теста:

1. Производство простых арифметических действий с двухзначными цифрами (найти вновь или проверить готовую сумму).
- 2) Вычеркивание одной буквы из связного текста.
3. Нахождение данных пятизначных цифр в колонках различных пятизначных цифр, где были и искомые цифры **).

Определялось в проц. увеличение или уменьшение точности и продуктивности работы после дежурства с аналогичными данными до дежурства. Точность внимания А и продуктивность его Е определялись по формулам Уипля. Оказалось, что в 72 проц. (71,7 проц.) на лицо падение внимания после дежурства и в 28 проц. (28,3 проц.) внимание после дежурств выше или равно наличию его до дежурства.

Нам интересуют падение внимания, отмеченное, как мы сказали, в 72 проц. наблюдений.

Глубина падения точности внимания в проц. колеблется после дневных дежурств от 1 до 32 проц., а в среднем на 15,8 проц., после же ночных дежурств от 2,2 до 50 проц. — в среднем на 17 проц.

Глубина падения продуктивности внимания колеблется после дневных дежурств от 14,3 до 40 проц., в среднем 26,5 проц., а после ночных дежурств от 1,7 до 44,4 проц. — в среднем до 18 проц.

Таким образом, ослабление внимания дежурных пом. нач. ст. Свердловск после двенадцати часового дежурства является весьма

*) В Мотовилихе 1 санврач на 38,5 тыс. жителей.

**) «Die psychotechnik in Dieuste d. deutsch. Reichslohn». R. Couve, Berlin, 1925, s. 39, § 3.

значительным. Падение внимания у них гораздо больше, чем у среднего медперсонала амбулаторий и почти равно тем большим цифрам утомления внимания амбулаторных врачей при большей нагрузке, которые были установлены Рузером в его работе об «Исследовании утомления медперсонала при амбулаторной работе» (Труд и быт медработников Москвы и Московской губ., Москва, 1926 г.).

Для сравнения с утомляемостью пом. нач. станции Свердловск мы произвели исследование колебания внимания 4-х сотрудников Главной Конторы Правления Пермской ж. д. приблизительно одинаковых с пом. нач. возраста и образования, но имеющих 6-ти часовой дневной труд. Исследования (по 10 у каждого человека) были произведены по такой же методике, как у дежурных пом. нач. ст. После работы было обнаружено у этих лиц общее увеличение внимания в 60 проц. случаев, уменьшение внимания в 29 проц. и отсутствие изменений в 11 проц.

Более точные данные о лицах конторского труда будут следующие:

Точность внимания	}	Повышение в 55 % случаев на 19 % в среднем
		Понижение 28 „ „ 15 „ „
		Без изменений 17 „ „ — „ „
Продуктивность внимания	}	Повышение в 65 % случаев на 27,3 % в среднем
		Понижение 30 „ „ 11,1 „ „
		Без изменений 5 „ „ — „ „

Таким образом, мы имеем при сравнении:

1) Понижение точности и продолжительности внимания в проц. случаев:

Пом. нач. станции
в 72 %

Конторский труд
в 29 %

2) Понижение в проц. к количеству внимания до работы:

Пом. нач. станции

Конторский труд

Точность внимания А 16,5 %
Продукт. „ Е 22,5 %

15,6 %
11,1 %

т. е. внимание у пом. нач. ст. падает после работы как в смысле точности, так и продуктивности в $2\frac{1}{2}$ раза чаще, чем у лиц конторского труда; это падение внимания в смысле точности почти одинаково, а в смысле продуктивности падение внимания у пом. нач. ст. вдвое глубже, чем у лиц конторского труда.

Коэффициент корреляции (совпадения) между колебаниями точности и продуктивности внимания, вычисленный по формуле Спирмэна:

$$s_1 = 1 - \frac{6 \sum (x-y)^2}{n(n^2-1)}$$

со средней ошибкой, вычисленной по формуле:

$$m_s = \frac{1-s^2}{2\sqrt{n}}$$

будет у лиц конторского труда в тесте с вычеркиванием одной буквы из связного текста равен:

$$s_1 = 0,71 \pm 0,11;$$

у них же в тесте простых арифметических действий равен:

$$s_2 = 0,73 \pm 0,11;$$

общий коэффициент корреляции колебаний тех же качеств внимания для помощников начальника станции:

После дневного дежурства равен $\beta_3=0,5 \pm 0,2$

После ночного дежурства равен $\beta_4=0,57 \pm 0,19$,

т. е. понижение точности большей частью влечет за собой понижение продуктивности внимания как у лиц конторского труда, так и у помощников начальника станции и, наоборот, повышение точности внимания влечет за собой повышение и продуктивности внимания.

Одновременное физическое исследование этих категорий служащих, произведенное доктором М. И. Лубо, показало наличие полного параллелизма между часотами и глубинами падения внимания и характерными реакциями сердечно-сосудистой и мышечной системы на разную нагрузку обеих групп сотрудников.

Правление Пермской железной дороги, учитывая данные этих обследований, приняло уже ряд экстренных мер для улучшения условий работы и уменьшения утомляемости дежурных по станции Свердловск, т. к. эти должности крайне ответственны по безопасному следованию поездов.

В самом ближайшем времени психотехническая станция дороги начнет обследование утомляемости поездных машинистов и ряда других категорий ж. д. агентов, связанных с движением поездов, для установления оптимума часов работы, допустимого максимума рабочей нагрузки и времени необходимого отдыха, имея ввиду не только предотвращение преждевременного износа организма, но и стремясь к повышению безопасности следования поездов.

Константы работы (среднее арифм. и квадратн.—отклонение).

Пом. начальника ст. Свердловск.

Арифметические действия			
До работы		После работы	
Точность	Продукт.	Точность	Продукт.
$M_1=85,0$	$M_2=11,3$	$M_3=85,8$	$M_4=10,0$
$\beta_1=15,8$	$\beta_2=4,5$	$\beta_3=13,5$	$\beta_4=4,7$
Вычеркивание буквы			
До работы		После работы	
Точность	Продукт.	Точность	Продукт.
$M_1=87,6$	$M_2=1026,3$	$M_3=83,6$	$M_4=1016,6$
$\beta_1=10,5$	$\beta_2=213,2$	$\beta_3=13,2$	$\beta_4=246,5$
Нахождение пятизначных цифр (Кува)			
Продуктивность:		До работы $M=10,0$; $\beta=3,6$	
		После раб. $M=8,2$; $\beta=2,8$	

Конторские служащие:

Арифметические действия			
До работы		После работы	
Точность	Продукт.	Точность	Продукт.
$M_1=79,7$	$M_2=11,7$	$M_3=91,0$	$M_4=14,6$
$\beta_1=24,0$	$\beta_2=4,1$	$\beta_3=11,7$	$\beta_4=3,7$
Вычеркивание буквы			
До работы		После работы	
Точность	Продукт.	Точность	Продукт.
$M_1=87,1$	$M_2=1434,1$	$M_3=89,2$	$M_4=1469,5$
$\beta_1=7,6$	$\beta_2=215,2$	$\beta_3=8,4$	$\beta_4=249,7$
Нахождение пятизначных цифр (Кува)			
Продуктивность:		До работы $M_1=9,8$ $\delta_1=3,0$	
		П. работы $M_2=9,1$ $\delta_2=2,3$	

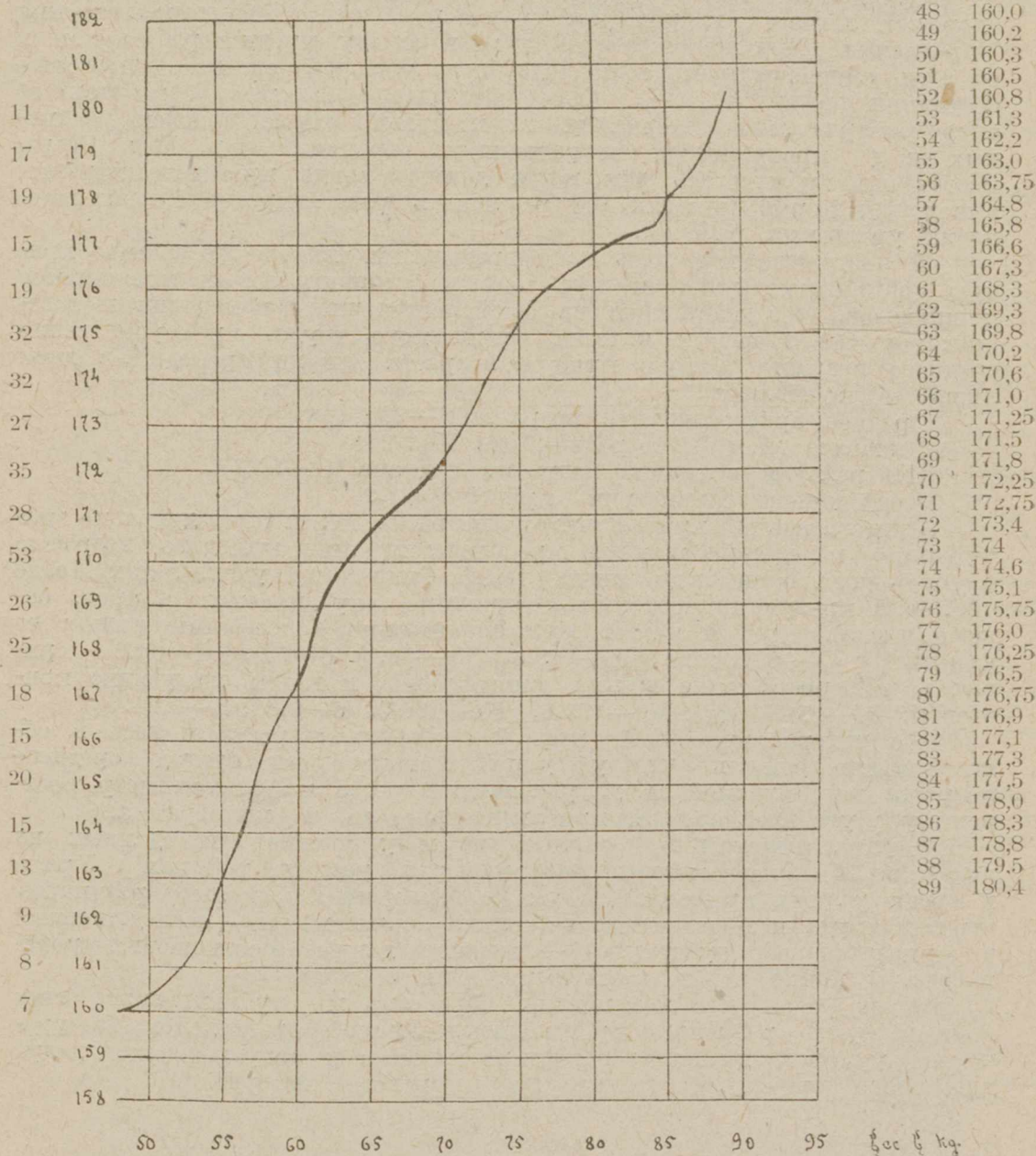
Графически интерполированная кривая среднего соответствия веса и роста у поездных машинистов и помощников машинистов Перм. ж. д. в 450 человек

Число
исслед.
людей

Рост
(в ст.)

Вес
кг.

Рост
ст.



СООТВЕТСТВИЕ РОСТА И ВЕСА У ПОЕЗДНЫХ МАШИНИСТОВ И ПОМОЩНИКОВ МАШИНИСТОВ ПЕРМСКОЙ Ж. Д.

(Из психотехнической станции Пермской железной дороги).

А. П. ШУШАКОВ и С. И. СОФРОНОВ.

Занимаясь, помимо других своих задач, отбором способных и здоровых людских кадров для транспорта, психотехническая станция Управления Пермской железной дороги между прочим работает и в области антропометрии, как подсобного способа оценки физического состояния организма. Она обладает в настоящее время обработанным антропометрическим материалом на несколько тысяч человек различных ж. д. профессий и мы решили на страницах «Ур. Мед. Журн.» постепенно публиковать эти наши данные в виде кратких цифровых выводов, которые помогли бы разъяснить ряд вопросов по антропологии уральских рабочих.

В частности, мы здесь даем графически интерполированную кривую соответствия роста и веса поездных машинистов и помощников машинистов. Она составлена на основании точного измерения и взвешивания 450 здоровых человек физического труда, преимущественно среднего возраста. Самую кривую возраста мы не проводим, а даем лишь ее константы:

Среднее арифметическое возраста $M=29,4$ лет.

Наиболее частый возраст—Мода $M_0=25,0$

Центральная величина возраста Медиана $M_e=27,73$.

