

Фонд В. П. Бирюков  
ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

# УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА  
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ

1929

ДЕКАБРЬ

№

СВЕРДЛОВСК

9



ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1930 ГОД

# „УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

ОРГАН УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЛ. КОМИТЕТА СОЮЗА МЕДСАНТРУД

(ГОД ИЗДАНИЯ ВТОРОЙ).

**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:**  
Величкин В. И. (отв. редактор), 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 Изанов Н. И., д-р Рсзет 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—д-р Кулик С. Ю.
7. Хроника—Секретарь редакции.
8. Официальный отдел—д-р Курдов И. К.

Редактирование статей по специальностям обеспечено участием д-ра Кушелевского Б. П. — (внутренние болезни), д-ра Гаврилова К. П. и проф. Пичугина П. И. — (детские болезни), проф. Кузнецкого Д. П., проф. Шамарина В. К. — (хирургия), д-ра Зякина, К. П., д-ра мед. Онуфриева В. М., проф. Пальмова А. Ф., д-ра Перетц В. Г. — (акушерство и гинекология), проф. Первушина В. П., д-ра Сегалина, проф. Шумкова Г. Е. — (психиатрия и невропатология), д-ра Замуравкина Г. И. и проф. Чистякова П. И. — (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. — (профилактика и профгигиена), инженера Кац А. В. и архитектора Голубева Г. А. — (санитарная техника), К. Ф. Архипова — (бактериология).

Годовая подписная плата — 8 рублей (8 номеров журн.).

Для индивидуальных подписчиков работников участковой сети и студентов-медиков подписная плата — 6 рублей в год.

Подписную плату, с точным указанием своего адреса направлять по след. адресу: редакция „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 не принципиального характера. Предельный размер статьи—15 тыс. знаков. Прилтый к печати материал оплачивается.

Рукописи, не принятые редакцией 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:

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

№ 9

ДЕКАБРЬ 1929 ГОДА

ПЕРВЫЙ ГОДИЗДАНИЯ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1929



# Содержание.

<i>Передовая.</i> К V Областному съезду здравотделов . . . . .	Стр. 3
--	--------

## Организационные вопросы здравоохранения.

<i>Курдов И. К.</i> Обзор деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 году . . . . .	5
<i>Коган Н. И.</i> К вопросу о едином диспансере . . . . .	15
<i>Перетц В. Г.</i> Нужна ли подготовка новых акушеров-гинекологов на Урале . . . . .	18
<i>Карнаухов М. Н.</i> Вопросы борьбы с туберкулезом на Урале в пятилетнем плане (по поводу статей д-ра Величкина В. И.) . . . . .	20
<i>Величкин В. И.</i> По поводу статей д-ра Карнаухова М. Н. о пятилетке . . . . .	26
<i>Серебренников В. С.</i> На очередные темы: Здравотделы и здравоохранение . . . . .	29
<i>Уткин М. С.</i> Готовьтесь к съездовской кампании РОКК . . . . .	35

## Вопросы теоретической и клинической медицины.

<i>Проф. Розентул М. А. и Казаков В. И.</i> Поражения кожи при применении боевых (военных) газов . . . . .	37
<i>Залкан П. М. и Юшков П. Д.</i> Лечение гонорреи триафлавином . . . . .	41
<i>Печеркин А. А.</i> Diplegia facialis, как осложнение антирабических прививок . . . . .	45
<i>Полыковский М. Г. и Контогович С. И.</i> К вопросу об оперативном вмешательстве при опухолях головного мозга . . . . .	48
<i>Городецкий А. А.</i> Значение билирубинемии в практической медицине . . . . .	52
<i>Маляров А. А.</i> Проверка реакций Вейсса, Руссо и Кронбергера для прогноза при туберкулезе легких . . . . .	54

## Профилактика, гигиена, санитария.

<i>Николаева М. Ф.</i> Борьба с корью, как с внутри-больничной инфекцией . . . . .	59
<i>Ляпустин В. А.</i> Методы статистического изучения несчастных случаев в промышленности . . . . .	66
<i>Окулов И. Н.</i> Питьевое водоснабжение и ассенизация разрезов в Асбестовских приисках Свердловского округа . . . . .	73
<i>Юшков П. Д.</i> К вопросу о распространении сифилиса среди башкир . . . . .	75

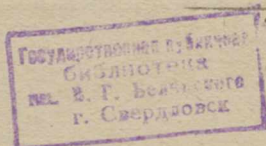
## Труд и быт медработника.

<i>Мельцер Г. В.</i> Опыт экспериментального изучения утомления врачей Центральной Амбулатории (окончание) . . . . .	
--	--

## Обзор медиц. литературы.

### Корреспонденции с мест.

<i>Зархи Г. И.</i> Экспериментальные основы учения о <i>Locis minoris resist.</i> при общей инфекции . . . . .	
<i>Хроника</i> . . . . .	
<i>Официальный отдел</i> . . . . .	





## К V ОБЛАСТНОМУ СЪЕЗДУ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЕЙ

В. И. ВЕЛИЧКИН

В скором времени работники здравоохранения Урала соберутся на свой V областной съезд. Отличительной особенностью предстоящего съезда является то, что он собирается в период широкого практического осуществления реконструкции нашего хозяйства и усиления наступления на фронте классовой борьбы. Эта особенность и должна определить смысл и задачи съезда.

Первым в порядке дня съезда стоит вопрос о состоянии дела здравоохранения на Урале и о его ближайших задачах в реконструктивный период. Надо прямо сказать, что дело здравоохранения у нас сильно отстает от общего темпа нашего хозяйственного и культурного развития. Мы отстаем не только в количественном отношении, в смысле обеспечения рабочих бурно развивающейся уральской промышленности и социалистического сектора сельского хозяйства необходимым количеством учреждений, но и в качественном отношении, в смысле перестройки работы наших аппаратов и учреждений в связи с новыми задачами, новыми потребностями. Мы все еще не гибки, мы все еще оторваны от трудящихся масс, мы все еще не проводим с должной революционной решительностью классовую линию в деле здравоохранения. Нам надо сейчас вспомнить основную черту советской медицины, как медицины, рожденной в огне революции, как медицины пролетарско-классовой. Мы как-бы забыли свое пролетарское происхождение, и наши ограниченные силы и средства сплошь да рядом расходуют «вообще» вместо того, чтобы концентрировать их и направлять почти целиком на основные пункты социалистического строительства. Достаточно указать на наше поистине безобразное отношение к таким важнейшим этапам советской медицины, как пункты первой помощи на предприятиях. Отныне все внимание, все силы, все средства здравоохранения в первую очередь должны быть устремлены на устранение вредных влияний труда и быта передовых борцов на фронте социалистического строительства — промышленных рабочих, сезонников, трудящихся совхозов, и колхозов батраков и бедняцкой части деревни. Каждое наше мероприятие должно прежде всего расцениваться с этой точки зрения.

Тесная связь с производством, развертывание диспансерных методов работы, усиление санитарно-профилактических мероприятий — и все это под углом зрения пролетарско-классовой политики, таким должно быть в основном направление нашей работы.

Мы сейчас же должны реорганизовать нашу систему, силы и методы работы, чтобы получить от всех наших мероприятий максимальный эффект в смысле обслуживания требований, предъявляемых нам реконструктивным периодом, и естественно, чтобы и впредь не отставать от общего темпа социалистического строительства, мы должны сейчас же пересмотреть в свете новых данных и новых задач пятилетний план здравоохранения на Урале, вот почему вопрос о пятилетке и поставлен вторым вопросом на повестке дня предстоящего съезда.

Строя новую жизнь, новую культуру, мы не можем не вести самой решительной борьбы со всеми остатками прошлого, тормозящими ход нашего поступательного движения. Одним из таких «проклятых наследий» прошлого являются эпидемии, все еще уносящие из нашего трудового коллектива на-



прасные жертвы, все еще выводящие из строя строителей социализма тысячи людей, все еще подрывающие наше хозяйство и наши трудовые силы...

На общем фоне старого бескультурья мало кого беспокоила и наша поразительно ничтожная санитарная культура. Но теперь на фоне все ярче и ярче восходящей зари социализма, когда мы уже практически начали ставить вопросы о постройках социалистических городов (Магнитогорск),—наша санитарная отсталость начинает резко бросаться в глаза, и, повидимому, все уже пришли к тому убеждению, что с такой санитарной культурой социализма не построить. Задача под'ема санитарной культуры в уровне с общим ростом страны является также одной из самых боевых наших задач. Вот почему в порядке дня с'езда третьим вопросом стоит санитарное состояние Урала и борьба с эпидемиями. Но само по себе ничего не делается. Всякую работу выполняют люди. Вот почему в связи с грандиозностью стоящих перед нами работ во весь рост поставлен сейчас нашей действительностью вопрос о кадрах. Стоит он и в порядке дня с'езда здраводелов. Сколько нам надо работников и какой квалификации для осуществления мероприятий, намечаемых по пятилетнему плану, где и как их готовить,—вот что конкретно и ясно должен проработать с'езд. Но надо твердо помнить, что одного количества мало. Новая работа требует и новых качеств в работнике. Поэтому вопросы повышения качества работников, вопросы воспитания и перевоспитания кадров качественно отвечающих требованиям строящегося социалистического общества—не менее важны, чем вопросы комплектования. И здесь мы должны будем со всей определенностью заявить, что медицинские работники отныне должны проводить во всей своей работе четкую классовую политику советского здравоохранения. Настал момент, когда нейтральность в классовом вопросе становится вредной, задерживающей процесс нашего развития. Каждый медицинский работник должен взять классовую установку во всей своей работе, должен осознать себя частицей рабочего класса, выполняющего великую историческую задачу—перестройку общественных отношений с низшей на высшую ступень развития, а отсюда сами собою должны встать вопросы поднятия производительности труда, трудовой дисциплины, преимущественное и первоочередное оказание медпомощи трудящемуся населению, борьба с частной практикой и т. п.

Ставя во главу угла нашей деятельности обеспечение медпомощью ведущего класса—пролетариата, мы особенно тщательно должны проработать все вопросы, связанные с обслуживанием застрахованных, почему и стоят на с'езде еще два вопроса: о заболеваемости застрахованных и о врачебной трудовой экспертизе и контроле на Урале.

Для обмена опытом работы мест и помощи местам в их работе предполагается заслушать на с'езде доклады о работе в Челябинском округе (как опытом) с содокладом Щучанского раймедучастка, Ирбитского, Курганского, как сельско-хозяйственных, с значительным количеством коллективных форм хозяйства и Златоустовского, как промышленного.

В целях лучшего освещения состояния дела здравоохранения в области и привлечения к участию в строительстве здравоохранения широких масс трудящихся, без чего невозможно правильное развитие советского здравоохранения, предполагается—в отличие от предыдущих с'ездов—расширить круг участников с'езда представителями рик'ов, окружных отделений МСТ, крупнейших районных страхкасс и крупных фабзавместкомов.

Осознав свои недочеты в работе, перестроив свои ряды с помощью самого рабочего класса, органы здравоохранения и все медработники найдут в себе силы для полного выполнения тех задач, какие поставлены перед ними реконструктивным периодом нашего развития.



# Организ. вопросы здравоохранения

## ОБЗОР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРАЛЕ В 1928 ГОДУ

И. К. КУРДОВ

Рассмотрев в предыдущей статье\*) состояние сети медсанучреждений в Уральской области, переходим к общей характеристике их работы в 1928 календарном году.

Амбулаторная деятельность проходила по трем типам амбулаторий: общих врачебных, специальных врачебных и фельдшерских. Приемы в общих амбулаториях врачебных участков частично производились и фельдшерами, а в некоторых специальных амбулаториях параллельно со специальными встречались и общие врачебные приемы. Во всех амбулаториях области было сделано 7.502,2 тыс. первичных обращений и 14.704,5 тыс. посещений. По сравнению с 27 г. мы имеем рост первичной обращаемости на 5,4 проц. и посещаемости на 7,4 проц. На 1.000 жителей первичных больных приходилось 1.046 (в 27 г. было 1.010), при чем максимум пал на Златоустовский округ 1.527, а минимум на Ишимский 614. Уменьшение первичной обращаемости на 1 тыс. жителей имело место в 4 округах: Тюменском на 18, Златоустовском на 29, Троицком на 108 и Тобольском на 367. (Хотелось бы думать, что столь резкое сокращение обращаемости в двух последних округах зависит от недочетов регистрации и отчетности). В среднем по области на 1 первичного больного приходилось 1,8 посещений, в частности, в окргородах 2,4, в городских поселках 2,2 и в селах 1,6, что, конечно, следует поставить в связь со степенью доступности амбулаторной помощи.

Посещения по отдельным типам амбулаторий и категориям селений изменялись следующим образом:

Амбулатории	Окргорода		Городские поселки		С е л а		По области	
	Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%
Общие врачебные . . .	658419	21,6	3025020	64,8	3710851	53	7394290	50,4
Специальн. врач. . .	2339399	76,9	1195628	25,6	53840	0,8	3588867	24,6
Фельдшерские . . .	45247	1,5	448599	9,6	3227488	46,2	3721334	25
Всего . . .	3043065	100	4669247	100	6992179	100	14704491	100

В окргородах наибольшая посещаемость падала на специальные амбулатории, в районах же на общие врачебные, при чем фельдшерские амбулатории пропустили около 10 проц. всех посещений в городских поселениях и 46 проц. в селах. Половина общего числа посещений (50,8 проц.) сделана у врачей, в частности, в городских поселках этот процент повышается до 65 проц., в окргородах до 93,3 проц., в сельских же местностях снижается до 24 проц.

\*) «Уральск. Мед. Журн.» 1929 г. № 8.



Что касается застрахованных, то в 28 г., согласно предложения Статотдела НКЗ, в графу застрахованных включались только активно-застрахованные и члены их семей без приравненных к ним групп. Поэтому все цифры застрахованных в этом году меньше предыдущих лет и с ними не сразнимы. Посещения активно застрахованных с членами их семей в 28 г. составили 5.535,7 тыс. или 37,6 проц. общего числа посещений; в частности, в окргородах этот процент повысился до 67 проц., городских поселках до 60,2 проц., в селах же равнялся 9,7 проц. Посещения застрахованных в специальных амбулаториях составили 3.588,9 тыс. или 66,8 проц. всех посещений этих амбулаторий, в общеврачебных 2.716 тыс. или 36,7 проц. и в фельдшерских 442,4 тыс. или 8,5 проц. На каждого активно-застрахованного приходилось в среднем по области 4,5 первичных обращений и 10,7 посещений застрахованных с членами их семей.

На пунктах 1-й помощи в предприятиях первичных обращений зарегистрировано 366,5 тыс. с 693,4 тыс. посещений, что соответствует 1,9 посещений на первичное обращение. В связи с ростом медпунктов первичная обращаемость увеличилась на 75 проц., а посещаемость на 58,4 проц., при чем 25,8 проц. общего числа посещений медпунктов приходилось на врачебные приемы.

Организациями помощи на дому и скорой помощи было осмотрено 263,1 т. первичных больных, к которым сделано 489,8 тыс. посещений. Первичные квартирные больные составили 3,5 проц. общего числа первичных заболеваний области, при чем в окргородах процент этот повысился до 10,9 проц., в городских поселках был 3,6 проц., а в селах 1,5 проц. В среднем на больного приходилось 1,5 домашних посещения в окргородах, 1,6 в поселках городского типа и 3,1 в селах. Цифры эти указывают на слабую организацию квартирной помощи по районам и на более тяжелый состав заболеваний квартирных больных в сельских местностях. По сравнению с 27 г. квартирная посещаемость возросла на 3,7 проц., квартирные же посещения врачей на 15 проц., при чем на них падало 44 проц. всех посещений на дому. На тысячу жителей квартирных посещений приходилось по области 65, по г. Свердловску 258, окргородам 176, городским поселкам 143 и в сельских местностях 36. Посещения на дому активно-застрахованных и членов семей без случаев оказания скорой помощи дали 465,3 тыс., что составило 48,7 проц. всех квартирных посещений и на 24 проц. превысило предыдущий год. Если обратиться к окргородам, то здесь на посещения застрахованных пришлось 92,9 проц. всех домашних посещений, в городских поселках 35,9 проц. и в селах 15,3 проц.

Через амбулатории мест лишения свободы прошло 97,9 тыс. первичных больных, сделавших 279,7 т. посещений; на одно первичное заболевание приходилось 2,8 посещения или на 1 посещение больше остального населения. Посещаемость общая возросла за год на 8,1 проц. Посещения врачей составили 36,7 проц.

Число коечных больных с 309,7 тыс. поднялось до 339,7 т. или на 9,7 проц., при чем в больницах общего пользования рост этот выразился 2,8 проц., а в местах заключения 18,4 проц. Число коечных больных на 1.000 жителей по области увеличилось с 43 до 47 и увеличение это наблюдалось во всех округах кроме Троицкого. В 5-ти промышленных округах на 1.000 жителей госпитализировалось 71-97 больных, а в остальных от 22 до 39. Проценты госпитализации и занятости коек по группам населенных мест видны из следующего:

	Окргор.	Гор. пос.	С е л а	По области
% госпитализации . . . . .	10,2	6,5	1,8	4,4
% занятости всех коек . . . . .	90,8	84,1	70,8	84,2
% занятости заразных коек . . . . .	79	74	51	72,7



Процент госпитализации в больницах мест заключения 9,9. Что касается эпидемических болезней, то процент госпитализации тифов, оспы, скарлатины, дифтерии и дизентерии по области поднялся с 27,5 до 35,5.

Смертность в больницах в 28 г. была 3,5 проц. Среднее число проведенных дней на 1 больного снизилось за год с 11,6 до 11,2, при чем в окргородах приходилось на больного 15,4, в селах 9,3 и в городских поселках 8,6 дня. Среднее пребывание на койке больного по отдельным категориям лечучреждений колебалось так: в родильных домах 6,4 дня, в больницах общего пользования 10,3, в местах заключения 18, в туберкулезных больницах 63, в психо-лечебницах 150 дней.

Активно-застрахованные с членами семей составляли 51,9 проц. кожных больных окргородов, 66,2 проц. в больницах городских поселков и 16,4 проц. — в сельских больницах. Общий процент госпитализации этих групп застрахованных 7,2 проц. Если из всего числа стационарных больных выделить застрахованных, то проц. госпитализации прочего населения определится 3,1 проц.; иначе говоря, отбор застрахованных на койки производился в два раза интенсивнее, нежели остального населения.

В зубо врачебных амбулаториях и зубных кабинетах было принято 293,4 т. больных, сделавших 741,7 тыс. посещений, что соответствует 2,5 посещения на первичное обращение. За год число первичных больных возросло на 15,5 проц., а посещений на 10,2 проц. Распределение всех посещений, и в том числе застрахованных по населенным пунктам области, видно из следующей таблицы:

Посещения	Свердловск	Окргорода	Городские поселки	С е л а	По области
На 1 тыс. жителей . .	855	508	313	5	103
Застрахованных на 1000 активно-застрахован.	2161	1154	771	177	978

Посещаемость зубамбулаторий больше всего в обл. и окргородах, слабее в городских поселках и крайне мала в сельских местностях. Активно-застрахованные с членами семей составляли в зубамбулаториях окргородов 70,2 проц, городских поселков 66,7 и в селах 51,6 проц. Зубными врачами всего наложено было 188,2 тыс. пломб, более предыдущего года на 14 проц. Нужно сказать, что чем развитее зубо врачебная сеть, тем зубы меньше удаляются и больше пломбируются. Это видно из следующей таблицы:

	В % к первичным обращениям				
	Свердловск	Окргорода	Город. посел.	С е л а	По области
Наложено пломб . . . .	70,4	67,7	58,4	55,8	64,1
Удалено зубов . . . . .	45,7	59	68,7	91	61,5

В зуботехнических лабораториях изготовлено 11,6 тыс. протезов, более предшествующего года на 1,4 проц. Зубов изготовлено было 94,8 тыс., более 27 г.



на 0,6 проц.; на 1 протез в среднем приходилось 8,1 зуба. Темп роста работы зуботехнических лабораторий чрезвычайно медленный и сильно отстает от развития сети и деятельности зуболечебных кабинетов.

Во всех физиотерапевтических учреждениях и кабинетах, не считая курортов, было отпущено 271,5 тыс. процедур или на 139 проц. более 27 г. На рентгенах число снимков с 11,8 тыс. сократилось до 10,6, а просвечивания возросли с 21,2 до 21,6 тыс. Терапевтические сеансы в рентгеновских кабинетах увеличились с 908 до 3479, или на 283 проц., при чем в некоторых округах проводилась поверхностная терапия, а глубокая применялась только в г. Свердловске. Клинико-диагностических анализов произведено 216,7 тыс. или более на 16,6 проц.; из них 55,8 проц. приходилось на клинические лаборатории, а остальные на санитарно-бактериологические, при чем на ряду с повышением деятельности клинических лабораторий наблюдалось сокращение числа клинико-диагностических анализов в санитарных лабораториях. По месту производства 95 проц. анализов произведены в окргородах, районные же лечучреждения обходились без лабораторного исследования больных. В областной патолого-анатомической лаборатории произведено 117 вскрытий и исследовано 550 объектов, при чем 65 проц. составляют биопсии, которые присылались по преимуществу из Свердловского округа.

Всего по области отпущено рецептов, считая и фельдшерские пункты, 17.675,7 тыс. или на 3,5 проц. больше предыдущего года, при чем 81,9 проц. рецептов выполнено в аптеках при лечучреждениях, а остальные Уралмедторга. В здравотдельских аптеках число рецептов увеличилось на 4,7 проц., а в медторговых сократилось на 1,3 проц. На платные рецепты аптек Уралмедторга приходилось около трети всего их отпуска, а по отношению к общему числу рецептов области они составили 5,8 проц., в частности, по аптекам окргородов 16,1 %, городских поселков 0,5 и сельских местностей 1 проц. Аптеки Уралмедторга своей рецептурой обслуживали по преимуществу население окргородов (54,9 %), в меньшей степени городские поселки (13,5 проц.) и еще меньше сельские местности (2,4 проц.), аптеки же Здравотделов, наоборот, работали почти исключительно на районное население (97 проц.). Принцип бесплатного отпуска лекарств для рабочей и крестьянской массы проводился по всему Уралу; что же касается окргородов, то средний процент платных рецептов здесь равен 16, наибольший в Кургане (27 проц.), Ишиме и Троицке (24).

Среднее число рецептов на 1 посещение мы высчитали по отношению ко всем учреждениям, выписывавшим рецепты, а именно: число рецептов взято за вычетом стационарных и платных, а посещаемость исчислена по амбулаториям, вен и туб-диспансерам и организациям внебольничной помощи. При таком подсчете получилось, что на 1 посещение в среднем по области приходилось 0,87 рецепта (в 27 г. 0,93), а в частности по Свердловску 0,5, по окргородам 0,6, городским поселкам 0,9 и сельским местностям 1,0. Исходя из нормы 0,5—0,7 рецепта на одно посещение, найдем, что этому условию не удовлетворяли из окргородов: Ирбит (1,3), Усолье (1,2), Тобольск (1,2), Ишим (0,8), Кунгур (0,8) и Челябинск (0,8), а из районов не вышли из пределов нормы только Курганский (0,7) и Сарапульский (0,6) округа.

Через тубсанатории прошло 1580 больных, более 27 г. на 41,7 проц., при чем проведено ими 1580 дней, более на 16,9 проц. Детские костно-туберкулезные санатории имели на 56 проц. больше больных, легочные для взрослых на 51,5 проц., а детские легочные пропустили на 17 % меньше. В легочных санаториях для детей на больного в среднем приходилось 41 день, в таких же санаториях для взрослых 46, в костно-туберкулезных 5 мес. Активно-застрахованные с семьями составляли 86,4 проц. в санаториях для взрослых и 56 проц. в детских.

На курортах Урала за летний сезон 28 г. прошло 7165 больных, больше 27 г. на 26,9 проц., при чем половину всех больных составляли амбулаторные.



число которых возросло на 87,5 проц.; стационарные же больные сократились на 3,7 проц. В социальном составе больных произошли следующие изменения: процент рабочих снизился на 4,8%, крестьян на 9,3, что стоит в зависимости с одной стороны от хозрасчетной постановки дела—продажи курортных мест частным лицам, а с другой от расширения амбулаторного пользования курортами. Бальнеологических процедур на курортах было отпущено 101,8 тыс., физиотерапевтических 96,7 тыс., при чем отмечается сокращение физиотерапевтических процедур: в 27 г. на больного в среднем приходилось их 22, а в 28 г. только 13.

В тубдиспансерах принято было 38,7 тыс. больных, сделавших 244,1 т. посещений или 6,3 посещения на 1 больного. Первичная обращаемость возросла на 22,6 проц., посещения на 45,3 проц., а патронажные обследования сестер на 44,3 проц. Из вспомогательных учреждений диагностические отделения пропустили 2021 больных (более на 31 проц.), дневные детсанатории 399 (на 39,5%), ночные санатории для взрослых 1839 (на 29,3 проц.), диетстоловые 531 (на 1,7%). Средняя продолжительность пребывания больных в диагностических отделениях равнялась 15 дням, в ночных санаториях 32 дня, в диетстоловых 31 и дневных детсанаториях 51. На активно-застрахованных с семьями пришлось 75 проц. всех посещений, а во вспомогательных учреждениях 84 проц. койко-дней.

В вендиспансерах принято 73,8 тыс. человек больных и здоровых, сделавших 732,3 тыс. посещений, что составляет в среднем 10 посещений на 1 первичное обращение. Рост первичной обращаемости выразился 21,4 проц., посещаемости 33,4 проц. Больных кожными и мочеполовыми болезнями было принято 34,6 тыс., а венерических 26,2 тыс. Таким образом в работе вендиспансеров преобладают не венерики, отвлекая тем самым врачей от их прямой работы. С другой стороны количество венериков сократилось за год с 42,4 тыс. до 26,2 тыс. или на 38,3 проц. Вне диспансеров обследовано 56,7 тыс., при чем обнаружено 1,9 тыс. венериков или 3,4 проц.; в 27 г. обследования дали 5,8 проц. венериков. Эти цифры подтверждают ослабление распространения венерических болезней среди трудящихся масс. Венотрядами и венпунктами принято 19 т. больных, сделавших 135,5 тыс. посещений.

