

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ**

1929

СЕНТЯБРЬ

№

СВЕРДЛОВСК

7

„УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

ОРГАН УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЛ. КОМИТЕТА СОЮЗА МЕДСАНТРУД

(ГОД ИЗДАНИЯ ПЕРВЫЙ).

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ вопросы строительства здравоохранения области.

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

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

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

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ условия профессионального труда и быта медицинских работников.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Секретарь Редакции Серебренников В. С.

ОТДЕЛЫ РЕДАКТИРУЮТ:

1. Организационные вопр. здравоохранения—Величкин В. И., Коган Н. И.
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. Цейсс А. Л., д-р Грязнов Н. И., проф. Здравосмыслов В. М., д-р Иванов Н. И., д-р Розет Г. И., д-р Серебренников В. С., проф. Шапшев К. Н. (Пермь).
4. Обзоры мед. печати—д-р Виленский М. М., проф. Розентул М. А., д-р Серебренников.
5. Корреспонденции с мест—Лемкин Б. А. (Пермь), д-р Розенгауз Ф. Т.
6. Труд и быт медработников—Агульник М. А., д-р Кулик С. Ю.
7. Х р о н и к а—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 *Звягина К. П.*, д-ра мед. *Онуфриева В. М.*, проф. *Пальмова А. Ф.*, д-ра *Перетц В. Г.* — (акушерство и гинекология), проф. *Первушина В. П.*, д-р *Сегалина*, проф. *Шумкова Г. Е.* — (психиатрия и невропатология), д-ра *Замуравкина Г. И.* и проф. *Чистякова П. И.* — (глазные 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).

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

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

При подписке на 2-е полугодие 1929 г. (с № 6-го) подп. плата 4 р. 50 коп.

При подписке с октября (с № 8-го) 3 рубля.

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

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

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 неприципиального 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.

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

№ 7

СЕНТЯБРЬ 1929 ГОДА

ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВ ОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1929

Содержание.

Стр.

Организационные вопросы здравоохранения.

Шубинский А. И.—Работа врачебного участка Обдорского района Уральской области	3
Тронин И. В.—Итоги смотра лечучреждений г. Свердловска	14
Ратнер Л. М.—К предстоящему научному съезду врачей Урала (голос хирурга)	19
Нарбутовских С. Д.—К открытию Уральского Физиотерапевтиче- ского Института	21
Серебренников В. С.—На очередные темы. I Вновь о старом	25

Вопросы клинической и теоретической медицины.

Лысаковский И. В.—Экспериментально-биологические предпосылки организации лабораторий при Уральской Областной Психо- лечебнице	32
Белецкий Г. Н.—Статистические данные о сердечных заболева- ниях по материалам госпитальной терапевтической клиники	37
Лебедев М.—К казуистике оставления инородных тел при опера- циях в брюшной полости	46
Флейшер Г. Г.—К вопросу о грыжевом аппендиците	50
Яковлев А. И.—Случай газовой эмболии в момент наложения искусственного пневмоторакса	55
Аминов А. М.—К вопросу о половых извращениях в свете созре- менного законодательства	57

Профилактика, гигиена, санитария.

Окулов И. Н.—Метеорологические факторы новых жилищ в Лысь- венском заводе	60
Ранов А. И.—Жилищные условия рабочих лесозаготовок в Перм- ском округе	68
Процеров Б. М.—К вопросу о постройке водопровода в пос. Вот- кинске, Сарапульского округа	77
Зархи Г. И.—О предохранительных прививках против скарлатины	85
Гутман Л. Г.—Оспа и оспопрививание в Салдинском районе	87

Обзор медицинской печати.

Движков П. П.—Обзор учения о ретикуло-эндотелиальной системе	91
--	----

Труд и быт медработника.

Величкин В. И.—Вопросы этики	101
--	-----

Корреспонденции с мест.

Наравцевич А.—О работе кружков врачей-материалистов	112
Мельникова.—Эпидемия эрготизма в Куединском районе, Сара- пульского округа	114
Прейсман А. Б.—К изучению вопросов половой жизни на Урале	116
Уткин М. С.—Усилим работу Красного Креста на транспорте	117
Р а з н о е	118
Хроника	124
Официальный отдел	125

7257922

РАБОТА ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ОБДОРСКОГО РАЙОНА, УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

ВРАЧ ОБДОРСКОГО РАЙОНА А. И. ШУБИНСКИЙ.

По своим условиям и характеру работа врача на дальнем Тобольском севере резко разделяется на два периода—летний и зимний. Условия летней работы мало отличаются от обычной работы врача в каком-нибудь маленьком провинциальном городе. Летом тундра отрезана от Обдорска бесчисленными речками, протоками и непроходимыми болотами, вследствие чего работа протекает почти всегда в самом Обдорске между здешними жителями—зырянами и русскими, служащими госучреждений. В это время года амбулатория заполняется главным образом рыбаками и пароходскими служащими с различными травматическими повреждениями и гастроэнтеритами вследствие резкого перехода на однообразную жирную пищу (исключительно рыбную). Единственным путем сообщения с южным и северо-восточным районом служит в это время русло Оби со случайными пароходами Госторга, рейсирующими с июня по сентябрь.

Благодаря любезности Госторга, который всегда предоставляет место врачу на одном из пароходов, удается посетить главные жилые пункты, разбросанные по Оби вплоть до нашей границы с Енисейской областью—фактории «Хальмер-Седэ» в Тазовской губе, отстоящей от Обдорска приблизительно на 1.500 верст, где я был осенью 28 года. Этим-же летом я был в южной части нашего района—селениях Мужах и Кушевате, где мне удалось наблюдать одну интересную эпидемию, на которой я считаю нужным остановиться несколько подробнее. Эта эпидемия совпала с летней охотой за водяными крысами и наблюдалась исключительно на лицах, занятых этим промыслом. После короткой инкубации в 2—3 дня она начиналась внезапным подъемом температуры до 40°, сильной разбитостью и головной болью. Поражал сухой, белый язык, наблюдавшийся во всех случаях. На 3—4-й день болезни распухали лимфатические железы с одной стороны шеи или в подмышечной впадине, иногда паховые. Наблюдать лично их переход в нагноение мне не приходилось, но я слышал, что такие случаи бывали. Температура критически падала на 6—7 день, но плотные и болезненные железы продолжали оставаться сильно увеличенными еще около 2-х недель. Несмотря на самые тщательные поиски следов внедрения инфекции на руках, ногах и лице, я никогда ничего не находил. Из расспросов охотников выяснилось, что часть водяных крыс была поражена какой-то кожной болезнью, при чем при препаровке шкурок замечались подкожные нарывы с обильным выделением гноя. К сожалению, мои препараты—мазки из крови больных, содержимого лимфатических желез, шкурки больных крыс—были подмочены при переправе через Обь в спокойную погоду и, может быть, поэтому при перевивке на кроликах и белых мышках в нашем Бакинском институте никаких результатов не дали. После моего доклада в этом году в на-

учном кружке в Тобольске один из врачей сообщил мне, что я имею дело с «туляремией», наблюдавшейся в Америке^{*)}).

Район Куноватской реки, пораженный той-же болезнью, остался мной необследованным, так как поездки вынужденно ограничиваются приблизительно месячным сроком вследствие того, что на это время Обдорск остается без врачебной помощи. До 1929 года весь громадный район обслуживался только одним врачом, и лишь в этом году был прислан второй врач, особенно необходимый в зимнее время, когда всякие поездки по району вследствие различных случайностей сильно затягиваются.

Коренные обитатели тундры—зыряне кочевники, зырянские самоеды, низовские самоеды оленеводы и остяки начинают появляться в Обдорске обычно в конце ноября, когда встает Обь. Посещаемость ими Обдорска постепенно падает вследствие того, что в тундру выдвинуты фактории Госторга и кооперации, где оленеводы имеют возможность закупить все необходимое для своего существования. Вследствие этого падает и посещаемость ими нашей больницы. Особенно это заметно в настоящем году, когда больницу за зиму посетило не больше двух десятков самоедов. Поездка в Обдорск исключительно для посещения больницы пока представляется самоеду непозволительной роскошью. Поэтому назревает вопрос о выдвигении медпомощи в тундру путем расширения сети стационарных медпунктов и организации передвижных пунктов при туз-советах на обычных путях кочевания самоедов.

С конца ноября Обдорский врачебный участок переходит на зимнюю работу, связанную с поездками по району, без которых не проходит ни одна зима. На поездки округом отпускается 400 руб. в год, сумма безусловно недостаточная, так как каждые 200 верст обходятся около 25 рублей, а район тянется на несколько тысяч верст. Казенной одежды—малицы (шуба мехом внутрь), гуся (вторая шуба мехом вверх) и трех пар меховых сапог—не имеется, и при срочном выезде начинается беготня по селу в поисках подходящей одежды у местных зырян. Время поездки намечается приблизительно, так как путешествие по тундре связано со всякими случайностями, главные из которых—ожидание где-либо на фактории попутных оленей или частые бураны, которые тянутся в течение нескольких дней. Нужно считать счастьем, если приходится пережить такой буран на фактории, так как иначе остается отлеживаться в снегу иногда по суткам и более, или блуждать на удачу по тундре в неизвестном направлении. Средством передвижения служит нарта, запряженная в 4—5 оленей, и сиденье в однообразной позе в течение 1—2 суток чрезвычайно утомляет с непривычки, особенно если дорога проходит без отдыха и сна. Обычное питание в дороге—сырая мороженная рыба, отдых и сон в случайном самоедском чуме, где холод с того момента, как потухнет костер, ничем не отличается от холода снаружи.

За зиму 28-29 года таких поездок мною было совершено 5, три из них в северный и две в южный район. Для характеристики работы во время таких поездок остановлюсь на одной из них—поездке в Мужы, селение, отстоящее от Обдорска на 200 верст к югу. Я был вызван туда на неправильные роды и весь путь без отдыха проделал в 20 часов. Тяжелое положение роженицы, имевшей эклампсию с t 40° и уже давно мертвым ребенком требовало срочной операции. Она была проведена с помощью бабушки зырянки

*) Примечание: „Туляремия“ в Обдорск. районе доказана работами д-ра Зархи Г. И. (Свердл. санит. бактер. инст.), командированного облздравом в 1928 г. на Тоб. север. (с. Мужы). Его сообщение напечатано в № 5 «Уральск. Мед. Журн.», стр. 62 «Туляремия в Обдорск. районе в 1928 г.»

и полуграмотного районного фельдшера при свете маленького ночника. Возвращаться обратно пришлось опять срочно вследствие телеграммы, вызывавшей меня в Обдорск. Надежда на сон в дороге рухнула, так как ночью ударил мороз в 50°, и лошади, не желая идти, ложились в снег, а оленей я достать не мог. Одну станцию до селения Шурышкары я шел пешком в малице и гусе, в 3-х парах меховых сапог, закрывая рукавом шубы лицо от ветра. Рукав меховой шубы, превратившийся от дыхания в острые колючки, резал лицо, сползали сапоги, безумно хотелось спать, и в результате по приезде в Обдорск потребовалось около 2-х суток, чтобы я мог прийти в себя и приступить к обычной работе.

Вообще редкая поездка по тундре не сопровождается каким-либо приключением, и вывод напрашивается сам собой. Для обслуживания северного района нужен врач не только энциклопедист, но и вполне здоровый, готовый ко всяким лишениям. Опыт, правда, короткий показал, что женщина врач для раз'ездной работы в тундре не годится. Впрочем к этому выводу можно прийти и по чисто теоретическим соображениям.

Обычно две причины заставляют врача покидать Обдорск для тундры. Первая—это вызов к больным, главным образом служащим факторий и их женам, вторая—поездка по факториям во время туземных с'ездов, единственный способ попасть в массу туземцев и массу наиболее активную. На факториях помимо терапевтической помощи оказывается и хирургическая, главным образом главная, при чем в легких случаях ассистируют сами самоеды. Значение таких выездов огромно, так как они позволяют народностям Севера убедиться в реальной помощи научной медицины и разбивают у них убеждения в том, что русский врач такой-же посредник между богом и человеком, как и их шаман. Необходимо отметить случаи вызова врача с факторий самоедами для оказания акушерской помощи в дальние чумы. В этом году мне пришлось ехать с фактории Щучья в чум верст за 120 к Байдарацкой губе. К сожалению, такие вызовы не достигают цели, во-первых, потому, что за врача хватаются, как за последнюю надежду в случаях чрезвычайно запущенных, во-вторых, потому, что такие случаи еще больше запускаются поездкой, которая затягивается, смотря по расстоянию.

По религиозным убеждениям туземного населения врач-мужчина вообще не должен допускаться до родящей женщины, и если за последнее время наблюдаются подобные вызовы, то это указывает только на то, что авторитет советской медицины действительно вступает в соревнование с авторитетом шамана. Опыт НКЗ—посылку в Таз гинеколога женщины-врача нужно горячо приветствовать, так как почва для этого достаточно подготовлена, и женщину к родильнице, конечно, допустят скорее, чем врача-мужчину. Весь вопрос в том, насколько хватит у Р. М. Норкиной сил и терпенья вести продолжительную работу в северных условиях, трудно выносимых даже для мужчин. Однако, помощь в тяжелом положении женщины инородке вполне окупит эту жертву. В особенно невыносимой обстановке находятся женщины остяков, которые в последний период беременности и период родов считаются нечистыми и из жилой половины юрты выселяются в холодную нежилую половину, где пол заменяется естественным войлоком из оленьей шерсти, мусора, помоев и разных отбросов. Здесь женщина и родит в колено-локтевом положении, при чем специальных бабушек у остяков не имеется, и бабушку заменяет любая женщина, если таковая найдется по близости. Пуповина иногда перевязывается, иногда затягивается узлом, иногда просто оставляется незавязанной. Роды проходят довольно легко, но вследствие инфекции, которая часто заносится от грязи, и вследствие короткого послеродового периода,—послеродовые

заболевания очень часты. Этим об'ясняется незначительная деторождаемость (не больше 2-х, 3-х детей), этим, между прочим, я об'ясняю и вырождение остяков.

Так как остяки южной части Обдорского района живут большею частью оседло, то организация среди них охраны материнства и младенчества вполне возможна и безусловно будет иметь большой успех. Эта работа уже намечена и будет проводиться в недалеком будущем среди Полноватских и, быть может, Кизымских остяков. Березовского района. Гораздо сложнее обстоит дело с охраной матмлада среди инородцев северного района—кочующих самоедов. Вследствие того, что каждая семья кочует отдельно на громадной территории, к ним нельзя подойти с той-же меркой, как к оседлым остякам. К счастью, женщина у самоедов не находится в таком тяжелом положении, как у остяков. Правда, и у них беременная и родящая женщина считается нечистой, но к ней не применяется таких суровых мер. Женщина продолжает оставаться в чуме до момента родов и только при начале последних для нее строится отдельный чум, или на время родов мужчины уходят из помещения. К услугам роженицы имеются специальные бабки, которые настолько искусны, что был случай приглашения одной из них к русской родильнице в селение Хэ. Правда, эта попытка окончилась неудачей, потому что бабушка упала через пол-часа в обморок от «дурного воздуха» в помещении (в русских домах на севере вентиляции не устраивается, между тем как в самоедском чуме она необходима, иначе дым от костра не будет идти кверху в отверстие чума). Насколько мне известно, самоедские бабушки знакомы с массажем матки, выдавливанием последа и выделением его, при чем руки обязательно моются и смазываются рыбьим жиром. К более рискованным способам помощи при родах бабушки не прибегают. Вследствие всех этих причин послеродовые заболевания среди женщин самоедок значительно реже и деторождение выше. Дети самоедов поражают своим здоровым видом, и их количество в каждом чуме говорит против вырождения самоедов. К сожалению как в вопросе о послеродовых заболеваниях, так и при освещении прочих болезней я не могу пользоваться процентным отношением, потому что до сих пор нам неизвестно точное количество всех самоедов нашего района. Работая одним врачом среди вечно передвигающихся инородцев, невозможно учесть процент больных той или иной болезнью, и цифры, приводимые мною ниже, будут, конечно, только приблизительны.

Как ни странно, но женщины местных зырян, живущие вместе с русскими, в отношении деторождения в недалеком прошлом находились в положении более печальном, чем остячки и самоедки. Это об'ясняется громадным количеством бабушек—старух с колоссальным самомнением, которые при малейшем поводе применяют «правеж», выжимание, разрыв пузыря и т. д., не останавливаясь перед попытками извлечь ребенка руками при затянувшихся родах. У меня на памяти сохранился такой случай, когда над женщиной, начавшей рожать утром, до вечера проводились «консилиумом» попытки не только извлечения, но и обратного вправления ребенка, шедшего ножками. Около 10 часов вечера роженица надела малицу и пришла в больницу, где и освободилась от мертвого ребенка. Результат родов на дому в грязной обстановке с помощью бабушки—громадное количество послеродовых заболеваний, доходящее до 25 проц. Открыв родильное отделение при Обдорской больнице 5 лет тому назад, мне удалось в настоящем перевести все роды исключительно в больницу. Борьба с бабушками при редких родах на дому ведется в случае различных родовых осложнений судебными процессами.

Плановой работы по охране матмлада по понятной причине за эти 5 лет в Обдорске не велось, но она безусловно будет развернута при наличии двух врачей в недалеком будущем, и в ее успехе сомневаться нельзя. Вопрос о выделении дня для консультации был поднят только в этом году с приездом моего помощника, но повис в воздухе вследствие моего отъезда. Заканчивая о родах, нельзя обойти молчанием частоту на дальнем севере эклампсий. Вывести точно процентное отношение ее к нормальным родам по району нельзя, но ни одного года в Обдорске не обходится без 3—4-х случаев эклампсий, что при 50—80 родах в больнице составит 5—8 проц. Обычная помощь—ускорение родов, извлечение ребенка щипцами, или в запущенных случаях его перфорацией. Вызовы по поводу эклампсий в район чрезвычайно редки.

Переходя к разбору основных болезней нашей тундры, наиболее часто встречающихся, я должен прежде всего остановиться на глазных болезнях. Ими больше всего страдают остяки вследствие своей крайней нечистоплотности. Процент заболеваний среди самоедов по крайней мере меньше вдвое, и, если грубо приблизительно процент больных среди остяков приравнять к 50, то у самоедов он едва-ли дойдет до 20—25. Мнение о том, что среди инородцев свирепствует трахома, было основательно поколеблено глазным отрядом, посетившим Обдорск в 1926 году. Правда, отряд приезжал летом, когда, как правило, ни одного самоеда в Обдорске найти нельзя, и вынужден был проводить свои наблюдения среди небольшого количества остяков, оставшихся на рыб-промыслах Госторга, вследствие чего его наблюдения не могут быть полноценны, но все таки с мнением специалиста не считаться нельзя. По его словам, инородцы больше всего страдают хроническим конъюнктивитом, который среди неспециалистов и сходит за трахому. Быть может это и так, но громадное количество слепых и лиц, страдающих трахоматозным паннусом, заворотом век и т. д.—говорит за то, что и трахома занимает среди глазных болезней севера почтенное место. Мое мнение, основанное на наблюдении громадного количества трахоматозных осложнений, которые с конъюнктивитом смешать нельзя, сводится к тому, что конъюнктивит и трахома в одинаковой степени распространены среди инородцев.

Обращение в больницу с трахоматозными осложнениями, по сравнению с прочими болезнями, очень велико. К сожалению, в силу условий жизни туземца последний не может остаться в больнице на продолжительное время, и лечение чаще всего сводится к даче на руки 5 проц. раствора *sulfuricum*, действие которого больные хорошо знают, и при каждом удобном случае обращаются за повторением лекарства. Для стационарного лечения (главным образом экстракций катарракт, иридектомии, чаще-же лечения паннуса и заворота век) на зиму остаеся в больнице не более 8—10 человек. Обычно после операции века по Panas'у или перерезки сосудов *pannus'a* вместе с лоскутом соединительной оболочки глазного яблока проводится в течение нескольких недель лечение смазыванием карандашем сернокислой меди и впусканьем капель дионина в постепенно повышающемся проценте раствора, при чем от последнего мне неоднократно приходилось наблюдать очень быстрый эффект, особенно ценный в наших условиях.

Нужно отметить частоту катарракты в тундре, операция которой составляет приблизительно $\frac{1}{5}$ всех глазных операций. Катарракты, повидимому, главным образом травматического происхождения вследствие частых ушибов глаз, которые наносят своими рогами олени во время поимки последних арканами и кроме того травматизацией глаз во время быстрой поездки, особенно с горы или через речки с кустами, когда нарта с пассажирами частенько летает кувырком. Большую роль играют также плохие ружья (берданки), затвор которых во время выстрела угрожает исключительно глазу.

Операция катарракты вследствие своего эффекта чрезвычайно содействует популяризации советской медицины в тундре. Самоеды хорошо знают о ней и были случаи обращаемости из Тазовского района и Большеземельной тундры,—радиус до 1.500 верст!

Как с остатками прошлого, приходится встречаться со слепотой от оспы. Важный вопрос об оспе и оспопрививании приобретает особое значение в нашем районе, где никакая планомерная борьба с инфекцией невозможна. Получая сведения о том, что в тундре до сих пор имеются инородцы, не посещавшие Обдорска с момента Октябрьской революции, я особенно беспокоился за Ямальский полуостров, об'ехать который мне за 5 лет не удавалось ни разу. Поэтому в 27 году я снабдил отряд Бакинститута, отправлявшийся на Ямал, детритом и карточками, с нетерпением ожидая результатов. Врач Калмыков по возвращении привез мне только одну карточку, так как все встреченные самоеды заявляли ему, что оспа у них уже привита.

Каждого инородца, прибывающего к нам с обширным помутнением роговицы, часто сросенной с радужкой вследствие бывшей прободающей язвы, мы встречаем с большой радостью, так как операция иридектомии, но своему эффекту не уступающая операции катарракты, для больницы чрезвычайно выгодна. Из прочих глазных болезней, с которыми приходится встречаться в тундре, надо отметить *pterygium*, *glaucoma* и весенний катаральный конъюнктивит благодаря солнцу, лучи которого, отражаясь с ослепительной яркостью от снега, вызывают резкую гиперемию конъюнктивы с сильной болезненностью. Для предохранения от этой болезни инородцы надевают кожаные козырьки, повязки или темные окуляры, которыми я их снабжаю бесплатно из больницы, и которые в настоящее время имеются на всех факториях. Борьба с глазными болезнями тормозится не только вследствие инертного отношения инородцев к своему здоровью и невозможности по целому ряду бытовых условий посещать больницу, но также и боязнью русского лекаря и русской больницы у наиболее отсталого слоя туземцев, боязнью, которая энергично поддерживается темными силами тундры—шаманами. Профилактика должна сводиться к увеличению сети стационаров в тундре и возможности ознакомления туземцев с глазными заболеваниями через плакаты, приурочивание к их жизни, о чем вопрос в настоящем уже согласован с Облздравом, так как эта мера чрезвычайно действительная и наиболее дешевая.

Кроме того необходимо снабжение факторий ходовыми медикаментами, в составе которых главное место должны занять дезинфицирующие вроде *acid boricum* и *natr bicarbonicum*. За последние два года были случаи обращения самоедов в больницу за борной кислотой для промывания глаз («что бы не заболели»), почему я имею основание думать, что эта мера тоже должна иметь большой успех. В этом году я видел заброшенные на фактории медикаменты и набором их остался недоволен. Есть парегорик, аспирин, капли датского короля, Иноземцевы капли, наконец, одеколон (он, конечно, выписывается в первую очередь)—медикаменты, которые при неумелом употреблении могут принести больше вреда, чем пользы, но нет чесоточной мази, иоду, борной,—словом, нет того, чего надо, о чем я неоднократно писал в своих докладах.

За глазными болезнями по своей частоте следуют глистные, что понятно само по себе, так как главным продуктом питания служит рыба, которая к тому же употребляется в пищу сырой не только в зимнее, но даже и летнее время. Глисты являются настолько обычной болезнью, что их считают чем-то естественным и за помощью обращается исключительно местная, наиболее

сознательная часть населения. За все время моей работы на севере ни один инородец по поводу глист в больницу не обращался. Чаще всего приходится иметь дело с широким лентецом (*botriosephalus latus*), за которым следует бычий и реже свиной солитер. В печени убитых оленей очень часто встречается эхинококк, но местное население получает мясо из Госторга и кооперации после осмотра его ветеринарным врачом, и поэтому случаев заболевания на нем я не наблюдал. О распространении заболеваний пузырьчатой глистой среди инородцев трудно что либо сказать,—мне приходилось ее диагностировать изредка, в очень редких случаях. Исследования на яйца глист в больнице не производятся за недостатком времени; в качестве лечебного средства употребляется исключительно *filix mas*, действием которого я вполне удовлетворяюсь. Процесс изгнания глист проводится почти всегда в стенах больницы вследствие способности этого средства давать нежелательные осложнения. Аскариды на севере составляют исключительную редкость и являются, по видимому, гостями, завезенными пришлым элементом из южных районов.

Других глист мне наблюдать не приходилось, и гельминтологу в этом отношении предстоит большая и интересная работа. Возможная профилактика разбивается о суровую действительность потому что пациент, сегодня освободившийся от глист, завтра рискует получить их вновь. Обычай питания сырой рыбой настолько укоренился среди обитателей севера, что говорить сейчас о его легком искоренении слишком преждевременно. В самой с верной части нашего района эта попытка будет вообще безрезультатна, так как самоеды, кочующие в тех местах, возят с собой дрова на нартах и разводят костер только для того, чтобы растопить снег, когда готовят воду, после чего костер немедленно тушится. Вследствие этого всю пищу—мясо и рыбу они едят исключительно сырой.

Рассказы о кожных болезнях, свирепствующих среди инородцев, нужно считать слишком преувеличенными. Чесотка, правда, распространена особенно среди оседлых остяков, которые обычно поражаются целыми семьями, и посещающие ближайшие юрты, легко передают ее соседям. Лечение вследствие тесного контакта почти безрезультатно и остяки, понимая это, редко приходят в больницу за мазью, особенно если пункт отстоит на несколько десятков и сотен верст от их жилища. К тому же никакими средствами передвижения, кроме собак, они не обладают. Другое дело кочующие инородцы, живущие чумами, отделенные друг от друга громадным пространством. При появлении чумки в чуме самоед не упускает случая обратиться за медицинской помощью в больницу или на фабрику, одну из которых в прошлом году я снабдил в виде опыта возможным количеством противочесоточной мази. Если эту меру не забывают и в дальнейшем, то совершенно серьезно можно утверждать, что чесотка скоро исчезнет из самоедских чумов. Борьба с ней у оседлых остяков будет очень легка при условии расширения сети медпунктов в южном районе.

Favus в тундре—исключительное достояние остяков. Им страдает приблизительно 15 проц., особенно в самой дикой части южного района Сынской реки. Чем дальше к северу, тем эта болезнь встречается реже, и среди самоедов favus становится исключением. Борьба с ним в нашей обстановке и с нашими средствами равна нулю. Из прочих кожных болезней встречается частенько *herpes tonsurans* но с таким пустяком инородцы в больницу не обращаются. У местного зырянского населения *herpes tonsurans* явление обычное и особенно часто он наблюдается на их детях, как правило, до невозможности истощенных, пораженных самыми различными болезнями. У них же часто встречается *impetigo contagiosa* в связи с скрофулезом,

которым страдает не меньше 60 проц. всех детей здешнего зырянского населения. По той-же причине очень распространен фурункулез, изредка карбункулез, но карбункулы сибирской я вы, несмотря на довольно частые эпидемии этой болезни среди оленей, мне пришлось наблюдать только один раз. Несмотря на чрезвычайно тяжелое состояние больного с t^0 , достигающей 40^0 , случай закончился эффектным выздоровлением после подкожного применения специфической сыворотки и внутреннего вливания 0,6 N S.

Одинаковые условия существования наших инородцев с условиями жизни якутов, среди которых наблюдаются случаи проказы, заставляли меня настойчиво разыскивать следы этой болезни в нашей тундре. Однако, поиски окончились неудачей. Я встретил только одного зырянина средних лет, страдающего симметричной гангреной пальцев ног с сильной гиперестезией, который исчез из моего наблюдения после произведенной ему ампутации. Еще об одном таком же больном я только слышал, но видеть его мне не удалось.

Чрезвычайно важен совершенно невыясненный вопрос о распространении бешенства на дальнем севере. Нет сомнения в том, что наличие бешенства поддерживается в тундре отдельными особями животных все время, о чем свидетельствуют случайно доходящие до нас сведения. Здесь олень напал на своего хозяина и убил его, изорвав зубами и копытами всю малицу (оленья я видел сам); там набросился на оленевода чрезвычайно тощий волк и был убит ударом ножа (зырянин приехал ко мне на прививки). И если бы не мешала громадность пространства и дикость населения, я убежден, что таких случаев набралось бы вполне достаточно, чтобы мое предположение оправдалось. Вследствие каких то невыясненных причин, бешенство среди животных принимает временами характер эпизоотии, о чем можно судить по громадному количеству бешеных собак, котов, лошадей и даже мышей в русских селениях на севере. Одну эпидемию я наблюдал в 1923 году в Березове, когда от бешенства передохли все собаки, коровы и лошади; другую в 1926 году в Обдорске, где наблюдались случаи заболеваний и среди людей. При попытке связать одного человека, находившегося в буйном периоде бешенства, я получил поранение рук, обильно испачканных слюной больного, и в ноябре месяце, периоде полного бездорожья, был вынужден отправиться в Пермь на прививки. Времени в течение непрерывного 2-хнедельного путешествия было вполне достаточно для того, чтобы оценить неудобства такой поездки и поэтому, получив курс антирабических прививок, я поехал в НКЗ с докладом о положении, в котором находится громадный северный район во время такой эпидемии. Этот доклад повлек за собою организацию пастеровской станции в Обдорске, здание которой хотя и медленно, но все-же строится вот уже второй год. На обратном пути из Москвы через Свердловск я был оставлен при местной пастеровской станции для прохождения кратких курсов антирабических прививок, после чего прививочный материал мне регулярно посылался в Обдорск. Только за одну половину 26 года мной было привито 46 человек, приезжавших из Обдорского, Березовского и Кондинского районов, охваченных этой эпидемией. Пастеровской станции, помимо помощи пострадавшим, предстоит выяснить пути проникновения к нам бешенства, а, главное, выявить причины возникновения колоссальных эпидемий, вызывающих помимо всего большие убытки в хозяйстве от падежа скота.

Из остальных болезней, не так часто встречающихся в тундре, но вызывающих самые разнообразные толки, я упомяну о сифилисе и туберкулезе. Первый распространен основательно среди остяков вследствие их скученности и колоссальной нечистоплотности. Нередко можно видеть в юрте, как

старательная хозяйка моет чайные чашки посредством плевков, обтирая их иногда стружками, иногда грязной рукой. Обедают вся семья часто с гостями из одного корыта, где куски вареной щуки перебираются руками. Об'едки вместе со слюной выплеваются обратно в корыто, после чего их разводят «бульоном» из котла и пьют эти помои чайными чашками. Таким образом создаются самые благоприятные условия для распространения бытового сифилиса.

Представление о супружеской верности у оседлых остяков довольно поверхностное, и визиты из юрты в юрту, когда хозяин на промысле, со всеми последствиями, отсюда вытекающими, нередкость. Нередки и судебные процессы об убегающих женах, и Сынские остяки при мне жаловались секретарю туз-совета на неверность своих жен. Как и во всем, трудно установить процент заболеваемости сифилисом среди остяков, но я думаю, что он достигает 20—25 проц.

Совершенно другая картина наблюдается у самоедов, где хозяйка подчеркивает перед гостями свою чистоплотность, старательно обтирая обеденный столик и чашки чистым отливом (таловыми стружками). Обычная пища—мороженная сырая рыба, которая стругается на чистом соломенном мате, едва ли может служить поводом внеполовой инфекции. Бытовые условия—кочеванье отдельной семьей—устраняют возможность случайных встреч. Вследствие чего процент поражения этой болезнью у них резко падает. Старательно обдумав вопрос о процентном заражении сифилисом самоедов, я все-таки останавливаюсь на 2 проц. и полагаю, что не преувеличиваю.

Как остяки, так и самоеды обращаются исключительно с кожными проявлениями сифилиса только тогда, когда они достигают самого пышного расцвета, мешая жить их обладателю. Грубые замшевые штаны и малицы, надетые на голое тело, повидимому, сильно предрасполагают именно к кожному проявлению сифилиса. Часто поражаются у рыболовов остяков ноги, повидимому, как место наименьшего сопротивления, так как рыбная ловля у них начинается с подвижки льда и кончается поздней осенью, вследствие чего вечно мокрые ноги в меховых кисах легко простужаются. До сих пор я не мог выяснить вопроса о частоте выкидышей у женщин инородок по причине их особой скрытности, но думаю, что мне было бы известно, если бы эти выкидыши встречались особенно часто. О детях инородцев я уже упоминал и здесь отмечу только одно обстоятельство: дистрофия зубов обычное явление, но насколько она указывает на вмешательство сифилиса, я судить не берусь.

Лечение оседлых инородцев обычное: вливание неосальварсана, ртуть и иод. К сожалению, оно не достигает основательных результатов, потому что как только исчезают кожные проявления болезни,—исчезает безвозвратно и пациент.

Кочевники снабжаются ртутной мазью с обычным предупреждением, а также иодом, к которому они питают особое пристрастие. Правильное лечение оседлых остяков безусловно возможно при достаточной сети лечучреждений, конечно, с громадной затратой денежных сумм,—среди же самоедов приходится ограничиться одной профилактической мерой—плакатами о бытовом сифилисе, которые, как и все подходящие плакаты, будут чрезвычайно ценны.

Среди местных зырян сифилис распространен не менее чем среди русских. Вследствие бедности, склонности к туберкуле у и целю о ряда других заболеваний, подрывающих сопротивляемость организма, он часто принимает злокачественное течение. Лечатся они очень усердно и довольно аккуратно, так как лечение вообще составляет их слабость.

Триппер встречается среди инородцев как редкое исключение, потому что его обычные обладатели—промысловые рабочие—не имеют желания сближаться с грязными остяками, а самоедков они не видят. Среди местных зырян триппер распространен так же сильно, как и среди русских.

Вопрос о туберкулезе касается исключительно местных зырян, так как остяцкое население страдает им редко, а у самоедов я допускаю его лишь теоретически, так как сам лично ни одного самоеда больного туберкулезом я не видел. Приблизительно $\frac{1}{2}$ местных зырян поражены туберкулезом. Их печальное положение объясняется целым рядом факторов, тесно переплетающихся между собой. Тут и непроходимая бедность, и ничем непобедимый консерватизм, выражающийся в нерациональной одежде, жилище и питании вонючей, отделяющейся от костей рыбой. Как я уже упоминал, приблизительно около 6 проц. детей местных зырян поражены различными проявлениями туберкулеза. Худосочие, экземы, лимфаденит, отит, воспаление суставов—явление обычное. Невозможность изменить условия их существования ограничивает лечение дачей медикаментов—иодистого железа, и, главным образом, рыбьего жира местного производства. Оздоровление быта во всех отношениях в будущем—единственная надежда на успех в борьбе с этой болезнью.

Из эпидемических заболеваний сыпной тиф в нашем районе наблюдается ежегодно, но не достигает большого развития, повидимому, потому, что большинство жителей уже переболело в 1920 году. Возвратный тиф я наблюдал один год только в самом Обдорске, брюшной завозят в отдельных случаях рабочие Госторга, но больные тут же изолируются, и эпидемия не развивается. Об эпидемии оспы, возникающей далеко на севере, я слышу каждый год, но на проверку никогда эти слухи не оправдываются. За все годы работы на севере я лично ни одного больного натуральной оспой не видел. Оспопрививательная кампания разворачивается только тогда, когда инородцы приезжают в Обдорск. В помощь больнице организуются кадры оспопрививательниц из кружков первой помощи, организованных при здешнем комсомоле.

Изредка тундру навещают эпидемии заулицы, коклюша и кори. Сильную эпидемию кори я наблюдал в этом году в районе реки Щучей, Ходатты, Ярсаiley и Яды. Эпидемия кори имела почему то чрезвычайно злое течение с большой смертностью, достигающей 12 проц. Болели не только дети, но и взрослые.

Эту эпидемию я провел в тундре и впервые отметил оживленную работу шаманов, проводящих свое лечение в противовес и ущерб нашей медицинской помощи. В виду того, что шаманы играют слишком большую роль в жизни инородца, я должен несколько подробнее остановиться на освещении этого вопроса. Шаман в тундре не только исполнитель религиозного культа, но и врач главным образом, на что указывает и его название «ханды леккарь» у остяков и «хазово леккарь» у самоедов. В подтверждение этому русский врач называется «луце леккарь», что в достаточной степени показывает, что в понятии инородца русский врач такой-же шаман, посредник между злыми духами и человеком. Шаманы настолько тесно спаяны между собой и настолько организованы, что этой зимой мне пришлось слышать в рик'е совершенно серьезный разговор о «всешаманском съезде», происходившем где-то в южном районе. По-видимому, после этого съезда среди них были распределены места, вследствие чего в этом году в северную часть нашего района проникли шаманы остяки. Один из таких шаманов остяков работает в местности «Мале-Сале» около Пуйко. Незнание самоедского языка его не смущает, обширная и хорошо оплачиваемая практика (от 30 до 100 и более

рублей на деньги за визит) позволяет ему держать самоеда переводчика. Мое знакомство с ним не состоялось, потому что он находится всегда в раз'ездах по больным, и застать его дома трудно. Остальные шаманы размещаются в местах наибольшего скопления инородцев около государственных факторий. На фактории Ходатта находятся 4 шамана и работы хватает на всех. Двое из них грамотны, так как получили образование в Тобольском пансионе. Один из этих шаманов вступил со мной в спор, основательно доказывая необходимость своего существования: «бедный придет, просит шаманить, как откажешь? Он к другому уйдет, тот с него возьмет оленя». Такой же спор был у меня с шаманом Сынской реки. Последний доказывал, что шаману нужно учиться не меньше, чем русскому лекарю, что даже и по своим приемам шаман не отличается от русского лекаря, так как тоже выстукивает и ощупывает, чтобы узнать «где сидит болезнь». Интереснее всего то, что этот шаман в то время был заместителем председателя туз-совета. В Ярсалинском районе, отстоящем на 200 верст от Ходатты, по словам зав. факторией, рассеяно до 30 шаманов, из которых 8 специальных, остальные «зам-завы» во время их от'езда.

Там же находится и главный шаман, который действует на психику дикаря фокусами чудесами. Об одном из этих фокусов мне рассказывал В. П. Евладов (начальник ямальской экспедиции Обл. ЗУ), который видел его лично. Шаман винтовочным шомполом протыкает себе насквозь живот, предлагая присутствующим дергать шомпол взад и вперед, чтобы они могли лично констатировать отсутствие обмана. Зная о подобных вещах, я в течение ряда лет при скоплении инородцев на факториях проделывал ряд химических опытов и фокусов с последующим об'яснением в целях дискредитации могущества шаманов. В этом году мои попытки дискредитировать Ярсалинского шамана были сорваны, так как у него нашелся яростный защитник в лице Обдорского нар-судьи Курдюкова. Последний, не запрашивая от меня об'яснений, пред'явил мне обвинение в том, что я «для удовлетворения своих зверских наклонностей заставлял инородцев чихать» от одного порошка, растрачивая таким образом медикаменты не по назначению. Обвинение в покушение на чиханье было прекращено в Тобольске.

В работе южных-северных шаманов преследуется одна цель—дискредитирование нашей лечебной помощи запугиванием инородцев «поедешь в Обдорскую больницу,—живым не вернешься». Прослежены отдельные случаи запрещения ехать в больницу; наблюдались случаи запрещения употреблять выданные больному медикаменты. В виду того, что способы лечения шаманов, например, приказ перевезти лихорадящего больного на другое место верст за 40, может явно вредить больному, мной был сделан в этом году доклад в рик'е о работе шаманов с просьбой выработать меры пресечения их агитации. Мне известны 2 судебных дела, поднятых рик'ом относительно вредительства шаманов, но, по моему мнению, эти меры воздействия слишком незначительны. Чрезвычайно больной вопрос—вопрос о взаимоотношениях с представителями местной власти, не всегда стоящими на высоте своего положения, занял-бы сейчас слишком много места и, пользуясь предложением Облисполкома, я выделяю его в отдельный доклад.

Резюмирую кратко,—вся работа окраинного врача проходит под непрерывным обстрелом тех, на чью помощь он должен бы был рассчитывать. В этом отношении судьба врача чрезвычайно похожа на судьбу наших просвещенцев, рассеянных по глухим уголкам республики, о печальном конце некоторых из них пестрят в настоящее время столбцы наших газет, и только вера в конечную справедливость и сознание исполняемого долга поддерживают силы в дальнейшей работе.

В заключение я должен сказать, что за протекшие 5 лет главная намеченная нами цель была достигнута, и нашей больнице удалось направить внимание инородцев в сторону нашей медицинской помощи. Чтобы не быть голословным, приведу цифры. По амбулаторному журналу за 22 года числилось посещений около 2.000, за 1929 год числится 8.500. За то же время стационар увеличился с 2-х больных в месяц до 15—20 чел., вследствие чего мной уже поднимался вопрос о расширении нашей больницы с 15 до 20 коек. Но лучше всего привести слова самих инородцев, сказанные ими на съезде туз-советов в Ходатте зимой 28 года «без русского лекаря мы в тундре жить не можем». Это заявление говорит категорически за то, что тундра вполне готова к нашей медицинской помощи, и в настоящем нам необходимо закрепить завоеванные с таким трудом позиции путем улучшения медпомощи во всех отношениях. Конкретно необходимо: 1) усилить в тундре сеть медицинских пунктов, снабдив их безусловно хорошо квалифицированным медперсоналом; 2) повысить ставки среднему медперсоналу с 80 до 120 руб., чтобы улучшить личный состав работников; 3) выделить Обдорскую больницу из ряда других больниц в культурно-показательный центр путем увеличения медперсонала и улучшения всех видов медпомощи; 4) создать кадр медработников из туземцев путем отбора последних и соответствующей подготовки.

Тундра очень много дает для республики. Республика очень мало дала для тундры. Выше перечисленными мерами наш долг перед туземным населением севера будет хотя отчасти оплачен.

ИТОГИ СМОТРА ЛЕЧУЧРЕЖДЕНИЙ ГОР. СВЕРДЛОВСКА.

И. В. Т Р О Н И Н.

Привлечение внимания широких слоев трудящихся к делу здравоохранения—залог улучшения его постановки. Только с помощью самих трудящихся может быть улучшена постановка дела амбулаторной и лечебной помощи и в каждом отдельном лечебном учреждении. По опыту работы каждого лечебного учреждения можно наблюдать, что там, где нет глаза общественности, там и вскрываются различные, и иногда довольно крупные, «болячки» данного лечучреждения.

Изжитие отдельных недочетов, привлечение общественного внимания к делу здравоохранения, использование опыта отдельных лечучреждений, улучшение системы медобслуживания трудящихся города—вот задачи, которые ставила перед собой Обл. РКИ, проводя смотр лечебных учреждений в городе Свердловске в июле 1928 года, а ныне проводя проверку исполнения своих предложений и предложений горсовета прошлого года.

К делу смотра было привлечено и в прошлом и в нынешнем году значительное количество непосредственно принимающих участие в обследовании как членов горсовета, так и членов профсоюзов (в том числе врачебная секция союза Медсантруд). Достаточно указать, что в 1929 году непосредственных участников обследования было до 100 человек, а к обсуждению выводов и предложений в результате осмотра было привлечено до 700 человек (в прошлом году до 1.600 чел.).

Что показала проверка предложений прошлогодного обследования (смотра) лечучреждений?— В первую очередь улучшение дела здравоохранения в городе при несомненном все же отставании роста его от потребности трудящихся.

При общем росте ассигнований на дело здравоохранения в городе с 1.473 тыс. рубл. в 27-28 году до 1.551 тыс. руб. в 28-29 году (105,3 проц.) сумма расхода на единицу населения понизилась с 10 р. 15 к. до 9 р. 81 к.

Несмотря на незначительный рост бюджета здравоохранения, общие показатели по отдельным видам медпомощи и профилактики в городе показывают на значительное улучшение, например: возросло обследование на дому больных тубдиспансерами до 218 проц. прошлого года (1927 год—3.344 обследования, в 1928 году—7.312). Впервые ныне введено (по предложению Обл. РКИ) обслуживание больных костным туберкулезом на дому тубдиспансером № 1 (18 коек). Увеличена пропускная способность больниц, амбулаторий, зубамбулаторий до 112—114 проц. по сравнению с прошлым годом. Через консультацию для беременных женщин прошло в 1928 году 13.593 человека вместо 11.922 чел. 1927 года (120 проц. 1927 года) и т. д. При незначительном увеличении врачебного и среднего медперсонала имеется улучшение обслуживания больных на дому.

Проведение в жизнь постановления правительства о предоставлении зав. лечучреждениями прав третьестепенных распорядителей кредитов улучшило хозяйственное состояние лечучреждений. Этому же улучшению способствовало и объединение отдельных лечучреждений (близко расположенных друг к другу) в одну хозяйственную единицу: создание 2-й горбольницы, что, в свою очередь, дало возможность освободить 2-х врачей от адмхозяйственной работы и кроме того дало экономию средств до 4—5 тыс. руб. Освобождение горздрави от различной мелочной хозяйственной работы с передачей ее непосредственно в лечучреждения (заготовка дров и проч.) дало возможность сосредоточения внимания Горздрави на других более важных сторонах деятельности лечсанпрофучреждений.

Отставание роста лечучреждений от потребностей трудящихся города особенно показательно по отдельным видам лечебной помощи. На первом месте такого отставания идет гинекологическая помощь, хирургическая и помощь по абортам.

Д-р Перетц (зав. гинекологическим отделением горбольницы) представил в комиссию Обл. РКИ такие данные: при одном и том же количестве стационарных коек в гинекологическом отделении количество амбулаторных больных увеличилось с 2.965 в 1918 году до 17.239 чел., в 1926 г. «был день, когда из 18 человек, направляемых в стационар для помещения на койку, среди которых было 12 для оказания оперативной помощи, были положены только 2 женщины, требовавшие самого срочного вмешательства, остальным было отказано» (записка д-ра Перетца).

Острая необходимость скорейшего окончания постройки новой горбольницы и расширения в городе гинекологических коек—совершенно очевидна. Необходимо в этом вопросе помощь центра и форсирование строительства со стороны Облздравотдела.

Вопрос хирургической помощи тоже один из тяжелых для Свердловска. В Верх-Исетской поликлинике отказы на койки достигают до 90 проц. штатного их количества. Областная хирургическая больница, будучи загружена зачастую больными скорой помощи, лишена возможности оказать квалифицированную медпомощь больным, прибывающим из округов Уралобласти.

Еще более плачевно обстоит дело с помощью по абортам. Вот несколько цифр:

	1927 г.	1928 г.
Подано заявлений	1.416	2.084
Дано разрешений консультацией на производство абортов	924	1.034
Отказано	492	1.050

Следовательно, отказы достигают до 51 проц. тех, кому необходимо было сделать аборт. Еще одна характерная цифра это та, что громадное большинство попадает на койки по абортам уже с начавшимся абортom, например: в 1928 году с начавшимся абортom поступило 1.049 чел., произведено нормальных абортom 934. Недостаточность коек приводит к трате времени на хождение за справками о наличии свободных коек, а затем вынуждает идти к акушеркам или врачам с тем, чтобы вызвать аборт; с начавшимся абортom они попадают в больницу, и больница уже в силу необходимости обязана поместить такого рода больных.

Обследование (смотр) лечсанучреждений в прошлом году останавливало свое внимание не только на вопросах хозяйственного состояния и общего медицинского обслуживания трудящихся города, но и на вопросах уровня труддисциплины, культурного обслуживания как самих сотрудников, так и больных, отношения обслуживающего персонала к больным и больных к медперсоналу; обследователей и всю общественность интересовали вопросы о том, созданы ли в лечучреждениях условия, способствующие наилучшему исправлению отдельных недочетов учреждений, изжиты ли случаи невнимательного, бюрократического отношения к больным и т. д. и т. п. Проверка нынешнего года показала, что в ряде лечебных учреждений недочеты, отмеченные в прошлом году, не изжиты окончательно и в нынешнем году.

Простое легкое мероприятие, не требующее затраты средств, но важное с точки зрения создания условий трудящимся для изжития недочетов лечебного учреждения и самой системы—наличие книги жалоб, но, оказывается, и ныне в отдельных лечебных учреждениях, (правда, редкие исключения) ее все же нет. А в тех лечучреждениях где она есть, отвечают жалобщикам те, на которых жалуются и отвечают недопустимо. Вот пример. В тубдиспансере № 1 была подана жалоба о том, что врач опоздал на 1 час 15 мин. Врач, на которого была подана жалоба, пишет: «Ложь! Опоздал не на 1 час. 15 мин., а на 15 мин.». Нет порядка в даче ответов: отвечает то МК, то зав, то дежурная сестра.

Прошлогоднее обследование установило недостаток культурного обслуживания больных (мало газет, журналов, нет радио и т. д.). Ныне есть кое-какие сдвиги, но сдвиги непрочные. В тубдиспансере № 1 госфинконтроль обнаружил перерасход по смете, и не стало радиоустановки, которая была только что с начала года поставлена (в сокращении расходов пошли по линии наименьшего сопротивления и лишили больных возможности пользоваться этим культурным достижением).

Состояние труддисциплины в отдельных лечучреждениях довольно низко и безусловно отражается на состоянии ухода за больными. В Областной Психолечебнице, где отмечены случаи безобразного отношения к больным (например, дело с Катый), состояние труддисциплины характеризуется следующими данными: за 1928 год было 47 случаев административных взысканий на 70 чел., что составляет 67 проц., ныне за 1929 год—21 случай за полгода.

По железно-дорожной больнице 37 случаев адмвзысканий вплоть до увольнения на 139 чел. служащих: по 1-й городской больнице—83 случая на 183 чел. служащих. Много случаев халатного отношения к своим служебным обязанностям, а это, в свою очередь, непосредственно отражается на больных.

Не изжиты еще случаи невнимательного, бюрократического отношения к больным, не изжиты случаи гоняния больных из одного учреждения в другое, длительные ожидания больных по 4—5 час. Пример укуса крысами ребенка в 1-й городской больнице говорит за невнимательность обслуживаю-

щего персонала, допустившего такое явление. Отмечая факт гоняния больного из врачебной-контрольной комиссии, не указавшей, в какой тубдиспансер ему идти и непринятие больного ни в том, ни в другом диспансере по мотивам: «не нашего района», «нет аппаратов для исследования», «не указано, в какой диспансер». Или посылка больного из амбулатории 1 горбольницы в центральную по болезням уха, носа, горла, зная, что в последней такого приема нет; когда больная выразила в центральной амбулатории недовольство, ее послали жаловаться в Обл. РКИ (она об этом там и рассказала).

В отдельных лечебных учреждениях вследствие недостаточности и слабости руководства со стороны профсоюза невозможно плохое культурно-бытовое состояние коллектива (пьянство, половая распущенность, издевательство над больным и т. д.). Отсутствие массовой и экономической работы (Обл. Психолечебница).

Несмотря на предложение прошлого года, до сих пор не поставлен учет времени врачей с целью наиболее полного и целесообразного использования врачей по отдельным лечучреждениям.

Из других недочетов отмечается: недостаточная внимательность заведующих лечучреждений к финансово-хозяйственному состоянию своих учреждений, отсюда случаи растрат денег завхозами (в нынешний год растраты по городу достигают до 9 тыс. рублей).

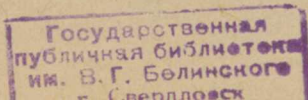
Несмотря на ряд отмеченных недочетов, все же видно известное улучшение и работы и общего состояния лечучреждений.

Неустранимые недочеты зависят от того, что мало общественности сосредоточено вокруг непосредственной постоянной работы учреждений. Сами лечучреждения иногда и не думают об этом (Областная Глазная лечебница). Комиссии оздоровления труда и быта не созданы.

Много случаев, отмеченных выше, не имели бы места в отдельных лечебных учреждениях, если бы общественность была привлечена к этому делу. Впрочем бывает и так, что прикрепленные из секции здравоохранения товарищи редко посещают лечебное учреждение, а они-то и должны быть кадром, непосредственно помогающим исправлению недочетов лечебных учреждений и доводить до сведения общественности о всех фактах невнимательного отношения к больным, о фактах плохого состояния коллектива больницы и т. д.