Коэффициент асимметрии кривой $S=1,8$.

Следовательно, кривая частот возраста перекошена довольно значительно, вследствие резкого преобладания лиц молодого возраста, т. большинство исследованных людей было в цветущих летах. После 40 лет в кривую попали лишь единичные случаи (около 7 проц. общего числа). Кривая частот веса значительно более симметрична; ее константы: $M=66,4$ кил., $M_0=65,5$, $M_e=66,7$, $b=7,2$, $S=0,28$. Кривая частот роста тоже весьма симметрична и имеет следующие константы: $M=171,5$ см., $M_0=170,0$, $M_e=170,9$, $b=6,01$, $S=0,24$.

По интерполированной кривой соответствия роста и веса в общем можно считать, что у здоровых паровозных бригад среднего возраста на Пермской ж. д. увеличению роста на 1 сантиметр соответствует увеличение веса, приблизительно, на 2 килограмма.

Весьма желательно пополнение и уточнение этих данных на возможно большем количестве случаев в разных районах Урала и среди разных профессий, а также выяснение, насколько различные отрасли труда и болезненные состояния, в частности — наследственный и приобретенный туберкулез — меняют данные соотношения роста и веса и какие новые соотношения они создают.

Мы надеемся, что накопление, обработка и опубликование этих данных будут регулярно производиться Уралоблздравотделом, а врачебные участки, диспансеры и прочие мед.- и санучреждения дадут для этого громадное количество цифрового материала.

Пнеймоконииоз и туберкулез. Клинико-рентгенологич. исследования. Изд. Мосздравотдела.

Сборник этот вошел в состав библиотеки патологии, профилактики и терапии социальных болезней, издаваемой Мосздравотделом. Сборник охватывает статьи, посвященные постановке проблемы пнеймоконииоза, клинике пнеймоконииоза и рентгенологической диагностике пнеймоконииоза.

Несмотря на то, что в сборнике имеется вводная статья Гельмана «К постановке проблемы пнеймоконииоза, каждый из авторов вновь дает литературный обзор постановки этой проблемы; это нарушает цельность характера сборника и приводит к неизбежным повторениям.

Д. Н. Карпиловский, автор двух самых значительных статей в сборнике «Клинические особенности туберкулеза фарфорщиков» и «О распознавании пнеймоконииоза у фарфорщиков», с большой настойчивостью проводит идею об отсутствии вообще пнеймоконииозов в чистом виде, а наличие только кониотически видоизмененных форм туберкулеза. Автор даже склонен, перефразировав известное изречение, провозглашать «*Crattez le coniotique et vous verrez le bacillaire*». В конце своей первой статьи автор выдвигает не лишнюю остроумия, но чрезвычайно смелую гипотезу о том, что «значительная часть форм пнеймоконииоза есть ни что иное как вторичный туберкулез легких, который, благодаря длительной работе в пыльном производстве и многолетнему вдыханию пыли легкими, привел к обильному импрегнированию минеральными солями ткани, пораженной туберкулезом».

Пнеймоконииоз в освещении этой теории является зафиксированным в пнеймоконииотических формах изменением вторичного периода туберкулеза. Эта чрезвычайно смелая попытка осветить генезис пнеймоконииоза в свете учения Ранке, повидимому, не вполне убедительна и для самого автора, так как он оговаривается, что «трудно не поддаться искушению, трудно не обобщить всего известного нам о пнеймоконииозе в определенном направлении».

Нам же гораздо более убедительными кажутся доводы ряда иностранных авторов, а также экспериментальные данные, доложенные IV Всесоюзному Тубс'езду Шейниным о том, что пнеймоконииоз, являясь своего рода *causa adjuvans* для туберкулезной инфекции в то же время создает торпидные фиброзные формы туберкулеза. В частности, в пользу этого говорят и наши наблюдения над течением туберкулеза у гранильщиков по мрамору и цветным камням.

В другой статье «О распознавании пнеймоконииоза фарфорщиков» тот же автор, на основании своих наблюдений, дает описание клинической и рентгенологической картины пнеймоконииоза. Но описываемая им клиническая картина дает представление о пнеймоконииозе уже на значительной высоте его развития.

В статье Гольста, Каплунова и Сантоцкого «Пнеймоконииоз фарфорщиков» приводится рентгено-диагностическое описание пнеймоконииоза. Авторы рентгенологически различают три стадии пнеймоконииоза:

1-й стадий—резко увеличенные железы hilus'a и усиленный рисунок легких или типичное ячеестое строение легких.

2-ой стадий—равномерное обсеменение легочных полей мелкими разнокалиберными и разной густоты очажками и

3-й стадий—большие фиброзные очаги и фиброзные тяжи, в некоторых редких случаях опухолевидные тяжи.

Спорной нам кажется попытка авторов, в противовес мнению большинства рентгенологов, отнести ячеестое строение легких уже к 1-й стадии пнеймоконииоза.

Следует пожалеть о том, что фототипии рентгеновских снимков в сборнике вышли технически очень неясно.

Положение авторов о том, что диагноз пнеймоконииоза возможен только на основании клинических и рентгенологических данных, вместе взятых, причем рентгеновское исследование имеет преимущественное значение, пока является совершенно неоспоримым.

В статье Сокольников «Обследование рабочих завода Электроуголь» даны результаты осмотра рабочих, работающих в атмосфере угольной и графитной пыли. Ни в одном случае с уверенностью не мог быть поставлен диагноз пневмокониоза. Нам это кажется понятным, если учесть характер этого производства и уровень наших диагностических знаний в отношении пневмокониоза в настоящее время.

Чрезвычайно правильно с нашей точки зрения указание автора на тот путь, по которому в будущем должно идти изучение проблемы пневмокониоза. Это — путь изучения роли соединительно-тканного аппарата вообще и легкого, в частности, в динамике жизненных процессов организма, ибо одно несомненно при пневмокониозе — наличие соединительно-тканых изменений в легких.

Несмотря на весь интерес, представляемый статьями сборника, они еще раз подчеркивают, однако, сколь далеки мы еще от разрешения проблемы пневмокониоза.

Следует пожалеть о том, что этим сборником охвачено лишь изучение ограниченных видов запыления — фарфоровой и отчасти угольной. Исследования над изучением проблемы пневмокониоза должны вестись над всевозможными видами запыления (угольной, цементной, мраморной, асбестовой, известковой, а также органической пыли). Наш промышленный Урал представляет в этом отношении необъятное поле для изучения.

М. М. ВИЛЕНСКИЙ.

Stiefler—Эпилепсия после отравления бензином.

(Wien, mediz. Wschr. s 938-940, 1928, 11).

У механика 21 года острое отравление бензином — рвота, потеря сознания, тонические судороги. Через 3 месяца типичный эпилептический припадок; припадки продолжались в течение многих месяцев; налицо были и психические явления. Припадок вызывался также и гипервентиляцией. Этиологическим моментом автор считает имевшее место отравление бензином.

П. Малкин.

Wieg-Wickenthal—О псевдо-истеро-неврастенических состояниях

(Wien, medizin Wschr s 944-949, 1928, 11).

Под псевдоистероневрастеническими состояниями автор понимает состояния, в основе которых лежит то или иное органическое поражение, но которые проходят под знаком истероневрастенического симптомокомплекса, являющегося наложением на основной процесс и часто его покрывающего.

Дисфункции желез внутренней секреции: щитовидной, гипофункция адреналовой системы, нарушение функции гипофиза (с последующим расстройством половых желез и т. д.) дают разнообразные псевдоневрастенические явления. Боли при эритромелалгии, акропарестезиях часто принимают за боли истерические.

При различных формах энцефалита, истэнцефалитических состояниях неврастенические явления могут доминировать в картине болезней. Истероневрастенические явления могут покрывать основное страдание и при целом ряде других заболеваний нервной системы и внутренних органов: прогрессивный паралич, различные психозы, Гуттинсоновская хорея (?—П. М.), гипертонии, Polycythaemia rubra и др.

П. Малкин.

Zador—Значение оглушения веселящим газом (N_2O) для психиатрии и невралгии.

(Arch. f Psychiatrie u Nervenkrankh Bd 84, II 1, 1928 г.).

Zador исследовал действие N_2O (газа смеха) на душевно-здоровых и на душевно и нервно-больных; при этом он интересовался возможностью использования его для терапевтических целей.

Автор различает 3 стадии в действии газа смеха: 2-я стадия (стадия оглушения) дает картину, имеющую, по его мнению, много общего с кататонией.

Различно влияет газ смеха на содержание психики депрессивных шизофреников и меланхоликов. У первых наступает известное возбуждение (под знаком возбуждения проходит вся картина действия N_2O); у вторых же лишь усиливаются их аффективные особенности.

Под влиянием N_2O могут на целый месяц сгладиться каталептические явления, но явления ступора (у шизофреников) полностью не проходят ни на один час. У постэнцефалитических паркинсоников газ смеха прекращает tremor.

В общем N_2O не может быть принят, как терапевтическое средство. В лучшем случае он может быть использован с вспомогательной целью в психотерапии у заторможенных психопатов («развязывает язык»).

П. Малкин.

Horanszky—О некоторых новых методах лечения шизофрении.

(Arch. Psychiatrie u Nervenkr. B-d 84, H.2, 1928 г.).

Автор пользовал 16 шизофреников Somniten-Luminal-Brom'ом по методике Schafgens'a (3 раза в день по 15 капель Somniten'a, 0,25—Luminal'a). Лечение продолжалось от 5 до 63 дней. Обычно у возбужденных наступало значительное успокоение, восстанавливался социальный контакт. Хороший относительно эффект автор видел, главным образом, в случаях циклически протекающей шизофрении; у катоников эффект скоропреходящий; у параноиков и больных с явлениями негативизма улучшения не наступало.

Надежды, возлагающиеся на органотерапию, не оправдались. Автор при соответствующих показаниях: инфантилизм, климактерий — пользовался тесткулярным экстрактом и Glandoovin'ом (Richet-Budapest). Эффект он видел только в одном случае свежей Dementia simplex.

Автор работал также с препаратами Mangan (Metallosal-Leo) и Beryllium (соли металлов). Этими препаратами он пользовал 16 больных продолжительностью от 4 до 10 недель. Полную ремиссию он не видел ни в одном случае и лишь в нескольких случаях частичные ремиссии. Из 48 больных, к которым применена была активная терапия, лишь 2 случая полной ремиссии, но этот же почти процент и спонтанно наступающих ремиссий. Данные различных исследователей при одном и том же методе дают различные результаты. Этот, по мнению автора, объясняется тем, что шизофрения не обособленное заболевание, а включает много разновидностей. Терапия должна сообразоваться с этиологическими моментами и будет полезна тогда, когда шизофрения будет соответствующим образом разложена на свои составные части.

П. Малкин.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ *).

Д-р А. А. ПЕЧЕРКИН.

Из клиники нервных болезней П. Г. У.
Директор профессор В. П. Первушин.

Вопрос о профессиональных заболеваниях отдельных групп медработников приобретает в настоящее время все большее и большее значение. До 1920 года мы имеем единичные спорадические обследования и журнальные статьи, которые не носят строго планового характера, и только за последнее время мы имеем более или менее полную разработку этого вопроса. Несмотря на целый ряд отдельных статей и сборников, посвященных условиям труда медработников, профессиональные вредности остаются еще далеко не выясненными. Предлагаемый нами материал относится к осмотру и опросу медработников г. Перми (Окрбольницы и прилегающих к ней лечебных учреждений по району). Обследование было произведено в 1925 г. Каждый работник опрашивался врачом (опрос производили ординаторы клиники П. Г. У.), затем осматривался врачами специалистами, преимущественно ассистентами клиник и, если требовалось, производились полные лабораторные обследования. Осмотрено и опрошено было 413 человек, из них врачей—мужчин 32 чел. и женщин 31 чел., среднего персонала (ф-ра, сестры и бр. мил.) мужчин 17, женщин 74, низшего медперсонала (сиделки, санитары) мужчин 63, женщин 196

Для разработки были взяты следующие данные: возраст, стаж, наследственная отягощенность, перенесенные инфекции и состояние здоровья в настоящее время. Из прилагаемой ниже таблицы мы видим, что по стажу больший проц. падает на группу медработников до 5 лет—43 проц., то же самое относится и к возрасту от 19-30 лет—40,9 проц., в следующих группах по стажу от 6-10 лет—31,7 проц. и возрастах от 31-40 лет наблюдается снижение до 28,8 проц. При дальнейшем просмотре мы не находим разнобоя в группах возрастных и стажа.