Обратимся теперь к учреждениям Охматмлада. В постоянных яслях перебывало 5.248 детей, проводивших 191,9 т. дето-дней; в среднем на 1 ребенка приходилось 80 дней пребывания. Число детей возросло на 34,6 проц., а проведенных ими дней на 39,1 проц., хотя количество мест увеличилось на 51 проц. Через временные летние ясли прошло 12,4 тыс. детей, проводивших 387,7 дето-дней; среднее пребывание ребенка 31 день. Число детей возросло на 108 проц., а дето-дней на 144 проц. при общем росте штатных мест в 51 проц. Таким образом во временных яслях увеличение коечного штата было использовано полнее и шире, нежели в постоянных яслях. Распределение детей в яслях по месту расположения последних видно из следующей таблицы:

	% д е т е й		
	Окргорода	Городские поселки	Сельск. мест.
Постоянные ясли . . .	19,8	50,9	29,3
Временные (летние) . .	3,7	8,7	87,6

Постоянные ясли обслуживали по преимуществу городские поселки и села, а временные главным образом сельские местности.



В детских консультациях и в консультационные дни во врачебных участках было принято 70,6 тыс. детей, сделавших 264,9 тыс. посещений или первичных обращений более на 9,2 проц. и посещений на 21,4 проц. В консультациях на 1 первичное обращение приходилось 4,4 посещения, а в консультационные дни в участках 1,6 посещений. Дети застрахованных составляли 85 проц. всех посещений. Молочные кухни при консультациях выдали 1078 тыс. порций молока, на 71 гр. больше 27 г.; патронажные посещения сестер возросли на 8,9 проц. Посещаемость общая и патронажная по селениям видна из следующей таблицы:

Посещения	% посещений		
	Окргорода	Городские поселки	С е л а
Консультационные . . . . .	50,3	36,4	13,3
Патронажные . . . . .	45,8	46,6	7,6

Консультации для беременных и рожениц вместе с участковыми дали советы 90,7 тыс. женщин, более предыдущего года на 29,4 проц.; всего посещений сделалось 188,8 тыс., более на 21,3 проц. Посещения застрахованных и членов семей составили 61,5 проц. Общий вывод таков, что консультационная и патронажная работа мало еще проникла в крестьянские массы.

В домах ребенка и матери и ребенка перебивают 2229 детей и 768 матерей и беременных; сравнительно с 27 г. детей больше на 15,6 проц., а матерей меньше на 8,2 проц. Детми проведено 160,3 тыс. дней, больше на 33,2 проц., а матерями 32,7 тыс., больше на 0,3 проц. Среднее пребывание ребенка 72 дня, матерей и беременных 42,5. Всего в этих домах умерло 567 детей или 25,4 проц., при чем в домах матери и ребенка, где имелась возможность применять частично грудное вскармливание, детская смертность понизилась до 19,2 проц., а в домах ребенка поднялась до 33,7 проц.

Родовспоможений оказано 121,5 тыс. на 62,3 проц. больше 27 года, при чем почти весь этот рост падает не на окргорода, а на районы. Коечное родовспоможение возросло на 92,5 проц., составив 89 проц. общего числа принятых акушерками родов. Родовспоможения на дому составили в окргородах 1 проц., в городских поселках 5,5 проц. и в селах 31 проц. Из общего числа домашних родовспоможений по области приходилось на окргорода 19 проц., на городские поселки 27,6 проц. и на сельские местности 53,4 проц. Отсюда очевидна крайне слабая сеть родильных коек в селах.

Абортными комиссиями рассмотрено 15 тыс. заявлений о производстве абортов, или на 30,4 проц. больше 27 г., но удовлетворено только 11,8 т. или 78,3 проц., при чем по социальному положению 76,4 проц. и по медицинским показаниям 23,6 проц. Отказов получено беременными женщинами на 46 проц. больше предыдущего года. Из получивших разрешение на производство абортов 45,2 проц. были работницы и жены рабочих, 23,9 проц. служащие и жены служащих, 9,6 проц. безработные, остальные 16 проц. падают на учащихся и пр. группы. Хотя число произведенных по разрешению комиссии абортов и больше предыдущего года, однако, около 22 проц. подавших заявления не могли быть удовлетворены за недостатком абортных коек. Искусственные выкидыши, произведенные в большинстве районов области, в наш расчет не вошли, так как там абортных комиссий не было.



По охране здоровья детей всеми участковыми врачами и врачами ОЗД произведено 849,8 тыс. осмотров, более предыдущего года на 34,3 проц. Из них 76,5 проц. были учащиеся, 13,6 проц. дошкольники, 2,8 проц. пионеры, 1,3 рабочие подростки. По месту жительства осмотрено было: в окргородах 26,4%, в городских поселках 29,5 проц., в селах 44,1 проц. Из общего числа в детских профилактических амбулаториях и пунктах ОЗД произведено 50,1 тыс. первичных обследований и сделано детьми 111,5 тыс. посещений. Число лечившихся в профамбулаториях детей составило 13,6 тыс., а сделанные ими посещения 37,3 тыс. Число обследованных амбулаториями детей уменьшилось на 27,6 проц., а леченных возросло в 3 раза. Количество детей в детских дневных санаториях (250) увеличилось на 25 проц., в санплощадках для физически слабых детей (903) на 3,7 проц., в летних санколониях для слабых детей (1635) на 14 проц., в санлагерях для пионеров (765) на 92 проц. Через санколонии для рабочих подростков прошло 569 чел., менее на 7,3 проц., а в областной школе-санатории для детей с невро-психическими аномалиями в Перми училось 98 детей. Общий вывод таков, что деятельность учреждений ОЗД и участковых врачей продолжает развиваться, но охват разными видами оздоровительной помощи детского поколения очень мал вследствие крайне недостаточной сети детских оздоровительных учреждений.

Посещения санитарных выставок возросли с 134,3 тыс. до 165,7 тыс., или на 23,3 проц. Медперсоналом проведено было 29,1 тыс. лекций и бесед, на которых присутствовало 1731,5 тыс. слушателей, или около четверти всего населения Урала. Число лекций и бесед за год увеличилось на 58 проц., а число слушателей на 91 проц. Санитарных постановок и киносеансов проведено 615, более на 59%, а посетило их 110,2 тыс. человек, более на 51 проц. По месту проведения санитарно-просветительной работы селения распределялись следующим образом:

	В п р о ц е н т а х		
	Окргорода	Городские поселки	С е л а
Лекции и беседы . . .	20,6	25,1	54,3
Санпостановки и киносеансы . . . . .	54,8	16,1	29,1

В санитарно-бактериологических институтах и лабораториях произведено 139,6 тыс. различного рода анализов, на 7,4 проц. менее 27 г. Уменьшение относится к клинико-диагностическим анализам (11,4 проц.), санитарные же возросли на 43,4 проц.; несмотря на это санитарные анализы составляли 12,8 проц. общего их числа. В малярийных станциях и отрядах впервые принято 5,9 тыс. больных, сделавших 21,7 тыс. посещений; первичная обращаемость сравнительно с 27 г. сократилась на 27,3 проц., посещаемость же увеличилась на 3,3 проц. Из предохранительных прививок нужно отметить 11,1 тыс. брюшнотифозных и 37,8 тыс. скарлатинных, при чем 65,2 проц. всех прививок было сделано в окргородах, 24,4 проц. в селах и 10,4 проц. в городских поселках. Жилищных дезинфекций произведено 17,7 тыс., на 22,3 проц. более предыдущего года. Из общего числа дезинфекций 52,6 проц. приходилось на окргорода, 29 проц. на городские поселки и 18,4 проц. на сельские местности.

Оспопрививание за последние годы было поставлено ударной задачей всех органов здравоохранения Урала в целях скорейшей ликвидации оспен-



ных заболеваний. Для выполнения этого было сделано в 28 г. 2015,9 тыс. первичных и повторных прививок, которые по селениям распределялись так:

	В п р о ц е н т а х		
	Окргорода	Городские поселки	С е л а
Общее число прививок	12,3	30,3	57,4
Число жителей . . .	11	12	77

Из сравнения данных привитий с количеством жителей видно, что наиболее интенсивно прививки проводились в городских поселках, затем в окргородах и слабее всего в сельских местностях. Что касается распределения прививок на первичные и повторные, то представление об этом можно получить из следующих цифр:

	Н а 1 0 0 0 ж и т е л е й				
	Г. Свердловск	Окргорода	Городские поселки	С е л а	По области
Вакцинация . . . . .	28	80	203	90	102
Ревакцинация . . . . .	215	291	503	117	179

Здесь обращает на себя внимание небольшое число вакцинаций по г. Свердловску и значительное в городских поселениях, что надо поставить в связь с улучшением организации прививок среди рабочих разных предприятий. Надо думать, что в селах остался еще достаточно большой горючий человеческий материал на случай появления оспенной эпидемии, а потому темн прививок в сельских районах в будущем должен быть усилен. Общий рост прививок в 28 г. выразился 84,6 проц., вакцинаций 60,6 проц. и ревакцинаций 70,3 проц. Из вакцинаций 43,4 проц. приходилось на детей до 1 г., а из ревакцинаций 31,5 проц. на учащихся. Проверено было 38,8 проц. вакцинаций и 35,5 проц. ревакцинаций, при чем обнаружено удачных вакцинаций 81,1 проц. и ревакцинаций 45,9 проц., что говорит за не вполне удовлетворительное хранение детрита на местах.

Санитарными и участковыми врачами проведено по области 11,6 тыс. эпидемиологических обследований, из коих 54,4 проц. в окргородах. Санитарных осмотров и обследований санитарной и участковой организациями сделано 187,6 тыс., или более предыдущего года на 51 проц.; в частности, осмотры мест заключения (2,3 тыс.) возросли на 381 проц., по пищевой санитарии (86,6 тыс.) на 31,7 проц., промышленных предприятий и заведений (8,5 тыс.) на 13,4 проц., источников водоснабжения (8489) на 1 проц.; по жилищной же санитарии (38,9 тыс.) наблюдалось уменьшение осмотров на 2,2 проц. По месту производства все осмотры и обследования распределялись так: в окргородах 62,2 проц., в городских поселках 24,6 проц. и в сельских местностях 13,2 проц. Актов по санитарному неблагополучию в порядке административного взыскания со-



оставлено 12,8 тыс., вдвое больше 27 г., и судебных дел возбуждено 402. Работа по изучению и борьбе с профзаболеваемостью выразилась в обследовании 21,9 тыс. рабочих, 164 профессий на 70 предприятиях. За год заполнено 1372 карты профотравлений и профзаболеваний, что дает рост на 125 проц., зависящий, надо думать, от улучшения регистрации, а не от ухудшения условий и обстановки труда.

Судебно-медицинских экспертиз в 28 г. было произведено 47,3 тыс., более на 1,6 проц.; из них исследований трупов наружным осмотром 2,2 тыс., вскрытием 3,2 тыс. и освидетельствований живых лиц 41,8 тыс. Из общего числа экспертиз штатными судебно-медицинскими экспертами произведено 28 проц., при чем исследований мертвых тел наружным осмотром 16,8 проц., вскрытием 55,1 проц., освидетельствований живых лиц 26,2 проц. Таким образом, судебно-медицинская экспертиза продолжает наибольшей своей тяжестью лежать на плечах участковых врачей, а не штатных экспертов, как это следовало бы. Судебные и административные власти чаще обращаются к участковым врачам, нежели это вызывается крайней необходимостью. По месту производства экспертиз 25 проц. падало на окргорода, 32,2 проц. на городские поселки и 42,8 проц. на села. В областной судебно-медицинской лаборатории число объектов, подвергнутых анализам (1089), возросло на 54,6 проц., при чем 76 проц. объектов прошло через судебно-химическое отделение и 23 проц. через судебно-медицинское. Врачебно-экспертными комиссиями осмотрено 36,5 тыс., из коих 55,8 проц. застрахованных и 6,3 проц. инвалидов войны. Общее число освидетельствований по сравнению с предыдущим годом увеличилось на 15,2 проц., застрахованных на 16,5 проц., а инвалидов войны сократилось на 26,4 проц. Нетрудоспособными признано 86 проц., при чем по первой категории 4,6 проц., второй 29,6 проц., третьей 44,2 проц., четвертой 16,5 проц., пятой 2 проц. и по шестой 2,8 проц. Три четверти инвалидов составляли инвалиды второй и третьей групп.

Областной протезной мастерской изготовлено было 1888 изделий, в том числе 581 искусственных ног, 59 рук, 116 корсетов, 595 мелких изделий (бандажей, костылей и пр.), 246 ортопедической обуви, 77 ортопедических аппаратов и 214 ремонтов протезов. По сравнению с 27 г. общее число изделий увеличилось на 31,4 проц., а в частности производство крупных изделий возросло на 14,2 проц., мелких на 77 проц., ортопедической обуви на 19,4 проц., ремонт протезов на 47,5 проц. Изделия мастерской в 67,4 проц. обслужили инвалидов труда и в 32,6 проц. инвалидов войны. Мастерская удовлетворила всем запросам округов Урала и в состоянии расширить свою продукцию, если бы это потребовалось.

В заключение остановимся на показателях заразной заболеваемости и движения населения. Остро-заразные эпидемические заболевания на 10 тыс. населения области по сравнению с 27 г. дали следующие изменения: интенсивность заболеваемости скарлатиной (16,3 на 10 тыс.) и дифтерией (3,4 на 10 тыс.) оставалась без перемены. Усилилась заболеваемость гриппом с 495 до 680 на 10 тыс., корью с 44 до 61,9 и коклюшем с 33 до 49,4. Остальные эпидемические болезни дали снижение: дизентерия с 34 до 12,8 на 10 тыс. жителей, брюшной тиф с 14,6 до 10,5, натуральная оспа с 4,1 до 1,8, сыпной тиф с 3,1 до 2,4, возвратный тиф с 0,9 до 0,3 и неопределенный с 4,7 до 4,1.

Из заразных не-эпидемических болезней перемен не наблюдалось в малярии (119 на 10 тыс.) и сибирской язве (0,1). Сокращение дали: легочный туберкулез со 179 до 150 на 10 тыс., цынга с 12,2 до 4,5, трахома с 96 до 89, сифилис с 52 до 45,3 гоноррея с 85 до 82,7, туберкулез прочих органов с 64 до 62,4. Повышения интенсивности в этой группе заболеваний ни одна болезнь не дала. Нужно заметить, что при туберкулезе, трахоме, а отчасти и сифилисе не-



редко регистрируются как новые заболевания повторные больные прежних лет, а потому отчетный материал округов не однороден, и делать из него определенные выводы нужно с большой осторожностью.

Рождаемость по области на 1 тыс. жителей, хотя и уменьшилась в 28 году, но незначительно, а именно с 52,5 до 52,3, смертность же пала более резко—с 32,6 до 25,4. Благодаря таким изменениям естественный прирост населения на 1 тыс. жителей повысился с 19,9 до 26,9. Смертность детей до 1 года, составлявшая в 27 году 34,8 проц. к родившимся, снизилась до 24,8 проц. в 28 г., а процент детской смертности к общей спустился с 55,7 проц. до 51 проц.

Таким образом, 1928 год как в отношении интенсивности заразных болезней, так и по естественному движению населения нужно признать весьма благоприятным, и наблюдавшийся во всех лечебно-профилактических учреждениях рост обращаемости больных следует поставить в связи с большей доступностью медицинской помощи населению и большей полнотой обслуживания больных сетью лечебных учреждений.

Из настоящего краткого обзора деятельности леч-сан-профучреждений Уралобласти напрашиваются следующие общие пожелания:

1. Охват врачебной помощью амбулаторных посещений в городках и поселках на 65 проц. и сельских местностей на 24 проц. нужно признать низким и требующим повышения во всех районах. В амбулаторных мест заключения фельдшерская помощь должна быть заменена врачебной, а там, где последняя имеется, приняты меры к повышению врачебной помощи.

2. В районах оказание квартирной помощи, а также и специальной врачебной стоит на невысоком уровне и требует принятия плановых мер к повышению в ближайшем будущем.

3. В зуботехнических лабораториях протезирование сильно отстает от роста обращаемости в зубкабинеты для устранения чего необходимо повысить их продукцию. Чрезмерно малый размер зубоврачебной помощи в сельских местностях настоятельно требует расширения ее в первое же пятилетие.

4. Считая совершенно недопустимым уменьшение процента госпитализации амбулаторных больных в районных больницах, округа должны своевременно принимать меры к соответственному расширению коечного лечения.

5. В отношении больных тифами, оспой, скарлатиной, дифтерией и отчасти дизентерией нужно обеспечить врачебные участки средствами для исчерпывающей их госпитализации в постоянных или временных заразных бараках.

Каждая районная больница должна получить микроскоп и необходимое для производства текущих клинико-диагностических анализов оборудование.

7. Все округа, в которых среднее число рецептов на одно посещение превышает 0,7, должны выработать ряд мер к снижению числа рецептов.

8. Социальный состав больных на курортах Урала должен быть изменен в направлении повышения процента рабочих и крестьян; вместе с тем необходимо расширить применение физиотерапевтических процедур.

9. Вендиспансеры следует освободить от лечения кожных и мочеполовых заболеваний, открывая в общих амбулаториях специальные приемы по этим болезням. С другой стороны, требуется расширить обследовательскую их работу.

10. Для удовлетворения запросов населения на производство выкидышей необходимо увеличение сети абортных коек в больницах и пропагандирование медперсоналом применения противозачаточных средств.

11. В детпрофамбулаториях и пунктах ОЗД нужно добиваться сокращения числа лечащихся детей, направляя их на специальные детские приемы, которые должны быть установлены в общих или специальных амбулаториях.



12. Санбакинституты и санлаборатории необходимо постепенно освобождать от текущих клинико-диагностических анализов путем расширения сети клинических лабораторий в лечучреждениях.

13. Одной из очередных задач районов области является увеличение числа жилищных дезинфекций при заразных заболеваниях в сельских местностях.

14. Все лечсанпрофучреждения в годовых своих отчетах должны давать сведения о своей деятельности по обслуживанию отдельных профессиональных и социальных группировок (рабочих наиболее крупных промышленных предприятий, лесозаготовок, колхозов, совхозов и пр.), отмечая более подробно работу по проведению диспансеризации лечебного дела.

15. Ликвидация паразитарных тифов и натуральной оспы в ближайшие годы должна быть поставлена ударной задачей санитарной и лечебной организаций Уралобласти.

## К ВОПРОСУ ОБ ЕДИНОМ ДИСПАНСЕРЕ

Н. КСГАН

Строительство советской медицины началось с организации об'единения в едином ведомстве разрозненных в царской России отраслей медицины: земской, городской, фабричной, военной и пр. Разветвление здравоохранения по отдельным общественным организациям и ведомствам соответствовало интересам классов, стоявших у власти в дореволюционной России, и здравоохранение строилось согласно этим интересам. С переходом политической власти в стране в руки пролетариата, осуществляющего ее в союзе с трудовыми элементами крестьянства, такое разветвление здравоохранения потеряло свой смысл. Был провозглашен лозунг единой медицины, соответствовавший интересам господствующего отныне класса. «Единая советская медицина есть ни что иное, как часть проявления определенного типа государственности, организуемой на основе диктатуры пролетариата»,—такое определение советской медицине дал тов. З. П. Соловьев.

Но одного только организационного об'единения всего дела здравоохранения в едином ведомстве совершенно недостаточно. Этому об'единению должно соответствовать и об'единение оперативной работы. Необходимость в нем чувствовалась уже давно. Уже около 3-х лет тому назад Москва первая вступила на путь «диспансеризации» и введением единого санитарного журнала, организацией некоторой связи в работе отдельных видов медико-санитарных учреждений и т. д. положила начало об'единению оперативной работы. Следующим этапом в этом направлении явилась организация так называемых «амбулаторных об'единений», «диспансерных об'единений» и т. д. Но все эти мероприятия полностью себя не оправдали. И до сих пор учреждения различных типов работают каждое «за свой страх» без какой-бы то ни было увязки между собой. Даже учреждения, тесная связь которых в работе совершенно обязательна, на деле совсем между собой не увязаны. Так, например, совершенно не увязана работа консультаций для женщин с родильными отделениями, тубдиспансерами и т. д. Система «обменных карточек» не оправдала себя. Такая самостоятельность и неувязка в работе отдельных отраслей медицины наблюдается не только между отдельными учреждениями. Даже внутри учреждения отдельные специальные отделения работают без увязки с соседними отделениями. Неизбежное при развитии медицинской науки развитие специализации еще больше углубляет эту оторванность отдельных отраслей здравоохранения. Прав Каутский, говоря, что врач часто «видит в человеке уже только горло, ухо, матку,—словом, отдельный орган, к которому совершенно ненужно придан человек». До сих пор еще суще-



ствуется официальное разделение медицины на «профилактическую» и «лечебную», болезней на «социальные» и «несоциальные» и т. д.

Мы много говорили о «профилактизации», о «профилактическом пропитывании» лечебной медицины, но «воз и ныне там». Виноваты-ли в этом только косность и консерватизм врачей-лечебников? Часть вины лежит на них, но только часть. Само организационное построение, при котором лечебные учреждения совершенно оторваны от профилактических, при котором профилактическая работа ведется «где-то там в стороне», являясь привилегией других учреждений и других работников,—силой вещей, несмотря на все красивые слова о «профилактизации», ведет к замыканию лечебников в старые дореволюционные рамки работы. И эту существующую в жизни оторванность лечебной медицины некоторые хотят возвести в принцип! Тезисы т. т. Сысина и Мунблита (см. «Вопросы здравоохранения», № 16-17 за 1929 г.) прямо противопоставляют санитарное дело, охрану материнства, младенчества и детства, борьбу с эпидемическими заболеваниями и «социальными болезнями» — «огромной области всех остальных заболеваний, отличительной чертой которых является или неясность, неразработанность их этиологии, а, следовательно, и массовых мер борьбы с ними (не считая лечения), или неопределенное отношение их к здоровью всего коллектива (т. е. более индивидуальный и обособленный тип их распространения и развития)». Авторы так прямо и говорят о «самостоятельной со своими совершенно определенными задачами и методами (курсив наш) отрасли здравоохранения — санитарном деле».

Верно ли такое противопоставление санитарного (и вообще профилактического) дела лечебному? Отвечает ли диспансерный метод лечения только сущности эпидемических и так наз. «социальных болезней», как это пытаются утверждать авторы тезисов? Не правильное ли определение всякой болезни, как «результата известных взаимоотношений между организмом и средой»? Правильно ли утверждение З. П. Соловьева о том, что «нет 2-х областей медицины, раздельно понимаемых, нет 2-х областей, между которыми проводится резкая грань?» Вот вопросы, требующие ответа в связи с проблемой единого диспансера.

Нам представляется, что на первые два вопроса мы должны дать отрицательный ответ, так же, как на последние два — положительный. Если мы допустим существование болезней, возникновение, течение и исход которых не зависели бы от окружающей организм среды, тогда мы должны будем признать законность существования совершенно обособленной, самостоятельной лечебной медицины, а на ряду с ней и самостоятельной медицины профилактической. Но такое представление о сущности болезни (хотя-бы некоторых отдельных видов болезней) является ненаучным, метафизическим. Один из крупнейших клиницистов проф. Остроумов так определял задачи лечащего врача: «при диагнозе найти связь изменений организма с условиями среды, его окружающей... Патологические изменения данного организма зависят от таких условий среды, которые он не мог уравнивать в силу несоответствия требований среды силам организма. Прогноз имеет целью определить, при каких условиях среды и организма и насколько данный индивидуум может вернуть равновесие своим отправлениям. В терапии мы даем эти новые условия, чтобы проверить наши заключения».

Выполнение этих задач для лечащих врачей возможно только в том случае, если они будут знакомы с условиями жизни своих больных, если они будут держать тесную связь с организациями трудящихся, если они будут подходить к заболеванию не только со стороны данного заболевшего органа, а рассматривать его в общей связи со всем состоянием организма больного, условий его труда и быта. Только тогда врач правильно подойдет к лечению больного, когда он

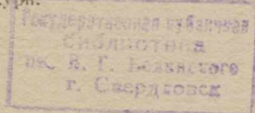


будет рассматривать явления «в их связи, в их сплетении, в их движении, возникновении и уничтожении». А такой подход к больному крайне затруднен существующими в настоящее время организационными формами медицинского дела: больному в лучшем случае приходится «гонять» из одного учреждения в другое — из тубдиспансера в рентгеновский кабинет, оттуда к хирургу, затем в кабинет по изучению профзаболеваемости и т. д. В худшем случае больной сам, без ведома остальных врачей, обошел все учреждения, которые он считал нужным, при чем «износь» и рядом бывает так, что как раз необходимых для него учреждений больной не посетил, а обратился туда, где по роду заболевания он мог бы и не быть. Кроме того, одни учреждения не знают результатов исследования других и т. д.

Нужно создать такую обстановку, при которой врач легко мог бы связаться при осмотре больного с врачами других специальностей, при которой результаты всех исследований не будут пропадать, а находиться в едином санитарном журнале, при которой не будет траты сил на ненужную, а иногда и параллельную работу над больным. Такая обстановка создастся организацией единого диспансера. Являясь учреждением, объединяющим в себе поликлинику со всеми видами профилактических учреждений (вен- и туб-диспансеры, нарко- и нехондиспансеры, консультации, детпрофамбулатории, кабинеты профзаболеваемости и т. д. и т. п.) и имеющим ряд вспомогательных учреждений, единый диспансер не только облегчит больному пользование ими, но значительно «оздоровит» работу поликлиники, привьет ей ту «профилактизацию» работы, о которой мы так долго и так тщетно говорим.

Леч-проф-учреждения, как правило, не занимаются под'итоживанием своей работы, не занимаются изучением в обслуживаемом ими районе заболеваемости вообще и отдельных ее видов, в частности, между тем, такое изучение совершенно необходимо: оно может дать ценный материал для планирования дальнейшей работы учреждения, для рационализаторской работы в нем, а, следовательно, и для улучшения борьбы с этой заболеваемостью. В едином диспансере с объединенной регистрацией и статистикой такое изучение заболеваемости, изучение результатов работы учреждения значительно облегчается.