Проверка 1929 года показала, что ряд недочетов постановки дела здравоохранения в городе зависит очень часто не от того или другого заведующего лечучреждением, а от самой системы амбулаторной лечебной помощи, установившейся в городе. Недостаток коек детских, гинекологических, хирургических вызывает излишнее хождение больных по городу. Это хождение увеличивается еще самым порядком направления больных на стационарное лечение. Порядок был таков, что и амбулатория, и отдельные врачи города, ведущие прием на дому, посылали больного непосредственно в больницу, но так как в последней коек свободных почти никогда не бывает, то больной должен до 5—10 раз посетить больницу, справляясь о свободных койках. Недовольные ходят и в горздравотдел с запиской амбулатории в больницу. И, кроме того, эта же система посылки может привести и приводит иногда к тому, что на койки в первую очередь попадают лица, которые приходили на домашний прием к врачу, работающему в данном лечучреждении; работница же и рабочий, не имея средств сходить к врачу на дом, попадают на дефицитную койку не в первую очередь даже тогда, когда это необходимо.

Областная РКИ в своем постановлении предложила в 2-х месячный срок изменить систему посылки больных детей, больных по гинекологическим болезням, сосредоточив дело посылки на стационар исключительно в



амбулаториях. Последние ежедневно имеют у себя учет свободных коек в больницах и к определенному сроку посылают больных, устраняя тем излишние «мытарства» больных.

Обследование обнаружило случаи внеплановой отправки больных для освидетельствования в тубдиспансеры для отправки их на курорт со стороны и Уралпрофсовета, и Облздора и ВКК, что нарушало нормальную работу тубдиспансеров.

Коллегия Обл. РКИ постановила: «Областному Здравоотделу, окружным здравоотделам, ВКК и Уралпрофсовету изжить случаи внеплановой отправки в тубдиспансеры на освидетельствование лиц, посылаемых на курорт из округов, предоставив большие права по отбору на курорты тубдиспансерам и не допускать имевших место нарушений системы диспансеризации и дергания тубдиспансеров дачей спешных заключений».

В связи с тем, что в городе обслуживание больных на дому шло по двум ведомствам здравоохранения: по линии горздравотдела и дорожного здравоохранения (Пермской жел. дор.), что вело к параллелизму, излишней трате сил и средств, Обл. РКИ постановила: сосредоточить обслуживание больных на дому в городе исключительно в руках Городского отдела здравоохранения.

Неблагополучно было и с ожиданием больных на прием к врачам в амбулаториях. Введение талонов с точным указанием времени приема врачом данного больного, указание на дверях каждого кабинета времени приема больных определенной очереди—вот одни из мероприятий, указанных Обл. РКИ для изжития длительного ожидания больных (особенно это относится к Областной Показательной Консультации, где ожидание посетителей доходило до 4—5 часов). Пермской жел. дор. предложено использование вагона под временное общежитие приезжающих в жел. дор. больницу больных, требующих амбулаторного лечения.

В части районирования амбулаторной помощи в городе предложено освободить одно из помещений в привокзальном районе с тем, чтобы там открыть амбулаторию для трудящихся всего привокзального района. Это будет исполнением многочисленных постановлений рабочих, работающих на предприятиях, расположенных около вокзала (завод «Сталькан», мельница № 180, завод «Металлист» и т. д.), которые добивались этого в течение уже 2-х лет.

Кроме того, решено просить НК РКИ о том, чтобы последний поставил перед Наркомздравом и ЦК железнодорожников вопрос «О предоставлении права детям железнодорожников свыше 16 лет, живущим по линии дороги, пользоваться медпомощью в жел. дор. учреждениях», избежав тем самым излишних поездок в город в те учреждения, где их принимают в последнюю очередь.

Вынесен ряд и других предложений, улучшающих дело здравоохранения в городе, в частности, вопрос об упорядочении составления смет по фонду медпомощи застрахованным с передачей средств этого фонда от окрстрахкассы непосредственно в горздрав, минуя излишнюю инстанцию—окрздравотдел, об улучшении условий работы на пункте первой помощи при Верх-Исетском заводе и т. д. и т. п.

Отдельные комиссии, обследовавшие отдельные лечебные учреждения, выносили, в свою очередь, ряд мелких предложений, улучшающих постановку работы данного учреждения.

Успех работы лечебных учреждений после 2-х смотров, проведенных Обл. РКИ, будет зависеть от того, насколько сейчас сами массы трудящихся займутся этим делом. Здесь первое место должны занять производственные,

экономические комиссии и совещания, депутаты горсовета, прикрепленные к лечущим учреждениям. Под руководством секций здравоохранения, при энергичном участии профессиональных организаций в первую очередь, при работоспособности комиссий оздоровления труда и быта—есть полная уверенность в том, что указанные недочеты будут изжиты, общественность и трудящиеся меньше и меньше будут упрекать работников медицинского труда и лечущие учреждения в невнимательности и недостаточной работе лечущих учреждений.

К ПРЕДСТОЯЩЕМУ НАУЧНОМУ СЪЕЗДУ ВРАЧЕЙ УРАЛА.

(Голос хирурга).

Л. М. РАТНЕР.

Быстрый темп развития хирургии за последние 50 лет требовал постоянного обмена мнений по поводу новых достижений практической и теоретической хирургии. Поэтому как за границей, так и у нас в России именно хирурги раньше, чем другие специалисты, начали организовывать специальные научные общества и съезды и издавать журналы. Когда в послереволюционный период Всероссийские съезды не могли вместить огромного научного материала, создаваемого врачами, и стали нарождаться областные съезды,—то и здесь хирурги оказались первыми. И у нас на Урале первый областной научный съезд был посвящен хирургии и пограничным областям. Съезд прошел очень оживленно и вызвал у всех присутствовавших на нем желание сделать Уральские областные съезды хирургов регулярным явлением.

Программа предполагаемого второго съезда хирургов была тогда же намечена, и съезд должен был состояться в Перми в 1928 году. К сожалению, избранное бюро съезда не успело или не могло организовать его. А в 1929 г. это стало уже невозможно, потому что с этого времени в Союзе все чаще и чаще специальные съезды начали вытесняться съездами иного типа с иными задачами.

Как назвать эти последние съезды?—Некоторые называют их научно-производственными, другие наклеивают на них ярлык краеведческих, третьи именуют их профилактическими, четвертые—научно-административными. Безусловно, на каждом из этих съездов проявлялись все отмеченные оттенки, но в зависимости от программы и состава участников преобладали те или иные элементы. Все-же основная идея этих съездов вполне понятна и определена: она заключается в пропаганде среди врачей, в большинстве погрязших в лечебной работе, лозунгов советской медицины и в первую очередь профилактического направления. Эти съезды отчасти можно уподобить Пироговским: подобно последним они не являются аполитичными, они объединяют врачей всех специальностей и служат более широким, более обобщающим вопросам научной медицины. Такие съезды уже были в Казани, Саратове, Сибири, на юге. Они проходили с большим успехом и выполняли свое назначение.

3-го января 1930 года Уральская Областная Научная Ассоциация и Уральский Областной Отдел Здравоохранения решили созвать съезд такого типа. На этом съезде все пленарные заседания будут посвящены докладам и содокладам на программные темы, которые уже много раз печатались в «Уральском Медицинском Журнале» и хорошо известны его читателям. Внепрограммных докладов на пленуме не будет.

Вполне естественно, что каждый хирург будет огорчен, узнав об отмене (мы надеемся, временной) специально хирургического съезда и, прочитав программу предстоящего научного съезда, задумается над вопросом, сможет ли последний заменить ему хирургический и стоит ли участвовать в этом съезде, где хирургии отведено на пленуме такое скромное место, и где полно-властно царит профилактика? Мне думается, что по целому ряду соображений хирурги должны быть активными членами этого съезда. Над нами, хирургами, тяготеет обвинение, что мы представляем самую правую, самую отсталую часть советской врачебной массы. Обвинение это кажется справедливым только при поверхностном знакомстве с вопросом: хирурги более других специалистов увлечены лечебной, в частности, оперативной работой, от которой они получают совершенно особое, живое и непосредственное удовлетворение, какое мало свойственно врачам других специальностей. Но это нисколько не мешает им уже сейчас видеть пределы хирургических успехов, и никто так громко не кричит о кризисе в медицине, как именно хирурги (Федсрзв, Лик, Лериш и др.) Среди них уже слышатся голоса, что в профилактическом направлении отчасти кроется спасение от угрожающего кризиса, и что на этом пути возможны для хирургии новые великие достижения. Намеки на эти достижения мы уже видим в русских работах Голяницкого, Хесина, Москаленко и др., правда, еще не создавших социальной патологии хирургических заболеваний, но осветивших социальный патогенез очень многих из них. Здесь необходимо вспомнить великого русского хирурга Н. И. Пирогова, который со свойственной ему проникновенностью предвидел это, сказав, что будущее принадлежит профилактической медицине. И мы видим, что на хирургических съездах нашего времени вопросы профилактики занимают все более и более видное место. Таким образом обвинение хирургов в консерватизме является не вполне, или даже совершенно необоснованным, и хирурги не менее других врачей способны к восприятию новых направлений в медицине.

Но если предстоящий съезд берет на себя сложную, высокую задачу перестроить врачебное мышление на профилактический лад, то он должен сделать это обдуманно и сугубо осторожно. Нельзя игнорировать того, что большинство городских и участковых врачей все еще продолжают жить и дышать главным образом лечебной работой; для санитарно-просветительной деятельности у них не остается ни сил, ни времени. Поэтому для того чтобы внедрить профилактический дух в мозг и сердца врачей необходимо, прежде всего воочию показать им, какая интимная, неразрывная связь существует между лечебной и предупредительной медициной; необходимо навсегда заставить врачей понять, что между ними существует симбиоз, а не антагонизм. Необходимо на глазах участников съезда окупать клинику профилактикой. Следовательно, ясно, что доклады на программные темы не должны быть абстрактными построениями, или сухими отчетами, основанными на сыром материале. Опыт Уральского Медицинского Общества показал, что последними свойствами бывают богаты именно профилактические доклады. Отсюда закрадывается боязнь, как-бы предстоящий съезд вместо струн бодрости и свежести, вместо энергии и силы, вместо повышения интереса к профилактике не вызвал у участников его утомления и охлаждения к тем идеям, для пропаганды которых собственно и созывается съезд.

Задача Орг-Бюро, а также и всех участников съезда—внести живой дух в работу его. И мы ждем этого от хирургов, надеясь, что живой темперамент и инициатива, свойственные им, найдут для себя на этом съезде богатую почву тем более, что на пленуме съезда будут разбираться вопросы непосредственно затрагивающие повседневную деятельность хирурга. Костно-су-

ставной туберкулез является чрезвычайно удачной темой на съезде научно-производственного типа, так-как здесь, как нигде, бросается в глаза связь профилактики с клиникой, особенно если в понятие профилактики вложить не только учет влияния социальных условий на туберкулез, но и вылавливание начальных форм костно-суставного туберкулеза во избежание долголетнего лечения и инвалидности. Далее, промышленный травматизм следует считать не менее удачной темой, так как обмен мнений по этому вопросу, новому для хирургов, чрезвычайно желателен: со времени прошлого хирургического съезда много темных сторон в этой области получили новое освещение.

На хирургической секции программными намечены те темы, которые получили санкцию первого съезда: 1) зоб на Урале, 2) послеоперационная смертность, 3) острый живот в хирургии и гинекологии. Все три темы вполне консонированы с программой пленума и интересуют не только хирургов, но и терапевтов и гинекологов, а отчасти и эпидемиологов. Хирургическая секция может проработать не менее 2-х дней и будет, следовательно, иметь время и для внепрограммных докладов. На этом-же съезде сами участники должны наметить темы для будущего второго научного съезда врачей, а хирурги—время и программу для следующего, специально хирургического съезда. Если первый съезд хирургов был интересен и успешен потому, что он объединил хирургию с ее отколовшимися детьми (гинекологией, офтальмологией, ото-рино-ларингологией),—то предстоящий съезд надо приветствовать за его стремление объединить на профилактической платформе врачей всех специальностей за его стремление сблизить профилактику с клиникой.

Общие интересы и общий язык должны и могут быть найдены. Поэтому мы призываем уральских хирургов нести на съезд свои достижения, мысли, вопросы и сомнения.

К ОТКРЫТИЮ УРАЛЬСКОГО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА С. Д. НАРБУТОВСКИХ.

В ноябре текущего года в Свердловске открывается физиотерапевтический институт областного значения.

В перечне средств, восстанавливающих утраченное здоровье, физиотерапия, наравне с санаторно-курортным лечением, уже давно занимает одно из первых мест и открытие в Области института надо считать крупным достижением в приближении к населению специальных видов медпомощи.

Физические методы лечения, не смотря на общее признание, однако до империалистической войны не получили широкого распространения не только в России, но и почти во всех странах Западной Европы.

Общественные организации, обслуживающие лечебной помощью широкие слои населения, не могли развернуть большого количества дорого стоящих курортов и физиотерапевтических учреждений. Они возникли преимущественно по частной инициативе, носили чисто коммерческий характер и были доступны лишь зажиточным группам. Например, в России из общедоступных физиотерапевтических лечебниц в то время имелись только: больница на сто коек в Хорвино, организованная Московским Губернским Земством, механохирургический институт в Харькове для рабочих Донецкого бассейна, содержащийся на средства шахтовладельцев и Сеченовский институт, открытый перед самой войной в Севастополе.

В том же положении, приблизительно, физиотерапия находилась и в Западной Европе, с тем различием, что частные физиотерапевтические лечебницы там были развиты неизмеримо больше.

Особые условия создались в Германии и Австрии с введением в 1883 г. в первой и в 1887 году во второй, обязательного государственного страхования рабочих. Развитая промышленность Германии и Австрии с громадным количеством рабочих дала страховым кассам сразу миллионы членов, обеспечив за ними мощную финансовую базу.

Одним из крупных расходов касс была выплата пособий за временную утрату трудоспособности и инвалидность. Уменьшение их зависело от улучшения условий труда и хорошо поставленной медицинской помощи. В обстановке капиталистического государства в первом направлении влияние касс, по понятным причинам, было ограничено и большее внимание они должны были сосредоточить на организации лечебных учреждений. Надо признать, что здесь они достигли значительных результатов. Всюду в промышленных районах разбрасывается сеть хорошо поставленных больниц, в крупных центрах организуются богато оборудованные, различные виды специальной медпомощи. Среди последних особенно большим вниманием стали пользоваться физиотерапевтические учреждения, так как в сравнении с другими они дали резкое снижение сроков лечения. Окупая во много раз затраченные на нее средства, физиотерапия быстро растет и скоро начинает приобретать массовый характер.

В других государствах физические методы лечения сильно развиваются только в период мировой войны. Небывалые размеры военного травматизма, давшие чудовищную убыль в войсках, миллионные расходы на содержание искалеченных на фронте людей, заставили воюющие страны искать более совершенных методов лечения травмы и ее последствий. Военные госпитали, располагавшие физиотерапевтическими установками дали в этом направлении лучшие результаты. Статистика западно-европейских военносанитарных ведомств показывает, что раненые, прошедшие через такие госпитали, в 80 проц. возвращались в строй, а из 20 проц., признанных негодными к военной службе, 16 проц. удавалось восстановить профессиональную трудоспособность и только лишь 4 проц. оставалось полными инвалидами (д-р А. М. Михайлов). Это обстоятельство послужило причиной бурного роста физиотерапии. Мы видим, что почти каждое лечебное учреждение получает различного рода физиотерапевтические установки, организуются специально физиотерапевтические госпитали с отделениями по протезированию и переквалификации больных, потерявших профессиональную трудоспособность.

Влияние войны на положение нашей физиотерапии сказалось мало. Правительство не очень интересовалось судьбой раненых, а общественные организации (Союз Земств и Городов), оказывавшие помощь пострадавшим на войне, не успевали справляться с неотложными задачами, чтобы могли широко организовать квалифицированную медпомощь. Работа же нескольких госпиталей с физиотерапевтическими отделениями, которые им все же удалось сформировать, за недостатком специалистов, трудностью получить аппаратуру, не могла, как в научном, так и в техническом отношении, развиваться на продвижении физиотерапии вперед.

После Октябрьской революции обстоятельства резко меняются. Пользуясь исключительно естественными и видоизмененными силами природы, под влиянием которых живет и развивается человек, физиотерапия во многом тесно соприкасается с гигиеной и физкультурой. Заимствуя их методику и средства, она становится на грани между лечебными и профилактическими дисциплинами.

Советское здравоохранение, положившее в основу своей работы принцип профилактики, отметив особенности физиотерапии, уделяет ей исключительное внимание. Еще в гражданскую войну, при крайне тяжелых экономических условиях, НКЗ создает в Москве и в Ленинграде физиотерапевтические институты, организует для врачей по физиотерапии курсы, добивается при университетах открытия по физиотерапии самостоятельных кафедр. Налаживанием собственного производства физиотерапевтической аппаратуры НКЗ дополняет условия, при которых физиотерапия получает все необходимое для правильного развития. Дальше разрабатывается план широкого обслуживания населения физическими методами лечения, ищутся формы, в которых она теперь же могла бы быть продвинута на периферию, к участковой больнице. Популяризацией целебных сил природы—солнца, воздуха, воды—физиотерапия внедряется в быт, превращаясь уже в фактор чисто профилактический.

По экономическим причинам, дорого стоящая, так называемая аппаратная физиотерапия, по плану НКЗ развивается прежде всего в крупных населенных местах, с большим количеством активно застрахованных.

Предусматривается три типа физиотерапевтических лечебниц: первый для населения с 8—15 тысячами активно застрахованных, лечебница с пропускной способностью до 200 наиболее простых физиотерапевтических процедур; второй—самостоятельная физиотерапевтическая амбулатория на 380 процедур, более сложного вида, для населения с 15—30 тысячами активно-застрахованных и третий тип—физиотерапевтическая поликлиника с полным оборудованием, в составе стационара, амбулатории, физиотерапевтических кабинетов всех видов лечения, лаборатории и отделением рентгено-радиолечения, для крупных промышленных центров. В местах, где активно застрахованных меньше 8-ми тысяч, по плану предполагается открывать при больницах электро-светолечебные кабинеты.

Значительная часть настоящих заданий уже выполнена и в данное время по одной РСФСР насчитываются сотни различного типа физиотерапевтических лечебниц, среди которых в крупных промышленных центрах имеется ряд научно-показательных институтов.

У населения нашей области, живущего в большинстве в неудовлетворительных бытовых условиях, занимающегося крайне разнообразным трудом (имеются почти все виды промышленности, различные кустарные ремесла, земледелие) наблюдается высокая общая и профессиональная заболеваемость. При лечении многих из них, как, например, последствий ревматической инфекции, встречающейся у нас часто из за распространенных подземных работ, физические методы считаются незаменимыми. Насколько велика нужда в физиотерапии видно уже по тому, как всюду по области при больницах, где есть только возможность, открываются физиотерапевтические кабинеты. Но для правильной организации этого дела в центре Области необходимо иметь мощное физиотерапевтическое учреждение, которое могло бы руководить им. Иначе цельность задач физиотерапии трудно осуществить и она легко может свестись к случайному приобретению аппаратуры, к открытию отделений с характером неучитывающим требований данного района, без связи с физиотерапевтическими лечебницами других мест. Вторая его задача путем научно-исследовательских наблюдений вести разработку методики лечения местных профессиональных заболеваний, увязав работу в этом отношении с институтом профзабола и, наконец, при хорошо оборудованной лаборатории, на своем клиническом материале институт должен научно проверить действие грязей и минеральных вод

нашего края. Через прикомандирование врачей и среднего медперсонала с участка, которое вполне можно осуществить, институт еще больше усилит свое влияние на правильное развитие физиотерапии в Области.

Открывающийся научно-показательный институт рассчитан на выполнение этой роли. Он будет значительно больше институтов других областей, так как имеет еще два самостоятельных отделения, которых нет у них — травматологическое и онкологическое.

Организация травматологического отделения вызвана особенностями Уральской промышленности. Техническая отсталость оборудования наших заводов, рудников, копей, примитивность приспособлений на лесозаготовках, дают среди рабочих высокий процент травматизма. Кроме того, с развитием коллективных хозяйств по обработке земли, с большим применением тракторов и других земледельческих машин, надо ждать увеличения травмы и среди сельского населения. Все это выдвигает перед органами здравоохранения необходимость в особых заботах, возможно лучше поставить лечение травмы.

Сильная распространенность заболеваний злокачественными опухолями, особенно раком, также остро ставит вопрос о неотложности борьбы с ними. Онкологическое отделение института, располагающее специальным штатом врачей, всеми современными методами лечения, должно вести не только лечебно-практическую работу, но и изучать причины в местных условиях, способствующие возникновению заболеваний, взять на себя руководство мероприятиями по борьбе с ними в Области.

Работа по открытию Института Облздравом проводилась с большим вниманием. По разработке заданий привлекались все видные специалисты Свердловска, план не раз пересматривался на месте и в Наркомздраве. Строительством института были заинтересованы общественные, профессиональные и партийные организации, многим способствовавшие довести это сложное дело до конца.

Институт занимает обширную часть площади, отведенной под строительство больничного городка, между Свердловском и Визом. Состоит из двух трех-этажных каменных зданий: в 40850 куб. метров и в 10.179 куб. м., в первом из них размещены физиотерапевтические кабинеты, стационар и амбулатория, во втором общежитие для приезжих больных и 8-мь квартир для сотрудников. Сметная стоимость зданий исчисляется в 1.723.375 р., а оборудование их в 394.000 р. Большая часть аппаратуры через Карскую экспедицию приобретена за границей. Годовая смета содержания института возьмет больше 400.000 рублей.

Для работы в институте были командированы в Московский и Ленинградский институты специализироваться по физиотерапии семь врачей, получивших командировки по конкурсу. Остальные врачебные должности будут замещены в обычном порядке. Средний и младший медперсонал по рекомендации месткомов отбирается областным союзом из работников лечебных учреждений города. Всего штат сотрудников института состоит из 232 ч., из них 29 врачей и 83 среднего медперсонала.

Кроме указанных выше травматологического и онкологического отделений, Институт имеет еще нервное и внутрибрюшное рентгенологическое отделение. Лаборатории, 25 кабинетов различного вида физиотерапии, стационар на 160 коек, на 60 коек общежитие для приезжих больных и амбулаторию первичных и повторных больных.

Пропускная способность физиотерапевтических кабинетов 1600—1700 леч. процедур. За год институт сможет обслужить до 12000 больных, из них 1500 получают стационарное, остальные амбулаторное лечение. Амбулатор-

рия первичных больных должна выразиться в ежедневном приеме 50—60 б. Прием будет вестись по специальностям.

Места в институте распределяются по округам пропорционально количеству общего населения и активно-застрахованных.

Из округов больные поступают в институт через комиссии из специалистов, а больные г. Свердловска направляются непосредственно лечебными учреждениями на определенное количество мест, которые точно за ними фиксируются. Следовательно, амбулатория института имеет закрытый характер. За ней, в зависимости от показаний, оставляется право принять или не принять больного на лечение.

Больных, подлежащих лечению в институте, следует разделить на четыре различных по величине группы.

1-я группа охватывает 55 проц.

В нее входят заболевания: 1) органов движения, прежде всего конечностей—травматического, инфекционного, врожденного и конституционального происхождения; 2) болезни периферической и центральной нервной системы; 3) вегетативной нервной системы и эндокринных желез; 4) конституциональные заболевания нервной системы (неврастения, психостения, истерия и циклотемия), не требующие стационарного лечения; 5) заболевания смежные и пограничные с болезнями нервной системы. Особенное внимание из этой группы нужно уделять травме.

2-ая группа—20 проц.

1) Болезни кровообращения, крови, органов дыхания, пищеварения и 2) болезни обмена веществ.

3-ья группа—15 проц.

1) Гинекологические заболевания; 2) болезни мочеполовой системы и 3) болезни кожи, глаз, носа, горла и уха.

4-ая группа — 10 проц.

Злокачественные опухоли.

Вступая в ряды лечебно-санитарных учреждений Области, физиотерапевтический институт, при поддержке общественных организаций и дружной работе коллектива сотрудников, выполнит свой долг перед трудовым населением Урала и для этого ему предоставлены все необходимые условия.

НА ОЧЕРЕДНЫЕ ТЕМЫ.

В. С. СЕРЕБРЕННИКОВ.

1. Вновь о старом.

Жизнь в наши дни течет очень быстро. Темпы нашего культурного и хозяйственного строительства давно уже сделали невозможным отсиживание в медвежьих углах российских прекраснотушных интеллигентов,—интеллигентов созерцающих, в одиночку обсуждающих, в одиночку осуждающих, в одиночку расписывающихся в отсутствии сил и постепенно покрывающихся коростой тихой обывательской дремы. Сейчас, в полосе напряжения всех сил, в полосе мобилизации всех внутренних ресурсов для ускорения реконструктивного периода отряд советской интеллигенции—врачи занимают боевые участки культурно-социального фронта, но, надо сознаться, было бы проявлением официального оптимизма признать, что врачебные кадры полностью закончили свой переход от пассивного восприятия жизни к активному наступлению на быт и производство.

Слов нет,—глухая стена, отгораживающая рядового интеллигента—врача от участия в жизни, в значительной своей части исчезла. На смену

аккуратному, «добросовестному» выполнению врачебного долга в его прежнем понимании и в прежнем объеме пришло уже как-будто время выхода из оказавшихся недостаточными рамок специального технического вмешательства врача в испорченные механизмы больных людей. Действительно, профилактика, как лозунг, как программа, принята всеми: «Вперед к оздоровлению труда и быта».

Прошло уже шесть лет, как Москва первой вступила на путь действительной реконструкции здравоохранения. Несколько позже и значительно медленнее началось укрепление и развитие профилактического направления и оформление профилактического сектора на периферии, в частности, на Урале. За это время было сказано много слов, и даже на самых чопорных скрутках, остающихся нам от старой полосы развития, официально заагитировали розетки профилактики. Казалось бы, чего лучше,—развивающаяся навстречу запросам населения профилактическая сеть имеет за собой абсолютную поддержку врачебных кругов и тем самым, повидимому, разрешен и вопрос о специальных кадрах.

Огромные сдвиги во врачебной массе на самом деле несомненны. Ряд прекрасных профилактических учреждений, возникших за последние 5-6 лет и быстро ставших популярными среди населения, ряд серьезных успехов в направлении снижения эпидемической заболеваемости, общей и детской смертности населения, неустойчивая работа врачей за пределами нормированного времени, тесная связь значительного количества их с низовыми советскими организациями—все это отмечает большой путь общественного развития, проделанного советским врачом. И, если несмотря на это, мы все-же говорим о необходимости еще более решительных сдвигов в этом развитии, о еще большем ускорении этого развития, мы лишь учитываем, что темпы жизни все-же быстрее нашего движения вслед за ней. Наше внимание должны привлечь к себе все отдельные явления нашей врачебно-общественной жизни, тормозящие это движение вперед, все отдельные моменты, осложняющие наиболее быстрое формирование и нового мировоззрения и нового действия широких врачебных кругов. В этом-же направлении нас многое удовлетворить не может.

Мы несем еще на себе тяжелый груз косности, неподвижности, недоверия, и профилактический сектор резко ощущает и недобор людей и некоторую суженность мысли и действий тех, кто как-будто уже подошел к профилактической работе. Личный состав санитарной организации в некоторой части своей текуч и переменчив, люди сидят на работе иногда даже 4-5 лет и неожиданно переходят на лечебную работу (Сарапул, Мотовилиха). Еще хуже, когда к санитарной работе пристраиваются люди, ничего общего с ней не имеющие. Они просто хотят задержаться в городе, им удобно это, они не стесняются неловко барахтаться на самой поверхности санитарной работы, не понимая и не стремясь понять ее сущность, приносят с собой защитные методы строго формального отношения к делу, они не создают общественного актива вокруг себя, они подрывают ценность гигиенической консультации и делают в глазах заинтересованных лиц и организаций малоценной и необязательной помощь санитарного врача. В конце концов при первой возможности эти «профилактики» отрясают прах от санитарной работы, идут в амбулатории, больницы и на новой работе «с ученым видом знатока» толкуют об отсутствии содержания в санитарной работе, о психологической драме личного разочарования в высоких идеях профилактики, «проверенных» практически в «работе». Но санитарная организация им цену знает лучше, чем они знают цену санитарной работы, и снисходительно-пренебрежительный

тон не спасает их от разоблачения отсутствия у них сколько-нибудь установившегося социально-гигиенического мировоззрения; в общем же балансе их роль несомненно ощущается, как отрицательная, и недооценивать этого нельзя.

Есть люди, и их из года в год становится все больше и больше, которые искренно готовы работать чистыми профилактиками, но даже и здесь иногда бывает отгораживание от жизни—люди хотят уйти в лабораторию, они хотят быть бактериологами, работать на Вассермане, с пастеровскими прививками,—одним словом, иметь узко ограниченный круг специальной квалификации. В результате мы имеем прекрасных техников своего дела, но техников, ушедших от непосредственного участия в строительстве новой жизни.

Ту же картину можно наблюдать и в охране здоровья детей—отрасли здравоохранения с наибольшим дефицитом кадров. Лишь отчасти небольшая группа врачей прочно и органически связала себя со своей работой здесь и, наоборот, большинство опросто занимает первое предоставленное место, работая на нем иногда усердно, но часто «без души», ибо интересы дела и интересы личности не совпадают, и вновь как в санитарной работе, и здесь есть попытка ухода в академические кельи.—Люди готовы любовно просиживать многие часы над углубленной проработкой отдельных частных проблем педологии, профотбора, психотехники, замыкая себя в узком кругу специальной аппаратуры, экспериментируя с узким кругом детей и молодежи и забывают о том, что за стенами кабинета волнуется живое море молодого поколения, лишенное санитарного руководства, живущего и работающего зачастую в объективно тяжелых санитарных условиях. Расценивая болезнь и аномалии физического развития как результат взаимодействия организма и среды мы часто стремимся в деталях изучить травматизируемый организм, но мало действенны в наступлении на травматизирующую среду, а кто-то должен выполнить и эту работу.

Даже диспансерные работники не свободны полностью от этого-же упрека,—очень часто внимание их сосредоточивается на повышении качества специальной медицинской помощи больному внутри диспансера, и их влияние за стенами своего учреждения почти не чувствуется. Проблема клиники туберкулеза их интересует все-же более практических задач санитарного оздоровления района—главной предпосылки успешной их работы.

Таково положение даже внутри профилактического сектора здравоохранения. Среди-же лечащих врачей (особенно городских) профилактическое направление их деятельности попрежнему идентифицируется ими лишь с санпросветительной работой, и то не получающей среди них необходимого развития. Проф. Ратнер Л. М. в печатаемом в этом номере «Уральского Медицинского Журнала» очерке «К предстоящему научному областному съезду» достаточно ярко указывает на это. «Нельзя игнорировать, говорит он, того, что большинство городских и участковых врачей все еще продолжают жить и дышать главным образом лечебной работой—для санитарно-просветительной деятельности у них не остается ни сил, ни времени» (стр. 20). Мы не можем игнорировать, но нельзя только и констатировать это в сотый и тысячный раз без попытки более выраженных действий для перевоспитания врачебных кадров. А между тем проф. Ратнер двумя строчками ниже бросает еще более печальную фразу: «Необходимо навсегда заставить врачей понять, что между лечебной и профилактической медициной

существует симбиоз, а не антагонизм». «Как много прожито, как мало пережито»,— можем мы сказать, если нами действительно еще не пережиты полностью остатки былой враждебности к профилактическому направлению, отгораживания «чистого-научной» медицины от медицины «второго порядка», яко бы более легкой, более доступной неудачникам и недоучкам. Над всем-же думать, что на самом деле нет и антагонизма, есть лишь отсутствие «симбиоза», и оно понятно в условиях имеющих место попыток объявить профилактику «специальностью». Сообщения из ряда окружных и крупных районных центров области говорят, что течение среди лечащих врачей к устранению себя от активного участия в разрешении основных санитарных проблем города, района и округа растет,— есть попытки переложить всю многогранность и ответственность решений на плечи одного-двух специалистов—санитарных врачей, часто молодых и недостаточно знающих местный край. Этот отход широких врачебных кругов от основной сущности врачебно-общественного бытия резко отражается на всем взаимодействии сектора здравоохранения с остальными участками хозяйственной и культурной жизни. Мы говорим о необходимости организующего социально-гигиенического влияния на всю совокупность процессов хозяйственной и культурной жизни, а сами в роли организаторов можем выдвинуть лишь пару-другую одиночек санитарных врачей. Даже самый общественный одиночка все-же не представляет еще собою широкой общественности в ее целом, и изолированное положение санитарного врача, вынужденно переростающего в прокурора по санитарной части, становящегося рядовым функционером в сложной цепи советского аппарата (*medical officier* за-границей) не может не внушать серьезных опасений за успешность дальнейшего укрепления санитарно-гигиенических начал в огромной программе советского строительства. Вместо широкой волны общественного интереса к санитарным проблемам, интереса, вызываемого и поддерживаемого значительной прослойкой врачей области, мы имеем в ряде районов более чем спокойное созерцание даже самими врачами всех наших санитарных неустройств, наша критика—критика из-за угла,—объект нашей критики тот же санитарный врач, «не могущий», «не способный» провести в жизнь широкую санитарную программу. В этом разгадка еще одного очень серьезного обстоятельства,—в общем балансе советского актива специалистов врач не занимает положения, принадлежащего ему по праву. Он недоучтен в общей системе народного хозяйства. Не так давно на одном совещании в клубе Работников Народного Хозяйства нам пришлось очень горячо доказывать очень элементарные вещи—право и фактическую необходимость врачебных коррективов в вопросах планирования и текущего руководства хозяйством области. И это немудрено потому, что массовый врач ушел в техническую специализацию, он сам оттолкнулся от возможностей более широкого проявления себя во вне.

Идея профилактики, все еще требующая популяризации среди врачей, недостаточно еще знакома и руководящему советскому профессиональному и партийному активу. Пропаганда-же здесь может носить лишь характер пропаганды фактами; программные декларации никого не интересуют,—надо быть более убедительным.

Существо-же нашей работы, будучи недооцениваемо внутри наших рядов, остается непонятным для многих соприкасающихся с нашей работой. Мы стремимся расширить наш профилактический сектор, следуя иногда лишь принятым официальным программам, наши мотивировки еще очень часто лишь ссылки на принципиальные соображения и ди-

рективы высших органов, мы не умеем еще говорить языком фактов, мы не умеем еще перевести на язык цифр эффективность уже проведенных в жизнь профилактических мероприятий. Мы мало анализируем, мы работаем день за днем. Можно ли удивляться в этих условиях, что и в руководящих кругах охотнее разрешают вопрос с развертыванием общелечебной сети и менее охотно пойдут на финансирование «музыки будущего» — иногда дорого стоящей профилактики. Нужно уметь перевести на язык экономики сравнительную эффективность лечебного и профилактического дела, а это возможно лишь в условиях более расширенного кругозора более широких врачебных кругов.

Нужно сказать, что и роль и значение проводимых профилактических мероприятий в конечном итоге стоят в прямой зависимости от степени и их взаимодействия с лечебной сетью. Мы организуем сейчас институт патологии и гигиены труда. В одних условиях институт, замкнутый в самом себе, увлекшийся рафинированной обработкой теоретических гроблем, действительно может стать в глазах многих дорого стоящим галстуком при отсутствии у обладателя его сколько-нибудь сносной пары брюк. В других же условиях институт может оказаться мощным проводом к десяткам и сотням лечебных учреждений области, выводя их на практические пути подлинной профилактики профессиональных заболеваний уральского пролетария.

Мы организовали Физио-Терапевтический Институт и его использование периферией может пойти исключительно по пути клинического вмешательства, по пути чисто лечебной помощи уже больным. То же учреждение может и должно стать и научно-консультативным центром, опорной базой родной сестры физиотерапии — физкультуры, которой до сих пор не уделяется врачами десятая доля необходимого минимума внимания.

Перед нами стоят задачи, во-первых, активизации врачебных кадров, а, во-вторых, расширения их мышления до способности видеть и чисто лечебные мероприятия в профилактическом аспекте. В этом несомненно один из путей к ускорению реконструктивного периода здравоохранения, в этом серьезный шаг к выходу врачебных кругов на широкое поле общественной деятельности, деятельности, очевидной для всех и практически необходимой. В этом ключ и к сближению между собой руководящих кадров здравоохранения и промышленности, которое так необходимо. Пока же еще очень многие из нас идут по пути мало активного участия в жизни, не делая самих себя тем авангардом, технической (в своей части специальных знаний) интеллигенции, который в первую очередь необходим стране. Мы занимаем место в обозе 2-го разряда армии социалистической стройки, — мы чиним, ремонтируем, лечим, перевязываем, но мы не в передовых рядах, мы не ведем, не указываем. А могло и должно быть иначе. При надлежащей подготовке и самоподготовке врач может быть поставлен в ряды действующих борцов. Врач-социолог, врач-экономист, врач-организатор трудовых процессов, — развития этой стороны врачебной деятельности требуют от нас наши дни.

Настроениям нестроениями не должно быть места в наших рядах. Отход от борьбы в сторону обеспечения личного уюта и мирных размеренных дней личного существования — этот старый идеал многих поколений русского служилого народа не должен бы совершенно сейчас иметь место среди врачей. Мы должны изучать причины того серьезного явления, что часть врачебного молодняка вступает в жизнь, часто забыв уже о том *Sturm und Drang* — периоде, который вливает силы, отбрасывает в сторону скептицизм, рождает инициативу. Со школьной скамьи навстречу

жизни не так уже редко сейчас поднимаются серьезные однообразные фигуры, для которых основной путь развития—традиционный путь врача, представителя определенной специальности, врача в не в р е м е н и и п р о с т р а н с т в а, врача-целителя. Выпуск Пермского Медфака 1929 года внушает опасения именно в этом направлении,—лишь единицы почувствовали себя способными пойти по пути профилактической работы, работы социально не безразличной, большинство же идет в более тихие заводы чисто лечебной работы. Несомненно, что в значительной своей части это не только результат гипертрофии внимания к преподаванию клинических дисциплин при недоосвещении социального патогенеза отдельных форм клинических страданий, но и отголосок зачастую еще отрицательного отношения к профилактике, не оформленного, но ощущаемого, в котором живут и работа от немногочисленные работники профилактического сектора.

Картина отчетливая и положение серьезное! Не новое изменяет старое, а старое в ряде случаев накладывает свою печать на наше новое. Медленнее, чем требует жизнь, изменяется характер и направление работы старых кадров, тормозится формирование и качество новых кадров. Вопрос о кадрах—центральный вопрос нашего сегодня. Радикальные сдвиги университетского преподавания, мало изменив своего за 12 лет революции, укрепление положения существующих профилактических кадров, качественное улучшение их работы, более систематическое привлечение лечащих врачей к практическому осуществлению отдельных частных вопросов оздоровительной работы среди населения, изучение вопросов тесной связи социального патогенеза с клиникой—наши неотложные задачи. В этом отношении огромное значение должен иметь областной научный съезд врачей. Здесь не должно быть опасений избытка профилактики. Не следует так тщательно подчеркивать, что съезд этот по сути не научный, а научно-практический, или научно-производственный. Мы не противопоставляем этих двух понятий. Наука вне жизни и жизнь вне науки—немыслимы в наших условиях. Не нужно боязни «утоления и охлаждения» к идее профилактики в результате «абстрактно построенных докладов и сухих отчетов», от которых предостерегает в своей очерке пр. ф. Ратнер. Объективно статистическое исследование не теряет своей значимости от своей сжатости и кажущейся сухости, а первые шаги по пути организации новой системы мышления могут показаться и абстрактными, но вряд ли это повод к «г и е р о с т о р о ж н о с т и» в разворачивании под новым углом зрения основных задач уральского здравоохранения. Инициаторы съезда чужды какой-либо агрессии по отношению к клинике. Клиника может и должна получить по праву принадлежащее ей место. Но надо «на глазах участников съезда клинику окутать профилактикой», как образно говорит проф. Ратнер, с которым в этом вопросе не может быть никаких разногласий.

Вопрос о качестве кадров не сходит со страниц медицинской печати и, затронув этот вопрос, нельзя пройти мимо статьи Д. Ефимова «Еще об одном старом вопросе» («Здравоохранение», № 7-8, Ленинград, стр. 27-30). Печальна его характеристика новых кадров: «Недостаточность философского мышления, неумение находить связь между социально-экономической сущностью современности и задачами советской медицины, полное незнание с историческим прошлым, с работой предшествующих поколений, неумение наметить дальнейшие пути развития медицины и здравоохранения и увязать их с общим процессом социалистического строительства, являются—характерной чертой новых кадров». Надо в этих усло-

виях найти пути к скорейшему и более тесному сближению врачебных кадров с нашей полосой развития, нужно помочь им занять принадлежащее им по праву место в рядах организаторов хозяйственной и культурной жизни Союза, но путь, предлагаемый автором, вряд ли может удовлетворить кого-либо. Мысль его о создании новых институтов («надвузов», если можно так выразиться. С.) с 2 и 3-летним периодом обучения «теоретически и практически подготовленных врачей-профилактиков» (особенно санитарных работников С.) вряд ли разрешит вопрос. Прохождение второго ВУЗ'а требует либо большой доли самопожертвования, либо преодоления со стороны государства ряда экономических затруднений, неизбежно возникающих при практическом осуществлении этой схемы. Трудно рассчитывать, что эта форма подготовки может иметь значение массового мероприятия. Важнее другая выражено отрицательная сторона проекта Ефимова—с ориентацией этих новых институтов он еще более углубляет разрыв между врачами-лечебниками и врачами-профилактиками. Он полагает, что новые профилактические кафедры мединститутов должны отойти к вновь создаваемым институтам, и их заменит лишь один новый курс истории медицины и здравоохранения. В этих условиях «Мединституты сумеют лучше поставить преподавание клинических дисциплин и дать стране не только теоретически, но главным образом практически подготовленных врачей-лечебников». (Стр. 30 там-же).

Такая постановка вряд ли может содействовать пронизыванию всей лечебной сети профилактическим содержанием,—многочисленные врачебные кадры пойдут по пути ремесленного совершенствования на узкоспециальных участках лечебного дела. Высоко квалифицированные единицы—санитарные врачи—будут представителями другой обособленной врачебной группы. Эта легализация свободы от профилактического мышления для большей части врачей—путь опасный. Вместо единого фронта профилактических начинаний всей врачебной массы под руководством специально подготовленных врачей-организаторов мы рискуем иметь значительные суженные участки углубленной, правда, санитарной и санитарно-профилактической работы, проводимой лишь в меру специальных сил и специальных средств. Доступно ли это повсеместно, даст ли это нужный эффект—в высокой степени сомнительно, и в условиях нашей ставки на массового участкового врача для периферии мы заинтересованы чтобы более широкая, общественная подготовка обеспечивала в большей мере и у большинства врачей большую широту понимания своих оздоровительных функций на базе оформившегося социально-гигиенического мировоззрения.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРИЙ ПРИ УРАЛЬСКОЙ ОБЛ. ПСИХОЛЕЧЕБНИЦЕ

Врач И. В. ЛЫСАКОВСКИЙ *) (Пермь, Психолечебница).

К началу 1928 года наша Психолечебница, в результате затраты значительных средств и труда, обогатилась крупной лабораторией с отделами: физиолого-рефлексологическим, био-физико-химическим, морфологическим и экспериментально-психологическим. С лабораториями связаны в одно целое вновь созданный анатомо-психиатрический музей, питомник опытных животных и секционная.

Общая затрата на приспособления помещений и оборудование в них лабораторий достигла к настоящему времени 20.000 руб., а потому позволительно спросить, какими научно-практическими соображениями оправдывается упомянутая организация. Дать по возможности исчерпывающий ответ на этот вопрос тем более необходимо, что не только в широких общественных кругах, но и в самой врачебной среде еще живут прочные предрассудки о неизлечимости душевно-больных, об ограничении затрат на психоорганизацию рамками призрения, об отрицании у психиатрии научно-материалистической обоснованности.

Правда, еще сравнительно недавно наша наука обходилась субъективной методикой обследования больного и самая мысль о возможности изучения психики с помощью лаборатории казалась фантастически-нелепой. Однако, по мере роста естествознания его научные течения стали проникать в заповедные области «духа», и психиатрия из учения полумистического, полуфилософского о страдании души мало-по-малу превращается в учение о патологических реакциях человека на воздействия среды физической, биологической и социальной—в результате нарушенного равновесия между организмом и средой. Наряду с этим современная психиатрия интересуется не только болезнями мозговой коры или всего мозга, но и всего организма в целом, где не щадится при психозе ни одна система тела (Мейнерт). Изучить весь этот широчайший диапазон изменений может лишь психиатрия, впитавшая в себя все новые завоевания биологии и социологии, стремящаяся стать точной наукой, свободная от «почетного» титула искусства, интуитивного знания и т. п.

В этом своем стремлении психиатрия должна проделать общий для всех наук путь, первым этапом которого является накопление достаточного количества объективных и экспериментальных данных, в такой степени безупречных, чтобы они могли быть сведены к определенным закономерным взаимоотношениям наблюдаемых явлений. Старая, основанная исключительно на самонаблюдении, психология целиком почти уже вытеснена психологией объективной экспериментальной, эволюционной, а именно

*) Доложено 6 мая 1928 г. в заседании Научной Ассоциации врачей в Перми.

наукой о поведении, как совокупности реакций на воздействие среды, в широком смысле этого слова.

Так возникли реактология Корниловской школы, бихевиоризм американцев, рефлексология школ Павлова и Бехтерева. Однако, и самые, казалось бы, закоренелые психологи-суб'ективисты Запада, а отчасти и наши отечественные, приспособляясь к духу времени, стали строить (и построили) весьма плодотворные концепции возникновения, структуры и патопластики психозов, используя для этого биолого-эволюционные данные и лишь по привычке пользуясь старой терминологией (таковы Рюдин, Фрейд, Крепелин, Блейлер, Ясперс, Шторх, Клод и многие другие). Талантливый Кречмер выразил точно также старыми словами неслыханно новую мысль о соответствии психического и физического склада человека, и психиатры усердно принялись за антропометрирование душевно-больных, т. е. за дело отнюдь не метафизическое. Никто также не станет отрицать, что выдвинутая психологом Кречмером теория истерии достаточно динамична и эволюционна. Ряд исследователей в поисках соматической основы психозов стал изучать железы внутренней секреции и получил весьма ценные, хотя еще и не окончательно оформленные результаты. Так, путем гистологической разработки материала устанавливается связь между шизофренией и изменениями половых желез, между эпилепсией и паразитовидным аппаратом, между различными другими психозами и изменениями желез: шишковидной, гипофиза, надпочечной, щитовидной.

С другой стороны, на путях лабораторного эксперимента и клинического наблюдения за функциями подкорковых ганглиев и стволовой части мозга, значение этих отделов для медицины вообще и для психиатрии в частности выросло до колоссальных пределов. Здесь Фрейд помещает свою область бессознательного и, специально, вытесненные комплексы, здесь же вырастает гипобулика Кречмеровского патогенеза истерии; диссоциацией между корой мозга и нижележащими его отделами об'ясняются на разных языках—психологическом и физиолого-рефлексологическом—механизмы психозов и неврозов. Здесь же, наконец, устанавливается место формирования эмоциональных реакций.

Вегетативная н. с., в виде системы трех центральных ганглионарных этажей и периферических узлов и разветвлений, благодаря многолетней клинической и экспериментальной разработке (Гильсм, Дрезель, Могильницкий, Абрикосов и мног. друг.), как сама по себе, так и в своих многообразных соотношениях с эндокринной системой, выросла до роли регулятора обмена, ассимиляции и диссимиляции. Отсюда, естественно, возникает первостепенное значение исследования вегетативной н. с. при душевных болезнях с точки зрения гистологии, физиологии и, особенно, биохимии.

Хотя био-химические исследования крови в психиатрии не дали нам еще вполне рельефных и законченных результатов, однако, мы уже пользуемся такими данными, как закономерность сохранения в норме калиево-кальциевого коэффициента, о зависимости его от деятельности околощитовидных желез и яичников, от некоторых состояний авитаминоза, от рН. среды; как явления постоянства реакции крови в зависимости от буферных ее веществ и за счет изменения резервной щелочности крови, обнаруживаемой при эпилепсии; как увеличение, вследствие гиперсекреции надпочечников, содержания сахара в крови при искусственно вызванных эмоциональных состояниях у животных и при соответствующих душевных заболеваниях у людей (Кеннон); как серологические доказательства ги-

пер и гипофункции щитовидной железы (Штернберг, Котман и др.) при душевных расстройствах, связанных с заболеваниями этой железы; как гипофункция печени, сказывающаяся особенно при токсических и инфекционных психозах и улавливаемая рядом биохимических проб: билирубиновой, с сахарной нагрузкой, величиной отношения амидного азота к мочеvine и т. п.,—все это лишь незначительная часть тех важных для познания биохимической подпочвы психозов данных, которое начали добываться в психиатрических лабораториях с легкой руки проф. Ющенко и его школы и получают все большее признание, поскольку едва ли возможно представить себе психоз без нарушения обмена веществ.

С тех пор, как кровяная сыворотка, недавно еще считавшаяся почти индифферентной жидкостью, благодаря трудам целой плеяды биологов (Беринг, Бюхнер, Бушар, Мечников, Ру и др.), оказалась целым арсеналом иммунных тел, ферментов, гормонов и т. д., стали возможны в психиатрии такие искания, как реакция Абдергальдена с ее диагностико-топографическим значением, р. Манойлова на состояние полового гормона в связи и корреляции с гормонами других эндокринных желез, целый ряд надежных проб на люэтические изменения в крови и спинно-мозговой жидкости (кроме давно уже получившей право гражданства в психиатрии р. Вассермана). Далее, в психиатрических лабораториях разрабатываются вопросы о содержании различных ферментов в крови, при чем уже намечаются некоторые выводы об отклонениях от нормы каталазы, липазы, амилазы, особенно в случаях экзогенных психозов, интоксикационных и инфекционных (алкогольные, люэтические и др.). Мы не очень много знаем о гормонах, как продуктах деятельности желез внутр. секреции: в чистом виде получен адреналин; более других изучены, кроме адреналина, инсулин; однако, условия возбуждающие или тормозящие активность гормонов, нам все же отчасти известны. И в психиатрических лабораториях занимаются изучением этих условий у душевно-больных, а именно соотношением наличных электролитов установлением рН, отношением одно и двухвалентных ионов, изучением трансплантаций и экстирпаций желез внутр. секреции, исследованием вытяжек из последних на функции нервно-мышечного аппарата и т. д. Как было уже упомянуто выше, мы имеем некоторую возможность улавливать прямо или косвенно лабораторным путем гормоны половых желез, надпочечника, щитовидной железы и тем до известной степени пополнять картину функционального статуса больного.

Нам известно, что все биологические процессы разыгрываются в коллоидных системах организма, которые, в силу своей чрезвычайной пластичности и изменчивости, а также присущего им ряда физических особенностей и свойств, способны играть роль такого субстрата. Изучение свойств и состояний последнего и в общей медицине и в психиатрии дает нам много ценного. О функции печени мы, напр., можем судить по величине поверхностного натяжения мочи. Явления осаждения эритроцитов (напр., ускорение этого процесса при некоторых психозах) объясняются соотношением электрических разноименных зарядов коллоидов крови (белков). Изменением осмотического давления и степени дисперсности коллоидов объясняются, быть может, различные степени проницаемости гемато-энцефалического барьера. Величина поверхностного натяжения и адсорбции играет, несомненно, первостепенную роль в клеточной ассимиляции и диссимиляции, а также в механизме деятельности ретикуло-эндотелия. Мы изучаем также в психиатрии состояния вязкости и свертываемости крови, интересуемся кровяными агглютинационными группами и т. п., базируясь точно также на различных свойствах коллоидов.