Если же взять по отдельным профгруппам врачей, средний медперсонал, то здесь мы видим, что больший проц. из врачей 37,2 проц. падает на молодых; это понятно, потому что сюда входит группа ординаторов госпитальных клиник П. Г. У., размещенных в Окрбольнице; затем процент начинает закономерно снижаться за счет стажа и возраста. Что касается среднего медперсонала, то в этой группе мы

*) Работа печатается в сокращенном виде.

видим, что стаж преобладает от 6-10 лет 31,9 проц., а возрастная группа всетаки остается от 19-30 лет, снижение идет за счет групп с высоким стажем и возрастом; для младшего медперсонала мы имели почти половину 49,3 проц. со стажем до 5 лет, то же относится и к возрастной группе и очень незначительный процент падает на стаж высокий 16—20 лет—1,9 проц. и выше 20 лет—2,7 проц. Явление это вполне объяснимо, т. к. вспомогательный персонал в лечебных учреждениях является более текучим, чем персонал квалифицированный. По полу преобладающее большинство падает на женщин, за исключением группы врачей, где они равны. Переходя к анализу полученных данных путем опроса относительно острых инфекционных заболеваний мы должны подчеркнуть, что инфекционные заболевания составляют для медицинского работника известный профессиональный риск, т. к. во время работы приходится соприкасаться в большинстве случаев с тем или иным видом инфекции; эпидемии тифов сынного и возвратного также должны были оставить свой след на состоянии здоровья медработников. Мы имеем в общем переболевших сынным тифом 45,7 проц.; для отдельных групп этот процент то повышается, то падает: больший процент дает средний медперсонал 48,3 проц., затем идет группа младшего 45,5 проц. и, наконец, врачи 42,9 проц. Для возвратного тифа (27,9 проц.) мы имели самый высокий процент заболеваемости у врачей 42,9 проц., затем идет группа младшего медперсонала 28,2 проц. и, наконец, средний медперсонал 25,4 проц. Для брюшного тифа (15,7 проц.) самый высокий процент для этой инфекции дали врачи 27 проц., группа среднего и младшего персонала дала почти одинаковый 13,9 проц. для первого и 13,2 проц. для второго. Дизентерия дала 5,8 проц., по группам средняя группа дала самый высокий процент 8,8 и самый низкий дали врачи 3,1 проц., а младший персонал дал 5,7 проц. Другие инфекции — холера 1,9 проц. почти во всех группах процент одинаков; дифтерит 0,7 проц. только в младшей группе. Сравнивая цифры, полученные для острых инфекций сынного и возвратного тифов, мы видим, что они очень близко подходят к цифрам, указанным в стаже медработников, и, действительно, при опросе медработников мы обыкновенно получали ответ, что таковыми инфекциями он переболел за время его работы в лечебном учреждении. Таким образом невольно напрашивается вывод, что во время эпидемии сынного тифа двадцатых годов каждый медработник, имевший соприкосновение с больными, перенес эту форму инфекции независимо от его положения. Неимевшие сынного тифа медработники со стажем 6—20 лет в нашем материале насчитывались единицами.

Возвратный тиф дал меньший процент, но эта цифра также относится к лицам не с малым стажем, а со стажем выше 5 лет, т. е. к группе медработников, вынесших на своих плечах эти эпидемии. Полученные нами данные для сынного и возвратного тифов не стоят особняком, они почти идентичны с данными Ермолинского по Донбассу, Хворостанского по Харькову и исследованиями Коган В. М.

Из других анамнестических данных нужно остановиться на количестве бывших родов и аборт у медработниц и наследственную отягощенность у обоих полов со стороны родителей, как-то: туберкулез, алкоголизм, сифилис и душевные болезни. Мы получили, что у 20,6 проц. медработниц были роды от 1—3; по отношению к отдельным

профгруппам — у врачей 39 проц., низший медперсонал 19 проц., средний 14,7 проц.; если же мы возьмем медработниц, имеющих роды выше 3-х, то в группе врачей процент равен 10,2, у среднего медперсонала спадает до 0,8 проц., а у низшего резко повышается до 28 проц. Что же касается аборт, то больший процент abortирующихся дали сителки—15,8 проц., довольно высокий процент abortов и у среднего медперсонала 14,2 проц., на женщины врачей падает процент 12,8; в отношении последней группы необходимо быть осторожным, т. к. количество обследованных незначительно.

В отношении наследственной отягощенности со стороны родителей мы имеем больший процент для туберкулеза (10 проц.), затем следует алкоголизм 9 проц., душевные болезни 3,1 проц., и, наконец, сифилис 0,7 проц. По отдельным профгруппировкам процент наследственной отягощенности особенно высок у мужской группы среднего медперсонала — в отношении алкоголизма и туберкулеза — в остальном резких различий не имеется. К полученным данным у этой группы приходится относиться чрезвычайно осторожно: обследовано всего 17 человек. Что же касается сифилиса, то полагаю, что здесь был, вероятно, до некоторой степени ложный стыд и неосведомленность о состоянии здоровья родителей.

Результаты физического осмотра для всех групп выразились в следующем: туберкулез 10,6 проц., легочные болезни, включая туберкулез 38 проц., нервные 71,2 проц., болезни сердца и сосудов 32,7 проц., болезни желудочно-кишечного тракта 4,5 проц., малокровие 12,8 проц., ревматизм 6,3 проц., женские болезни 27,8 проц. и прочие 3,6 проц. Из приведенных цифр мы видим, что больший процент дают нервные болезни, затем идут легочные. По профгруппам самый большой процент для туберкулеза падает на мужчин среднего медперсонала 23,5 проц. и дальше дали также высокий процент врачи мужчины 21,8 проц., младший же медперсонал, вопреки ожиданию, дал невысокий процент 8,9 проц. для женщин и для мужчин 4,7 проц. В общей же группе легочных болезней и болезней дыхательных путей врачи как мужчины (56,2 проц.), так и женщины (51,6 проц.) занимают первое место, затем кривая спадает за счет младшего медперсонала женщины 38,7 проц. и дальше следует средний медперсонал тоже женщины 37,8 проц.

Что же касается заболевания сердечно-сосудистой системы, то по нашему обследованию больший процент падает на группу младшего медперсонала. Это понятно, если вспомнить, что возрастной состав его значительно выше, чем возрастной состав других групп. Затем идет группа врачей мужчин 40,6 проц. и самый низкий процент дают женщины среднего медперсонала 26 проц.

Малокровие отмечено в 17 проц., у медработниц высшей группы и средней 19 проц., в остальных группах процент не высокий и меньший процент дали врачи—3 проц. Ревматизм дал в общем количестве 6,3 проц. По профгруппам большую часть дали врачи 27,7 проц., и меньший процент дали женщины низшего медперсонала 1,5 проц. Заболевания женской половой сферы отмечены в среднем в 27,5 проц., на долю же врачей 19,3 проц., среднего медперсонала 23 проц., низшего 46,8 проц. Со стороны нервной системы мы имеем боль-

ний процент на группу младшую 76 проц., затем идут врачи мужчины 75 проц. и самый малый 41 проц. дали мужчины средней группы.

Какие же формы из нервных заболеваний преобладают у медработников?

По нашему материалу преобладающее большинство дают неврозы: истерия 21,9 проц., неврастения 50,3 проц., форма комбинированного невроза (истеро-неврастения)—7,4 проц. и, наконец, конституция навязчивых состояний (психастения) 1 проц. По другим формам нервных заболеваний процент значительно понижается. Базедова болезнь и базедовиды дали 11,5 проц., периферические заболевания нервной системы (невралгии острые, подострые и одна форма неврита плечевого сплетения)—4,7 проц., сифилис нервной системы (сифилиотических миелит, спинная сухотка)—1,3 проц. и, наконец, другие заболевания п.н.с. (паркинсонизм, после летаргического энцефалита—летаргический энцефалит перенесен до поступления на службу 1, миелит от сдавления после туберкулезного спондилита—1, гемипарез левосторонний 1 и другие)—1,6 проц. По отношению к общему числу всех осмотренных медработников на неврозы приходится—57,8 проц. Базедову болезнь, базедовиды—8,2 проц., периферических заболеваний нервной системы 3,4 проц., сифилис 1 проц. По возрастным группам мы видим, что процент заболеваемости высок в группе старшей 59,1 проц., а по стажу больший процент падает на группу до 5 лет, на группу с высоким стажем от 16—20 лет—4,7 проц.

Резюмируя полученный и разработанный нами материал о состоянии здоровья медработников по г. Перми, мы видим, что самый большой процент падает на заболевания нервной системы, легочные и заболевания сердечно-сосудистой системы. Чем же объясняется данное явление? Если мы обратимся к результатам нашего опроса, то ответ будет напрашиваться сам собой: 45,7 проц. медработников имели сыпной тиф, а известно, что при сыпном тифе в первую очередь поражаются сердечно-сосудистая и нервная системы; возвратный тиф также дал процент значительно высокий 27,9 проц.—без сомнения эти инфекции без следа пройти не могли. С другой стороны, самый характер работы, требующей большой затраты нервной энергии, отражается на медработниках и особенно это сказалось на группе высшей квалификации врачей, где мы имеем изменений со стороны нервной системы до 75 проц. для мужчин и 68 проц. для женщин.

Наш материал охватывает небольшое количество обследованных работников лечучреждений общего типа, но на основании его можно сделать некоторые выводы:

1. Причиной высокой заболеваемости медицинских работников можно считать перенесенные инфекции, главным образом тифы: сыпной и возвратный. Этот же момент можно считать и профвредностью.

2. У медработников отмечается по нашему материалу высокий процент заболеваемости нервной системы (неврозы 57,8 проц.) и заболевания сердечно-сосудистой системы 32,7 проц.

	С т а ж					В о з р а с т				Сыпной тиф	Возвратный тиф	Брюшной тиф	Дизентерия	Холера	Дифтерия	Легочные болезни	Туберкулез	Нервные болезни	Б.-серд. сосудист. сист.	Желуд.-кишечн. тракт.	Малокровие	Ревматизм	Женские болезни	Разные
	До 5 лет	6—10	11—15	16—20	20 и выше	19—30	31—40	41—50	51—60 и выше															
В р а ч и:																								
Мужчины 32	12	10	1	5	4	13	7	8	4	14	13	8	1	1	—	18	7	24	13	1	1	7	—	2
в проц.	37	31,2	3,1	16	12	40	22	25	13	47,3	40,6	25	3,1	3,1	—	56,2	21,8	75	40,6	3,1	3,1	21,7	—	6,5
Женщины 31	11	10	6	3	1	9	14	7	1	13	14	9	1	—	—	16	3	21	8	—	1	5	6	2
в проц.	37,5	32,2	19,3	9,3	3,2	29	45	22,6	3,2	39	45	29	32	—	—	51,6	9,3	68	26	—	3,2	16,6	19,3	6,4
Среди медперсонал.																								
Мужчины 17	5	7	3	—	2	4	6	5	2	6	4	2	2	—	—	4	4	7	6	—	2	1	—	1
в проц.	29	41	18	—	11,8	23,5	35,3	29	11,8	35,3	25,3	11,8	11,8	—	—	23,5	23,5	41	35,3	—	11,8	5,8	—	5,8
Женщины 74	23	22	16	2	6	38	20	10	6	38	19	10	6	1	—	28	10	55	19	9	14	6	17	2
в проц.	31	29,7	21,6	2,7	8	51,6	27	13,5	8	51,3	25,6	13,5	8	1,3	—	37,8	13,5	74,3	25,7	12,1	19	8	23	2,7
Младш. медперсон л.																								
Мужчины 63	35	19	4	1	4	12	15	24	12	20	13	4	14	1	2	15	3	40	27	1	1	4	—	3
в проц.	57	30,1	6,3	1,6	6,3	19,2	23,8	39,4	19,2	37	20,8	6,3	7	1,6	3,1	23,3	4,7	62	42,8	1,6	1,6	6,3	—	4,7
Женщины 196	92	63	34	4	3	93	57	41	5	98	60	32	—	5	1	76	17	149	62	8	34	3	92	5
в проц.	46,8	32,1	17,8	2	1,5	47,5	29	20,9	2,5	50	30,5	16	—	2,5	0,5	38,7	8,9	76	31,6	4	17,8	1,5	46,8	2,5
Общий 413	178	131	64	15	20	169	119	95	30	189	123	65	24	8	3	157	44	296	135	19	53	26	115	15
в проц.	43	31,7	15,5	3,6	4,8	40,9	28,8	23	7,3	45,7	27,9	15,7	5,8	1,9	0,7	38	10,6	71,2	32,7	4,5	12,8	6,3	27,8	3,6

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДОСМОТРА ПРАЧЕК ЛЕЧУЧРЕЖДЕНИЙ Г. СВЕРДЛОВСКА.