Большим дефектом в работе наших учреждений является обследовательская их работа. Штаты сестер-обследовательниц имеются и в тубдиспансерах и в вендиспансерах, и в консультациях и т. д. Все они ведут свою работу без всякой согласованности между собой, продвигая часто параллельную работу, дублируя ее. Еще в 1927 году 2-е областное санитарно-профилактическое совещание Уральской области в постановлении о борьбе с детским туберкулезом говорит: «работу по борьбе с детским туберкулезом ведут кроме тубдиспансеров и-отделы охраны материнства и младенчества и и-отделы охраны здоровья детей. Все эти организации (вернее, их учреждения. Н. К.) ведут эту работу без взаимного согласования, без общего плана и, главное, без единообразного метода»... И дальше резолюция намечает ряд практических мероприятий, среди которых есть: «совместное наблюдение за туберкулезом беременных», «объединение работ сестер социальной помощи и патронажных сестер консультации» и т. д. Это постановление не выполнено до сих пор, и можно с уверенностью сказать, что причиной этого в большой мере являлась организационная разобщенность учреждений. Несомненно, что одна и та же сестра не может с одинаковым успехом выполнять обязанности патронажной сестры консультации и сестры-обследовательницы тубдиспансера, но объединение их работы в особом бюро в едином диспансере значительно улучшит эту работу. Единые диспансеры поведут к более равномерному распределению отдельных видов оказания лечебно-профилактической помощи. В настоящее время даже в более или менее крупных пунктах не имеется всех видов профилактических учреждений. Так, например, в таком рабочем центре, как Кизел, при наличии вновь выстроенной поликлиники, нет вендис-





пансера. При организации же единых диспансеров будут предусмотрены все главные виды медико-санитарной помощи. Организация единого диспансера дело новое и, несомненно, будет нуждаться еще в уточнениях, изменениях и т. д. своих организационных форм; опыт работы в этих учреждениях укажет на многие дефекты. Для нас в настоящее время важен только принцип такого организационного объединения разных отраслей здравоохранения и в первую очередь профилактической и лечебной медицины. Остальное—дело дальнейшей работы.

Можно уже сейчас предсказать некоторые отрицательные стороны единых диспансеров. К таким отрицательным сторонам, по нашему мнению, нужно отнести легкую возможность внутренней инфекции (особенно детской). Кроме того, если внутри единого диспансера так наз. профилактические учреждения будут оздоравлиюще влиять на поликлинику, то последняя, в свою очередь, может оказывать плохое влияние своими устарелыми, чисто «лечебными» методами работы. Но все это «утрается» в процессе самой работы. Идея же единого диспансера, на наш взгляд—идея здоровая.

Мы считаем необходимым оговориться. Единый диспансер мы представляем себе в виде объединения разных видов диспансеров, поликлиники, вспомогательных учреждений и т. п. Это происходит путем объединения регистрации, введения единого санитарного журнала, объединения обследовательской и патронажной работы при обязательном максимальном сохранении специфических особенностей каждого из объединяемых учреждений. Попытки обезличивания учреждений, превращения их из диспансеров, консультаций и пр. в кабинеты по приему туберкулезных, венерических больных, грудных детей и т. п. явятся, на наш взгляд, не более высокой организационной формой, а шагом (даже несколькими шагами) назад по сравнению с ныне существующим.

Мы считаем, что строительство новых учреждений на Урале должно производиться по типу единого диспансера.

## ОЩУЩАЕТСЯ ЛИ В УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ НЕДОСТАТОК В АКУШЕРАХ ГИНЕКОЛОГАХ?

(В порядке обсуждения).

Д-р В. Г. ПЕРЕТИ

Казалось бы совершенно странным ставить такой вопрос после того, как Уралоблздравотдел испытывает затруднения при назначении врачей, окончивших специальный годичный стаж при Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте. Это обстоятельство—отсутствие спроса из округов на специалистов акушеров-гинекологов объясняет, между прочим, и необъявление облздравотделом на 1930 г. интернатуры по указанной специальности. Ответ таким образом ясен: недостатка в акушерах-гинекологах в Уралобласти не ощущается. Однако, по нашему мнению, это не так.

Ряд больных, нуждающихся в срочной помощи, направляемых в Свердловский Акушерско-Гинекологический Институт не только из округа, но и из области прежде всего указывает на ненормальность в этом отношении. Оставшая в стороне перечень всех случаев (которые мы систематически и не фиксировали), я приведу только некоторые из них, имевшие место в 1929 году. Ночью из районной больницы с поездом привозят больную, направленную участковым врачом для срочной операции по поводу внематочной беременности. Состояние настолько тяжелое (по телефонному сообщению дежурной фельдшерницы при ж. д. покое ст. Свердловск,—больная совершенно обескров-



лена, пульс 140-150 в минуту, слабого наполнения), что больную с вокзала до Гинекологического Института (около 3-х верст) доставляют пешком на носилках. Срочная операция—разрыв трубы: брюшная полость переполнена как сгустками, так и свежей, жидкой кровью. Выздоровление.

На днях мы оперировали больную, срочно к нам направленную врачом из районной больницы другого округа, также с диагнозом свежей внематочной беременности. Действительно, оказался разрыв трубы с весьма обильным кровоизлиянием. Мне известен ряд внематочных беременностей в районных больницах Свердловского округа, которые врач не рисковал эвакуировать, не рисковал и оперировать. Одна из таких неоперированных больных, в дальнейшем прослеженная нами в течение нескольких месяцев, лечилась от последующего воспалительного процесса, и по-сейчас еще не вполне здорова.

Мы знаем, как за последние годы действительно участились внематочные беременности и в городе и в деревне; совершенно естественно поэтому, что в каждой районной больнице должен быть врач, могущий при необходимости оперировать подобные случаи. И вот, в том районе, где врач не имеет достаточной для этого техники, он подчас старается ее приобрести, практикуясь на чревосечениях, делаемых с целью прерывания беременности с последующей стерилизацией. Ненормальность такого положения была отмечена и в Уральском Медицинском Обществе в прениях по докладу «о прерывании беременности с последующей стерилизацией в условиях участковой больницы», зачитанному одним из врачей участка. Действительно, нельзя оправдать широкое применение операций, уничтожающих материнство, продельваемых иногда для приобретения техники, необходимой для производства операций, сохраняющих материнство. Путь подготовки должен быть здесь иной.

Не менее серьезно обстоит дело с участвовавшими за последние годы раковыми поражениями половой сферы; достаточно сказать, что за 5 последних лет только одних оперированных раков матки в Свердловском Гинекологическом Институте было 160. Однако, не меньшее число составляли и «неоперабельные» раки. Известно, какое огромное значение в прогностическом отношении имеет раннее распознавание рака матки; и, если борьба с раковыми заболеваниями в будущем сведется, повидимому, к профилактике, то в настоящее время единственный правильный путь—ранняя диагностика рака. Однако, к сожалению, многие случаи, принимавшиеся вначале за обычные эрозии, присылались к нам для оперативного пособия после длительного, но безрезультатного лечения на местах и оказывались не только неоперабельными, но и инокурабельными.

Участковые врачи Свердловского округа (отчасти и других округов), вероятно, хорошо знают, как трудно попасть на койку в гинекологическое отделение в Свердловске. Вполне понятно: 35 штатных коек, фактически 33, а летом, во время ремонта, 10-12 коек обслуживали колоссально быстро развивающийся город и отчасти округ с областью. Теперь, с переходом Акушерско-Гинекологического Института в Горздравотдел, обслуживание районных и иноокружных больных будет лишь в исключительных случаях, каждый раз с особого разрешения Горздрава. Спрашивается, можно ли отказать в приеме на операцию больной, если она фактически не имеет возможности подвергнуться таковой у себя в районе за отсутствием хирурга-гинеколога. Нам известны районы в Свердловском округе, где производится решительно все гинекологические операции, и оттуда мы больных никогда не получаем; районы, где крупные гинекологические операции совершенно не производятся, наводняющие нас хирургическими случаями, наконец, районы, где врачи хоть и делают операции, однако, в силу отсутствия у них предварительной специальной подготовки с недостаточной четкостью (так, например, по сообщению одного участ-



кового врача, операция брюшностеночного удаления матки продолжалась у них 6 (1) часов).

Конечно, открывающийся в самом близком будущем Физиотерапевтический Институт с его гинекологическим стационаром и мощной амбулаторно-лечебной пропускной способностью в значительной степени обслужит количество подлежащих консервативному лечению гинекологических больных; значительно ослабит кризис гинекологических коек, и открывающееся, примерно, через год-полтора новое акушерско-гинекологическое отделение на 150 коек,—однако, все это не дает выхода, ибо спрос на специальную квалифицированную помощь растет и в городе Свердловске, растет и будет расти и в других городах, округах и районах области. Вот почему в вопросах подготовки врачей-специалистов не надо забывать о подготовке акушеров-гинекологов, и для них, с нашей точки зрения, должна быть объявлена интернатурса с этого-же года. Мы полагаем, что 4-месячный специальный стаж при гинекологическом отделении в Свердловске даст в практическом отношении значительно больше, чем командировка в центр на курсы усовершенствования. По крайней мере, один из участковых врачей, проработавший у нас таким образом в течение 4-х месяцев, вернулся в свой участок, и с тех пор присылка из его района гинекологических больных является неключительной редкостью.

Целый ряд врачей, годичных стажеров, проработавших у нас полагающиеся в гинекологическом отделении 4 месяца, успевали за это время проделать по несколько раз все типичные гинекологические операции, включительно до полной экстирпации матки по Вергейму и приобрели в указанной специальности познания, достаточные для начала самостоятельной работы на участке.

В заключение я должен сказать, что я совершенно далек от мысли упрекнуть в недостаточной квалификации участковых врачей. Если мы, имеющие возможность постоянно совершенствоваться в известной специальности, сплошь и рядом ошибаемся, то такие ошибки тем более простительны участковому врачу, не имеющему такой возможности. Я имел лишь в виду обратить внимание на то, что во многих районах Уралобласти недостаточно правильно поставлена гинекологическая помощь, и что отсутствие спроса на врачей-гинекологов объясняется, по-моему, не насыщенностью районов врачами этой специальности, а простым недоразумением. И, если-бы Уралобздрав готовил не специалистов-гинекологов, а участковых врачей с акушерско-гинекологическим уклоном,—спрос на них был бы огромный.

## БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РАЗРЕЗЕ ПЯТИЛЕТКИ

(К вопросу о пересмотре перспективного плана Уральского здравоохранения\*).

Д-р КАРНАУХОВ М. И.

Беру на себя смелость утверждать, что план здравоохранения, несмотря на то, что мы вступаем во второй год пятилетки как в целом, так особенно в части отдельных проблем окружных и районных, не прошел еще через огонь рабочей критики и, повидимому, даже основная масса медработников не втянута в его обсуждение. Достаточно указать, что почти полгода прошло с момента опубликования статьи т. Величкина и ни один Окрздрав, ни один профессор Пермского Медфака, ни один врач не высказались по поводу здравоохранения т. н. Большого Урала.

\*) Д-р Величкин Б. И. «К вопросу о пятилетнем плане Уральского Здравоохранения». Ур. Мед. Журнал. № 4—6.



Повидимому, Облздраву и Союзу необходимо еще и еще раз приложить все усилия к тому, чтобы основные установки и новые проектировки стали достоянием широкой массы медработников, а через них—широчайшей массы трудящихся. Для данной цели необходимо вызвать периферию к всестороннему обсуждению плана на страницах «Ур. М. Ж», тем более, что не исключена возможность пересмотра плана в целом \*), желателен издать популярную брошюру о пятилетке, чаще ставить проблемы пятилетия на союзных собраниях, конференциях, в научных ассоциациях и т. п., помещая резолюции и отчеты в «Ур. М. Ж.». От масс мы вправе ждать выявления недостатков плана, критики узких мест и неувязок в проектировках, особенно в районном разрезе, выпрямления классовой линии, и, самое важное, новой волны творческой активности рабочего класса и трудящихся деревни для выполнения заданий по социально-культурному строительству на Урале. Мы не сомневаемся, что «У. М. Ж.» всегда найдет место для предложений по рационализации медико-санитарного дела.

После этих общих замечаний перейдем к рассмотрению интересующего нас вопроса борьбы с туберкулезом на Урале. Урал до настоящего времени, несмотря на снижение общей смертности, занимает в РСФСР третье место по смертности от бугорчатки, как это видно из прилагаемой таблицы:

И з в е с т и я	Смертн. от тбк на 10000 жителей	% к общей смертности
1. Вятская губерния . . . . .	32,7	14,4
2. Д. В. . . . .	29,8	19,4
3. У р а л . . . . .	29,0	12,3
4. Ленинградская область (без Ленингр.) .	23,6	12,0
5. Нижне-Волжский район . . . . .	22,8	10,3
6. Ленинград . . . . .	21,6	15,0
7. Западный район . . . . .	19,7	12,7
8. Ц. П. О. (без Москвы) . . . . .	19,3	11,0
9. М о с к в а . . . . .	14,9	10,9

Обладая столь высоким показателем туберкулезной смертности, Уральская область слабо вооружена против этого социального врага. Два эти явления—количество тубкоек и число смертей от тбк—относительно не случайно поставлены нами: как увидим ниже, есть основание утверждать, что, благодаря малому количеству тбк коек, смертность на Урале продолжает оставаться высокой. Наоборот, где тбк коек больше, там и смертность ниже. Мы не берем Москвы с ее густой лечебно-профилактической сетью, но возьмем Ц.П.О., где имеется 37,6 процента общего числа диспансеров и 54 проц. общего числа вспомогательных коек, и где смертность от тбк стоит на предпоследнем месте таблицы. В то же время Урал имеет 10 проц. общего числа диспансеров, к тому же почти не оборудованных койками. Всего в 182 диспансерах РСФСР имеется 5.102 койки (без столовых). Из этого числа на г. Москву приходится 28,7 проц., а на всю Уральскую

\*) См. «Уральский Рабочий» № 258 (4155) 12/XI--1929 г., статья «Делегация рабочих Урала требует пересмотра областной пятилетки».



область 508 коек, или не свыше 10 проц. Еще хуже обстоит дело с тбк стационарами; здесь Уральская область стоит на последнем месте, имея 4,8 проц. из всех тубкоек местного значения.

Какой же темп подтягивания Урала в борьбе с тбк намечается Облздравом? Количество тубдиспансеров к концу пятилетия возрастает на 60 проц., коек во вспомогательных учреждениях при них на 50,8 проц., и санкоек на 39,9 проц. Такой темп роста и количественно и качественно меньше сдвигов, намечаемых НКЗ, тогда как и его план не может быть признан оптимальным. По наметке НКЗ \*) в пятилетие в среднем количество тубдиспансеров возрастает на 62 проц. и в то же время отстающим областям темп дан значительно больший, например, Вятскому району 140 проц., Ц.П.О. 100 проц., Средне-Волжскому 70 проц., Ленинградской области 70 проц., Н.-Волжской 69 проц. и т. д. Не выдержана установка Уральского плана и на подтягивание вспомогательных коек. «Рост вспомогательных учреждений при диспансерах, пишет НКЗ, взят большим, чем самих диспансеров с таким расчетом, чтобы все диспансеры имели вспомогательные койки (диспансеры 62 проц., койки 71 проц.)». В нашем же плане соотношение обратное: диспансеров 60 проц., коек 50,8 проц. Темп роста санаторных коек по НКЗ 40 проц. почти совпадает с Уральской проектировкой 39,9 проц. Таким образом, проектировка Облздрава требует коррекции: во-первых, в связи с резким изменением общих темпов в промышленном строительстве и происшедшим за это время могучим сдвигом деревни в сторону коллективного хозяйства; во-вторых, в связи со значительным расхождением уральских требований с намечаемыми НКЗ темпами, и, в третьих, со стороны методологии планового построения тубсети.

Автор уральского проекта здравоохранения в потребности тубкоек для Урала исходит из заболеваемости по области и в этом кроется слабое место проекта. Заболеваемость, как известно, понимается нами условно: учитываются только те случаи, которые стали известны врачу, и таким образом наши ссылки на таблицы и цифры лечебных учреждений следует рассматривать, как учет обращаемости населения по поводу тбк. Вполне понятно, что при недостатках нашей сети в количественном, а иногда и в качественном отношении, за медпомощью обращаются далеко не все больные и особенно это верно в отношении тбк больных, у которых начало болезни зачастую суб'ективно не распознается, а об'ективно поддается определению лишь в обстановке специальных квалифицированных учреждений. Поэтому надо считать действительную заболеваемость тбк значительно выше той, на которую ссылается автор перспективного плана. Например, за 1926 год на 10.000 населения Уралобласти зарегистрировано 165 больных тбк, в то же время по данным тубсекции НКЗ туберкулезная заболеваемость в городах и промышленных пунктах колеблется от 200 до 500 на 10.000 населения. В частности, Свердловский показательный тубдиспансер исчислил среднюю заболеваемость за пять лет в 360 на 10.000, без А<sup>1</sup> и практически здоровых. Несмотря на тенденцию к понижению тбк смертности, начиная с 1924 г. на Урале отмечается нарастание обнаруженных тбк больных\*). Одним словом, установка исключительно на заболеваемость не может служить достаточно твердым основанием к построению нормальной тубсети. Придерживаясь этой установки, мы рискуем вызвать к жизни новую армию бойцов на противотуберкулезном фронте, не вооружив ее достаточно мощным коечным аппаратом, этим плацдармом по изоляции и лечению тбк больных. В то же время кривая тбк смертности при современном состоянии знаний является основным и наиболее изученным масштабом, определяющим степень напряжения и характер распро-

\*) См. тезисы по пятилетнему перспективному плану здравоохранения РСФСР.

\*\*) См. „Состояние дела здравоохранения в Уральской области за 1926 г.“, стр. 40.



странения тбк: болезненности населения. Американцы в течение последних лет изучали распространение тбк в г. Фрэммингаме и выработали стандарты, которые служат в настоящее время во всем мире критериями при организации противотуберкулезного дела. Фрэммингамский опыт показал, что на каждый годичный смертный случай от туберкулеза необходимо от 1 до 2 коек. Например, Свердловску, где за последние 10 лет умирает в среднем по 300 человек от всех форм туберкулеза, требуется не менее 300 госпитальных тубкоек. В С.А.С.Ш. расчет ведется исключительно на санаторные койки, у нас же должны быть приняты во внимание койки вспомогательных учреждений тубдиспансеров и койки тубстационаров, больничные и санаторные.

Чтобы установить Уральскую потребность в тубкойках, мы за фактическую потребность (100 проц.) приняли смертность от тбк по области в 1926 г. 10.809 человек. Подсчитав все койки вспомогательных учреждений тубдиспансеров, койки участковых ночных санаториев Свердловского округа, госпитальные койки туботделений и туббольниц и, наконец, санаторные койки, независимо от ведомственной их принадлежности, мы получили всего 1.533 койки, или 14,2 проц. от фактической потребности Урала. Иными словами, Уралу в 1926 году не доставало 9.276 тубкоек, т. е. дефицит тубсети выразился в 86 проц. коечного аппарата для изоляции открытых форм и лечения активных тбк больных. Перспективное увеличение тубкоек Облздравом намечено до 1.938 коек и, если предположить, что Уралстрахкасса увеличит свои санатории до 300 коек, то к концу пятилетия мы не будем иметь и половины нормальной тубсети (2238 коек или 20,5 проц.). Нет нужды доказывать, что в перспективном плане здравоохранения лимит финансирования является определяющим как для проектируемых количественных, так и качественных сдвигов и автор проекта, втиснутый в Прокрустово ложе контрольных цифр, принужден был остановиться на удовлетворении вопиющего минимума. Но после заявления т. Семашко Уральской делегации можно ожидать реального расширения лимитов в области здравоохранения и коренного пересмотра перспективного плана.

Достаточно вспомнить основные выводы американских статистиков, по которым тбк смертность тем выше, чем ниже отношение количества тубкоек к числу смертных случаев, и что самая низкая смертность в Японии и Америке, где число коек равно, а местами даже больше числа смертных случаев, чтобы представить, как благотворно скажется на сохранении и увеличении нашей энергетической силы один только этот момент увеличения количества тубкоек. Но для построения нормальной тубсети необходимо учесть еще тбк болезненность по данным местных диспансеров, данные роста населения, состояние тубсети, строительство новых заводов и обслуживание совхозов и особенно сельских районов сплошной коллективизации. Спешим оговориться, что план Облздрава не только составлен с учетом местных нужд, но и в части тубучреждений запроектирован из вполне конкретных учреждений и, очевидно, лишь экономия места не позволила д-ру Величкину В. И. приложить, так сказать, титульный список противотуберкулезных учреждений с детальным указанием места, названия и цели, на чем так настаивает тубсекция НКЗ. Конечно, проговорить специальное подразделение коек как во вспомогательных учреждениях тубдиспансеров, так и тубстационарах необходимо, так-как многие Окргдравы еще не усвоили азбучной истины, по которой борьбу с тбк надо начинать с раннего детского возраста. На Урале нет тбк отделения для грудного возраста и лишь в одном Свердловском показательном диспансере ведется амбулаторный прием грудного возраста. В таких крупных окружных центрах, как Челябинск, Златоуст, Троицк нет отдельных детских приемов и не существует детских дневных санаториев. Кожные тбк больные, как правило, не состоят на диспансерном учете; горловые отделения имеются только в двух диспансерах г. Свердловска. Не лучше обстоит дело с туб-



стационарами: во всей области не существует, например, больничного отделения для тбк детей, нет санаториев для взрослых костных больных и т. д.

Для детальной проработки вопроса весьма полезны штандарты тубсекции НКЗ. По подсчету Е. Г. Мунблита \*) из всех тбк больных на долю взрослых приходится 70 проц. на долю детей до 16 лет 30 проц. По формам тбк заболеваемости у взрослых на легочный тбк падает 75 проц., костного тбк 7 проц., тбк лимфатических желез 14 проц., тбк прочих органов 4 проц. Из детского тбк на долю локализованного легочного тбк приходится 11 проц., костного 11 проц., остальные же 68 проц. падают на нелокализованный и железистый детский тбк. Итак, наибольшее количество больных приходится на легочный тбк взрослых, но из этой массы больных около 30 проц. подлежит амбулаторному наблюдению (компенсированные  $A_{1-2}$ ) и первая стадия субкомпенсированных (В). Немногим более 20 проц. (21, 8 проц.) нуждаются в коечном лечении, но и здесь о госпитальном лечении можно говорить лишь в случаях декомпенсации С (3,3 проц.), а формы субкомпенсированные  $B_2-B_3$  чаще распределяются между санаториями (не менее <sup>1</sup> всех случаев) и даже при не тяжелой интоксикации, а особенно при А между вспомогательными учреждениями диспансеров. В августовской книжке «Вопр. Туб.» д-ром В. Н. Розановым приведены интересные расчеты выраженного тбк на 10.000 по данным показательного тубдиспансера НКЗ. Для наших уральских условий эти данные не могут претендовать на штандарт, но самый ход рассуждений при расчетах в полной мере приложим и к Уралу. Исходя из условной группы «выраженный тбк», куда автор относит диагнозы  $A$ ,  $B_{1-3}$  и  $C_{1-3}$  и группы  $A_2$ , которую он определяет для Москвы в 111,4 на 10.000, д-р Розанов получил следующие показатели:

«1. В лечении во вспомогательных учреждениях нуждаются: 50 проц. больных группы А (56 чел.) + 20 проц. «выраженного тбк» (35 чел.) + 20 проц. нелокализованного детского тбк (49 чел.) всего 140 чел. Срок лечения два месяца. Потребное число коек  $140 : 6 = 23$  койки на 10.000 населения.

2. В лечении в санаториях нуждаются: 50 проц. группы «выраженный тбк» (88 чел.), 75 проц. локализованного тбк у детей (15 чел.), всего 103 чел. Срок лечения 3 мес., потребное число коек 26 на 10.000 населения.

3. В больничном лечении нуждаются 30 проц. группы «выраженный тбк» (52 чел.) + 25 проц. локализованный тбк у детей (5 чел.), всего 57 чел. Срок лечения 2 м-ца. Потребное число коек 9,5 на 10.000 населения».

Исходя из указанного штандарта, Свердловску в конце первой пятилетки было бы необходимо иметь 460 коек во вспомогательных учреждениях, 520 санаторных коек и 190 больничных, всего 1.170 коек. Очевидно, что о таком темпе роста реально можно говорить за пределами ближайшего пятилетия, а потому, ориентируясь на вышеуказанное соотношение коек к смертным случаям как 1:1, нужно рекомендовать Окргздравам при плановом развертывании тубсети учесть коэффициенты тубсекции НКЗ, стремясь в последующем дать не менее 3 коек на 1.000 населения крупно-промышленных фабрично-заводских поселений и отнюдь не ниже 1,5 для прочих промышленных и городских поселений. Для стационарных тубучреждений условным коэффициентом выдвигается 1 койка на 1.000 городского населения в промышленных округах и не менее 0,5 : 1.000 в сельских с учетом отсутствия на Урале туббольниц для детей.

В отношении роста диспансерной сети незыблемыми следует считать следующие положения: а) в Свердловске, Перми, Челябинске и Тагиле, помимо районных диспансеров, необходимо обеспечить существование по 1 диспансеру повышенного столичного типа, с количеством врачей не менее 10 и сестер социальной помощи из расчета 1 : 10.000 населения с мощно развернутой сетью вспомога-

\*) См. «В. Т.», том IV, № 2, 1926 г.



тельных учреждений, что необходимо предусмотреть при новом строительстве; б) во всех прочих окружных городах и в промышленных поселениях, имеющих не менее 10.000, организовать нормальные диспансеры с 5-ю врачами и, наконец, в) запроектированные НКЗ 25 тубпунктов с количеством не менее 2-х врачей при них и 4-х сестер социальной помощи разбросать по районам сплошной коллективизации и крупнейшим совхозам и колхозам.