В тесной связи с задачами био-физико-химической лаборатории стоит лаборатория физиологическая. Здесь должны подвергнуться экспериментальной разработке вопросы, касающиеся деятельности различных органов и систем в их нормальных и патологически измененных условиях; на первом плане у нас стоят нервная и эндокринная системы. Предметом изучения здесь служат те или иные результаты физико-химических воздействий, опыты с удалением у животных тех или других органов и их частей; последствия пересадки желез внутрен. секреции и действия так наз. органо-терапевтических препаратов или вытяжек из желез, влияние различных ядов и промежуточных продуктов обмена действия ионов в зависимости от их количеств, сочетаний и валентности; действие кислорода, вводимого подкожно; изучение явлений авитаминоза и т. д. В этой же лаборатории мы исследуем состояние соков, отделений и выделений опытных животных и душевно-больных.

С физиологической лабораторией в сущности одно целое составляет лаборатория рефлексологическая. В ее задачу входит исследование различных видов и условий возникновения связей и взаимоотношения рефлекторных элементов поведения животного и, особенно, душевно-больного. Этот метод изучения поведения получает в психиатрии все большее применение, причем уже теперь найденные результаты позволяют нам в известной степени дифференцировать различные психические состояния душевно-больных. Творец учения об условных рефлексах акад. Павлов, проводя аналогию от опытных животных к человеку, дает нам физиологические механизмы сна, фаз гипноза, а также генез невропатических состояний как следствия «ошибки» процессов возбуждения и торможения у неуравновешенных типов. Та же школа Павлова дает заслуживающее внимания объяснение терапевтического действия гипноза на истериков, исходя из сильного эффекта слабых раздражений в парадоксальной фазе возбуждения. У шизофреников, олигофреников и прогрессивных паралитиков мы, согласно работам школы Бехтерева, видим уклонения в протекании и в образовании условных и безусловных рефлексов.

В море действительности и изменчивости, которыми отличается био-физико-химия, необходимо иметь при изучении нормы и патологии некоторую статическую базу, и эту роль, до известной степени, выполняет патолог. анатомия. Несмотря на скептицизм ряда ученых в отношении перспектив патолого-анатомических изысканий, все же несомненно, что патологические процессы отражаются на морфологии. Поэтому ряд фотографически точных морфологических картин сигнализирует нам прижизненные изменения тем вернее и надежнее, чем выше наша техника, чем менее патологоанатом оторван от жизни и чем менее он односторонен вообще. В этом направлении, т.-е. на оживлении работы патологоанатома, благотворно скажутся, с одной стороны, патофизиологический эксперимент, т.-е. связь с физиологической (а отчасти и биохимической) лабораторией, а с другой—теснейшее переплетение клинических и патоморфологических концепций, т.-е. внесение в работу патологоанатома таналогических течений и принципов кондиционального мышления (Шор).

Благодаря работам целого ряда выдающихся исследователей (Нисль, Альцгеймер, Кларфельдт, Фогт, Лермит, Мотт, Витте, Мюнцер, Гиляровский, Шпильмайер и др.), мы можем уже посмертно разгадать многие психозы на основании пато-гистологической картины. Сюда относятся: прогрессивный паралич, энцефалитические психозы, старческое слабоумие, болезнь Тей-Закса, слабоумие при туберозном склерозе, психоз водобоязни и др., и с меньшей степенью определенности еще многие психозы. Психиатриче-

ская патологич. анатомия, согласно упомянутому уже выше взгляду на психоз, как на болезнь всего организма, интересуется центральной и периферической нервной системой—анимальной и вегетативной, железами внутренней секреции, и далее, всеми тканями и органами тела без изъятия. Пользуясь данными био-химии, патологич. анатомия выделила важный свой отдел—истохимию, с помощью которой мы можем улавливать тонкие клеточные процессы обмена веществ при душевных болезнях.

Понятно, что если патологу-анатому психиатру жизненно необходима тесная связь с клиникой и лабораторией, то, в свою очередь, и та и другая в высокой степени выиграют от содействия патолого-анатом. отдела, как орудия объективной самопроверки клинициста и лабораторного экспериментатора. Результаты работ патолого-анатома должны быть сконцентрированы в анатомо-психиатрическом музее, у нас организованном.

В дальнейшем мы должны коснуться еще одного отдела нашей лаборатории, а именно экспериментально-психологического. Многочисленные достижения экспериментальной психологии дали нам очень много в смысле понимания психозов, их структуры, механизмов образования и диагностики. С экспериментальной психологией также теснейшим образом связана современная психотехника, данные которой могут оказать нам большие услуги при изучении трудовых процессов душевно-больных.

Громадное большинство психиатров мира пользуются при исследовании душевно-больных данными эксперим. психологии, однако, некоторые все же претендуют на исключительно рефлексологическое объяснение поведения. Конечно, возможно представить себе поведение как систему рефлексов, точно также как не возбраняется изобразить его в виде тех или иных колебаний физико-химического равновесия, определенных электронных комбинаций и т. д. Однако, такое объяснение было бы черезчур элементарным и не могло бы осветить целого вследствие своей односторонности. Поведение весьма сложный факт, поскольку под ним мы понимаем формы приспособления к среде и приспособление среды. Одной из таких форм является то, что мы, за неимением лучшего термина, называли психикой, понимая под этим термином свойство высокоорганизованной материи. Для явлений этой психики существуют, хотя и старые, но общепринятые и общепонятные и в науке, и в искусстве и в общежитии психологические обозначения, которых нам, материалистам, бояться не следует: для нас они лишь символы, которые замещают реальное. И пользующаяся этими терминами эксперим. психология дает разгадку многих черт поведения человека, целиком же и полностью оно не может быть объяснено порознь ни био-физико-химически, ни физико-рефлексологически, ни социологически. Эта задача окажется под силу лишь будущей науке, которая синтезирует на почве диалектического материализма и принципы естествознания и принципы общественного поведения.

В начале статьи мы указывали на скептиков (а их не мало), уверенных в неизлечимости душевно-больных, которые, мол, нуждаются лишь в призрании и для которых поэтому углубленное лабораторно-клиническое обследование излишне. На это отвечу цифрами наших отчетов, из которых явствует, что без признаков психоза у нас выписывалось свыше 40 проц. всех поступающих—это при наших весьма неблагоприятных, сравнительно с соматиками, условиях!

Итак, организация лабораторий при нашей психолечебнице, равно как и при немногих еще других крупных психиатрических заведениях

Союза, имеет свое оправдание в перспективах более правильного распознавания психозов, уяснения их механизмов и этиологии, научного обоснования их лечения и наблюдения за течением. На ряду с этим, не подлежит никакому сомнению, что раскрытие причин и сущности душевных расстройств даст в руки психиатру-профилактику весьма прочную опору для предупреждения психозов. Разгаданный враг, ведь, становится менее опасным и более уязвимым.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О СЕРДЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.

Из Госпитальной Терапевтической клиники Пермского Государственного Университета.
(Директор-профессор А. С. Лебедев).

Д-р Г. Н. Белецкий.

Статистическая разработка материала клиники о сердечных больных за три года была предложена мне профессором А. С. Лебедевым, во-первых, потому, что указанная тема мало затрагивалась в русской литературе и, во-вторых, потому, что в повседневной работе клиники всегда поражала частота сердечных заболеваний. В настоящей работе я могу коснуться лишь трех заболеваний сердца, имеющих наибольший интерес и чаще всего наблюдавшихся в клинике,—это острого эндокардита, пороков клапанов и хронического миокардита.

Просматривая русские журналы за десять лет, я нашел всего две работы, посвященные затронутому здесь вопросу д-ра Нейштаб (Екатеринослав) и д-ра Кузнецова из Военно-Медицинской Академии. Из учебников довольно много статистических указаний имеется в книге проф. Зимницкого. Наконец, более богатый статистический материал мы находим в руководствах иностранных авторов (Romberg, Kulbs).

За учебные месяцы—январь-апрель и сентябрь-декабрь 1923, 1924 и 1925 года—через Пермскую Госпитально-Терапевтическую клинику прошло 2.142 больных и сердечных из них зарегистрировано 739 чел., т. е. 34,26%. Из них пороков сердца было 361 случай, т. е. 16,85 проц., хронического миокардита 309 больных, острого эндокардита 51 случай, перикардитов 2. Других заболеваний сердца 2 и 14 аневризм аорты. По годам все больные распределяются следующим образом:

Прошло за 1923 г. всего	610 ч. и сердечных из них	121—19,83%
„ „ 1924 „	720 „ „	264—36,66
„ „ 1925 „	812 „ „	354—43,59

Средний % за три года 34,26%

Такой приток больных, возрастающий с каждым годом, и в том числе сердечных больных, мы объясняем тем, что клиника из года в год становилась все популярнее среди жителей Пермского округа, и та же цифра указывает на то, что сердечные заболевания в клинике среди всех больных встречаются чрезвычайно часто. Одних пороков сердца по отношению к общему числу мы встречали 16,85 проц. (средний проц. за три года). По этому вопросу мы находим следующие литературные указания. По клиническим материалам авторы отводят для пороков сердца от 1,5 проц. и до 2 проц. (Guttman, Rosenstein, Leuch). Проц. пороков сердца, находимых при вскрытиях, у большинства авторов колеблется от 4 проц. до 9 проц. (Rosenstein, Frommel). Лишь Chambers дает цифру в 17 проц. В доступной мне русской литературе указаний по этому вопросу я не нашел. На своем клиниче-

ском материале по сравнению с данными других клиник мы встречали пороки клапанов в восемь раз чаще.

Какова же причина так часто встречающихся у нас пороков сердца? В этом вопросе старые авторы придавали большое значение наследственности и врожденной слабости организма (Кабанов). Более поздние авторы видят причину пороков сердца в инфекциях и на первое место выдвигают суставной ревматизм. Последнему, как этиологическому моменту, большинство авторов отводят от 70 проц. и до 45 проц. всех пороков: Huchard (1889г.), Leuch (1889), Lindsay и Schott (1892), Romberg (1912), Кузнецов (1922). Меньшая часть исследователей суставному ревматизму не приписывает такой большой роли и указывает для него цифры от 18 до 25 проц. Наименьшую цифру дает д-р Воробьев—11 проц. Нет, однако, расхождений почти у всех авторов, что $\frac{3}{4}$ всех пороков имеют инфекционное происхождение.

В этом отношении данные Пермской клиники сходятся с другими авторами (75,59 проц.), но суставному ревматизму мы не можем приписать такого значения, как, главным образом, иностранные авторы, и должны примкнуть к меньшинству. В то же время цифра для других инфекций у нас непомерно высока—52,05 проц. против 15—13 проц. других авторов. Этим последним мы склонны объяснить наш высокий процент пороков сердца и признать, что роль суставного ревматизма в этиологии пороков сердца не так-то уж велика.

Для острого эндокардита, который за три года был отмечен 51 раз, что к общему числу сердечных больных составляет 14,2 проц. против 5 проц., указанных Кузнецовым, нам удалось установить, что в 70 проц. всех случаев причиной был суставной ревматизм, сепсис в 15,68 проц., пиэмия в 1,96 проц., септико-пиэмия в 1,96 проц. и не удалось установить этиологический момент в 9,8 проц. Таким образом, главными этиологическими моментами для острого эндокардита нужно считать суставной ревматизм и септические заболевания. Других осязательных причин нами установлено не было, и это дает право заключить, что подавляющее большинство пороков сердца развивается медленно, хронически, не сопровождаясь бурной картиной.

Частоту заболеваний отдельных клапанов сердца для наглядности мы считаем полезным представить в виде таблицы № 1 и таким путем сравнить свои данные с данными других авторов (См. прил. табл. № 1).

Мы видим из этой таблицы, что чаще всего поражается тем или иным пороком двухстворчатый клапан. По сравнению с данными проф. Зимницкого, мы чаще наблюдали стеноз с недостаточностью двухстворки и не наблюдали такой большой частоты чистого стеноза, как им указано. Пороки аортальных клапанов мы встречали редко. По сравнению с нашими 0,27% чистой недостаточности трехстворки невольно обращают на себя внимание 11,1 проц. для этого порока, указанные д-ром Нейштаб.

В вопросе о возрасте больных пороком клапанов, попадающих к врачу, нет больших расхождений у разных авторов, что видно из приводимой здесь таблицы № 2. (См. прил. табл. № 2).

Как видно из таблицы № 2, почти 50 проц. больных попадают к врачу до 30-летнего возраста. В следующее десятилетие—от 30 до 40 л.—обращаемость сильно падает (с 33 % до 19,11 %). От 40 до 50 лет мы встречали больных не реже, чем в возрасте от 30 до 40 лет. Этим последним наши данные отличаются от цифр других авторов и ближе всего подходят к данным проф. Guttman'a.

Таблица № 1.

Какие были пороки	Romberg	Нейштаб	Кузнецов	Зимницкий	Пермск. клиника				
Недостаточность митральных клапанов	} 59 %	44,5	27	56,33	69,80				
Недостаточн. и стеноз двухстворки		3,2	53,9	23	62,5	8,1	73,7	23,26	} 94,44
Стеноз двухстворки		6,2	12,5	9,26	1,38				
Недостаточность аорты	} 9 %	8,2	9	8,88	0,55				
Недостаточность и стеноз аорты		—	6,5	15,5	—	0,55	} 1,65		
Стеноз аорты		—	—	—	0,55				
Стеноз лев. вен. устья и недостат. аорты	} 29 %	—	6,5	—	—	} 3,58			
Недостат. аорты и митрального клапана		2,4	3,6	4,7	18,5		16,6	1,1	
Недостат. и стеноз митр. клап. и недостат. аорты . .		—	—	—	—		—	—	
Др. сложн. пороки двухстворки и аорты		—	—	—	—		—	—	
Недостаточность трехстворчатого клапана	—	11,1	—	—	0,27				

В о з р а с т	Romberg	Guttman	Нейштаб	Кузнецов	Пермск. клиника
0-10 лет	70,89	5,2	13,1	14,8	13,01
10-20 „		18,8			
20-30 „		23,2			
30-40 „		22,5			
40-50 „		17,1	14,4	11,7	19,11
50-60 „		8,9	4,2	6,3	9,97
60-70 „		3,7	2,5	5,3	4,43
70-80 „		0,6	2,1	2,1	0,55

Рассматривая возраст больных острым эндокардитом, мы приходим к выводу, что 31,37 проц. всех больных было в возрасте от 15 до 20 лет. От 20 до 25 лет это заболевание мы видим в два раза реже—15,68 проц. В следующие пятилетия процент неуклонно падает, и позже 50 лет не наблюдалось ни одного случая. Эти данные подтверждают и укрепляют цифры для пороков сердца, так как, по мнению Romberg'a, проверенному на 102-х случаях, компенсация держится не более семи лет ($y \frac{2}{3}$ больных), после какового срока больные регистрируются уже, как больные пороком сердца.

В вопросе о том, какой пол чаще страдает пороком сердца, в литературе нет единодушия. Одна часть авторов—Kulbs, Romberg, Guttman находят почти одинаковый проц. для обоих полов. Кузнецов больший проц. отводит мужчинам—51 проц., Нейштаб в 2,7 раза чаще наблюдал порок сердца у женщин. По своим данным мы больше приближаемся к нему и находим пороки сердца у женщин почти в 2 раза чаще, чем у мужчин. У женщин 64,82 проц. и мужчин 35,18 проц. По отдельным порокам сердца они распределяются так: при недостаточности двухстворки было женщин 65,87 проц. и мужчин 34,12 проц. Недостаточность и стеноз двухстворки наблюдались у 72,62 проц. женщин и 27,38 проц. мужчин. В других 25 случаях сложных пороков, в большинстве с поражением аорты, у мужчин было 72 проц. и женщин 28 проц. Это явление мы объясняем этиологическими моментами, имеющими преобладающее значение для развития пороков аортальных клапанов. Нужно отметить, что женских и мужских коек клиника имела почти равное количество. Острым эндокардитом мужчины и женщины заболевают почти одинаково часто: 49,02 проц. женщин и 50,98 проц. мужчин. Это несоответствие процентных отношений при пороках сердца и эндокардите можно объяснить тем, что период компенсации у женщин длится меньше, чем у мужчин. Наш материал заключал, главным образом, женщин крестьянки и жен рабочих, на которых всей тяжестью лежит ведение хозяйства, а у крестьянок еще и значительная часть тяжелой крестьянской работы почти круглый год. Частые роды и короткие периоды отдыха после них у большинства наших больных также могли способствовать более раннему нарушению компенсации. Несомненно, эти обстоятельства быстро влекут за собой расстройство деятельности большого сердца, и к тому же эта группа не имеет возможности долго и основательно проводить необходимое лечение из-за тех же неблагоприятных условий жизни.

Сказанное можно еще больше подкрепить, если рассмотреть профессии наших больных. Мы не можем согласиться с д-ром Нейштаб, который, отметив из 182 своих случаев 79 женщин, ведущих домашнее хозяйство, все же приходит к заключению, что профессия не играет роли в развитии и течении пороков сердца. Наши больные пороками сердца и острым эндокардитом, как это видно из таблицы № 3, распределяются: следующим образом (смотри стр. 42).

Из этой таблицы необходимо остановиться на самом крупном проц. женщин, ведущих домашнее хозяйство. Мы склонны объяснить его, во-первых, родом исполняемой этой группой работы, связанной с частыми, так называемыми, «простудами», каковой группе в этиологии мы отвели одно из первых мест; к тому же нужно присоединить те моменты, о которых выше говорилось при рассмотрении пола наших больных; во-вторых, представляется вероятным и тот довод, что женщины, больные пороками сердца, по роду своего заболевания не могут исполнять другой работы. В эндокардитах же с несомненностью устанавливается, что материальная необеспеченность и тяжелый труд предрасполагают сердце к заболеванию.

Таблица № 3.

Профессии	Пороки сердца		Остр. эндокард	
	Число больных	%	Число больных	%
Безработные	40	11,08	11	21,57
Дом. хозяйство	123	34,07	13	25,5
Рабочие	34	9,41	5	3,8
Служащие	45	12,47	8	15,68
Крестьяне	30	8,31	5	9,8
Пенсионеры	28	7,75	—	—
Студенты	17	4,71	6	11,76
Санит. персонал	19	5,29	1	1,96
Ремесленники	4	1,1	—	—
Сторожа	3	0,83	—	—
Красноармейцы	4	1,1	1	1,96
Нетрудовой элемент	4	1,1	—	—
Прочие	10	2,77	1	1,96

Не имея возможности останавливаться на течении болезни у наших больных, я считаю необходимым сообщить количество больных, поступающих с жалобами только на сердце и по поводу других заболеваний, что будет необходимо при выявлении проц. смертности. В первой группе поступивших с жалобами на сердце отмечено с расстройством компенсации в первый раз 20 человек, во второй 19, в третий 4, с четвертым расстройством 2, с пятым 1; несколько раз, но не установлено точно число расстройств у 30 человек и 80 чел. с неизвестным числом расстройств компенсации. Всего 156 ч.

По поводу других заболеваний поступило 205 больных пороком сердца и компенсированных из них было всего 36, у остальных же 169 больных было найдено расстройство компенсации той или иной степени; иначе, 89,8 проц. всех пороков было с расстройством компенсации и лишь 10,2 проц. компенсированных. Из 169 больных, обратившихся по поводу других заболеваний, 37,28 проц. имели заболевания легких. Другие заболевания дают сравнительно небольшой проц.—от 2 до 15 проц. Таким образом, мы видим, что болезни легких наичаще ведут к расстройству компенсации, что и не требует особых пояснений.

Хронический миокардит наблюдался за три года 309 раз, что к общему числу сердечных заболеваний составляет 41,81 проц., т. е. немного меньше $\frac{1}{2}$ всех сердечных больных. К сожалению, в доступной нам литературе мы не нашли статистических указаний для миокардита и потому не можем сравнить наши данные с другими.

Попытка установить этиологию для этого столь частого заболевания дает следующие указания, как это видно из табл. № 4.

Таблица № 4.

Этиологическим моментом был	Число больных	Процент
Момент возраста и склероза	57	18,44
Тяжелый физический труд	40	12,94
Алкоголизм	20	6,47
Тифы { один	40	12,94
{ два	11	3,56
{ три	3	0,97
Т. наз. простудн. забол. и хронический ревматизм	39	12,88
Хронич. нагноен. и истощ. бол.	31	10,03
Туберкулез разных органов	20	6,77
С и ф и л и с	12	3,88
Хронический нефрит	11	3,56
Этиология не выяснена	25	8,09
	309	

Из таблицы № 4 мы видим, что тифы, как этиологический момент (17,49 проц.) почти не уступают возрасту и накапливающимся с ним вредным моментам 18,44 проц. Следующее место занимают тяжелый физический труд хронические нагноения и так называемые простудные заболевания. Дальше следуют туберкулез и алкоголизм.

По возрасту больные миокардитом делятся следующим образом (см. табл. № 5).

Таблица № 5.

В о з р а с т	Число больн	% к 309
От 0 до 10 лет . .	—	—
» 10 » 20 » . . .	11	3,56
» 20 » 30 » . . .	50	16,18
» 30 » 40 » . . .	69	22,23
» 40 » 50 » . . .	82	26,53
» 50 » 60 » . . .	59	19,08
» 60 » 70 » . . .	34	11,00
» 70 » 80 » . . .	4	1,28

Из таблицы № 5 видно, что, если после 40 лет возраст и с ним нарастающие вредные влияния, как этиологический момент, получают полные права, то больные в цветущем возрасте от 20 и до 40 лет подтверждают с несомненностью сказанное нами выше о тифах, как этиологическом моменте для миокардита. Заболевание миокардитом у мужчин мы встречаем почти в два раза чаще, чем у женщин (мужчин 64,41 проц. и женщин 35,59 проц.). Это явление становится понятным, так как к длительным физическим и умственным напряжениям присоединяются преобладающие у мужчин хронические интоксикации табаком и алкоголем, играющие существенную роль в развитии хронического миокардита.

По профессиям больные (309 больных) делятся следующим образом:

Таблица № 6.

П о п р о ф е с с и и	Число больн.	В % к 309
Безработных (черн. труда)	48	15,33
Ведущих дом. хозяйство	58	18,77
Рабочих	61	19,74
Служащих	33	10,67
Крестьян	30	9,7
Инвалидов труда	24	7,76
Сторожей	19	6,15
Ремесленников	8	2,59
Санитарного персонала	6	1,94
Красноармейцев	6	1,94
Студентов	3	0,97
Прочих	11	3,56

Из таблицы № 6 мы видим, что имевших отношение к тяжелому физическому труду к моменту обращения в клинику или раньше было отмечено 52,73 проц., но и процент ведущих домашнее хозяйство при наличии внешних вредных воздействий для них остается все же высоким—18,77 проц.

Остановлюсь на причинах, которые привели больных в клинику. Оказывается, что 61 чел., т. е. 19,74 проц. всех больных обратились по поводу расстройства сердечной деятельности. Из них с расстройством в первый раз 8 человек, во второй 5, имели расстройства несколько раз 9 человек и с неизвестным числом перенесенных расстройств было 39 чел. Заболевания др. органов повлекли за собой расстройство сердечной деятельности у 215 чел. и только у 33-х человек расстройства обнаружено не было. Из указанных 215 человек по поводу заболеваний легких обратилось 110 чел. 51,16 проц., заболеваний желудочно-кишечного тракта 12,55 проц. и по поводу заболеваний почек 9,76 проц. Другие болезни дают от 2 и до 5 проц. Мы видим, что заболевания легких и здесь в подавляющем большинстве случаев вызывали расстройство сердечной деятельности.

Теперь своевременно коснуться вопроса о смертности при пороках клапанов и хроническом миокардите, имеющего большой интерес. Так, оказывается, что в среднем из больных пороком и миокардитом, поступивших по поводу расстройств сердечной деятельности, погибает 15,66 проц., а для одних пороков сердца несколько больше, чем для миокардита, а именно 16,67 проц. Т. о. проц. смертности при сердечных заболеваниях довольно высок. К более интересному заключению мы приходим в выявлении смертности при осложнениях каким-либо другим болезненным процессом. Здесь больные хроническим миокардитом дают 22,52 проц. смертности, а больные пороками клапанов 7,69 проц., т. е. в три раза меньше. Мы склонны это явление при миокардитах объяснить недостатком резервной силы сердечной мышцы. Не одинаков проц. смертности при разных пороках. Так, из всех наблюдавшихся нами случаев стеноза левого венозного отверстия с недостаточностью двухстворчатого клапана, погибло 26,43 проц. больных, а при чистой недостаточности двухстворки 11,9 проц.

В ы в о д ы:

1. Проц. сердечных больных Пермской клиники очень высок по сравнению с данными литературы для других клиник и мест.

2. Инфекционным заболеваниям в возникновении пороков сердца приходится отвести главное место. Роль суставного ревматизма, как этиологического момента (23,54 проц.) не так велика, как указывается главным образом в заграничной литературе, и на другие инфекции падает значительно больший проц.—52,02 проц.

3. Пороки двухстворчатого клапана среди наших больных встречаются в подавляющем большинстве —94,44 проц. Сложные пороки двухстворки и аорты мы наблюдаем далеко не часто (3,58 проц.) по сравнению с большей частью авторов (29 проц.—18,5 проц.).

4. Почти половина всех больных пороками сердца (46 проц.) попадает к врачу до 30 лет, при чем женщины страдают пороком сердца чаще, чем мужчины, в 1,8 раз.

5. В этиологии острого эндокардита первое место занимает суставной ревматизм (70 проц.), второе септические заболевания (19,6 проц.).

6. В этиологии хронического миокардита за последние годы тифы сыграли громадную роль, и как этиологический момент занимают почти равное место со старческим изнашиванием организма.

7. Хронический миокардит у мужчин встречается чаще, чем у женщин в 1,8 раз, и в этой разнице сказывается несомненное вредное влияние табака и алкоголя у мужчин.

8. Процент смертности сердечных больных в клинике довольно высок —15,6 проц.

9. Интеркуррентные заболевания и особенно заболевания легких у больных миокардитом тяжело отражаются на течении сердечного заболевания и дают больший проц. смертности, чем у больных пороками сердца.

В заключение я выражаю глубокую благодарность проф. А. С. Лебедеву, руководившему моей работой и давшему ценные указания.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1. Проф. Зимницкий.—Лекции по сердечн. болезням, 1923 г.
2. Кабанов Н. Н.—Об этиологии пороков сердца. Ориг. ст. Б. Вр. 1896 г.
3. Нейштаб Я. Т.—Материалы к изучению серд. пороков. Вр. Газ. 1906 г., № 20.
4. Кузнецов М. А.—Статистич. и клинич. данные о сердечн. забол. Вр. Дело № 16—20, 1922 г.
5. Проф. Kübs F.—Болезни сердца 1916 г.
6. Проф. Romberg.—Учебник болезней сердца. 1912 г.

К КАЗУИСТИКЕ ОСТАВЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Д-р ЛЕБЕДЕВ М. (Касли, Свердл. окр.).

Оставление инородных тел в брюшной полости при операциях относится к разряду тех осложнений, полностью предотвратить которые, очевидно, не представляется возможным, несмотря на все, обычно принимаемые хирургами меры предосторожности. Подобные случаи нашли место в практике таких крупных хирургов всех стран, как Рейн, Феноменов, Крассовский, Bier, Schraeder, Terrie, Wells, Schauff Косинский и ряд других. По Kiprecht'у процент оставления инородных тел равняется от одного до десяти на тысячу всех произведенных операций.

Описание первого случая относится к 1859 году, но к более детальному изучению этого вопроса подошли лишь в 1900 г. Толчком к этому послужил громкий судебный процесс в 1899 году в Варшаве над проф. Косинским, оставившим при операции яичниковой кисты два артериальных зажима. Проф. Нейгебауэром, бывшим судебно-медицинским экспертом на этом процессе, была предпринята большая работа и к 1900 году ему уже удалось собрать из литературы 108 случаев. В 1904 году он добавил еще 81 случай, а к 1907 году его материал обнимал уже 242 случая. Вскоре после первой работы Нейгебауэра появилась (1901 г.) статья американского хирурга Schachner'a. Первой русской работой по этому вопросу является статья проф. Груздева В. С. «К вопросу об инородных телах в брюшной полости и об отношении к ним брюшины» («Рус. врач», 1906 г., № 30). Наконец, в 1917 году вышла первая специальная работа доктора Альбицкого «Инородные тела в брюшной полости», обнимающая собой триста пятнадцать случаев все случаи, известные в русской и иностранной литературе по 1-1—1916 г. включительно. С 1916 по 1928 год в доступной мне русской литературе удалось собрать еще 8 случаев, что составляет следовательно 322 случая.

Интересно отметить, что наибольший проц. случаев оставления инородных тел в брюшной полости падает на гинекологические операции (по Альбицкому 80,4 проц.), при чем эти случаи по виду гинекологических операций распределяются следующим образом:

Название операции.	Количество случаев по стат. Альбиц- кого.	Проц.
Ovariectomy	37 сл.	28,00%
Extirpat. uteri tot	24 сл.	18,2%
Myomectomy	18 сл.	13,6%
Graviditas Extrauter	12 сл.	9,0%
Salpingitis	11 сл.	8,3%
Прочие	30 сл.	23,1%
	132 сл.	100%

Лично мне пришлось наблюдать такого рода случай два года назад.

4-IX—26 года в род. отд. нашей больницы поступила больная С. 23 лет, у которой была диагностирована прервавшаяся (по анамнезу дней 6 назад) внематочная беременность 6-ти недельного возраста (последние месячные в половине июля). С назначением покоя и холода больная пролежала у нас 4 дня, затем была направлена (удовлетворительное состояние) на операцию в окружную гинекологическую больницу, куда и была принята 10-IX.

Привожу краткие выдержки истории болезни:

Stat. praesens: кожа бледноватая, слизистые бледно-розовые, язык обложен, влажный; запоры, аппетит хороший. Пульс 80, хорошего наполнения. Сон хороший. Отмечается некоторая раздражительность.

При исследовании живота найдено: «В нижней правой части живота прощупывается круглая плотная опухоль, верхней границей не доходящая до пупка на три пальца, справа не доходит стенки таза, слева заходит за среднюю линию на протяжении 2 пальцев. Нижняя граница теряется в малом тазу; подвижна, болезненна, несколько бугриста». При ректо-вагинальном исследовании: «тело и дно (матки) в отдельности не прощупываются, но сливаются с опухолью живота которая распространяется сзади до стенки таза. Опухоль охватывает с обеих сторон прямую кишку, неподвижна, занимает весь вход малого таза, больше распространена в правую сторону». Диагноз до операции—*graviditas extrauterin dextra*.

15-IX под хлороформным наркозом произведена *laparatomia*, при которой констатирован *Abortus tubartus dex et Haematocoele retrouterina*. «Брюшная полость до пупка переполнена сгустками крови, которые занимают и весь задний свод. Рукой выделена из спаек увеличенная правая труба, (которая) убрана. Левые придатки выделены из сращений тупым путем, убраны сгустки из брюшной полости. *Appendix* норма, послойное зашивание брюшной стенки». Послеоперационный период прошел тяжело с перитонеальными явлениями, начавшимися в первые же дни после операции и последующим нагноением в брюшной ране, которая заживала вторичным натяжением. Больная пролежала полтора месяца, затем выписалась домой и снова поступила под амбулаторное наблюдение к нам. Шов брюшной стенки гноился около 3 месяцев, в течение которых была удалена из свища шелковинка. При амбулаторных посещениях больная все время жаловалась на поносы и легкую болезненность в глубине живота справа. При ощупывании справа внизу живота определялась плотная, слегка болезненная опухоль величиной с детский кулак с неясными контурами, тесно прилегающая своим нижним краем к матке. Указанная опухоль нами расценивалась, как инфильтрат в месте оперативного вмешательства: грубая культя, недочеты в перитонизации и т. п. По прошествии некоторого времени опухоль несколько сместилась к низу в задний Дугласс. 6-1—27 г. больная ночью особенно сильно ощущала «жар» внизу живота. Задержка стула при сильных тенезмах, наконец жидкий, бурный стул с болями с примесью гноя, при чем с испражнениями вышел кусок марлевого бинта, который больная немедленно принесла в больницу.

Рыхлый сверток бинта оказался длиной около 4 вершков, шириной в 2 пальца и толщиной в палец, обильно пропитанный жидкими, с небольшой примесью гноя, испражнениями, имеющими чрезвычайно зловонный запах. При исследовании ректоскопом на передней стенке прямой кишки несколько справа, на высоте примерно 8—10 см. удалось обнаружить дефект на слизистой оболочке, имеющей при наружном осмотре характер язвенной, с гнойным налетом, поверхности—очевидно перфорационное отверстие (зондирования не производилось). Определявшаяся до этого времени опухоль в данный момент уже не прощупывалась. Больная вскоре поправилась совершенно.

Таким образом мы здесь имеем самопроизвольно излеченный случай оставления куска марли в брюшной полости, оставленной при операции внематочной беременности, произведенной почти 4 месяца назад. Несмотря на длительное наблюдение инородное тело осталось нераспознанным до последнего момента.

В казуистике инородных тел марля занимает 1 место. По статистике Альбицкого из описанных им 315 случаев на долю марли приходится 169 случаев, т. е. 53,3 проц. В работе Gaerlich'a имеется 165 случаев оставления марли, что на 236 всех собранных им историй болезни составляет почти 70 проц. Большое количество случаев с марлей объясняется главным образом тем, что при большом количестве расходуемого марлевого материала последнему труднее вести счет, чем, например, инструментам. Кроме того марля при пропитывании ее кровью маскируется под окружающие ткани и может остаться незамеченной, особенно если при операции имеет место обильное кровотечение или большие сращения, резко изменяющие нормальное поле операции.

Время пребывания инородного тела, как мы видим из литературных данных, колеблется в очень широких пределах—от нескольких дней до года, и даже описан случай (Heffting'a) когда марлевый бинт 14×4 см. оставался в брюшной полости 12 лет, при чем случай окончился самопроизвольным выходением бинта чрез задний проход. Уже одно это говорит за то, что диагностика инородного тела во многих случаях трудна. Прежде всего в 9 проц. по Альбицкому инородное тело вообще не вызывает никаких симптомов и нахождение его происходит случайно на вскрытии, при операции.

При наличии же симптомов, последние в большинстве случаев не представляют чего либо характерного, симулируя какое-нибудь другое заболевание. Так было, например, в нашем случае, когда больная в течение трех месяцев находилась под наблюдением с «послеоперационным инфильтратом». В случае Котовой, сообщенном на заседании Петрогр. Акуш. Гин. О-ва 8-X—1915 года, у больной была предпринята операция по поводу какой-то брюшной опухоли, которая оказалась инкапсулированным марлевым тампоном. Проф. Кипарский сообщает случай Sectio alfa, предпринятой по поводу предполагаемых полипа или камней мочевого пузыря, причем в результате оказался марлевый шарик, оставленный когда-то при миомотомии. Он же сообщает случай, окончившийся смертью, когда у больной предполагался гидронефроз, оказавшийся впоследствии на вскрытии марлевым компрессом, оставленным в брюшной полости при бывшей когда-то операции надвлагалищной ампутации матки. В сообщенном Котовой случае больная носила компресс 2 года, была во многих клиниках и нигде ей не был поставлен правильный диагноз.

По имеющимся литературным данным наиболее частым симптомом являются боли (17,8 проц.), нагноение с образованием свищей (около 22 проц.), а также разнообразные расстройства кишечной деятельности (поносы, запоры), иногда суб'ективное и об'ективное ощущение опухоли (инфильтрата). Альбицкий таким образом определяет симптомокомплекс, связанный с наличием инородного тела: «если в после операционном течении являются боли необ'яснимого характера, сопровождающиеся явлениями воспаления, нагноения, и в последующем образованием свища, причем иногда может быть найдено что-то *психическое на опухоль* (курсив наш). Если рецидив исключен, если будет Neus, не находящий себе об'яснения и т. д., то путем исключения других, об'ясняющих указанные явления условий, и н о г д а (курсив наш) с известной долей вероятия, можно предположить наличие инородного тела в брюшной полости.»

Судьба как инородного тела, так и больных различна. Оставление инородных тел дает очень высокую смертность; в частности для марли смертность составляет 17,8 проц. (Альбицкий). Причиной смерти является главным образом перитонит (31,7 проц.), а также сепсис и пиемия (24,4 проц. по Альбицкому). В некоторых случаях ин. т. заставляет прибегать к повторной операции; наконец в ряде случаев ин. т. выделяется из организма самостоятельно чрез брюшную стенку, влагалище, мочевой пузырь и кишечник.

Последний путь очевидно нужно признать наиболее благоприятным. Из известных нам 173 случаев оставления марли, совершенно самопроизвольное выходение последней через кишечник имело место 21 раз (т. е. 12,14 проц.) при чем в русской литературе описан только 1 подобный случай проф. Строгановым, и следовательно наш случай является всего лишь вторым. А р і о г і, а также на основании данных, полученных при операциях и на вскрытии, весь этот процесс нужно представить таким образом: кусок марли, оставленный в брюшной полости, как инородное тело, вызывает

вокруг себя реактивное воспаление, осумковывается, спаивается тесно с близлежащей кишкой, и неминуемо инфицируясь (чему способствует отчасти и большая гигроскопичность марли) со стороны последней, узурирует кишечную стенку при явлениях нагноения. Проникнув в просвет кишки ин. т. вызывает довольно бурную перистальтику последней, благодаря чему наконец извергается наружу.

Выхождение ин. т. наружу очевидно будет тем легче, чем меньший путь приходится проделать по кишечнику и с этой точки зрения наиболее благоприятными нужно считать те случаи, когда узурируется нижний отрезок S-Romani и прямой кишки. В большинстве случаев так это и бывает во первых в силу топографических условий (в данном случае имеются ввиду гинекологические операции), а также и в силу чисто механических причин, (сила тяжести, кишечная перистальтика), благодаря которым ин. т. опускается в ниже лежащие отделы брюшной полости в сторону малого таза. На возможность такого продвижения указывает проф. Скробанский. Подобное перемещение можно было наблюдать и в нашем случае, когда «опухоль» в течение известного времени из илео-цекальной области заметно переместилась в глубину малого таза. Почти такой-же случай описан у Альбицкого. С этой точки зрения первичная асептичность оставленной марли имеет очень большое значение, давшее до момента тесного спаяния с кишкой выигрыш во времени, в течение которого ин. т. успевает продвигаться ближе к выходному отверстию. В противном случае может иметь место такая тяжелая картина, о которой сообщает Strassmann, когда марлевая салфетка 50×50 см., спав в просвет слепой кишки, предала длинный путь через всю ободочную кишку, S-Romani и прямую кишку.

Разнообразные, подчас тяжелые, осложнения, высокая смертность, связанная с оставлением в брюшной полости инородного тела ставят перед хирургом ответственную задачу в отношении устранения подобных несчастных случаев при производстве операции. Правда, Нейгебауэр совершенно определенно высказывает взгляд, что «совершенно невозможно предотвратить себя от этих случайностей. Мы можем только большим старанием свести это к минимуму». В этом-же духе высказывается и большинство хирургов; в частности, Альбицкий считает, что случаи оставления ин. т. будут иметь место «до тех пор, пока человек не машина».

Допуская возможность несчастного случая, несмотря на все принятые меры предосторожности, нельзя не упомянуть о тех случаях, когда оставление ин. т. имело место в результате плохой ассистенции, невнимательности и небрежности хирургической сестры, подавшей вместо одной салфетки две (напр., случай Siprol'a). Случаи попадания в брюшную рану очков или перстней с руки хирурга достаточно демонстративны и не требуют объяснений. Подобного рода случаи, конечно, ничем не могут быть оправданы, между тем устранение хотя-бы только их может сохранить здоровье, а подчас и жизнь, не одному больному.

На основании казуистики этого вопроса, а также разбора нашего случая, можно сделать следующие выводы:

1. При всякой операции в брюшной полости должны быть приняты все меры предосторожности против оставления инородных тел, особенно в отношении марли.

2. В ряде случаев может наступить самопроизвольное излечение путем изгнания инородного тела чрез кишечник.

3. Наиболее благоприятными случаями нужно признать те, при которых узурируется нижний отрезок кишечника.

4. Способствующим для перфорации кишки моментом нужно считать инфекцию со стороны кишечника с последующим нагноением.

5. Первичная стерильность оставленного в брюшной полости инородного тела должна быть признана благоприятным моментом, дающим ему возможность опуститься вниз и надежнее инкасулироваться, предупреждая таким образом развитие общей инфекции.

6. Диагностика ин. т. часто затруднительна благодаря отсутствию каких либо специфических, характерных симптомов, в числе которых, однако же, преобладающее значение имеют боли и расстройства кишечной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА.

Груздев В. С. «Рус. Врач.» 1906 г., № 30.

Кривский. Ж. ак. и жен. бол. 1914 г.

Строганов » 1890 г.

Груздев В. С. Гинекология.

Груздев В. С. Каз. Мед. Ж. 1926 г., № 2.

Эрлихман. Новый хирур. архив, том IV.

Краузе » том II.

Фридман. » том XII.

Альбицкий. «Инородные тела брюшн. полости», диссерт.

Котова. Врачебная газета, 1915 г., № 46.

Федоров. Вр. газета, 1916 г., № 36.

Гальперн. 2-й съезд хирург. Одесск. губ., 1924 г.

К ВОПРОСУ О ГРЫЖЕВОМ АППЕНДИЦИТЕ.

Д-р Г. Г. ФЛЕЙШЕР (Пермь).

Случаи нахождения червеобразного отростка в грыжевых выпячиваниях впервые описали Sandifort в конце XVIII столетия и Fritschler в начале XIX в. В настоящее время этому вопросу посвящено уже не мало работ как в иностранной, так и в русской литературе. Всего, по доступным мне источникам, опубликовано около 200 случаев нахождения отростка, преимущественно в правосторонней паховой грыже, причем в подавляющем большинстве диагноз был поставлен при операции. Это указывает на те трудности, с которыми сталкивается хирург при распознавании указанного страдания и необходимость разработки этого вопроса с целью изыскания новых методов диагностики грыжевого аппендицита. «Каждый случай комбинации грыжи с червеобразным отростком представляет свои особенности и заслуживает того, чтобы о нем сообщить», пишет автор статьи об аппендиците в паховой грыже д-р С. Я. Якобсон. Поэтому считаю уместным описать пять, мне известных, случаев грыжевого аппендицита, два из которых мне любезно предоставлены моим учителем—директором Факультетской Хирургической Клиники Пермского Государственного Университета проф. Д. П. Кузнецким, а три остальных я оперировал сам, в период заведывания хирургическим отделением Коми-Пермяцкой Окружной больницы, в Уральской области.

Краткие истории болезни этих случаев таковы:

Случай 1-й. Больной М-н, 4 лет, поступил в клинику с правосторонней врожденной, паховой, косой грыжей, легко вправимой, но быстро вновь выпадающей. При операции (проф. Д. П. Кузнецкий) в грыжевом мешке найдена слепая кишка вместе с хронически воспаленным отростком. Последний утолщен, со вздутием на конце, длиной около 13 см. Отросток удален, слепая кишка заправлена в брюшную полость. Паховой канал закрыт по способу Боброва. Выздоровление. В просвете удаленного отростка кал и острицы.

Случай 2-й. Больной Н-н, 55 лет, поступил в клинику с двусторонней паховой грыжей средних размеров, которая образовалась вторично (подвергался грыжесечению справа в 1916 г.). Грыжей страдает около 15 лет. Отмечает частые приступы болей в грыже справа, тогда как грыжа слева мало беспокоит больного. При операции 30-X—25 г. (проф. Д. П. Кузнецкий), в правой грыже обнаружена слепая кишка вместе с отростком длиной около 10 см., без видимых изменений. Отросток удален. Паховый канал закрыт по Боброву. Выздоровление. Слизистая удаленного отростка утолщена, в просвете каловые камни.

Случай 3-й. Больной Я-в, 13 лет, поступил в хирургическое отделение Коми-Пермяцкой окружной больницы с правосторонней паховой грыжей, величиной в кулак взрослого. Грыжей страдает с детства, жалуется на частые приступообразные боли в грыже, появляющиеся обычно во время подвижных игр. Грыжа вправимая, но в стоячем положении легко выпадает. При операции под общим наркозом 25-VI 28 г. в грыжевом мешке обнаружена слепая кишка с отростком и яичко. Отросток, длиной около 8 см., резко утолщен и гиперемизирован. Аппендэктомия. Шейка грыжевого мешка прошита изнутри и последняя часть резецирована. Яичко опущено в мошонку. Паховый канал закрыт по Жирару. Выздоровление. Просвет удаленного отростка у основания рубцово-сужен, содержит плотный кал. Слизистая уплотнена, местами геморрагические участки.

Случай 4-й. Больной Б-к, 12 лет, поступил в то же хирургическое отделение с двусторонней врожденной паховой грыжей. Выпячивание достигает величины более кулака взрослого. Обе грыжи легко вправляются, но даже при кашле снова выпадают. Родители больного просят произвести операцию в первую очередь справа, так как правосторонняя грыжа сильно беспокоит их сына, давая периодические приступы коликообразных болей. При исследовании грыжи справа прощупывается значительное расширение почти всего пахового канала. При вправлении грыжевого содержимого слышится грубое урчание и получается ощущение растянутой слепой кишки. Предположительный диагноз—грыжевой аппендицит в правой паховой грыже. 4-VII—28 г. грыжесечение справа. Правый паховый канал растянут на всем протяжении, образуя как бы дефект брюшной стенки, шириной в полтора поперечных пальца. Содержимое грыжи: не вполне развитое яичко, петли тонких кишок, растянутая слепая кишка и утолщенный отросток длиной около 12 см. имеющий обширные сращения с грыжевым мешком. Отросток выделен и удален. Слепая кишка и петли тонких кишок заправлены в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит в шейке изнутри, вывернут и вместе с яичком опущен в мошонку. Паховый канал закрыт по Жирару. Выздоровление. В просвете отростка кал, острицы, зернышко пшена. Слизистая рыхлая, набухшая.

Случай 5-й. Больной С-в, 14 лет, поступил в то же хирургическое отделение с правосторонней врожденной пахово-мошоночной грыжей, величиной с головку новорожденного. В грыже временами появляются колические боли, отдающие в правую подвздошную область и к пупку. Грыжа легко вправима, но снова легко выпадает. 23-VII—28 г. под общим наркозом грыжесечение. Паховое кольцо растянуто, пропускает свободно полтора пальца; грыжевой мешок спускается в мошонку, тесно спаян с окружающими тканями. Содержимое грыжи—нормальное яичко, слепая кишка и отросток, соединенный рыхлыми спайками с яичком. Отросток, длиной около 8 см., утолщенный, спирально изогнутый, освобожден от сращений и удален. Слепая кишка, имеющая довольно длинную брыжжейку, вправлена в брюшную полость. Вывернутый грыжевой мешок опущен вместе с яичком в мошонку. Паховый канал закрыт по Жирару. Выздоровление. В просвете удаленного отростка три рубцевых сужения и плотный кал, слизистая набухшая, с геморрагическими участками.

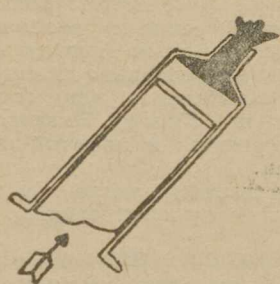
К большому сожалению, по независящим обстоятельствам, удаленные отростки не могли быть подвергнуты патолого-гистологическому исследованию.

Описанные пять случаев относятся к группе грыжевого аппендицита в буквальном смысле этого слова. Отросток находился внутри грыжевого мешка и представлял ту или другую степень воспаления. Этой формой комбинация червеобразного отростка с грыжей не исчерпывается. Отросток может участвовать в образовании стенки, преимущественно задне-наружной, грыжевого мешка или лежать позади него. Такие сочетания отростка с грыжей Ф р е л и х относит ко II и III типам своей классификации. Этиоло-

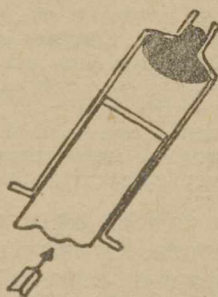
гически эти типы принадлежат уже к скользящим грыжам и, за отсутствием соответствующих случаев, в данной работе рассмотрены не будут.

Нахождение отростка в грыжевом содержимом зависит от целого ряда моментов, возникающих частью еще в периоде внутриутробной жизни. Перитонит плода, констатированный на вскрытиях мертво-рожденных преждевременно, влечет за собой образование спаек, в частности сращений отростка с париетальной брюшиной и в случае образования грыжи, отросток вместе с выпячиванием последней увлекается в таковую. Период пленчатых осложнений к моменту возвращения яичка обратно в брюшную полость на 5-6 мес. жизни плода, по мнению М. М. Розанова, может создать интимную связь между яичком и отростком, причем первое может увлечь за собой последний при прохождении через *proct. vaginalis*. Воспалительные процессы яичка в момент нахождения его возле отростка, в эмбриональном периоде могут создать те же условия для вовлечения отростка в грыжу. После рождения выпадение отростка в грыжу зависит от его длины и подвижности его брыжжейки с одной стороны, с другой—подвижная, растянутая слепая кишка может выпасть в грыжевой мешок, увлекая за собой отросток. Такое состояние слепой кишки встречается довольно часто или как конституциональная аномалия, или в результате длительных, резких запоров. Конечно, так же как и у плода, предшествовавшие образованию грыжи приступы аппендицита с явлениями местного перитонита могут вызвать при образовании грыжи нисхождение отростка в грыжевой мешок.

Явления воспаления в таком, выпавшем в грыжу, отростке наступают значительно легче, чем в отростке, расположенном обычно. Это объясняется нарушением нормального кровоснабжения в результате перегиба брыжжейки и частично сдавления ее сосудов известным ущемлением самого отростка, иногда вместе с нижним отрезком выпавшей в грыжу слепой кишки, что ведет к застою скопившегося в них кала и развитию процессов гниения. Важным этиологическим моментом в возникновении воспалительного процесса в такого рода отростке является постоянная травматизация его. Это особенно подчеркивает Бунге, создавший теорию влияния изменения внутрибрюшного давления на органы брюшной полости (по Фрайман'у). Действительно, находящийся в паховом канале отросток аналогичен тому резиновому шарiku в шприце, который так демонстративно подтверждает теорию Бунге (см. рис. 1-й).

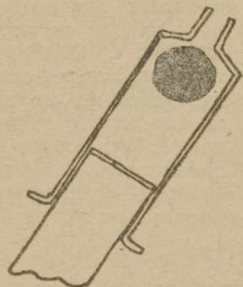


Пол. I



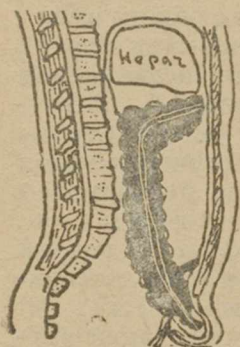
Пол. II

Давление в шприце повышается, шарик выпячивается.

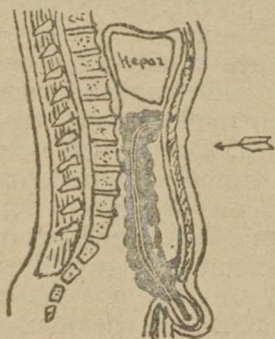


Пол. III

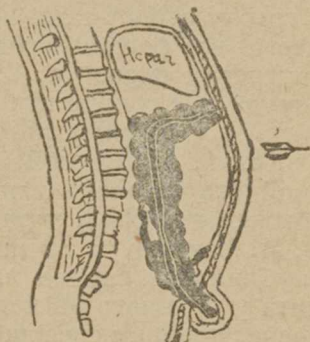
В шприце наивысшее давление, шарик лопается.



Пол. I
Брюшной пресс в покое.



Пол. II
Сокращение брюшного
пресса.



Пол. III
Расслабление брюшного
пресса.

В процессе работы, которую человек производит почти всю жизнь, брюшной пресс то сокращается, то расслабляется, внутрибрюшное давление подвергается постоянным частым, кратковременным изменениям и это действует на отросток, находящийся как бы в выходе из брюшной полости как хроническая травма большей или меньшей силы. Постоянная травматизация такого предрасположенного к воспалению органа, как червеобразный отросток, который, по мнению Aschoff'a, дает у $\frac{3}{4}$ — $\frac{4}{5}$ всех достигших 60—70 летнего возраста по меньшей мере I приступ аппендицита при нормальном его положении, ведет, конечно, к сравнительно быстрому образованию воспалительных явлений в выпавшем в грыжу appendix'e. Таким образом возникает грыжевой аппендицит.