Краткий реферат доклада из кабин. по изучению прозаболеваемости, прочитанного на расширенном заседании НКБ при Областкоме союза Медсантруд 11/V-29 года.

Одной из наиболее вредных профессий малооплачиваемых групп работников союза Медсантруд являются прачки лечучреждений.

Кабинетом было произведено обследование 50 прачек б-ц города с ноября 28 года по апрель 29 года. В то же время проведено Бакинститутом исследование сан. состояния прачечных, давшее чрезвычайно плохие в санитарном отношении показатели влажности и загрязненности воздуха.

Обследование бытовых, материальных и культурных условий дало очень тяжелое состояние этих условий. Трудовую жизнь прачки начали очень рано, некоторые с 7 лет. Средний трудовой стаж 15,7 лет, средний стаж в профессии прачки 6 лет.

Патологические изменения, найденные у прачек, сводятся к следующему. Большое количество, почти 50 проц. изменений со стороны сердца, такой же проц. с пониженным количеством гемоглобина, сравнительно незначительное количество ревматического состояния (12 проц.). Из наружных заболеваний изменение кожи рук, сводящееся к мацерации эпидермиса и огромым омозололостям кожи рук. Возможно допустить связь с тяжелым трудом прачки большого процент произв. выкидышей и преждевременных родов.

Выводы: отмечается чрезвычайно плохое в санитарном отношении оборудование прачечных лечучреждений гор. Свердловска и, как следствие этого, большое количество патологических изменений, обнаруженных у прачек при их обследовании: изменения кожи кистей рук, расширение и гипертрофия сердца, понижение количества гемоглобина, ревматоидные заболевания.

В целях предупреждения профзаболеваний следует энергичнее поставить вопрос об оборудовании механизированной и благоустроенной в санитарном отношении прачечной для лечучреждений г. Свердловска.

Впредь до устройства механизированной прачечной следует немедленно провести следующие мероприятия: устроить отдельные помещения для дезинфекции, выпарки, стирки и глажения, ни в коем случае не допускать вносить грязное белье туда же, где лежит уже вычищенное, улучшить вентиляцию — фанарные вытяжки, заменив древесный угарный уголь паровых утюгов другим топливом, на пол поставить деревянные решетки в стиральном отделении.

Поставить вопрос о спец. одежде, изменить нормы выработки прачек, уменьшив их хотя бы на 10 ф., в отношении же зарплаты приравнять прачек к сиделкам.

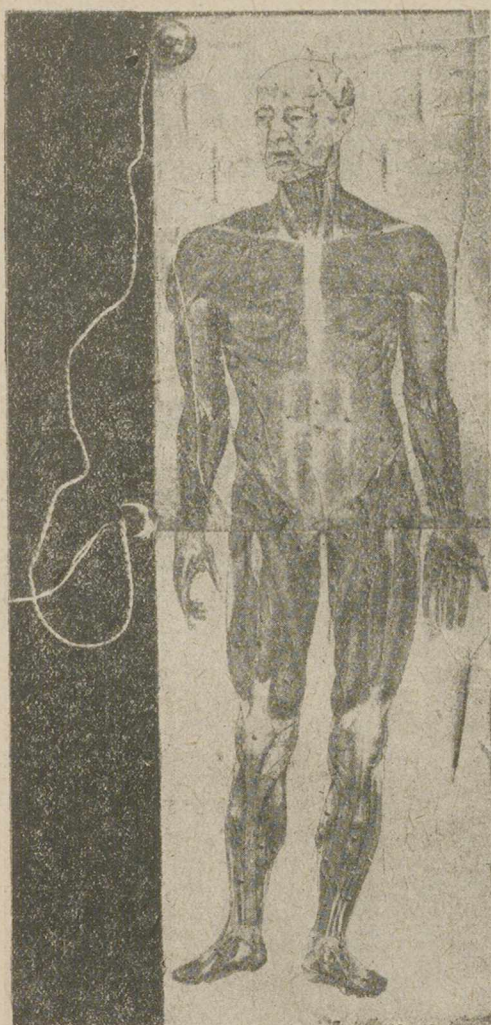
«ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЕТОВОЙ СИГНАЛИЗАЦИИ ПРИ ПРОВЕРКЕ И ЗАКРЕПЛЕНИИ ЗНАНИЙ ПО НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМИИ».

Ординатор клиники М. С. ШУЛЬМАН *).

Из Хирургической пропедевтической клиники П. Г. У.

Директор профессор Д. П. КУЗНЕЦКИЙ.

При проведении санпросветительной работы в кружках первой помощи РОКК^а курсов сестер запаса и пр. приходится проводить занятия преимущественно



с лицами, мало знакомыми с медицинской и здесь особенно необходимы всякого рода наглядные пособия, вполне отвечающие запросам слушателей. В день обороны, как одно из наглядных учебных пособий по стрелковому делу применяется электрифицированная модель-плакат винтовки. Эта модель мне показалась очень наглядной: присутствующие посетители, мало знакомые с оружием, быстро в ней ориентировались. Находясь под впечатлением видимого, я решил сконструировать наглядную электрифицированную модель человека, пригодную для занятий по анатомии **).

Сущность плаката в следующем (см. рисунок): наверху плаката имеется перечень всех мышц, у каждого из названий имеется медная петелька. Далее имеется два провода, из которых один короткий кончается крючком и другой длинный провод кончается указкой. У головного конца плаката имеется патрон для электрической лампочки и провод оканчивающийся штепсельной вилкой. Применение следующее: Вы хотите показать на плакате какую-нибудь из мышц, скажем *m. deltoideus*, для этого Вы берете крючок и зацепляете его за петлю с названием данной мышцы, в частности, с *m. deltoideus*. Указкой же Вы должны дотронуться до металлической пуговички одноименной мышцы и в этот момент электрическая лампочка загорается. Если же Вы дотрагиваетесь до другой мышцы—лампочка не загорается. Теперь другой пример: Вы забыли название мышцы, для этого должны указку поставить на пуговичку мышцы, название которой не помните, крючком же водите по петелькам и ждете когда загорит лампочка, в момент когда лампочка заго-

*) Демонстрировано в заседании Научной Ассоциации Врачей гор. Перми 24 апреля 1929 года.

**) Сделанный мною электрифицированный плакат мышц человека отправляется Перм. Гос. Университетом, как модель-экспонат на предстоящий (10-V) Всесоюзный Ректорский Съезд в гор. Москву.

рела, Вы крючок от петли не убираете и читаете соответствующее название мышцы.

Такие же электрифицированные плакаты можно сделать по отношению к нервно-сосудистой системе, скелету и т. д. Электрифицированный плакат, с моей точки зрения и по отзывам врачей, которым я его демонстрировал, может быть принят как учебное пособие для всякого рода кружков медтехников и как наглядное пособие в Домах Санпросвета. Электрифицированный плакат особенно полезен для проверки своих знаний самими же слушателями и для целей преподавания с выработкой у слушателей зрительной памяти.

ГОД РАБОТЫ ВЕНОТРИАДА НА УЧАСТКЕ.

Зав. участком врач А. И. РАСЬКИН.

Из Уинского врачебного участка, Кунгурского округа.

Работа венотриада в Уинском участке развернута полностью с конца февраля 1928 г.

Особенности данного участка: население земледельческое, удовлетворительного материального уровня в восточной части района и недостаточного — в западной. Численность населения — 34.600. Далеко и от окружного центра, и от железной дороги (60-70 и до 100 килом.). По восточной части проходит Уфимский тракт, от него на запад идет менее оживленный и хуже содержимый Шармейско-Осинский. Дороги вообще из самых плохих в округе, в особенности в западной части района, в лесах и болотах. Из подсобных промыслов в лесной части встречается тканье кулей и рогож, выделка долбленок, корыт, кадок и др. деревянной посуды. Ежегодно бывают сезонные работы по лесозаготовкам.

Радиус участка на восток до 40 килом., на запад до 45. Кроме больницы, функционирует 3 фельдшерских пункта, из которых один, в западной части района, открыт осенью 1928 года. Врач на весь участок один. Заболеваемость велика, в особенности в западной части района, где, после голода 1921 года, неизменно повторяются неурожаи. Распространены туберкулез (от 3 до 10 проц. первичных амбулаторных больных в некоторые месяцы), трахома (в некоторых наименьших селениях до 70—75 проц. всего населения по данным подворного обследования). Развито пьянство: в центре западной, голодной части района, селе Аспе, где зимою трудно бывает найти купить пуд муки, водка расходуется очень быстро; в экономическом центре восточной части, селе Суде, в четверг — день базара — продается из лавки об-ва потребителей до 60-70 ведер водки.

О других бытовых чертах см. в заключительной части статьи.

Перехожу к кратким цифровым данным работы венотриада.

1. Взято на учет, за год, сифилитиков 621 чел. (около 1,8 проц. населения), со следующим распределением по периодам и проявлениям болезни:

Твердый шанкр	17 чел.
Вторичные формы	106 чел.
Сифилис гуммозный, висцеральный, парасифилис, латентный и все вообще случаи старше 2 лет без проявл. болезни	491 чел.
Врожденный сифилис	7 чел.

Сюда вошли только дети с проявлением врожденного сифилиса, родившиеся в 27 и 28 годах от учтенных больных; дети старшие, у которых нельзя доказать теперь, что они родились сифилитиками, включены в предыдущие графы.

Из 621 взятых на учет 380 чел. были ранее зарегистрированы больницей и фельдпунктами (приблизительно с 1920 года). 241 чел. зарегистрировано отрядом впервые.

Эта цифра — 241 чел., в свою очередь, делится на две, именно: 115 чел. зарегистрировано при явке в амбулаторию и 126 чел. — при обследованиях.

Бытовой сифилис отмечен в 15 селениях, всего в 27 семьях, с числом больных до 6 чел. в одной семье.

Отмечено вымирание от сифилиса в 2-х семьях в дер. Муравьевке: в одной семье из 5 чел. умерло 4, в другой из 4 умерло 3. Там же умерло от сифилиса двое одиночек — 1 женщина, занимавшаяся проституцией, и 1 мужчина. Все умершие были зарегистрированы по 1 разу в больнице в 1922-23 г.

систематическому лечению не подвергались и больше не являлись. Также не лечился один крестьянин дер. Кочешевки, умерший осенью 1928 г. от быстрой формы прогрессивного паралича.

Лечению подвергнуто 157 чел., в том числе все, зарегистрированные с твердым шанкром и с вторичными явлениями, т. е. 123 чел., и 34—с гуммозным, висцеральным и особенно плохо леченным латентным сифилисом.

К 10 чел. применено принудительное лечение.

Прошли:

по 1-му курсу лечения 114 чел.

по 2-му курсу лечения 36 чел.

по 3-му курсу лечения 10 чел.

Лечение проводилось комбинированное неосальварзан-висмутное, с преобладанием висмута, а в дальнейшем, большей частью, чисто висмутное. Вводилась 10 проц. суспензия дерматолы в масле (миндальном, прованском и, когда не оказалось никакого — даже в подсолнечном; последнее оказалось несколько не хуже, и, буквально, спасло положение), в дозах больших, чем обычно применяющиеся, именно, по 4 куб. сантим. на раз, 2 раза в неделю, в течение 3-х недель (2,5 дерматолы на курс). Такая дозировка сначала была вынужденной — трудно и даже невозможно было заставлять крестьян ездить в течение 6 недель за 30 и более километров, чтобы впрыскивать по 2 куб. см. за раз; а потом такое удвоение доз и укорочение срока, по мере накопления материала, оказалось прекрасным методом: случаев стоматита (легкого) было не больше, чем при двухграммовой дозировке; альбуминурия, вообще, встречалась редко; а положительный клинический эффект — заявляю это с полным убеждением — не уступал эффекту лечения неосальварзаном. Серологической проверке подверглось только 4 чел. из более зажиточных, имевшие возможность съездить в Пермь или Свердловск. Имеется ряд матерей, прошедших лечение, родивших вполне здоровых, доношенных и благополучно растущих детей. За одной такой матерью и двумя ее детьми слежу уже 4½ года — они клинически совершенно здоровы. В параллель напрашивается случай, когда женщина, член семьи застрахованного, подвергшаяся до беременности и во время ее повторному лечению неосальварзаном и ртутью, родила явного сифилитика (быстро поправившегося потом от каломеля), и второй случай упорного гуммозного сифилиса у 2-х женщин, также лечившихся «914» и ртутью в первые годы болезни; у обеих висмут дал быстрый эффект.