Ни в Наркомздравском, ни в Облздравском перспективных планах не отражена жилищная проблема в области борьбы с тбк. В то же время циркуляр 1928 г. НКЗ и НКВД поставил конкретно эту проблему перед Край, Об-Губисполкомами, рекомендуя на основе постановления ВЦИК'а и СНК от 29-I—24 г. обеспечить тбк больных соответствующей жилищной площадью как из старого фонда, так и во вновь строящихся домах и рабочих поселках. Одним из первых откликнулся на это постановление Донбасс\*), где Луганский горсовет внес 100 тысяч и профсоюзы 30 тысяч на постройку специальных домов для тбк больных. Еще дальше пошел СНК Узбекистана, выделив по 10 проц. из существующего и вновь строящегося жилищного фонда. Облздраву необходимо учесть опыт Донбаса и Узбекистана и конкретно выдвинуть проблему строительства специальных домов для тбк больных и в первую очередь на Магнитогорске, и затем на всех строящихся рабочих поселках металлургических, химических и др. уральских гигантов, а равно и в городах, за счет промышленности, но под контролем органов здравоохранения. В данном вопросе мы достаточно вооружены научно-проверенными стандартами. Так, например, чтобы полностью изолировать тбк бацилловыделителей, каждого в отдельную комнату, как предписывает закон, нам следует взять формулу Браунинг'а, с поправкой на уральскую действительность и мы получим 50 бацилловыделителей на 10.000 населения, т. е. не менее 150 изолированных с отдельными балконами комнат для тбк больных в Магнитогорске при 30.000 населения. С учетом норм тубсекции НКЗ можно углубить этот вопрос и в сторону обеспечения активных тбк больных несколько расширенной жилищной площадью.

Наконец, последний вопрос, на который мы хотели бы обратить внимание планирующих органов, это вопрос о кадрах. Представитель Госплана РСФСР тов. Донской в специальной статье\*\*), и д-р Величкин В. И. независимо друг от друга констатировали, что потребность в квалифицированных кадрах балансируется с большими напряжениями. Авторы не исключают даже дефицита для некоторых групп. Особенно, прибавим мы от себя, для врачей туберкулезников; однако, этот важный вопрос не нашел своего отражения в плане. Рассчитывать на получение врачей туберкулезников извне не приходится, так как во всем Союзе ощущается острый недостаток фтизиатров, а поэтому вопрос о подготовке кадров на Урале—вопрос сегодняшнего дня. В настоящее время трудно назвать промышленную область, где бы не было тубинститута, или он не строился бы. Цель организации областных научных центров профилактики и патологии туберкулеза не ограничивается исключительно подготовкой и научно-практическим усовершенствованием кадров, что могли бы взять на себя и медфаки, а выходит далеко за пределы учебной работы, по праву занимая место краевых исследовательских институтов, этих коллекторов и рассенвателей новых идей и рационализаторских методов борьбы с социальными болезнями.

В конечном итоге борьба с тбк не ограничивается сетью противотуберкулезных учреждений и за институтами будет широкое поприще научно-практической работы. Например, до сего времени мы не можем добиться у НКЗ прививок ВС Г, а наличие научно-исследовательского института разрешило бы положительно эту неотложную задачу. Уральским планом запроектирован институт социальной ги-

\*) См. «В. Т.», том VII, № 8, 29 г.

\*\*) «К пятилетнему перспективному плану здравоохранения в РСФСР», В. С. М., № 11—12—29 г.



гигиены, но вряд ли будет целесообразно иметь в области раздробленную цепь ответственных по идее учреждений. Кроме того, трудно сказать, какое из звеньев этой цепи заслуживает первенства. Даже Москва переходит сейчас на путь организационного синтеза исследовательских институтов. Так, в лице вновь возникшего института социальных болезней на Божедомке мы видим первый опыт увязать работу туб., вен и наркодиспансеров. В этом мы не видим противоречия, а, наоборот, исходя из современного синтетического направления советской медицины, мы все более убеждаемся в необходимости объединения под единым знаменем социальной гигиены институтов по патологии и профилактике социальных болезней, где ведущая роль остается за социально-гигиеническим сектором, а клинические, экспериментальные отделения, туб., вен и наркодиспансеры являются частью целой системы. По нашему мнению, такое слияние не менее жизненно и не менее необходимо Уралу уже в первую пятилетку, чем имеющее сейчас место создание института гигиены, патологии, охраны и научной организации труда.

В следующей статье мы постараемся поставить на обсуждение план уральской туберкулезной сети с приближением к районному разрезу.

---

### ПО ПОВОДУ СТАТЬИ Д-РА КАРНАУХОВА М. Н. О ПЯТИЛЕТКЕ В. И. ВЕЛИЧКИН.

Прежде всего приветствую появление статьи М. Н. Карнаухова о пятилетнем плане здравоохранения на Урале, как первое выступление в «У.М.Ж.» по столь важному вопросу. Я совершенно согласен с д-ром Карнауховым, что пятилетка здравоохранения не прошла еще через огонь рабочей самокритики, что масса медработников еще не втянута в ее обсуждение, что деятельность здравооделов и союзов МСТ в этом отношении слаба и вполне присоединяюсь к тем пожеланиям, которые высказывает автор статьи в части исправления указанных недостатков.

Теперь несколько отдельных замечаний. Т. Карнаухов упрекает Окрздравы, профессоров и врачей в том, что они не высказались по поводу здравоохранения так наз. Большого Урала. Присоединяясь к упреку по поводу молчания по имеющейся пятилетке, не могу присоединиться к упреку о молчании по поводу Большого Урала, так как проблема таковая в своей основной, хозяйственной части еще только разрабатывается, а потому, не зная новых наметок хозяйственного развития Урала, мы, естественно, еще не можем высказываться и в части здравоохранения. Имеющийся же у нас план не был рассчитан на Большой Урал, так как во время его составления проблема Большого Урала еще не была поставлена.

Крупным дефектом имеющейся пятилетки является то, что она была составлена лишь в областном масштабе, что несомненно затруднило проработку плана в отдельных звеньях здравоохранения. В настоящее время, как раз в связи с проблемой Большого Урала, Облздравотдел приступает к коренному пересмотру имеющейся и опубликованной пятилетки в сторону ее значительного расширения, при чем на этот раз имеется в виду довести составление плана вплоть до районного разреза, что должно в значительной мере способствовать широкому участию масс в конкретной проработке намечаемых мероприятий. Об издании популярной брошюры о пятилетке в 29-30 г. Облздравотделом уже подписан договор с Госиздатом. Что касается У.М.Ж., то безусловно будет предоставлена полная возможность т. т. высказаться на его страницах по вопросам рационализации дела здравоохранения вообще и по пятилетке в частности.

Из статьи д-ра Карнаухова можно вывести заключение, что имеющийся вариант областной пятилетки был составлен в узко ведомственном порядке. Но



это не так. Помимо того, что отдельные главы плана тщательно прорабатывались (было 7 заседаний) в рабочей группе Уралплана, куда входили представители профессиональных и страховых организаций, пятилетний план был обсужден: на IV Областном съезде здраводелов, на президиуме обл. Комитета Союза МСТ, на пленуме обл. бюро врачесекции, на Областной конференции врачей, в Урал-профсовете, на плановом совещании при НКЗ, на общегородском собрании медработников Свердловска, в Уральском Научно-Медицинском Обществе и т. д. Кроме того, для проработки отдельных разделов плана Областным Бюро врачесекции было привлечено до 50 врачей. Все это я здесь указываю для того, чтобы т. т. были более осведомлены о том, как составлена была пятилетка облздравом и учли бы то обстоятельство, что, если при составлении областной пятилетки привлекались значительные группы медработников и ряд других организаций, то при составлении окружных и особенно районных пятилеток в еще большей степени возможно широкое участие трудящихся масс. Единственно в чем, по справедливости, можно упрекнуть облздравотдел и что должно быть исправлено при составлении нового плана, это отсутствие постановления доклада о пятилетке непосредственно на производстве, на рабочих собраниях.

Что касается замечаний д-ра Карнаухова по особенно интересующему его вопросу о туберкулезе, то здесь я должен сказать следующее. Показатель туберкулезной смертности на Урале высок, это верно, хотя по данным облздравом он несколько ниже, чем по таблице, приводимой в статье д-ра Карнаухова, а именно: не 29,0, а 24,0 на 10.000 жителей. Но нельзя согласиться с автором когда он говорит, что «благодаря малому количеству тбк коек смертность на Урале продолжает оставаться высокой». Что количество коек имеет значение, это бесспорно, но неправильно объяснять высокую смертность от тбк исключительно наличием того или иного количества тбк коек. Ведь кроме наличия коек имеется еще ряд других факторов, ставящих Урал по смертности от тбк на третье место: здесь играют большую роль условия труда и быта, культурный уровень населения, слабость развития медпомощи вообще, климатические условия и т. п. Я не хочу ссылок на другие факторы умалять значение тбк коек: быть-может, наличие других неблагоприятных факторов должно привести к заключению об увеличении количества коек на Урале по сравнению с другими районами, это все так; но я только отмечаю принципиальную неправильность такой постановки вопроса, ибо она затеняет значение других методов борьбы с туберкулезом, кроме коечной помощи. Американцы, дотошный народ, и многое мы у них должны перенять, но отнюдь не все и не без разбора. И если американским булгаузиным ученым свойственно не придавать значения социально-гигиеническим факторам, то нам это ни в коей мере не пристало и в этих вопросах мы должны мыслить и работать вполне самостоятельно.

Вполне правильно замечание д-ра Карнаухова относительно слабого темпа развития противотуберкулезных мероприятий в пятилетке. Но, как заявляет сам автор, мы были уложены «в Прокрустово ложе» финансовых лимитов; к этому еще надо добавить лимит медперсонала. Вот чем, главным образом, и обусловлена недостаточность развертывания мероприятий по борьбе с тбк, как и по другим отраслям здравоохранения.

Что заболеваемость, регистрируемая статистикой, понимается условно, это истина, против которой я возражать не могу так же, как и против того положения, что, например, Волга впадает в Каспийское море. И истина эта была известна составителям плана: но я смею думать, что и показатель смертности (хотя бы и американский) также является относительным показателем, так как смертность среди туберкулезных больных отнюдь не является величиной постоянной, а изменяется в ту или другую сторону в зависимости от условий жизни больных. Я, разумеется, не возражаю против учета помимо заболеваемости и



смертности от тбк, т. к., чем больше данных мы учтем, тем ближе подойдем к истине, но вряд ли это будет иметь существенное практическое значение, ибо мы еще очень и очень далеки от удовлетворения норм, исчисленных по относительной заболеваемости и несомненно не сможем наметить их выполнение даже при проектировании плана обслуживания медпомощью Большого Урала, несмотря на то, что норма госпитализации была взята нами очень жесткая, а заболеваемость—по минимальным показателям.

Далее д-р Карнаухов бросает упрек составителям плана в том, что «не выдержана установка Уральского плана на подтягивание вспомогательных коек» согласно директивы НКЗ. Но, увы, т. Карнаухов, сам НКЗ не выполнил своей директивы в еще большей степени, чем Облздрав. Вы упрекаете нас в том, что соотношение 30 диспансеров к 1.000 койкам вспомогательных учреждений (к 1932-33 г.) мало, но НКЗ принял для Урала и санкционировал в Госплане 35 диспансеров и 900 вспомогательных коек. И это понятно, так-как стоимость вспомогательной койки высокая (строительство, содержание), а финансовый лимит жесткий, и естественно было думать, что развернуть сравнительно недорого стоящие первичные диспансеры с тем, чтобы во вторую пятилетку дополнить их вспомогательными учреждениями лучше, чем, «выдержав установку» в процентных соотношениях, лишить население до 10 диспансеров, хотя-бы и бескоечных. В связи с этим я должен остановиться и еще на одном замечании автора. «Мы рискуем—говорит он—вызвать к жизни новую армию бойцов на противотуберкулезном фронте, не вооружив ее достаточно мощным коечным аппаратом». А мы это не считаем риском и думаем, что чем больше будет активности масс в деле борьбы с туберкулезом, тем лучше, но если мы центр тяжести борьбы перенесем на койки, тогда уж наверняка будем рисковать успехом всего дела. Арсенал вооружений против тбк отнюдь не должен содержать только койки, в особенной ценности которых, кстати сказать, сомневаются даже некоторые крупные борцы на противотуберкулезном фронте не только у нас, но и на Западе. Давно сказано, тов. Карнаухов, что риск—благородное дело, особенно, добавим от себя, когда речь идет о пробуждении творческой деятельности масс.

Коэффициенты и нормы, приводимые д-ром Карнауховым, безусловно имеют теоретический интерес и ими надо воспользоваться при пересоставлении пятилетки, хотя строить по ним пятилетку даже и Большого Урала все-же будет невозможно, так-как они мало реальны. По отношению-же к критикуемой автором пятилетке они совершенно не реальны. В самом деле, имея общую коечность на селе к 1932-33 г. 0,6 : 1.000 жителей, нельзя-же проектировать только тбк коек 0,5 : 1.000 жителей. А как-же быть с заразными, родильными и прочими койками? На все 0,1? Вполне понятны и законны претензии д-ра Карнаухова на большее развитие туберкулезной сети так же, как будут понятны и законны претензии всех товарищей, работающих в других специальных отраслях медицинского дела. Но еще Кузьма Прутков сказал, что специалист подобен флюсу, ибо полнота его односторонняя. Несмотря на бурный рост нашего хозяйства, и в частности дела здравоохранения за последние 10 лет, нужда все еще огромна. Это показывает, какое жалкое наследство получили мы от старой, дореволюционной России. И мы все силы должны направить для ускорения темпа строительства, но, строя, необходимо соблюдать известные пропорции в отдельных частях, иначе постройка может выйти не годной. Так и с нашим планом. Мы видели и видим нужду в противотуберкулезных мероприятиях, но разве меньшая нужда стучится в двери ОЗД, ОММ, пункты первой помощи на предприятиях, санитарное дело и т. д. Финансовые лимиты, лимиты медперсонала плюс соблюдение пропорции в отдельных частях—вот то, чего не могли перейти составители плана.



В отношении «незыблемости» положений о мощных тубдиспансерах в крупнейших городах и о сети тубдиспансеров вообще надо сказать, что положения эти уже сильно поколеблены жизнью и при пересоставлении плана нам, вероятно, придется уже вовсе отказаться от проектировки тубдиспансеров, а надо будет предусмотреть мероприятия, обеспечивающие ведение борьбы с туберкулезом в системе единых диспансеров. Это новая, трудная, важная и интересная задача, над которой следует потрудиться всем врачам, занимающимся туберкулезом.

Что касается вопросов о кадрах и о жилищной проблеме, то здесь я вполне присоединяюсь к тому, что сказано д-ром Карнауховым. И последнее, на чем следует остановиться, это вопрос о тубинституте на Урале. Д-р Карнаухов возражает против намечаемого планом Института социальной гигиены и в то же время положительно ссылается на опыт Москвы, которая «переходит сейчас на путь организационного синтеза исследовательских институтов», и говорит, что вряд ли будет целесообразным иметь в области раздробленную цепь родственных по идее учреждений. Точно из таких-же соображений исходил Облздрав, считая, что вместо сети отдельных институтов: тубинститута, венерического института, института по ОЗД, по ОММ и т. д. необходимо иметь один мощный институт социальной гигиены, в состав которого и войдут все важнейшие отделы социальной гигиены, а в том числе и изучение туберкулеза и борьба с ним. Здесь у нас разногласий нет, здесь есть только недопонимание роли и значения института социальной гигиены со стороны автора статьи. Уже в 1930 году Облздравотдел приступает к организации одной из составных частей И-та Соц. Гиг.—И-та ОММ.

## НА ОЧЕРЕДНЫЕ ТЕМЫ

### ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗАДРАВООХРАНЕНИЕ

В. С. СЕРЕБРЕННИКОВ

Здравоохранение—проблема сложная и ответственная в любой обстановке и в любой наиболее спокойный период времени. Здравоохранение периода ускорения социалистического строительства, периода полной реконструкции народно-хозяйственной жизни приобретает еще большее значение. Интенсификация производственных процессов, возрастающее значение машины как в промышленности, так и в сельском хозяйстве, концентрация рабочих кадров в районах расширяемых и новых производств, укрупнение и обобществление крестьянских хозяйств, строительство новых населенных пунктов, этой материальной базы коллективного быта,—все это ставит ряд новых специальных задач перед здравоохранением как в части организации чисто медицинского обслуживания населения, так и в части осуществления социально-гигиенического и санитарного контроля над разнообразными участками советского строительства. Наши практические задачи—задачи ближайших лет—«догнать и перегнать» передовые страны капитализма—должны быть и будут разрешены нами. Но здесь в этом вопросе максимального развития производительных сил Союза наряду с проблемой крупных вложений, обеспечивающих перенесение на советские фабрики наиболее совершенной технической базы Запада и Америки, наряду с освоением иностранного технического опыта, огромное значение приобретает состояние живой рабочей силы: ее физические силы, общий уровень здоровья, общие бытовые условия, в которых формируются рабочие кадры и обеспечивается восстановление запаса сил, интенсивно расходуемых на производстве. Теснейшее взаимодействие между темпами индустриализации и темпами социально-культурного строительства, осуществляемого в основном органами народного образования и здравоохранения, не требует никаких доказательств, и прав Крижжа-



повский, говоря, что «в переходный период мы не имеем еще знака равенства между заграничной аппаратурой и тем человеком, который стоит около этой аппаратуры, и в результате в наших расчетах эффективности реконструкции мы получаем уравнивание со многими неизвестными. Решить это уравнивание может только быстрый массовый культурный подъем»). Было бы упрощением полагать, что новый человек может быть создан в результате развития лишь общей и технической грамотности, культурно-воспитательной и массовой политико-просветительной работы. «Забота о жизни и здоровье трудящихся явится одной из самых основных задач рабочего класса при разрешении всех задач социалистического строительства уже в самом ближайшем будущем. Затраты в этом направлении будут не менее производительными, чем во всех других областях народного хозяйства (Л. Сабсович «Города будущего и организация социалистического быта»). Эта оценка наших ближайших задач, сделанная плановиком-экономистом, выводит здравоохранение из категории организаций «потребительского» порядка и придает ему характер одного из основных факторов, активно участвующих в строительстве и определяющих собой степень хозяйственных успехов. Другими словами, вложения в здравоохранение — не неизбежные накладные расходы, издержки производства, а вложение в основной капитал народного хозяйства.

Недоверчивые люди вправе спросить, так ли это на самом деле? Не переоценка ли здесь своих «прав и привилегий» органами здравоохранения? Ответить нетрудно: ряд вопросов специальной медицинской и социально-гигиенической компетенции поставлен в последнее время перед органами здравоохранения. Нас спрашивают, какие принципы должны быть положены в основу организации социалистического нового быта, какие нормы питания практически нужно и можно ввести для коммун и колхозов, как сочетать дешевизну постройки с ее высоким санитарным качеством, что надо сделать, чтобы понизить изнашиваемость руководящих кадров, что практически можно сделать для снижения болезненности застрахованного населения. Консультации этой и по ряду других не менее важных вопросов ждут от нас и хозяйственники, и профессиональные, и директивные партийные и советские органы. Консультации ждут конкретной, практической, сочетающей в себе научную подготовку и практическое знакомство с местными условиями. Консультация эта должна быть обеспечена, ибо эффективность расходования крупнейших средств не может не вытекать из социально-гигиенической оценки новых мероприятий.

Кто должен ответить на эти вопросы? Надежд на Наркомздрав, на научные институты центра возлагать не следует. Многие из особенностей уральской экономики и из характерных отличий бытового уклада на расстоянии не доучитываются. Самообслуживание — хороший принцип и в научно-практической деятельности. Урал должен иметь свой институт социальной гигиены, эту важнейшую предпосылку правильной организации производственного и бытового комплекса. Его организация не лишает социально-гигиенических функций аппараты здравоохранения: Окрздравы и Областной Здравоотдел должны занять то положение, которое им предоставляется сейчас, но без коренного изменения условий работы аппарата и ломки его рабочих методов задача эта трудно осуществима: аппараты здравоохранения слабы и количественно и качественно. Они заняты работой не плановой, а текущей, их специальное назначение отодвинуто на задний план текущим администрированием; они еще не перестраивают на новых социально-гигиенических основах хозяйственно-бытовой уклад. Разговоры «в общем и целом» утратили свою действенность, общая постановка вопроса «о пользе народного здоровья» хорошо известна каждому, а конкретизировать вопрос, доказать убедительно и экономически обосновать мероприятие аппарату

\*) Кржижановский. — «Социалистическая реконструкция и культурное строительство».



часто не под силу. Ему часто некогда и не под силу дать отчетливую характеристику всех отрицательных последствий недооценки санитарных требований и требований здравоохранения в целом. На постановку вопроса по катехизису: «сеп. пунктом 5 санитарных правил воспрещено» хозорганы, а иногда и горсоветы и рыки не менее лаконически отвечают: «хотя законом и воспрещено, но по объективным условиям разрешается». Примеров не так уж мало. Мотовилихинский райсовет дважды через милицию снимает печати, наложенные санитарным врачом на очаги антисанитарии в обстановке очередной осенней вспышки брюшного тифа. Свердловский горсовет принимает решение организовать общественные столовые в подвальных этажах. Строится школа «нормальной» емкостью на 1.400 детей без достаточного учета эпидемиологических соображений. Идя по линии наименьшего сопротивления, горкомхозы в застройке тяготеют к свободным площадям, мало считаясь с их основным назначением служить резервуаром воздуха для больших городов. Бюджет занимает у органов здравоохранения более половины рабочего времени, но «коэффициент полезного действия» этой работы еще недостаточен. Лишь более крепкий и более влиятельный областной аппарат активно изменяет лимиты, форсируя развитие здравоохранения и обеспечивая некоторое перераспределение средств в соответствии с их целевым назначением и принципиальными установками. В большинстве же округов и районов нужды здравоохранения учитываются лишь постольку, поскольку позволяет бюджет, поскольку новые объекты, расходы по другим направлениям местной работы не получают в глазах бюджетной комиссии большого веса и значения и большей рентабельности. Выражаясь фигурально, бюджетный отпуск и фактические нужды находятся в видимом противоречии: мы подбираем не штаны на мальчика, а мальчика к штанам, и при всем том этот костюм становится нестерпимо узким уже во 2-м и 3-м квартале хозяйственного года. Руководство текущее и плановое, к сожалению, носит часто *планово-текущий* характер: Наркомздрав издает циркуляр, Облздрав перепечатывает с примечаниями нового редактора, Окргздрав более или менее спешно перепечатывает и «спускает» к сведению и руководству. Наркомздрав запрашивает. Облздрав, не имея сведений, запрашивает. Окргздрав обнаруживает, что этих сведений нет и у него и запрашивает дальше. К концу второго месяца Облздрав получает половину ответов из округов и в половине случаев воздерживается от ответа НКЗ за разношерстностью и неопределенностью полученных данных. Облздрав и Окргздравы заняты и другой работой, они делают доклады во всевозможных организациях. Редко это бывает на массовых собраниях, чаще один аппарат заслушивает другой. При этом в ряде случаев эти доклады носят «исторический» характер: резолюции обобщающего характера подписываются неукоснительно «к делу», представляя в дальнейшем интерес для представителей нового направления в археологии—всевозможных комиссий по обследованию и расселению. Интересная деталь—отчетные данные носят сугубо ориентировочный характер и заведомо не «свежи», так как объем статистических работ ведомственного порядка невелик и не учитывает совершенно ряда фактов здравоохранения в социально-классовом разрезе, а статистические данные поступают с мест с большим запозданием. Отсюда планы и рассуждения вынужденно носят иногда характер заведомо «приблизительный», гипотетический, умозрительный. Аппарат загроможден повседневной текущей работой, специалисты сидят на справках для приходящих больных, затрачивая иногда по часу, по полтора на одного травматика, инвалида или просто человека, ничего не имеющего против получения некоторой денежной помощи. Рационализация в ряде мест, порученная канцеляристам, пошла в основном по пути канцелярекой целесообразности,—специалист превратился в делопроизводителя и терпеливо пишет: «На Ваш № Окргздрав сообщает», а делопроизводитель инспектирует выполнение срочных заданий, постановку хранения бумаг, ожидаю-



щих исполнения и неукоснительно блюдет за правильным движением бумажного потока и отсутствием бюрократизма и волокиты. Увы, канцелярское благополучие не имеет знака равенства с действительным выполнением возложенных на основную группу работников аппарата—его специалистов—задач. Вместо инженеров-экономистов в области здравоохранения, регулирующих вопросы общественного здоровья, за столами специалистов появляются старшие делопроизводители-столоначальники с учрежденческим кругозором. Отсюда и социалистическое соревнование избирает простейшие формальные показатели: экономия бумаги, скорость обращения бумаги, регулярный приход-уход. Слов нет,—имеет и это значение, но за бумагой дела все-же не видно.

Частая смена администраторов в лечебных учреждениях, не всегда достаточно осуществляемый принцип единоначалия в управлении лечучреждений ведут к тому, что работники аппарата обычно втягиваются в вопросы текущего администрирования ближайших к аппарату лечучреждений. Отказ от разрешения хозяйственных вопросов по учреждению, по сути дела составляющих компетенцию заведующего последним—может привести к отрицательным результатам. Другая крайность—внимательная опека над низовыми учреждениями мгновенно понижает сознание личной ответственности низового администратора, и он готов каждый день «согласовывать» с здравотделом всякую мелочь внутрибольничной жизни. Время есть время, и когда оно тратится на одно, его не хватает на другое. Колесо вертится, день полон забот и тревог, большое дело не делается как надо, за всеми мелочами не уследить. Волна конфликтов в лечучреждениях между персоналом, между персоналом и больными докатывается до здравотдела. Теряются дорогие рабочие дни на разбирательство этих конфликтов; с мест идут новые и новые сообщения о беспорядках в лечучреждениях, о недостатках медицинской помощи, работники здравотделов спешно штопают открывающиеся прорехи, но на заплатках далеко не уедешь, а синтетическое изучение состояния здравоохранения в округе, санитарного состояния его, перспектив развития дела здравоохранения и санитарного благоустройства округа—ускользает от органов здравоохранения. Социально-культурным секциям Уралплана и Окргпланов не заменить собой той работы, которую должен и мог бы проделать соответственно подобранный и правильно работающий кадр здравотдела. Там, где более всего нужно законченное социально-гигиеническое понимание при планировании всей хозяйственной и культурной жизни округа, в лучшем случае сидят просто экономисты, а специалисты-врачи в аппаратах здравотделов не всегда могут найти время для выполнения своих специальных функций.