Клиническая картина этого страдания обычно очень неясна. Даже в тех случаях, когда в грыже прощупывается напряженный тяж, расположенный параллельно с семенным канатиком, он может быть легко смешан со специфическим поражением последнего. Только наличие свищей на мошонке, с отхождением каловых масс или камней, могут дать веские основания для диагноза грыжевого аппендицита (В а с и л ь е в). Обычные жалобы больных на коликообразные боли в грыже часто принимаются за кратковременные ущемления последней. Наличие стула в момент болей, носящих характер ущемления, может в некоторых случаях указать на приступ аппендикулярных колик. Возраст больных также не должен быть упущен. По наблюдениям проф. Васильева, грыжевой аппендицит встречается чаще всего в раннем детском и пожилом возрастах. В первом это объясняется наличием большей частью врожденных грыж и связанных с ними аномалий развития (внутриутробный перитонит спайки с яичником, соесим mobile), во втором особенно резким нарушением кровообращения выпавшего отростка на почве общего склероза и вялой перистальтики его.

Существенные услуги в деле диагностики грыжевого аппендицита может оказать рентгенография отростка. Наполнение толстых кишок контрастной массой при вправленной грыже, затем восстановление последней и последующая рентгенография, дадут ценные указания о взаимоотношениях слепой кишки, отростка и грыжевого мешка. Даже в тех случаях, когда проходимость отростка нарушена, по положению слепой кишки около грыжевых ворот можно судить о местонахождении appendix'a. Так же, как при грыже мочевого пузыря цистография,—рентгенография отростка даст основания для показаний к грыжесечению и его технике.

Патолого-анатомические изменения, которым подвергается выпавший в грыжу отросток, очень разнообразны. В опубликованных случаях имеют место все формы воспаления, начиная от просто катаррального и кончая гангреной отростка. С. Р. Брайцев сообщает о своем очень экзквизитном случае, где только путем микроскопического исследования удалось обнаружить, в удаленной ап block, из правой паховой грыжи опухоли, элементы отростка. В сводной работе проф. Васильева приведены случаи острого гнойного грыжевого аппендицита с перфорацией отростка и перитонитом грыжевого мешка в раннем детском возрасте (случаи *Wrightson*, *В. М. Минц*, *Schmid*, *Тетон*). Профессор Д. П. Кузнецкий опубликовал случай хронического рецидивирующего грыжевого аппендицита у больного 36 лет, который в настоящее время, т. е. через десять лет после операции, совершенно здоров. В приведенных мною случаях также имела хроническая катарральная форма.

Течение грыжевого аппендицита, также как и простого, может быть острым и хроническим. Явления общего перитонита наблюдаются при грыжевом аппендиците сравнительно редко, что объясняется его положением. При наступлении гнойного воспаления или перфорации в отростке происходит быстрое и надежное отграничение спайками грыжевого мешка от брюшной полости, что препятствует распространению инфекции на брюшину. Несмотря на это грыжевой аппендицит представляет серьезное страдание. По данным работы проф. Васильева смертность при нем равняется 23 проц., при чем из 63 приведенных случаев исход в 7 случаях неизвестен.

Частота нахождения отростка в грыже колеблется от 0,4 проц. (*Fantino*) до 4,8 проц. (*Гедройц*). В среднем нужно считать 1,5 проц.—2 проц. (*Васильев*, *Тихов*). Преимущественно отросток выпадает в правую паховую грыжу, на долю левосторонней паховой грыжи приходится около 8 проц. всех описанных случаев. У женщин отросток выпадает так же в правостороннюю бедренную грыжу, причем обычно без слепой кишки. Это обстоятельство объясняется узостью бедренного кольца, препятствующего выпадению таких более массивных органов, как слепая кишка и петли тонких кишок. *Wigert* на 35 случаев грыж червеобразного отростка имел в 19 случаях отросток в правой паховой грыже, 1 раз в левой и 15 раз в бедренной.

Лечение грыжевого аппендицита независимо от его формы должно быть, без всякого сомнения, исключительно оперативным. Патолого-гистологические исследования *Jaia*, *Gernez* и *Н. И. Напалкова* показали, что всякий отросток, лежащий в грыжевом мешке, всегда носит следы патологических изменений. «Едва ли целесообразно, стоя с ножом в руках, вправлять в брюшную полость отросток, заведомо измененный, заведомо несущий среду для развития бактерий», пишет *В. Р. Брайцев*. «Удаление червеобразного отростка должно составлять правило», говорит в своей статье об аппендиците в паховой грыже *С. Я. Якобсон*. Того же мнения держатся и другие авторы. Это положение, конечно, имеет свой *raison d'être*, в этом нас убеждают имеющиеся обычно уже макроскопически, изменения отростка в грыже. Если даже в отдельных случаях выпавший в грыжу отросток и будет на вид не изменен, то аппендэктомия, на основании вышеизложенного, будет иметь вполне обоснованное профилактическое значение. Опасность от дальнейшего пребывания в организме уже травмированного за время существования грыжи отростка, будет устранена, вреда же никакого не будет. Это нам доказывает колоссальное количество произведенных обычных аппендэктомий.

В заключение позволяю себе остановиться на следующих выводах:
1. Выпадение отростка в грыжу, за редким исключением, осложняется грыжевым аппендицитом. Это страдание свойственно преимущественно детскому и пожилому возрастам.

2. Диагностика грыжевого аппендицита в большинстве случаев очень трудна, и там, где позволяют условия, даже при малейшем подозрении на присутствие отростка в грыже, следует воспользоваться для распознавания методом рентгенографии отростка и слепой кишки.

3. Грыжесечение, в случаях грыжевого аппендицита, должно производиться безотлагательно и, как правило, сопровождаться удалением отростка, независимо от степени его изменения.

Заканчивая настоящую работу считаю приятным долгом принести глубокую благодарность проф. Д. П. Кузнецкому за предоставленную тему и материал.

ЛИТЕРАТУРА.

1) Проф. Кузнецкий Д. П. «О грыжевом аппендиците». Новый Хирургический Архив. Т. 1, кн. 2, 1921 г. 2) Д-р Васильев М. А. «Аппендицит в паховых грыжах у мужчин». Рус. Хир. Арх. Кн. 3—4, 1904 г. 3) Д-р Якобсон С. Я. «Об аппендиците в паховой грыже». Нов. Хир. Арх. Т. IV, кн. 1. 1923 г. 4) Д-р Паренаго П. П. «К вопросу о грыжевом аппендиците». Мед. Обзор. № 15, 1914 г. 5) Д-р Брайцев В. Р. «Аппендицит в паховой грыже». Рус. Вр. № 22, 1914 г. 6) Д-р Фрайман С. А. «О грыжевом аппендиците в свете теории Бунге». Нов. Хир. Арх. Т. VI. Кн. 1. № 21. 1924 г. 7) Д-р Гальперн Я. О. «О связи между грыжами и разрывами кишек». Рус. Хир. Ар. Кн. 3. 1909 год.

СЛУЧАЙ ГАЗОВОЙ ЭМБОЛИИ В МОМЕНТ НАЛОЖЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА.

Д-р А. И. ЯКОВЛЕВ.

Уральский Областной Тубсанаторий в Кособродском, Троицкого округа.

Случаи газовой эмболии в момент наложения искусственного пневмоторакса в литературе не часты. По статистике некоторых авторов на 1000 инсуффляций падает один случай газовой эмболии. Исход газовой эмболии всегда зависит от количества поступившего газа в кровяной ток. При небольших количествах больной отделяется непродолжительными (от 3 до 14 дней) парезами и параличами, при больших количествах газа обычно наступает смерть.

Клиническая картина в момент поступления газа в кровеносное русло различна. В одних случаях газовая эмболия начинается «душераздирающим» криком, после чего больной теряет сознание, начинаются судорожные сокращения конечностей, потеря пульса, остановка дыхания и т. д. В других—начинается сразу с потери сознания и судорожных сокращений. Наш случай имеет некоторую особенность: больной в течение 2—3 минут ощущал онемение руки, на которой лежал, «перележал руку».

Причина газовой эмболии всегда одна и та же. Воздух или накачивается аппаратом, или сам поступает в проколотую или разорванную вену. Вены одинаково могут быть проколоты как на висцеральной, так и на париетальной плевре, при одном условии лишь бы расположение их было поверхностно. Накачаться сам воздух может при двух обстоятельствах: во-первых,—либо при наличии газового пузыря, оставленного под положительным давлением, либо при глубоких экскурсиях грудной клетки, в момент глубоких выдыханий. Поступление воздуха в разорванную вену совершается при разрывах шварт; иногда в самой шварте могут organizоваться сосуды, в частности вены, или при отрыве от париетальной или висцеральной плевры отходит венозный сосуд.

Причина газовых эмболий насколько просто объясняется, настолько же трудно предотвращается. Оператор здесь действует всегда в слепую. Учесть расположение поверхности вен невозможно и прокол или допустимый разрыв их—явление безусловно случайное. Ни врач, ни больной ни в коей мере не могут быть застрахованы от подобной роковой случайности.

Существуют советы для предотвращения газовой эмболии, но все они не укладываются в практическую работу врача туберкулезника. Нельзя отказаться от газового пузыря с положительным давлением. Не всякое смачивание мандрена кровью должно заставить врача отказаться от наложения пневмоторакса, да и не каждый прокол сосуда ведет к газовой эмболии.

Описаны случаи появления в полости пузыря фибро-кугелей, происхождение которых есть генерированные капли крови.

При больших и распространенных спайках приходится делать на одну и ту же сторону несколько пузырей и, конечно, все они под положительным давлением. Возможность газовой эмболии в таком случае значительно больше, чем при ординарных пневмотораксах. Жизнь заставляет это делать и проходить мимо случайностей. Газовая эмболия в руках опытного врача ни что иное, как смерть у хирурга от хлороформа и гемофилии.

Привожу кратко историю болезни и картину газовой эмболии.

Больной С. 29 лет, студент. Болен туберкулезом легких более 3-х лет. Весной 1926 года—острый экссудативный левосторонний плеврит. Три месяца курортной обстановки и состояние здоровья и работоспособность восстанавливаются. Зимой 1926 года грипп—обострение ТБК процесса, кровотечение, повышение температуры, увеличение ВК; работу прекратил. С мая 1927 года санаторное лечение до последнего времени, т. е. в течение двух лет с некоторыми промежутками: Чебаркуль, Сухум, Чебаркуль и Кособродск. В августе 1928 г. вторично—грипп, вновь обострение. В сентябре 1928 года поступает в Кособродский тубсанаторий. Диагноз: ТБК легких хронический прогрессирующий В пр. III, лев. III БК. Кв. фиброзно-продуктивно-кавернозный пр. Р. III. Температура субфебрильная. В конце октября наложен искусственный пневмоторакс на левую сторону. Газ поступает в небольшом количестве 250—400 кс), давление остается положительным. Явления интоксикации уменьшаются. С половины ноября температура вновь принимает характер субфебрильный, увеличиваются явления в правой половине легких. В конце ноября наложен правосторонний искусственный пневмоторакс. Явления интоксикации уменьшаются, больной чувствует себя лучше. Газовый пузырь справа увеличивается хорошо, слева с трудом. Обращено внимание на левую сторону, справа полного сжатия не допускается; поддерживается, так называемый, подушечный пневмоторакс. С ноября 28 года по февраль 29 г. клиническая картина спокойная. С марта месяца вновь начинают нарастать явления ТБК интоксикации. В левом легком стетакустические данные показывают, что пузырь недостаточно сжимает легочную ткань. Явилась необходимость образовать добавочные пузыри. 9-го мая удалось найти место плевральной щели и ввести 150 к. с. газа, т. е. образовать второй пузырь. Следовательно, больной С. имел справа один пузырь, хорошо отодвигающий легкое к хилусу, а слева—два пузыря: один приподнимающий легкое кверху от диафрагмы, второй отодвигающий легкое от задней поверхности грудной клетки к передней. Больших результатов в смысле улучшения объективных и субъективных явлений не устанавливалось. Инсуфляции продолжались во все три пузыря; иногда вместе, иногда врозь.

28 июня больному накладывается очередной пневмоторакс. Больной лежит на правом боку, игла вводится в верхний левый пузырь. Манометр показывает колебание $-2 + 2$. Колебания живые. Чувствуя по манометру, что игла прошла в бронх, все-же вводится 100 к. с. газа, после чего манометр показывает те же цифры. Вводилось 100 к. с. потому, что давление в пузыре после наложения 21-го июня оставалось $+1$ и $+3$, т. е. можно было предполагать рассасывание газа и доведение давления манометра до -2 и $+2$. Когда было очевидно, что игла находится в бронхе, иглу начали подавать осторожно вверх (обратно). Появилось давление при вдохе—8, выдох не показал быстрого падения манометра, столб воды в манометре стал мед-

ленно опускаться к нулю. Игла прочищена мандреном, на кончике которого обнаружены следы жидкой крови. После прочистки иглы, манометр показал опять при вдохе—8; обычного падения при выдохе опять не наблюдалось столб манометра медленно опускался к нулю. Вновь прочищена игла; мандрен обильно смочен кровью. Операция прервана. Больному предложено на этот раз отказаться от инсуффляции в верхний пузырь и делать в нижний. Больной укладывается для наложения пневмоторакса в новый нижний пузырь. Через 2—3 минуты заявляет, что ему неудобно лежать: «перележал правую руку». Не придавая большого значения сказанному, больному предложено лечь на левый бок, чтобы делать вдухание сначала в правый, а после в левый нижний пузырь. В момент поворачивания больной сразу потерял сознание, резко побледнел, появились судорожные сокращения конечностей. Быстро приняты меры: грелки, камфора, кофеин и адреналин, последний в сердце. Через 10—15 минут больной открыл глаза, появился пульс, ровное дыхание, бледность с лица исчезла, зрачки нормальны, сознание не вернулось. Спустя некоторое время наступила рвота, что ухудшило состояние больного. Все же признаки оживления и уменьшения грозных явлений были на лицо. Больного с операционного стола перенесли на постель в палату, обложили грелками. Появилась неясная речь: больной просил пить. Через некоторое время вдруг возобновились судорожные сокращения, появилась резкая бледность лица, выступил холодный пот, зрачки расширились, воздух глотался, голова сильно откинулась назад и в течении нескольких мгновений остановилась работа сердца и дыхание. Вновь адреналин в сердце—эффекта нет. Больной погиб. С момента операции до роковой развязки прошло не более полутора часа.

Картина описанной эмболии показывает, что капельки воздуха дважды появлялись около центров дыхания и сердечной деятельности: первый раз благополучно миновали эти центры, второй нарушили их работу и повели к смерти.

Местом входа воздуха в кровеносное русло была вена, проколота при введении иглы в стенку грудной клетки. При выведении иглы обратно, открылись раневые отверстия в вене и воздух насасывался из газового пузыря. Можно предположить, что момент поступления воздуха в вену совпадал с моментом поворачивания больного как в первый раз, так и во второй.

На секции было установлено наличие воздушных пузырьков в венах головного мозга и мозжечка. Далеко зашедший продуктивно-казеозно-кавернозный двухсторонний туберкулез легких. Сердце увеличено в размерах с вялой сердечной мышцей. Следы инъекций адреналина в левый желудок.

«К ВОПРОСУ О ПОЛОВЫХ ИЗВРАЩЕНИЯХ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА».

Д-р А. М. АМИНЕВ—Мотовилиха.

Половые извращения (педерастия, скотоложство или содомия, трибодия и пр.), встречающиеся довольно часто и в чрезвычайно разнообразной форме, редко являются в настоящее время предметом судебного разбирательства, так как в противоположность дореволюционному законодательству, преследовавшему довольно строго половые извращения, советское законодательство половые извращения совсем не преследует и попадают они в судебный зал только тогда, когда они бывают сопряжены с насилием, истязанием и пр. Поэтому не безинтересно поделить случаем сложного полового извращения, с которым мне удалось подробно познакомиться и который был предметом судебного разбирательства. Интересно в связи с этим

отношение советского суда к данному вопросу.

Осенью 1928 г. женщина Г. 32 лет обратилась ко мне для хирургической консультации по поводу заболевания заднего прохода. После осмотра и краткого расспроса, узнав, что муж болен гонореей, я пришел к заключению, что хирургической помощи ей не требуется и так как все жалобы сводились к постоянным болям и жжению в области заднего прохода и в прямой кишке, болям в крестце и внизу живота, обильным белям, болям при мочеиспускании и дефекации и т. д., я остановился на диагнозе: гоноррея заднего прохода, как осложнение гонореи мочеполювых органов, на основании чего и рекомендовал больной лечиться в кожно-венерическом диспансере, но после настоятельных просьб больной я ей выписал соответствующее лекарство, рекомендовав тем не менее систематически лечиться у специалиста.

Помня о большом проценте поражения гонореей заднего прохода, при гоноррее влагалища у женщин по нечистоплотности, путем затекания выделений из влагалища и т. д. (по Муха 10 проц., по Беру 38 проц. — см. R. Franz—«Гоноррея женщины»), я не придавал значения этому случаю и скоро о нем забыл. Однако, вторично я встретился с этой больной на врачебно-экспертной комиссии, куда она была направлена судебным следствием для установления утраты трудоспособности. Здесь она поведала, что муж принуждает ее к совершению половых сношений через задний проход. После этого диагноз гонореи заднего прохода становился несомненным и вполне понятным.

Вскоре больная снова обратилась ко мне с заболеванием печени, а также и с прежним заболеванием, по поводу которого она никак не хотела обратиться за лечением к специалисту, боясь огласки своего заболевания. Заинтересовавшись этим заболеванием, я расспросил ее подробнее и оказалось следующее:

Менструировать стала на 15 году через 4 недели по 3—4 дня болезненно, половая жизнь с 26 лет с замужества. Через несколько дней после замужества у больной появились обильные гнойные выделения из влагалища и сильнейшие боли внизу живота и боли при мочеиспускании, так что она вынуждена была несколько дней лежать на теплой печке животом вниз, при этом муж сознался, что он болен гонореей. Сильные боли внизу живота скоро прошли и остались только хронические ноющие боли в крестце и изменился темп месячных, они стали болезненными. Первое время после замужества половое влечение у больной отсутствовало (*frigidas feminae*). Через несколько месяцев муж стал настаивать на совершении полового акта через задний проход и через рот, жена протестовала, но, поддаваясь

уговорам, с большой неохотой соглашалась. Первое сношение через задний проход было очень болезненным, как при дефлорации, но в дальнейшем болевые ощущения исчезли. Приблизительно к началу педерастии относится и появление оргазма у жены, что муж всецело объяснял этим извращением, уверяя, что так живут все, но упорно это скрывают. Однако, если сношения через задний проход не встретили особенно сильного противодействия со стороны жены, так как болевые ощущения скоро исчезли, а половое удовлетворение она стала получать одинаково, как при сношении *per vaginam*, так и *per anum*, то половой акт через рот всегда вызывал резкие протесты со стороны жены. Наиболее удовлетворяющим мужа методом полового сношения было последовательное совокупление через задний проход, влагалище и через рот с окончанием полового акта во влагалище или заднем проходе. Конечно, половой член без всякой предварительной очистки переходил из влагалища или ануса в рот при наличии к этому же у мужа гонореи, а раза 2 эякуляция происходила в рот, что неизбежно вызывало повторную рвоту у жены. Никакие уговоры, увещевания, протесты, предупреждения со стороны жены не приводили ни к чему, хотя в большинстве случаев половые сношения производились нормально, довольно часто муж прибегал к извращенным формам. Наконец, измученная женщина подала на своего мужа в суд, несмотря на всю свою привязанность к нему. Судебным следствием она и была направлена для исследования половой сферы и заднего прохода.

Выделения из влагалища исследовались многократно и хотя в меньшинстве исследований, но гонококки были обнаружены. В прямой кишке гонококков не было обнаружено (при исследовании мазков), но при ректоскопии обнаружено, что слизистая кишки несколько гиперемирована, а сфинктер заднего прохода явно ослаблен. Судебное следствие тянулось долго и жена, взяв слово с мужа не прибегать к извращенным половым сношениям, продолжала не плохо жить с ним и многократно просила судебные органы прекратить это дело и характерно, что всегда она получала ответ, что если в большинстве случаев по заявлению потерпевшего судебное следствие прекращается, то в данном случае этого не будет сделано и, что процесс следовало бы разбирать даже в порядке показательного, в виду его особого интереса.

15 апреля 1929 года народный суд 7 уч. г. Перми нашел, на основании данных предварительного следствия и свидетельских показаний (я был одним из 2-х свидетелей) обвинение в сношении через задний проход, при нежелании этого другой стороной, доказанным и по статье 150 У. К. (заражение венерич. болезнью)

приговорил к 1 году заключения и по ст. 151 (понуждение женщины к вступлению в половую связь или к удовлетворению половой страсти в иной форме лицом, в отношении коего женщина является материально или по службе зависимой) к 3-м годам, а по совокупности к 3 годам заключения. Интересно, что супруги продолжали вместе жить и, несмотря на следствие, угрозу суда, данное жене слово, муж неоднократно настаивал на своих извращенных формах половой связи, но встречал категорический отказ со стороны жены. Однако, после суда до момента заключения муж, решив, что ему нечего терять, в течение м-ца измучил жену разнужданной половой жизнью со всевозможными извращениями с преобладанием описанных форм. Я неоднократно беседовал с мужем по поводу его половой жизни, стараясь выяснить мотивы извращения, но он упорно отрицал все эти извращения, соглашаясь, что, может быть, в пьяном виде он один раз совершил половой акт через задний проход, так же он показывал и на суде и, когда жена указала суду, что подсудимый не пьет, он был поставлен перед судом в щекотливое положение.

Хроническая гоноррея мужа была налицо и, несмотря на аккуратное, по его сло-

вам, лечение, излечения не наступало.

Жена долго лечилась у меня промыванием прямой кишки раствором препаратов серебра (колларгол, протаргол, AgNO_3) и др. препаратами, параллельно она лечилась и от гонорреи мочеполювых органов со значительным улучшением.

Вопросами кассации самым энергичным образом занималась жена, но она не могла найти ни одного защитника, который бы взялся за это дело, так как все его считали совершенно безнадежным в смысле смягчения наказания. В дальнейшем кассколлегия утвердила приговор нарсуда.

Таким образом советский суд встает на защиту интересов пострадавшего, когда не преследуемые половые извращения, переходя границу, превращаются в насилие, истязание и т. д.; с другой стороны не нужно забывать и того, что все эти педерасты, садисты, мазохисты и множество других являются больными людьми в области полового влечения и половых отправления, вследствие ли расстройства функций желез внутренней секреции, аномалии анатомического развития половой сферы или по каким нибудь другим причинам и может быть больше они нуждаются в лечении, чем в наказании.

3 — 8 ЯНВАРЯ 1930 г.

Областной научный с'езд врачей.

:: :: :: Как идет подготовка к нему на местах? :: :: ::
:: :: :: В чем выразится Ваше личное участие в нем? :: :: ::
Какие организационные указания хотели бы Вы сделать Оргбюро?
Удовлетворяет ли Вас программа работ пленума и секций с'езда?
О ВСЕМ ЭТОМ ПИШИТЕ В ОРГБЮРО С'ЕЗДА, (Свердловск,
:: :: Областной здравотдел. Ул. Розы Люксембург, 34) :: ::

МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НОЗЫХ ЖИЛИЩ В ЛЫСЬВЕНСКОМ ЗАВОДЕ.

(К вопросам санитарной оценки нового жилищного строительства).

(Из санитарной лаборатории Пермского Окргздрава, Завед. проф. К. Н. ШАПШЕВ).

И. Н. ОКУЛОВ, Пермь.

По предложению сан-эпида Пермского окргздрава санитарной лабораторией в феврале месяце текущего года было произведено обследование типовых жилищ вновь построенных домов в заводе Лысьва, для гигиенической оценки метеорологических факторов. Жилищный кризис в Лысьве крайне напряженный и для уменьшения его за последние 3 года довольно широко развернулось новое строительство, которое почти полностью шло в сторону возведения однотипных двухэтажных 8 квартирных домов деревянных и отчасти каменных. По сведениям строительного отдела Лысьвенских заводов с 1925 года по 1 января 1929 г. всего построено и эксплуатируется 45 домов с 348 квартирами, из них 37 двухэтажных деревянных 8 квартирных, 5 таких же каменных и 3 двухэтажных деревянных 4 квартирных. Строительство производилось сначала Госстроем (15 домов—1-го типа), а затем полностью Уралпромстроем. Типы квартир почти одинаковы во всех 8 квартирных домах, как деревянных, так и каменных, и состоят из 2 комнат, кухни и прихожей, причем кухня жильем обычно не служит. Разница квартир—в деталях, касающихся устройства уборной, чулана, расположения печей, величины кухни, внутреннего соединения комнат между собою (некоторые квартиры имеют комнаты, сообщающиеся между собою внутренней дверью, в других каждая комната имеет свою особую входную дверь из прихожей) и т. д. Как правило отмечается, что каждая комната в квартире является самостоятельной квартирой с одной, а иногда и двумя семьями; 4-х квартирные дома строили с квартирами из 4 комнат с кухней, ванной и прихожей, но и здесь отдельные комнаты являлись или самостоятельными квартирами, или, в лучшем случае, на 1 квартиру приходилось по 2 комнаты.

Обследованием были охвачены по одному дому каждого типа, причем в каждом доме обследовано по половине имевшихся в них квартир, всего в количестве 10 (по 4 квартиры в 8 квартирных домах—деревянном и каменном и 2 квартиры в 4-х квартирном деревянном доме). Каждая жилая комната квартиры обследовалась в отношении: 1) температурных условий, с помощью выверенных термометров, в 10 отдельных точках, из них 5 точек верхних, на высоте около 1,6 мтр. (верхняя зона) и 5 точек нижних, на расстоянии около 10 сант. от пола (нижняя зона). Из каждых 5 точек 4 были угловыми и 1 центральная. 2) Влажности, с помощью психрометра Ассмана, то в двух точ-

ках каждой зоны, то чаще в 3-х и иногда в 4-х. Этими точками были одна центральная и остальные угловые, из которых одна обычно в углу у наружной стены. 3) Комфортных условий с помощью кататермометров сухого и влажного призматического термометра, при этом в тех же самых точках, что и психрометрия. Так как показания кататермометров сухого и влажного не всегда при конечных подсчетах дают одинаковые выводы о комфортных условиях, то оставляя разбор этих несоответствий до отдельной работы по методике исследования, я в своих выводах буду базироваться на показаниях сухого кататермометра, как более правильно отражающего физические условия воздуха жилых помещений, предназначенных для лиц, находящихся в спокойной домашней обстановке.

В своих выводах в отношении теплового режима я в дальнейшем базируюсь на цифрах, принятых мною за норму от 15 до 18 град. С, причем различными авторами предел температурного минимума и максимума варьируется весьма различно, особенно в сторону максимума, доходя до 21 град., что для обычного жилого помещения едва ли можно считать нормальным^{*)}. Чтобы иметь общее представление о температурных условиях разбираемых квартир, в дальнейшем все температурные точки по отдельным домам разбиваются мною на 3 различные температурные группы в проц., в зависимости от показаний термометров, причем точки с температурой ниже 15 град. попадают в группу холодных точек, от 15 до 18 град. в группу нормальных точек и выше 18 град. в группу точек с температурой выше нормальной.

Точно такие же процентные показатели приведены и по отношению к влажности, где точки с относительной влажностью в 30—60 проц. составляют группу нормальных показателей влажности, выше 60 проц. группа, характеризующая сырость помещения и ниже 30 проц.—недостаточная влажность.

В отношении кататермометрии Н от 5,5 до 7 дает группу, характеризующую комфортные условия, Н ниже 5,5—антикомфортные условия в сторону перегревания организма и Н выше 7—антикомфортные условия в сторону охлаждения тела. Такое деление на группы по кататермометрии сделано согласно указаний большинства авторов, хотя некоторые придерживаются и другого деления.

4) Комфортных условий с помощью градусов ЭТ и ЭЭТ, вычисленных по термометрической карте, исходя из показаний психрометра. Полученные в этом случае выводы опять таки расходятся с данными термометрии и кататермометрии и являются более интересными в методологическом, чем в практическом отношении, почему разбор полученных данных здесь не приводится. 5) В каждой квартире, кроме того, бралась проба воздуха для определения СО, которая определялась микрометрическим методом по способу Реберга-Винокурова, и, наконец, 6) в каждой квартире собирались с помощью обследовательской анкеты общие сведения о санитарно-гигиеническом состоянии квартиры, касающиеся площади пола, кубатуры, освещения и т. д. Общая характеристика этих данных будет дана в конце статьи.

Исходя из полученных инструментальных данных, данных лабораторного анализа и анкетного материала, в последующем я попытаюсь дать оценку тому новому жилищному строительству, типы которого

*) От ред.: «Санит. правила постройки жилых зданий», утвержденные НКЗ. 26-VII, 29 г., п. 13, устанавливает нормальн. ¹⁰ жил. помещений в пределах от 17,5 до 19,5, допуская колебания от 16⁰ до 21⁰ С.

мною обследовались. Принимать свои выводы достаточными для полной характеристики и оценки метеорологических факторов я не считаю возможным, так как для этого требовалось бы соответствующие исследования расширить в сторону и большего охвата жилищ и большего числа наблюдений над каждой квартирой не только в данный зимний период, но и в другие времена года, а также и в различное время дня для выявления влияния топки печей на тепловой режим помещения, хотя все же данные, полученные этим обследованием, дают представление о метеорологических факторах жилищ в наиболее холодное время года, довольно типичное для данной местности. Поставить же исследование по полной и всесторонне составленной программе мне, по условиям работы, пока не представилось возможным.

Восьмиквартирный двухэтажный каменный дом обследовался в одной своей половине (по 2 квартиры в каждом этаже) в течение 2 дней, при температуре наружного воздуха в -25 и -37 град. С, при не особенно сильном юг.-в. ветре. Контроль температурных данных показал неравноценность квартир в этом отношении, в зависимости от того, является ли квартира крайней в доме с тремя наружными стенами (а из них еще более резкие колебания дает квартира нижнего этажа) или же квартира является средней в доме, лишь с двумя наружными стенами. Так, в верхних точках следует отметить лишь отдельные пункты в крайних квартирах обоих этажей, где температура определена в 14 град. (минимум), при нормальной или даже повышенной температуре в других точках, тогда как в других квартирах (не крайних), температуры ниже 15 град., и то в единичных точках, не найдено; чаще же она отмечается выше 20 град., доходя в отдельных точках до 27 град. (максимум). В нижних точках (у пола) температура в крайней квартире нижнего этажа почти не поднимается выше 10 град., давая показания по углам в 8—9 град. (минимум), при чем одновременно отмечается промерзание наружной стены со снегом по углам и жалобы хозяев квартир на холод с пола. В других квартирах термометры показывают различную температуру в зависимости от места измерения, при чем чаще отмечается температура в пределах нормы, но во всех квартирах у наружных углов имеются точки с пониженной против нормы температурой в 10—11 град.

Колебания температуры по горизонтали по отдельным комнатам в верхней зоне отмечены от 4 град. (минимум) до 9 град. (максимум), чаще в 5—6 град., а в нижних точках при том же минимуме и максимуме чаще в 7 град. и выше. Такие колебания температуры по горизонтали при приблизительно одинаковых площадях комнат этого дома, а также и других обследованных домов, происходят на расстоянии от 3 до 6 метров. По вертикали, на расстоянии полуторных метров от одной точки до другой, колебания отмечены от 3 град. (минимум) до 10 град. (максимум), с преобладающим количеством точек с разницей в 4—7 град., при чем более значительный размах колебаний по вертикали отмечается в квартирах нижнего этажа.

Невольно привлекают внимание температурные условия в кухнях этих квартир, которые хотя и не являются жилыми комнатами, но связаны с квартирой. Кухня крайней квартиры нижнего этажа только в углу около печи в верхней зоне имеет температуру в $+5$ град., в остальных же местах она ниже нуля и около пола у наружной стены падает до -8 град. В других квартирах таких условий не отмечено, но в двух из них у наружных стен температура в верхней зоне найдена в $-8-10$,

а около пола во всех кухнях ниже нормы, опускаясь до + 2 град. (минимум) и нигде не поднимаясь выше 11 град. (максимум).

По проц. температурным показателям мы видим, что 45 проц. точек 4-х квартир обследованного дома показывают пониженную против нормы температуру, а из них 6,7 проц. имеют температуру ниже нуля, причем последняя цифра целиком падает на кухню крайней квартиры нижнего этажа, а остальные 38,3 проц. точек, ведущих к охлаждению тела, относятся в большей своей части к нижним точкам около пола и в незначительном числе к верхним точкам, у наружных стен крайних квартир. С нормальной температурой найдено 30 проц. точек, которые почти в одинаковой мере отмечены и в верхних и в нижних точках, и, наконец, 25 проц. точек говорят о повышенной против нормы температуре, почти полностью найденных в верхней зоне. Если не принимать во внимание данных обследования кухон, где отмечены почти одни холодные точки, то картина несколько меняется и получаются такие цифры: в 33,7 проц. нормальные условия, 36,3 проц. жарко и 30 проц. холодно.

Что касается влияния топки печей на тепловой режим, то мои результаты нельзя поставить в связь только с топкой печей; так, обследование крайней квартиры нижнего этажа производилось днем после топки кухонной печи, а результаты измерения этой квартиры наиболее отрицательны в сторону пониженной температуры, что может зависеть от малой нагревательной способности кухонной печи и от других технических особенностей этого помещения, тогда как средняя квартира нижнего этажа, давшая наиболее высокую температуру, обследовалась утром до топки печей, из которых комнатная (голландка) топила накануне вечером.

Влажность определялась только в жилых комнатах. Повышенная влажность из обследованных 4 квартир найдена во всех точках нижней зоны только крайней квартиры нижнего этажа, где она доходит до 75 проц. В других же квартирах с повышенной влажностью найдены лишь отдельные точки в углах у наружной стены с окнами, около пола, где она определена в 82 проц. и 74 проц. (средние квартиры обоих этажей). В верхних точках и в других пунктах нижней зоны влажность не превышает допустимых цифр и чаще отмечается в 35-45 проц. с минимальной цифрой в 34 проц. Вычисляя проц. соотношение точек с нормальной и повышенной влажностью, мы видим, что 79,2 проц. точек имеют нормальную и 20,8 проц. повышенную влажность, почти целиком падающую на крайнюю квартиру нижнего этажа.

Кататермометрия, проведенная только в жилых комнатах, без кухон, по своим конечным выводам дает характеристику отдельным квартирам довольно близкую к таковой по термометрии, хотя, конечно, полного совпадения здесь нет, да его нельзя и ожидать, поскольку ката дает оценку комфортных условий по совокупному действию нескольких метеорологических факторов, с одной стороны, и по меньшему числу точек измеренных ката по сравнению с числом термометрических точек с другой. Здесь снова ката подтверждает, что крайняя квартира нижнего этажа, если в верхних точках дает по равному числу точек с комфортными и антикомфортными условиями в сторону перегревания, то в нижних точках везде имеются антикомфортные условия в сторону охлаждения. По другим квартирам верхние точки почти полностью характеризуются как ненормально теплые, а нижние дают смешанную картину с почти одинаковым количеством точек комфортных и харак-

теризующих задержку теплоотдачи (перегревание) и изредка ведущих к охлаждению тела.

Процентные показатели кататермометрии по обследованным квартирам таковы: 33,3 проц. точек говорят о комфортных условиях, причем в большем своем числе эти точки найдены в нижней зоне (около пола), 50 проц. точек, падающих главным образом на верхнюю зону, характеризуют ненормальные условия, ведущие к перегреванию организма (Н ниже 5,5) и 16,7 проц. точек говорят о повышенной теплоотдаче, ведущей к охлаждению тела (Н выше 7), при чем эти точки целиком падают на нижнюю зону и в большем своем числе отмечены в крайней квартире нижнего этажа.

Количество угольной кислоты, которая определялась в 5 пробах воздуха из 4 квартир, взятых в различное время дня в моменты инструментального обследования квартир, найдено в пределах от 0,05—до 0,13 проц., с промежуточными цифрами в 0,06—0,07 и 0,09 проц.

Восьмиквартирный двухэтажный деревянный дом обследовался точно также в одной своей половине (по 2 квартиры в каждом этаже), при температуре наружного воздуха в—26, и довольно резком ю.-в. ветре.

По тепловому режиму квартиры дают несколько различную картину в зависимости от того, в каком этаже квартира находится, при чем эта разница более заметна в нижних точках. Так, температура верхних точек всех квартир этого дома, за исключением одной комнаты крайней квартиры нижнего этажа, где у наружной стены температура отмечена в 12,5 и 13 град., выше средних нормальных цифр, доходя до 26 град., в большинстве же точек давая показания в 20—22 град. В нижних точках положение резко меняется и мы видим, что здесь у крайней квартиры нижнего этажа температура опускается ниже нуля (—0,5 град., —1 град., —3 град.), ни в одной точке не поднимаясь выше 11 град. В другой квартире нижнего этажа минимальная температура отмечена в 8 град., а максимальная (одна точка около печи) в 17 град., с преобладающей температурой в 11—12 град. В квартирах верхнего этажа температура в нижней зоне в большинстве точек отмечена в 16—18 град., при максимальном показании в 21 град. и с понижением в угловых точках у наружной стены крайней квартиры до 10 град. (минимум).

Колебания температуры по горизонтали (расстояние 3—6 метров) в верхних точках от 1 град. (минимум) доходят до 7 град. (максимум), чаще в 4—5 град., а в нижних размах значительно больший и колеблется от 3 до 10 град., чаще выше 6 град. Заметной разницы в колебаниях по горизонтали между квартирами верхнего и нижнего этажа отметить не удалось.

По вертикали особенно необычные размахи дает крайняя квартира нижнего этажа, где разница между верхними и нижними точками достигает до 24 град. (максимум), в большинстве точек превышая допустимую норму в 5—7 раз. В остальных квартирах преобладают колебания от 4 до 9 град., при минимальной цифре в 0 град. (в углу у печи температура в верхней и нижней точке = 21 град.). Между квартирами верхнего и нижнего этажа отмечается в отношении колебания температуры по вертикали резкая разница и в нижнем этаже эти колебания значительно больше.

Таким образом в особо неблагоприятных температурных условиях найдена в этом доме крайняя квартира нижнего этажа, где, на ряду

с отрицательными показаниями термометров, отмечается промерзание углов и намерзание снега до 1 сант. толщиной. Промерзание наружной стены и снег в углу отмечаются также и в верхней крайней квартире. Причиной ненормальных температурных условий этой квартиры и некоторых точек такой же квартиры верхнего этажа, помимо их крайнего положения, следует считать еще и плохое пробивание пазов стен, на что жаловались хозяева квартир, нередко сами со стороны помещения затыкавшие щели тряпками. Процентное соотношение температурных точек в этом доме, без кухон, которые не обследовались, так как не являлись жилыми и особыми условиями не отличались, следующее: нормальная температура найдена в 18,6 проц. точек, повышенная, падающая почти целиком на верхние точки, в 48,8 проц. и пониженная в 32,5 проц., причем из последнего числа 3,7 проц. точек (за счет крайней квартиры нижнего этажа) имели температуру ниже нуля. Обследование в этом доме производилось в 3-х квартирах через 2—6 часов после топки печей и лишь 4-я (внутренняя во 2-м этаже), давшая наиболее высокую температуру, обследовалась до топки печей, так что и здесь отметить влияние только одной топки печей на повышение или понижение температуры не удалось.

Влажность воздуха и в этом доме в своих процентных соотношениях почти совпадает с влажностью рассмотренного выше каменного дома и 80,4 проц. точек говорят о нормальной влажности, а остальные 19,6 проц. о повышенной, достигающей до 85 проц., причем повышенная влажность падает почти целиком на нижнюю зону, и главным образом в крайней квартире верхнего этажа, где на нижних венцах сколола пола отмечаются плесень и сырость и, по сообщению хозяина квартиры, во время дождей вода попадает в помещение через пазы наружной стены.

Кататермометрия по отдельным квартирам этого дома показывает, что в верхних точках всех квартир, за исключением крайней квартиры нижнего этажа, где наполовину кататермометр показывает комфортные условия, Н говорит об антикомфортных условиях в сторону перегрева организма. В нижней зоне картина получается пестрая: крайняя квартира нижнего этажа почти полностью дает точки с усиленной теплоотдачей (Н больше 7), средняя квартира нижнего этажа большинство точек дает с нормальным Н, при двух точках, ведущих к охлаждению. Крайняя квартира верхнего этажа дает большую часть точек с нормальным Н, 2 точки — с Н, говорящим о задержке тепла, и в одной точке в углу у наружной стены Н найдено в 9,6 и, наконец, все точки нижней зоны средней квартиры верхнего этажа* говорят о перегревании организма (Н меньше 5). В проц. соотношениях распределение точек кататермометрии, характеризующее те или другие условия, следующее: 25 проц. точек говорят о комфортных условиях, 60,7 проц. об антикомфортных условиях, ведущих к перегреванию тела, и 14,3 проц. об усиленной теплоотдаче. К какой зоне, верхней или нижней, относятся те или другие точки — видно из вышеприведенного разбора результатов кататермометрии.

Угольная кислота по отдельным квартирам найдена в количестве 0,05 проц., 0,09 проц. и даже 0,12 проц., и 0,14 проц. в наиболее перенаселенных квартирах.

Четырехквартирный, двухэтажный, деревянный обследовался в своих двух квартирах — по одной в каждом этаже. Обследование производилось при температуре наружного воздуха в — 30 град. и довольно сильном ю.-в. ветре.

По температурным условиям в этом доме более холодной найдена квартира нижнего этажа, где в трех комнатах в верхних точках около наружных стен отмечена температура ниже нормы, доходящая до 10° (минимум), при нормальной и даже повышенной температуре в одной комнате, где при обследовании топились железная печка. В этих же точках квартиры верхнего этажа нигде не отмечено температуры ниже 17 град. (минимум), чаще же она выше 20 град. и доходит до 24 град. (максимум).

По нижним точкам эта разница в температуре еще заметнее и в нижней квартире в одной из комнат у наружной стены температура отмечена в — 1 град., а также и во всех других точках температура ниже нормальной и редко превышает 10 град., а в верхней квартире в этих же точках температура или дает нормальные цифры, или чаще все же пониженные, но не ниже 11—13 град.

По горизонтали (расстояние 3—6 метров) колебания в верхних точках в нижнем этаже отмечены от 4 град. (минимум) до 9 град. (максимум), а в верхних от 3 до 5 град. В нижних точках нижнего этажа размах колебаний от 3 до 11 град., а в верхнем этаже от 2 до 7 град.

По вертикали колебания в квартирах верхнего и нижнего этажа почти одинаковы и чаще отмечены в 7—10 град., хотя максимальные колебания в нижнем этаже доходят до 14 град., а в верхнем не превышают 11 град.

Кухни обоих этажей совсем не дают нормальных температурных показаний ни в верхней, ни в нижней зоне, причем в кухне нижнего этажа в верхних точках нет температуры выше — 8 град., а в кухне верхнего этажа выше 11 град. В нижних точках кухня нижнего этажа имеет температуру везде ниже нуля, падая до — 6 град., у наружной стены, а в кухне верхнего этажа в 4-х точках температура найдена в пределах — 1—4 град. и в пятой, около входной двери — 2 град. Таким образом, видим, что в квартирах этого дома нормальных температурных условий нет, особенно в нижней зоне жилых комнат и кухон, почему и понятны жалобы жильцов на быстрое остывание помещения и особенно ощутимый холод около наружных стен, которые в нижнем этаже промерзли и покрыты снегом. Процентные показатели температурных условий, вместе с данными кухон, такие: 18 проц. точек показывают нормальную температуру, 25 проц.—выше нормы и 57 проц. ниже нормы, а из них 7 проц. точек имеют температуру ниже нуля. Без кухон соотношения несколько другие, а именно: 22,5 проц. норма, 31,3 проц. жарко и 46,2 проц. холодно, что все же является показательным, если принять во внимание, что: 1) в нижней квартире в 3-х комнатах имеются железные печи, а в верхней по 1 железной печке на 2 комнаты, 2) обследование производилось во время и после топки одной железной печи в нижней квартире и обеих печей в квартире верхнего этажа. Все это до некоторой степени повысило процент точек с температурой в пределах нормы и выше ее, без чего процент холодных точек был бы еще более значительным.

Влажность квартир этого дома, как и следовало предполагать, дает необычную картину, а именно 64,6 проц. точек имеют влажность ниже нормы, доходящую до 21 проц., что, конечно, зависит от добавочного отопления в виде железных печек; затем 29,2 проц. точек говорят о нормальной влажности и 6,2 проц.—о повышенной (максимум 71 проц.), отмеченной в углах у наружных стен и около умывальника.

Кататермометрия квартир этого дома показывает, что в верхней зоне нижней квартиры большая часть точек говорит о перегревании тела, часть из них указывает на комфортные условия и одна точка (в углу у наружной стены) указывает на охлаждение тела, тогда как в верхней квартире в этих же точках полностью отмечаются условия, ведущие к перегреванию тела (Н почти везде ниже 4). В нижних точках нижняя квартира дает Н почти везде (10 точек из 12) выше 7, чем подтверждается аналогия между показаниями термометров и ката. В верхней квартире 7 нижних точек из 12 говорят по показаниям ката о комфортных условиях и 5 точек об антикомфортных условиях в сторону охлаждения тела. По проц. показателям 27,1 проц. точек отмечают комфортные условия, 39,5 проц. о перегревании тела и 35,4 проц. об охлаждении.

Угольная кислота определялась в 3-х пробах воздуха и найдена в количестве 0,06 проц., 0,08 проц. и 0,12 проц., причем последняя цифра найдена в воздухе комнаты, где во время обследования топилась железная печь и кубатура воздуха не соответствовала санитарной норме.

Наконец, суммируя некоторые наиболее важные пункты общесанитарного обследования квартир по анкете, мы видим, что и в этом отношении нормальные условия имеются лишь по световой площади в двух домах: 8 квартирном каменном и 4 квартирном деревянном, где световой коэффициент имеется от 1 : 4 до 1 : 6, тогда как в 8 квартирном деревянном доме световой коэффициент в большой комнате найден в соотношении 1 : 11, а в малой 1 : 14, т. е. в новом строительстве этого типа не выдержана санитарная световая норма. Все квартиры имеют электрическое освещение и оконные форточки для вентиляции. По числу семей преобладают квартиры с 2 семьями (7 квартир из 10), с 3 семьями найдено 2 квартиры и 1 квартира односемейная. Число людей на 1 комнату колеблется от 2 до 5 человек. Площадь пола на 1 человека минимальная найдена в 3,3 кв. метр. и максимальная 7,6 кв. м., со средней цифрой в 5,2 кв. м. Соответственно площади пола найдена и кубатура воздуха на каждого жильца, минимальная в 9,35 к. метр., максимальная в 22,8 кб. м. и средняя в 15,4 кб. метр.

Подводя общие итоги для санитарной оценки новых жилищ, можно сделать следующие выводы:

1. Температурные условия всех типовых домов в большинстве случаев не отвечают гигиеническим требованиям, причем колебания температуры по горизонтали, и особенно по вертикали, в несколько раз превышают допустимую норму. Такой вывод подтверждается как термометрией, так и кататермометрией.

2. Особенно неблагоприятные данные имеются в крайних квартирах нижних этажей, причиной чего можно считать, кроме их крайнего положения при 3 открытых стенах, еще недостаточную изоляцию от подпольного пространства и недостаточную толщину стен или плохую пробивку пазов.

3. Кухни большинства квартир по температурным условиям не могут служить жилым помещением, так как здесь нередко температура опускается ниже нуля.

4. Квартиры верхних этажей являются более теплыми, что можно объяснить проникновением тепла из нижнего этажа через пол и межпольное пространство.

5. В отношении влажности в большинстве квартир отмечаются нормальные условия. Увеличенная влажность отмечается лишь в холодных местах нижней зоны, а уменьшенная в квартирах с железными печами.

6. Количество угольной кислоты в некоторых квартирах превышает допустимую норму, доходя до 0,14 проц., что по нашим данным скорее надо связать с перенаселенностью квартир, а не с уменьшением естественной вентиляции.

7. Световой коэффициент квартир 8 квартирного деревянного дома недостаточен.

8. Новое жилищное строительство все же пока не дает нормальных жилищной площади и кубатуры.

Таким образом изучение метеорологических факторов нового жилищного строительства в Лысьве указывает на наличие некоторых дефектов в этом строительстве, ведущих к созданию антигигиенических условий, в основном в смысле колебания тепла по вертикали, условий, при которых нередко верхняя часть тела оказывается в зоне перегревания, в то время как ноги в зоне охлаждения и иногда даже ниже 0 град. Такие метеорологические условия жилищ, конечно, могут вести к различного рода заболеваниям, главным образом простудного характера. Все это говорит за то, что строительным организациям при дальнейшем строительстве надо учесть эти дефекты и принять все меры к их устранению.

В заключение считаю своим долгом за руководство и указания при выполнении этой работы выразить свою благодарность профессору К. Н. ШАПШЕВУ и поблагодарить за техническую помощь в работе санитарного врача г-р. Лысьвы доктора З. ЕРШОВУ.

ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ РАБОЧИХ ЛЕСОЗАГОТОВОК В ПЕРМСКОМ ОКРУГЕ.

А. И. РАНОВ.

Литература о повседневной работе санитарных врачей невероятно традиционна. С земских времен мы стремимся в своих печатных материалах всегда оставаться в роли добросовестного протоколиста, и только. Наши выводы и анализ материалов не выходят из рамок, может быть, крепко схваченного и фотографически точного, но, за редким исключением, одномоментного обследования. Санитарный врач никак не может привыкнуть к новой роли активного участника социалистического строительства. Он чаще и с большей охотой облекается в порывевший мундир «инспектора» и «контролера», надзирающего и бесстрастно описывающего и предлагающего кому-то более сильному и авторитетному действовать. Пришло время, и, пожалуй, давно пришло не только констатировать на страницах нашей прессы санитарные дефекты и успехи, но и показать роль санитарной организации в изменении трудовых и бытовых благоустройств среды*). От описания санитарно-трудовой и санитарно-бытовой статистики к описанию изменений и сдвигов в обследуемом материале—таков путь, каким должен идти всякий помещаемый в печати материал. Эта установка и положена в основу проведенной автором работы по изучению санитарно-бытовых условий рабочих на лесозаготовках.

*) От редакции: Автор напрасно считает себя первым, вставшим на этот путь освещения работы sanit. организации. Ознакомление со спец. периодической печатью не подтверждает положения автора.

Леса Уралобласти занимают внушительную площадь в 74,3*) миллиона гектар. Согласно данным Облзу удобны для эксплуатации 35,4 м. г. В качестве основных потребителей древесины выступают металлургия и лесная промышленность. Участие металлургии по данным 1928 года выражается в 40,09 процентов всей заготовленной древесины, лесопромышленности в 30,09 проц.

На наших глазах проходили изменения в организации лесозаготовительного дела. Было время (1924-1925 г.), когда заготовительные операции зачастую находились в руках подрядчиков. Ныне они в Пермском округе сосредоточены в руках лесных отделов заводоуправлений или в руках лесничеств (заготовки Пермского Лесозага). В ведении лесных отделов заводоуправлений находится ряд приписанных к ним лесных дач. Управляющие этими дачами лесничие одновременно выполняют и наркомземские задания по охране леса, а также задания лесного отдела заводоуправления по заготовкам древесины (топливной и строевой).

Первичным лесозаготовительным пунктом по лесной даче служит курень. Этот своеобразный лесной центр включает, как правило: 1) кордон: дом, где живут начальник куреня, куренщик, лесной сторож (не всегда, — обычно один на несколько куреней), надзирающий за охраной леса, и где помещается куренная контора); 2) проходную казарму постоянного типа для направляющихся на места работы лесорубов или приходящих за выпиской продуктов и расчетом. В этой казарме лесорубы задерживаются на несколько часов, а иногда и ночуют. 3) казарму или несколько казарм постоянного типа для конно-возчиков, свозящих из ближайших лесосек дрова и строй к сплавной речке, на которой стоит курень; 4) продуктовый склад, 5) пекарню (не всегда); 6) баню. В отдельных случаях курень комбинирует лесозаготовительные операции с углежжением. Тогда курень обрастает жилыми домами постоянных рабочих углежжения. Под ведением куренного центра в районе отведенной ему территории на местах рубок в лесосеках расположены барак непосредственно производящих рубку или возку леса рабочих. Расстояние барак в лесосеках от куреня весьма различно, от 1 до 12 км., расстояние между куренями от 8 до 25 км.