Улучшение видимых явлений, наступавшее нередко на второй день, бывало настолько эффективным, что о новом способе лечения быстро пошел слух по району, вызвавший приток старых сифилитиков с просьбой полечить их этим способом.

Останавливаясь на этом подробнее, потому что вынуждает экономика: на курс лечения висмутом тратится материалов — дерматолы и масла — на 15-20 коп., а курс лечения неосальварзаном, даже русскими препаратами, стоит 4-5 и больше рублей. Техническая простота и безопасность — другие преимущества висмутного лечения. Если подтвердятся дальнейшими, более длительными наблюдениями, равный неосальварзану и даже иногда превосходящий его — в чем я лично убежден — эффект висмутного лечения, то последствия должны быть очень важны.

Единственный случай тяжелого осложнения относится к тому времени, когда за отсутствием всякого жидкого масла, в течение нескольких недель применялась сусп. дерматолы в дистиллированной воде. Эти инъекции действовали, буквально, с поразительным эффектом, но были они очень болезненны и в одном случае у девицы 19 лет с вторичным сифилисом, после первой инъекции развился некроз ягодицы, давший потом глубокий рубец, частичный перенальный паралич и отечность стопы.

Кстати и о «914»: новосальварзан Госмедторгпрома оказывался всегда удовлетворительного качества; новарсолан Анилтреста — всегда плохого, и по мере хранения становился совсем негодным (см. ст. Ф. Б. Самсонова «О новарсолане», «Врачебное Дело», 1923 г., № 18).

Через стационар (выделено было 5 коек в местной районной больнице) прошло 53 сифилитика, находившихся в наименее благоприятных условиях для акуратной явки в амбулаторию и наиболее социально опасных; проведено ими 1.076 дней.

2. Взято на учет 410 чел. гонорриков, из них 214 старой регистрации и 196 вновь зарегистрированных за время работы отряда. Из этих 196 чел. 102 ч. зарегистрировано при явке в амбулаторию и 94 — при обследованиях.

Бленнореи глаз отмечено 8 случ. (3 взрослых и 5 детей).

Лечению подвергнуто 185 чел., из них 89 чел. лечилось систематически и повторно, остальные 96—неаккуратно.

Наибольший эффект в острых случаях давало лечение внутривенными инъекциями раствора салицилового натра и уротропина. У женщин, в большинстве хроничек, проводилось лечение по профессору Иванову, с изменениями, необходимыми в участковой обстановке (например, вместо вливания резорцинового раствора во влагалище на 2 часа, вводился во влагалище бинт-тампон, смоченный этим раствором, на 12—15 час., с вечера до утра); кроме того, многим проводилась лактоотерапия.

3. Дни амбулаторной работы отряда было 104. Выделялось по 2 дня в неделю (вторник и пятница) специально для данной цели (они и составили 104 дня), при чем прием венериков производился в особом помещении. В остальные дни прием производился совместно с общим в больничной амбулатории.

В 104 дня больными и членами их семей, а также лицами, имевшими какое-либо соприкосновение с больными, сделано 6.033 посещения (в среднем, 58 посещений в день).

Выездов для обследования сделано 37, с общей длиной сделанного пути в 1.641 километр. Обследовано в 19 сельсоветах 46 селений. Каждое селение обследовано частично: посещались все дома, из которых зарегистрированы были, начиная с 1920 г., больные, дома ближайших родственников и соседей и дома, в отношении которых возникало по какому-либо поводу подозрение. Из остальных домов подвергались осмотру желающие, в одном сборном пункте. Такой порядок, вместо поголовного подворного обхода, пришлось принять за недостатком времени и рабочих рук (см. ниже); оказался этот метод, конечно, не вполне пригодным: нередко вслед за обследованием деревни из необследованных домов попадали в амбулаторию новые больные.

Всего обойдено 552 двора, осмотрено при этом всех (больных, членов их семей и родственников, соседей, батраков и лиц, желающих подвергнуться осмотру и др.) 3.792 чел.

4) Выявлено женщин, занимающихся проституцией, 44. Из них 9 prostituteуют постоянно и, в значительной мере этим существуют (вдовы, разведенные и девицы-одиночки без своего хозяйства или имеющие хозяйство очень плохое); остальные — от случая к случаю и без больших экономических устремлений; из последних—11 девиц в возрасте 16-21 года.

Все 44 женщины при исследовании оказались больными: 15 сифилисом (у 9 из них и гоноррея), остальные гонорреей.

15 сифилитичек все подвергнуты повторному энергичному лечению. Из гоноррейных удалось длительно лечить только 13; остальные не могли или не желали являться аккуратно для амбулаторного лечения (многим надо было являться за 20-30 километров), а в стационар их не удалось поместить за недостатком коек и средств (средства по венотряду расходовались в первую очередь на лечение сифилитиков). Некоторые устраивались на период лечения на частных квартирах, другим же это не удавалось — домохозяева не пускали «заразных» даже с запиской врача о безопасности; постоянный двор РайККОВ'а тесен и неудобен.

5) Прочитано лекций о венболезнях (в клубе, в избах-читальнях, на общегражданских собраниях) 29, с числом слушателей около 2.600 чел. Бесед в деревнях на групповых собраниях (собрание жителей одной улицы или выселка) проведено 52, с числом участников около 1.200 чел. Кроме того, проводились краткие беседы в каждой семье, посещавшейся при обследованиях. Это было самое трудное; нельзя было задерживаться подолгу в каждом доме; но скоро выработался навык — одновременно и беседовать, и осматривать членов семьи, выделяя в беседе лишь самые существенные вопросы и приводя только наиболее яркие примеры, находимые иногда тут же.

Были взяты напрокат из Окраздра диагностивы, но использовать их не удалось; фонарь в районной избе-читальне был неисправен и починить его (обновить треснувшую линзу) изба-читальня так и не могла.

По мере посещения сельсоветов проводились с президиумами их ин-структивные совещания. Было и одно общее совещание со всеми председателями сельсоветов во время сессии Райисполкома.

О работе венотряда сделано 3 доклада на заседании президиума Райисполкома.

Работу по венотряду несли: врач, фельдшер (до ноября 1928 г. школьный, затем ротный) и акушерка (за сестру)—все по совместительству; 2½ летних месяца работала еще студентка IV курса. Работа шла сверх полного количества больницы работы, с большой перегрузкой; например, в дни амбулаторной работы венотряда, по окончании приема, приходилось идти еще проводить общий амбулаторный прием, что, в общей сложности, составляло иногда 9—10 часов непрерывной работы. Эта перегрузка являлась главным тормозом в развертывании работы венотряда; поэтому то и удалось обследовать лишь часть селений района, и то — каждое только частично (см. выше). В помощь обследованию был принят метод вызовов лиц подозрительных, не аккуратно являющихся, забросивших лечение, — индивидуальными повестками, рассылаемыми от имени Райсансовета; повестки были заготовлены на стеклографе Райисполкома по следующей форме:

Уинский районный
Санитарный Совет

« » . 192. . г.

Гражданину (гр-ке)

№

Районный Санитарный Совет напоминает Вам, что Вы не являетесь в больницу для (лечения, осмотра) с « »
192- . г. Просьба аккуратно явиться в следующий срок « »
с. г.; в случае повторной неявки будете вызваны через сельсовет или милицию.

Предрайсансовета

Врач

По повесткам почти все вызываемые являлись, и только в отдельных случаях приходилось вызывать граждан через сельсовет и очень редко через милицию. Всего, как указано выше, лечить принудительно пришлось 10 чел., но из них по отношению 7 принуждение выразилось лишь в не совсем добровольном помещении их в больницу; и только в трех случаях дело шло с повторным вмешательством милиции.

С председателями сельсоветов (дело было до перевыборов: теперь надо налаживать снова) имелась договоренность: вызовы и явка контролировались секретно, без отпугивающей больных огласки, хотя, в конце-концов, в деревне все оказывалось шилом в мешке. Кстати, вообще о «секрете»: обычно оказывается, что не требуется никакого соблюдения врачебной тайны, ибо вся деревня знает каждого больного, знает иногда даже больше больных, чем больница. Были случаи, когда, приехав в деревню и созвав несколько человек членов сельсовета и кое-кого из молодежи, удавалось получать для последующего обследования порядочные дополнения к больничным спискам.

Данные регистрации и учета следует считать не полными, в особенности по участкам района, обслуживаемым фельдшерскими пунктами. Там (исключая одного пункта, где теперь работает бывший фельдшер венотряда, школьный фельдшер с большим стажем) очень медленно изживалось поверхностное отношение ротных фельдшеров к делу борьбы с венболезнями; несматривая на точные инструкции — направлять всех подозрительных на сифилис в больницу, некоторые больные оставались подолгу дома, подлечиваясь кое-как и заражая других; были такие случаи, как оставление «под подозрением» ученицы школы I степени с проявлением сифилиса во рту без лечения, без запрещения посещать школу. Один из фельдшеров, теперь уволенный, форменно укрывал некоторых больных, делая им тайком инъекции салициловокислой ртути.

Как интересный факт, нужно отметить выявление около 40 венбольных (преимущественно гонорреей) в сезоны свадеб, когда женихи и невесты являлись за справками о медосмотре. К сожалению, многие вступающие в брак регистрируются без медосмотра и сельсоветы, в особенности отдаленные, не стараются добиться лучшего. Как курьез, можно упомянуть случай, когда одну пару в сельсовете без справки о медосмотре зарегистрировали, а потом отказался венчать без справки.

Много было трудностей с выявлением источников заражения. Больные мужчины обычно указывали целый ряд женщин, с которыми имели половые сношения, и приходилось осматривать много лиц прежде, чем выявлялись действительные виновники. Здесь отмечен факт доказывающий, что в деле борьбы с венболезнями необходима деловая связь между районами и округами и согласованные методы работы: именно, несколько свежих случаев сифилиса в с. Воскресенске, Уинского района, имели происхождение из

Богородского района. В деревнях Муравьевке и Кочешевке отмечен занос бытового и полового сифилиса из близко находящейся деревни Осиновки Рябовского района Сарапульского округа. Большую роль играют кочующие из деревни в деревню, из района в район батрачи, которых сельсоветы свое временно не регистрируют и на медосмотр не посылают. В этом отношении—слово за Областными и Окружными Здравотделами и за Окружными вендиспансерами, которые, оставаясь замкнутыми городскими учреждениями, не выполняют совсем одной из основных задач объединения районов в деле борьбы с венболезнями и выработки согласованных, стандартных методов работы.

Оседлых prostituteующих женщин, теперь после обследований и разъяснений, во многих деревнях уже остерегаются. Нередко, правда, не имея (или не умея найти) других средств к существованию, эти женщины с помощью пива и браги удерживают клиентуру, уверяя, что здоровы, или, дескать, было что-то, но теперь вылечились; но все чаще и чаще в деревне требуют «бумагу» от врача о выздоровлении и иногда вышедшая, так сказать, в тираж в своей деревне женщина идет на гастроли в базарное село или на ярмарку и там опять становится выигрышным номером...

Легкомыслие и распушенность молодежи в отношении половой жизни поразительны. В с. Аспе, например, живут половой жизнью почти все подростки с 15-16 лет, и там отмечен случай, когда к одной батрачке, заведомо заразившей многих триппером, в одну ночь прошло 5-6 чел. молодых парней (изрядно пьяных), несмотря на то, что их настойчиво отговаривали нарочно стоявшие на дороге, пострадавшие ранее, товарищи.

О внедрении в быт населения общих, элементарных санитарных навыков пока еще приходится только начинать говорить. Еда из общей посуды, общие полотенца долго еще будут срывать нашу работу. Трудно воевать одному: сельский актив и интеллигенция, даже учительство—почти не помогают. За истекший год только в 3-х школах I ступени из 29 удалось добиться того, что ученики имеют каждый отдельную кружку или чашку для питья; и только в одной школе у учеников отдельные полотенца. Но начало положено—и это, видимо, достижение!..

В заключение приходится подчеркнуть печальный факт: появление и распространение венболезней там, где их раньше вовсе не было—среди нацменовского населения. В разных татарских деревнях района отмечено уже до двух десятков случаев гонорреи и 2 случая сифилиса. К сожалению, нужно сказать, что определенную злую роль сыграло несколько человек учителей и избачей татар, «культуротники» наизнанку! Один из них, особенно продуктивный, был снят с работы, но по последним сведениям учителствует в другом районе.

КРАТКИЕ ВЫВОДЫ.

Работа венотряда крайне нужна и материала для работы очень много. Нужны специальные отдельные работники, прежде всего—врач.