Нельзя сказать, чтобы это положение содействовало укреплению аппаратов. Бережное отношение к специалистам аппарата, к спец. опыту, приобретенному с годами, у нас нередко отсутствует: специалист зачастую работает «одной прислугой за все», у него нет ограничений в рабочих часах, нет у него выходных дней, он занят все время. Обстановка текущей работы затушевывает в нем его специальную подготовку, его спец-знания не всегда находят применение, с течением времени он или деqualифицируется или в борьбе за свою квалификацию, боясь замыкания в узком круге аппаратных интересов, на работу в аппарате смотрит как на временный этап, подготавливая переход на другую работу. В ряде случаев специалист не в состоянии удовлетворить требования периферии. Чем более укрепляется периферия специалистами, тем повышеннее должны быть требования к аппарату. На смену общему руководству должно прийти руководство по специальности, запрос же специалиста к специалисту направляется в том случае, когда специалист периферии не находит самостоятельно нужного решения, и когда у него есть основания надеяться на получение этого решения от объединяющего центра. Этого специального руководства вышестоящие аппараты не дают иногда просто в суетолоке набегающих одно на другое за-



даний, иногда потому, что нет времени следить за специальной литературой. Отрыв от научной, научно-практической и научно-организационной литературы велик. Аппарат не чувствуется в должной мере периферией, аппарат полностью потребляет самого себя на несение связи с окружными организациями, превращая ее нередко в самоцель. Аппарат под давлением ряда других неотложных задач не ведет еще борьбы за кадры и внутри их, часто вынужденно идет в хвосте обсуждения важнейших принципиальных и практических проблем.

Это положение аппаратов в полной мере недооценено. Любой руководящий штаб промышленности придает огромное значение рационализации управления. Инженер-конструктор, инженер-проектировщик посвящает день за днем всестороннему изучению частных вопросов реконструкции промышленности. Экономически это выгодно, несмотря на значительные расходы по оплате труда. Руководящим штабам здравоохранения, имеющим дело со сложнейшим взаимодействием миллионов живых организмов, с материальной и социальной средой—это значение не придано. Специалист-организатор здравоохранения не поставлен в условия, обеспечивающие максимальную эффективность его труда.

Это положение ясно для всех. Недаром во многих случаях снисходительный и пренебрежительный эпитет «аппаратчики» невольно ассоциируется с представлением о касте опороченных чем-то людей. Положительная оценка работы аппарата—явление редкое и нужно иметь часто большую выдержку и запас сил, чтобы в обстановке повышенно критического отношения, забывая о личных интересах, стремиться, несмотря на трудности, обеспечить необходимое качество ответственной работы аппарата, от которого в конечном счете зависит вся работа низовой сети. Вопрос о текучести аппаратов и качестве его специалистов должен быть поставлен всерьез. Здесь совершенно неблагоприятно: в течение 1929 года произошла смена руководителей в Пермском, Тагильском, Верхне-Камском, Курганском, Коми-Пермяцком, Инимском, Ирбитском, Челябинском округах. Лечебные инспектора наиболее неустойчивая группа аппарата, ибо им менее всего приходится находить время для плановой, систематической и специальной работы. Более устойчиво положение с окружными санитарными врачами, но и они, находясь в относительно лучшем положении, распыляются в текущей работе, разбрасываются по мелочам, часто представляют собой генералов без армии. Положение специалиста в аппарате признается за ними в большей степени, чем за другими звеньями аппарата, но продукция его, как специалиста, мало заметна. Должен или не должен окружной организатор здравоохранения в результате своей работы дать законченный очерк по санитарному описанию района своей работы, должен-ли он вносить планово-конкретные поправки к штандартному, освещающему часто лишь принципиальные основы и намечающему лишь вехи руководству центра и области. Вопрос, казалось-бы, ненужен, но практика первого года издания областного органа здравоохранения—«Уральского Медицинского Журнала» показала, что окружной материал остается на местах в непереверенном виде. У нас еще нет постоянных сотрудников-специалистов из окр-аппаратов. Трудно допустить, что они не сумели-бы обеспечить своего участия по своей подготовке; более вероятно, что этот задерганный текущими мелочами народ не находит просто времени. Не находит он времени и на участие в общей печати. Круг творческого выявления себя, как специалиста, ограничен. Авторитет Здравотдела—авторитет канцелярии специального назначения. Хозорганы не считают себя обязанными выполнять основные указания здравотделов. Тенденции к выводу из-под социально-гигиенического и санитарного контроля довольно выражены. С ними бороться надо не на основе буквы закона, а на основе сформирования крепкого и авторитетного ядра внутри органов здравоохранения. Предпосылок к этому еще нет,—трудно сохранить наиболее активную и работоспособную группу в объективно трудных условиях



их работы, невозможно укомплектование квалифицированными специалистами, поскольку переход на эту работу связан прежде всего с добровольным отказом от 5-6 часового рабочего дня специалиста на низовой работе, с переходом в обстановку непрерывной напряженности и обостренного сознания недостаточности проводимой работы. Окриполкомы же мало учитывают это обстоятельство: самый факт утверждения ставок специалистам аппарата ниже ставок городских специалистов, работающих на пограничном участке работы, в обстановке систематического выполнения твердо очерченных обязанностей—не обеспечит укомплектования аппарата.

Дальше так продолжаться не может. Борьба за качество управления, борьба за культурную революцию, за расширение социально-культурного сектора—все это требует ликвидации благодушного консервативного лечения болезни нашего здравоохранения. Полумерами, заштыпыванием прорех результата не добиться. Предстоящий Областной съезд здравотделов на пороге новой полосы ответственнейших задач ускорения на своем специальном участке социалистического строительства не может не вскрыть всей диспропорции между объемом задач и наличием сил к их выполнению. Пора совершенно ясно заявить, что здравотделы не могут быть рассматриваемы только как административные органы, их значение—значение и научно-практических, социально-гигиенических и научно-организационных центров для округа и области; обеспечение и возможности выполнения этих специальных функций есть основной путь к подлинной рационализации здравоохранения, повышению санитарной культуры населения и обеспечению основных нужд трудящихся области. Планирование, руководство и контроль—так намечались объемы работ для реорганизованного областного и окружных советских аппаратов. Эта схема вполне целесообразна, но проведение ее в жизнь не обеспечено. Нам необходимы: дифференциация функций, ликвидация всей неплановой и лишней работы, создание специальной организационно-инструкторской группы для обеспечения непрерывной живой связи с местами и ядра для систематического научного социально-гигиенического изучения района деятельности. Наряду с этим необходимо обеспечить постоянное взаимодействие здравотделов с научно-производственными ассоциациями врачей. Ряд вопросов консультативно может и должен разрешаться именно в этих объединениях, это даст необходимую глубину проработке вопросов и освободит периферию от сомнительной ценности здравоохранительского универсализма по неволе. Создание научной базы органов здравоохранения Урала в виде Областного Института Социальной Гигиены должно быть обеспечено решением Областного съезда здравотделов.

И, наконец, как лучший способ сближения с рабочей общественностью, как путь к обеспечению четкой классовой линии, как меру предупреждения против ухода специалистов в кабинетную работу, надо признать рабочее шефство над органами здравоохранения. Мы приветствуем шефство рабочих Свердловского завода «Металлист» над Областным Здравоотделом. Шеф-завод будет лучшим сигнализатором отдельных принципиальных и практических ошибок в строительстве здравоохранения. Он будет массовым пропагандистом системы здравоохранительских мероприятий, осуществляя рабочий контроль и обеспечивая организационную связь лечпрофучреждений с рабочим населением района; шеф-завод сможет своими бригадами оздоровить работу аппарата и облегчит выполнение прямых и ответственных задач ядру специалистов аппарата.

Здесь надо сделать, впрочем, оговорку: принято думать, что призыв к оздоровлению работы равнозначен признанию крупнейших ошибок, необходимости ряда работников, смены работников, не выполняющих порученной им работы, вредных делу. Не так ставится вопрос. Можно упрекать здравотделы во многом, но многое не всегда и зависит от них. Здравотделы работают и работают много.



Ими проделана огромная работа—создание совершенно новой и по количеству и по качеству сети их дело, новое больничное строительство вызвано к жизни ими, заметное улучшение санитарного состояния области тоже результат в значительной мере работы Здравотделов. Наконец, самый факт привлечения здравотделов к ответственной консультации по самым разнообразным вопросам хозяйственной и культурной деятельности разве не доказательство возрастающего удельного веса этих звеньев советской системы организации хозяйства?

Вопрос ставится иначе—сделано много, но сделать надо много больше и много лучше. И чем сильнее напор советской рабочей общественности в вопросах улучшения качества работы социально-культурного сектора, тем острее должен быть поставлен вопрос о качестве руководящей работы, смелой рационализации ее, вопросах управления и т. д.

Вопросы управления здравоохранением—вопросы наиболее эффективного расходования средств, вопросы упрочения положения органов здравоохранения, как органа, призванного систематически коррегировать под углом общественного здоровья все вопросы народно-хозяйственной жизни—должны быть разрешены. Здесь нужен решительный перелом, перелом этот должен быть обеспечен в ближайшее время и он вполне возможен в обстановке нарастающего внимания рабочего класса к перестройке всего производственного бытового комплекса на новых началах социалистического общества, здоровье членов которого и расцвет их физических сил является основным его отличительным качеством.

---

## ГОТОВЬТЕСЬ К С'ЕЗДОВСКОЙ КАМПАНИИ ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА

М. С. УТКИН.

Во второй половине декабря и первой половине января 1930 года должна будет развернуться работа с'ездовской кампании О-ва Красного Креста, т. е. проведение окружных с'ездов РОКК'а и созыв областного. Предстоящие с'езды общества Красного Креста должны будут сыграть исключительно важную роль в его деятельности. С'ездовская кампания явится поворотным пунктом во всех областях работы краснокрестной организации. Областной с'езд должен будет наметить основную линию дальнейшей работы, которая отражала бы в себе наши задачи, вытекающие как из международной обстановки, в которой находится наш Советский Союз, так и из грандиозной работы, проводимой Коммунистической партией, рабочим классом и всеми трудящимися по социалистической реконструкции всего народного хозяйства нашей страны.

С'ездовская кампания созывается в условиях обостренной классовой борьбы и усиления угрозы военной опасности. Это ставит перед всей краснокрестной организацией особо серьезные и ответственные задачи. Внимание с'ездов должно быть заострено на вопросах дальнейшего повышения качества краснокрестного строительства и в особенности на большем внедрении в массы военно-санитарных званий, на большем охвате массовой санитарной подготовкой рабочих и крестьян. События на КВЖД показывают насколько актуальной и политически важной является эта работа, насколько необходима военно-санитарная подготовка для рабоче-крестьянских масс, постоянно находящихся во враждебном окружении классовых врагов.

Другая важная задача—реконструкция промышленности и сельского хозяйства и участие в этой работе РОКК. С'езды должны будут всколыхнуть краснокрестную общественность, добиться того, чтобы каждый местный орган РОКК действительно участвовал в социалистическом переустройстве всего народного хозяйства, продвигая идеи культурной революции и проводя работу по оздоров-



лению труда и быта на всех фабриках и заводах, колхозах и совхозах, жактах, життовариществах и т. п. Съезды еще раз должны дать твердые директивы по своим перифериям, чтобы вся наша работа проводилась в строго-плановом порядке. В связи с этим надлежащее внимание должно быть уделено пятилетнему плану социалистического строительства. Пятилетний план должен систематически прорабатываться каждым краснокрестным активом во всех ячейках, кружках, дружинах и на курсах.

Социалистическое соревнование, мощное орудие по повышению качества работы, не получило еще необходимого размаха в нашей организации и ряд ячеек и комитетов РОКК проводят еще только подготовку соревнований. Этот вопрос должен остановить на себе внимание съездов и получить реальное осуществление. Чтобы обеспечить успешное разрешение всех этих задач, как подготовка к съездам, так и съездовская работа должны проводиться в условиях широко развернутой самокритики и проверки исполнения в практической работе директив партийных и советских органов, а также высших органов РОКК. Для этого к непосредственному участию в съездах должен быть привлечен не только краснокрестный актив, но и пролетарская общественность.

Отчеты РОКК'а должны ставиться как на расширенных краснокрестных собраниях, на которые должна быть привлечена вся членская масса, так и на рабоче-крестьянских собраниях. При этом необходимо взять под обстрел все недочеты, все извращения генеральной линии социалистического строительства и вытекающих из нее основных задач РОКК, проявления бюрократизма, все нездоровые явления в местных организациях. Этого мы достигнем, если не на словах, а на деле поставим под контроль рабоче-крестьянских масс все недостатки нашей работы.

Комитеты РОКК сейчас же должны развернуть широкую массовую работу вокруг проходящих конференций и съездов под лозунгами: «Под обстрел самокритики работу РОКК», «Перевыборная кампания—смотри краснокрестных едл и ни одного района без комитета РОКК, ни одной фабрики, ни завода, ни совхоза, ни колхоза, ни коммуны, ни учреждения—без ячейки РОКК'а».

Съездовской кампании РОКК'а, как политической кампании по укреплению санитарной обороны страны, должно быть уделено внимание со стороны партийных, советских, профессиональных, комсомольских, кооперативных организаций.

**Открытие Областного Научного Съезда Врачей**

**2 февраля 1930 г. в 6 ч. веч.**

Общежитие предоставляется при условии перевода членских взносов в сумме 3 р. не позднее 20 января.

Подобные указания сообщены Окружным Здравотделам и Окргбюро врач. секций.



## ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БОЕВЫХ (ВОЕННЫХ) ГАЗОВ

Профессор М. А. РОЗЕНТУЛ и д-р В. И. КАЗАКОВ.

(Из клиники кожных и венерических болезней Пермского Государственного Университета. Директор пр. ф. М. А. Розентул.)

Большинство боевых газов обладают свойством одновременно действовать как слезоточивые, удушающие и нарывные субстанции. Все же в пределах концентраций, обычно употребляемых в боевой обстановке, тот или иной газ имеет преобладающее специфическое вредное влияние на организм. К числу дерматропных—нарывных или разъедающих газов относятся иприт, люизит, диметилсульфат, изотиоциановокислый аллил, фенилимидофосген, бромистый циан и ряд арсенов.

Газовая стратегия предъявляет к дерматропным газам два, на первый взгляд, противоречащих требования: газ должен 1) в момент соприкосновения с кожей не вызывать реакции, т. е. проявить свое вредное действие не сразу, а спустя некоторое время после соприкосновения с кожей и 2) в мельчайших дозах вызывать тяжелые повреждения. В силу этих условий борьба с газами, обладающими латентным периодом, вредное действие которых проявляется спустя более или менее продолжительное время, очень затруднительна, так как пострадавшее лицо поздно узнает о несчастии и в тот момент, когда срок для принятия профилактических мероприятий уже прошел и вредное действие газа на лицо. Как только против удушающих, слезоточивых и т. п. газов был найден успешный способ защиты с помощью масок, у военных химиков возникла мысль применить газы, действующие губительно непосредственно на кожу и вторично на весь организм.

Эта идея и была осуществлена с большим военным успехом германцами 11 и 12 июля 1917 года, применившими впервые против англичан на Ипре горчичный газ, получивший вследствие этого наименование иприта. По свидетельству англичан, число пострадавших от иприта в течение первых шести недель после его введения в практику войны достигло 20.000 чел. За время с июля 1917 года по ноябрь 1918 года от иприта пострадало 160.526 англичан, в то время как от прочих газов с апреля 1915 года по май 1918 года всего лишь 20.453 человека. Иприт дает около 10 проц. смертности; 30 проц. пораженных ипритом возвращаются обратно в строй через 15-20 дней, большинство же остальных через 3-4 месяца госпитального лечения, при чем общая слабость остается на долгое время. Одной этой статистики вполне достаточно для объяснения названия, данного англичанами иприту «King of gases»—король газов.

Наиболее опасный среди других боевых газов иприт и в группе дерматропных газов не знает себе конкурентов. Иприт, Mostard-gas—горчичный газ; дихлордифталеульфид ( $\text{Cl}_2 \text{CH}_2 \text{CH}_2 \text{S}$ ) S, открытый в 1860 году Ниманом (Niemann) в нечистом виде, изучен был в 1886 году В. Мейером. В чистом виде иприт представляет бесцветную жидкость с очень слабым горчичным запахом. Отмечают, что в боевой обстановке иприт не определяется по запаху. Очевидно, это объясняется тем, что иприт быстро вызывает anosmiю; лично мы, входя в помещение наших экспериментальных животных, подвергнутых действию иприта, сразу



ощущали неприятный сладковатый запах горчичного масла, легкую тошноту и головокружение, но при долгом пребывании все эти ощущения исчезали. Иприт легко растворяется в хлороформе, эфире, петролейном эфире, алкоголе, нейтральных жирах и т. д. В воде иприт не растворяется и гидролиз его (разложение водой) происходит медленно, вследствие чего иприт долго, в течение месяца, сохраняет свою активность при пребывании в почве, особенно, если он покрыт слоем земли. Щелочи, окислители (хлорная известь, марганцевокислый калий) ускоряют гидролиз иприта и дают безвредные соединения.

Немцы, обозначая устойчивость газов крестами различного цвета, отмечали иприт желтым крестом, относя его к наиболее устойчивым газам, так как иприт отличается продолжительностью действия и медленным испарением, в силу и его он может, например, при холодной сырой погоде действовать в течение нескольких дней. Иприт, обладая сильной адсорбцией, надолго задерживается почвой, сеном, травой, жидкостями, тканями и вообще предметами с большой поверхностью. В нашем опыте шерсть свинки, подвергнувшейся в течение 10 минут действию газообразного иприта в камере, сохраняла на продолжении многих дней запах и силу действия иприта. Такая свинка, взятая на руки на 6 день после пребывания в газовой камере, вызвала поражение кожи рук. Поэтому так опасны вода, продукты питания, одежда людей, подвергнувшихся газовой атаке, и местность, орошенная ипритом.

Не всякий организм одинаково реагирует на иприт. Животные иначе, чем люди. Свинки и кролики много легче человека переносят иприт. И человек, в зависимости от своей конституции, не одинаково поражается газом. Среди животных особенно чувствительны к иприту лошади и собаки. По данным американских авторов, из 100 человек белых, подвергнувшихся действию иприта, заболели в среднем 80 человек, остальные 20 оставались здоровыми; среди негров наблюдалось обратное отношение. Мы наблюдали больного нейролепсозом, у которого капля неразведенного химически чистого иприта \*), нанесенная на кожу сгибательной поверхности плеча, не вызвала почти никакой реакции, в то время как у других 18 лиц этот же иприт вызвал классические поражения кожи. Определенные участки кожи: шея, грудь, лицо, бедра и половые органы обладают особенной чувствительностью к иприту, тогда как ладони и подошвы обычно не поражаются.

Иприт, попадая на кожу, сначала не вызывает никакой реакции, никаких субъективных ощущений. Но по прошествии некоторого времени, которое не у всех людей бывает одинаково, начинает сказываться дерматропное действие иприта. В среднем латентный период иприта, т. е. время протекшее с момента нанесения иприта на кожу до появления первых симптомов воспаления, по нашим наблюдениям над людьми, равняется 5—8 часам. В этом отношении иприт напоминает действие лучей с короткой волной.

Все вышесказанное характеризует иприт как весьма коварный газ, который в боевой обстановке не выдает своего присутствия ни запахом, ни раздражающим действием на глаза, на слизистую поверхность носа и кожу, причиняя, однако, спустя сравнительно долгое время, тяжелые, подчас смертельные, поражения кожи, при чем последние могут возникнуть от очень незначительных концентраций газа, например, 1 на 500.000.

Иприт в газообразном состоянии действует много слабее жидкого (*in sub-stancia*): у свинки, пробывшей в газовой камере 25 минут, через 4 дня при хорошем общем состоянии появилась разлитая легкая гиперемия на предвари-

\*) Мы изучали иприт, изготовленный по нашей просьбе в лаборатории технологии химико-фармацевтических препаратов Пермского Государственного Университета профессором Э. В. Змачинским, которому, пользуясь здесь случаем, приносим глубокую благодарность.



тельно эпилированных местах. Через 16 дней вялость и смерть на 19 день. У двух других эритема на 5 день и смерть на 18 и 20 день при одинаковом пребывании в камере. У 23 свинок, которым на предварительно эпилированные места наносился иприт разной концентрации, уже через 1-2 часа появилось беспокойство животного и гиперемия кожи с появлением в дальнейшем пузырей. Поэтому иприт, главным образом, применяется в артиллерийских снарядах, которые, разрываясь, разбрасывают иприт в распыленном, т. е. в наиболее опасном, состоянии, при котором распыленные частицы долго держатся в воздухе во взвешенном виде.

Из этих соображений мы изучили \*) клинически и гистологически у 19 человек и у 23 морских свинок действие чистого иприта, который наносился людям на сгибательные и разгибательные стороны предплечий и животным на предварительно эпилированные места спины. Нанесенная капля, расплываясь на поверхности, быстро высыхает, не оставляя никакого следа, но надолго сохраняя запах горчичного масла. Субъективные ощущения начинают появляться лишь только через 6-8 часов, незадолго перед появлением эритемы и заключаются в жжении, зуде и тягостном напряжении кожи. Величина эритемы несколько преувеличивает над местом приложения иприта и вначале имеет типичный цвет и характер активной гиперемии, при чем отчетливо обозначаются фолликулы. Скоро присоединяется отек кожи и появление цианотического оттенка. При усилении жжения и боли появляются мелкие пузырьки, быстро сливающиеся друг с другом, образуя один большой, напряженный тугой пузырь с желтоватым оттенком; край его ограничивает halo, в цвете которого преобладает коричневый оттенок. Малейшее дотрогивание до пузыря причиняет жгучую боль. Пузырь существует без перемен 3-4 дня, лопается с выделением серозной жидкости, обнажая эрозивную, а у некоторых лиц и язвенную поверхность. Боли в этот момент достигают своего апогея. Заживление идет очень медленно с краев и тянется больше месяца даже при лечении, заживая пигментированным рубцом. На сгибательных сторонах процесс происходит бурнее, глубже и причиняет больше страданий. Таким образом, можно говорить об ожогах 1—2—3 степени, при чем в отличие от обычных температурных ожогов при иприте: 1) эритема и пузырь не ограничиваются местом приложения газа, 2) возможно излечение даже тогда, когда поражается все тело (Гейтцман Heitzmann), 3) не наблюдается в капиллярах гиалиновых тромбов, часто встречающихся при ожогах, 4) впрыскивание мочи и кровяной сыворотки затравленных животных не оказало в наших наблюдениях ядовитого действия на животных того же рода.

При ипритном поражении часто опухают лимфатические железы, что мы объясняем результатом всасывания экссудата и токсических веществ, возникающих при некротическом распаде клеток. Наличие латентного периода и плохое заживление кожных поражений от иприта вполне аналогично глетчерному ожогу и поражениям кожи от рентгеновских лучей, при которых, как и при иприте, возникают патобиотические процессы в субстанции ядра, передающиеся потомству в ряде поколений. Иприт, являясь клеточным ядом, вызывает в клетках эпидермиса явления некробиоза и патобиоза, под которым следует понимать тяжелое, трудно излечимое состояние клетки при сохранившейся способности к размножению. Поражения иприта вызывают нарушения и в обмене веществ (Flury и Wieland). Патогенез ипритных поражений объясняется тем, что иприт, быстро проникая в эпителиальную клетку, подвергается гидролизу и, образуя HCl хлористый водород *in statu nascendi*, губит клетку.

Профилактика, к сожалению, мало изучена и трудно проводима. В пораженной местности нельзя прикасаться незащищенной рукой ни к одному предмету.

\*) Работа в настоящем виде была закончена 15-XI 1928 г., но, к сожалению, по независящим от нас обстоятельствам не была напечатана ранее.



Почву посыпают хлорной известью. Применение резиновых перчаток, костюмов и обуви не предохраняет от иприта, растворяющегося в каучуке. Сравнительно хорошо предохраняют костюмы, сделанные из клеенки или плотной парусины, пропитанные смесью желатины и глицерина, парафином и, лучше всего, вареным льняным маслом. Американцы открыли особые импрегнирующие средства «Simplexene» и «Impregnit». Англичане пропитывают перчатки особым составом, полагают, нитратом целлюлозы. Импрегнирующие вещества увеличивают вес костюма на 20-25 проц. и, вызывая потоотделение, затрудняют движения бойцов и понижают их боеспособность.

Увлажненная же кожа, в чем мы могли убедиться в наших опытах, в случае попадания на нее иприта, скорее и тяжелее реагирует на газ. Предварительное смазывание кожи жирами, мазями, по нашим многочисленным опытам, недействительно. Американцы рекомендуют *Zinci oxyd.*, 40,0. *Ol. lini*, *Axung. porci* *Lanolini* aa 20,0 или *Zinci oxyd* 45,0, *Ol. lini* 30,0, *Axung. porci* 10,0, *Lanolini* 15,0; но надо подчеркнуть, что практически эти советы не испробованы и мы считаем их мало полезными.

Пишу и воду в местах, могущих подвергнуться обстрелу, надо покрыть материей, пропитанной вареным льняным маслом. Приставшую землю к подошвам сапог надо обезвредить или хлорной известью, или марганцевокислым калием. Зараженные предметы моются горячей, но не кипящей, водой с мылом.

Газоотравленных нужно, даже при отсутствии жалоб, как можно скорее раздеть, остричь, вымыть в горячей мыльной воде или в марганцевокислом кали (4,0 : 1.000) и изолировать от других больных. Должны быть отдельные палаты и даже уборные. Кожу немедленно смазать *Ol. lini*, *Aq. Calcis* aa, *Thimol* 1 проц., так как часто вторичная инфекция ухудшает ипритные поражения. Глаза промываются 1—2 проц. раствором соды, насыщенной борной кислотой или физиологическим раствором. Для полоскания полости рта назначают соду. Полезно назначить ингаляции эвкалиптовым маслом и ментолом. Американцы советуют дышать сквозь вату, смоченную смесью: *Menthol* 2,5, *Chloroform*, *Ol. Eucal.* aa 8,0, *T-ra Iodi* 4,0, *Spir. Vini* 60,0; менять вату через каждый час. Одежду обезвреживают погружением в горячую мыльную воду.

К сожалению, иприт быстро диффундирует сквозь кожу. На наших опытах мы убедились, что удаление иприта бензином, спиртом, бензолом и т. д. уже через 2 минуты после нанесения его на кожу не предотвращает и не смягчает обычной картины кожного поражения. Все же у отравленных газообразным ипритом необходимо произвести как можно тщательнее удаление иприта горячей мыльной водой. При развившихся кожных поражениях проводится противовоспалительное лечение с назначением сердечных средств. Кожа пузырей прокалывается, но ее не следует удалять. Гелиотерапия ускоряет заживление кожных поражений.