Рабочей силой обследованные нами районы снабжаются своеобразно. Как правило, снабжение рабочей силой лесозаготовительных пунктов происходит из населенных мест либо расположенных в самом районе лесозаготовок, либо отстоящих от них в радиусе 150—200 км. Заготовки Чусовского района Пермского округа расположены на ненаселенной территории, и заводоуправления (Чусовское, Пашийское и Теплогорское) и года в год добывают лесорубов путем вербовки в других областях РСФСР. Чусовляне специализировались на нацменах: в бараках чусовских лесозаготовок встретишь наряду с испытанными лесорубами коми, татаро-башкир, вотяков и даже чувашей и марийцев. Пашия и Теплая Гора вербуют великороссов из центральной части республики, а из нацмен только татаро-башкир.

Увеличение из года в год лесозаготовительных заданий влечет за собой затруднения с вербовкой рабочей силы. В последний год названным трем заводоуправлениям пришлось забросить на места работ 5.650 привозных рабочих. Вербовка рабочих, их переброска и другие затраты увеличивают накладные расходы. Так, в 1927-28 заготовительном году заводы Чусовского района истратили на завоз рабочей силы 153.000 руб. Передвижение значительных групп, к тому же не всегда полноценных (нацмены) служит прямой угрозой заносов и распыления на местах заготовок различных

*) Данные взяты из Сборника материалов 4-го Сопещения представителей лесозаготовительных организаций Уральской области. Издание Уральской Областной Комиссии по лесозаготовкам при Облике, г. Свердловск, 1928 г.

инфекций. Отсутствие населенных пунктов неизбежно приводит к продовольственным недостаткам и разрывам в снабжении продуктами первой необходимости. Ни одна зима в районе Чусовских лесозаготовок не проходит без проявления случаев цынги. В качестве вывода естественно напрашивается замена временных рабочих постоянными путем колонизации лесозаготовительных центров. Об этом говорят планы колонизации вносятся в пятилетку, лесоработ, и, очевидно, к заселению в недалеком будущем будет приступлено.

Наше обследование заготовок крупнейших заводууправлений округа (Лысьва, Чусовая, Пашия, Теплая Гора) ведется второй год. Если в прошлом бюджетном году мы обследовали, примерно, около 40 проц. всех объектов, то в текущем году охват объектов достиг 80—90 проц. Нам удалось в текущем году обехать 52 куреня со 146 бараками, 49 складами, 19 пекарнями и 58 банями. Техника обследования сводилась к составлению актов, общий анализ которых сводился к пространному заключению-отчету. Материал заключения совместно с весьма подробным и до мелочей детализированным предписанием, вручался лесному отделу. Данные актов заносились в сводные таблицы. Выдержки из этих таблиц, внушительных бумажных простынь, мы в дальнейшем будем приводить. Материалы обследований доводились до сведения различных организаций, участие которых играло немаловажную роль в наших успехах по устранению замеченных дефектов.

Баракы лесорубов мы обследовали по нами же сконструированной карточке. Привести текст карточки совершенно необходимо. Санврачи смогут нам указать без сомнения на ряд пропусков в учете объектов. Усовершенствованная карточка должна, по нашему мнению, быть введена Облздравом для обследования любых лесозаготовительных районов области с целью унификации техники учета. Итак, наша карточка носила следующий текст:

Курень квартал лесосека № тип. №
 Барак № квартал № лесосека № тип. №
 холодный, сырой (подчеркнуть), стены
 конопатка потолок пол
 живет человек, площадь высота
 кубатура площадь на чел квадр. метр., кубатура
 на 1 чел. куб. метр. Нары, топчаны (подчеркнуть),
 высота нар от пола метр. Клопы Световой
 коэффициент рамы стекла
 вентиляция отопление
 сушилка кипятильник
 умывальник число сосков мыло, полотенце
 (подчеркнуть), уборщица тамбур чулан
 уборные расстояние их от барака метр.
 и их состояние

Примечание:

Подписи: Санврач Куренщик

Нами признавались дефектными баракы с плохой конопаткой и щелями в стенах. Беленые стены, естественно, засчитывались, как положительный момент. Потолок взакрой или вприпазку без промазки щелей глиной и допускающий просеивание надпотолочной земляной насыпи заставлял нас отдать предпочтение потолкам вразбежку («польским»). В отношении пола мы требовали сплошной настилки на лежках, а не укладки или наброски половых досок между нарами прямо на землю. Нормой площади мы брали 3 кв. мтр. на человека, руководствуясь последним 1928 года обязательным постановлением Наркомтруда по этому вопросу. Высоту ниже 2,5 мтр. мы регистрировали, как дефект. Впрочем допустимая кубатура определяется в 7,5 куб. мтр. на человека. В изданном Облик'ом в 1926 году постановлении нормой кубатуры служит цифра 10 куб. мтр. Нам неизвестно, действует ли это обязательное постановление в текущем году. Кроме того, желание не допустить расхождений с хозорганами заставило нас остановиться на норме

НКТ. Нары должны быть высотой от пола не ниже 0,5 мтр. Световой коэффициент в бараках постоянного типа 1 : 10, временных 1 : 5, рамы двойные с целыми стеклами, вентиляцией или двумя форточками с возможностью сквозного проветривания, или вытяжным фонарем в потолке с вентиляционным отверстием, имеющим коэффициент к площади пола 1 : 50. Отопление или кирпичный очаг с плитой и вытяжным колпаком, или, что хуже, чугунный временный, или еще хуже—железной временкой с футеровкой. Обычно встречающиеся «железки» мы стараемся изгнать из бараков. Проверялось использование сушилки по назначению. Расстояние уборных от барака принималось не ближе 10 мтр. и не дальше 20 мтр.

Обследование пекарен и продуктовых складов производилось по обычным правилам санитарного надзора за подобного типа объектами. В складах нами устанавливалась наличность основных продуктов первой необходимости: хлеба, мяса, рыбы, масла, круп и овощей. Основным нашим требованием в отношении бань было требование бань белых, а не черных или полубелых (очаг без колоды и отверстие в крыше), которые воздвигаются лесозаготовителями, как правило. Перечисление всех этих требований не только введено с целью информации о технике обследований, но и с целью сделать вполне понятным достигнутые предъявлением предписаний результаты.

При первичном обследовании 1928 года мы столкнулись только с двумя типами жилищ для лесорубов. Первый тип бараков это «зырянские» бараки. Обычно в них живут зыряне. Но типовые черты этого рода бараков были характерны и для всех бараков временного типа, расположенных в лесосеках. Зырянский барак прежде всего полужемлянка, пол барака ниже уровня почвы. Тамбура нет, дверь в барак напоминает квадратный люк подводной лодки. Длинник двери часто не превышал 90—100 сант. В жилище таким образом приходится не входить, а вползать. Пол земляной с набросанными между нарами досками. Нары отстоят от пола не выше 40 сант. Высота хибарки, как правило, 1,9—2,0 метр., иногда 1,8 метр. и в исключительных случаях 2,1—2,2 метр. Потолок из горбыльника служит одновременно и крышей. Сверху он засыпан смесью мерзлой земли и хвойных веток. Поэтому во время топки потолок протекает. Световой коэффициент ниже всяких норм: встречали 1 : 60, 1 : 100 и даже, как курьез, 1 : 193. В прорезанный в срубе квадрат вставлен обычно без рамы кусок оконного стекла. Вентиляция есть благодаря плохой конопатке пазов. Отопляется зырянский барак «временкой». Никаких санитарных установок вы не обнаружите. Возникновение подобного типа бараков обязано невыполнению лесозаготовителями основного пункта закона об охране труда лесорубов—обязанности предоставить лесорубу готовое пригодное жилище. Лесозаготовитель выполняет это предложение не по существу, а по форме. Пользуясь старой практикой подрядчиков, лесозаготовитель передоверяет свою обязанность постройке жилища саому лесорубу. Он дает ему деньги 100—150 р. на артель. В дальнейшем никто не принимает произведенной постройки и не контролирует, в каких условиях живет артель. Это удобно для бухгалтерии лесозаготовителя, но жестоко для здоровья лесоруба.

Мы встали на путь решительной борьбы с «зырянскими» бараками. В 1929 году они встречались уже единицами. Их надо немедленно закрывать и действовать твердо. Надо, чтобы в ближайшие годы такие бараки на лесозаготовках полностью исчезли. Остальные бараки составляли второй тип. Сюда относились как отдельные бараки на самых местах заготовок в лесосеках, так и почти все постоянные, «проходные» и пр. бараки в самых куренях. Подобно зырянским большинство из них без тамбуров. Двери достаточной высоты. Пол в одних сплошной, в других между нарами, потолок

взакрой, без промазки, крыша двухскатная. Нередки двойные рамы, но освещение в общем достаточно скудное 1 : 17, 1 : 25. Вентиляция, как правило, отсутствует. Вечером в бараке стоит тяжелый, густой туман. Под потолком на сучках, развилках и палках сушатся обувь и портянки; сушилки нет. Отопляются бараки не только «железками», но и чугунными временками и очагами. В санитарных установках вечные дефекты: то нет умывальника, то кипятильника, то уборной, то того или другого, то всех трех установок одновременно. Считая необходимым коренную реорганизацию всего жилищного фонда, мы остановились не только на совершенной ликвидации ырянских бараков, но на переустройстве жилищ на основаниях, принятых затем 4-м совещанием лесозаготовителей.

Мы разбираем жилищный фонд на три типа жилищ: постоянные с амортизационным сроком в 10 лет, строясь в куренях; временные со сроком 3 года и временные со сроком службы в один год. Оба последние типа на местах работ в лесосеках. Первый тип должен отвечать следующим условиям: жилая площадь для каждого 3 кв. мтр., двойной пол, высота не менее 2,5 мтр., световой коэффициент не выше 1 : 10. Рамы двойные, при чем летние створчатые. Не менее двух рам с форточками для сквозного проветривания и вдобавок вытяжной фонарь в потолке для лучшей вентиляции. Потолок «польский» Топчаны, привинченные к полу на узаконенном расстоянии друг от друга. По вагону для обслуживания хозяйственник делает топчаны и ставит их в барак. Лесорубы сдвигают топчаны вместе и получают те же нары. Обычная мотивировка «спать теплее», хотя и так в бараке стоит душлимая оранжевая температура. В здании барака помещается кухня, кубовая, столовая, сушилка, чулан, помещение для сторожа и красного уголка, а также устанавливаются голландские печи и санустановки.

Второй тип отличается от первого смягчением некоторых санитарных требований. Исключается кухня и столовая. Отоплением может служить плита с вмазанным кубом и вытяжным колпаком или даже чугунная временка. Койки, сушилка, чулан обязательны. Световой коэффициент, высота, вентиляция, строительные нормы без изменений.

Третий тип: пол с одинарным на лежках, сплошной. Высота не ниже 2,5 метра. Потолок может быть из накатника, 1 горбыльник, но с промазкой швов глиной. Крыша обязательна. Световой коэффициент не выше 1:1. Рамы двойные, вентиляция та же, как в описанных выше типах. Сушилка, топчаны, тамбур и санустановки. Отопление или кирпичный очаг, или чугунная временка. Железки в бараках не допускаются. Как правило, не допускающее никаких исключений, все бараки должны строиться из заранее заготовленного сухого леса*).

Итак, руководствуясь изложенными соображениями, мы предложили лесозаготовителям переделать капитально существующие годные к такой операции бараки и спланировать все новое строительство применительно к новым трем типам бараков.

Наихудшие жилищные условия мы нашли при обследовании 1928 года в Чусовском районе. Не надеясь на их устранение силами Чусовского лесничества, мы передали наше заключение в организации, ведающие охраной труда и следящие за выполнением законов советской страны. Наше заключение произвело впечатление. После проверки его различными организациями, Чусовскому лесничеству были открыты необходимые кредиты. Картина быто-вой обстановки на лесозаготовках совершенно изменилась. Об этом легко судить, рассмотрев прилагаемую сводную таблицу (см. стр. 74).

*) Редакция не может согласиться с снижением санитарных норм допускаемым автором для третьего типа. На этой же точке зрения стоит санэпид Пермск. окрздрава.

Подобные сводные таблицы мы составляли, пользуясь карточным материалом отдельных барачков на все лесничество целиком. Таблицы прилагались к предписанию и удобны для хозяйственника при устранении дефектов по каждому барачку в отдельности, при составлении смет на ремонтные работы и санврачу при контроле. Приводимая таблица—и вложение данных т о л ь к о по двум из куреней Чусовского лесничества. Но извлеченный в такой незначительной дозе материал достаточен для характеристики происшедших изменений.

Обращает внимание разность нумерации барачков. Это объясняется тем, что лесничество закрыло и снесло по предписанию ряд негодных барачков. Так, по Широковке существовавшие в 1928 году барачки № 3, 4, 5 уничтожены, по Ганчихе подобная судьба постигла барачки № 3 по № 10 включительно. Уничтожены были барачки «зырянские», как видно из таблицы дефектные по всем показателям. Вместо них были построены барачки второго типа, вполне удовлетворяющие санитарным требованиям. Впрочем, наряду с новыми барачками в курене Широковка под № 8 в 1929 году уцелел «зырянский» барачок. Это явление должно быть объектом пристального изучения. Выше было сказано, что главный контингент лесорубов Чусовского лесничества составляют нацмены. Из них зыряне (коми) издавна считаются лучшими представителями этой профессии. В отличие от прочих эта профессия является для них, северян, «лесных» людей и основной профессией. Они создали своеобразный уклад своей жизни на лесозаготовках. Приезжают зыряне обычно с женами, с семьями. Несколько семей составляют артель, которая строит свою избушку и живет в особицу. Постройка новых барачков принесла всем лесорубам лесничества бытовое облегчение. Но зыряне в новые, просторные, светлые барачки не пошли. Добившись резкого улучшения жилищных условий, мы неожиданно натолкнулись на непредвиденное серьезное затруднение. Хозяйственник выполнил наши требования, а препятствие возникло с той стороны, с которой его меньше всего можно ожидать, со стороны самих лесорубов. Здесь сказывается слабость общей культпросвет-работы и в особенности нашей санпросветительной. Надо взять под специальную обработку эту группу лесорубов. Тем более, что такие случаи единичны и ограничиваются лишь группой коми-лесорубов.

Сводная таблица регистрирует не только постройку новых барачков, но и капитальное переустройство тех из существующих, где таковое возможно было провести. К примеру № 3 Ганчиха: увеличена световая площадь, поставлены топчаны, построена уборная. Несмотря на строгие предписания, продолжают наблюдаться мелкие нарушения санитарного комфорта барачков: то нет умывальника в новом барачке, то поставлен неисправный кипятильник, то нет ни того ни другого. Не чистятся во время уборные. Все дефекты происходят по халатности низовых центров лесничества— куреней и явной слабости, а местами и попросту бездеятельности местных профорганов (рабочкомов и комиссий по охране труда). Графы, отведенные новым барачкам, сигнализируют о «новых» дефектах, неустраненных самым фактом постройки. Барачки перенаселены и вопреки предписаниям оборудованы не очагами, а пресловутыми «железками». Вместо топчанов в барачках нары. Есть и много нового, санитарно-положительного: высота, световой коэффициент, форточки, сушилки, не говоря еще о хорошем качестве новых построек с технической стороны. По Чусовскому лесничеству таких новых барачков второго типа построено 19, ремонт остальных создал в 1929 году уже относительное благополучие жилищного фонда.

Если бы мы привели сводную таблицу полностью по всему Чусовскому заводууправлению, то читатель легко бы усмотрел резкую разницу между те-

СВОДНАЯ

О санитарном состоянии жилых помеще

Наименование куре- ней, №№ барakov и их адреса	Население	Потолок	П о л	Площадь на 1 человека	Кубатура на 1 челов.	Высота	Р а м ы	Световой коэффициент
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Курень Широковка:								
Барак № 1	24	взакр.	между нар	2,4	6,1	2,5	част. дв.	1:28
„ № 2	—	„	спл.	—	—	2,7	один.	1:15
„ № 3	29	„	„	1,9	3,9	2,0	„	1:14
„ № 4	6	горбинник	между нар	5,2	8,6	1,7	„	1:19
Курень Широковка:								
Барак № 5	прох.	взакр.	спл.	—	—	2,7	один.	1:15
„ № 6	30	„	„	1,7	4,0	2,0	„	1:18
„ № 7	18	вразбежку	„	2,3	5,5	2,6	двойн.	1:18
„ № 8	13	горб.	между нар	1,7	3,1	1,9	один.	1:27
Курень Гончиха:								
Барак № 3	25	взакр.	спл.	1,2	3,4	2,4	один.	1:13
„ № 4	6	горб.	между нар	2,2	6,5	2,1	„	1:63
„ № 5	8	„	„	2,3	5,0	2,3	„	1:32
Курень Гончиха:								
Барак № 3	18	взакр.	спл.	1,4	4,7	2,4	один.	1:8
„ № 11	20	„	„	1,7	6,2	2,3	„	1:14
„ № 12	18	вразбежку	„	2,7	7,0	2,6	„	1:8

ТАБЛИЦА

ний на лесозаготовках Чусовского завода

Вентиляция	Н а р ы	Умывальники	Кипятильники	Отопление	Тамбуры	Уборщицы	Уборные			К л о н ы	Б а н и	Сушилки	Примечание
							Есть—нет	Число мест	Состояние				
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
н е т	Д а	есть	есть	желез.	нет	е с т ь	нет	—	—	есть	1 черн.	—	Баня бездействует
		„	нет	„	есть		есть	10	неуд.	„	1 бел.	—	
		„	„	„	нет		нет	—	—	„	—	—	
		нет	„	„	„		„	—	—	нет	—	—	
есть	топч.	есть	нет	очаг	есть	есть	есть	10	загаж.	нет	1 бел. на 5 чел.	—	
нет	нары	нет	„	желез.	нет	нет	нет	—	—	—	1 черн.	—	
Форт	„	есть	есть	„	есть	есть	есть	10	опрят.	нет	„	есть	
есть	„	нет	нет	„	нет	нет	нет	—	—	—	—	—	
нет	нары	есть	есть	желез.	нет	есть	есть	8	технич. неуст.	—	—	—	
„	„	нет	нет	„	„	нет	нет	—	—	—	—	—	
„	„	„	„	„	„	„	„	—	—	—	—	—	
есть	топч.	есть	нет	желез.	есть	есть	есть	8	опрят.	—	1 бел.	есть	Занята без разреш.
нет	нары	нет	„	„	нет	нет	нет	—	—	—	нет	нет	
Форт.	нары	есть	есть	„	есть	есть	есть	8	опрят.	—	—	есть	

кущим состоянием жилфонда Чусовского лесничества и других лесничеств (Илимского, Уьсвинского и иных), эксплуатируемых заводоуправлением. Их показатели схожи с чусовскими 1928 года до «реформы». Эти лесничества обследовались нами в 1929 году впервые.

Особенных успехов по Чусовскому лесничеству мы достигли в области снабжения продуктами первой необходимости. В 1928 году положение со снабжением было вопиющее. Лесоруб на куренном складе мог получить лишь скверного качества хлеб и мясо. Не было ни животных, ни растительных жиров, ни круп, не говоря уже об овощах и рыбе. В 1929 году курени были снабжены отлично. Мука всех сортов, коровье и растительное масло, разные крупы, овощи: лук и кислая капуста (завоз картофеля чрезвычайно дорог)—оказались в наличии во всех складах. Хуже с предметами первой необходимости (мыло, спички, нитки, теплая одежда и т. д.). Ими хорошо снабжаются курени лесничеств, передавших снабженческое и складское хозяйство кооперации (Пашийское лесничество). С рационализаторской, экономической, а главное с точки зрения создания более здоровой бытовой обстановки в лесных бараках надо настоять на передаче снабжения лесорубов всех лесничеств местным кооперативным центрам. Совершенно перестроено в 1929 году Чусовским лесничеством банное дело: все черные и полубелые бани снесены. При всех куренях построены новые белые бани. Бани настолько хороши, что могут быть использованы даже под жилье. Так, во вновь строящемся курене «Советский север» куренщик живет в бане и, если бы не банный потолок, то баню можно было бы даже опытному санитарному глазу считать за благоустроенное жилище одинокого сторожа. Мы писали выше, что в 1928 году наряду с Чусовским лесничеством мы обследовали также Пашийское и Лысьвенское, но, так как по сравнению с Чусовой санитарные условия там были лучшими, мы ограничились только вручением предписаний, не стали нажимать и не обратились к помощи организаций. Наше поведение было ошибочным. Ссылаясь на неотпуск средств, лесные отделы заводоуправления ограничились закрытием негодных бараков и мелкими ремонтами. Ссылка на недостаток средств принята серьезно быть не может. Пашия и Лысьва объединены наравне с Чусовой в единый трест «Уралмет». Если «Уралмет» смог уделить средства Чусовой, то только нежеланием или халатностью хозяйственников Пашии и Лысьвы можно объяснить неполучение ими кредитов на улучшение санитарного быта лесорубов.

Медпомощь на лесозаготовках явно неудовлетворительная. Особо можно выделить лишь Лысьвенское лесничество, содержащее штатного фельдшера, регулярно об'езжающего курени и посещающего бараки в лесосеках. В Чусовском районе на 6 лесничеств имеется только 2 медпункта: в курене Мутном Чусовского лесничества и в курене Вильва Пашийского. Настоятельно необходимо открытие пунктов в курене Медведка Н.-Уьсвинского лесничества и в с. Промысла Теплогорского лесничества. Окрздрав не открывает пунктов главным образом из-за отсутствия персонала. Надо повысить ставки зарплаты, чтобы найти охотников поехать в безлюдные глухие места.

Профилактической работы фельдшера медпунктов почти не ведут, за исключением оспопрививания, да и то не систематического. Сан-просвет не ведется вовсе. Нет речи и о кружках первой помощи, в которых нужда на лесозаготовках особенно острая (частый травматизм). В связи со вспышками заболеваний сыпным тифом в начале 1929 года заводоуправлениям было предложено построить изопункты. Изопункты будут иметь большое значение для оздоровления лесозаготовительных районов. Они должны быть укомплектованы медперсоналом и включать прививочные пункты.

Наше описание и выводы были бы не полными, если бы мы не упомянули о совершенной необходимости не только одномоментного, хотя бы и добросовестного обследования, но и постоянного, систематического надзора за лесозаготовками. И в Лысьвенском и в Чусовском районе и лею ся рай анврачи. Они много внимания уделяют лесозаготовкам, но поглощенные всем объемом работы в больших промышленных центрах, они практически не могут оказать лесозаготовкам профилактической помощи.

Вполне уместно поставить вопрос об установлении в округах с большими лесозаготовительными операциями штатной должности санврача по лесозаготовкам.

Не могу—не выразить чувства дружеской благодарности санврачу Чусовского района А. Н. Дрездову за помощь в обследованиях лесозаготовок как в 1928, так и в 1929 году.

К ВОПРОСУ О ПОСТРОЙКЕ ВОДОПРОВОДА В ПОСЕЛКЕ ВОТКИНСКЕ САРАПУЛЬСКОГО ОКРУГА

Зав. гигиеническим отделением врач Б. М. ПРОЦЕРОВ

В мае месяце 1929 года я был, по предложению Облздравотдела, командирован Пермским Бактериологическим Институтом в Воткинский завод для участия в обследовании источников водоснабжения в связи с предполагаемой там постройкой водопровода.

Краткая история возникновения вопроса о проведении водопровода в г. Воткинске такова:

30-40 лет тому назад Воткинск, насчитывавший тогда 16—17 тысяч человек населения, имел водопровод с деревянными трубами и прекрасной ключевой водой. С годами, несмотря на рост населения, увеличение поселка и вместе с тем на повышение культурности населения, водопровод ветшал, разрушался и в настоящее время пришел в совершенный упадок. Население осталось без водопроводной доброкачественной воды и принуждено было довольствоваться загрязненной водой заводского пруда и домовых колодцев. Вместе с этим пришли болезни и угрожающие стали распространяться глистные инвазии.

Теперь, когда поселок насчитывает 20 с лишним тысяч населения, имеет мощный завод с несколькими тысячами рабочих, вопрос о снабжении населения доброкачественной водой естественно становится актуальным вопросом, и разрешение этого вопроса не терпит отлагательства.

В мае м-це 1928 г. Воткинский Райисполком и Рабоче-Поселковый Совет через соответствующие инстанции обратились к Уралместхозу с заявлением о желании иметь водопровод, и просили восстановить старый, сейчас не действующий деревянный водопровод. Уралместхоз нашел более целесообразным дать поселку новый водопровод, а не восстанавливать старый и включил постройку водопровода в план пятилетнего строительства с тем, чтобы постройка была закончена и сдана в эксплуатацию не позднее 1930 г.

Уральское Отделение Геолкома в свою очередь поручило профессору М. О. Клеру произвести разведывательные работы по изысканию источников водоснабжения, что и было им проделано летом 1928 года и доложено между прочим на заседании Воткинского Райисполкома и Поселкового Совета. На этом заседании и было окончательно решено приступить к постройке водопровода. Уралгипромез принял на себя составление основных положений эскизного и детального проекта водопровода, и в настоящее время подготовительные работы идут быстрым темпом.

Воткинск представляет из себя обычный тип сельского поселка, но присутствие завода, изготовляющего главным образом сельскохозяйственные орудия, и сравнительно большое население делают Воткинск довольно значительным районным центром. Весь поселок лежит в неглубокой котловине, окруженный с юго-запада полями, а с северо-востока и севера лесом. Северо-восточная часть поселка более высокая и сухая с песчаной почвой. Центр и юго-западная часть, более низкие, имеют местами заболоченную почву и в дождливое время

года глубокую грязь. Распланирован поселок правильно и имеет прямые и довольно ровные улицы. Пруд, находящийся на краю поселка, тянется с юго-востока на северо-запад и представляет из себя мощный водоем протяжением до 15 клм. и шириной в своей нижней части до 2-х клм. В юго-восточной части пруда, ниже плотины, в низине расположен завод. (См. карту).

Население Воткинска состоит главным образом из крестьян, рабочих завода и немногочисленных служащих и торговцев.

В 1890 году Воткинск насчитывал 16.843 чел., по переписи 1897 г.—21.600, в 1913 году 23.600 чел. В 1924 году замечается убыль населения, а именно 19.479 ч., что объясняется отъездом рабочих в Ижевск и др. заводы. В 1928 г. число жителей снова возрастает до 20.478 чел. и в настоящее время (к 1-IV—29 г.) Воткинск насчитывает 21.660 чел. Из них рабочих и служащих завода 3.631 чел. и членов их семей 8.619 чел. (всего 12.250 чел.). Общая жилая площадь поселка 178.101,73 кв. м. и средняя площадь на одного человека 8,82 кв. мтр.

Растет поселок довольно медленно. Естественный прирост не превышает 2 проц. (в 1917 г.—2 проц., в 1928 г.—1,6 проц., в 1929 г. (на IIV)—1,7 проц. Механический прирост тоже не велик, а именно: в 1917 г.—3 проц., в 1928 г.—2,9 проц. и в 1929 г. (на I-IV)—2,8 проц. Такой слабый механический прирост населения объясняется, во-первых, потому, что Воткинск стоит в стороне от водных и главных железнодорожных путей, а во-вторых, завод (который мог бы дать прирост населения) не расширяет пока свою деятельность.

Характер застройки в Воткинске обычно поселкового типа. Площадь усадеб преимущественно 25×50 кв. м. как в центре, так и на окраинах. Большинство домов деревянные, одноэтажные, почти все однотипные. В центре, возле старого рынка, сконцентрированы двухэтажные каменные здания. Высота домов в центральной зоне от 8—10 метров (предельно 12), на окраинах от 4—6 метр. Больница имеет высоту 17 мтр. до колыца крыши. Каких либо значительных промышленных заведений (кроме завода) в Воткинске нет. Пожары до сих пор бывали редко.

Санитарное состояние поселка в настоящее время характеризуется бросающейся в глаза загрязненностью дворов и некоторых улиц. На улицах посреди дороги нередко можно встретить кучи навоза большинство дворов находится в запущенном виде. Навоз и все отбросы хозяйства обычно сваливаются в огороды. Уборные и помойные ямы крайне примитивного устройства с поглощающими колодцами. Берег пруда чрезвычайно загрязнен. Внесколько лучшим санитарном состоянии находится северо-восточная часть поселка с песчаной почвой, зелеными улицами и садами. Колодцы, из которых в настоящее время население берет воду, обычно срубового типа. Большинство их старые, ветхие.

Проф. М. О. Клер в своей докладной записке пишет: «Вследствие водопроницаемости Пермских отложений, а особенно еще больше водопроницаемости более песчаных отложений, составляющих смывы по уклону рельефа и береговые террасы, все городские колодцы имеют непосредственную связь с рельефом их места заложения, со степенью их зараженности бактериальной и минерализации их воды. Все они тесно связаны с количеством осадков и непосредственно зависят от сезонов года. На более возвышенных участках поселка они достигают 12 саж. глубины, а на более пониженных вода встречается уже на глубине 1 арш. Степень зараженности этих вод непосредственно пропорциональна понижению их рельефа».

Пруд, являясь укреплением поселка, в нижней своей части сильно загрязнен. Все поверхностные воды стекают в пруд, так как он занимает низкую часть котловины, в которой расположен поселок. Почва поселка чрезвычайно загрязнена. Это и неудивительно в виду антисанитарного состояния улиц и дворов. Благодаря этому и питьевые воды на территории поселка являются неудовлетворительными как в химическом, так и в бактериологическом отношении. Скот, которого довольно много в Воткинске (лошадей 492, коров 2.582, овец 500, свиней 205 и подсвинков 214) является также значительным фактором, загрязняющим почву.

Д-р мед. И. Спасский в своей брошюре «Санитарные очерки Воткинского завода, химический анализ вод, употребляемых в пищу и питье жителями Воткинского завода» прекрасно охарактеризовал безотрадную картину санитарного состояния поселка. Брошюра написана в 1909 г., с тех пор санитарное состояние не улучшилось, и в настоящее время, повидимому, поселок находится даже в худшем состоянии, чем раньше.

Значительное количество водных инфекционных заболеваний и зараженность населения глистами указывают на серьезность положения.

Цифры зараженности глистами, касаясь только учащихся, дают громадную цифру 75 проц. Из 3.103 учащихся заражены глистами 2.327 чел., при чем у школьников находим одновременно по 3—4 формы различных видов глист.

Из сказанного ясно видно, что водопровод крайне необходим Воткинску.

Окринженер М. В. Аронштам определяет максимальное количество воды, необходимое для нужд поселка, в 64.000 ведер в сутки. При этом на человека приходится 3,2 ведра, принимая население в 20.000 человек. Если принять механический прирост населения в 3 проц. и расчетный срок на 20 л., то количество населения в поселке через 20 лет будет 36.200 человек. Принимая минимальную норму на 1-го человека в 30 литров (2,4 ведра), общий суточный расход для питьевых и хозяйственных целей будет $36.000 \times 30 = 1086$ куб. мтр. или 88.000 ведер.

На общественные нужды, по данным поселкового совета, потребуются:

Для бани с пропускн. способн. в 5000 ч. в нед.	8100 вед. в день.
Для прачечной » » 3500 пуд. в нед. 23200 » »	
Для бойни.	7300 » »

Итого 38600 в. в день*).

Таким образом, общий суточный расход выразится в 126.600 ведер (88.000 + 38.600).

Норма в 30 литров на человека является слишком малой и может быть допущена как временная. Необходимо стремиться увеличить эту норму, тем более, что по гигиеническим требованиям для небольших городов и сельских местностей нужно не менее 60 литров (около 5 ведер) в сутки на человека (Хлопин).

Проф. М. О. Клером в июне 1928 года было произведено детальное обследование окрестностей Воткинска с выявлением характера местности в геологическом отношении, мощности и характера источников и их годности для целей водопровода.

Из всех источников, могущих служить для целей водопровода, следует остановить внимание главным образом на двух группах родников, лежащих на противоположных склонах котловины, из которых прежде всего был проведен водовод, и на речке Березовке, так как эти воды могут давать постоянную, прозрачную и вкусную воду. Остальные воды открытых водоемов (пруд, р. р. Шаркан, Сива, Вотка и др.) являются неподходящими по многим причинам. Пруд сильно загрязнен (до наличия в его воде яиц глист включительно); р. Шаркан, дающая удовлетворительную воду, далека от поселка, а кроме того при проведении водовода из р. Шаркан пришлось бы пересекать возвышенный массив, что невыгодно в экономическом отношении. Вода р. Сивы сильно засорена механическими примесями, которые сильно окрашивают воду. Кроме того, берега р. Сивы очень заселены. Вода р. Вотки ниже пруда и ниже завода чрезвычайно загрязнена, так как протекает через плотину и территорию завода. Выше пруда р. Вотка имеет чистую, прозрачную воду, но дальность расстояния от поселка и нагнетание воды (при чем водовод должен пересечь реку Шаркан) делают эксплуатацию этой реки нерациональной, тем более, что имеются другие ближе лежащие и легче добываемые довольно мощные источники. Этот же довод говорит против эксплуатации тальвежных вод р. Сивы по правому ее берегу, которые

*) Пропускная способность бани и прачечной вычислена по нормам НКВД для рабочих поселков Урала.

к тому же совершенно не исследованы ни со стороны их мощности, ни постоянства и химического состава.

Остаются еще многочисленные, расположенные в окрестностях Воткинска «ключи» и речка Березовка. Ключевые родниковые воды можно разделить на две груп., совершенно обособленные и стекающие с противоположных склонов котловины. Первая группа ключей юго-западная, находящаяся от поселка на расстоянии 2—3 км., представляет из себя группу в 7 ключей. Все эти ключи вытекают из вершин нескольких неглубоких овражков и, соединяясь в общее русло, образуют речку Митюкожку, впадающую в реку Вотку ниже заводского пруда (см. карту). Все 7 ключей каптированы деревянными срубными колодцами с закрывающимися крышками. Глубина воды в колодцах (19-V-29 года) в среднем 45—60 сант. Дно колодцев несколько заилено. Вода прозрачная и бесцветная, несмотря на то, что в это время в колодцы попадает часть снеговая вода от нерастаявшего местами снега, частью из мелких ключей, просачивающихся в разных местах овражков и текущих помимо колодца. Колодцы сделаны вровень с землей и не изолированы от окружающей почвы. Высота срубов не более 1-го метра, считая от дна колодца. Дебет всех семи ключей за период декабрь-февраль выявлен в количестве 2.130 ведер в час или 51.000 ведер воды в сутки.

Окружающая эти ключи местность представляет из себя поле и выгон с неровной, холмистой поверхностью, изрезанной неглубокими отлогими долинами с уклоном в сторону Воткинска. Жилья вблизи нет на далеком расстоянии. Именно из этих ключей лет 30 тому назад вода по деревянному водоводу подавалась в поселок, снабжая его питьевой водой. Видимо, мощность этих источников постоянная, и теперь, при постройке нового водопровода, обратились снова к этим родникам, дающим до сих пор большое количество хорошей воды.

Эскизный план ключей юго-западной группы (см. план).

Дебет воды этих источников довольно постоянный и, если в декабре-феврале они дают 51.000 ведер, то в последующие весенние месяцы дают: № 1—700 вед., № 2—440 вед., № 3—510 вед., № 4—360 вед., № 5—130 вед., № 6—260 вед., № 7—160 вед. Всего 2.560 ведер в час или 61.440 ведер в сутки. Несмотря на сравнительно хорошую мощность этих ключей, все же они в будущем не смогут удовлетворять потребность населения в воде. Это обстоятельство заставило искать еще воду, которая как в качественном, так и количественном отношении удовлетворяла бы население. Такой водой могут служить воды другой группы родников, лежащих на противоположном склоне. По этому склону протекает речка Бере овка, питающаяся родниковой водой. Вот эти то родники, а также и сама речка, и привлекали внимание изыскателей.

Эта группа состоит из 4-х родников, вытекающих из левого, крутого, покрытого лесом берега р. Березовки. Первый от устья реки родник—Александровский отстоит на расстоянии 1 км. от поселка, выше проезжей дороги, которая пересекает речку. Второй находится на несколько десятков метров выше по течению реки, а третий и четвертый на 6—8 км. выше первых двух. Все четыре ключа (см. карту) находятся в лесистой местности и дают чистую, прозрачную, холодную и вкусную воду. Мощность источников этой группы полностью еще не выяснена. Александровский родник 23-IV-29 года дал 50 литров воды в минуту с $t^0 + 6,5$. Дебет остальных неизвестен, но по виду они превосходят мощностью юго-западную группу.

Вся эта группа родников вытекает из крутого берега, покрытого лесом. Местность для человека с трудом проходима. Чтобы добраться туда (до 3-го и 4-го родника) нужно вначале идти по правому берегу р. Березовки среди

леса и болота километров 6—7, затем перейти р. Березовку и только тогда по валежнику и бурелому можно добраться до третьего и четвертого ключей.

Эти родники, как и юго-западная группа, когда то давали воду для поселка. Ключи каптированы деревянными срубовыми колодцами, теперь обветшалыми и заросшими кустарником и лесом. От этих колодцев проложен деревянный водовод в поселок. Трубы водопровода сгнили и частью совершенно разрушились. Всю длину труб проследить пока не удалось. Местность вокруг ключей «дикая» и для скота и людей трудно доступна. Жилья кругом нет. Все эти данные говорят за то, что вода родников ничем не загрязнена и безупречна в гигиеническом отношении.

Река Березовка шириной у верхних ключей до 1 метра, течет по заболоченной лесной долине и, питаясь водой родников, дает на вид прозрачную почти бесцветную, холодную, без запаха и приятного вкуса воду. В верхнем своем течении она также мало доступна, как и родники.

Все упомянутые родники и речка Березовка неоднократно уже подвергались как химическому, так и бактериологическому анализу. Анализ производился Сарапульской окружной лабораторией, при чем вода бралась в яко-бы «стерильные» литровые бутылки сан-фельдшером и отсылалась в Сарапул. В виду дальности расстояния и неудобства сообщения проходило не менее трех дней до момента исследования, а недостаточная и неумелая стерилизация посуды, в которую бралась вода, не давала гарантии для истинной характеристики воды. «Стерилизация» производилась таким образом: сторожика поселкового совета мыла бутылки водой, а затем сырыми клала их в русскую горячую печь на полчаса, т. е. попросту просушивала их и слегка «проквашивала». Этим стерилизация ограничивалась. Я допускаю, что иногда не делалось и этого. Все эти причины, вместе взятые, мне кажется, и дали те несколько странные и неожиданные цифры (я говорю о данных бактериологического анализа), которые получены Сарапульской лабораторией. Казалось бы, что родниковые воды с постоянной сменой воды и большой мощностью должны были дать не такие угрожающие цифры (см. таблицу № 1—коли-титр и количество колоний), что отчасти и подтвердилось, когда вода исследовалась на месте и бралась по правилам в стерильную посуду, исследовалась в тот же день (см. прил. таблицы № 1), и анализ производился в тот же день. С момента взятия пробы и до начала исследования проходило не более 2-х часов. Вода всех этих источников в химическом отношении оказывается вполне доброкачественной. Не то мы видим в бактериологическом отношении. Здесь прежде всего бросается в глаза и поражает крайне удовлетворительный коли-титр и, что всего удивительней, так это то, что он почти одинаков как в пруду, так и в родниковых водах! Несмотря на то, что вода пруда, окруженного поселком, с загрязненным берегом, мутноватой водой резко отличается даже по своим органолептическим свойствам от родниковых вод. Какова-же причина такоо несоответствия? Я думаю, что на результатах анали сказались недостаточная стерилизация посуды, плохая организация пересылки и выемка проб.

В настоящую поездку на месте были проделаны в условиях полной лаборатории анализы воды всех источников, из которых в будущем предполагается вести водопровод. Это исследование приходится считать ориентировочным, малым анализом. Лабораторное исследование воды производилось в лаборатории Воткинской больницы. Пробы воды юго-западной группы привозились в лабораторию сан-фельдшером в водочных, литровых стерильных бутылках и сейчас же исследовались.

Вода реки Березовки выше Александровского родника и вода последнего приносились лично мной, а пробы родников № 3 и 4 заведующим техническим отделом поселкового совета техником Гордеевым. В приносимых пробах органолейтические свойства, реакция, окисляемость (количество органических веществ), жесткость по В. Пфейферу, далее количественно аммиак, азотистая и азотная кислоты, железо и хлориды и серная кислота качественно. Других определений, как-то: сухого остатка, потеря при прокаливании, окись кальция и магния—не делалось из-за недостатка времени и неприспособленности лаборатории больницы. Бактериологически вода исследовалась на коли-титр, и производился подсчет колоний, выросших на простом агате (просветленном). Результаты анализа приведены в табл. № 2 (см. прил. табл. № 2).

Ключи юго-западной группы, судя по результатам, имеют некоторые недостатки, а именно: родники № 1, 2, 5, 7 имеют незначительные количества аммиака, родники №№ 3, 6, 7 и р. Березовка азотистую кислоту и родники №№ 1, 3, 5, 6, 8 и р. Березовка азотную кислоту. Кроме того, № 4 имеет коли-титр с 1 куб. с. Количество бактерий в исследованных родниках невелико. Присутствие в данных ключах показателей загрязнения, правда, в незначительных количествах, мы могли объяснить только следующим образом. Все 7 родников расположены в вершинах небольших овражков. Когда мы осматривали родники, то обратили внимание на то, что вокруг колодцев еще лежит тающий снег, вода которого стекает в колодцы и по пути смывает почву, загрязненную испражнениями, остатки которых встречаются тут и там, оставленные рабочими, находившимися там во время работ при устройстве каптажа, бурении и откачке воды. Видимо, рабочие не считали нужным уходить для отправления своих естественных потребностей подальше от родника, благодаря чему и получилось загрязнение воды, наблюдавшееся в это время. Другая причина лежит, может быть, в том, что с одной стороны к этим родникам примыкает выгон, и скот во время пастьбы приходит к ключам пить воду и также загрязняет почву. Других причин мы пока не нашли и считаем, что прекрасная во всем остальном вода временно загрязнена, и настоящее положение является нетипичным для этих родников. К положительным качествам, характеризующим эти воды, относится малая окисляемость и малая жесткость. Эту группу источников я считаю наиболее подходящей для целей водопровода как в гигиеническом, так и в экономическом отношении.

К сказанному остается только добавить, что необходимо провести некоторые мероприятия и улучшения по охране этих вод, как наиболее ценных в питьевом отношении. В первую очередь, необходимо установить водоохранную зону, руководствуясь существующими на этот счет положениями, и удалить на некоторое расстояние выгон. Границы водоохранной зоны должны быть устроены на юго-западе и на юге не менее, чем на 2,5—3 км., на западе и северо-западе не менее 2 км. Далее, необходимо иначе каттировать родники. Колодцы устроить бетонные такой вышины, чтобы они выступали над уровнем почвы не менее, чем на 1 метр; огородить колодцы со всех сторон глинистой изолировкой, а стекающие по склонам овражков мелкие ключи и поверхностные воды отвести канавками по сторонам колодцев. Этим мероприятий будет достаточно, чтобы вода родников очистилась от случайных загрязнений и приобрела свойственные ей хорошие качества.

Родники по течению р. Березовки, являясь по своему составу и органолейтическим свойствам прекрасными во всех отношениях и будучи защищены лесом и трудно проходимой для человека и домашних животных мест-

Средние цифры из нескольких анализов воды, произведенных Сарапульской окружной лабораторией.

Апрель-май месяцы.

Наименование источников	Органолейтнческ. свойства				Реакция	Жесткость			СаО	MgO	Cl	Окисляемость в к.г. O ₂	H ₂ S	N ₂ O ₅	N ₂ O ₃	NH ₃	Колич. бакте- рий в 1 кб. с.	Колититр
	Цвет	Прозрач.	Осадок	Вкус		Общая	Устраи.	Постоян.										
Родник № 1	беспв.	полная	незнач			14,0	9,2	4,8	—	—	0,5	2,4					56000	в 5 кб. с.
» № 2	»	»	»			16,7	10,3	6,4	—	—	0,6	1,5					30000	„ 10 „
» № 3	»	»	»			9,1	6,7	2,4	—	—	0,5	2,1					85000	„ 5 „
» № 4	»	»	»	я	т	17,3	11,2	6,1	—	—	0,6	1,8	т	т	т	т	48000	„ 10 „
» № 5	»	»	»	а	а	9,1	6,7	2,4	—	—	0,4	2,0					52000	„ 10 „
» № 6	»	»	»	и	р	14,0	9,5	4,5	—	—	0,5	1,8					27000	„ 1 „
» № 7	»	»	»	ч	е	16,8	10,3	6,5	—	—	0,4	2,2	е	е	е	е	420000	„ 1 „
» Александр.	»	»	»	ы	й	4,6	—	—	43,0	2,1	0,2	1,7					10000	„ 20 „
Р. Березовка	сл. жел.	сл. мут.	»	б	с	2,1	—	—	17,0	2,8	1,1	9,0					33000	„ 5 „
Пруд Воткинский	беспв.	»	знач.	Н	Н	14,5	11,2	3,3	—	—	1,1	2,4	Н	Н	Н	Н	145000	„ 1 „
Колод. гр. Смирнова	»	»	»	О	Н	13,4	8,9	4,5	—	—	12,2	4,6					109000	„ 1 „
Березовские ключи	»	полная	незнач			11,2	8,9	2,3	—	—	10,2	1,8					32000	„ 25 „
Родник. около церкви	»	»	»			19,6	14,8	4,8	—	—	3,2	1,5					37000	„ 25 „
„ зав. пос. Вотк.	»	»	»			21,7	13,5	8,2	—	—	5,1	1,8					97000	„ 1 „

Результат анализа воды родников и р. Березовки в мае месяце 1929 г.

Наименование источников	Органолептические свойства					Окисляемость в мм. г О ₂	Жесткость			В мм. г на литр:						Колич. органи- чesk. веществ	Коли-титр	Колич бакте- рий в 1 куб. с.
	Цвет	Запах	Вкус	Прозрач.	Реакция		Общая	Устраи- мая	Постоян.	NH ₃	N ₂ O ₃	N ₂ O ₅	Cl	SO ₃	Fe			
Юго-западная группа	Родник № 1 (колод.)	бесцв.	вялый		сл.щел.	1,9	16,1	8,9	7,2	2,5 нези	нет	15,0	следы	нет	нет	38,0	mmg. выше 100	2961
	» № 2 »	»	обычн.		»	2,4	10,6	5,6	5,0	след.	»	нет	»	»	следы	48,0	—	—
	» № 3 »	»	»		»	2,3	9,2	—	—	нет	след.	11,5	нет	»	1,5	46,0	—	—
	» № 4 »	»	т	я	»	1,9	15,3	10,1	5,2	»	»	нет	следы	следы	нет	39,2	в 1 куб. с.	1571
	» № 5 »	»	»	а	нейтр.	3,1	14,0	10,3	3,7	0,05	нет	10,5	»	»	следы	62,0	выше 100	960
	» № 6 »	»	»	и	сл.щел.	3,2	12,4	9,5	2,9	нет	0,25	25,0	»	»	»	64,0	—	—
	» № 7 »	»	е	н	»	3,2	17,4	11,7	5,7	0,05	0,1	18,5	»	»	»	64,0	выше 100	4911
Северо-Восточная группа	Александ. род. (№ 1)	»	прият.	о	нейтр.	2,7	12,6	7,2	5,4	нет	нет	нет	»	нет	сл. нез.	54,0	—	—
	Родник № 3 (колод.)	»	»	л	»	4,3	6,6	—	—	»	»	»	»	»	»	86,0	—	—
	» № 4 »	»	н	п	»	2,5	4,9	—	—	»	»	»	»	»	»	50,0	—	—
	Р. Березовка возле Алек- сандровск. родника	сл.жел.	обычн.		сл.щел.	9,9	6,7	4,6	2,1	0,05	0,15	»	нет	следы	»	198,0	—	—
	Р. Березовка выше по течен. на 6-7 км.	»	»		»	12,9	3,0	—	—	нези след.	нет	»	»	»	»	258	—	—

ностью, представляют, я бы сказал, идеальную воду и должны быть использованы для водопровода.

Что касается р. Березовки с ее единственным пока недостатком (значительное увеличение против нормы количества органических веществ), она может быть использована для водопровода, если окажется недостаточной мощность родниковых вод, тем более, что она очень богата водой*). Установление водоохранной зоны само собой является необходимым и для этой группы.

В дальнейшем необходимо продолжить производство анализов и делать это систематически и регулярно один раз в месяц. Необходимо также в дальнейшем уточнить, углубить анализ и производить полный химический, включив сюда определение сухого остатка, потерю при прокаливании, окись кальция и магния.

О ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНЫХ ПРИВИВКАХ ПРОТИВ СКАРЛАТИНЫ.

Г. ЗАРХИ.

В виду того, что, по сведениям «Ур. Мед. Журнала», вопросы развертывания прививок против скарлатины требуют еще некоторой разъяснительной работы даже среди врачей, редакция предложила мне дать краткую сводку тех данных по этому вопросу, которые могут считаться более или менее твердо установленными.

Первая попытка активной иммунизации против скарлатины принадлежит Г а б р и ч е в с к о м у (1905 г.). Предложенная им вакцина представляет собою сгущенную бульонную разводку стрептококков, выделенных из крови скарлатинозных больных; данная разводка убивается нагреванием до 56° С. Вакцина эта применялась без точного статистического учета результатов, вследствие чего и не получилось ясного представления о действительности метода.

С появлением американских работ о стрептококковой этиологии скарлатины (1923 г.), опыты иммунизации стрептококковой вакциной были поставлены в большом масштабе; но для изготовления ее стали пользоваться не произвольно выбранными штаммами скарлатинозного стрептококка, а лишь теми, которые при выращивании на бульоне обладают свойством вырабатывать токсин.

По способам К о р ш у н а и З л а т о г о р о в а вакцинируют смесью бактериальных тел и стрептококкового яда. В Америке принята иммунизация фильтратом культуры (токсин без бактерий). В настоящее время у нас наиболее принят комбинированный метод; первые три прививки производятся вакциной, а четвертая—токсином.

В противовес этим способам общей иммунизации Б е л о н о в с к и й пытается получить местную невосприимчивость зва (ворота инфекции), орошая его с помощью пульверизатора фильтратом стрептококковой культуры.

Вопроса о пассивной иммунизации антитоксической сывороткой или сывороткой реконвалесцентов мы здесь не касаемся.

*) 11 IV—29 г. количество воды, протекающее в секунду, 162 литра или 583200 литров в час.

16/IV—95 литров в секунду, или 342000 литров в час. Для определения расхода воды реки Березовки пользовались вертушкой Амебра.

Перед вакцинацией детей следует подвергнуть подробному медицинскому освидетельствованию. Противопоказаниями являются: лихорадочное состояние, воспаление почек, активный туберкулез и декомпенсированный порок сердца. Специальные исследования показали, что латентный туберкулез не активируется противоскарлатинными прививками.

Степень безопасности прививок оценивалась не всеми одинаково, вероятно, в зависимости от свойств употребляемой вакцины. Принятые в Америке большие дозы токсина, а также и вакцины с недозированным количеством токсина, вызывают изредка токсические явления, напоминающие скарлатину; в частности, наблюдалось вредное действие на почки, вследствие чего польские эпидемиологи предпочитают пользоваться скарлатинозным анатоксином (токсин, переведенный в неядовитое состояние нагреванием с добавлением формалина).

Обычные реактивные явления, повышение температуры, припухлость, краснота и боль в месте прививки переносятся на ногах; ангина и сыпь указывают на чрезмерную токсичность препарата или неосторожную дозировку, но особой опасности не представляют. Очень редко наблюдался кратковременный обморок, легкая форма шока, вызванная, вероятно, индивидуальной чувствительностью к пептону питательного бульона, послужившего для приготовления вакцины; в таких случаях следует ввести под кожу 0,5—1 куб. см. раствора адреналина (1:1000), который должен иметься в прививочном отряде.

При осторожной дозировке, принятой нашими институтами и проверенной на сотнях тысяч детей, вакцинация является, повидимому, совершенно безопасной.