Нужны средства для более широкой постановки стационарного лечения венбольных и правильного лечения вообще.

Нужно массовое снабжение популярной литературой.

Нужна полная слаженность между районами и округами в деле учета и лечения венбольных.

Нужно реальное выполнение сельсоветами правил учета и медосмотра батраков и других правил санокхраны населения.

Нужна реальная помощь медработникам со стороны сельского актива и интеллигенции.

И—само собой—нужны микроскоп и хороший проекционный фонарь.

А. РАСЬКИН.

ЗАБЫТЫЙ УЧАСТОК.

В начале апреля на прием в Пермский вендиспансер явилась женщина с двумя детьми. Детальный осмотр пришедших дал возможность врачу определить диагноз сифилиса и установить внеполовой способ заражения. Так как больные оказались жителями сельхоз коммуны, Окргдравотдел по договоренности с вендиспансером и бакинститутом послал для осмотра всех членов коммуны и окружающих деревень венерологический отряд в составе 3-х врачей, в целях

выявления источника заболевания и принятия необходимых мер борьбы с распространением сифилитических заболеваний.

Отряд за несколько дней осмотрел 156 чел. жителей 2-х коммун и ближайших деревень. Всем жителям коммуны, где обнаружилось заболевание сифилисом, в числе 40 чел. была исследована кровь. В результате обнаружено еще 5 больных, из которых двое в той же семье и в заразной форме, а 3 в скрытой форме в окрестных деревнях. Необходимые меры приняты. Проведено большое количество лекций и бесед, больные направлены на излечение, подозрительные взяты под особое наблюдение районного врача и пр.

Но самое главное, что должно привлечь общественное мнение, это источник и причина заражения. Врачами с несомненностью установлено, что заражение последовало от случайных посетителей коммуны и причиной заражения явились антисанитарные «дедовские» обычаи, которые проникли и в коммуну, которая, казалось, должна была быть образцом нового быта. В коммуну приезжали часто крестьяне из разных деревень знакомиться с ее работой, работали на постройках плотники из города и все эти гости и рабочие «угощались» из общей посуды; да и внутри семей применяется только общая посуда. Неудивительно, что внеполовой сифилис был занесен в одну из семей и захватил почти всю семью.

Этот печальный случай должен заставить нас призадуматься над одним из слабых участков нашего строительства. Создаются социалистические ячейки в деревне—коммуны, колхозы—создаются новые хозяйственные взаимоотношения, а на улучшение быта обращается мало внимания. Жилища в коммуне копируют тесные, неблагоустроенные и негигиеничные крестьянские избы, водоснабжение поставлено неудовлетворительно с санитарной стороны. Быт коммунаров в санитарном отношении в точности повторяет деревенский: общие полотенца, общая посуда, всюду грязь, неизменная «зыбка» для грудных детей, отсутствие постельных принадлежностей и т. д. Немалая доля вины здесь падает на медицинский персонал на местах, который не уделяет должного внимания работе в коммунах, совхозах и колхозах.

Необходимо покончить с таким положением. Коммуны должны стать показательными не только в хозяйственном, но и в культурном и санитарном отношении. Все внимание советской общественности и медицинского персонала в первую очередь должно быть направлено на оздоровление быта в социалистическом секторе деревни. Надо твердо помнить, что для социалистического переустройства деревни необходимо и оздоровление деревенского быта, создание гигиенических, здоровых условий труда. Настоящий случай с внеполовым заражением сифилисом целой семьи в коммуне должен послужить сигналом к общему наступлению на фронте борьбы с невежеством, антисанитарными «дедовскими» обычаями в социалистическом секторе деревни.

Г. Р.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА Н.-СЕРГИНСКОМ КУРОРТЕ.

Л. Н. КЛЯЧКИН.

С общественной точки зрения в вопросе отбора больных на курорты у нас еще далеко не все благополучно. За время существования советских курортов накопился громадный материал, свидетельствующий, как мы плохо и неумело отбираем больных и распределяем больных по курортам. Это, естественно, приводит к непроизводительным затратам профсоюзных и страховых денежных средств. Это же приводит к занятию курортных мест теми, кои в данных курортах не нуждаются и лишают мест тех, кои в них действительно нуждаются. Словом, вопрос о показаниях к лечению больных на том или ином курорте представляет одну из самых существенных глав курортоведения и в условиях настоящей постановки курортного дела является особенно важным. В настоящем очерке я имею в виду дать оценку Н.-Сергинскому курорту с точки зрения показаний к лечению на нем заболеваний нервной системы.

Больные с заболеваниями нервной системы занимают на этом курорте в количественном отношении второе место, уступая первое место болезням суставов.

Поражения отдельных нервов, нервных стволов и сплетений прекрасно поддаются лечению на Н.-Сергинском курорте. Эти поражения часто возникают на почве простуды или ушиба, или неправильного обмена веществ (подагра, ожирение). Лечение этих болезней серными ваннами в комбинации с физиотера-

певтическими методами (электризация, свет, массаж) давало нам в конечном результате до 90 проц. выздоровлений и улучшений. Особенно сюда следует отнести ишиас, который часто возникает не только из-за вышеупомянутых причин, но также на почве ненормальностей гинекологической сферы у женщин.

Из заболеваний центральной нервной системы на этом курорте хорошо лечится сухотка спинного мозга в незапущенных случаях, т. е. до стадии параличей, паралитическая же форма сухотки спинного мозга на Н.-Сергинском курорте лечению не подлежит.

Подлежат также лечению на Н.-Сергинском курорте и сифилитические поражения нервной системы. Результаты лечения по отношению к этим формам всецело зависят от давности заболевания, тяжести его и от проведенного до поездки на курорт лечения. По отношению к последнему пункту вопрос обстоит так, что мы в праве ожидать больших эффектов от лечения на курорте в тех случаях, где до поездки на курорт больной провел специфическое лечение.

Заболевания центральной нервной системы, развивающиеся на почве перенесенных инфекций (тиф, грипп), а также на почве артериосклероза, давностью больше года, лечению на Н.-Сергинском курорте не подлежат.

Что касается заболеваний нервной системы функционального характера (неврастения), то они тоже на Н.-Сергинском курорте не лечатся.

Так обстоит вопрос с лечением заболеваний нервной системы на Н.-Сергинском курорте.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ НА МЕСТАХ.

ПЕРМСКАЯ НАУЧНАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ.

(Годичный обзор).

После окружной конференции врачей в начале марта месяца состоялось общее собрание членов Окр. Научной Ассоциации врачей, на котором был заслушан отчетный доклад председателя Оргбюро Научной Ассоциации проф. К. Н. Шапшева и содоклад секретаря Оргбюро доктора Г. И. Розет. Было избрано правление Ассоциации в количестве 15 человек и ревизионная комиссия. Правление выделило президиум в составе: председателя проф. В. В. Алякритского, зам. пред. проф. М. А. Розентул, секретарей Вершова Г. С. и Розет Г. И., казначея Дашевского А. С.

За год работы Окр. Научной Ассоциации врачей (февраль 28 г.—февраль 29 г.) состоялось 12 заседаний, на которых заслушано было 15 докладов и представлено 9 демонстраций.

Николаева М. Ф. «Клиника сыпного типа по данным вспышки эпидемии в Перми 1928 г.». **Проф. Розентул М. А.** Erythro cyanosis crurum rueli. **Напольский И. М.** «Землетрясение в Крыму и влияние его на здоровье населения». **Проф. Кузнецкий Д. П.** «Хроническ. болевой нефрит без изменений в моче». **Меклер А. Н.** «О работе школьной секции Всесоюзного педологического съезда». **Ревзон М. Я. и Юшков П. Д.** (демонстрация) «Случай внеполового заражения сифилисом (Ulens dur. labu super)». **Лысаковский И. В.** «Экспериментально-биологические предпосылки организации лаборатории при Уральской Областной Психолечебнице». **Шипицын В. П.** Демонстрация б-ного после удаления прямой кишки по поводу рака ее. **Александров П. Н.** Демонстрация больного с внеполовым твердым шанкром на подбородке. **Куимов Д. Т.** «Впечатления от командировки в лабораторию академика И. П. Павлова». **Розет Г. И.** «10 лет советской медицины». **Проф. Шумков Г. Е.** «Алкоголизм и меры борьбы с ним». **Голшмит К. Л.** Демонстрация б-ной с ангиокератозом языка. **Величкин В. И.** «Сущность метода диалектического материализма». **Мульменко М. М.** «Микроаскаридоз». **Шац М. В.** «Местная анестезия в гинекологии и акушерстве». **Проф. Кузнецкий Д. П.** Демонстрация больной по поводу необычного вмешательства при желчно-каменной болезни. **Волосникова Г. П.** Демонстрация аппарата для определения внутривенного давления. **Фенелонов А. Л.** Демонстрация ангиокератомы. **Узинцев В. Н.** Демонстрация гематомы носовой перегородки. **Арбузов Г. А.** «К вопросу о травматических повреждениях органов брюшной полости в прокатном цехе». **Звягин К. П.** «Впечатления о поездке в Париж». **Алетшүллер Э. И.** «Опыт профилактической активной иммунизации против скарлатины, комбинированной вакциной». **Митяшин И. И.** Демонстрация двухстороннего врожденного вывиха тазобедренного сустава.

Секретари Вершов Г. С. Розет Г. И.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ ВРАЧЕЙ Г. ИШИМА.

С расширением сети лечсанучреждений г. Ишима и его округа и тем самым с количественным пополнением врачебного персонала перед Врачебной Секцией еще в 1926 году встал вопрос о необходимости создания научного кружка. Этот кружок мыслился как центр, где можно было бы на основании имеющегося богатого материала обмениваться мнениями по вопросам практической и теоретической медицины.

Просматривая работу Научного кружка врачей города Ишима за 2 года с 23-XII—26 г. по декабрь 1928 г. (в 1929 г. кружок этот почти не работал) приходится отметить большие интервалы между заседаниями. Хотя основная масса ишимских врачей с большим практическим стажем, с эрудицией и вполне установившимся специальным врачебным взглядом, но, как большая часть практических врачей, это—люди с беспощадной самокритикой в отношении своей работы и своих наблюдений. Этим и объясняется вялость работы Ишимского Научного Кружка, как одной из типичных научных организаций глухого провинциального города. Читая работы в крупном журнале с описанием 1—2 случаев далеко нередко встречающихся заболеваний, удивляешься, почему у нас в провинции ценные приемы в ортопедической, оперативной или другой какой-нибудь работе, массовые наблюдения над разными способами анестезии и проч. остаются неопубликованными. Скромность, недооценка своих знаний у многих практических врачей являются причиной слабого участия практических врачей в научных кружках.

Ишимский научный кружок, организованный и работающий без руководства Облоргбюро научных ассоциаций, имеет ряд недостатков, к числу которых следует отнести отсутствие за все время докладов по вопросам общественно-социального порядка (ленинизм в медицине и т. п.). Если в реализации плана кружка значительная доля падает на лечащих врачей, то этого нельзя сказать в отношении врачей профилактиков. Широко развернувшаяся работа Облоргбюро научных ассоциаций поставит на правильные рельсы деятельность местных научных организаций и несомненно Ишимский научный кружок выравнивается и займет в области не последнее место, в особенности после предстоящего научного съезда врачей Уральской области.

За время существования научного кружка врачей г. Ишима были заслушаны следующие доклады:

- 1) Д-р. Миловидов. Съезд глазных врачей.
- 2) » Шарнин А. К. Повреждение влагалишно-кишечной перегородки при первом половом сношении.
- 3) » Астахов П. А. Демонстрация ребенка с саркоматозным метастазом в левой височной области после нефректомии по поводу саркомы правой почки.
- 4) » Прейсман А. Б. Съезд хирургов, гинекологов, ото-рино-ларингологов, офтальмологов Урал. Обл. (20-23 января 1927 г.).
- 5) » Жонголович. Научная командировка для усовершенствования в г. Казань.
- 6) Циглер. То же—в Ленинград.
- 7) » Шарнин. О малом кесарском сечении.
- 8) » Вартминский. «Сравнительная оценка закрытых и открытых оперативных способов лечения эхинококка печени».
- 9) » Шарнин. Жизнедеятельность Листера.
- 10) » Орлецкий. Значение Листера и хирургии.
- 11) » Прейсман. Памяти профессора А. В. Марковского.
- 12) » Сушинская. Памяти акад. В. М. Бехтерева.
- 13) » Шарнин. К казуистике врожденных пороков мочевого пузыря.
- 14) » Астахов. Научная командировка для усовершенствования в Ленинград.
- 15) » Циглер. Случай склеродермии с пред'явлением больного.
- 16) » Циглер. Аутогемотерапия при кожных заболеваниях по материалу Венкабинета Ишимск. гор. амбулатории.
- 17) Колмогоров. Случай из лабораторной судебно-медицинской практики.
- 18) » Николаев. Демонстрация больной с застарелой слоистой катарактой, оперированной с благоприятным исходом.
- 19) » Астахов. Демонстрация больного и препарата по поводу поликартиоми на ногах.
- 20) » Астахов. Скользящие грыжи по материалам 2-й Сов. Б-цы.