Наилучший эффект в наших экспериментах мы получили от внутривенных вливаний хлористого кальция, почему мы настойчиво советуем вводить хлористый кальций как можно скорее каждому отравленному ипритом. По крайней мере, вводя людям по 10 к. с. хлористого кальция, через 40 минут и через 2 часа после нанесения на кожу чистого иприта, мы не наблюдали образования крупных пузырей, а в некоторых случаях поражение ограничивалось только эритемой. При образовавшихся пузырях лечение кальцием сокращало длительность процесса. Кальций, назначенный внутрь, оказывает более слабое действие. Также мы применяли не без успеха подкожные инъекции 1 проц. раствора марганцевокислого кали и внутривенные вливания гипосульфита. Малочисленность опытов заставляет нас пока воздержаться от заключений.

Люзит (*The Dew of the Death*) или «смертельная роса» ( $\text{C}_6\text{H}_5\text{C} : \text{CH} \cdot \text{AsCl}_2$ ) — производное 3 хлористого мышьяка, открытый капитаном Люисом (*Lewis*) в конце



войны, не имел боевого применения. По силе действия на кожу люизит будто бы превосходит иприт, одновременно действуя и на слизистые оболочки глаза, носа и дыхательных путей. Так как люизит очень чувствителен к влажности и легко и быстро обезвреживается щелочами (растворы соды, хлористый кальций, известковое молоко) превосходство его боевых качеств над ипритом сомнительно.

Этилдихлорарсин, метилдихлорарсин, дифениламинхлорарсин, распыляясь в виде тумана, могут проникать сквозь противогазы. Они вызывают явления, характерные для отравления мышьяком. На коже появляется эритема с мучительным зудом. В газообразном состоянии арсины для кожи мало опасны, а в жидком виде вызывают пузыри. Особенно сильные и продолжительные страдания вызывает этилдихлорарсин, попадая на ногти; он вызывает настоящий неврит чувствительных нервных окончаний ногтевых валиков. Рекомендуют внутрь магнезию с молоком, хлористый кальций; следует испробовать гипосульфит.

Что касается остальных дерматотропных газов, то большинство из них уступают во много раз иприту, другие же, как люизит и т. п., имеют пока теоретический интерес, так как не применялись в боевой обстановке и подлежат еще изучению.

### ЛИТЕРАТУРА.

- J. Meder, Der gas Kampf. Leipzig 1926. gutmann. D. M. W. № 45. 1919. S. 1032.  
Mc. Donagh. Brit. Journ. of. Derm. and Syph. 1920. p. 188.  
P. Flury u H. Wieland. Zeitschr. f. d. ges. exp. Medizin. Bd. B. 1921. S. 367.

### ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРРЕИ ТРИПАФЛАВИНОМ

Ассистента П. М. ЗАЛКАН и аспиранта П. Д. ЮШКОВА

Из клиники кожных и венерических болезней Пермского Государственного Университета.

Директор профессор М. А. Розентул

Использование красящих веществ с врачебными целями насчитывает относительно небольшую давность. Применение метиленовой синьки при малярии и гоноррее было основано на бактерицидности и избирательной способности анилиновых красок окрашивать различные микробы. Но действительность показала несостоятельность этого способа лечения.

Химия флюоресцирующих красок, изученная школой Таррейнера, выдвинула феномен фотодинамики этих веществ. Фотодинамические свойства проявляются под влиянием солнечного света и выражаются в усилении бактерицидного действия растворов флюоресцирующих красящих веществ. Флюоресцирующие красящие растворы, даже в незначительной концентрации, пагубно действуют на ферменты, бактерии и токсины (Кравков).

К категории флюоресцирующих красок принадлежит трипафлавин, одно из производных акридиновых оснований, каковые, в свою очередь, являются продуктом перегонки каменноугольной смолы.

Первое сообщение о внутривенном лечении гонорреи гонакрином, французским акридиновым препаратом, аналогом трипафлавина, было сделано в 1925 году (Jausion). Первые авторы, как и авторы последовавших вскоре работ (Skutezку и др.), пришли к очень благоприятной оценке лечебных свойств трипафлавина при гоноррее.

A. Buschke и L. Loewenstein, применив в 85 случаях дериват трипафлавина, гонифлавин, пришли также к благоприятным выводам в отношении терапевтических свойств этого средства. Трипафлавин начинает получать все более широкое применение, все чаще появляются новые работы, но выводы этих работ весьма разноречивы.



Так, в ответ на упомянутую статью А. Бушке, этого маститого представителя современной венерологии, Н. Nagell и J. Langhans из клиники Friboes пишут, что они не видели никакого эффекта от применения гонофлавина и предлагают впредь не применять этого средства.

На русском языке имеется две работы: одна из Гос. Вен. Института Закса и Порудоминского (Москва), другая Кистяковского (Киев). Если первые авторы, применив триафлавин на 42-х больных, из коих 30 человек получали триафлавиновую терапию во время пребывания в стационаре, пришли к малоободоряющим выводам, то второй автор на 22-х больных указывает на излечение во всех случаях (?!).

Он же, в заседании Дерматологического Общества в Киеве 19-XII—28 г., сообщает о 60 больных с острой и частью хронической гонорреей, леченных триафлавином, с выздоровлением в 70-80 проц. В том же заседании проф. Лурье сообщал, что, применив триафлавин на 27 больных, он блестящего эффекта от этого препарата не наблюдал; продолжительность лечения такая же, как и при местной терапии.

Под нашим наблюдением находилось 12 больных. Больных с триппером 11, из них у 9-ти были различного рода осложнения и одна больная с негонорройным циститом. 2-ое больных с передним уретритом лечились амбулаторно, остальные 10 человек лечились в клиническом стационаре.

По клиническим формам наши больные разбиваются следующим образом:

Острых передних уретритов . . . . .	2
Острых тотальных уретритов . . . . .	6
Острых эпидидимитов . . . . .	3
Острых артритов . . . . .	6
Негонорройный цистит . . . . .	1

Вливания производились через один-два дня. Первоначальная доза была равна 5 граммам 0,5 проц. раствора триафлавина, затем по 10 грамм, и, наконец, мы переходили на 2 проц. раствор по 5-7 грамм на вливание. Некоторым больным вливания проводились исключительно 2 проц. раствором триафлавина.

Двое больных с острой гонорреей поступили для лечения на 4-ый и 5-ый день после первых признаков заболевания, с явлениями переднего гонорройного уретрита. Оба лечились амбулаторно. Лечение проводилось исключительно внутривенными вливаниями триафлавина. За 5 недель больным было сделано по 12 внутривенных вливаний 0,5 проц. раствора триафлавина. Спустя указанный срок оба больные были переведены на лечение в вендиспансер с явлениями неосложненного переднего уретрита, в стадии уменьшения воспалительных явлений; в мазках из слизисто-гнойной утренней капли были найдены гонококки внутриклеточно.

6 больных с тотальным уретритом обратились в клинику в разные сроки—от 10 дней до 1½ месяцев с момента заболевания. Трое из них страдали одновременно эпидидимитом и трое других были с явлениями острого артрита. Всем этим больным было проделано от 8 до 12 вливаний, преимущественно 2 проц. раствора триафлавина. Воспалительные явления со стороны мочеиспускательного канала значительно уменьшились у всех больных; нити и хлопья имелись лишь в первых порциях утренней мочи, но гонококки были найдены в выделениях из уретры и нитях из мочи. Эпидидимитикам одновременно проводилась и местная терапия в виде согревающих компрессов. В результате исчезли только воспалительные явления, инфильтраты придатков же остались значительными.

Больная негонорройным циститом получила 6 вливаний 0,5 проц. раствора триафлавина, после чего наступило незначительное улучшение со сто-



роны воспалительных явлений, но в моче появился белок и лечение триафлавином было оставлено.

Шести артритикам (3 женщины и 3 мужчины) проводилась одновременно местная терапия в виде согревающих компрессов. В среднем было сделано от 8 до 12 вливаний триафлавина за срок от 17 до 45 дней. Почти во всех случаях после вливания отмечалось усиление болей в пораженных суставах и небольшое увеличение отечности. У одной больной после каждого вливания к вечеру поднималась температура, доходя до 38 градусов. У двух больных имелся моноартрит (коленного сустава), у остальных поражение носило множественный характер. У троих больных функции пораженных суставов восстановились полностью, а у остальных больных, в результате проведенного курса триафлавинного лечения, наступило значительное улучшение с резким уменьшением отечности и болезненности пораженных суставов. При чем, у одного больного, проведенная до лечения триафлавином в течение месяца терапия инъекциями гонококковой вакцины и аутогемотерапии не только не дала никакого улучшения, но артритический процесс принял мигрирующий характер, захватив мелкие суставы стопы и грудинно-ключичные сочленения. 8 вливаний 2 проц. раствора триафлавина в течение 2 1/2 недель привели больного к резкому улучшению.

Особенно наглядно сказалось благотворное влияние триафлавина при псевдофлегмонозной форме артрита. Так, мы имели возможность наблюдать в клинике 2-х больных с такого рода артритом, и у больного, не получавшего триафлавина, мы, несмотря на усиленное прогревание и лечение гонококковой вакциной, не отмечали столь быстрого обратного развития, как у больного, лечившегося триафлавином. Необходимо отметить, что при лечении триафлавином воспалительные явления в крупных суставах развивались обратно гораздо быстрее, чем мелкие, что особенно бросалось в глаза у больных, страдавших одновременно поражением крупных и мелких суставов.

Благоприятное влияние триафлавина на течение гонорройного артрита отмечалось рядом авторов (Clara и Lebeuf, Adelman, Закс и Порудоминский). Adelman отмечает благотворное действие триафлавина при гонорройных артритах в 80 проц. случаев.

Переходя к оценке влияния триафлавина на гонорройный процесс, мы не разделяем тех восторженных отзывов, которые этот препарат получил у ряда авторов во главе с Jausion'ом. В отношении дезинфицирующих свойств триафлавина все арифметические исчисления и сопоставления с бактерицидностью этого средства в пробирке, оказываются недействительными для организма человека. По Davis и Hargel раствор триафлавина 1:300.000 задерживает *in vitro* рост гонококка. В первые же два часа после вливания почками выводится 60 проц. триафлавина, и концентрация его в мочевом пузыре может доходить, как полагает Кистяковский, до 1:2.000—4,000, т. е. еще в десятки раз превышать ту концентрацию, которая необходима для умерщвления гонококка, и а priori нужно считать возможным излечение в первую очередь гонорреей мочевых путей. Тем не менее гонококки, как это видно из целого ряда наблюдений (Закс, Порудоминский, Couvert, Nagell), а также и на нашем материале, остаются неуязвимыми. Лечение внутривенными вливаниями триафлавина больных с гонорройным уретритом не позволяет нам говорить о его гонококко-убивающих способностях, несмотря на флюоресценцию мочи, длящуюся более 2-х недель после окончания терапии.

Профилактическое значение триафлавина, в смысле предупреждения перехода процесса на заднюю уретру (Buschke, Skutezky) может быть и заслуживает внимания, но, при отсутствии бактерицидного действия триафлавина, нам это кажется сомнительным.



В отношении острых гоннорройных эпидидимитов триафлавин также не оказал заметного действия. Острые воспалительные явления проходили в обычный, при постельном содержании, срок. Наблюдавшееся нами у одного больного воспаление второго придатка после первого вливания триафлавина едва ли говорит об abortирующем свойстве триафлавина, хотя мы не можем полностью исключить возможность случайного совпадения.

Несомненно, благоприятное влияние оказывает триафлавин в отношении гоннорройных артритов. Улучшение, наблюдаемое под влиянием триафлавина при гоннорройных артритах, делает это средство весьма ценным в борьбе с одной из серьезнейших форм осложнений гонорреи.

Механизм действия триафлавина на гонококковый артрит не ясен. Adeltmann, отмечая два случая безуспешного лечения триафлавином артритов негоннорройного происхождения, как бы подчеркивает специфичность триафлавина при гоноартритах.

Мы, наблюдая почти закономерно повторяющиеся реактивные, местные, а иногда и общие явления после вливания триафлавина у гоноартритиков, полагаем, что триафлавин действует по типу раздражающей терапии (reiztherapia) с избирательной силой в пораженных суставах, хотя гонококков, как показала клиника, триафлавин в организме человека не убивает.

Что касается побочных явлений при лечении триафлавином, то у двух больных в моче появился белок. В 3-х случаях мы наблюдали дерматиты типа солнечного ожога первой степени с последующим шелушением на открытых частях тела (шея, лицо и кистях рук). Попутно мы должны отметить, что развитие этих дерматитов, видимо, стоит в связи с влиянием солнечного света. Однако, нельзя обойти молчанием того факта, что и остальные больные также подвергались влиянию солнечных лучей, тем не менее дерматитов мы у них не наблюдали. Во время вливаний и непосредственно после них у некоторых больных отмечались щемящие боли в груди, слезотечение, тошнота и в 2-х случаях рвота.

По отношению к реакции Борде-Женгу триафлавин не оказал никакого влияния. С этой целью у двоих больных с гоннорройным артритом троекратно исследовалась кровь в разные сроки в течение 1½ месяцев, при чем реакция Борде-Женгу выпадала положительной всегда в одинаковой степени.

#### ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Н. П. Кравков. Фармакология II—1928; 2) Н. Вершинин. Центр. Мед. Журн. III, в.—5, 1929; 3) Закс и Порудоминский. Венер. и Дерматол. № 9-10, 1928 год; 4) Кистяковский. Вр. Дело № 17-18, 1926; 5) Он же. Вр. дело, № 16, 1929; 6) Он же. Русск. Вест. Дер. Отчет О-ва № 6, 1929; 7) проф. А. Лурье *ibid*; 8) A. Buschke et. Loewenstein *Deut. Med. Woch.* № 2, 1928 г. 9) H. Nagell и J. Langhans *Munch. Med. Woch.* № 14—1928 г. 10) E. Sylvester *Derm. Woch.* № 23, 1928 г.; 11) Adeltmann *ref.* P.B.D. № 6—1928 г. 12) A. Buschke, *Munch. Med. Woch.* № 21—1928 г. 13) W. Friboes (*Munch. Med. Woch.* № 26—1929 г. 14) K. Skutezy. *Mediz. Klinik.* № 31—1929 год.



## DIPLEGIA FACIALIS КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АНТИРАБИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Д-р А. А. ПЕЧЕРКИН

Из клиники Нервных болезней Пермского Государственного Университета

Директор проф. В. П. ПЕРВУШИН

Двойное поражение п. Facialis явление довольно редкое, в то время как одностороннее поражение лицевого нерва занимает первое место среди изолированных поражений отдельных нервов (Аствацатуров). Основными причинами поражения лицевого нерва принято считать простуду, заболевания среднего уха, травматические повреждения, сифилис, процессы на основании черепа (Штрюмпель, Даркшевич, Аствацатуров, Оппенгейм) и другие заболевания, встречающиеся реже, напр., опухоли. Кроме указанных причин проф. Даркшевичем и рядом других авторов (Лаврентьев, Пельцер, Саватеев, Rigani, Pfeilschmidt) указывается на антирабические прививки, могущие вызвать поражение лицевых нервов. Мы имели возможность наблюдать двустороннее поражение лицевых нервов, прошедшее во время антирабических прививок, производимых по поводу укуса домашней собаки. Позволим себе его описать.

Больной О.\*) крестьянин Пермского округа, 57 лет, грамотный, женат, детей не имеет. Поступил в клинику 8-VII 1929 г. с жалобой на общую слабость, на невозможность закрывать глаза, неподвижность лицевой мускулатуры как справа, так и слева. 5-VII лег спать здоровым, утром 6-го была общая слабость, к вечеру как будто левая нижняя половина «лица» начала немного слабеть и хуже двигаться; утром 6-го «перекосило» лицо, вечером 6-го была неловкость в правой руке, руку несколько раз стянуло, «вывернуло», — как бы тянули судороги, «потер ее и все прошло». Слабость все не проходила, утром 7-VII заметил, что обе щеки не двигаются, говорить начал сквозь зубы, при жевании хлеба за утранным чаем заметил, что хлеб, попавший за щеки, остается там, приходилось вынимать его оттуда пальцем. 7-го больной явился на амбулаторный прием нервной клиники, где у него установлен диагноз двустороннего неврита лицевого нерва. Со стороны семейного анамнеза больного ничего отметить не удастся; lues, душевные болезни, алкоголизм отрицаются как у родителей, так и ближайших родственников.

Личный анамнез: родился во время, рос и развивался здоровым. Из инфекционных болезней перенес семи лет корь, воспаление легких 50 л., года 4 назад перед погодой начали побаливать суставы; алкоголь очень умеренно «гостим». Табак не курит, нюхает, но по немного. Психических травм не отмечает. В конце июня покусан был домашней собакой, которая сидела на цепи, в то время как хотел ее побить. Собака по внешним признакам здорова. Приехал в Пермь принять пастеровские прививки. Со второй половины прививок начало «разбивать» после каждой прививки, к вечеру появлялась слабость и вялость, повышения t° не отмечалось ни разу, к утру обыкновенно чувствовал себя здоровым. На 17-й прививке заметил изменения в лице и обратился в клинику нервных болезней.

Status praesens objectivus. Телосложение правильно, питание удовлетворительное, костная и мышечная системы в Н. Двигательная сфера в порядке за исключением лицевой мускулатуры. Лицо амимично, лобные, носогубные складки сглажены, нижние веки опущены, произвольные мимические движения лицевой мускулатуры отсутствуют, не может ни надуть щеки, ни свистнуть. Остальные черепные нервы в порядке. Глазное дно—N.

\*) Больной демонстрирован в научно-медицинском обществе П. Г. У. 9-X 1929 г.



Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей N, кожные рефлексы нормальны, со слизистых и глубоких органов (зрачковые) нормальны. Чувствительность всех видов сохранена. Тазовые органы в порядке. Психика уклонений от нормы не представляет. Электровозбудимость мышц и нервов в порядке. Реакции извращения в лицевой мускулатуре не отмечаются (К. А.).

*Punctio lumbalis.* Давление нормально, жидкость прозрачна цитоз 0; Реакция Pandy, Nonne Apelte; R. Wass, Sachs-Georgi; Kahn Weichbrodt отрицательны. Кровь: лейкоцитарная формула уклонений особых не представляет, R-wass, Sachs—Georgi Kahn отрицательны. Сердце: тоны чистые, границы в N. Легкие без особых изменений. Мора N.

Спец. исследование: слух и носоглотка в N.

За время пребывания с 8-VII по 15-VIII в клинике нервных болезней у больного отмечаются слабые улучшения в области верхних ветвей лицевого нерва и частично нижних, в остальном без изменения. Терапия: Urotropin внутривенно 40 проц. через день и Natr. Salicyl 0,3—3 раза в день. Водяные теплые ванны 3 раза в неделю, гальванизация лицевых нервов и массаж. Слабость общая прошла на 4-й день после помещения в клинику.

На основании данных нашего обследования можно диагностировать двусторонний неврит лицевого нерва. Какая причина могла вызвать его? Больной не имел за время приема Pasteur'овских прививок простудных заболеваний, нет процесса в среднем ухе, нет лues'a и других причин, могущих вызвать данное тяжелое страдание. Напрашивается мысль невольно связать заболевание с антирабическими прививками. Отмечается, что на 2-й половине прививок после каждой прививки у больного появлялась слабость и на 17-й заметил первые симптомы страдания, которые сопровождались судорогами в правой руке, но за время прививок ни разу не отмечал ни боли в рубце после укуса, ни повышения t, ни насморка. Это дает нам основание считать в данном случае антирабические прививки причиной.

Осложнения во время Пастеровских прививок описаны впервые в 1889 г. (Лаверан), через три года после введения их. Из осложнений нервной системы отмечаются процессы в спинном мозгу типа полиомиелита или трансверзального миелита (Даркшевич); отграниченные параличи в отдельных нервных стволах, чаще всего в VII паре; параличи, протекающие по типу Landry и, наконец, психические формы (Pelzer). Как часто встречаются параличные осложнения при применении Пастеровских прививок? Беру статистику из капитального руководства А. Саватеева «Бешенство» 1927 год.

Будапешт (Hogues)	2 паралича	на 48477—0,04	на 1000	
Петроград (Краюшкин)	1 »	на 7253 0,1	— —	
Париж—Chaillon	2 »	на 9074—0,2	— —	
Алжир—Soulier	1 »	на 4755—0,2	— —	
Милан—Sarger	1 »	на 2942—0,3	— —	
Болонья—Ivo-Novì	5 параличей	на 3067—1,6	на 1000	
Вильно-Орловский	1 »	» 1450—1,6	— —	
Яссы Lebellé	1 »	» 2850—2,5	— —	Европейцы
Ява Borger	II »	» 2130—5,1	— —	Туземцы
Ява Borger	I	4260—02	— —	
Вена Schweinburg	35	7875—4,4	— —	

Таким образом из приведенных цифр мы видим, что осложнения со стороны нервной системы при применении антирабических прививок явление



не частое. Относительно причин, вызывающих параличные явления, нет единого мнения по этому вопросу, существует целый ряд теорий и предположений. Проф. Л. О. Даркшевич склоняется к тому, чтобы поставить их в зависимость от прививок, видя в них следствие отравления организма особыми ядами, вносимыми вместе с предохранительной эмульсией. (Roschaix) Роше и (Dugand) Дюран объясняют параличи цитотоксическими веществами, которые действуют на нервы спинного и головного мозга; В. К. Хорошко указывает, что под влиянием введения нервной ткани у животных могут развиваться параличи. Ж. Кош доказывает, что подобные параличи при антирабических прививках представляют собой ни что иное, как abortивную форму настоящей водобоязни (цитирую по Даркшевич). Против положений Ж. Кош'a говорят те случаи, когда параличи развивались у лиц, подвергавшихся прививкам, укушенных животными не пораженными уличным ядом.

При анализе симптоматологии нашего больного, мы видим явления с локализацией в двух местах: I) ядра п. *facialis*, II) кора головного мозга; в первом случае процесс протекал по типу полиомиелита, и, видимо, бывшие судороги в руке были результатом токсического воздействия на кору головного мозга вводимой эмульсией. Нет указаний считать данное заболевание лицевых нервов периферическим, так как для этого нужны односторонность поражения лицевого нерва и наличие реакции денервации и соответствующих этиологических моментов. Нет данных и за поражение в канале—отсутствуют симптомы с *chorda ftimpani* и последнее—нет поражения стволов нерва внутри черепа, которое является симптомом базального менингита, т. к. менингеальных симптомов нет. Мы не имеем оснований по клинической картине считать данные параличи, как симптом проявления ослабленного антирабическими прививками уличного яда, для этого нужен был бы инкубационный период и целая серия привходящих симптомов. Какой прогноз данного осложнения? Параличи, происшедшие от осложнения пастеровских прививок, протекают хронически, в благоприятном случае 2-3 месяца, наш случай с момента имеет уже давность 3-х месячную, а восстановление идет значительно медленнее, имеются только легкие улучшения в верхних ветвях и частично в нижних; надо полагать, что едва ли здесь будет полное восстановление функций VII пары.

На основании нашего случая и разбора литературного материала, мы полагаем, что параличи при пастеровских прививках вызываются, как следствие отравления организма, в частности Ц. Н. С. особыми ядами (цитотоксинами, невротоксинами), вводимыми в организм с антирабическими прививками.

Благодарю профессора В. П. Первушина за ценные указания при обследовании данного случая.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Л. Даркшевич.—Курс нервных болезней, т. II, ч. I. Изд. 1925 года.  
» » » » т. III, ч. I. Изд. 1911 года.
2. М. Аствацатуров.—Краткий учебник нервных болезней, 1924 г.
3. Р. Бинг.—Руководство к топической диагностике заболеваний головного и спинного мозга. Гиз, 1929 г.
4. Pfeilschmidt zur Kenntnis der Erkrankungen des Nervensystems bei Schutz, impfungen Neurol. Zentralblatt, 1908 г.
5. Хорошко.—Реакция животного организма на введение нервной ткани. Москва, 1912 год.
6. Н. С. Четвериков.—К патологической анатомии и патогенезу параличей при бешенстве у людей, Ж. Н. П., 1927 год.
7. Oppenheim Lehrbuch der Nerven Krankheiten. Berlin, 1923 г.



8. Б. Н. Могильницкий.—Изменение вегетативной нервной системы при бешенстве. Ж. Н. П. им. С. С. Корсакова, 1923 г.
9. Лаврентьев.—Из казуистики *Diplegie facialis* Журнал Невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1929 г.
10. Штрюмпель.—Учебник нервных болезней. Русский перевод.
11. Rigani Einfall von *Diplegiae facialis*. Jahresbericht der Neurologi und Psychiat. VII. 1904.
12. Топорков.—Параличи после антирабических прививок. Сборник В. III. № 1. Харбин.
13. А. И. Саватьев.—Бешенство. Ленгиз. 1927 г.

## К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

(Из Областной лечебницы для нервно-больных и Областной хирургической лечебницы)

М. Г. ПОЛЫКОВСКИЙ и С. И. КАНТОРОВИЧ.

Головной мозг довольно излюбленное место для всевозможных новообразований. Самыми частыми опухолями головного мозга являются глиома, солитарный туберкул, саркома и гумозная опухоль; несколько реже бывают карцинома и совсем редки случаи фибромы, ангиомы, холестеатомы, липомы и пр. (Oppenheim). Описываются случаи смешанных опухолей—глиомы и саркомы: глиома может принять при своем дальнейшем росте характер смешанной опухоли. Любой отдел головного мозга может быть поражен опухолью, но некоторые опухоли имеют более частую локализацию в определенной его части: так, глиома больше всего встречается в полушариях мозга, в мозжечке и Варолиевом мосту, а гумма редко встречается в мозжечке и еще реже в подкорковых ганглиях (Oppenheim).

Опухоль головного мозга есть тяжелое заболевание, ведущее или к инвалидности или к летальному концу, если во-время не принимают срочные меры. Терапия таких больных, если опухоль не гумозного характера, почти исключительно оперативная, а она возможна только в том случае, если новообразование расположено в доступной для операции области. Диагностика опухоли головного мозга часто бывает затруднена и тогда приходится выжидать появления новых симптомов, освещающих более точную диагностику и локализацию, но, с другой стороны, это выжидание может привести к печальным для больного последствиям.