Статистика, представленная русскими учеными на русско-германском съезде в Кенигсберге (июнь 1928 г.), по вопросу о действительности прививок против скарлатины дала авторам право сделать очень ободрающие выводы. По данным Златогорова из 4669 детей школьного возраста, получивших 3 прививки, заболело скарлатиной в течение ближайших 12 месяцев 32 ч. (0,6%); из 3830 непривитых школьников тех же классов заболело за то же время 155 чел. (4 проц.), т. е. среди привитых заболеваемость понизилась почти в 7 раз. Приблизительно такие же результаты получил Штуцер в Ростове-н-Д. Цифры Коршуна, касающиеся Москвы, обладают особенной убедительностью, т. к. получены с помощью мощной и квалифицированной санитарно-эпидемиологической организации. По его данным (около 40.000 прививок) смертность среди привитых в 15 раз меньше, чем среди непривитых (у привитых 1 раз—29,3 проц., у привитых 2 раза—19,8 проц., у привитых 3 раза—6,1 проц., у привитых 4 раза—3,3 проц.).

Таким образом, противоскарлатинная вакцинация, не давая полной гарантии против заболевания, все же значительно понижает как заболеваемость скарлатиной, так и процент смертности.

Скарлатина у привитых протекает по наблюдениям Златогорова очень легко и лишь в редких случаях дает смертельный исход; по мнению Коршуна осложнений скарлатины иммунизация предупредить не может.

Время появления максимального иммунитета у привитых определяется разными авторами различно: от 2 недель до 2 месяцев после последней прививки.

Продолжительность иммунитета еще недостаточно выяснена; по Златогорову иммунитет держится не менее 9 месяцев; Коршун склоняется к тому, чтобы детей 1—5 лет ревакцинировать через 12 месяцев, а детей старшего возраста ревакцинации не подвергать.

Вакцинация должна в первую очередь охватить наиболее восприимчивый возраст (до 6 лет), к которому относится контингент дошкольных учреждений (ясли, сады, площадки); для неорганизованных детских масс необходимо иметь прививочные пункты при амбулаториях и консультациях. Школьников следует иммунизировать до 14—15 лет.

Наиболее испытанным способом является смешанная иммунизация вакциной и токсином. Местную иммунизацию по Белоновскому можно применять пока лишь в качестве опыта при условии точного учета результатов (большие контрольные группы непривитых в тех же коллективах, где производилась прививка; точный статистический учет заболевших среди привитых и непривитых в течение года после вакцинации; клиническое наблюдение над течением скарлатины у привитых).

Самым выгодным временем для прививок является, конечно, свободный от эпидемий период; но и в разгар эпидемии приходится использовать обычно возрастающий в это время приток желающих вакцинироваться. Если скарлатина обнаружилась в семье, где невозможна изоляция здоровых, последних следует вакцинировать и одновременно с первой прививкой ввести им антитоксическую стрептококковую (скарлатинозную) сыворотку; вакцина и сыворотка впрыскиваются в разные места. Эту пассивно-активную иммунизацию можно допустить и в других случаях, когда имелся тесный контакт со скарлатинным больным.

Применять противоскарлатинные прививки в обязательном порядке пока нет достаточных оснований; напротив, желательно после соответствующей беседы с родителями заручиться их согласием. В отношении младших возрастов Мосздрав находит возможным оказать давление на родителей, запрещая принимать в дошкольные детучреждения детей без предварительной прививки против скарлатины.

ОСПА И ОСПОПРИВИВАНИЕ В САЛДИНСКОМ РАЙОНЕ.

Л. Г. ГУТМАН.

В Нижней-Салде, Тагильского округа в январе 1929 года вспыхнула эпидемия оспы. На протяжении 5 месяцев заболело 83 человека детского населения. В июне месяце появилось 9 случаев в Верхней-Салде, на расстоянии 10 верст от Нижней.

По поручению Уральского Облздора мною было произведено обследование обоих очагов. Как и следовало полагать, причиной эпидемии явилось недостаточное оспопрививание.

Справка из отчетов о рождаемости в районе, с одной стороны, и вакцинации, с другой, дает следующие данные:

1928 год	рождаемость	1650	первичн. прив.	2268	(из них 1376 у грудных).
1927	»	»	1497	»	» 2818
1926	»	»	1679	»	» 1366

Если учесть смертность детей до 1 года, доходящую до 20 проц. рождаемости, то создается впечатление, что с прививками детей дело обстояло благополучно. Между тем обследование показало, что в возрасте от 1—10 лет имеется большой контингент детей либо совсем не привитых, либо привитых с отрицательным результатом. Заболевания 29 года распределяются по следующим возрастам:

В возрасте 1 года—8, в возр. 4 л. —12, в возр. 7 л.—8, 10 л.—2.

» 2 л.—12 » 5 л.—12 » 8 л.—7.

» 3 л.—12 » 6 л.—5 » 9 л.—1.

Опрос 27 семейств показал, что из общего числа 97 детей приходится привитых в разное время 73 (из них 51 с положительным результатом и 22 с отрицательным), непривитых 17 и непривитых, но болевших в прежние годы оспой 7. На все эти семьи приходится 36 свежих заболеваний оспой и все они падают на непривитых и неудачно привитых. На этом примере видно, что корень зла, во-первых, в недостаточной вакцинации, во-вторых, в плохой прививаемости детрита.

В отношении прививок выяснилось, что в 1928 году в Н.-Салде подворного оспопрививания не было, производилось только пунктовое— в месяц приблизительно 100 вакцинаций и 150 ревакцинаций (в школах). Лишь с началом данной эпидемии, т. е. с января 1929 года, стало проводиться подворное оспопрививание.

По вопросу о качестве детрита выяснилось, что партии его, получаемые в текущем году, вполне доброкачественны, и прививаемость у вакцинируемых приближается к 100 проц. Однако, материал, которым пользовались в 1928 г. и предыдущих года, был, очевидно, значительно хуже. Об этом свидетельствуют как результаты нашего обследования, так и заявление участкового врача В.-Салды.

Считаясь с тем, что детрит, выпускаемый уральскими институтами, дает полную прививаемость и без предварительного испытания не высылается, приходится думать, что порча его происходит во время транспорта и хранения на местах. Тут имеются 3 инстанции: пересылка по почте, хранение в округе, хранение в районе. Посылки, направленные в окружные города, обычно приходят на 5-й день. В окружном городе они нередко хранятся в аптечных складах Медторга при температуре около 10°.

Н.-Тагильский округ, однако, представляет исключение (как и некоторые другие) и хранит детрит в леднике при лаборатории. Самым уязвимым местом является хранение в районе. В Нижне-Салдинской аптеке ящичек с детритом находился в клетке позади аптечной комнаты при обычной температуре летнего времени. Приходится удивляться, как он сохраняет свою силу даже в условиях настоящего времени, когда расход его таков, что партии детрита прибывают из округа каждый месяц, или 2 раза в месяц. При медленном темпе прививок 1928 года этот детрит месяцами хранился при комнатной температуре и давал в конечном результате значительное количество отрицательных прививок.

Выяснить вопрос, какими путями попала зараза в Н.-Салду, нам не удалось. С начала эпидемии до момента обследования прошло $1\frac{1}{2}$ года, и родители не могли точно указать, в каком месяце ребенок болел. Наиболее ранний случай из опрошенных нами приходился на начало января (в сочельник, по показаниям матери). Попытки установить связь с какими-либо приездами из зараженных районов или выездами в таковые—ни к чему не привели.

Нужно сказать, что население, среди которого добрая половина в детстве болела оспой, считает эту болезнь неизбежным злом, не спешит сообщать о свежих заболеваниях медицинскому персоналу, к заразительности ее относится равнодушно и над «шадричностью» (над рябым лицом) лишь посмеивается. В таких условиях понятно, что ряд случаев оспы остается скрытым от участкового врача, что еще более затрудняет поиски первых случаев заболевания. К тому же эпидемиология оспы имеет немало темных сторон. Как и где сохраняется вирус из года в год? В отпадающих корках? Это оспаривается на основании опытов. В хронических носителях вируса? В слизистой их дыхательных путей? Это требует экспериментального подтверждения, при том нелегко поддается опыту. Роговица кролика (в опыте Пауля) может оказаться недостаточно чувствительной, чтобы уловить вирус в носителях

его. Однако, в литературе имеется несколько случаев обнаружения вируса через долгий промежуток времени после заболевания. Наконец носителями заразы могут оказаться abortивные формы оспы, наблюдаемые в течение эпидемии среди взрослых, в свое время привитых. Эти формы либо могут проходить без каких-либо клинических явлений, и тогда являются скрытой инфекцией, либо течение их крайне атипично и не возбуждает даже подозрения в наличии оспенного заболевания. В Нижней Салде мать, болевшая в детстве оспой, после ухода за своим больным ребенком, получила легкую сыпь на руке и лице. Другая женщина, также в свое время болевшая, умывала мертвого ребенка и через некоторый промежуток времени получила 4 оспины на руке. Такая местная инфекция выявилась лишь потому, что связь ее с оспой ребенка была очевидна потерпевшим. Abortивная форма болезни может легко оказаться посредником между оспой из двух отдаленных друг от друга районов, вызывая недоумение, откуда-же взялось первое заболевание.

Учитывая недочеты в организации оспопрививания в Н.-Салде, надо остановиться на следующем:

1. Участковый медицинский персонал Н.-Салды был излишне уверен в оспенном благополучии своего района и «стал креститься лишь когда грянул гром». Между тем оснований для такого оптимизма не было. Надо думать, что в этом грешен не один Салдинский медицинский персонал, но и многие другие среди не потерпевших до поры, до времени.

2. Подворное оспопрививание, проведенное в текущем году, производилось без учета ре ультатов. Делалось это в связи со спешной работой перел лицом распространяющейся эпидемии и в виду ограниченности штата прививателей. Однако, насколько такой метод чреват последствиями, показывает сама Н.-Салдинская эпидемия, где немалая часть болевших детей в свое время прививалась, но вакцина не принялась. В настоящее время учет результатов производится при вторичном обходе дворов.

3. При обходе дворов всегда часть взрослого и детского населения отсутствовала (Н.-Салда, заводский поселок, поэтому взрослые часто на работе). Они ускользали от прививки и составляли тот кадр непривитых, которых потом захватила болезнь. Необходимо тщательно записывать всех отсутствующих, делать им прививку при проверочном обходе, и, если часть из них опять отсутствует, добиваться явки их в амбулаторию принудительным порядком с угрозой штрафа.

4. Хранение детрита должно происходить исключительно в ледниках. В окружном городе детрит должен храниться не в аптеках, а в лаборатории, так как заведующий санитарно-гигиенической лабораторией всегда более сведущ и более сознательно относится к этому делу, чем аптечный склад. Лаборатория должна отправлять детрит в районы поменьше да почаще: 1-2 раза в месяц. Она же должна учитывать результаты проверки детрита в окружном городе по данным местного оспопрививателя. Если в окружном городе детрит не дает 100 проц. прививаемости на грудных детях, то в районе он даст большие перебои. О таких дефектах лаборатория должна немедленно сообщать бактериологическому институту. Во врачебных участках детрит должен быть изъят из аптек и храниться в леднике при больнице. И здесь оспопрививатель должен точно учитывать результаты вакцинаций и не удовлетворяться тем, что положительный результат бывает в 50—60 проц. случаев. Участки должны обзавестись самодельными термосами для перевозки детрита при поездках внутри района. Образцы таких термосов имеются в литературе, и их нетрудно заказать.

5. Со штатом оспопрививателей дело также не вполне благополучно. Курсы оспопрививателей, организуемые ежегодно при Областном Здравотделе, выпускают недостаточное число работников. При подворном оспопрививании за дело берутся люди, мало сведующие как в технике, так и в организации работы.

В данной эпидемии отцы и матери на своих детях убедились в ценности прививок: в семьях заболевали исключительно непривитые, или неудачно привитые, все остальные оставались здоровыми. Если в семье оказывался больной оспой, матери спешили прививать остальных детей. Нередко им удавалось предохранить ребят, и можно было наблюдать, как один лежит в люльке, покрытый сыпью, а другой качает его, имея на руке пышные прививочные оспины. Часто, однако, прививки уже не помогали, при чем либо развивалась одна лишь оспа, либо одновременно развивалась вакцина на месте прививки и оспа на всем теле. Эпидемия оказалась не из легких. Наряду с легкими амбулаторными заболеваниями было много тяжелых: на 92 случая (включая Н.-Салду) приходится 21 смертельный исход. Это почти 23 проц. Санитарный врач, наблюдавший эти заболевания, говорит, что попадалась сливная оспа. Черную оспу он как-будто бы не наблюдал.

Крупные недостатки работы по оспопрививанию в той или другой степени касаются многих районов и округов. Если оспенная эпидемия в текущем году не захватила их, то это отнюдь не потому, что дело оспопрививания там стоит на высоте. Инерция относительно благополучия создает ни на чем необоснованную уверенность, что оспы в участке не будет. Эти настроения крайне опасны и должны быть изжиты врачебными участками области.

„УРАЛЬСКИЙ МЕД. ЖУРНАЛ“

Заканчивает первый год
своего существования.

Удовлетворяет ли Вас
: : : : : журнал? : : : : :

Что хотелось бы Вам
: : улучшить в журнале? : :

Какие недостатки есть
: : у журнала? : :

Редакция ждет ответов на эти вопросы.

(ИЗ ИНСТИТУТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ I М. Г. У.
Директор-профес. А. И. АБРИКОСОВ *).

ОБЗОР УЧЕНИЯ О РЕТИКУЛО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Ассистент Института П. П. ДВИЖКОВ.

В 1914 г. появилась работа Landau и Mac Nee, посвященная физиологии холестерина обмена. В этой работе названные авторы указывали, что целые группы клеток внутренних органов обладают одинаковой функцией в отношении поглощения холестерина и целого ряда других веществ: циркулирующего в крови пигмента, распада эритроцитов и т. д. Такого рода клетками с общей для них функцией поглощения различных веществ по Landau и Mac Nee являются ретикулярные клетки и эндотелий лимфатических желез, селезенки, костного мозга, печени и коры надпочечников. В силу этого Landau и Mac Nee и назвали всю группу таких клеток ретикуло-эндотелиальным аппаратом обмена. Впоследствии Ашофф (Aschoff) предложил заменить это название несколько иным «ретикуло-эндотелиальной системой» (RES), которое быстро прижилось и чаще всего встречается в текущей литературе. Таким образом, Landau и Mac Nee принадлежит честь введения указанного термина «ретикуло-эндотелиальный аппарат обмена». Понятно, основная их заслуга не в установлении нового термина, а в том, что они первые особенно рельефно выдвинули функциональное значение ретикулярных и эндотелиальных клеток вышеперечисленных органов, указав на большую их роль в обмене веществ. Разумеется, названные клеточные элементы морфологически были известны и изучены на много раньше. Даже свойство откладывать ими различные вещества было отмечено прежде Landau и Mac Nee рядом других исследователей. Первым, кто заметил своеобразное поведение ретикулярных и эндотелиальных клеточных элементов был Р и б б е р т (Ribbert); но он не вполне оценил значение своего открытия и первые, более определенные, попытки объединения ретикулярных и эндотелиальных клеток в единую по функции самостоятельную систему, были сделаны Г о л ь д м а н о м (Goldmann). Вводя белым мышам внутривенно или в полость живота 1 проц. раствор пириловой или трипановой синьки, т. е. красок коллоидального характера, он заметил, что эти вещества откладываются исключительно в определенной группе клеток, почему уже и тогда он заключил об общности функций этих клеток. Из исследователей последующего периода, внесших много ясности в представление об этой системе, надо особо отметить Aschoff'a и его ученика японца Кионо (Kijono), работавшего с литиевым кармином, и русского ученого проф. Военно-Медицинской Академии Н. Н. А н и ч к о в а, имя

*) Доложено 16/VIII-29 г. на конференции врачей Свердловского кабинета по изучению профзаболеваний.

которого и его учеников (Окунев, Петров и др.) все время цитируется на страницах литературы о RES.

Таким образом Ribbert, Goldmann, Landau, Mac Nee являются основоположниками учения о RES, учения, с которым в настоящее время связывают разрешение целого ряда проблем из любой области медицины, доказательством чего может служить исключительно быстро растущая литература всего вопроса. Мы видим работы о RES из области гистогенеза различных клеточных элементов, где RES служит для разрешения спорных вопросов морфологии; в частности это относится и к сложным вопросам кроветворения. Еще более связывают с RES различные вопросы патологии, бластоматозного роста иммунитета и т. д. и о чем будет сказано ниже.

В настоящее время по предложению Aschoff'a ретикуло-эндотелиальную систему подразделяют на: 1) ретикуло-эндотелиальную систему собственно внутренних органов и 2) ретикуло-эндотелиальную систему в широком смысле.

I. К RES собственно внутренних органов относят: 1) эндотелий капилляров печени, а среди него особо выделяют так называемые Купферовские клетки, которые, имея звездчатую форму и будучи больших размеров, чем остальной печеночный эндотелий, обладают исключительной способностью к фагоцитозу; 2) ретикулярные и эндотелиальные клетки селезенки и лимфатических желез, заложенные в фолликулах и синусах; 3) ретикулярные и эндотелиальные клетки костного мозга; 4) эндотелиальные клетки надпочечников.

II. Понятие RES в широком смысле вмещает: 1) только что перечисленный ретикуло-эндотелий собственно внутренних органов и 2) многочисленные клетки соединительно-тканного происхождения, так называемые гистиоциты, которые заложены в целом ряде других органов—в межуточной ткани их, например, в альвеолярных перегородках легких, в межуточной ткани почек, яичек, сердца; сюда же относятся и гистиоциты подкожной клетчатки и клетки, расположенные по ходу сосудов—адвентициальные клетки *Marchand* (*Marchand*). Все только что перечисленные ретикулярные и эндотелиальные клетки внутренних органов, то есть R.E.S. собственно и гистиоциты, имеют следующие общие для них черты, которые и позволили их объединить в одну систему; 1) все они мезенхимального происхождения, т. е. являются потомками очень деятельной эмбриональной соединительной ткани—мезенхимы, 2) все они обладают способностью к внутриклеточному накоплению самых различных электроотрицательных коллоидов неорганической и органической природы как экзогенного, так и эндогенного происхождения. Эти два момента и являются основными в характеристике всей R.E.S., т. е. объединение по принципам эмбриологического и функционального характера. Кроме того, как мы увидим ниже, бывают особые патологические процессы, которые нельзя иначе и назвать, как обособленным поражением этой системы, т. е. опять выявляется объединяющий момент для перечисленных клеточных форм. Эти объединяющие моменты из патологии эмбриологического и особенно функционального порядка показывают, что термин «система» выбран правильно.

Как было сказано, одним из главных свойств, характеризующих клетки R.E.S., является их способность накапливать в своей протоплазме циркулирующие в токе крови, лимфы взвешенные, различного рода коллоидные частицы, т. е. особое, присущее только им функциональное свойство. Выше было указано, что этой функцией обладают не только клетки R.E.S. печени, селезенки, лимфатических желез и костного мозга, но и це-

лый ряд клеток, так называемых гистиоцитов в межуточный ткани других органов; дело дошло до того, что глиозные клетки мозга и клетки зобной железы эпителиального происхождения тоже стали относить к R.E.S., так как, оказывается, они также обладают способностью накапливать коллоидные частицы. Другими словами пришлось расширить границы понятия R.E.S. Это привело, с одной стороны, к понятию, о котором говорилось выше, т. е. к R.E.S. в широком смысле, а, с другой стороны, появились противники такого расширения, указывавшие, что теряются границы очерченности этой системы. Однако, в настоящее время большинство исследователей мирится с таким широким толкованием R.E.S.

И так, основное свойство всей массы клеточных элементов, составляющих R.E.S., является накопление ими в своей протоплазме коллоидных веществ. В процессе накопления различают два момента: 1) фагоцитоз, 2) собственно отложение вещества. В последнем различают следующие три фазы: 1) вхождение вещества, 2) накопление его в плазме клеток и 3) выпадение или коагуляция его. Интимные стороны всех этих моментов мы знаем плохо. В отношении «вхождения» веществ можно предполагать, что оно обусловлено большой проницаемостью клеток R.E.S. по сравнению с другими клетками и зависит скорее всего от состояния липоидной оболочки этих клеток. Лучше всего мы знаем стадию выпадения, коагуляции. Веществами, которые накапливаются (откладываются) в клетках R.E.S., могут быть следующие коллоиды:

1) Вещества, обладающие прижизненной (витальной) окраской тканей, называемые еще кислыми красками; сюда относятся—пирроловая, трипановая, изаминовая синьки, кармин.

2) Коллоидальные, металлические взвеси: *ferrum oxyd.*, *saccharat.*, электроферрол, колларгол, коллоидальный раствор золота. Надо сказать, что перечисленные вещества, особенно краски—кармин, синьки,—явились исходными в опытах первых исследователей по выявлению R.E.S. и до настоящего времени они употребляются всеми исследователями, будучи очень удобны в морфологическом отношении, благодаря их резкому выявлению при гистологическом исследовании органов, в которых происходит их отложение.

3) Коллоидальные продукты межуточного обмена: холестерин, липиды, растворенный гемоглобин и, вероятно, также чужеродные протеины.

4) Грубые, циркулирующие в крови и лимфе, элементы, которые могут быть уподоблены коллоидным взвесям: различного рода пигменты, кровяные пластинки, эритроциты и их обломки, лейкоциты, чужеродные кровяные клетки, бактерии, тушь, уголь и т. д. Количество открываемых веществ, которые могут отлагаться в R.E.S., растет с каждым годом.

Скорее всего проникновение всех названных веществ в протоплазму клеток R.E.S. надо рассматривать как адсорбционное явление. Часть авторов указывает, что, по существу, при поглощении дело идет об обычном фагоцитозе. А отсюда делают вывод, что надо отказаться от понятия фагоцитоза в бактериологическом смысле, т. е. какого-то активного пожирания клетками инородных веществ, а надо рассматривать фагоцитоз с той же точки зрения, что и откладывание коллоидных красок, т. е. по законам физической химии.

Накопление коллоидальных веществ в клетках R.E.S. происходит в неважных в функциональном отношении участках протоплазмы клеток, т. е. не в ядре или около него, а вдали, в соковых канальцах. Этим и нужно объяснить тот факт, что даже длительное (ежедневное) введение экспери-

ментальным животным коллоидных красок—синьки, кармина—не является гибельным для клеток.

Характерной особенностью функции клеток R.E.S. является быстрота, с которой они поглощают введенные в кровь коллоидальные субстанции. в пределах от нескольких минут до одного часа после введения вещества, его уже не удается обнаружить в токе крови.

Другой особенностью клеток R.E.S. является то, что захватываемые ими коллоидальных частиц происходит, повидимому, неравномерно в различных клетках этой системы, и даже в клетках одного и того же органа. Так, в печени можно видеть клетки сильно загруженные коллоидальными частицами, а рядом видны такие, в которых лишь небольшие скопления частиц. Мало того, если вводить кролику одновременно две коллоидные краски, то отложение их происходит в различных клетках. Неодинаково быстро происходит и нагружение всех клеток R.E.S. коллоидальными частицами. Так, при введении липоидов, последние в первую очередь захватываются Купферовскими клетками печени и костного мозга, а затем уже клетками селезенки и лимфатических желез. Другие взаимоотношения наблюдаются при введении иных веществ. Все это указывает на то, что различные клетки, входящие в состав R.E.S., функционально не совсем равнозначны друг с другом.

Вещества, поглощаемые R.E.S., могут очень долгое время удержаться в ней. Даже через два месяца после инъекций коллоидального серебра, количество этого металла в печени заметно не уменьшается, а следы его могут быть обнаружены в течение 6—8 месяцев.

Те же самые явления со стороны R.E.S. наблюдаются в опытах с изолированными органами, только все они более слабо выражены: поглощение идет медленнее, откладывается меньшее количество частиц и т. д.

Что касается удаления коллоидальных частиц, поглощенных клетками R.E.S., то этот процесс вполне напоминает удаление из клеток кристаллоидов, но идет гораздо медленнее. Все только что перечисленные факты говорят за то, что клетки R.E.S., обладая захватывающим действием, представляют в сущности депо, где длительно накапливаются различного рода коллоидные частицы. Исходя из этого можно предполагать, что при некоторых инфекционных заболеваниях может быть колоссальное нагружение клеток системы микроорганизмами, при чем последние могут длительное время оставаться жизнеспособными; и, быть может, повторные вспышки при некоторых заболеваниях должны быть обьявлены реакцией со стороны микроорганизмов, находящихся в живом еще состоянии в клетках R.E.S.

Указанные выше моменты: быстрота захватывания клетками R.E.S. коллоидных веществ, возможность длительного удерживания этих веществ, скоплять их в больших количествах, привели к мысли о возможности вызвать тем или иным путем гипофункцию или гиперфункцию этой системы.

Вопрос о гипофункции R.E.S. тесно связан с так называемым «блокированием», или как еще называют, «блокадой» ее. Остановимся подробнее на этом вопросе. Наблюдая усиленное поглощение коллоидальных веществ, предполагали, что путем длительного введения в ток крови коллоидных красок можно так нагрузить все клетки R.E.S., что они окажутся не в состоянии больше поглощать этих веществ, т. е. функционально будут выведены из строя или, как говорят, «эта система будет блокирована». Если бы это действительно имело место, то открылись бы широкие возможности для эксперимента, т. к., лишая организм функций всех этих клеток, можно было бы наблюдать влияние на него тех или иных вредных агентов в том его состоянии, когда он, в лице R.E.S., лишен своего защитного аппарата.

Надо сказать что последний термин, т. е. понимание R.E.S. как защитного аппарата организма, принимается целым рядом исследователей, особенно итальянских, которые прямо рассматривают R.E.S. как арену, где разыгрывается борьба организма с инфекцией. Однако, оказывается, произвести полную блокаду R.E.S. невозможно. Если даже целыми месяцами (до одного года) ежедневно вводить кроликам по 5 к.с. раствора коллоидных красок, то и тогда не получается полной блокады системы. В таких длительных опытах с «блокированием», поглощающие клетки резко увеличиваются в своих размерах, превращаются в гигантские, многоядерные клетки, напоминающие синтициальные разрастания с колоссальным отложением красок в своей протоплазме. На смену этим нагруженным клеткам происходит размножение новых ретикуло-эндотелиальных клеток, которые опять начинают поглощать краску, увеличиваться в размерах и т. д. Эти факты показывают, что захватывающая способность ретикуло-эндотелиальной системы фактически не ограничена и следовательно думать о полной блокаде или о понижении захватывающей способности ее не приходится. Вызывая даже грубые деструктивные изменения паренхимы органов, например, печени, путем отравления животных фосфором, все же не удается заметно уменьшить количество серебра, откладывающегося в клетках R.E.S. А это, в свою очередь, указывает на то, что клетки R.E.S. отличаются, по-видимому, значительной стойкостью.

Правда, единичные опыты показывают, что гистиоциты подкожной клетчатки, рассасывая жир и постепенно нагружаясь им, в конце концов утрачивают способность поглощать прижизненно красящие коллоиды. Но это только частный случай, который нельзя перенести на всю систему в целом. Существует еще другой способ ослабления в организме этой системы, употребляющийся главным образом в экспериментальных исследованиях. Дело идет об удалении селезенки. Так как в последней заложена значительная часть всей R.E.S., то при удалении этого органа добиваются количественного уменьшения R.E.S. Одновременно метод спленектомии комбинируют с «блокадой» коллоидными красками остальных клеток R.E.S. Действительно, при такого рода экспериментах за последнее время были достигнуты чрезвычайно интересные данные. Так, чаще стали удаваться положительные результаты перевивок опухолей с одного вида животного на другой. У обработанных указанным методом животных заражение какой либо инфекцией вело к быстрому и тяжелому, часто смертельному, течению заболевания, в то время как у контрольных животных наблюдалась обратная картина.

Оказывается, удаление селезенки не остается без влияния на остальную часть R.E.S., что выражается в компенсаторном разрастании клеток этой системы в других органах, особенно в печени, при одновременном усилении фагоцитарной деятельности. Что касается г и п е р ф у н к ц и и R.E.S., то это достигается повторным введением в организм коллоидальных растворов, при чем наступает постепенное усиление поглощения.

Интересно, что у высших позвоночных R.E.S. развита значительно слабее, чем у амфибий, у которых она развита наиболее сильно (особенно у лягушки), почему она часто служит для экспериментальных наблюдений над этой системой.

Было уже отмечено, что наиболее распространенной классификацией R.E.S. является классификация по Ашоффу: разделение на R.E.S. собственно внутренних органов и на R.E.S. в широком смысле, основанная на том предположении, что клетки R.E.S. собственно внутренних органов скорее поглощают коллоидальные вещества, в то время как клетки R.E.S.

в широком смысле, т. е. гистиоциты, отстают от них. Но оказалось, что этот критерий не совсем правилен, так как в некоторых условиях гистиоциты могут нагружаться коллоидными красками раньше, чем клетки печени, костного мозга, селезенки; последний факт зависит от места введения вещества и характера его. На этом основании Аничков предлагает отказаться от классификации Ашоффа и принять классификацию R.E.S. по топографо-функциональным признакам. Он предлагает разделить R.E.S. на: 1) R.E.S., расположенную по току крови, называя ее «ретикуло-эндотелий крови»; 2) R.E.S., расположенную по ходу лимфатических путей, или «ретикуло-эндотелий лимфы» и 3) R.E.S., расположенную по ходу тканевой лимфы. Первым двум группам можно приписать удаляющую функцию.

Заканчивая в основных чертах разбор морфологии и физиологии R.E.S. можно сделать следующие обобщающие выводы:

1) В настоящее время не подлежит сомнению существование в организме особой клеточной системы с определенными морфологическими и функциональными особенностями.

2) Гистогенетически эта система клеток представляет остатки эмбриональной соединительной ткани, то есть мезенхимы, и заложена или в виде клеточных комплексов в целом ряде внутренних органов: печени, селезенке, лимфатических железах, костном мозгу, надпочечниках, или же разбросанно в виде так называемых гистиоцитов в межклеточной ткани различных органов, а также в подкожной клетчатке.

3) Основным функциональным свойством, объединяющим всю эту систему клеток, является почти неограниченная способность их поглощать различного рода коллоидальные вещества, взвешенные в токе крови и лимфы.

Переходя к вопросу о значении R.E.S. в вопросах патологии, надо указать, что и в этом направлении имеется очень большая литература, касающаяся самых различных патологических процессов, почему в настоящем кратком очерке будут затронуты лишь те вопросы, которые за последнее время получили более или менее определенное освещение.

Сначала коснемся сложного вопроса кроветворения, интимные стороны которого нам до сих пор мало известны. Благодаря учению о R.E.S., выяснилось, что начальные стадии эритро- и лейкопоэза, т. е. наиболее темные стороны всего вопроса, тесно связаны с этой системой; последняя представляет тот морфологический субстрат, который, как оказывается, дает начало всем клеткам эритро-и лейкопоэтического ряда, начиная с материнских форм (Stammzellen). Но еще большую роль играет R.E.S. при экстрамедуллярном кроветворении, т. е. при кроветворении вне костного мозга, особенно при лейкомических заболеваниях, инфекциях и различного рода токсикозах. Как известно, при этих состояниях, в частности при лейкомиях (миелоидных и лимфоидных), во всех почти органах: печени, селезенке, лимфатических железах и других, появляются скопления молодых и более зрелых кровяных клеток, т. е. имеется возврат к эмбриональному состоянию, при котором распространенное кроветворение в различных органах является нормальным. Оказывается, что эта пролиферация тесно связана клетками R.E.S. Можно видеть, как Купферовская клетка печени при указанных болезненных состояниях превращается в миелоцит, а затем в зернистые формы лейкоцита, или же развитие ее идет и в сторону нормобласта, т. е. ядродержащего эритроцита. То же самое можно сказать про эндотелий и ретикулярные клетки селезенки, лимфатических желез и эндотелий надпочечников. Таким образом клетки R.E.S. обладают широкой потенцией в отношении кроветворения, давая полный цикл развития кровяных эле-

ментов, если только в организме создается какое либо патологическое состояние. Против такого широкого участия всей R.E.S. в процессе кроветворения возражает целый ряд авторов, указывая, что нельзя так широко в этой системе приписывать функцию кроветворения; быть может в этом процессе принимает участие только часть клеток R.E.S., которые надо выделять особо, называя их мезенхимальными клетками. Каков бы то ни был исход этого спора, мы все таки можем сказать, что учение о R.E.S. приблизило нас к очень сложному вопросу о происхождении кровяных элементов, указав, что эта система имеет близкое отношение к гемопоэзу и мы лишь не уловили деталей этого процесса. Нельзя не упомянуть, что столь запутанный вопрос о происхождении моноцитов получил более или менее удовлетворительное разрешение также благодаря учению о R.E.S.; оказалось, что эта клеточная форма является производной R.E.S.—старейшей формой ее элементов.

Здесь же надо остановиться на значении R.E.S. при воспалительных процессах и указать, как это учение расширило понимание морфологии целого ряда воспалительных процессов, в частности специфического характера. В отношении туберкулеза выяснилось, что образующие туберкулезный бугорок эпителиоидные и гигантские многоядерные клетки являются производными местных гистиоцитов, т. е. R.E.S. в широком смысле. Несомненно гистиоцитарного, т. е. ретикуло-эндотелиального происхождения специфические для риносклеромы клетки Микулича. Из таких же гистиоцитов ретикуло-эндотелиального происхождения состоят и узелки Ашоффа при ревматизме. В связи с учением о R.E.S. особого внимания заслуживает проказа, при которой основным элементом является воспалительная гранулема—лепрома, состоящая из впервые описанных Вирховым лепрозных клеток; эти последние в конечной стадии своего развития сплошь выполнены мелкими капельками жира и массой лепрозных бацилл. Оказывается, гистогенетически лепрозные клетки являются производными R.E.S. Если это так, то и патогенез проказы можно объяснить следующим образом: дело идет о медленно протекающем заболевании, возбудитель которого, обладая очень слабыми вирулентными свойствами, не ведет к быстрой гибели клеточные элементы организма, а, наоборот, поглощается ими в колоссальных количествах; поглощение происходит исключительно клетками R.E.S. с последующей пролиферацией новых клеток этой же системы, которые опять начинают нагружаться бациллами и т. д. Другими словами, имеет место хроническое отложение бацилл в клетках R.E.S. с последующей гиперплазией ее. Следовательно весь процесс поглощения лепрозных бацилл клетками R.E.S. можно уподобить длительному поглощению этой системой коллоидальных красочных веществ. Таким образом процесс по существу один и тот же. Исходя из этих соображений ряд авторов и предлагает называть проказу хроническим ретикуло-эндотелиозом (Аничков, Движков).

До того еще момента, когда был высказан этот взгляд, Аничков при длительном кормлении кроликов холестерином получал отложение этого вещества исключительно в клетках R.E.S., т. е. получил факты, говорящие за обособленность ее, кроме того при гистологическом исследовании органов таких животных он констатировал отложение жира в клетках, напоминающее таковое при проказе. Следовательно, постановка вопроса о том, что поглощение бацилл при проказе можно уподобить отложению коллоидальных взвесей в клетках R.E.S., является вполне уместной.

Выраженное участие со стороны клеток R.E.S. мы видим при целом ряде других заболеваний. Так, наблюдаемое при брюшном тифе сильное

увеличение лимфатического аппарата тонких кишок, особенно Пейеровых бляшек, и мозговидное набухание мезентериальных лимфатических желез обязано своим происхождением размножению тех же ретикулярных и эндотелиальных клеточных элементов под влиянием тифозных бацилл и их токсинов. Размножение клеточных элементов R.E.S. имеет место и при сыпном тифе, когда Купферовские клетки печени интенсивно поглощают и разрушают красные и белые тельца, сдуваются и закупоривают капилляры. В таких сдушенных клетках Кучинский смог обнаружить мелкие образования, так называемые, Рикеция-Правачекия, которые, как предполагают, являются возбудителями сыпного тифа; следовательно R.E.S. является тем местом, где они живут, развиваются. Важную роль играет R.E.S. при Endocarditis—sepsis lenta, когда имеется диффузное поражение всего эндотелия кровеносной системы с пролиферацией и некрозом его, выражением чего служит появление в периферической крови (до 50—80 проц.) эндотелиальных клеток (феномен Hess'a). Этот феномен легко получается, если у больного перед взятием крови из ушной мочки последнюю слегка потереть. Эндотелий при этом заболевании не является полноценным, а, наоборот, представляет очень хорошую питательную среду для вызывающего заболевание микроорганизма. Отсюда некоторые делают и практический вывод—удаление при sepsis lenta селезенки, т. е. органа, обладающего большим количеством такого неполноценного эндотелия (Завадский). Наблюдающиеся при этом заболевании изменения со стороны яичка, почек имеют исходным своим пунктом также элементы R.E.S.

Моноцитарная ангина—заболевание, чаще встречающееся в молодом возрасте и характеризующееся поражением полости рта, увеличением печени, селезенки, лимфатических желез и одновременным моноцитозом (до 80 проц.). Поскольку моноциты являются производными R.E.S. постольку, на основании приведенной характеристики заболевания, можно сделать вывод, что при нем имеется существенное участие R.E.S.

Особого внимания заслуживает изолированное поражение R.E.S. в виде так называемых ретикуло-эндотелиозов. При этом, тяжело протекающем состоянии, дело идет о диффузной гиперплазии клеточных элементов всей R.E.S. с появлением в периферической крови (до 85 проц.) одноядерных форм, которые по своим морфологическим свойствам должны быть отнесены к эндотелиальным и ретикулярным клеткам. В такого рода очень редко встречающихся случаях особенно рельефно выступает участие одной только R.E.S., когда какие либо другие изменения совершенно отсутствуют, и тем самым приходится говорить о своеобразном гиперпластического характера заболевании этой клеточной системы. Другими словами, имеется чрезвычайно доказательный факт в пользу высказанного в начале положения, что выделение относящихся сюда клеточных элементов в одно целое под названием системы правильно. К системным гиперплазиям R.E.S. с нарушением белкового и липоидного обмена на конституциональной почве относят болезнь Jaucher. Очень близкое отношение имеет R.E.S. и к железистому обмену. В таком спорном вопросе, как гемолитическая желтуха, некоторые авторы (Eppinger) склонны рассматривать патогенез его ни более, ни менее, как гиперфункцию R.E.S. В доказательство своего взгляда они указывают, что очень хорошие результаты при этом заболевании получаются после удаления селезенки, то есть когда удаляется значительная часть R.E.S., находящейся в состоянии гиперфункции.

За последнее время выдвигается значение R.E.S. при токсикозах беременности, в частности при эклампсии (Benda); предполагают, что клетки этой системы играют обезвреживающую роль в материнском организме в от-

ношении продуцируемых плодом ядовитых веществ. Как показывает исследование беременных женщин во вторую половину беременности, при введении им в ток крови трихлорфталеина, конгорот, эти вещества сравнительно с нормой длительно задерживаются в организме, что объясняют нестойкостью R.E.S., недостаточностью ее, особенно в печени, в этот период беременности. А так как между клетками R.E.S. печени и собственно печеночными клетками имеется тесная топографическая и функциональная связь, то поражение клеток R.E.S. отражается и на клетках паренхимы печени, давая явления токсикоза беременных. Таким образом, при токсикозах, по существу, дело идет о первоначальном поражении R.E.S., доходящем до полного функционального паралича этой системы.

В настоящем очерке нет возможности останавливаться на целом ряде других вопросов, тесно связанных с учением о R.E.S. Укажем коротко только на некоторые. Так, имеются весьма интересные данные о взаимоотношениях между R.E.S. и эндокринными железами, о чем можно найти исчерпывающие данные в одном из ближайших номеров журнала «Клиническая Медицина» в статье профессора Г. П. Сахарова.

Остановим наше внимание на роли R.E.S. в явлениях иммунитета и инфекции. Надо сказать, что наибольшее количество новой литературы о R.E.S. относится именно к этим областям; многие хотят видеть в R.E.S. тот морфологический субстрат, где происходят сложные процессы взаимодействия между внедрившимся антигеном и организмом. Предполагали, что если тем или иным путем, например, «блокадой» или при помощи спленектомии, вывести R.E.S. из равновесия, то тем самым можно будет получить уменьшение антител против внедрившегося антигена, а в отношении инфекций получить более тяжелое течение их. Но полученные в этом направлении результаты оказались противоположными. В то время как одни авторы после «блокирования» отмечали пониженное образование иммунных тел (агглютининов), другие, наоборот, отмечали их повышение.

То же самое случилось и в отношении туберкулеза: одни замечали после «блокады» R.E.S. более тяжелое течение, другие указывают, что никакого влияния так называемая «блокада» на течение туберкулезного процесса не оказывает. Надо сказать, что такое расхождение в результатах опытов довольно частое явление в области экспериментальных исследований о R.E.S. и только за последнее время выяснились причины его. Оказалось, что состояние всей R.E.S. чрезвычайно лабильно и реакция ее на разного рода влияния колеблется в широких пределах, если только видоизменять, хотя бы в незначительной степени, эти влияния. Откладывание в R.E.S. коллоидных частиц, выработка иммунных тел, то или иное морфологическое состояние ее, все это зависит от условий, в которые поставлен эксперимент. Имеет значение род животного, его возраст, температура, характер, количество вводимого вещества, его растворителя и т. д. Этим и надо объяснить расхождение в результатах у разных экспериментаторов по одному и тому же вопросу. Вся постановка опытов, результаты их несомненно правильны и ни в коем случае нельзя думать, что у части исследователей мы имеем дело с артефактами; основная причина расхождения лежит в неоднородности условий опытов. Последнему факту в учении о R.E.S. в настоящее время придается огромное значение и с ним необходимо считаться каждому экспериментатору, приступающему к работе в этой области.

Какой же вывод можно сделать на основании всего вышеизложенного? Мы видим, что в организме существуют комплексы клеточных элементов, частью приуроченных к определенным органам, частью находящихся вне

их, но единых по своему эмбриологическому происхождению и по своим функциональным свойствам. Это единство функции как в нормальных, так и в патологических состояниях дает право называть все эти клетки особой системой клеток—ретикуло-эндотелиальной системой. Выделение этих клеток в особую систему дало возможность выявить многие спорные вопросы морфологического, физиологического и клинического порядка, дало возможность совершенно по иному рассматривать патогенез целого ряда заболеваний.

ВАЖНЕЙШИЕ ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ.

- 1) Benda. Zentbe. f. qynäk 1927 11.
- 2) D. Boerner—Patzelt, A. qodel и F. Standenath—Ретикуло-эндотелиальная система. Сводный обзор. Изд. Врач. Берлин, 1926 г.
- 3) Iaffe. D. m. m. 1929 г. 6.
- 4) Труды I и II Всероссийского с'езда патологов (Ленинград, Москва). Работы Н. Н. Аничкова, Петрова, Окунева и Сысоева.
- 5) Труды I Всесоюзного с'езда патологов (Киев), программные доклады Н. Н. Аничкова, М. М. Павлова.
- 6) Н. М. Николаев. Вопросы туберкулеза. 1928 г.
- 7) Ф. Ф. Сысоев. Труды Гимза. 1929 г. Ленинград.

3—8 января 1930 г. в г. Свердловске состоится:

Областной научный с'езд врачей

Ауторефераты — обязательное условие для выступления с докладом—должны быть представлены не позднее 30-го ноября.

Оргбюро.

ВОПРОСЫ ЭТИКИ *).

В. И. ВЕЛИЧКИН.

Грандиозность задачи социалистического строительства, новизна этого дела, трудности внешнего и внутреннего порядка, стоящие на нашем пути, наконец, сама природа пролетарского государства требуют самого широкого участия творческой силы трудящихся масс во всей социалистической стройке, контроля масс над всей нашей работой, самокритики рабочего класса и самопроверки каждого работника. В одном из № «Известий ЦИК» за 1928 год было такое определение самокритики: «Самокритика—это не только критика со стороны в пределах пролетарской диктатуры рабочего класса,—это также и постоянный критический подход к своей работе самих работников (курсив на Э. В. В.), чуткое, внимательное отношение ко всем указаниям на допущенные ошибки, неправильности, это полное отсутствие самовлюбленности, самодовольства, сознание огромной ответственности перед рабочим классом и колоссальной трудности стоящих задач».

Подходя с этой точки зрения к рассмотрению деятельности одного из отрядов строителей социализма—врачей, мы замечаем в ней целый ряд отрицательных явлений и фактов, которые заставляют нас остановить на них наше внимание, изучить их в целях устранения и предупреждения рецидивов. Такие явления и факты, имевшие место на Урале в прошлом и текущем году в непростоительно большом количестве и дошедшие до сведения Областного Бюро врачсекции, я делю на пять групп: 1) качество работы врача, как советского работника, и его отношение к законности. К этой группе относится ряд случаев нарушения трудовой дисциплины (несвоевременный выход на работу, работа по 2—3 часа вместо установленных 5—6 час.), использование в интересах своей частной практики советских учреждений (помещение больного на койку в советскую больницу вне очереди через частный прием, за плату), взимание платы на частном приеме за рентгеноскопию или снимок, произведенные в советском рентгеновском кабинете, или за хирургическую операцию, стремление уклониться от выполнения обязательств по отслуживанию за стипендию и стажирование, выписывание рецептов на амбулаторных бланках в порядке частной практики врачом, не работающим уже 3 месяца, получение пособия по болезни из страхкассы и одновременно получение зарплаты; совместительства ради совместительства, производство аборт в незаконных условиях и т. д. и т. п. 2) Отношение к населению: неоказание медпомощи при ее необходимости и возможности, грубое обращение с больными, небрежность в постановке диагноза, нежелание проводить санитарно-просветительную работу, вовлечение больных в распри между врачами и

*) Доклад, прочитанный на обще-городских собраниях врачей в г. Свердловске, Н.-Тагиле, Тюмени и Ишиме в 1928 и 1929 г.

проч. 3) Взаимоотношения врачей между собой: неумение или нежелание сработаться, в результате—уход части врачей, склока, группировки, подсиживания с дискредитированием врачом врача перед организациями и населением; имел место случай даже драки; позорные случаи проявления антисемитизма; нежелание консультировать с товарищем из-за ложного самолюбия и т. д. 4) Отношение к прочему персоналу: случаи командования, пренебрежительного отношения. Был случай, когда, прочитав в стенгазете заметку сиделки о том, что, мол, неправильно поступил врач, войдя в операционную в шляпе, пальто и галошах, врач тут же на газете написал: «Не дело сиделки указывать врачу» и др. 5) Быт: случаи пьянки, приносящей вред не только здоровью врача, но и делу, случаи, мягко выражаясь, «женофильства», приводящие к нарушению нормальной работы учреждения, саморекламмирование «а la нэпман» и т. п.

Многие из сухо перечисленных мною фактов вполне достойны специального фельетонного описания, и, без сомнения, будь врачи менее замкнуты и более активны по части письма, такой способ открытия и залечивания язв во врачебной среде имел бы широкое применение.

Приведенные мною и подобные им явления и факты побудили Обл. Бюро врачесекции поставить на обсуждение перед широкой врачебной аудиторией вопросы этики. Наша задача—рассмотреть отрицательные явления во врачебной среде и дать им соответствующую моральную оценку.

В своем докладе я ставлю ряд вопросов этического порядка, из которых каждый мог бы быть предметом собого осуждения. Я надеюсь, что это так и будет: отдельные поставленные мною вопросы подвергнутся более глубокому и подробному обсуждению как на собраниях врачей, так и на страницах «Ур. Мед. Журнала».

Прежде всего я начну с вопроса о том, что тако этика? Слово э т и к а происходит от греческого *ethos*, что значит характер, настроение. Этику называют также нравственной философией, или учением о нравственности. Как всякое учение, этика имеет свои: предмет, задачу и цель изучения, при чем предметом изучения в данном случае является понятие добра, задачей—выяснение того, что же собственно наш разум мыслит в понятии добра, а целью—ответ на вопросы: как должно жить, что делать, к чему стремиться. Можно еще определить этику, как учение о морали, или как теорию морали. Под моралью же обычно понимают систему правил, определяющих поведение людей в их деятельности, слова же н р а в с т в е н н ы й и э т и ч е с к и й означают согласный с требованиями морали.

Мы знаем, что в современном человеческом обществе есть еще помимо морали правила, регулирующие поведение людей,—это законы. В чем же отличие между законом и моралью? По Преображенскому (см. его книгу «О морали и классовых нормах», ГИЗ, 1923 год) отличие сводится к тому, что: во-первых, закон запрещает совершать поступки, нарушающие интересы господствующего класса, а мораль запрещает поступки с точки зрения определенного класса, не обязательно господствующего; во-вторых, закон блюдет государство, а мораль—общественное мнение данного класса; в-третьих, закон запрещает определенные поступки, мораль же одни поступки порицает, другие одобряет, и, наконец, в-четвертых, закон запрещает не все то, что запрещается моралью, мораль же осуждает и те поступки, какие осуждаются законом (правда, не всегда в духе законов), и те, какие законом не запрещаются, т. е. действует шире.

Теперь очень кратко напомним вам историю этики. Как самостоятельная дисциплина, этика возникла в древней Греции после персидских войн. Известно, что в результате этих войн эллинский народ стал мировой дер-

жавой, владыкой окружающего его моря, а вместе с тем и торговли. Это главенство в торговле явилось стимулом к развитию капиталистических отношений, и тут то впервые встал вопрос о морали. Почему? Потому что нормы поведения, какие были в то время у эллинского народа, уже не соответствовали изменившимся экономическим отношениям. Развитие торговли требовало широкого развертывания индивидуальной предприимчивости, личной заинтересованности, борьбы за свои собственные интересы и т. д. И вот софисты впервые ставят вопрос о морали, при чем они поставили его, так сказать, в негативном порядке. Основное их положение гласило: «человек—мера вещей». (Это положение, кстати сказать, напоминает мне известное любимое выражение русского купечества: «не препятствуй моему нраву». В обоих случаях основа одна и та же). Софисты говорили, что не может и не должно быть никакого нравственного регулятора, что объективные нравственные нормы—вредная фикция созданная «толпой», являющаяся величайшим тормозом для развития внутреннего содержания личности и т. д. Под развитием внутреннего содержания личности и другими высокими материями, само собой разумеется, укрывалось определенное экономическое понятие—необходимость развития торгового капитализма.

Выступивший против софистов Сократ впервые заговорил о формальном нравственном законе, вот почему он и считается основателем этики. Сократ был консерватор, хранитель старых устоев и традиций эллинского народа, а отсюда и содержание его нравственного закона, гласившего о необходимости «усмирения своей собственной природы, полной победы над своими страстями и аффектами, равнодушия и философского спокойствия души, уважения к установленным законам». При этом Сократ стремился доказать, что основные нравственные понятия и принципы должны быть познаны каждым мыслящим человеком и могут быть в нем развиты путем наставления. В то время, как Сократ все более и более углублялся в разработку своих этических положений,—жизнь все дальше и дальше уходила от него вперед. И в пустом, мертвом, отвлеченном царстве Сократ открывает вечные, неизменные, незыблемые понятия, послужившие впоследствии основанием для идеалистической системы философии Платона (Каутский).

После Сократа уже все греческие философы отводили этике виднейшее место в своих изысканиях.

В средние века этика приведена была в теснейшую связь с религией. В то время особенно выделились: блаженный Августин и Фома Аквинский, по учению которых высшая цель человеческой жизни заключается в познании бога, и только то, что приближает к этому познанию, считалось этическим, нравственным.

В XVI веке Бэкон Велуламский (1561-1626 г. г.) и Спиноза (1632-1677 г. г.) вновь отделили этику от религии, как таковой. В противовес средневековому положению о царстве божием—*civitas dei*, Бэкон выдвинул положение о достижении царства человека на земле—*regnum hominis*. В дальнейшем вопросами этики занималась целая плеяда философов и мыслителей, из которых одни (Гоббс, Локк, А. Смит, Юм, Милль, Спенсер) стремились выяснить сущность нравственности преимущественно эмпирическим путем—из наблюдений над человеческой жизнью и ее условиями, другие же (Лейбниц, Кант, Фихте, Гегель) стремились вывести понятие нравственности из общих метафизических воззрений.