- 21) » Шарнин. К казуистике изолированного эхинококка сальника.
- 22) » Соболева. Памяти профессора Г. И. Россолимо.
- 23) » Шарнин. К вопросу об искусственном образовании рукава по способу Балдин-Штокель-Константини.
- 24) Колмогоров. Предварительное сообщение о работе Ишимской лаборатории по вопросу о реакциях Загс-Георга-Мейнике.
- 25) Он же. Определение в желудочном соке пепсина по Фульду.
- 26) » Прейсман. Научная командировка в Ленинград для усовершенствования.
- 27) » Орleckий. То же — в Казань по ортопедии.

ПРОТОКОЛ № 1

Очередного 13 заседания Пермской Окр. Научной Ассоциации врачей
27 марта 1929 г.

Председатель проф. Алякритский В. В.
Секретарь Вершов Г. С.

1. Доклады:

Д-р Талалов И. З. (кожно-венерич. Клин. П.Г.У.) *Ulcus vulvae acutum* (напечатан в № 6).

Прения.

Проф. Розентул. Вопрос об *ulc. vulv. acut.* имеет не только академический характер; часть диагнозов мягкого шанкра нужно отнести к *ulc. vulv. acut.* Доклад д-ра Талалова очень интересен, поскольку вопрос этот актуален. *Vas. crassus* часто находимый при *ulc. vulv. acut.* важен, т. к. отсутствие его говорит за другое заболевание. Этиология этого заболевания: травма механическая (мастурбация) или химическая имеет — определенное основание, напр., упорные вульвиты с язвами при *coitus condonatus* (что объясняется отсутствием ошелачивания вагинального секрета спермой), усиленная секреция вестибулярных желез вследствие онанизма.

Д-р Талалов. Цель доклада ознакомить врачей неспециалистов с этим заболеванием. Связь с *menpes* почти постоянна. Все указанные в докладе симптомы *ulc. vulv. acut.* должны направить мысль врача на это именно заболевание.

Проф. Алякритский — отмечает важность доклада для ознакомления врачей неспециалистов с этим интересным заболеванием, которое, очевидно, во многих случаях диагностируется, как *ulc. molle*. Благодарит докладчика за интересное сообщение.

2. Проф. Розентул М. А. «Криотерапия — лечение снегом угольной кислоты» (напечатана в Уральском Медицин. Журнале, № 4—29 г.). Вопросы задавали в прениях.

Д-р Шац — при *lupus vulgar.* пользовался *ac. nitric. fumans*, впечатление от нее, как от специфическ. средства. Рецидивы бывали, но при повторении терапии результаты получались хорошие.

Д-р Гурвич — при *lup. erymat* наблюдал после криотерапии рецидивы.

Д-р Талалов — при пользовании криотерапией нужен большой навык, нужно очень внимательно следить за реакцией. При лечении волчанки золотом — оно дает лучшие результаты, чем криотерапия; при применении ее при гиперкератозах нужно большое давление, чтобы получился результат.

Д-р Ревзон — в этом методе видит диспансерный подход и отказ от медикаментозного лечения. Этот способ дает практическим врачам в руки хороший метод терапии целого ряда болезней.

Д-р Левин — криотерапия требует большого навыка и внимания. Полагает, что *lup. erymat.* нужно лечить комбинированно: золото и криотерапия.

Проф. Розентул — каждый способ требует навыка. В то время, как золото может дать нежелательные результаты, криотерапия безопасна, тем более при осторожном применении ее. Если при *lupus erymatod.* получается хороший эффект, а иногда его нет — то трудно сказать почему — быть может потому, что *lupus erymat.* бывает и туберкулид, и туберкулез, а также и ангионевроз.

Криотерапия дает более нежный рубец и незаметный, чем хирургия, в то время как ас. nitric humans дает рубцы обезображивающие.

Проф. Алякритский — способ дает радикальный результат. Он заслуживает пропаганды. Может быть применим даже на участке. Рецидивы возможны, но они не должны останавливать пропаганды. Благодарит докладчика за сделанное сообщение.

ПРОТОКОЛ № 2

14 очередного заседания Пермской Научной Ассоциации врачей.

10 апреля 1929 года.

Присутствовало 19 человек, 18 гостей.

Председатель проф. М. А. Розентул.

Секретарь д-р Вершов Г. С.

Демонстрации.

1) Д-р К. Л. Голшмит (Кожно-Венерическая Клиника П.Г.У. Автореферат).

Демонстрировал больного Н. И. с гонорройным гиперкератозом верхних и нижних конечностей. В 1910 и 1915 г. г. осложненная гоноррея и заболевание суставов; лечили согревающими компрессами, внутрь — салол и бальзамические препараты. В 1927 г. на подошвах, ладонях и голених вначале появились розоватые пятна, потом роговые узелки величиною с конопляное зерно, далее развилось диффузное утолщение рогового слоя. Мазевая терапия и длительный прием мышьяковистых препаратов улучшения не дали. В клинику поступил 25-11-1929 г. с жалобой на боль в коленных суставах, поражение кожи рук и ног, а также на ограниченность движения пальцев обеих рук.

Status praesens. Поражение кожи располагается строго симметрично. На ладонях и подошвах глубокие трещины, диффузное утолщение рогового слоя достигает 1 сант. На голених и предплечьях имеются в огромном количестве пузырьки и узелки, состоящие из наружного белесоватого валика и плотного центрального серовато-желтого рогового наслоения, напоминающего голубиный глазок. Ногтевые пластинки желтого цвета (на всех пальцах) покрыты продольными и поперечными трещинами, весьма напоминают когти. Мочеполовые органы: изменения в уретре и воспаление семенных пузырьков. В соке простаты: гонококки не обнаружены, лейкоцитов от 20 до 80 в поле зрения, липоидные зерна в небольшом количестве. Реакция Вассермана дважды отрицательна. R. Borde-Gengou — положительна. Биопсия 2-х узелковых элементов. После вакцинотерапии (гонококковая поливалентная вакцина) наступило резкое улучшение процесса, без местной терапии. Т. о., здесь имеется налицо поражение кожи, осложненная гоноррея, подтвержденная клинически, бактериоскопически и серологически блестящий терапевтический эффект от применения гонококковой вакцины, что позволяет признать данное поражение за гонорройный гиперкератоз.

Прения: д-ра Талалов И. З., Ревзон М. Я. указали на интерес данного случая, который приходится трактовать, как гиперкератоз гонорройного происхождения, что подтверждается как результатом специфической терапии, так и изменениями, констатированными у больного со стороны предстательной железы и семенных пузырьков, а также наличием реакции Бордэ-Жангу. Профессор Розентул — данная демонстрация представляет большой интерес. Случаи гонорройных сыпей в последнее время описываются многими авторами (описан случай флегмоны, в содержимом которой обнаружены гонококки. Одри описал гонорройный hyperhydros под мышкой у проститутки, post coitum per axillam с которой было заражение гонорреей). Клинические данные демонстрируемого случая говорят, что здесь имеется гоноррея и гиперкератоз гонорройный. Абсолютного значения реакция Бордэ-Жангу не имеет, но она дает указание на возможность трактовать при ее положительности случай, как гонорройный.

2) Д-ра Иванова А. А. и Алфимов (Кожно-Венерическая Клиника П. Г. У.). Несколько случаев внеполовых шанкров у детей.

Проф. Розентул указал, что демонстрируемые случаи из коммуны, которая находится под наблюдением врача. Врач принял шанкр миндалины за ангину — врачи часто при заболеваниях горла забывают о сифилисе. Поэтому клиника сочла необходимым продемонстрировать этих больных, чтобы лишний раз напомнить врачам о внеполовом — бытовом сифилисе.

Доклад д-ра Брюхановой А. А.

Материалы по обследованию на глистоносительство жителей г. Мотовилихи в 1928 году.

(Автореферат).

Выборочно поголовным методом обследовано 899 человек.

Микропрологическое исследование удалось провести в 855 сл.

Видовой гелминтоценологический индекс выражается следующей формулой:

855. As. 1. 49,2. Ent. ver. 3,3. T. Sag. 14,2.

(67—57) 3

Общая инвазированность муж. 53 проц.—женщин 60,3 проц.

Общая инвазированность детей в возрасте до года—5 проц.; от 1—4 лет 58,5 проц., 5—7 лет 70 проц., 8—15 л. 76 проц., с 16-ти и выше 50 проц.

По социальному положению наиболее пораженными оказались те группы, культурный уровень, санитарно-бытовой уклад жизни и материальная обеспеченность которых наиболее низки.

Наиболее актуальными эпидемиологическими факторами в пораженности населения глистами являются те жилищные условия, которые на ряду со скученностью связаны с отсутствием канализации и ассенизационного обоза и вытекающим отсюда загрязнением почвы дворов, огородов и улиц.

Так, благоустроенных уборных среди обследованных неимеется совсем, холодные при доме имеются в 23-х проц. обследованных, холодные во дворе в 57 проц. и не имеется никаких в 20 проц. обследованных; наряду с этим 56 проц. всех обследованных нечистоты из уборных выкидывают на огороды, которые сами обрабатывают.

Высокой степенью загрязненности почвы в Мотовилихе объясняется высокий проц. аскаридоза, особенно детей (инвазированность мальчиков школьного возраста 100 проц.).

Об энторабии населения Мотовилихи говорить не приходится, т. к. метод микропрологического анализа для обнаружения яиц этого вида паразита непригоден, а по техническим условиям работы метод перинального соскоба применить было нельзя.

Значительный проц. тениаза, в особенности у взрослых (26 проц.), объясняется очень распространенным (53 проц.) обычаем употреблять в пищу сырое мясо в виде фарша на пельмени, при отсутствии в городе Санветпункта.

Для оздоровления населения необходимо:

1) Устройство канализации или хотя бы благоустроенных уборных и ассенизационного обоза.

2) Усилить сан-надзор за состоянием дворов, улиц и площадей и вывозом нечистот на специальные места свалок.

3) Усилить надзор за транспортировкой, хранением и продажей пищевых продуктов.

4) Усилить надзор за убоем скота и продажей мяса.

5) Расширить сеть детсадов и площадок.

6) Провести санпросветительную кампанию по вопросу о патогенности глист и мерах борьбы с ними — как среди взрослых, так и детского населения.

7) Провести дегельминтизацию в плановом порядке под санмеднадзором.

Вопросы: Ерофеев, Лысаковский, Жолобов, Наумов.

Прения. Ерофеев. Педиатрам приходится очень часто встречаться с глистной инвазией у детей. Из доклада не видно, как дети сильно инвазированы, а у нас наблюдение: как ребенок из Мотовилихи, так и глистная инвазия. Возможно, что проц. инвазии детей у докладчика зависит от техники сбора faeces, а также однократность исследования — у докладчика 57 проц., а у детсаду союза МСТ 80 проц.—последнее ближе к истине. Наумов—на вскрытиях у женщин чаще наблюдается taen. saginata, у детей аскариды, что объясняется обыкновением женщины-хозяек есть сырое мясо. Дороница — амбулатории особенно знакомы

с детской инвазией, в стационары больные дети попадают редко. По материалам детской клиники 23-24 года у детей в большинстве случаев наблюдались аскариды, бывали резкие отравления (у одной девочки вышло 246 шт. аскарид, у мальчика 177 и через 8 месяцев снова 226). Желательно провести такое же обследование по Перми, в особенности в Н.-Деревне. Остроумова указывает на необходимость — улучшение бытовых условий внедряя в население через дetsады, школы, через организованное дет-население. Залкон — интересно проследить влияние глистов на проявления различных дерматозов. Проф. Алякритский — отмечает отсутствие на докладе представителей саннадзора. Вершов — цифры доклада заставляют бить тревогу — надо принимать энергичные меры в борьбе с отмеченным социальным злом. В действительности никаких или почти никаких мер не принимается. В стационары глистные больные не принимаются, амбулаторное выведение глистов не налажено. Если Окрздрав борется с другими социальными болезнями — туберкулезом и венеризмом, если борьба с ними перешла на диспансерный метод, то пора подумать об организации на ряду с туб. и вендиспансерами и глистного диспансера. Дашевский — в Мотовилихе стационар недостаточен. Необходимо от имени Научной Ассоциации поставить вопрос об усилении саннадзора и широком амбулаторном выведении глистов. Розет — доклад этот должен был быть заслушан в аппаратном совещании Окрздрава, что и будет в ближайшем времени сделано. Суть борьбы с глистами не только в выведении их, а также и в санитарном просвещении населения, в котором должны принять участие все врачи. Голубев — в Мотовилихе по амбулаторным данным до 40 проц. глистной инвазии. Практические врачи не знают, что делать. Нужно поручить Научной Ассоциации разработать вопрос, как организовать борьбу с глистной инвазией и сделать об этом доклад. Аминев — указывает на случаи тяжелых хирургических заболеваний, вызванных глистами. Брюханова предлагает организовать секцию гельминтоголов.