В опубликованной во «Врачебной газете» статье прив.-доцента Раздольского—«Мы поздно оперируем», где автор сравнивает результаты диагностики и оперативного лечения опухолей центральной нервной системы русских и иностранных хирургов, говорится: «Русские хирурги сравнительно редко оперируют напрасно, т. е. они почти всегда находят опухоль, присутствие которой правильно признавал невропатолог. Напротив, иностранные хирурги, в частности американские, как будто оперируют попусту». По одной американской статистике только в 53 проц. диагностика опухоли была гистологически доказана. Но результаты оперативного вмешательства как в смысле восстановления функций, так и смертности, у иностранных авторов значительно лучше, чем у русских. Раздольский приходит к выводу, что у нас меньше диагностических ошибок и худшие результаты только потому, что мы поздно посылаем больных на операцию. Мы ждем новых симптомов, но этим самым ухудшается общее состояние и новые участки мозга вовлекаются в страдание, а восстановительная способность пораженных участков мозга весьма и весьма ограничена.

Нередко опухоль головного мозга трудно диагностируется. У Oppenheim'a в руководстве по нервным болезням описываются случаи, где долгое время опу-



холь не подозревалась даже и больные принимались за эпилептиков или функциональных невротиков (истерия, неврастения и т. д.). Мы долгое время наблюдали один случай амбулаторно, а затем и стационарно, где все время диагностировалась истерия, так как были налицо все симптомы истерии (характер, припадки и обективные данные) и только за 2 месяца до смерти у больной обнаружили патологические рефлексy и застойные соски. При вскрытии найдена опухоль подкорковых ганглиев. Другой случай у больного из нашей лечебницы, лечившегося от вульгарной гемиплегии, но последующим симптомам дал картину опухоли головного мозга. Пуссек описывает опухоль подкорковых ганглиев, которая принималась за энцефалит.

Таким образом, не всегда опухоль головного мозга диагностируется легко, но если диагностика установлена была более или менее точно, незамедлительно требуется оперативное лечение, радикальное, если опухоль помещается в оперируемой области, или хотя бы декомпрессивное. Самое опасное, что угрожает больному при выжидании всех новых симптомов—это переход застойных явлений в атрофию зрительных нервов, в слепоту.

Мы не будем в данной работе касаться теорий опухолей вообще: укажем только, что травма черепа довольно часто является основным этиологическим моментом опухоли. На это обстоятельство указывает в своем руководстве по нервным болезням Bing. В нашем случае, как это видно из истории болезни, причиной была тоже травма черепа.

Больной Ж-кзв, Георгий Гр., 34 лет, помещен 24-X—28 г. в областную лечебницу для нервно-больных. Из анамнеза выясняется, что до 1925 года был совершенно здоровым человеком. Женат, трое здоровых детей, служил бухгалтером с 1916 г. да, но в 25 году стал хуже справляться со служебными обязанностями и был переведен из бухгалтеров в счетоводы. В 1923 г. случайно получил сильный ушиб по голове упавшей с крыши одноэтажного дома тяжелой жердью. Удар был настолько сильным, что больной в течение приблизительно 30 минут был в безсознательном состоянии. Признаков перелома основания черепа не было. На следующий день и во все остальное время хорошо себя чувствовал, только временами были головные боли, на которые больным не обращалось большого внимания. В 1925 г. неожиданно был первый припадок без всяких предвестников, затем такие припадки стали повторяться с большими или меньшими промежутками. Припадки обычно начинались с подергиваний левого угла рта, болей в левом виске, отведения глаз влево; подергивания переходили на левую руку, левую ногу и затем общий эпилептический припадок. После каждого припадка сильная головная боль и головокружение. Припадки продолжались в 1926 и в 1927 г. г. В 1928 г. припадков не было.

При поступлении в лечебницу больной жаловался на сильные головные боли; сильную боль больной ощущал в левом виске и во лбу, преимущественно слева, жаловался на рвоту, вне зависимости от приема пищи, обильное слюнотечение, подергивание в лице, в левом углу рта и понижение зрения.

При исследовании отмечалось следующее: сжатие лица вправо при оскаливании зубов, при мимических движениях ассиметрии лица не обнаруживалось, легкое отклонение языка вправо, недостаточная конвергенция, отсутствие глоточных и небных рефлексов; очень незначительное повышение сухожильных рефлексов левых конечностей в сравнении с правыми, exophthalmus. При глубокой пальпации головы больной неизменно локализовал боль в левой височно-лобно-теменной области.

Исследование глаз 18-X—28 г. дало двусторонние застойные сосочки с явлениями неврита (Papillitis), с помутнением стекловидного тела. Гиперметропия правого 0,5, левого 4,0 D. Visus oc. d. 0,7, oc. sn. 0,8. Исследование крови 25-X—29 г. на реакции Вассермана, Сакс-Георги и Мейнике дало отрицательные результаты. Исследование спинно-мозговой жидкости 15-XI—28 г.: реакция Вассермана во всех дозах с тремя антигенами, результат отрицательный; реакция Сакс-Георги в дозе 1 к. с. результат отрицательный; реакция Pandy слабо положительная; Iph. N.-Appelt легкая опалесценция; плеоцитоза нет. Количество белка по Роберт-Стаппенову 0,45-00. Исследование глаз 3-XI—28 г. Visus OD. 0,9, OS 0,8, R—E. F—Neuritis n optici.



За время пребывания в лечебнице больной неизменно жаловался на головную боль, иногда очень интенсивную. Отмечалось несколько странное поведение больного—некоторая эйфория, недостаточно критическое отношение к своему заболеванию, иногда болтливость, настойчивость, придирчивость. Припадков в лечебнице не наблюдалось, но были частые подергивания в левом углу рта. Больному с диагностической и терапевтической целью было сделано несколько пункций. Жидкость вытекала большой струей, заметно было увеличенное давление. После каждой пункции самочувствие было лучше, меньше головных болей, улучшение зрения (не сливались буквы во время чтения).

На основании бывших у больного припадков характера Джаксоновской эпилепсии (припадки в лечебнице не наблюдались), застойных сосков, перешедших в *neuritis n. optici*, подергиваний в левом углу рта, паралича нижней ветви *n. facialis*, выпячивания глаз и общих симптомов (головные боли, рвота и т. д.) и на основании картины застойного *liquor'a* не трудно было диагностировать опухоль головного мозга.

Мы предполагали, что опухоль начала свой рост с передней центральной извилины в центре для *n. facialis* и рост свой продолжала к фронтальной части черепа. Поэтому у больного сравнительно мало симптомов со стороны передней центральной извилины и больше лобных симптомов. Операция оправдала наше предположение. Единственно, что нас смущало, это—суб'ективная локализация болей больше в левой половине черепа в лбно-височной доле и болезненность при глубокой пальпации в этой области. У Bing'a имеются указания, что при лобных опухолях сравнительно быстро застойные явления переходят в неврит. Оррп-heim, Бехтерев, Русских и др. авторы указывают на безусловное падение интеллекта при поражении лобных долей мозга, это было отмечено и у нашего больного.

Еще до наступления первого припадков больной не мог справиться со своей работой бухгалтера и был переведен в счетоводы. В лечебнице отмечались указанные выше дефекты психики. Хотя имеются указания в литературе (Бехтерев), что глубокая пальпация в смысле болезненности имеет значение для локализации опухоли, все же в нашем случае все клинические симптомы указывали на расположение опухоли справа, а не слева, и на основании этих клинических симптомов предложено было оперировать справа, не считаясь с суб'ективными ощущениями и глубокой пальпацией.

С лечением опухоли связано понятие об ее удалении, но это не всегда возможно, так как опухоли может не оказаться в определенном месте. Она может быть глубоко расположена, обширна, трудно отделяема от мозговой ткани. Опухоли головного мозга доступны удалению только в 16—20 проц.

Больной Ж. был переведен из нервной больницы в областную хирургическую больницу 18-XII—28 года с диагнозом: опухоль головного мозга в области правой лобной доли. С профилактической целью против инфекции больному в течение нескольких дней перед операцией давался уротропин по 0,5 (образование формалина в цереброспинальной жидкости). При операции применена местная инфильтрационная анестезия  $\frac{1}{2}$  проц. novocain + adrenalin, так как при таком способе избегается вредное влияние общего наркоза на сосудодвигательный и дыхательный центры, тем более, что, благодаря опухоли, повышено внутричерепное давление. Применение adrenalin'a уменьшает кровотечение из тканей при наличии венозного застоя. Инфильтрация novocain'a под Galea aroneurotica обезболивает кость и надкостницу, а твердая мозговая оболочка на выпуклой части, а также серое и белое мозговое вещество нечувствительны при действии извне (Braun).

24-XII произведена операция (оперировал д-р Одинцев). Сделан лоскутообразный разрез височно-теменной области справа до кости, затем трепанация кости. Твердая мозговая оболочка сильно напряжена, под ней почти в центре трепанационного отверстия видно изменение цвета мозга—белесоватое пятно. Костное отверстие



расширено кусаками, твердая мозговая оболочка рассечена в виде Z и частично расслоена на две пластинки. Сильное выпадение подлежащей части мозга; в выпяченной части обнаружилась опухоль в коре, отличающаяся по темновато-вишневому цвету и большей плотности от окружающей мозговой ткани. Опухоль осторожно отделена тупым путем и постепенно извлечена из глубины высочной области, причем пришлось частично расширить отверстие в кости. Появившееся кровотечение остановлено прижатием, внутривенным вливанием хлористого кальция и подкожно сыворотки. В каждый разрез введена полоска марли. Глухой шов. Операцию больной перенес совершенно спокойно. Кровотечение при удалении опухоли мозга—явление обычное, вследствие значительного венозного застоя. Послеоперационный период нашего больного протекал без всяких осложнений. На 3 день exophthalmus значительно уменьшился, головные боли исчезли. Зрение осталось прежним, так как операция была произведена уже в стадии атрофии зрительного нерва. Заживление первичным натяжением. Удаленная опухоль микроскопически представляла собой неправильной формы лепешку, утолщенную на середине, темно-вишневого цвета. Микроскопический препарат, исследованный в патолого-анатом. лаборатории д-ром Дягилевой, представляет из себя глиому, богатую клетками. Опухоль состояла из тонкой волокнистой опорной ткани, в которой заложены мелкие полиморфные клетки; значительное количество сосудов со слегка гиалинизированными стенками.

Последние данные о генезе, к которым относятся работы русских авторов за 1927 г. (Динабург, Смирнова, Лазарева), указывают на образование глиом из врожденных аномалий мозга. Такого же взгляда придерживается и Шмаус.

Данный случай представляет интерес с точки зрения диагностической, технической, хирургической и по своему благоприятному исходу, что в мозговой хирургии явление далеко не частое. Так, смертность по материалам Венской клиники за 1913 г. 40 проц., по данным международного съезда в Риме за 1926 г. 40 проц. и только у Кушинга 8 проц. Такая высокая смертность объясняется поздней диагностикой и неусовершенствованной хирургической техникой, а потому ранняя диагностика, направленная к раннему выявлению опухоли, своевременное удаление ее, когда силы организма не истощены и состояние мозга в благоприятных условиях, являются залогом успешного лечения опухолей мозга. Где радикальная операция не имеет шансов на успех, показана декомпрессивная трепанация.

Прошло больше 3-х месяцев со времени операции. За это время больной чувствует себя вполне удовлетворительно, имеет хороший сон и аппетит, нет головных болей, головокружения, подергиваний в лице, припадков; остались лишь паралич нижней ветви n. facialis и значительно меньшее выпячивание глаз. Однако, зрение у больного после операции не восстановилось.

Исследованием глаз от 8-III—29 года найдено острота visus O. D. 0,2, O. S. 6:200, атрофия optici об. глаз. Это значит, что начавшаяся до операции атрофия прогрессирует и больной поздно передан хирургам, но мы не можем на себя взять обвинения в этом, так как больной поздно поступил в нервную лечебницу.

По данному случаю следует сделать следующие выводы:

1) Суб'ективные ощущения и иррадиация болей в определенной части черепа не всегда могут служить правильным диагностическим признаком.

2) Глубокая пальпация может давать ошибочные указания.

3) Только при наличии многих симптомов можно высказаться с несомненностью за опухоль мозга, так как почти каждый симптом в отдельности может быть симптомом другого заболевания.

4) При диагностике опухоли операция необходима возможно раньше, хотя бы декомпрессивная, особенно, если опухоль расположена ближе к лобным долям, во избежание могущего наступить раннего неврита n. optici и возможности глубокого расстройства интеллекта.



## ЗНАЧЕНИЕ БИЛИРУБИНЭМИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

(Из 1-ой Советской больницы г. Златоуста)

Д-р А. А. ГОРОДЕЦКИЙ.

Эволюция проблемы желтухи очень многим обязана в своем развитии изучению состояния и происхождения билирубина крови. Этот последний по современным воззрениям является продуктом образования ретикуло-эндотелиальной системы, главным образом, Купферовских клеток печени (Mac Née, Lerepe и др.). Материалом для синтеза билирубина служит гемоглобин крови. Купферовские клетки выделяют билирубин в кровь, где он находится в связанном с белками плазмы состоянии и лишь при чрезмерном накоплении его в крови вследствие ли чрезмерной продукции (гемолитическая желтуха) или вследствие нарушенного выделения (паренхиматозная желтуха), билирубин встречается и в свободном динамическом состоянии (Van Den Bergh). На долю печеночных клеток выпадает роль выводить билирубин крови через желчные пути. Нормальные цифры билирубина крови равны 6,25 mg% на 100 грамм сыворотки. На нашем материале, состоящем из 148 случаев желтух, из которых 94 катаральных, 54 сальварсанных, (из числа которых часть оставалась латентными, а 3 закончились острой желтухой и атрофией печени) мы имели возможность убедиться в практическом значении билирубинемии.

Диагноз желтухи, который обычно ставится на основании окраски кожи и склер, нельзя считать ранним потому, что пропитывание тканей желчью является поздним признаком желтухи. Сначала будет повышение билирубина крови, затем билирубинурия, а затем уже через несколько дней, а иногда и недель, наступает окраска кожных покровов. Таким образом состояние билирубина крови может указать на начинающуюся и латентно протекающую желтуху, при чем продромальные симптомы или сопутствуют гипербилирубинемии, или в некоторых случаях предшествуют ей. Пользуясь этим способом у многих больных сифилитиков, лечавшихся сальварсаном, мы могли улавливать желтуху задолго до развития клинически выраженных форм, при чем некоторые латентные желтухи так и не переходили в стадий клинически выраженных, хотя на лицо был динамический билирубин крови, увеличенные печень и селезенка, общая слабость, потеря веса, уробилин в моче и другие признаки так назыв. «сальварсанной желтухи».

Для улавливания таких желтух мы пользовались помимо наблюдения в вендинспансере (д-р Нарциссов) еще массовым исследованием сывороток крови на билирубин попутно с постановкой на RW. При чем нами бралась стандартная пробирка с раствором Kali bichromic окраска которой соответствовала Icterus index по Meulengracht'у 3, т. е. границы нормы и патологического состояния билирубина в сыворотке.

Все сыворотки, имевшие идентичную со стандартом или более интенсивную окраску, подвергались дальнейшему исследованию по Van den Bergh'у и по Бакальчуку. Таким образом определялось, имеется ли динамический билирубин или только связанный с сывороткой icterus index и количество билирубина в mg% на 100,0 сыворотки. Опыт вскоре показал целесообразность такой методики: мы могли определить латентную желтуху и не только поставить больного в надлежащие условия терапии и диеты, но также предохранить его от дальнейшей сальварсанной терапии. В клинически выраженных случаях желтухи повторные исследования билирубина вносят большую ясность в динамику процесса. Ориентация по окраске склер и кожных покровов не дает такого ясного отчета о состоянии заболевания и может повести к ошибочным выводам тем более, что за последнее время описаны случаи «безжелтушных желтух» (Erpinger). Особенно важно следить за билирубинемией в период выздоровления, так как возвраще-



ние ее к норме соответствует и восстановлению функции печени. Погрешности в диете раньше этого времени могут дать возврат желтухи, что мы имели в случае Н., у которого исчезла желтушная окраска склер, исчезла уробилинурия и только держалась билирубинемия (12 mg% на 100,0 сыворотки). То же можно сказать и об уменьшении печени. Трактовать это явление как благоприятное нужно только в связи с состоянием гипербилирубинемии, т. к. при одновременном нарастании билирубина уменьшение размера печени может указывать на начало острой желтой атрофии печени.

Функциональная проба печени определением билирубинемии не может считаться достаточной, чтобы иметь понятие о столь разнообразной деятельности этого органа, т. к. билирубинообразование и выделение его есть только одно из проявлений деятельности печени, но этой односторонностью грешат и все остальные функциональные пробы печени. Преимуществом его является простота. Печень не подвергается никаким химическим раздражителям, как это мы имеем при пробах с красками—индигокармин, синька, тетрабром-фенолфталеин-натрий. Последний, действуя феноловой группой, сам может вызвать повышение билирубина крови. Во всяком случае исследование билирубина, если само по себе и недостаточно для представления о функции печени, то оно может дополнить любую другую функциональную пробу без особенного труда для исследователя и вреда для больного.

Стремление придавать билирубинемии дифференциально-диагностическое значение при неясных заболеваниях правой половины живота (аппендицит, холецистит, язва желудка, язва 12-ти перстной кишки, почечные колики) за последнее время встречает много возражений. Так Reiche на основании 156 проверенных секций, операцией и рентгеном случаев приходит к заключению, что при язве желудка повышенный билирубин крови встречается в 10 проц., при язве 12-ти перстной кишки в 25 проц. и при истинных невросах желудка в 35 проц. и что в сомнительных случаях не может служить дифференциально-диагностическим признаком. В нашей практике мы также не имели случая убедиться в полезности этой методики.

Что касается вопроса об исследовании гипербилирубинемии с целью определения начинающейся сердечной недостаточности (Босин), то по нашим наблюдениям этот признак нельзя считать очень ранним и ему обычно предшествуют другие клинические симптомы недостаточности сердца: одышка, цианоз, припухание печени, повышенное кровяное давление\*) и т. д.

Едва ли разработка этого метода имеет большое будущее в функциональной диагностике сердца, т. к. образование и выделение билирубина к деятельности сердца имеет не прямое, а косвенное отношение и существующие методы функциональной диагностики сердца как по своей точности, так и по раннему распознаванию декомпенсации, значительно превосходят его. Наконец, в оценке небольших колебаний билирубина крови нужно быть крайне осторожным, т. к. оно может зависеть от различных причин, а именно:

1. Усиленный гемолиз крови может повысить содержание билирубина; к таким факторам между прочим относится и глистная инвазия, которая является гемолитическим и гепатогенным ядом.

2. Экстракт папоротника, по наблюдениям А. С. Зайцевой, также ведет к повышению билирубина крови вследствие повреждения паренхимы печени. Из этого вытекает важное практическое правило: не давать мышьяка тотчас после изгнания глист, не проверив состояния билирубина крови.

\*) При развитии недостаточности сердечной деятельности кровяное давление обычно понижается. (Редакция).



3. Описаны случаи familialной конституциональной билирубинемии, которая является врожденной, без наличия патологического состояния печени (проф. Лифшиц).

4. Нервно-психический аффект и расстройство со стороны вегетативно-нервной системы могут вызвать повышенный билирубин крови (Ewald, Reiche). Проф. Губергриц в монографии «грудная жаба» описывает случай, когда больной, страдающий *angina pectoris*, имел иктеричную окраску и трактовался как больной с желчными камнями. На секции подтвердился диагноз *Angina pectoris* и никаких изменений в печени найдено не было.

5. Наконец, по исследованию Meyer и Knipfer, проверенному д-ром Петрушиным из клиники проф. Зимницкого, количество билирубина крови понижается после приема пищи у субъектов с нормальной печенью, остается без изменений в случае легкой функциональной недостаточности (легкая катарральная желтуха) и повышается в случаях со значительно выраженным поражением печени (тяжелая желтуха на высоте заболеваний).

Все эти факты должны быть учтены при интерпретации билирубинемии. В заключение несколько слов о реакции Бакальчука (описано во «Врач. Деле», № 6, 26 г.), которая, в противоположность всем другим реакциям на количественное определение билирубина, отличается чрезвычайной простотой и несложностью входящих в нее ингредиентов. Эта простота дает возможность использовать реакцию для массовых исследований, например: определение состояния билирубина крови у различных конституциональных типов (Tonckay). Единственным недостатком ее является потеря демонстративности окраски при конечных разведениях сыворотки и большие колебания билирубина в двух смежных пробирках, что особенно существенно при высоком его содержании (200, 0—400,0 на 100,0 сыворотки).

Введение промежуточных разведений хотя и устраняет этот недостаток, но усложняет технику производства реакции.

### ВЫВОДЫ:

1. Попутное исследование билирубина крови с постановкой RW помогает клиницисту выявлять латентные желтухи.

2. При помощи билирубинемии уточняется контроль за желтушными больными.

3. Одновременное уменьшение печени и увеличение билирубинемии могут привести к раннему диагнозу острой желтой атрофии печени.

4. Метод Бакальчука дает возможность практическому врачу широко пользоваться билирубинемией благодаря простоте техники реакции и доступности входящих в нее реактивов (диазореактив Эрлиха, спирт).

## ПРОВЕРКА РЕАКЦИЙ ВЕЙССА, РУССО И КРОНБЕРГЕРА ДЛЯ ПРОГНОЗА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕКИХ\*)

(Из Свердловской Туберкулезной больницы-санатория)

А. А. МАЛЯРОВ

Почти год тому назад мы задались целью проверить так называемые урохромогенные реакции Вейсса, реакции Руссо и Кронбергера на больничном материале туберкулезного санатория.

\*) Доложено на конференции врачей-туберкулезников в г. Свердловске 21 ноября 1928 года.



Техника этих реакций очень проста: для реакции Вейсса мы после фильтрования свежей утренней мочи брали 5 куб., разбавляли дистиллированной водой до обесцвечивания, обычно до 40 куб., и разливали в 4 пробирки по 10 куб. Водну пробирку прибавляли 3 капли раствора 1% марганцево-кислого калия, в другую 2 капли, в третью—1 каплю, 4-я была контрольной. При положительной реакции жидкость при взбалтывании окрашивалась в желтый канареечный цвет. Если окрашивание получалось от 1 капли марганцево-кислого калия, то реакция считалась резко положительной (+++), от 2 капель явно положительной (++) и от трех капель—слабо положительной (+).

Для реакции Руссо мы брали 5 куб. профильтрованной мочи и прибавляли 5 капель 1% водного раствора метиленовой синьки. В нормальной моче получалось светлосинее окрашивание, в положительном случае при взбалтывании пробирки жидкость становилась зеленой—изумрудной (цвета осенней травы)—при стоянии.

Реакция Кронбергера заключалась в следующем: мы брали 5 куб. профильтрованной мочи, прибавляли 8 капель Люголевского раствора (Jodi puri 0,17, Kali iodati 0,34, Aq destill 50,0), 8 капель водного раствора генциан-виолет 1/200.0 и 2,5 абсолютного спирта или спирта 95 град. В нормальной моче при взбалтывании получалась фиолетово-вишневая окраска, в патологических случаях переходящая в красный цвет, вплоть до коричневого. Красный оттенок мы считали за слабо положительную реакцию (+), резко-красную за явно положительную (++) и кирпично-красный оттенок за резко положительную (+++).

Трудность работы вначале для нас заключалась в том, что реакция Вейсса представляет довольно известную и распространенную реакцию, описание же реакций Руссо и Кронбергера мы нашли только в «Лабораторной диагностике туберкулеза» Бланк, где было сказано, что эти реакции прогностически неблагоприятны при туберкулезе, при чем было указано, что при реакции Руссо в патологическом случае окрашивание переходит в зеленый цвет, а при реакции Кронбергера—в красный цвет и только; интенсивность же цветов, окраски, приходилось вырабатывать в процессе работы. Других указаний относительно этих реакций в доступной нам литературе найти не удалось. Только за последнее время мы нашли в «Вопросах туберкулеза» за 1924 г. статью Мееровича «Значение урохромогенных реакций» и р. Руссо при туберкулезе легких» и статью Чекалова «К вопросу о прогностическом значении урохромогенной реакции Вейсса при легочном туберкулезе». В этих статьях великолепно разработаны вопросы о реакции Вейсса, вскольз говорится о р. Руссо и нет ни слова о р. Кронбергера.

Химизм урохромогенной реакции Вейсса состоит в том, что бесцветный урохромоген, находящийся в патологической моче, окисляясь с помощью марганцево-кислого калия, переходит в урохром желтовато-коричневого цвета, который содержится в моче здоровых людей. По мнению Вейсса, патологический урохромоген связан исключительно с эндогенным обменом веществ, в норме же моча содержит желтое красящее вещество—урохром, который образуется при окислении урохромогена. Местом образования урохромогена и урохрома Вейсс считает почки. Выделение почками при патологических условиях вместо физиологического урохрома менее окисленного урохромогена объясняется токсическим повреждением и расстройством внутри-клеточного сгорания. Появлению в моче урохромогена Вейсс придает большое значение при туберкулезе легких, так как при этой болезни урохромоген появляется уже при токсемии, которая при туберкулезе легких является признаком грозного прогноза, так как она почти всегда обусловлена либо большим распространением специфического процесса, либо казеозным перерождением очага. Следствием токсемии является пониженная сопротивляемость организма туберкулезной инфекции. Эта пониженная сопротивляемость, между прочим, обнаруживается перерождением клеточной способности к окислению,—выделяется урохромоген вместо физиологического урохрома.

Относительно р. Руссо в статье Мееровича есть указание, что Руссо причиной происхождения своей реакции считает бактериальные токсины. В 1-й стадии туберкулеза по Руссо реакция всегда отрицательная, во 2-й стадии  $\frac{1}{3}$  случаев положительных, в 3-й стадии всегда положительная, при чем постоянно положительная реакция прогностически неблагоприятна. По наблюдениям Voit'a в большинстве случаев туберкулеза легких сначала появляется урохромогенная реакция,



а в далеко зашедших случаях присоединяется и реакция Руссо. Во всех наблюдаемых им случаях с положительной реакцией Руссо больные умерли в течение 6—8 недель, а потому, по его мнению, постоянное ее появление говорит за плохой прогноз, что подтверждают и наши наблюдения.