В новейшее время все большее распространение и влияние приобретает марксистское понимание этики. Как же разрешает проблему этики самое передовое современное философское учение—марксизм?—Марксизм, как известно,—земная философия, занимающаяся человечеством и его ин-

тересами в первую очередь. Небо же (не в астрономическом смысле) его не только не интересует, но отвергается им. Поэтому понятно, что со второй группой философов-идеалистов ему не по пути. С первой же группой у марксизма есть нечто общее, а именно: реальная действительность, земля, человечество. Однако, и с этой группой имеется очень большое расхождение, которое в общем можно свести к двум положениям: во-первых, марксизм не признает вечно й, неизменной этики и, во-вторых, для данного периода истории развития человечества — о б щ е ч е л о в е ч е с к о й этики.

Вечной, неизменной этики, морали, нравственности нет и не может быть. То, что в одно время было нравственным, современем перестает быть таковым и даже, наоборот, становится безнравственным, что вполне естественно, так как идеология людей изменяется с изменением социально-экономических отношений, а эти последние изменяются вследствие непрерывного развития человеческого общества. К. Каутский в «Основах морали»*) говорит: «Исторический материализм совлекает нравственность с небесных высот. Мы узнаем ее животное происхождение и видим, что превращения, которым она подвергается в человеческом обществе, обусловлены теми превращениями, которые прodelывает общество, толкаемое техническим развитием».

Все вы помните знаменитую Тарпейскую скалу в Спарте, с которой сбрасывали хилых младенцев. Но что бы мы сказали теперь, если бы кто-либо вздумал снова применять такой метод, даже в той же самой Спарте? Сейчас это уже невозможно, а знаменитый философ Сенека говорил в свое время следующее: «Уродов мы умерщвляем, а детей, явившихся на свет исковерканными и недоразвитыми, мы топим. Не преступно, а разумно отделять негодных от здоровых».

И то, что у одного народа считалось и считается нравственным,—у другого считалось и считается безнравственным. Фр. Нансен в своей книге «Жизнь эскимосов» между прочим пишет: «Эгед рассказывает такую же, что женщины считают особым счастьем и большою честью вступление в интимные сношения с ангекоком, т. е. с их пророком и ученым, и добавляет, что даже многие мужья охотно допускают это и платят ангекоку за то, чтобы он спал с их женами, особенно если они сами не могут производить детей». В основе такой морали лежит малая плодовитость народа и отсутствие собственности, в силу чего для эскимоса вопрос о наследстве—безразличен. Далее, там же мы читаем: «Эгед говорил эскимосской девушке о любви к богу и ближнему, она ему заявила: «я показала, что я люблю своих ближних, ибо, когда однажды старая, больная женщина, которая не могла умереть, меня попросила, чтобы я за деньги повела ее к тому крутому утесу, с которого сбрасываются все, которые не могут больше жить, я д а р о м повела ее туда и сбросила со скалы, ибо я люблю своих людей».

В Швеции в храмах (Липперт) до сих пор сохранились, так наз. «фамильные дубины», служившие для торжественного умерщвления старцев и безнадежно больных. В основе всего этого лежала экономическая необходимость.

Правда, на все это мне могут возразить ссылкой на то, что, с одной стороны, часть примеров относится к давно прошедшему времени, а с другой—к жизни некультурных народов, но возьмите современность и посмотрите на культурные народы. Конечно, современная капиталистическая мораль во многом, и по понятным причинам, отличается от эскимосской

*) См. Сборн. «Марксизм и этика», ГИЗ Укр., 1923 г.

морали. Главное же отличие в том, что в эскимосском обществе теория и практика морали совпадают, в капиталистическом же обществе их разделяет глубокая пропасть. Разлад получился потому же, что в свое время и у Сократа. К. Каутский по этому поводу говорит так: «Нравственные нормы меняются вместе с обществом, но не непрерывно, не таким образом и не в такой мере, как общественные потребности. Они без дальнейшего признаются нормами и воспринимаются, как таковые, потому что стали привычками. Вкоренившись же, как таковые, они долго могут вести самостоятельное существование в то время, как прогрессирует техника, способ производства, и происходит изменение общественных потребностей».

Нашу эпоху называют эпохой христианской морали. Основы этой морали вам хорошо известны, но посмотрите, что это за эпоха. Беру довольно беспристрастного свидетеля Макса Нордау. Он говорит: «Культурный мир наших дней представляет собою как бы одну сплошную, гигантских размеров больницу, где воздух насыщен раздирающими душу стонами, где распростерто и бьется в корчах человеческое страдание всех форм и типов. Пройдите из страны в страну и постучитесь у каждой двери: здесь ли живет довольство? Довольны ли, счастливы ли обитатели этого дома? И везде прозвучит вам в ответ: «Странник, проходи мимо, у нас нет того, о чем ты спрашиваешь». Прислушайтесь на границах: отовсюду, со всех четырех концов ветер доносит зловещий шум борьбы и битвы, крики восстания, зубовой скрежет бесчеловечных расправ и усмирений*»). А все ужасы капиталистической эксплуатации, колониального изуверства,—разве не находятся в полнейшем противоречии с этой христианской моралью? А мировая война 1914-1918 г. г., унесшая в могилу свыше 10 миллионов человеческих жизней? А пытки, избиения и смертная казнь (правда, на электрическом «культурном» стуле), казнь не детей-уродов и не больных стариков, становящихся в тягость обществу, а молодых, здоровых и сильных людей—революционеров, рабочих, вся деятельность которых направлена к освобождению и благу всего человечества,—разве все это в какой-либо степени соответствует елейной христианской морали о любви к ближнему и о прочих хороших вещах, и не является ли все это в стократ хуже поступков, допускаемых эскимосской моралью?

Христианская мораль давно пережила свою эпоху—феодальный строй общества, но она, говоря по Каутскому, вошла в привычку и искусственно поддерживается среди темных народных масс господствующим классом капиталистов. Ее терпение и смирение, ее посулы хорошей жизни на небе за плохую на земле—все это выгодно буржуазии и она использует в своих интересах христианскую мораль, хотя сама ей не следует и вдали от народа смеется над ней. А филантропия? На счет ее Фр. Меринг пишет так:

«Ну, разве не бахвальство—сотни тысяч
Морить, душить, губить бесчеловечно—
И другом человечества являться
Для нескольких десятков»? («Натан Мудрец», СПб, 1897 г.).

«Пылкий дервиш попадает тут прямо в точку. Заниматься филантропией, которая в лучшем случае ложками возвращает отдельным лицам то, что у масс загребает целыми лопатами,—это пустая забава».

*) М. Нордау: «Ложь предсоциалистической культуры».

Убийственную оценку буржуазной морали дает Некрасов в своем стихотворении «Нравственный человек». Вы помните, сколько мерзостей наделал этот человек, но совесть его была спокойна. Он говорил: «Живя согласно с строгою моралью, я никому не сделал в жизни зла»... И спал спокойно.

Есть и еще одна моральная «установка» типично обывательски-мещанская, т. е. порожденная тем же буржуазным обществом. Такую установку приводит Н. И. Пирогов в «Вопросах жизни»; по ней «не хлопчите и не заботьтесь. Стены лбом не прошибете. Что будет, то будет. Живите, куда живется, а когда время придет, так умрите».

Марксисты отвергают буржуазную мораль. Отвергают потому, что она оторвана от действительной жизни, она фетишизирована. Н. И. Бухарин по этому поводу пишет: «Как известно, под моралью всегда разумеется такая норма, такое правило поведения, которое представляет собой нечто фетишистское. Говорят: ты должен делать то и то, и больше никаких. И, совершенно естественно, вы встречаетесь с буржуазной моралью, а буржуазная мораль—самое сердце ее—заключается в этом фетишизме, норме, в этом подчинении поведения человека какому-то авторитету, который неизвестно откуда берется и неизвестно почему ему обязаны подчиняться... Всякий фетишизм для рабочего класса должен быть исключен... Мы должны разрушать все то, что выходит за пределы рациональных познаний»^{*)}.

Далее, марксисты считают, что общечеловеческой, вне классовой морали в современном обществе нет. Есть только классовая мораль, что подтверждается практикой самой жизни. Энгельс (см. «Анти-Дюринг») говорит: «Мы отвергаем всякую попытку навязать нам какую-нибудь моральную догматику в виде вечного окончательного, отныне неизменного, нравственного закона... Мы, наоборот, утверждаем, что все существовавшие до сих пор системы морали являлись продуктом, в последнем счете, соответствующего экономического положения общества, а так как общество до сих пор развивалось в классовых противоречиях, то и мораль всегда была классовой моралью; она или оправдывала господство и интересы господствующего класса, или же отражала возмущение угнетенного, но достаточно окрепшего уже класса против этого господства и защищала будущие интересы угнетенных». Итак, у господствующего класса своя мораль, у угнетенного своя. И если у пролетариата мы видим основную моральную установку в том, что: «один за всех, все за одного», то у буржуазии—«каждый думай о себе». У одних классовая солидарность, у других—конкуренция. Буржуазия восхваляет своего сочлена, разорившего конкурента; пролетариат клеймит презрением всякого вида штрейкбрехерство». Высшая мудрость пролетарской борьбы состоит не в том, чтобы каждый ковырялся внутри своей собственной личности и декларировал на счет ее прав, а в том, чтобы каждый умел беззаветно, почти стихийно, без фраз и излишних жестов, не требуя ничего лично для себя, влить всю свою энергию и энтузиазм в общий поток и пробиться к цели со своим классом, может быть, свалившись мертвым по дороге (Преображенский: «О морали и классовых нормах», ГИЗ, 1923 г.). Что может быть выше такой установки пролетарской морали? И может ли быть вообще единая мораль у классовых врагов, какими являются пролетариат и буржуазия? Разумеется, нет. «Борьба за высшие социальные цели,—говорит К. Каутский в «Еще об этике»,—за торжество великого коллективного начала, за высокий идеал, эта борьба и является как раз той силой, которая морально поднимает пролетариат все выше и выше в то время,

^{*)} Сб. «Каким должен быть коммунист», «Мол. Гвард.», 1925 г.

как его противники в погоне за личной минутной выгодой морально все более опускаются». Знаменитый немецкий философ Кант когда-то сформулировал свой нравственный закон так: «поступай так, чтобы максима твоей воли могла служить принципом всеобщего законодательства» Но этот закон, оппортунистический по своей сущности, выполнен быть не может, ибо направление воли у двух взаимно борющихся классов, естественно, диаметрально-противоположно, а это ни в какой степени не может привести к формированию единого принципа для всеобщего законодательства. Эта попытка идти против законов развития человеческого общества и желание примирить непримиримое, соединить несоединимое бесплодно по своим результатам.

И если возможны отдельные случаи, вроде того, что фабрикант спасает рабочего, тонущего в реке, а рабочий—фабриканта из горящего дома, то эти случаи не могут служить аргументом против классовой морали, так как они являются проявлением социальных инстинктов, которых, кстати сказать, больше у пролетариата. «Мы убеждены,—говорит К. Каутский*—и факты подтверждают это, что условия существования пролетариата обладают тенденцией укреплять в нем социальные инстинкты, склонности и потребности в то время, как условия существования его противников действуют в противоположном направлении». И классовая мораль побеждает эти социальные инстинкты: стоит только посмотреть на спасших друг друга рабочего и фабриканта в период гражданской войны, или в обычных производственных условиях буржуазной эксплуатации, чтобы убедиться в этом. В. И. Ленин говорит, что нельзя искать какие-либо нравственные нормы вне интересов классовой борьбы.

Итак, мы признаем только классовую мораль, или точнее—классовые нормы поведения, изменяющиеся вместе с развитием человеческого общества.

В нашем Советском Союзе также борются два начала: коммунистическое и буржуазное. Эта борьба сказывается и на выработке нравственных норм во всем обществе, а в том числе, естественно, и среди врачей. Борьба еще далеко не закончена, и в силу этого рабочий класс не может отказаться от некоторых правил поведения, от некоторых моральных норм. Отличие этих норм от буржуазной этики и морали в том, что за ними не стоит неизвестная, никому и никем необъяснимая, таинственная норма. Мы отчетливо знаем, зачем нужны эти нормы. В «Основах морали» К. Каутский писал: «Подобно другим идеологическим факторам, мораль может способствовать экономическому и общественному развитию. Именно в этом и заключается ее социальное значение. Так как определенные общественные положения вытекают из определенных потребностей, то они тем больше будут облегчать общественное сотрудничество, чем лучше они будут приспособлены к своеобразию создавшего их общества».

У нас сейчас основная, великая, всепоглощающая цель—строительство социализма, и во главу угла всего нашего поведения мы должны поставить задачу всяческого содействия скорейшему достижению этой цели. А отсюда наши нормы: 1) подчинение личных интересов общественным; 2) настоящее знание своего дела; 3) трудовая дисциплина; 4) общественный подход к делу, т. е. связь с массами, организация масс для коллективной, творческой работы; 5) формирование нового человека—не просто рабочего и служащего, а рабочего и служащего, сознающего себя неотъемлемой частью государственного механизма, чувствующего ответственность за весь ход социалистической стройки, труженика-гражданина; 6) пролетарская солидарность. Сло-

*) К. Каутский: «Еще об этике», сб. «Марксизм и этика», ГИЗ Укр., 1923 г.

вом, все то, что содействует укреплению и развитию социализма, все то, что облегчает нашу борьбу, должно расцениваться нами, как хорошее, нравственное, этическое, а все, что препятствует строительству социализма, тормозит его развитие, мешает нашей борьбе,—плохо, безнравственно, не этически выражаясь языком старой терминологии. Мало того, наш нравственный долг — активно бороться со всем тем, что вредит интересам рабочего класса, что вредит социализму, и активно отстаивать интересы пролетарского государства, считать их своими.

В дальнейшем развитии человечества классовые нормы будут превращаться в связующее начало для всего человеческого общества в его борьбе с природой. Классовые нормы в неклассовом обществе будут превращаться в социальные нормы, чему будут способствовать имеющиеся у нас социальные инстинкты. А в очень отдаленном будущем, быть может, отпадут вообще всякие нормы поведения,—они целиком перейдут в инстинкт.

Такова точка зрения марксизма на вопросы этики, и таковы основы пролетарских норм поведения, пролетарской морали и этики.

Теперь интересно остановиться на вопросе о том, существует ли врачебная этика? На этот вопрос мы должны ответить отрицательно. В самом деле, какая может быть у врачей своя теория морали, своя нравственная философия или свои обособленные от всего трудового коллектива, специфические нормы поведения? Разумеется—никакой и никаких. В современном капиталистическом обществе имеются два основных класса: пролетариат и буржуазия. У нас, в СССР пролетариат и крестьянство. Врачи, как и вся интеллигенция, представляют собою промежуточную между основными классами группу и не имеют ни своей особой идеологии, ни этики. Часть из них примыкает к одному основному классу, часть—к другому. Поэтому-то своей, отдельной, единой этики у врачей нет и не может быть. У врачей, как у группы работников с некоторыми особыми условиями работы, могут быть некоторые дополнительные к общепролетарским нормы поведения. И только. Сюда обычно относят: 1) взаимоотношения врачей между собою; 2) т. наз., врачебную тайну и 3) взаимоотношения врачей с больными. Первое, по нашему мнению, отпадает без остатка. Товарищеские взаимоотношения должны быть во всякой профессии, и ничего специфического у врачей здесь нет. Защита же врача врачами только в силу корпоративности—тоже не специфическая черта; вспомните в старое время юристов, инженеров, офицеров. Но с этим вообще пора покончить. Уважая себя и своих товарищей, во имя интересов общего дела, мы должны быть наиболее требовательными друг к другу. И всякий недостойный поступок врача, как и всякого гражданина, мы должны строго осуждать. Корпоративные, узко-цеховые интересы отнюдь не должны заслонять собою нашу основную задачу—обеспечение интересов всего рабочего класса в целом.

Что касается врачебной тайны, то и она потеряла уже свое право на существование и является лишь пережитком старых общественных отношений. Мистические, фетишистские покровы сняты и с нее. Советское законодательство не знает профессиональной тайны. В нашем Уголовном Кодексе нет статьи, карающей за разглашение частных тайн, если это не носит характер клеветы в целях опорочить то или иное лицо. В отношении медперсонала мы имеем постановления, как раз обязывающие сообщать соответствующим органам сведения, ставшие медперсоналу известными в процессе их профессиональной работы. Сюда относятся случаи остро-заразных заболеваний, отравлений, убийств, нанесения повреждений, самоубийства. Кроме того, у нас существует закон о принудительном лечении (венерические

заболевания). Другой вопрос—не вызываемая необходимостью болтовня о всем том, что узнал врач в процессе своей работы. Но, ведь, узнать о болезни другого человека может не только врач, не только другое лицо медицинской профессии (фельдшер, сестра), но и просто любой гражданин, культурный, имеющий кое-какие познания в области медицины. Все они, а не только врачи не должны в порядке салонных разговоров всем и каждому рассказывать об этом, но все они так же, как и врачи, должны принять все меры в том случае, если данное заболевание одного угрожает здоровью многих. Разумеется, здесь надо разбирать каждый случай в отдельности, учитывать все стороны и особенности данного случая и действовать, имея в виду основную цель—интересы всего трудового коллектива. Н. А. Семашко справедливо сказал: «Держа твердый курс на уничтожение врачебной тайны, пережитка буржуазной медицины, каждый советский врач должен быть чутким общественным работником, а не понимать свою задачу формально, буквоедски, головоупрямо», т. е., добавим мы, поступать так, как полагается поступать всякому хорошему советскому работнику вне зависимости от профессии.

Остается еще третья и последняя особенность врачебной деятельности—взаимоотношения врачей с больными. Здесь надо отметить повышенную требовательность к врачам и прочему медперсоналу, которая пред'является к ним в их отношениях к больному, и допущение в случаях действительной необходимости сознательной лжи в целях успокоения больного. Вот все то небольшое, что мы можем добавить к общим пролетарским нормам поведения для медработников. Но это так ничтожно, что никак не может быть предметом и составить содержание самостоятельной врачебной этики.

В связи с вопросом о взаимоотношении врачей с больными, следует остановиться также и на вопросе о частной практике. Как мы должны расценивать частную практику? Вы знаете, какое гнетущее впечатление производила частная практика на выдающихся наших предшественников—передовых врачей земского периода развития русской медицины. Какой дисгармонией в отношениях врача и больного являлась в их представлении оплата за визит. Но так думали лишь немногие, наиболее прогрессивные представители врачебного мира. Врачебная же масса без «сантиментов» занималась частной практикой, в полном соответствии с общим уклоном капиталистического общества. Капитализм, все оценивавший на деньги—и бога (пожертвовал на церковь и простились грехи), и любовь (брак по расчету), и общечеловеческие отношения (эксплуатация чужого труда ради наживы) ввел свою финансовую систему и в медицину: гражданский долг врача превратил в эксплуатацию болезни и больного. По этому поводу известный профессор Иноземцев говорил когда-то в своих лекциях студентам: «честность в науке не разлучна с честностью в жизни, и кто в науке видит одну дойную корову для себя, тот не честный слуга, а промышленник, обращающий светлое имя науки в торговый промысел. Врач в своей практической деятельности должен быть прежде всего «другом человечества». Недаром же сложилась и та мерзкая песенка, которую когда-то распевали, увы, с полнейшим основанием, желая уязвить нашего брата:

«Прилетели грачи—и ликуют врачи:

Ветер, холод, туман им наполнит карман».

До революции мы, в массе, мало задумывались над вопросом о частной практике. Это вполне понятно, ибо наше сознание определялось капиталистическим бытием. Теперь новое бытие начинает все больше и больше оп-

ределить в нас и новое сознание. Как-же мы сейчас должны смотреть на частную практику? Во-первых, надо заметить, что есть практика и «практика». С моей точки зрения резкого осуждения заслуживают следующие виды частной практики: случай первый, когда работоспособный врач, знающий громадную нужду органов здравоохранения во врачах, но не работающий в органах здравоохранения,—занимается исключительно частной практикой. Это, так сказать, чистый тип. Чистый не в этическом понимании, конечно. Случай второй,—врач, работающий в учреждениях органов здравоохранения и в то же время занимающийся частной практикой, при этом использующий свое служебное положение в интересах частной практики. Есть и такие типы. Случай третий, встречающийся и в первой и во второй из только что указанных групп, но достойный того, чтобы быть выделенным в особую группу. Это самый скверный тип современного частного практикующего врача, врач-абортист, производящий аборт у себя дома в совершенно неподходящих для этого санитарных условиях. Все эти три категории с этической, а последние две и с юридической точки зрения подлежат нашему самому решительному и безусловному осуждению.

И, наконец, имеется еще одна категория,—это врачи, добросовестно работающие в советском лечебном учреждении, ведущие общественную работу и уделяющие свои свободные часы добросовестному же приему больных у себя дома. Как мы должны этически оценивать эту категорию? Принципиально осуждая частную практику вообще, как наследие отжившего капиталистического строя, мы все же должны сказать, что такая частная практика для данного периода времени, когда государство еще не может в полной мере обеспечить все население медицинской помощью,—временно может быть допущена с точки зрения этики. А. И. Дробнер (см. «Вестн. Совр. Мед.» № 4 за 1929 г.) вполне правильно пишет: «признаваемая как необходимое подспорье, она пользуется легальностью у общественного сегодня, но, осужденная современной общественностью, частная практика существует, как приговор, приведение в исполнение которого отложено на некоторое время».

Если мы теперь, после рассмотрения важнейших вопросов этики под углом зрения марксизма, обратимся к тем явлениям и фактам, какие приведены были мною в начале доклада, и попробуем дать им моральную оценку, то вывод наш может быть только одним: все указанные факты противостоят тем нормам поведения, которые диктуются пролетарской моралью, и мы должны осудить их, как неэтичные поступки, постыдные для советских врачей. Почему? Да потому, что они отнюдь не направлены в сторону интересов рабочего класса, они не только не способствуют скорейшему развитию социализма, но тормозят его развитие, нарушая правильный ход работы дела здравоохранения. Нам надо смело и решительно осудить и осуждать подобные явления в нашей среде и призвать всех товарищей врачей к большому самоконтролю своего поведения в свете пролетарской морали.

Многие наивные люди искренно возмущаются тем обстоятельством, что как, мол, можно допустить, чтобы врачи, образованные, культурные люди, могли бы совершать такие поступки, какие непростительны даже малокультурному человеку. Мы не должны быть такими наивными людьми. Что касается до меня, то я считаю, что приобретение тех или иных отдельных знаний, скажем, в области медицины, делает человека способным выполнять специальную работу в соответствии с полученными знаниями и делает мозг его более развитым. Но это не является доказательством его высокой культуры. Культурным для каждого данного периода времени

является тот, кто познал самое передовое философское учение своей эпохи и воспитал себя в своей жизни и деятельности в соответствии с ним. Подтверждают это положение и все приведенные выше факты. Поэтому, без всякого кастового чванства, мы должны чутко прислушиваться к голосу передовой пролетарской общественности, в основу нашей деятельности положить нормы поведения, диктуемые пролетарской моралью, и, чтобы стать действительно культурными людьми, в среде которых невозможны подобные описанным явления,—стремиться к усвоению самого передового мировоззрения эпохи—марксизма, работать в полном соответствии с ним и в его свете контролировать свое поведение.

О РАБОТЕ КРУЖКОВ ВРАЧЕЙ - МАТЕРИАЛИСТОВ.

А. НАРАВЦЕВИЧ.

«Сколько-бы ни выказывать пренебрежения ко всякому теоретическому мышлению, все-же без последнего невозможно связать между собою любых двух естественных фактов, или-же уразуметь существующую между ними связь». (Ф. Энгельс).

Для того, чтобы действительно понимать отдельные изучаемые нами явления, уметь их обобщать и делать из этих обобщений соответствующие выводы, каждый человек должен подходить к этим явлениям, имея уже общую теоретическую установку, общее понимание окружающей жизни. Для врача-же это имеет особенное значение, и ему, как естествоиспытателю, необходимо иметь определенное представление об общих основных вопросах естествознания. Должно быть ясно уже для всех, что нельзя подходить к изучению человека вообще и больного в частности, имея в виду лишь отдельные органы или системы тела этого человека. Механически-аналитическому подходу к больному должен прийти конец и на смену ему приходит синтетический подход, обобщающий отдельные явления в органах или системах тела человека: общую конституцию, эндокринную формулу и пр. всего человека в целом. Этого-же достигнуть можно лишь умея правильно мыслить, и проф. Федоров определенно указывает, что «врачу нужно воспитать в себе логическое мышление, ибо такой врач принесет гораздо больше пользы больному, чем другой, знающий, может быть, сотни реакций и все процентные отношения составных частей крови и лимфы».

За последние годы в естествознании вообще и в медицине в частности происходит ломка старых воззрений и поиски новых путей (статьи Lik'a, Zauerbruch'a, Федорова и др.). Чтобы разобраться во всей этой разногласии, найти в ней свое место и заявить свое авторитетное мнение, и мы должны получить хотя-бы элементарное философское образование и изучить общие теоретические вопросы естествознания и медицины. Zauerbruch пишет, что «как раз мы, врачи, нуждаемся в философском образовании... Врачу необходимо определенное мировоззрение, которое ему могут дать религия или философия. Великие врачи и естествоиспытатели всех времен были философами». Не место здесь доказывать, что, конечно, не религия даст врачу необходимое ему мировоззрение,

а получить его он сможет лишь от философии диалектического материализма, победоносно двигающейся в своем развитии и завоевывающей умы всего человечества. Эта философия, наряду с другими своими особенностями, дает наиболее обоснованные и правильные ответы на все вопросы естествознания, которые нам, медикам, особенно близки, ибо «естествознание находится теперь на такой ступени развития, что оно не может уже ускользнуть от диалектического обобщения» (Энгельс).

На ряду с этим часто новые открытия в области естествознания используются для борьбы с материалистами-диалектиками, и здесь-то советские врачи должны быть во всеоружии материалистической философии и уметь перерабатывать завоевания науки и вести свою линию, не подпадая под влияние чужих нам мировоззрений. Но, «чтоб выдержать эту борьбу,—говорит Ленин,—и провести ее до конца с полным успехом, естествоиспытатель должен быть современным материалистом, сознательным сторонником того материализма, который представлен Марксом, т. е. должен быть диалектическим материалистом».

Подготовить к этому врачей могут кружки врачей-материалистов, создаваемые при врачебных секциях. Такой кружок в начале октября 1928 г. был создан под руководством т. Величина и в Свердловске. Разбирая его деятельность, мы постараемся наметить пути и методы работы для этих кружков вообще. В Свердловский кружок записалось 20 чел. Цифра эта, конечно, не соответствовала количеству врачей в городе. А если принять во внимание, что средняя посещаемость заседаний кружка равнялась 10-12 чел., то мы вынуждены будем признать, что с количественной стороны кружок развил недостаточную работу, при чем виною этому, нам кажется, была плохая организационная постановка работы. Так, недостаточно была поставлена работа по разъяснению задач и методов работы кружка и по привлечению в него врачей. Занятия проводились неаккуратно в определенное время; извещения о занятиях кружка рассылались именным «действительным членам» кружка, благодаря чему врачи города или «гости» присутствовать на этих занятиях не могли, так-как не знали, где, когда и над чем будет работать кружок. Следствием всех этих «неувязок» была малая посещаемость и текучесть состава слушателей.

Программой занятий кружка была программа семинарских занятий по курсу «Введение в историю и философию естествознания для студентов IV курса физмата 1 М. Г. У. в 1927-28 уч. г.». Программа эта разделена на ряд тем, которые и прорабатывались по отдельности одним или двумя членами кружка. Остальные же члены кружка, имея на руках тезисы с указанием обязательной и желательной литературы, должны были также предварительно ознакомиться с этим вопросом, чтоб быть на занятиях активными оппонентами, а не пассивными лишь слушателями. Здесь же следует отметить, что, к сожалению, это бывало не всегда. Кружок работал с конца октября 1928 г. по апрель 1929 г., и за это время было всего лишь 9 занятий, на которых проработано было 7 следующих докладов:

1. Основные этапы в развитии естествознания—докл. т. т. Ефман и Димент.
2. Учение диалектического материализма о познании—докл. т. Серебренников.
3. Учение диалектического материализма о материи—докл. т. Наравцевич.
4. Понятие и сущность диалектики—докл. т. Трёмблер.
5. Естествознание, производительные силы и классовая борьба—доклад т. т. Бочарова и Астафьева.
6. Механическое естествознание и диалектический материализм—докл. т. Кулик.
7. «Живая» материя с точки зрения диалектического материализма—докл. т. Наравцевич.

(Последний доклад был повторен на заседании Уральского Медицинского Общества).

Из этого перечня видно, что все темы охватывали лишь общие вопросы философии и естествознания, необходимо же по возможности увязывать эти общие вопросы с конкретными явлениями окружающей нас жизни, или с отдельными проблемами теоретической и практической медицины. Это оживило бы более занятие кружка, приблизило бы его работу к интересам врачей и тем самым привлекло бы большее количество членов в кружок. Также следует указать на недостаточную связь работы кружка с деятельностью Уральского Медицинского Общества. Связь эта должна выражаться в выступлениях кружка с докладами и содокладами на различные медицинские темы, освещающие последние с точки зрения диалектического материализма: вопросы наследственности, развития личности и влияния на нее среды, фрейдизм, рефлексология, вопросы сексуологии, отдельные вопросы практической медицины и много других.

Несмотря на недостаточные количественные свои достижения, деятельность кружка имела и ряд положительных черт. Прежде всего он уже одним своим существованием фиксировал внимание врачей

гор. Свердловска на вопросе о приложении философии диалектического материализма в медицине, и в этом отношении имел значение и доклад члена кружка на заседании Уральского Медицинского Общества. Далее, кружок создал хотя и небольшое, основное ядро, вокруг которого в нынешнем учебном году и должны собраться все интересующиеся кружком врачи. На опыте прошедшей работы наметились наилучшие пути и методика дальнейшей работы кружка. И, наконец, темы, которые прорабатывались в кружке, дали очень много его членам, послужив толчком для дальнейшей уже самостоятельной работы в этой области.

С наступлением нового учебного года надо подвести итоги прошедшего и наметить план дальнейшей работы кружка, при чем необходимо принять всяческие меры к привлечению в кружок врачей масс. Для достижения этого надо сейчас же открыть широкую кампанию по разъяснению задач кружка и методов его работы и по привлечению в него врачей. Далее, должна быть хорошо поставлена организационная сторона работы кружка. Занятия должны происходить регулярно в одно время и в одном месте, для чего в клубах «Медработник» должны быть отведены специальные комнаты. Об этих занятиях должно быть широкое оповещение во всех медицинских учреждениях города. При кружке, или же при библиотеке клуба «Медработник» необходимо создать хотя бы небольшие библиотечки специально для нужд кружка. Программа занятий кружка должна быть расширена в сторону проработки, помимо общих теоретических вопросов, также и медицинских, вплоть до отдельных частных патологий, как воспаление, дегенерация тканей и т. п., освещая эти вопросы с точки зрения диалектического материализма. Далее должна быть создана связь с медицинскими обществами, на заседания которых кружок должен выделять своих докладчиков и содокладчиков по соответствующим темам. И, наконец, бюро научных ассоциаций при Облбюро врачебных секций должно принять все меры к созданию кружков врачей-материалистов на территории, где таковых мы почти совсем не имеем. Эти кружки должны держать между собою тесную связь, обмениваться опытом, а при необходимости и докладами по основным отделам программ кружков. Особо ценные, оригинальные доклады должны печататься в медицинской прессе. Все это вместе взятое сумеет привлечь в кружок большое количество врачей, заинтересует их и объединит вокруг общего желания научиться правильному мышлению, что и будет способствовать внедрению основ диалектического материализма в понимание всех вопросов естествознания и медицины, в частности.

ЭПИДЕМИЯ ЭРГОТИЗМА В КУЕДИНСКОМ РАЙОНЕ САРАПУЛЬСКОГО ОКРУГА.

Врач МЕЛЬНИКОВА.

В 1926 году в Сарапульском округе, в частности в Куединском районе, наблюдалось сильное развитие спорыньи вследствие большого количества осадков при более низкой t^0 весны (на 0,5 град.) и лета (на 3,3 град.). В виду неурожая, население вынуждено было питаться только одним хлебом. Естественно, что употребление в пищу хлеба, зараженного спорыньей, дало большую заболеваемость населения. Первые единичные случаи отравления спорыньей появились в августе м-це, в середине сентября отравление приняло уже массовый характер, а в следующие месяцы превратились в эпидемию, максимум которой приходится на ноябрь. Далее число отравлений начинает медленно снижаться, дав лишь повторные под'емы в январе и феврале 1927 года, и только в июне резко падает.

Всего по Куединскому району было 2.219 отравившихся или 6,34 проц. населения, из них госпитализировано 193 (8,7 проц.), умерло 14 (7,2 проц.). Население Куединского района имеет 15,4 проц. во-тяков, которые дали большой процент отравлений.

По данным амбулатории и стационара Аряжской участковой больницы течение эпидемии выражается следующими цифрами:

1926 год.

Месяцы	мужчин	женщин	всего	госпита- лизир.	умерло
Сентябрь	62	69	131	38	—
Октябрь	108	110	218	30	2
Ноябрь	143	157	300	37	5
Декабрь	80	114	194	15	—
Итого:	393	450	843	120	7

В Аряжском врачебном участке Куединского района было произведено подворное обследование 2-х селений и одного сельского совета, давшее следующие результаты:

1. В Аряже крестьянских хозяйств 100, жителей 438, из них мужчин 207,6 женщин 231. Явно отравленных оказалось 7 проц. населения, при чем женщин в двое больше, чем мужчин. Наибольший процент падает на возраст 20—29 л. (10,4 проц.), затем на

1927 год

Месяцы.	Мужчин	Женщин	Всего	Госпита- лизиров.	Умерло.
Январь	105	105	210	17	1
Февраль	82	110	192	17	—
Март	63	78	141	19	2
Апрель	67	109	176	12	3
Май	25	47	72	4	—
Июнь	7	18	25	5	—
Июль	6	7	13	4	—
Август	15	14	29	7	—
Сентябрь	2	8	10	1	—
Октябрь	3	7	10	2	—
Ноябрь	—	4	4	—	—
Декабрь	11	22	33	2	—

Итого 386 629 1015 99 6

1928 год*)

Январь	27	50	77	2	—
Февраль	8	36	44	2	—
Март	8	22	30	1	—
Апрель	5	2	7	—	—
Май	—	11	11	2	—
Июнь	—	4	4	1	—
Июль	—	—	—	—	—
Август	—	2	2	—	—
Сентябрь	—	2	2	—	—
Октябрь	—	1	—	—	—
Ноябрь	—	—	—	—	—
Декабрь	—	8	—	—	—

Итого 48 138 186 81 —

30—39 л. (9,6 проц.) и на детей от 5 до 9 лет (5,7 проц.) Во всех семьях питались все одинаково. Болели:

до 1 месяца 2 чел.
до 1 месяца 5 чел.
до 2 месяц. 5 чел.
до 3 месяц. 7 чел.
до 5 месяц. 3 чел.
до 12 месяц. 2 чел.
неизвестно 2 чел.

Форма болезни у всех судорожная, у двоих

*) В числителе хронические отравления, а в знаменателе острые.

наблюдался психоз, а у 6-ти эпилепсия; умерших не было.

2. Д. Сугорка в 5 верстах от больницы, где из 110 дворов было поражено 45 (40 проц.). Здесь больше всего были поражены в возрасте от 30—39 лет (24,5 проц.), а затем от 5 до 9 лет (17,3 проц.); среди пораженных семей бедняцких было 49, середняцких 1. Приходится заболеваний: на 13 семей по 1 человеку, на 11 по 2 и на 4 по 3 человека. Болели:

до 1 мес. 8 чел.
до 2 мес. 6 чел.
до 3 мес. 7 чел.
до 4 мес. 3 чел.
до 5-6 мес. 8 чел.
до 7 мес. 3 чел.
до 8 мес. 3 чел.
до 10 мес. 11 чел.
до 12 мес. 11 чел.
свыше года 2 чел.

В больнице лечилось стационарно 28 чел. вовсе не лечилось 15, а остальные амбулаторно. Форма болезни была у всех судорожная, у 6-ти человек психоз у 16 эпилептические припадки, у 1 энтерит; умерло 5 человек в возрасте от 16 до 35 лет, из них 4 женщины.

3. В мае 1928 г. был обследован находящийся в 30 верстах от больницы Гожанский сельсовет с населением в 1.345 ч., исключительно вотским. Сельский совет состоит из 3-х селений: дер. Гожан 120 дворов, из которых отравления зарегистрированы в 45 дворах (37,5 проц.); выселок Гожан, где из 14 дворов поражено было 12 (85,7 проц.); дер. В. Шагирт—из 116 дворов поражено 17 (14,6 проц.). Наиболее пострадавшие возрастные группы: от 10—19 лет (15,8 проц.), от 30—39 лет (15,2 проц.) и от 20—29 лет (13,5 проц.). Среди пораженных семей оказалось бедняцких 54, средняцких 16, зажиточных 1 и неизвестных 3. В 34 семьях было по 1 заболевшему, в 24 по 2, в 8 по 3 чел. и в 5 по 4 чел. По годам: в 1926 г. заболело 20, в 1927 г. 100 чел. и в 1928 г. 120 чел. Стационарно лечилось лишь 6 чел., амбулаторно 70 чел., а остальные не лечились или пользовались домашними средствами.

Болели: по 1 мес. 170 чел.
по 1—6 мес. 47 чел.
по 6—12 мес. 36 чел.
свыше года 32 чел.

Смертность здесь оказалась весьма большой: 47 чел. из 132 больных (35 проц.).

Повышение смертности в Гожанском с.с. отчасти зависело от недостаточного питания, так как 2 года был недород, и в 1927-28 г. население питалось хлебом с суррогатами. Отмечается большой процент осложнений психозом и эпилептоидными припадками.

В 1927 г. количество отравлений в районе снова начало увеличиваться. У многих появились рецидивы судорог после употребления в пищу хлеба нового урожая, хотя процент спорыньи был незначительный. Симптомы отравления были выражены уже не так резко, особенно упорно держались эпилептоидные припадки. Иногда больных доставляли в тяжелом состоянии, уже потерявшими трудоспособность и являвшимися обузой для семьи. У некоторых же жалобы сводились к ползанию мурашек в конечностях и сведению пальцев.

Меры борьбы с эпидемией были недостаточны. Агитационно-просветительная работа сводилась к нулю, потому что население много хлеба не имело и в силу необходимости питалось зараженным хлебом. Единственно верным мероприятием было бы произвести обмен пораженного хлеба на доброкачественный. Методы очистки от спорыньи зерна оказались тоже недостаточными, так как были слишком кропотливы и не достигали цели. К тому же самое зерно спорыньи в 1926 г. было очень мелкое и не поддавалось действию зерноочистительных машин. Лишь примесью спорыньи в урожае 1928 г. была удобна для очистки, так как рожки были крупнее.

Что касается клинической картины отравления, то заболевание начиналось или вскоре после употребления хлеба, зараженного спорыньей, или же через несколько месяцев. Проявлялось оно слабостью, головокружением, головной болью, рвотой, парестезиями, анестезиями, гиперестезиями. Вскоре после того начинались приступы корчи—тонические судороги, преимущественно в мышцах конечностей, а иногда лица и гортани, сопровождавшиеся сильной болью. Судороги тянулись иногда несколько дней подряд с некоторыми послаблениями, а иногда приступы ограничивались лишь судорожным сведением пальцев и парестезиями. При объективном исследовании у большинства были симптомы, указывающие на поражение двигательной, чувствительной и рефлекторной сферы, кроме того, и явления со стороны психической сферы: отсутствие коленных рефлексов, атаксия, парезы, параличи и т. д. В тяжелых случаях приступы корчи сменялись припадками эпилепсии. В большинстве случаев пораженный приступом падал где попало, сознание терялось и наступали общие тонические судороги. Голова загибалась назад, все тело вытягивалось или искривлялось, лицо принимало багрово-красную окраску с синеватым оттенком, дыхание затруднено. Челюсти сжимались иногда так сильно, что не представлялось возможным ввести шпатель для защиты языка. Затем дыхание становилось свободнее, появлялась пена у рта, иногда окрашенная кровью. У некоторых сознание постепенно возвращалось, у иных вскоре наступало

пал сон, после которого они чувствовали разбитость, головокружение, неясность зрения.

У некоторых больных после целого ряда эпилептических припадков наступает слабоумие, психоз временный или постоянный, имеющий различные формы, иногда дело доходит до маниакального возбуждения: больные впадают в бешенство, теряют всякий стыд, половое чувство повышено. Иногда выражение лица бессмысленное, тупое, и на нем нельзя прочесть ни одной мысли; умственные способности, главным образом, память понижаются. Походка с открытыми глазами, нетвердая, шатающаяся, походка на походку пьяных. Речь у многих невнятная, некоторые произносят лишь отдельные слоги; волчий голод и галлюцинации. У женщин отсутствуют менструации. Иногда наблюдается осложнение со стороны глаз—катаракты. У многих на языке раны, рубцы, язвы, следы прикусывания во время эпилептического припадка. Нередко имеется выпадение волос, изменение ногтей, сухая кожа, часто покрытая всевозможными высыпаниями и пролежнями. Многие из больных поступали с тяжелыми ожогами, которые они получили или во время припадка, падая на железную печь, или же, прогреваясь в печи, получали во время припадка ожоги от горячей золы и углей.

У некоторых больных отмечается цианоз лица и конечностей. Мускулатура у многих несколько атрофирована. Общее питание понижено, иногда доходило до истощения. Часть больных отмечали, что летом в связи с теплой погодой они

чувствовали себя хорошо, а во время холодов у них наступили рецидивы, заставившие их снова обратиться в больницу. Во всяком случае многие из больных рафанией если в настоящее время не страдают теми или иными проявлениями болезни, то все-таки у них отмечается некоторое понижение умственных способностей, заметны признаки слабоумия: они очень болтливы, развязны, навязчивы.

Из лечебных мер применялись сердечные средства в виде *adonis vernalis*, *Liq Hoffmani*, *T-ra valerian*, затем бромистые препараты, хлорал-гидрат и вливание в вену 25 проц. раствора *mag sulfur*, действующее лишь симптоматически.

Из вышеуказанного вытекает следующее:

1. Эпидемия рафании в Куединском районе появилась в сентябре 26 г., и развитие спорыньи тесно было связано с дождливым летом и недородом хлебов.

2. От эпидемии пострадало наиболее бедное население, при чем сильнее поражались взрослые в цветущем рабочем и дети в дошкольном возрасте.

3. Мелкие размеры зерен рожков спорыньи затрудняют очистку зерна.

4. Для предупреждения эпидемии отравления спорыньей в будущем необходимо своевременное проведение обмена зараженного хлеба на доброкачественный.

В заключение приношу глубокую благодарность проф. В. П. Первухину за данные мне указания, а также д-ру Орлову В. Л., которому принадлежит обработка материала по обследованию селений Арьяжского врачебного участка.

К ИЗУЧЕНИЮ ВОПРОСОВ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ НА УРАЛЕ.

А. Б. ПРЕЙСМАН. (Г. Ишим, Уральской области).

Научная медицинская мысль Советского Союза за последний отрезок времени проделала колоссальный сдвиг вперед. Всем известно, что мы имели ряд делегаций зарубежных ученых с целью ознакомиться с работой наших клиник и других учреждений органов здравоохранения, но в области сексологии мы заметно отстаем от Западной Европы.

Если в Германии мы имеем сейчас огромную литературу, посвященную вопросам пола, и такие имена, как Albert Moll, Max Marcuso, Furbringer, Hirschfeld и другие, то наша литература в области сексологии скудна. Труды по этому вопросу у нас принадлежат перу крупного сексолога Л. Я. Якобсона и немногих других, писавших лишь поскольку это относится к их основной специальности. Вопрос о справедливости и необходимости признания сексологии, как отдельной дисциплины, следует считать решенным с тех пор, как

организовалось первое в Союзе Ленинградское научное общество сексологии и судебно-сексологической экспертизы.

Программная речь с изложением задач сексологии блестяще изложена на первом заседании этого общества председателем Л. Я. Якобсоном («Врач. Газ.» № 13-14, 1928 г.), и здесь уместно привести одну на наш взгляд существенную выдержку из этой речи, отвечающую на вопрос, существует ли сексология, как самостоятельная наука:

«Наука о поле включает в себя множество данных, позаимствованных из разных других наук, но ни содержание сексологии, ни ее методы не делают ее самостоятельной наукой. Как справедливо указывает Берлинский психиатр Kronfeld, науку о поле делает самостоятельной ее точка зрения, ее сознательно односторонний подход ко всему со своей специальной точки зрения. Сексология собирает разрозненные

данные в разных науках и областях жизни и соединяет их в одну особую общую картину. Таким образом, получается один, научный аспект всей жизни в целом. Этот аспект может быть и недостаточно глубок, но он придает своеобразие всей науке о поле, он является руководящей нитью в ее работе».

Целью настоящей заметки было желание: заострить внимание на повседневном в сексологии. Цифры — упрямая вещь. Материал Л. Я. Якобсона, прошедший через его приемы в В.-М. Академии и 1-й Выборгской поликлинике, показывает нам, что основным контингентом больных половыми расстройствами являются рабочие 54,7 проц., служащие 28,6 проц., военные 16,7 проц.; при этом 56,6 проц. падает на наиболее цветущий и социально ценный возраст от 20 до 30 лет. Если при этом учесть, что в этиологии половых расстройств в 71 проц. никогда не было венерических болезней, то этот факт, очевидно, заслуживает к себе серьезнейшего внимания, как факт большой социальной значимости. Угнетающее влияние на психику у больных половыми расстройствами, которое в этого рода расстройствах играет доминирующую роль, подчеркивает лишний раз тот вред, какой они наносят как в индивидуальном, так и социальном понятии.

Находят ли с уязвленной психикой больные половыми расстройствами ту помощь, какую им надлежит встретить. Дей-

ствительность говорит, что нет. Ущемленные в сознании своей физиологической неполноценности, ходят они от одного врача к другому. Венеролог, не найдя у них оснований к применению терапии по своей специальности, посылает их к невропатологу, последний к урологу или гинекологу и т. д. «Мы совсем не изучаем акта coitus'a», — слова, сказанные более 25 лет тому назад В. Ф. Снегиревым, имеют свою справедливость и сегодня.

Приведенные выше данные амбулаторного приема по половым расстройствам в Ленинграде на основании доступной мне литературы являются единственными. Урал с его мощным пролетарским ядром и, a priori, сознательным числом больных половыми расстройствами должен иметь самостоятельный прием.

Нам думается рациональным организовать первый сексологический прием в открывающемся Физио - Терапевтическом Институте в Свердловске. Помимо того, что здесь больные найдут помощь, сочувствие и понимание их страданий, — этот кабинет явится исходным пунктом к разработке научной сексологии на Урале. Урал должен иметь свой сексологический «штаб», где бы научно выкристаллизовывалась сексология и где врачи имели бы возможность ознакомиться с этим видом страданий. Этого требует жизнь.

УСИЛИМ РАБОТУ КРАСНОГО КРЕСТА НА ТРАНСПОРТЕ.

М. С. УТКИН.

На железнодорожном транспорте мы имеем незначительное развитие работы Красного Креста. На транспорте слишком мало членов РОКК'а, а потому там мало организовано и ячеек РОКК. Также очень незначительный процент транспортного населения вовлечен и в работу кружков первой помощи, в особенности же в санитарные дружины. Это объясняется тем, что само общество Красного Креста не ставило до сих пор вопроса о вовлечении железнодорожного населения в краснокрестную работу, несмотря на то, что в нашей Уральской области имеются крупные узлы и станции, совпадающие с окружающими промышленными центрами Урала, имеющими важное экономическое значение в мирное время и особенно во время войны. Краснокрестная работа развернута нами, быть может, в достаточной степени среди городского населения в городах, значительно слабее среди крестьянского населения, и только железнодорожное население почти не вовлечено в эту работу. Между тем 3-й Октябрьский пленум ЦК РОКК признал всю важность и своевременность укрепления военно-санитарной работы на транспорте.

Каждому трудящемуся не безызвестно, что железнодорожный транспорт играет во время войны всегда важную роль в деле обороны советского социалистического хозяйства.

При вспышке всевозможных эпидемий больше всего способствуют и служат рассадниками распространения заразы вокзалы и станции железных дорог вследствие большого скопления в них публики в ожидании отправления поезда, у билетных касс, при посадке в вагоны и т. п. Перегруженность вагонов пассажирами также способствует распространению заразы.

Опыт гражданской войны показал, что с эпидемиями во время войн имеющийся медперсонал бывает не в силах справиться один без помощи советской общенности, и всегда в таких случаях приходит на помощь Общество Красного Креста. Вот почему необходимо без замедления перейти от слов к делу по развертыванию работ Общества Красного Креста среди населения жел.-дорожного транспорта.

Задачи краснокрестного актива в деле подготовки новых кадров военно-санитарных работников будут следующие: вовле-

чение в кружки первой помощи транспортного населения, формирование сандружин и вербовка новых членов РОКК. Всю краснокрестную работу на транспорте надлежит увязать с окр. и районными комитетами РОКК. В нужный момент, при несчастных случаях, как-то: при крушении поездов, а также эпидемических заболеваниях и т. п. сандружины и кружки первой помощи транспорта, должны будут выступить на помощь медперсоналу по оказанию первой помощи пострадавшим гражданам.

Весь транспорт в целом и железнодорожный транспорт, в частности, будет играть

важную роль в обороне страны, и вопрос военизации транспортного населения через Красный Крест приобретает для краснокрестной организации первостепенное значение. Поэтому необходимо сосредоточить внимание всей советской общественности вокруг Красного Креста и его работы на транспорте, в частности.

Краснокрестному активу на местах необходимо выдвинуть перед соответствующими организациями транспорта вопрос о необходимости военизации транспортного населения.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ НА МЕСТАХ.

15-Е ЗАСЕДАНИЕ ПЕРМСКОЙ ОКРУЖНОЙ НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ 24 АПРЕЛЯ 1929 Г.

1. Д-р Шульман М. С. «Электрическая плакато-модель мышц человека» (напечатано в (Уральском Мед. Журн.) № 6.

Шац М. В.—отмечает ценность применения демонстрируемой плакато-модели для занятия по анатомии в кружках первой помощи и даже для студентов.

2. Д-р Рискин Н. Л. «К вопросу об Argyrosis universalis» (Из Института патологической анатомии П. Г. У.) (Автореферат).

Под аргирозом понимается отложение мельчайших частичек серебра в коже, слизистых оболочках и во многих внутренних органах. Пигментация эта может быть или после длительного приема соединений серебра, как лекастерга, или же у рабочих при работах с серебром, являясь в данном случае профессиональным стигмом. Поражаться может весь организм, или же процесс ограничивается только местом внедрения серебра. Признаки данного процесса: окраска кожи, главным образом лица, в синевато-сероватый цвет, напоминающий графит. Слизистая губ и щек также пигментирована. Начиная от шеи серая окраска быстро ослабевает книзу, от пупка совершенно незначительна. При постановке диагноза необходимо помнить об Адиссоновой болезни, и кроме того, нередко выраженная argyria может напоминать пигментацию кахектичных людей. Докладчиком описывается следующий случай. Ш. 66 л. 40 лет тому назад в течение 6 месяцев принимал раствор ляписа неизвестной концентрации по поводу язвы желудка. Через некоторое время появилась пигментация кожи, оставшаяся на всю жизнь. Зернышки серебра были найдены в потовых железах кожи, в стенках ветвей воротной вены, в соединительной ткани извитых канальцев яичка и в соединительной ткани сердца. Наличие серебра доказано также и химической реакцией. Отложение зернышек серебра происходит исключительно внекле-

точно, в соединительно тканых волокнах. Данный процесс есть явление адсорбции, а не химической реакции. Причины, вызывающие выпадение серебра в тканях из коллоидного раствора, это РН в различных органах, а также отчасти белковый метаболизм.

Под влиянием различных причин, пигментация эта может исчезать, за что говорит отсутствие серебра в почке, обыкновенно уступающей в интенсивности пигментации серебром только коже.