Проф. Розентул отмечает интерес доклада и жизненность его, на что указывают широко развернувшиеся прения. В борьбе с глистной инвазией на ряду с санитарными мероприятиями нужны и реальные. Необходимо доклад д-ра Брюхановой заслушать в секции здравоохранения Горсовета. Научная Ассоциация должна заняться этим вопросом. Поднятый вопрос о диспансере — вопрос серьезный и о нем нужно серьезно подумать.

ПАМЯТИ ВРАЧА К. Э. ЗЕМСДОРФА.

6 июня скончался от разрыва сердца врач-эпидемиолог Пермского Окргздрава Карл Эмильевич Земсдорф.

Земсдорф родился в 1883 г. в Одессе, там же окончил университет в 1906 г. Имея полную возможность по окончании остаться в Одессе, там жить и работать в хороших условиях, он уехал в Земство в деревню, где работал до империалистической войны, занимая различные должности. Во время империалистической войны Земсдорф работал в лагерях для военно-пленных.

1918 год застает его в Челябинске, где он был избран участковым советом железнодорожников—железнодорожным врачом Челябинского участка Омской жел. дор.

В 1919 г., после ухода белых, он остался сам и увлек своим примером остальных, наладил оставшийся после белых совершенно расстроенный медицинский аппарат и успешно организовал борьбу с сыпно-тифозной эпидемией, чем заслужил симпатии рабочих и общественных организаций.

В 1920 г. Земсдорф был переведен на юг в Сочи для поправления здоровья. Но юг не поправил его здоровья и в 1921 г. он уехал в Германию. Там частью служил, частью учился. Работал референтом по группе химии при берлинском отделении Внешторга.

Последний год пребывания за границей с сентября 1927 г. работал при Гамбургском Тропическом Институте, готовясь поехать в СССР, так как жизнь в Германии его не удовлетворяла.

Он был приглашен научным сотрудником в Институт Тропической Медицины в Старую Бухару, где и находился с октября 1928 года по май 1929 года. Но климат оказался вредным для его больного сердца, и он искал другого места. С 20 мая он был назначен врачом-эпидемиологом Пермского Окргздрава. Начал с большой энергией и интересом организовывать дело, но 6 июня между 12 и 1 ч., идя из Окргздрава по направлению к университету, по дороге внезапно упал и скончался. Смерть последовала от паралича сердца.

Покойный, был в числе основателей Челябинского Губ. Отдела Всемедикосантруд, состоял председателем губернской тарифно-расценочной комиссии Губотдела, членом коллегии Губздравотдела.

Смерть вырвала из санитарных рядов ценного работника.

Г. Р.

КО ВСЕМ ЧЛЕНАМ СОЮЗА МЕДСАНТРУД.

МАКСИМУМ ВНИМАНИЯ И ЭНЕРГИИ НА БОРЬБУ
С ЭПИЗООТИЕЙ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ.

ДОРОГИЕ ТОВАРИЩИ!

В пределах Уральской области обнаружена эпизоотия Сибирской язвы. Справиться с этой бедой можно лишь общими дружными усилиями.

Областком союза, врачебная и ветеринарная секции призывают вас прийти на помощь ветперсоналу всеми силами и способами. Ваше внимание и энергия должны быть сосредоточены и направлены по линии профилактических мероприятий, в первую очередь: улучшение санитарного состояния селений, пастбищ, водоемов, содержания дворов, уборки трупов, дезинфекции, карантин и пр. Санпросвещение широких рабочих и крестьянских масс поставьте ударной задачей. Как можно больше бесед, лекций, листовок, выставок.

Примите деятельное участие в работе сел. сан. комиссий, секций здравоохранения и чрез них организуйте **неделю санитарной чистки** селений, привлекая к этой работе широкие слои трудящихся.

Обратите особое внимание на проверку выполнения обязательных постановлений и распоряжений по борьбе с сибирской язвой. Создайте благоприятные условия работы вет. и медперсоналу по борьбе с сибирской язвой, мобилизовав вокруг этого вопроса общественное мнение рабочих и крестьянских масс.

Областком союза, ветеринарная и врачебная секции надеются, что объединенными усилиями мед. и ветперсонала при активной поддержке всех трудящихся успешно будет ликвидирована эпизоотия сибирской язвы.

Председатель областкома **Костарева.**

Секретарь врачебной секции **Бочаров.**

Секретарь ветеринарной секции **Преображенский.**

Завоблаздравотделом **Белостоцкий.**

Завветотделом **Луканин.**

О п е ч а т к а в № 5.

В статье «Туляремия в Обдорском районе в 1928 г.», стр. 62, строка 10-я снизу напечатано «но без труда культивируется», следует «не без труда культивируется».

ВО ВСЕ ОКРЗДРАВ ОТДЕЛЫ.

1. В целях изучения источников заражения сибирской язвой и выработки конкретных мероприятий необходимо все случаи сибирской язвы регистрировать как можно полнее на специальных картах, высылаемых нами во все округа. На рассылаемые карты необходимо занести также всех больных за июнь-июль месяцы.

2. Для облегчения выбора способа лечения больных рассылаются листовка, составленная д-ром Кушелевским и просмотренная д-рами Поляковым, Нарбутовских, Павперовым, Ломоносовым.

3. Согласно постановления Уполномоченного Облика по борьбе с сибирской язвой, мобилизованы врачи стажеры и направлены в пораженные округа через вет. отд. Облзу. Командированных врачей необходимо использовать в первую очередь на профилактической работе, как временных санитарных врачей и лишь в исключительных случаях, как врачей эпидемических при массовых заболеваниях.

Попутно поручите им выяснить, как проводится на местах постановление Облика по ликвидации оспы и паразитарных тифов.

В случае наличия у вас остатков кредитов по содержанию санврачей, расход по содержанию временных санврачей должен быть отнесен в первую очередь на эти остатки, а не на специальные кредиты по борьбе с сибирской язвой.

4. В связи со вспыхнувшей эпизоотией встал вопрос о возможности доставки молока из пораженных районов в промышленные центры и о работе маслозаводов. По существующему законоположению закрытие маслозаводов предусматривается в случаях возникновения эпизоотии, при которых зараза от больного животного может передаваться через молоко людям. Хотя сибиреязвенный микроб в молоке больных животных не обнаруживается, однако, молоко легко может быть заражено через навоз скотского двора, поэтому необходимо в первую очередь принять все меры к ограждению молочных продуктов от заражения при доении и уходе за скотом. По отношению к фермам сделать это сравнительно легко, установив надзор согласно существующих обязательных постановлений по содержанию молочных ферм (см. Бюл. НКЗ № 7 за 27 г. и правила Облзу и Облздрави). Что же касается крестьянского скота, то, конечно, здесь гораздо труднее провести санитарные мероприятия. Во всяком случае необходимо совместными силами—сан-вет-оргнадзора с маслозаводами и кооперациями, снабжающими заводы молоком, провести широкую агитацию за чистоту продукта и установить деятельный инструктаж и контроль за содержанием как дойного скота, так и маслозаводов на основании действующих обязательных постановлений и специальных правил, утвержденных уполномочен. Облика по борьбе с сиб. язвой, при сем прилагаемых.

При проведении этих правил необходимо руководствоваться следующим:

1) при кипячении молока в течение 10. минут не только вегетативные формы, но и споры сибирской язвы убиваются.

2) Двойная пастеризация молока при закупке и на месте потребления гарантирует молоко.

*) Настоящий циркуляр выпускается в развитие распоряжений Облздрави от 3/VII, 13/VII, 25/VII (два) и 30/VII.

3) При пастеризации сливок при 90 град. в течение 30 минут споры сибирской язвы не всегда убиваются; для полной гарантии желательна пастеризация при 95 град., что можно провести на механизированных (паровых) маслозаводах.

4) Категорически запрещать допуск молока в переработку маслозаводами от коров с тех дворов, где наблюдались заболевания сибирской язвой животных, впредь до снятия карантина.

5) Все маслозаводы находящиеся в районе медучастка должны быть взяты на учет и еженедельно, на время эпизоотии, посещаться врачом или фельдшером; все требования должны заноситься в санитарный журнал; в случае уклонения от исполнения требований должны составляться акты и направляться в адмчасть для наложения взысканий; к особо упорным должны применяться более суровые меры, вплоть до закрытия заводов. С момента издания правил (27 г.) о содержании маслозаводов прошло достаточно времени, чтобы привести заведение, согласно этих правил, в санитарный вид (см. бюл. НКЗ № 9—27 г. и правила Облзу и Облздрави).

V. Дезинфекция предметов и вещей подозрительных и зараженных сибирской язвой должна проводиться тщательно, со строгим выбором дезсредств и строгим контролем. Необходимо иметь в виду, что споры сибирской язвы далеко не так устойчивы, как, напр., споры многих сапрофитов; споры сиб. язвы погибают в текучем паре через 2—3 минуты, при кипячении в воде через 3—5 минут; прибавление к воде щелочей (1—2% раствор соды) увеличивает бактерицидное действие кипящей воды. Велье в котлах, бучильниках в щелочном растворе необходимо для полной стерилизации держать с момента закипания от 1 до 1½ часов.

При дезинфекции в паровых камерах с момента нагрева вещи необходимо держать в зависимости от плотности нагрузки от 20 минут до 1 часа; при обеззараживании же плотных предметов (напр., тюков с волосом и пр.) период обеззараживания удлиняется до 2—3 часов.

При дезинфекции горячим воздухом в сушильных шкафах споры сиб. язвы погибают через 2 часа при 120 град., через 30 мин. при 150 град. Бактерицидное действие горячего воздуха увеличивается при одновременном выпаривании воды с прибавлением формалина. В виду трудности прогрева вещей—дезинфекцию в аппаратах «Гелиос» надо считать крайне ненадежной. Помимо обычных ходовых дезинфицирующих веществ (карболовая кислота, сулема) необходимо широко пользоваться 5 проц. раствором хлорной извести, так как в таком растворе быстро в 10—15 минут—гибнут споры сибирской язвы.

VI. В целях скорейшего проведения всех мероприятий по очистке селений Облмедсантрудом совместно с Облздравотделом и ветотделом выпущено воззвание ко всем членам Медсантруд с призывом широко развернуть сан.-просветработу и устроить повсеместно неделю чистки. Облздравотдел предлагает провести в течение первой половины августа эту неделю чистки, опираясь на сель-санкомиссии и секции здравоохранения.

За зав. Облздравотделом В. Величкин.

Зав. санпроф. группой Иванов.

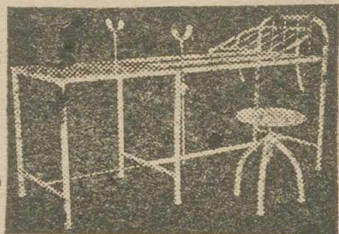
Отв. ред. Белостоцкий И. С.

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.

НАПЫЛЬНИКИ для каучука.

ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЫ для зубных кресел.

СТАКАНЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для дезинфекции зубных инстру-

МЕНТОВ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для кружек Эсмарха.

ГРЕЛКИ ДЛЯ ЖИВОТА оцинкованного железа.

ИЩАДЕЛЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ, ПОДСТАВКИ И ПРИБОРЫ для
ПРОБИРОК И БЮРЕТОК, а также другие предметы больничного
и лабораторного оборудования.

Кроме того имеется на складе ассортимент хирургических, зубо-
врачебных инструментов и материалов, предметов ухода за больными, изготавливаемых за-
водами и фабриками СССР.

Отпуск производится как учреждениям, так и частным лицам.

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

33513

ЦЕНА 1 РУБ.

СВЕРДЛОВСК, „УРАЛПОЛИГРАФ“,
ТИП. „Г Р А Н И Т“. ЗАКАЗ № 6044.
УРАЛОБЛЛИТ № 2938, ТИРАЖ 1000.