Прения Я. Славин. Доклад очень интересен, так как применение азотно-кислого серебра в хирургии довольно широко. В докладе не указана частота аргирии, а между тем при большой эпидемии язвенных заболеваний желудка широкое применение препаратов серебра все-таки не давало аргирии, хотя больные принимали и больше 6,0. Возможно, что действительно для появления аргирии нужно особенное предрасположение организма к серебру. **Наумов.** Аргироз наблюдается только при продолжительном употреблении серебра. В некоторых случаях организм справляется, и аргироза не поступает. Иногда причиной его при употреблении серебра может быть и продуктивное воспаление. **Талалов.** Для дерматологов представляет большой интерес интоксикация группой тяжелых металлов. При употреблении золота при универсальном дерматите, при гистологических исследованиях кожи, в тканях последней обнаруживали золото, что было доказано и химически. Из доклада совершенно ясно, что металлы откладываются в организме. **Корсаков.** В ото-рино-ларингологической практике широко пользуемся препаратами серебра, подчас довольно продолжительное время—и местных аргирозов не наблюдали. Интересно выяснить, какие предрасполагающие моменты существуют для получения аргироза. **Ревзон.** В венерологической практике при частом и продолжи-

тельном применении серебра (особенно белкового) ни разу не наблюдали аргироза. По мнению школы Фронштейна, препараты серебра глубоко в ткани не проникают. Непонятен механизм проникновения в ткани серебра, принятого *per os*—гематогенным или лимфогенным путем. **Рискин.** Клиническая картина этого заболевания мною указана, субъективных ощущений аргироз не вызывает. Меня также интересовал путь проникновения серебра в ткани—приходится остановиться на эндогенной пигментации при аргирозе. При употреблении препаратов серебра предсказать, возможна ли аргирия, нельзя. Только постановкой опытов можно было бы осветить этот вопрос. Допускаю, что в некоторых случаях у больных бывала аргирия, но на нее недостаточно обращали внимания, как и наш больной. Но у рабочих в производстве с серебром наблюдается аргироз. Всасывание происходит и гематогенным, и лимфогенным путями.

Проф. Розентул отмечает интерес доклада не только для патолого-анатомов, но и для клиницистов. Признания предрасположения к аргирозу не существует. Патогенез описанного случая зависит от неизвестных условий. В виду возможности аналогичного заболевания—с длительным применением серебра нужно быть осторожным.

Проф. Флейшер Г.В. «Современная борьба с корью» (основные положения доклада).

1) Корь нужно признать тяжелой инфекцией для детей раннего возраста (от полугода до 4—5 лет), и далеко не безразличной для взрослых.

2) Самый ранний детский возраст (грудной) мало предрасположен к заболеванию корью, очевидно, благодаря пассивной иммунизации, через молоко матери или плацентарным путем.

3) Корь представляет особо опасное заболевание для организмов со слабой конституцией или латентными инфекциями (туберкулез).

4) В виду изложенного имеется полное основание предохранить наиболее опасный возраст или наиболее ослабленный организм от заболевания корью или передвинуть это заболевание на более безопасный период.

5) Метод Деквица в настоящее время представляет надежный способ для достижения этой цели.

6) Согласно этому методу, в целях профилактики, может применяться сыворотка коревых реконвалесцентов или здоровых людей, не позже 6-го дня инкубации в строго определенных количествах.

7) С практической точки зрения, в целях обеспечения такой сывороткой, в случае потребности в ней, желательно создать по примеру заграничные центральные распределители, которые имели бы у себя

постоянный запас такой сыворотки, правильно изготовленной, и могли бы предоставлять ее в любой момент, в случае надобности.

8) В качестве источника для такой сыворотки должны служить благополучно переболевшие корью дети, здоровые люди (родственники их), а равно акушерские отделения, которые могли бы снабжать кровью из пуповины.

9) Госпитализация коревых больных должна быть признана мало целесообразной, в силу особенности свойств коревого вируса, создающего в пораженном организме состояние отрицательной энергии, а равно и крайней прилипчивости коревой инфекции. Первый момент в больничной обстановке ставит организм в особо угрожаемое положение, в смысле возможности получения добавочного заболевания. Второй момент не дает основания, путем эвакуации заболевшего организма, рассчитывать на купирование местного очага коревой инфекции.

10) Борьба с коревой инфекцией должна быть поставлена на основах циркуляра НКЗ № 4 от 3-1—28 года.

Прения. Залкон. В Москве у проф. Флерова для добывания сыворотки делали так: сыворотка в готовом виде бралась из института и взамен ее посылались матери, таким образом запас сыворотки всегда был. Госпитализация не всегда желательна. **Корсаков. Проф. Буханский** (Саратов) и считает, что инфекция кори передается и проникает через слизистую оболочку глаз и дыхательных путей, поэтому он рекомендует профилактически проводить массовую санацию дых. путей и слизистой глаз. Профилактика кори сывороткой гораздо лучше. **Битовт.** Когда работаешь в школе, трудно решать вопрос о госпитализации кори. Часто бывает, что у ребят квартиры плохи, уход еще хуже, поневоле начинаешь думать о необходимости госпитализации. В целях борьбы с корью, необходимо будировать общ. мнение о борьбе с ней и недостаточностью больничной помощи. **Ерофеев.** Громадное значение доклада ясно. Его положения лягут в основу профилактики кори. Сейчас взгляд на корь слишком несерьезный—не учитывают серьезность инфекции, особенно в связи с теми осложнениями, которые она вызывает впоследствии (туберкулез). Очень трудно рано диагностировать корь, поэтому необходимо стремиться к применению сыворотки реконвалесцентов. Но в наших условиях достать сыворотку трудно. **Проф. Розентул.** Главное, что заставляет меня высказаться,—это вопрос о повторном заболевании корью. Повторные заболевания корью путают с *exanthema subitum*. Заражений корью в периоде шелушения не бывает и проф. Флейшер прав, говоря, что заразна корь только в раннем периоде.

Шац. Загадка кори разрешается и, повидимому, мы близко стоим к разрешению профилактики кори. Нужно считать, что у нас скоро сыворотка будет доступна. Заразительности кори в периоде шелушения, конечно, нет. **Дашевский.** Научная Ассоциация является организацией общественной и поэтому она обязана обратить внимание Санэпида на возможность организации широкого применения сыворотки рэквалесцентом. **Ерофеев.** Не соглашается с положением докладчика о незаразительности шелушения кори и считает, что как корь, так и скарлатина в период шелушения заразы. **Битовт.** Соглашается с Ерофеевым и говорит, что когда ребенок в шелушении попадает в школу, то наблюдаются случаи новых заболеваний детей.

Проф. Флейшер. Вопрос с сывороткой у нас не налажен. Ее у нас мало. Помощь с сывороткой нужно наладить в массовом порядке, так как ее очень легко производить. В отношении распространения кори через слезистую глаз едва ли можно согласиться, эта теория не имеет оснований. Госпитализировать корь нужно не огульно.

16-Е ЗАСЕДАНИЕ ПЕРМСКОЙ ОКРУЖНОЙ НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ.

1. **Д-р М. В. Шац.**—Демонстрирует 2 препарата мекелевого дивертикула у рабочего Ш. 56 лет, у которого пришлось резектировать около 3 метров тонкой кишки. Больной заболел явлениями непроходимости кишок 27 апреля и доставлен в Мотовилихинскую больницу через 13 часов. Немедленная операция обнаружила некроз нескольких петель тонкой кишки, ущемленных мекелевым дивертикулом. Последний сидел на расстоянии около 50 см. от слепой кишки и крепким таям, приросшим к пристеночной брюшине в точке, находившейся на расстоянии 8 от пупка в линии, соединяющей пупок с правой *spin. iliaca anter. snr.*, перетягивал попавшие под него петли. В брюшной полости много кровянистой жидкости. Концы кишки после резекции соединяются круговым швом. Больной выписан домой через 14 дней в хорошем состоянии. Через три недели после операции больной усваивает пищу хорошо, пища состоит из супов с более нежным мясом (телятины или курицы), яиц, каш, белого хлеба, масла и молока. Поносов у больного нет.

Прения:

Славин. Демонстрация представляет большой интерес, так как диагноз иногда трудно установить до операции. Надо считать, что в данном случае ущемление произошло вследствие дивертикула, а не самого дивертикула. В смысле прогноза имеет значение срок операции: чем раньше, тем лучше. Демонстрация пока-

Заразительности кори в период шелушения нет. Случаи д-ра Ерофеева не убедительны. Огромная иностранная статистика говорит за правильность моего взгляда. Шелушение—это результат дерматита и не содержит даже стрептокока. Повторность заболеваний очень редка и требует при диагностике большой осторожности, в этом отношении я присоединяюсь к мнению проф. Розентула. Конечно, могут быть случаи повторного заболевания, но только очень редко. К предложению д-ра Дашевского присоединяюсь полностью.

Проф. Розентул. Доклад очень интересный и важный. Он вызвал очень оживленные прения. Собрание должно принять следующие положения: 1) обратить внимание окрздрава и секции здравоохранения горсовета на необходимость организации современной борьбы с корью. 2) Просить проф. Флейшера сделать этот доклад на секции здравоохранения. 3) Отметить отсутствие на заседании представителя горсанбюро. 4) Президиуму Ассоциации озабочиться о постановке доклада на секции здравоохранения.

зывает, как осторожно надо подходить к острым заболеваниям брюшной полости, и что такие случаи надо скорее передавать в руки хирургов.

Шац. Терапевтам необходимо убедиться в том, что при «остром» животе необходимо консультировать с хирургом.

2. **Д-р В. К. Модестов** (из кожно-венерологической клиники П. Г. У.). Демонстрирует редкий случай заболевания с *Hydroa aestivale*. Больная Ж. 39 лет, крестьянка. 18-ти лет ранней весной у больной на лице и руках появляется краснота и мелкие узелки, которые сопровождаются сильным жаром и зудом. Это продолжается до июля месяца, а потом явления проходят, и так в течение 21 года каждую весну появляется вышеописанная картина. Больной произведено было освещение ртутно-кварцевой лампой, лучи которой на расстоянии 1 метра в течение 10 минут дали на коже интенсивную гиперемию, которая сопровождалась такими же явлениями, какие имели место на лице; гиперемия держалась 5 дней.

Были проделаны также реакции и другими световыми и тепловыми лучами с различными фильтрами, которые давали гиперемию, но не сопровождалась вышеозначенными явлениями.

Дальнейшее обследование и наблюдения продолжают.

3. **Д-р Иванова А. А.** (из кожно-венерологической клиники П. Г. У.). «Случай тяжелого сифилитического поражения костей черепа».

Прения:

Славин. Нас хирургов, интересует поражение костей с точки зрения простой ли-остеомиялит или сифилитический; если последний поддается сифилитической терапии, тогда он от хирургов отходит. Здесь меня интересует: какой ставится диагноз, так как от этого зависит и терапия. Наличие секвестра заставляет нас вмешаться. Этот случай тем более интересен, что кости поражены глубоко, до мозга. **Голшмидт.** В таких случаях прогноз довольно хорош. Оперативное вмешательство здесь в данное время не нужно до результатов специфического лечения. **Талалов.** В подобных случаях иногда приходится прибегать к хирургическому вмешательству, но при несвоевременном хирургическом вмешательстве течение процесса может ухудшиться. **Шац.** Дифференциальная диагностика в аналогичных случаях не трудна по клиническим данным, нет высокой t , при tbc t субфебрильна; при сифилисе расплавление ткани без реакции всего организма; не встречал tbc костей черепа. При наличии секвестра, его необходимо убрать, а потом уже применить специфическое лечение.

Председатель проф. Розентул. Данный случай не носит характера злокачественного сифилиса, а скорей обезображивающего; больно не лечился. Прогноз хороший. Что касается диагностики—она легка, даже без Рентгена. На некоторых случаях диагностика труднее; бывали случаи сифилиса конечностей, которые протекали как tbc . По моим наблюдениям—периост большею частью принимает участие в процессе. Опыт показывает, что с хирургическим вмешательством не следует топиться.

Доклады:

Д-р Ревзон М. Я. «Заболеваемость венерическими болезнями в Перми по данным вендиспансера».

Прения:

Голшмидт. Берет под сомнение цифру зараженных «от неизвестных», надо считать, что в действительности это были проститутки. Согласно данным стационара больные сифилисом инфицировались от проститутки; женщины также поступали в стационар со свежим сифилисом—в огромном большинстве это проститутки. Судя по докладу, слаба связь вендиспансера с детучреждениями, при чем вина в этом последних; нет связи с учреждениями, которые должны выявлять врожденный сифилис, поэтому и процент его в докладе очень мал. **Славин.** В докладе не выявлено, как отразился новый уклад жизни на развитие венеризма. Характер распространения венеризма в деревне изменился—он прибли-

жается к городскому. Приходится отметить отрадное явление—в работе диспансера отмечаются свежие, незапущенные случаи, что можно объяснить санитарной грамотностью; этим же объясняется и переход лечения к лечучреждениям, отход от знахарства. Все моменты доклада ярко выявляют современную борьбу с венеризмом. **Розет.** Вендиспансер должен был сказать, сколько в городе сифилитиков, идет ли рост сифилиса. Если есть рост, то по какому пути. Заражение «от неизвестных»—это, конечно, от проституток. Нужно было точнее выяснить причину заболевания.

Судя по диаграмме, опрошенные очень мало узнали о венеризме в семье и школе,—это значит в школе недостаточно поставлена работа в этом отношении. Неправильно докладчик делает выводы о деревне—жители последней попадали в диспансер случайно. Диаграммы нужно было иначе построить, например, по таблице нельзя судить, какое влияние имеет алкоголь на заражение. **Гурвич.** Ценность доклада очень большая, но он не закончен. Неправ тов. Розет, говоря, что докладчик должен был изменить таблицы—последние уже установлены для разработки данных диспансера. Надо изменить выражение «от неизвестных». «Неизвестно» (как произошло заражение)—это те случаи, когда вообще не помнят, как произошел *coitus*. Эту таблицу нужно вообще изменить, о чем будут, вероятно, говорить на с'езде. Нельзя ставить диагноз гонорреи без нахождения гонококков—так к вопросу подходить нельзя. Здесь нужно договориться, чтобы иметь общий язык. **Проф. Розентул.**

Говорят, что сифилис уходит от сифилитологов. По данным Парижа, Марселя сифилис начинает вновь расти. Дать сведения растет ли сифилис в Перми вендиспансер не может—он располагает данными только с 27 года. Термин «неизвестные» можно понимать, как свободную любовь (Редакция). Эту таблицу нужно определенно расценивать, что к проституткам очень много обращаются. Личное впечатление, что число сифилитиков не растет, а падает. Количество свежих сифилитиков становится меньше, не только у нас, но и на Западе (анкета *Jadasson'a*). Вопрос о санитарном просвещении масс по венеризму не достаточно широко поставлен. Гонорея растет и растет потому, что не лечится женская. При гоноррее не обязательно присутствие гонококков в мазках, лаборатория должна быть в помощь клинике, а не чем то самодовлеющим; кроме лабораторных данных нужны параллельно и клинические данные. **Талалов.** На материале Ревзона видна работа диспансера, раньше диспансерной работы не было. К сожалению, докладчик не воспользовался результатами работы венотрядов. По докладчику увели-

чился семейный сифилис, с этим нельзя согласиться. Женщины, мужья которых больны свежим сифилисом, должны лечиться. **Мульменко.** При лабораторных работах по женской гоноррее встречаются трихомонады не останавливают на себе должного внимания; от них отрешиваются и гинекологи и венерологи. Их не знают, не понимают. На эту сторону необходимо обратить серьезное внимание. **Сакулина.** В детских учреждениях нет венеролога, что, конечно, ненормально, в работе детских учреждений это большой недостаток, это срывает работу. **Шац.** В каком возрасте заражаются сифилисом?—По данным докладчика оказывается в возрасте до 18 лет. Эти данные тревожны. До каких же пор молодежь будет находиться в неведении относительно венеризма? Мы ничего не делаем в этом отношении. Надо совершенно определенно сказать: никакое санитарное просвещение не заменит обучения в школах. На предстоящем съезде этот вопрос необходимо осветить и вынести решение, чтобы в школах шло ознакомление молодежи с развитием венеризма. **Аствацатуров.** На лабораторию возлагают задачу найти при гоноррее гонококк; это особенно трудно при женской гоноррее, так как у женщины гонококк найти трудно. Не следует увлекаться трихомонадами.

Ревзон. Хотя в понятии «проститутка» и «незнакомая» много условного, все же мы считали необходимым их разделять, придерживаясь общепринятого порядка. О росте заболеваемости в Перми говорить нельзя, так как мы не задавались целью изучения динамики заболеваемости. Во вторых более или менее точный учет венериков начался только в последние два года, а за предыдущие годы материалов нет и не было. Диспансером охвачены лишь случаи ему известные, единого учета нет. Борьба с врожденным сифилисом далеко недостаточна, об этом говорит весьма небольшой процент выявленного врожденного сифилиса. Очевидно, врожденный сифилис не всегда диагностируется, особенно скрытый. Причина: отсутствие врача микрopedиатра, хорошо знакомого с врожденным сифилисом. Связь с детучреждениями носит случайный, а не постоянный характер. За последний год связь с консультат. прекратилась, так как не хватает штата. Нужен спец. врач по обслуживанию консультации. Роль жены, как источника инфекции, по нашим данным вполне совпадает с данными дру-

гих авторов. Всего разобрано карточек около 4500, но принято к разработке около 3500. Остальные признаны дефективными. Большинство карточек заполнены за последние два года, так как до этого времени не все венерики брались на учет диспансером. Диагноз гонорреи ставился не только на основании бактериологических исследований, но и серологически, клинически. Нельзя требовать от одного доклада совместить ряд тем: о работе диспансера, о семейных обследованиях, о динамике заболеваемости. Каждая из этих тем отняла бы не меньше времени, чем этот доклад. Считаю, что выводы были сделаны вполне правильно, так как снижение активных форм отмечается и рядом других авторов из разных городов СССР. Данные о заболеваемости в деревне не случайны, так как наш материал охватывает почти 25 проц. сельских больных. Таблицы об алкоголизме характерны, но из-за экономии времени я не мог подробно остановиться на их анализе. Дать точные цифры о количестве сифилитиков в Перми нельзя, так как диспансер ведет учет больных недавно, к тому же и не все больные обращаются исключительно в диспансер. Из сравнения нашего материала с материалом других авторов видно нарастание скрытых форм сифилиса и падение активных. Это дает полное право делать соответствующие выводы. Гонорреальные и послегонорреальные заболевания мы разделяем, но руководствуемся при постановке диагноза не только одними бактериологическими исследованиями. Данными **Окуня** я не пользовался из-за малых цифр его работы, считая их не доказательными. Надо, наконец, признать, что для правильного обслуживания консульт. недостаточна филантропия диспансеров. Надо иметь специального врача-венеролога, знакомого с врожденным сифилисом.

Председатель проф. Розентул. Докладчик добросовестно выполнил работу, его данные сходятся с данными других авторов. Работникам диспансера выводы из этого доклада должны дать удовлетворение, так как ими кое-что сделано, кое-что достигнуто. Необходимо отметить интерес вопроса, поднятого **Мульменко** (о трихомонадах), следует и нам этим заняться. В программу своей работы мы должны включить и борьбу с врожденным сифилисом.

17-Е ЗАСЕДАНИЕ ПЕРМСКОЙ ОКРУЖНОЙ НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ 29 МАЯ 1929 ГОДА.

Доклады:

1. **Д-р Талалов И. З.** «К вопросу о терапевтической ценности трифалы в лечении кожных заболеваний» (Автореферат).

Автор испытывал действие трифалы на 24 больных с различными кожными заболеваниями. Трифаль применялся в дозах, рекомендуемых фирмой (от 0,01 до 0,2).

Курс лечения состоял из 10—12 вливаний с общей дозой трифала от 0,5 до 0,9. Наблюдал ряд побочных явлений: головную боль (7 случ.), общую слабость и потерю аппетита (6), тошноту (2), понос (2), белок в моче (2), опухание подчелюстных лимфатических желез (1) и явления резко выраженной сердечной декомпенсации (1). В результате пришел к следующим выводам: 1) дозы трифала рекомендуемые фирмой (0,01—0,2), обладают явно выраженными токсическими свойствами и должны быть значительно снижены, 2) крупные дозы трифала в отношении терапевтического эффекта не только не имеют никаких преимуществ перед мелкими, но и вызывают обострение и ухудшение процесса, 3) при лечении чешуйчатого лишая в большинстве случаев трифаль дает частичный успех, в случаях клинического выздоровления не избавляя больного от рецидивов, 4) при вульгарной волчанке трифаль дает некоторое улучшение, однако, распада бугорков не наблюдается, 5) в случае lupus трифаль вызвал полное рассасывание узлов, 6) трифаль является прекрасным симптоматическим средством при лечении острых гонорейных эпидидимитов. Значительно укорачивая срок пребывания больных в стационаре трифаль может быть рекомендован к дальнейшим испытаниям.

Проф. Алякритский. Испытание лекарственных форм—искание новых терапевтических средств. Из тех наблюдений, о которых говорил докладчик, следует, что хорошего эффекта применение трифала не дало при кожных заболеваниях, но отмечается хороший эффект при острых гонорейных эпидидимитах.

2. Д-р Наумов Н. А. (Из Института патологической анатомии Пермского Госуд. Университета). «К вопросу о первичном раке печени» (Автореферат).

НАС ПРОСЯТ НАПЕЧАТАТЬ:

Занимаясь изучением вопроса о распределении по нашему Союзу хирургических заболеваний и повреждений (патогеографии хирургических заболеваний и родственных областей), прошу всех товарищей не отказать мне в помощи, которая может выразиться в следующем:

а) Присылка отчетов своих больничных учреждений, как бы малы эти учреждения не были. Отчеты, как печатные, так и рукописные, желательны не только за последние годы, но и за старые (для сравнения).

б) Присылка всяких иных печатных материалов, имеющих какое-либо касательство к указанной теме, понимаемой самым широким образом.

в) Присылка собственных работ, отисков, указаний на печатные работы

Докладчик в течение года на вскрытии трупов встретил два типичных случая первичного рака печени: один из них с атрофическим циррозом и метастазами в кости черепа и позвонков, другой без цирроза и метастазов. В первом случае рак печени развился не почве атрофического цирроза печени, который вызвал регенерацию эпителия с образованием аденомы, окруженной толстой капсулой. Впоследствии аденома перешла в злокачественную опухоль—аденома *malign.* и дала метастазы в кости черепа, позвонков, лимфатические железы и легкие. Под микроскопом он построен по типу злокачественной аденомы. Во втором случае первичный узел рака печени развился в правой доле печени, а затем дал метастазы по кровеносной системе для вторичных узелков по всей печени, таким образом, производя картину узловатой формы рака печени. Гистологически построен по типу вульгарного рака. В обоих случаях рак печени развился из эпителия печени, а не из эпителия желчных протоков.

Проф. Алякритский. Вопрос о метастазах некоторых раков в кости до сих пор не решен, все предположения по этому поводу носят проблематический характер. Возможно, что в тех случаях, когда рак метастазирует по крови—большое количество раковых клеток застревает при медленном токе крови в широких сосудах губчатых костей. Интерес первого случая докладчика—рак печени при циррозе ее. Повидимому, при типичной атрофической форме цирроза печени, рак происходит на почве цирроза. Второе существенное обстоятельство—образование желчи раковыми клетками—говорит за то, что желчь может вырабатываться печеночным эпителием без участия Купферовых клеток.

свои или чужие, касающиеся того же вопроса.

г) Сообщение своих наблюдений, выводов, замечаний относительно распространения обычных или особых заболеваний. Эта просьба особенно относится к врачам, работающим в особых географических условиях, среди особых племен, социальных условий, к врачам больших индустриальных центров (повреждения!) и т. д.

д) Присылка каких бы то ни было указаний, ссылок, справок, советов и т. п. Без самой широкой помощи товарищей мое задание не может быть осуществлено; об этой помощи я и прошу всех врачей нашего Союза, в том числе хирургов.

Проф. С. М. Рубашев.
Минск. Советская, 33, кв. 6.

Т. Т. ВРАЧАМ ОСЕННЕГО ВЫПУСКА 1914 ГОДА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.

Инициативная группа врачей осеннего выпуска 1914 года Военно-Медицинской Академии предлагает товарищам собраться в Ленинграде в середине декабря 1929 г. по поводу исполняющегося 15-летия со дня окончания Академии.

Просят всех товарищей по выпуску, желающих принять участие, сообщить свои адреса одному из нижеподписавшихся. В ноябре мес. будет точно сообщено о месте и времени собрания.

В. А. Вальдман (Ленинград, б-ца им. С. Перовской); **Р. А. Засосов** (Ленинград, морской госпиталь); **М. П. Николаев** (Ленинград, кафедра Фармакологии В.-М. Академии); **Н. А. Подкопаев** (Ленинград, Физиологический Ин-т Академии Наук); **А. А. Садов** (Ленинград, Эпидемиологич. Отд. Ин-та Эксперим. Медицины); **В. Ф. Ундриц** (Ленинград, кафедра болезней уха, носа и горла В.-М. Академии).

ПЛОХИХ Н. И.

21 июня сего года вселе Мехонском, Шадринского округа, внезапно скончалась зав. врачебным участком врач Надежда Игнатьевна Плохих. Окончив Медфак Пермского университета в 1926 году, после года стажирования в гор. Свердловске, Н. И. Плохих поступает в Шадринский округ и, несмотря на свою непродолжительную работу в Мехонском участке, Надежда Игнатьевна, благодаря своей особенной чуткости, отзывчивости и особому энтузиазму в работе, быстро приобретает уважение и любовь населения района, а также и со стороны товарищей по работе. Н. И., можно сказать, не знала свободного для себя времени: если она не в больнице, то на беседе, или на собрании, или едет в сельско-хозяйственную коммуну для осмотра больных и т. д. И, несмотря на такую большую, многогранную и трудную работу, Н. И. хорошо справлялась с ней.

Жаль, глубоко больно, что так рано и внезапно прервалась в самом начале молодая, полезная жизнь, полная сил.

По поручению Шадринского Окр.-Бюро Врачебной Секции
врач **М. Грамолин**.

ХРОНИКА

УРАЛПРОФСОВЕА ПОСЛЕ ДОКЛАДА ОБЛАСТНОГО КОМИТЕТА РОКК ПРЕЗИДИУМОМ УОСПС ВЫПУЩЕНО СЛЕДУЮЩЕЕ ВОЗВРАЩЕНИЕ КО ВСЕМ ПРОФОРГАНИЗАЦИЯМ УРАЛОБЛАСТИ.

20-27 ноября проводится «Неделя Российского Общества Красного Креста» (РОКК). Добровольная массовая организация РОКК, имеющая огромное значение в борьбе рабочего класса за социализм, ставит своей целью укрепить санитарную обороноспособность Союза, организовать крепкий тыл, воспитать, подготовить практический санитарный актив населения, вместе с советским органом здравоохранения—поднять уровень санитарной культуры населения.

Одной из боевых задач РОКК'а является подготовка мощных пролетарских отрядов самоотверженных женщин—жен, сестер и дочерей борцов, за независимость Советского Союза, за право продолжать и довести до конца дело трудящихся всег-

мира. Эта задача еще станет более острой именно теперь, когда опасность войны стала вплотную перед пролетариатом СССР.

Огромное значение выполнения этой основной задачи понятно каждому и не может быть другого отношения к организации Красного Креста, как всемерная поддержка всех начинаний ее и развертывание массовой пропаганды среди членов профсоюзов.

Сосредоточив внимание на подготовке санитарной обороны, мы не должны забывать и о задачах Красного Креста на путях культурного строительства. Необходимо вместе с краснокрестной организацией выдвинуть подготовленный краснокрестный актив на передовые позиции борьбы за

культуру. Организация детплощадок, детских, консультации, организация дежурств первой помощи на предприятиях не всегда достаточно обеспеченных мед. помощью проведение оздоровительной работы внутри рабочих общежитий, улучшение санитарного состояния двора и улиц, благоустройство рабочих поселков,—все это несет с собой развитие краснокрестовской организации, укрепление ее низовых ячеек, создание работоспособных рабочих органов их.

В целях развития, укрепления и качественного улучшения краснокрестной организации, президиум Уралпрофсовета обращает внимание всех профорганизаций принять активное участие в проведении недели РОКК'а.

К качеству практических мероприятий необходимо поставить доклады о значении и работе РОКК'а на рабочих собраниях, взять инициативу по организации ячеек РОКК во всех крупных предприятиях и учреждениях с количеством работающих свыше 100 человек.

В рабочих клубах и красных уголках, там, где это возможно организовать специальные уголки РОКК'а.

Пополнить союзные библиотеки краснокрестовской литературы и наглядными

пособиями для прохождения курсов кружков первой помощи и сандружин.

Профсоюзы должны привлечь краснокрестовский актив к работе в комиссиях охраны труда и культурно-бытовых с поручением низовым яч. Кр. Кр. проведения подсобных дежурств на пунктах первой помощи на предприятиях, организации первой помощи на предприятиях, не имеющих пунктов.

Санитарное наблюдение за клубами и красными уголками. Обслуживание детских комнат и детплощадок при рабочих клубах, обеспечение саннадзора за содержанием рабочих общежитий и рабочих поселков.

Ликвидация санитарной неграмотности и в первую очередь развитие антиалкогольной пропаганды.

Одновременно президиум УОСПС обращает особое внимание профсоюзов на необходимость активного содействия РОКК в накоплении им мобзапасов, как денежных, так и вещевых—предметов обмундирования и больничного инвентаря.

П.п. Председатель Уралпрофсовета
Чашихин.

Зав. культотделом Михайлов.

О Ф И Ц И А Л Ь Н Ы Й О Т Д Е Л

Уральский Областной Отдел Здравоохранения объявляет конкурс на занятие следующих должностей в Областном Физио-Терапевтическом Институте в г. Свердловске:

- 1) Зав. нервным отделением
- 2) Зав. лабораторией
- 3) Зав. онкологическим отд.
- 4) Ст. ассистента рентгенологического отд.
- 5) Ст. ассистента нервного отдел.
- 6) Ст. ассистента внутреннего отд.
- 7) Ст. ассистента травматологического отд.

Оклад содержания: зав. лабораторией 250 руб., зав. онкологическим и нервным отд. 200 руб., ст. ассистенты 190 руб., ст. ассистент рентгенологического отд. 200 р., фактическая стоимость проезда, под'емные в размере месячного оклада.

От кандидатов требуется не менее 10 лет стажа по специальности, или 3-х лет клинического стажа, а также знакомство с физическими методами лечения.

Заявления подавать по адресу: Свердловск. Уралоблздравотдел. Срок подачи заявлений 20 октября.

Уралоблздравотдел.

Отв. ред. **Белостоцкий И. С.**

Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов	Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возвратный тиф		Неопред. тиф		Малария		Оспа натурал.		Корь	
		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Уралобласть	28 г.	570	238	186	105	36	4	343	58	8562	149	257	54	6551
		29 г.	332	160	166	127	5	—	153	42	4632	104	36	24	2391
1	В.-Камский окр.	28 г.	14	10	17	11	—	—	2	2	57	2	—	—	221
		29 г.	15	15	10	9	—	—	—	—	28	2	—	—	9
2	Златоустовск. окр.	28 г.	17	12	1	—	5	—	7	4	569	22	6	1	213
		29 г.	51	28	5	5	—	—	3	1	411	20	1	—	60
3	Ирбитский "	28 г.	21	12	22	20	—	—	21	1	45	2	42	23	294
		29 г.	12	1	9	9	—	—	4	—	50	—	—	—	119
4	Ишимский "	28 г.	96	17	8	2	6	—	35	—	380	4	41	1	98
		29 г.	36	9	10	6	—	—	15	—	228	4	3	—	237
5	К.-Пермский "	28 г.	7	3	2	2	3	—	—	—	59	—	—	—	449
		29 г.	5	—	4	4	—	—	1	1	57	—	1	—	—
6	Кунгурский "	28 г.	9	5	6	5	2	—	19	—	249	3	26	1	152
		29 г.	11	9	17	13	—	—	3	—	84	2	—	—	120
7	Курганский "	28 г.	42	17	9	3	2	—	5	—	954	7	2	—	322
		29 г.	34	17	6	1	1	—	24	2	387	4	4	1	91
8	Пермский "	28 г.	42	29	25	12	1	—	35	—	357	23	11	8	807
		29 г.	19	13	18	17	—	—	18	—	182	7	1	—	105
9	Сарапульский "	28 г.	34	8	15	5	4	2	17	3	606	15	11	—	238
		29 г.	16	9	20	15	1	—	8	3	316	1	—	—	129
10	Свердловский "	28 г.	48	33	28	19	—	—	21	—	453	23	16	16	1777
		29 г.	24	18	11	11	2	—	14	4	314	8	—	—	330
11	Тагильский "	28 г.	36	26	2	4	1	—	3	—	179	5	15	1	896
		29 г.	24	17	8	5	—	—	2	1	86	7	24	22	461
12	Тобольский "	28 г.	4	1	5	—	1	1	8	1	125	—	—	—	68
		29 г.	—	—	3	3	—	—	1	—	93	1	—	—	113
13	Троицкий "	28 г.	15	3	8	—	5	—	—	—	1443	10	16	—	119
		29 г.	9	3	2	2	—	—	4	—	855	2	—	—	121
14	Тюменский "	28 г.	31	7	13	8	2	—	12	6	247	2	1	—	113
		29 г.	36	5	6	2	—	—	13	10	181	4	1	1	297
15	Челябинский "	28 г.	92	22	5	2	1	—	70	3	2363	21	38	—	492
		29 г.	18	5	10	9	1	—	20	5	1001	32	1	—	62
16	Шадрянский "	28 г.	62	33	23	12	3	1	88	38	476	10	32	3	292
		29 г.	22	11	27	16	—	—	23	14	359	10	—	—	137

области за март месяц 1928 и 29 г. г.

Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Г р и п п		Дизентерия		Трахима		Туберк. легких		Туберк. пр. орган.		Сифилис I, II, III		Гоноррея	
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1495 1817	696 1068	2292 2201	8 2	237 288	93 89	62257 54457	1551 1355	436 176	41 8	6772 5527	127 142	11942 10350	637 502	4906 4138	144 142	3343 2812	385 349	5452 5100	131 144
44 76	24 61	16 85	—	3 7	3 5	2485 2084	125 109	13 3	1 1	92 70	6 7	417 346	18 13	68 82	5 6	46 61	9 2	97 157	2 2
52 73	37 37	97 52	—	16 36	6 2	3991 3587	137 128	57 8	21 —	223 272	8 6	574 527	26 44	216 168	11 15	165 135	3 2	203 157	1 9
58 57	39 40	64 115	3 —	1 4	1 4	2846 2843	43 27	19 6	— —	96 145	2 —	455 405	13 18	160 175	11 3	78 53	11 8	126 116	— 1
59 71	8 10	257 152	— —	35 8	3 1	1924 1574	35 38	47 10	— 1	542 551	4 6	469 288	37 22	267 211	4 1	289 143	40 25	236 227	3 11
9 1	3 1	69 55	— —	1 —	— —	866 683	24 29	11 —	— —	297 27	18 —	180 148	17 26	66 108	2 4	89 35	14 5	96 71	5 2
36 197	17 92	158 80	— 1	5 8	— 7	3371 3380	84 75	14 7	— 1	1102 775	16 26	720 577	18 15	431 254	9 8	160 107	10 21	409 317	9 16
39 52	2 23	164 238	— —	14 16	1 6	6827 2391	81 43	20 24	— —	437 462	7 16	818 632	39 20	297 263	5 7	442 368	40 33	638 565	22 18
266 155	173 113	301 160	2 —	47 12	34 9	5824 6652	212 175	50 24	3 1	496 435	7 12	1431 1269	75 56	506 405	21 27	320 383	29 47	626 597	15 16
23 167	4 105	183 108	— —	7 19	4 —	3116 2394	78 40	14 6	1 2	972 744	16 15	736 528	14 11	224 232	7 8	304 190	19 4	455 373	2 1
257 401	228 373	176 203	1 1	38 28	26 22	10570 9016	335 265	70 31	5 —	439 347	— 1	2011 1675	168 83	664 528	15 20	348 325	53 42	711 682	2 22
343 134	101 104	137 269	— —	18 26	6 10	7358 7115	193 184	47 16	5 1	172 156	4 19	1053 985	72 88	287 343	12 13	210 245	28 36	343 291	29 21
43 18	23 8	89 80	— —	3 6	— 1	628 1932	8 26	12 4	2 —	118 101	2 5	200 139	4 8	154 67	3 1	68 30	13 8	119 89	4 7
67 168	— 36	133 48	— —	10 27	2 1	2254 1670	37 18	5 11	1 —	400 143	2 —	253 197	10 1	125 167	4 2	121 130	11 1	155 188	— —
107 191	7 41	101 244	— —	9 43	5 5	2223 2470	19 47	4 3	— —	337 329	12 7	786 491	11 11	401 292	5 9	219 200	7 7	348 424	5 3
17 26	1 20	179 193	— —	24 15	— 4	4538 3420	73 70	49 20	2 —	662 591	4 6	775 1114	64 41	499 501	14 12	194 185	56 70	305 390	6 5
75 30	29 4	168 119	2 —	6 33	2 12	3436 3243	67 78	4 3	— 1	387 379	19 16	1064 1029	51 45	541 342	16 6	290 222	42 38	585 456	7 10

Заразная заболеваемость по округам Урал

области за апрель месяц 1928 и 29 годов.

№№ по порядку	Название округов	Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возвратн. тиф		Неопрет. тиф		Малярия		Оспа и тулал.		Корь	
		Заболело		За олео		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело	
		Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Уралобласть	28 г. 29 г.	235 295	143 149	195 116	82 101	16 6	3 3	231 166	14 30	10229 7525	221 158	140 13	50 —	5346 2584	205 115
1 В.-Камский окр.	28 г. 29 г.	6 2	6 2	22 4	19 4	— —	— —	— —	— —	96 88	6 5	— —	— —	361 5	9 3
2 Златоустовск. окр.	28 г. 29 г.	5 33	— 17	1 3	1 4	1 —	— —	4 4	2 —	654 542	48 26	3 2	— —	107 106	1 50
3 Ирбитский	28 г. 29 г.	9 8	3 8	8 1	1 1	— —	— —	6 5	2 1	86 90	1 —	23 —	16 —	255 174	3 1
4 Ишимский	28 г. 29 г.	42 37	7 9	2 8	1 6	— —	— —	22 14	1 —	606 582	8 10	25 2	8 —	57 143	1 1
5 К.-Пермяцк.	28 г. 29 г.	5 12	— 6	9 1	1 1	— —	— —	— —	— —	51 57	2 16	— —	— —	277 2	15 —
6 Кунгурский	28 г. 29 г.	15 2	8 2	17 6	— 6	— —	— —	13 2	2 1	286 109	4 6	14 —	2 —	233 256	1 10
7 Курганский	28 г. 29 г.	16 33	3 15	1 —	— —	— 1	— —	17 22	2 —	1185 808	6 17	1 —	— —	307 160	9 1
8 Пермский	28 г. 29 г.	29 21	14 16	31 26	10 28	1 —	— —	25 7	— 1	286 213	14 11	6 —	— —	621 128	61 9
9 Сарапульский	28 г. 29 г.	28 16	13 11	37 11	3 11	— —	— —	10 1	1 1	570 446	14 7	3 4	— —	110 99	14 —
10 Свердловский	28 г. 29 г.	16 22	8 19	17 11	15 11	— 1	— —	19 24	5 4	496 362	27 7	21 —	13 —	1194 497	44 7
11 Тагильский	28 г. 29 г.	43 27	25 14	— 4	3 3	3 —	— —	14 5	— —	218 135	15 9	16 3	6 —	877 434	5 3
12 Тобольский	28 г. 29 г.	3 1	— 1	9 8	6 5	— 2	— 2	— 1	— —	224 112	6 2	— —	— —	45 59	— 3
13 Троицкий	28 г. 29 г.	6 7	2 —	4 4	— 2	1 1	— —	2 10	1 —	1685 1448	3 —	2 —	2 —	141 116	5 —
14 Тюменский	28 г. 29 г.	7 31	2 4	3 8	2 4	— —	— —	14 14	11 10	281 255	5 4	— 1	— —	108 256	4 4
15 Челябинский	28 г. 29 г.	59 19	27 1	5 11	5 3	8 1	1 1	44 41	— 1	2817 2087	43 34	13 —	— —	268 101	22 —
16 Шадринский	28 г. 29 г.	36 24	25 24	29 10	15 12	2 —	1 —	44 16	14 11	683 391	14 4	13 1	3 —	385 148	11 23

Сварла-тина	Коклюш	Дифтерия	Г р и п п	Дизенте-рия	Трахома	Туберк. легких	Туберк. др. орган.	Сифилис I, II, III	Гоноррея
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
985	555	1718	3	176	57	50096	1455	383	17
1333	711	2168	6	288	82	42589	1150	205	6
56	44	36	—	1	—	2668	116	5	1
64	41	76	—	5	5	1633	99	4	—
34	25	35	1	10	—	2685	127	45	3
50	28	38	1	5	1	3127	86	13	—
45	17	31	—	8	2	1702	47	16	1
50	20	95	—	15	1	2127	39	30	—
21	2	166	—	8	—	1157	25	23	—
71	2	105	—	12	1	917	23	10	—
10	2	35	—	—	—	386	25	6	—
—	—	76	—	1	—	659	18	6	1
18	—	98	—	10	1	2431	95	16	—
116	74	76	—	7	2	2118	40	2	—
26	2	74	—	11	3	4024	56	23	1
37	15	414	2	13	8	2240	29	16	—
240	183	279	—	34	13	5494	225	53	4
104	91	120	—	20	14	4597	198	40	1
21	12	91	—	7	3	2355	51	10	1
90	55	118	—	4	2	2855	35	12	1
168	132	242	—	25	15	10196	294	68	3
256	231	182	3	45	32	7565	251	24	—
167	68	147	—	11	5	6371	178	69	3
144	95	277	—	20	5	5323	224	14	1
69	31	58	1	3	—	715	11	9	—
18	3	76	—	2	—	1364	28	1	—
22	5	93	—	6	—	1782	15	9	—
129	—	38	—	22	—	1378	—	4	—
53	12	98	—	24	8	2171	24	4	—
128	37	186	—	26	5	1768	17	7	1
16	7	112	—	9	6	3155	84	23	—
54	8	176	—	18	—	2579	35	21	—
19	11	123	1	9	1	2804	82	4	—
22	11	114	—	13	6	2348	28	11	1

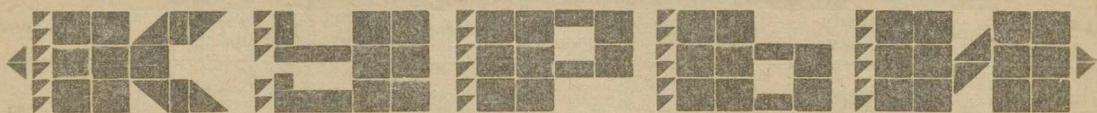
Заразная заболеваемость по округам Урал

области за май месяц 1928 и 1929 г. г.

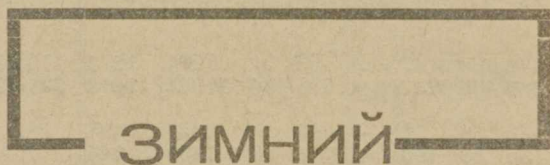
№ по порядку	Название округов	Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возврат. тиф		Неопред. тиф		Малярия		Оспа натурал.		Корь	
		Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Уралобласть	28 г. 389	182	126	62	11	3	206	36	11946	323	111	31	5173	149
	29 г. 263	163	70	50	1	—	—	115	17	8788	177	19	12	2877	94
1	В.-Камский	28 г. 17	16	18	12	—	—	1	—	149	15	—	—	193	1
	29 г. 10	10	1	1	—	—	—	—	—	97	11	—	—	16	—
2	Златоустовский	28 г. 6	5	1	1	1	—	3	—	1156	30	12	—	109	1
	29 г. 13	18	2	2	—	—	—	2	—	640	29	1	—	142	24
3	Ирбитский	28 г. 6	5	7	7	—	—	17	1	71	1	9	5	160	3
	29 г. 5	5	4	3	—	—	—	1	—	86	1	—	—	208	—
4	Ишимский	28 г. 40	4	—	—	1	—	10	—	703	5	7	—	108	—
	29 г. 22	6	15	4	—	—	—	12	—	595	4	—	—	103	4
5	Коми-Пермяцкий	28 г. 3	—	15	11	—	—	—	—	73	1	—	—	100	2
	29 г. —	—	1	1	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—	—
6	Кунгурский	28 г. 17	8	3	3	1	—	6	1	352	9	3	—	147	—
	29 г. 4	3	1	1	—	—	—	—	—	169	3	—	—	386	3
7	Курганский	28 г. 30	5	1	—	1	—	7	1	1140	15	1	—	378	3
	29 г. 26	5	—	—	—	—	—	15	+	903	11	1	—	252	—
8	Пермский	28 г. 41	22	19	4	—	—	17	—	442	41	5	1	642	45
	29 г. 23	23	5	5	—	—	—	17	2	246	15	—	—	252	17
9	Сарапульский	28 г. 22	14	11	1	—	—	7	2	639	23	3	—	94	1
	29 г. 19	14	4	2	—	—	—	5	—	620	9	2	—	57	1
10	Свердловский	28 г. 22	16	11	7	1	—	13	2	630	58	24	18	1244	34
	29 г. 23	15	6	6	1	—	—	7	2	392	16	2	1	538	9
11	Тагильский	28 г. 48	38	8	4	—	1	11	—	208	15	8	4	696	4
	29 г. 39	22	4	4	—	—	—	6	—	205	23	10	10	275	5
12	Тобольский	28 г. 5	3	7	2	2	—	3	—	188	3	—	—	19	1
	29 г. 5	3	1	—	—	—	—	1	—	152	2	—	—	79	11
13	Троицкий	28 г. 8	2	—	—	2	2	4	—	1943	31	7	3	103	5
	29 г. 11	—	1	—	—	—	—	5	—	1418	—	—	—	126	—
14	Тюменский	28 г. 22	3	6	2	—	—	18	10	443	9	3	—	199	—
	29 г. 17	10	2	1	—	—	—	14	8	341	7	1	—	171	2
15	Челябинский	28 г. 55	18	6	1	—	—	28	—	2747	43	25	—	282	38
	29 г. 23	16	7	6	—	—	—	20	—	2196	34	—	—	139	13
16	Шадринский	28 г. 47	23	13	7	2	—	52	19	1062	24	4	—	699	8
	29 г. 23	13	16	14	—	—	—	10	5	699	12	2	1	133	5

Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Г р и п п		Дизентерия		Трахома		Туберк. легких		Туберк. пр. орг.		Сифилис I, II и III		Гоноррhea	
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
922	554	2147	2	198	91	45591	1274	475	66	5700	142	9994	540	4043	175	2683	313	5006	131
985	465	2737	6	219	94	31605	1012	321	20	5107	115	9428	545	3589	147	2213	258	4332	97
39	36	16	—	2	—	2291	84	18	6	90	8	385	12	89	2	29	8	109	—
39	33	100	—	3	3	1401	144	7	—	78	2	323	5	79	7	69	6	126	4
49	20	103	—	17	2	3557	95	54	32	230	12	520	52	205	1	157	2	143	3
49	25	41	—	8	—	2664	52	9	—	317	8	539	34	165	10	116	7	175	2
70	29	74	—	16	3	2296	62	22	—	117	4	228	21	130	11	45	11	115	3
30	17	110	—	4	1	1834	40	35	—	124	1	323	16	273	3	46	12	140	1
14	1	295	—	8	—	939	26	13	—	278	—	455	18	225	1	209	2	168	3
59	3	206	—	33	13	1065	29	20	1	353	4	328	26	156	4	152	13	225	4
4	2	56	—	—	—	391	34	10	3	183	11	116	16	101	12	49	3	111	17
—	—	33	—	—	—	375	21	15	1	212	9	183	16	36	5	21	9	74	7
20	14	48	—	4	—	1916	71	14	—	998	13	475	24	382	15	146	7	359	9
37	20	62	—	3	1	1260	38	7	—	704	8	488	21	136	5	63	8	196	7
33	1	136	—	5	2	1980	32	35	1	371	16	716	20	267	16	309	18	466	11
47	11	588	1	11	2	1587	21	25	—	375	10	554	27	226	12	286	11	382	12
185	140	429	1	35	24	4749	158	62	13	561	13	912	58	443	33	312	33	610	15
130	89	184	1	24	12	3302	132	59	3	422	13	856	72	401	24	301	31	514	7
28	6	59	—	3	1	1656	45	35	4	784	11	572	21	162	5	163	17	364	—
113	46	88	—	3	2	1831	28	13	1	836	5	568	13	183	4	138	10	291	1
230	156	152	—	59	37	8851	279	79	4	349	8	1937	124	516	21	336	70	868	25
145	124	273	1	54	41	5895	219	30	3	175	2	1572	119	456	26	244	30	600	22
117	87	105	—	14	1	6174	179	53	2	100	10	952	46	305	18	197	30	347	25
98	64	369	—	17	3	3806	123	43	4	67	3	793	36	285	12	197	13	349	7
27	19	33	1	4	3	633	2	5	—	74	1	158	11	51	3	64	4	110	—
3	3	91	1	3	2	390	10	13	1	65	5	157	19	70	1	20	2	72	5
45	9	118	—	5	1	1309	36	22	1	378	3	242	12	138	2	158	13	224	3
134	—	55	—	16	—	1142	—	—	—	194	—	333	—	91	—	125	—	183	—
32	19	181	—	10	6	2982	37	9	—	264	6	608	15	273	5	167	—	322	8
68	13	188	—	9	2	1523	63	13	2	316	8	489	30	276	10	148	2	384	5
11	9	164	—	14	7	2279	58	34	—	656	3	632	41	312	9	128	51	238	3
21	7	162	2	13	4	1786	37	25	1	536	23	1030	66	463	11	109	65	225	3
18	6	178	—	2	4	3588	76	10	—	267	23	1086	49	444	21	214	44	452	6
12	10	187	—	18	8	1744	55	7	3	333	14	892	45	293	13	178	39	396	10

ЗИМНИЙ САНАТОРИЙ



15 ноября 1929 года
при Курьинском курорте
ОТКРЫВАЕТСЯ



ФИЗИО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ.

Основной контингент больных, подлежащих лечению в санатории: невращения в умеренной степени, легочные нетуберкулезные, малокровные компенсированные формы сердечных болезней, начальные формы склероза центральных и периферических сосудов.



Лечебные средства: а) водолечение: души всех видов (Шарко, восходящий, мантиль и др.), углекислые и сосново-ароматические ванны, обертывания и т. д.; б) электролечение: франклинизация, гальванизация, ритмическая фарадизация, местный д'Арсонваль и т. д.; в) светолечение: кварцевая лампа (горное солнце), лампа Минина, прожектор, световые ванны. Зубоврачебный кабинет. Физкультура: лыжный спорт коньки, катание с гор, воллей-бол, легкая гимнастика.



При санатории библиотека шахматы, шашки, читальня. Имеется кино и радио. ♦ Хороший стол под наблюдением опытных поваров. ♦ Санаторий функционирует на 115 кроватей на срок с 15 ноября 1929 г. по 4 апреля 1930 года.

СТОИМОСТЬ КОЙКИ ЗА КУРС ЛЕЧЕНИЯ 35 ДНЕЙ — 146 РУБЛЕЙ.

ЗАЯВКИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:

СВЕРДЛОВСК, УЛ. РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ, 34, УРАЛКУРУПР.

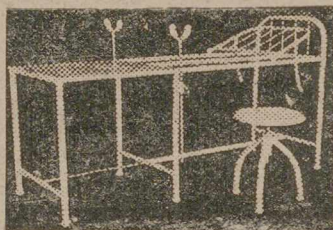
УРАЛМЕДТОРГ

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 папьежной 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 ФЛЮГГЕ.

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 антек разных размеров.

НАПІЛЬНИКИ для каучука.

ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЫ для зубных кресел.

СТАКАНЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для дезинфекции зубных инструм.

ШТАТИВЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для кружек Эсмарха.

ГРЕЛКИ ДЛЯ ЖИВОТА оцинкованного железа.

ШПАДЕЛЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ, ПОДСТАВКИ И ПРИБОРЫ для
ПРОБИРОВ и БЮРЕТОК, а также другие предметы больничного
и лабораторного оборудования.

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

Отпуск производит как учреждениям, так и частным лицам.

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

ЦЕНА 1 РУБ.

39879

СВЕРДЛОВСК, „УРАЛПОЛИГРАФ“,
ТИП. „Г Р А Н И Т“. ЗАКАЗ № 3956.
УРАЛОБЛЛИТ № 8241. ТИРАЖ 1000.