Что же касается р. Кронбергера, то, к сожалению, в доступной нам литературе о химизме этой реакции и вообще о ней, кроме указанного руководства Бланка, нам ничего не удалось найти, а, между тем, эта реакция больше всего интересует нас. Так как урохромоген по Вейссу имеет характер кислоты и способен образовывать соли, растворяющиеся в воде и спирте, то мы считаем, что в реакции Кронбергера спирт, участвующий в реакции, растворяет урохромоген, при чем получается красно-кирпичное окрашивание выпадающего урохрома. Реакция Кронбергера также зависит, по нашему мнению, от токсемии организма, так как получается она большей частью в процессах с явлениями распада или в процессах генерализованных.

Имея в виду проверку прогностического значения всех этих 3-х реакций у туберкулезных больных, нами с марта 1928 года при общем исследовании мочи у больных туббольницы-санатория производились попутно реакции Вейсса, Руссо и Кронбергера у всех больных, лежавших в больнице, без всякого подбора.

Общее число больных, у которых были произведены эти реакции, 98, при чем реакция Вейсса была сделана у 94 больных, реакция Руссо у 71 больного и реакция Кронбергера у 72 больных.

Таблица № 1.

	В абсолютных цифрах						В процентах (1 : 100)					
	В.		Р.		К.		В.		Р.		К.	
	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—
Тбс Р А . . . . .	—	3	—	1	—	1	0	100	0	100	0	100
Тбс Р В . . . . .	17	55	2	55	11	47	23,6	76,3	3,5	96,5	18,9	81,1
Тбс Р С . . . . .	7	5	1	5	5	1	58,3	41,7	16,6	83,4	83,4	16,6
Гнойный плеврит .	2	1	2	1	3	—	66,6	33,4	66,6	33,4	100	—
Экссудатив. плеврит	—	2	—	2	1	1	—	100	—	100	50	50
Абсцессы легких .	—	1	—	1	—	1	—	100	—	100	—	100
Эмпиема легких .	—	1	—	1	—	1	—	100	—	100	—	100
Всего . . . . .	26	68	5	66	20	52	28	72	7	93	27,8	72,2

Рассматривая таблицу № 1, где суммированы результаты реакций, мы видим, что туберкулез компенсированный не дает ни одной положительной реакции, при туберкулезе субкомпенсированном реакций Вейсса положительных имеем 17 и отрицательных 55, реакций Руссо 2 положительных и 55 отрицательных, реакций Кронбергера 11 положительных и 47 отрицательных. При декомпенсированной же форме мы видим другое соотношение: Вейсс дает 7 положительных и 5 отрицательных, Руссо 1 положительную и 5 отрицательных, Кронбергер 5 положительных при 1 отрицательной. В другой половине таблицы мы видим те же данные, взятые для сравнения по отношению к 100. Тут мы видим, что все



три реакции оказались положительными в большом количестве при декомпенсированной форме туберкулеза, при чем самую большую цифру дает реакция Кронбергера—83,4 проц., затем—Вейсса (58,3 проц.) и, наконец, Руссо (16,6 проц.).

Что касается других болезней, оказавшихся в числе больных, то при гнойном плеврите р. Вейсса и р. Руссо в 2 случаях были положительными и в одном отрицательными, р. Кронбергера во всех 3-х случаях была резко положительна. Надо сказать, что все три случая гнойного плеврита были на туберкулезной почве, и 2-е из них умерло, а судьба третьего неизвестна. Экссудативный плеврит—2 случая—дал только одну положительную реакцию Кронбергера, другие—реакции отрицательные. Абсцессы легких и эхинококк легких дали все реакции отрицательные.

Что касается судьбы больных с декомпенсированной формой туберкулеза, то следует отметить, что двое больных, давшие положительную реакцию Кронбергера, умерли, при чем у них перед смертью появилась р. Руссо ясно положительная, двое больных лежат в больнице, и процесс у них прогрессирует, одна больная выписалась без улучшения, —исход неизвестен, и, наконец, один больной, у которого р. Кронбергера была отрицательна, выписался с объективным улучшением: туберкулез из декомпенсированной формы перешел в компенсированную.

Таким путем мы приходим к выводу, что все три реакции получаются при туберкулезе легких только в том случае, когда есть уже явления распада, или когда процесс генерализован. Начальные формы туберкулеза легких реакций Вейсса, Руссо и Кронбергера не дают, так как условий образования урохромогена нет, нет токсемии, в чем мы сходимся с выводами Неймана, который в своей «Клинике легочного туберкулеза» указывает, что «урохромогенная проба Вейсса не позволяет отличить начальную чахотку от abortивного туберкулеза верхушек. Если урохромогенная проба оказывается положительной, то в это время имеется уже достаточно клинических данных для диагностики тяжелого заболевания».

Среди наших больных было 2 случая, где начальный неблагоприятный прогноз сменился в последующем на более лучший.

Первый случай—это больной С., поступивший в больницу 6 марта 28 г. с левосторонним пнеймотораксом и незначительными явлениями справа. Был поставлен диагноз туберкулеза III Вн. Температура у больного была субфебрильная (37,2). Больному делали вдвигание до 24 марта, когда развился спонтанный пнеймоторакс, температура поднялась до 38 град., затем в апреле температура снизилась до 37 и в мае сделалась нормальной. 15 июня больной был выписан с улучшением. Произведенное 8 марта исследование мочи и крови дало: р. Вейсса, Руссо и Кронбергера отрицательные, лимфоцитов 22, Р. О. Э. 29', в мокроте ВК несбольшими скоплениями. 3-го апреля Вейсс стал явно-положительным (++) , Руссо и Кронбергер положительными ( ). До выписки больного реакций, к сожалению, не производилось.

7 сентября больной вновь поступил в больницу с обострением справа. Слева гнойный плеврит. Температура до 38,5. 15-IX выкачено 2.500 гнойного экссудата, 18-IX—1500,0, 2-X—1200,0. В октябре температура спускается до 37 град. В это же время у больного появляется свищ по левой аксиллярной линии, из которого выделяется гной. В ноябре температура падает до нормы, общее состояние улучшается. Реакции за это время дали картину: 10-IX—В+, Кр++ ; лимфоцитов 28, РОЭ 30', ВК отсутствуют, 24-IX—В+, Кр++ ; 19-X—В+, Р—, Кр+.

В этом случае мы видим, что урохромогенная реакция, особенно р. Кронбергера сопутствует интоксикации организма. Когда больной поступил 2-й раз с явлениями двухстороннего процесса, р. Кронбергера из слабо положительной переходит в явно положительную и затем с улучшением процесса опять переходит в слабо положительную. Реакция Руссо в этом случае была отрицательной.

Другой случай: больная Л. поступила 29 сентября 1928 г. с диагнозом Твс Р В III, по схеме Захарьинской санатории  $\frac{12}{1. 2. 3}$ . Левосторонний сухой плеврит, левосторонняя катарральная пнеймония. Температура больной доходила до 38 град.



Исследование 1 октября дало: В —, Р ++, К ++++, в мокроте ВК abs, найдены бактерии неопределенной флоры, в крови лимфоцитов 19, Р. О. Э. 35".

15 октября процесс уже пошел на улучшение, хрипов стало значительно меньше, температура субфебрильная, самочувствие лучше. 19 октября В—, Р—, К—. В настоящее время больная чувствует себя хорошо. Температура нормальная.

Таблица № 2.

Реакции		Лимфоцитоз	Р. О. Э.
Кронбергер	+	21 (12—33)	Р. О. Э. 22" (10"—55")
"	++	19 (10—28)	" 41" (23"—53")
"	+++	19	" 21" (8"—35")
Вейсс	+	21 (12—33)	" 34" (14—55")
"	++	25 (10—44)	" 41" (8—61")
Руссо	+	15 (10—19)	" 28" (8—53")
"	++	19	" 35"

На таблице второй мы видим сравнение урохромогенных реакций с лимфоцитозом и Р. О. Э. Для р. Кронбергера мы видим известное соотношение. Там, где лимфоцитоз равен 21 в среднем, а Р. О. Э.—22",—р. Кронбергера дает один плюс, с понижением лимфоцитоза до 19 и одновременным увеличением реакции осаднения до 41", увеличивается положительность р. Кронбергера до 2 плюсов и, наконец, р. Кронбергера была резко положительной в двух случаях, где Р. О. Э. было 8" и 35" и лимфоцитоз 19.

Что касается реакции Вейсса, то для нее такое же соотношение получается с Р. О. Э. с повышением последней с 34" до 41", и р. Вейсса из слабо положительной превращается в явно положительную, лимфоцитоз же, наоборот, с повышением дает повышение и реакции. Реакция Руссо также совпадает с Р. О. Э., т. е. повышается с ускорением Р. О. Э. (с 28" до 35"), лимфоцитоз же, наоборот, увеличивается с 15 до 19 с повышением реакции Руссо.

В общем, несмотря на то, что работу необходимо продолжать и в смысле накопления большего материала и в смысле наблюдения за дальнейшей судьбой больных, особенно давших положительные реакции и выписанных с улучшением, все же мы позволяем себе сделать следующие выводы.

1.\*) Реакции Вейсса, Руссо и Кронбергера получают только в случаях туберкулеза легких субкомпенсированной и декомпенсированной формы при явлениях токсемии, значительно выраженной.

2. Перечисленные реакции имеют прогностическое значение. Они говорят о тяжести случая, но не о безнадежности его, так как с улучшением состояния организма и уменьшением токсемии могут исчезать.

3. Из всех трех реакций наиболее показательной мы считаем реакцию Кронбергера, затем реакцию Вейсса и потом реакцию Руссо.

4. Урохромогенным реакциям сопутствуют Р. О. Э., т. е., с повышением последней увеличивается и положительность урохромогенных реакций.

5. Несмотря на то, что все эти реакции получаются при ясно выраженной клинической картине, все же они, несомненно, помогают клиницисту при выяснении прогноза.

\*) Ред. Далеко не все исследователи сходятся по вопросу о специфичности и прогностическом значении реакций Вейсса, Руссо и Кронбергера, а поэтому вывод автора требует дальнейшей проверки.



## БОРЬБА С КОРЬЮ, КАК С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

По данным клиники инфекционных болезней в г. Перми (директор проф. Г. В. Флейшер)

Д-р М. Ф. НИКОЛАЕВА.

Вопросу о кори, как о внутрибольничной инфекции, уделяется много внимания на страницах печати, особенно в последние годы. Являясь инфекцией высоко контагиозной, корь поражает почти поголовно все детское население в возрасте от нескольких месяцев до 13—14 лет (в более старшем возрасте процент заболеваемости равен 2,7 — Degkwitz). Особенно большое значение она имеет для детей с ослабленной конституцией, страдающих туберкулезом или рахитом, давая среди них наиболее высокую смертность. В литературе описаны эпидемии кори, дававшие до 50 проц. и выше больничной смертности. По Degkwitz'y, средняя смертность от кори равна 6—7 проц.

Немаловажное влияние на процент смертности оказывают материально-бытовые условия. Так, по Rosenfeld'y, дети бедных кварталов дают смертность в 20 раз большую, чем дети более обеспеченных родителей, что, в свою очередь Pfandler'ом объясняется заболеваемостью детей бедняков в более раннем возрасте. Для возраста старше 3 лет экономически-бытовые условия играют еще большую роль. По Godfrey до 70 проц. всей смертности от кори падает на возраст до 3-х лет. Многие авторы до 90 проц. всей смертности относят на возраст до 5-ти лет. Lichtenstein идет еще дальше и всю смертность от кори относит на этот возраст. Наши данные за три года по больнице дают смертность при кори до 5-ти лет, равную 93 проц. всей смертности.

Являясь сама по себе болезнью чрезвычайно тяжелой, корь делается настоящим бичем, если присоединяется к другой инфекции. Особенно тяжело протекает комбинация кори со скарлатиной. Розанов С. Н. приводит данные за 11 л. по Московской образцовой детской больнице, где смертность от скарлатины в среднем была 12,9 проц., от кори 22,9 проц., а от комбинации скарлатины с корью 37,5 проц. За 1924 г. данные его таковы: смертность от двойных инфекций повысилась до 45 проц. при смертности от скарлатины 14,2 проц. от кори 28,5 проц. Параллельно смертности идут и осложнения. По Розанову С. Н. за 1924 год бронхопневмонии наблюдались при кори в 42 проц., при скарлатине в 8 проц., а при смешанной инфекции 52,8 проц. Такой же параллелизм он отмечает и по отношению других осложнений, кроме нефритов, процент которых заметного увеличения не давал.

По данным нашей больницы за 1926—29 г.г. смертность, за вычетом умерших на первые сутки, равна от скарлатины 9,58 проц., от кори 14,10 проц. Чистые формы скарлатины дали 9,31 проц. смертности, а комбинация скарлатины с корью 10,30 проц. Последняя цифра чрезвычайно мала, вследствие того, что в общем числе внутренних заболеваний корью были больные, получившие до заболевания сыворотку коревых реконвалесцентов или сыворотку здоровых. Процент же смертности среди непривитых при комбинации скарлатины с корью равен 26,4 проц. Значительную роль в размахе коревой инфекции в скарлатинном отделении играло наличие большого числа детей младших возрастных групп, не перенесших ранее кори: 58,12 проц. всех больных были до 5 л. Заболеваемость же корью этой



возрастной группы скарлатинных больных значительно выше заболеваемости первичной корью: для смешанной инфекции она равна 86,63 проц., а для чистой кори 62,21 проц.

С. Н. Розанов, приводя данные по Московской больнице за последние 4 года, отмечает, что в скарлатинном отделении процент внутрибольничных заражений корью был значительно выше, чем во всех других отделениях. Так, 6684 скарлатинных больных дали 4,51 проц. заболеваний корью, 5729 терапевтических—0,96 проц., 3095 хирургических—0,90 проц. и 2864 дифтерийных—0,24 проц. заражений корью. Такие же данные приводятся и многими другими авторами. Одной из основных причин наличия внутрибольничных заболеваний корью является одновременное существование эпидемии кори и скарлатины. Значительное увеличение заболеваемости корью и скарлатиной в последние годы видно из сравнения коэффициента заболеваемости на 10.000 населения. По Перми коэффициент для кори с 90,3 в 1925 г. возрос до 159,4 в 1928 г., для скарлатины с 44 до 57,6. Такое же нарастание коэффициента заболеваемости по указанным инфекциям по Ленинграду приводит Данилевич И. Г.

Заносится корь в скарлатинные отделения преимущественно самими больными, находящимися в стадии инкубации. Около 70 проц. скарлатинных больных до поступления в отделения проходят через амбулатории, где возможность инфекции наиболее вероятна. В довольно большом проценте случаев причиной внутрибольничной инфекции являются диагностические ошибки врачей, и только в единичных случаях источник инфекции не удается установить; за 1928 г. занос кори в скарлатинное отделение, вследствие неправильности диагноза, имел место в 26 случаях.

Трудность борьбы с корью, при условии работы в инфекционных отделениях, где нет совершенно отдельного и правильно поставленного приемного покоя, становится очевидной. Летучесть коревого вируса и восприимчивость к нему настолько велики, что 5—10 минутное пребывание коревого больного в приемной, при отсутствии всякого контакта с больными стационара, достаточно для заноса инфекции в отделение. Даже закрытые двери приемной комнаты и палат не предохраняют от заражения стационарных больных. Заразительность коревого больного начинается с катаррального периода, когда клинически диагностировать или даже заподозрить корь не всегда удается. Обычно коревой вирус успевает фиксироваться на довольно большом количестве детей, размещенных в разных палатах. Возможность переноса инфекции через третье лицо не всегда удается доказать. Повидимому, в таких случаях главную роль играет сам больной, как источник инфекции, и атмосфера.

Все последующие гигиенические мероприятия обычно не приводят к цели. И только сыворотка коревых реконвалесцентов и здоровых (перенесших ранее корь) по Degkwitz'у является почти единственным и могущественным средством в борьбе с корью, как с внутрибольничной инфекцией.

Weisbeker'ом сыворотка коревых реконвалесцентов была применена в 1896 г. с терапевтической целью у 4-х больных послекоревой пневмонией с хорошим результатом. Затем был проделан ряд опытов профилактического применения сыворотки реконвалесцентов с благоприятным результатом. Но опыты эти недостаточно были оценены и не фиксировали на себе достаточного внимания. И только в 1919—20 г. г. Degkwitz'ом был опубликован его способ профилактики кори сывороткой коревых реконвалесцентов, указаны точно дозы и способ изготовления сыворотки, получившие в настоящее время всеобщее признание. К сожалению, сыворотка эта не всегда доступна, вследствие трудности получения и отсутствия организованной заготовки ее.

Наиболее широкое распространение сывороточная профилактика кори достигла с момента опубликования результатов профилактического действия сыво-



ротки взрослых. Теоретическим обоснованием применения ее служило то, что до 90 проц. всех взрослых переболели корью и имеют в своей сыворотке специфические антитела, хотя и в значительно меньшем количестве. Дозы в 30,0 в 50 проц. случаев предохраняют от кори (Degkwitz), а в остальных случаях дают легкое течение. Данные Degkwitz'a были проверены целым рядом авторов и в основном подтверждены на большом материале. Другие попытки применения методов пассивно-активной профилактики кори, предложенные в последние годы, находят себе сдержанную, а в некоторых случаях и отрицательную оценку.

За три последние года нами, на ряду с сывороткой реконвалесцентов, применялась и сыворотка взрослых. Всего с 1 января 1926 года по 1 января 1929 года смешанных инфекций (скарлатины с корью) было 188. 18 больных поступило с двумя инфекциями, 24 в инкубационном периоде и 146 заразилось корью в больнице. До 50 проц скарлатинных больных ранее не перенесли кори. Пассивной иммунизации было подвергнуто 470 ч., из коих 376 больных получили сыворотку реконвалесцентов, 86 сыворотку взрослых и 8 смешанную. Сыворотка реконвалесцентов бралась не ранее 7—8-го дня нормальной температуры у здоровых детей, при чем преимущество оказывалось сыворотке, взятой от нескольких больных. После соответствующей обработки сыворотка с 1/2 проц. раствором карболовой кислоты сохранялась иногда довольно значительное время. Сыворотка взрослых бралась у матерей, ухаживавших за своими детьми и также предпочтение оказывалось смешанной сыворотке. Вводилась она, как правило, внутримышечно; каких-либо вредных последствий от применения сыворотки не отмечено.

Всего израсходовано сыворотки 4141,0 из них сыворотки реконвалесцентов 2571,0, сыворотки взрослых 1570,0. По годам расход сыворотки распределяется следующим образом:

в 1926 г. на 200 б-х израсх. сыв. реконв. 379,0 сыв. взр. 285,0  
 » 1927 г. на 148 » » » 1019,0 » » 647,0  
 » 1928 г. » 122 » » » 1175,0 » » 538,0

Сыворотка вводилась в дозах от 2,0 до 15,0 для сыворотки реконвалесцентов и от 10,0 до 14,0 сыворотки взрослых.

От 2,0 до 5,0 сыворотка реконв. была введена 156 больным.

» 5,0 » 10,0 » » » 123 больным

больше 10,0 » » » 90 больным

не указано количество сыворотки у 11 больных

Смешанная сыворотка введена 8 больным. Сыворотку взрослых от 10,0 до 15,0 получило 30 чел., от 15,0 до 30,0 43, от 35,0 до 40,0 9.

Мелкие дозы сыворотки почти целиком должны быть отнесены на 1926 год. Некоторые больные получали сыворотку повторно.

Таблица 2.

Возрастной состав больных, иммунизированных сывороткой:

	От 0—1 г.	1—3 г.	3—5 л.	5—10 л.	Старше
Сыворотк. реконвалесц. . . . .	30	186	74	60	26
„ взрослых . . . . .	7	50	17	8	4
„ смешанной . . . . .	—	3	3	1	1

Сыворотка вводилась, как правило, в первые же дни инкубации, если предполагаемый источник инфекции был известен. Иногда этого сделать не удавалось, вследствие неизвестности источника инфекции, или, чаще всего, за отсутствием



в нужный момент достаточного количества сыворотки. Сопоставление времени введения сыворотки и дня заболевания дает нам возможность судить о своевременности применения сыворотки:

Табл. 3.

Время заболевания	1926 г.		1927 г.		1928 г.		Всего	
	С. взр.	С. рек.	С. взр.	С. рек.	С. взр.	С. рек.	С. взр.	С. рек.
От нескольких дней до недели . . . . .	10	15	1	1	—	5	11	21
До 2-х недель . . . . .	6	28	3	14	—	8	9	50
„ 3-х „ . . . . .	3	12	—	3	—	3	3	18
Позднее . . . . .	1	3	1	6	—	6	2	15
Всего . . . . .	20	58	5	24	—	22	25	104

Таким образом, можно считать, что все 32 больных, заболевших на первой неделе после введения сыворотки, были иммунизированы слишком поздно—в последние дни инкубации и даже в первые дни болезни. Цифра эта может быть значительно увеличена за счет заболевших в течение второй недели. И только 29,4 проц. больных получили сыворотку своевременно. По годам это представится в следующем виде: в 26 г. из 78 иммунизированных больных своевременно получили сыворотку 19 или 24,3 проц., в 27 г. процент удачных случаев повысился до 34,4 проц. (из 29 заболело 10), в 28 г. 40,9 проц. своевременно иммунизированных (из 22 заболело 9).

Для более отчетливой картины профилактического действия сывороток немаловажное значение имеет также время выписки или смерти иммунизированных больных, не заболевших корью:

Табл. 4.

Время выписки	1926 г.		1927 г.		1928 г.		Всего	
	С. взр.	С. рек.	С. взр.	С. рек.	С. взр.	С. рек.	С. взр.	С. рек.
От нескольких дней до недели . . . . .	1	24	4	16	2	10	7	50
До 2-х недель . . . . .	7	17	1	20	1	8	9	45
„ 3-х „ . . . . .	7	4	5	10	—	4	12	18
Позднее . . . . .	6	58	11	58	11	52	28	168
Всего . . . . .	21	103	21	104	14	74	56	281

Довольно значительная группа иммунизированных больных должна быть исключена из обработки. Имея в виду, что инкубационный период у иммунизированных сывороткой может значительно удлиняться, исключены должны быть все



дети, пробывшие в больницах менее 3-х недель после иммунизации. Таким образом, из 337 иммунизированных обоими сыворотками подлежало обработке 196.

Подводя итог профилактического действия сывороток на нашем материале, по исключении всех вышеуказанных больных, получим следующие результаты: для сыворотки взрослых на 28 незаболевших заболело 14 (33,33 проц.), для сыворотки реконвалесцентов на 168 незаболевших заболело 83 (33,06 проц.). Картину более отчетливого профилактического действия сыворотки реконвалесцентов и взрослых дает таблица № 5:

Табл. 5.

	Сыворотка взрослых			Сыворотка реконвал.			Всего % забол.
	Не забол.	Забол.	% забол.	Не забол.	Забол.	% забол.	
1926 г. . . .	6	10	55,55	58	43	42,57	45,3
1927 г. . . .	11	4	26,66	58	23	28,34	28,1
1928 г. . . .	11	0	0	52	17	24,63	21,2

Из таблицы видно, что наибольший процент заболеваний среди привитых, как сывороткой взрослых, так и реконвалесцентов, мы имели в 1926 г., что, в свою очередь, вполне может быть объяснено применяемыми тогда малыми дозами сыворотки (для сыворотки реконвалесцентов 2—4,0 и для сыворотки взрослых 15—20,0). С повышением доз сыворотки (до 8—10,0 и больше для реконвалесцентов и 35—40,0 для сыворотки взрослых) в 1928 году процент заболеваемости привитых удалось снизить с 45,3 проц. в 1926 году до 21,2 проц.

В общем наш процент заболеваемости среди привитых не стоит в противоречии с литературными данными. П. М. Майберг по образцовой детской больнице приводит 65,57 проц. заболеваемости среди привитых сывороткой взрослых. У цитируемого ею Solomon'a среди привитых сывороткой взрослых заболело 47,36 проц., из привитых сывороткой реконвалесцентов 40,1 проц. Наши цифры заболеваемости привитых даже без исключения из обработки заболевших на первой неделе, будут несколько ниже цитируемых авторов. Так, для сыворотки взрослых он будет равным 47,16 проц. и для сыворотки реконвалесцентов 38,23 проц.

Протекала корь у привитых несколько своеобразно: инкубационный период был удлинен—нередко более 3—4-х недель. Сыпь высыпала чаще всего без выраженной продремальной стадии, при небольшом повышении температуры. Катаральные явления, как правило, были не резко выражены. Сыпь у привитых имела меньшую склонность к слиянию. В легких и abortивных случаях высыпание, зачастую, ограничивалось отдельными пятнышками на лице и туловище и не оставляло пигментации. Коплик не всегда был хорошо выражен и, в случаях с незначительным высыпанием, зачастую, совсем отсутствовал. Иногда коплик появлялся задолго (7—8 дней) до сыпи. Лихорадка держалась недолго и в среднем была значительно ниже, чем у непривитых. Больше всего поражало общее хорошее состояние привитых. В самый разгар кори дети чувствовали себя довольно бодро: многие сидели и даже играли. Заметного понижения аппетита у большинства больных не наблюдалось. Больше половины случаев падает на легкое течение. Кроме того, в 10 случаях наблюдалось abortивное течение кори. Больше количество легких и abortивных случаев дала сыворотка реконвалесцентов — 66,65 % между тем как сыворотка взрослых легкое течение дала в 40 проц.



Немаловажное значение на течение болезни и исход имело время введения сыворотки, доза и сорт ее (реконвалесцентов или взрослых). При позднем введении, за несколько дней до заболевания, сыворотка взрослых обычно на течение болезни никакого влияния не оказывала. Более раннее введение сыворотки в половине случаев давало легкое течение кори. Несколько лучшие результаты мы получили от сыворотки реконвалесцентов: дозы 15—20,0, даже при введении в последние дни инкубации, давали более легкое течение. Наилучший эффект, в смысле легкости течения кори, сыворотка реконвалесцентов дает при иммунизации не позднее 8—10 дней до начала заболевания. Переводя в проценты, мы имели, при заболевании на 2-й неделе после иммунизации легкое и abortивное течение в 80,4 проц., на 3-й неделе 68,4 проц. и при заболевании после 3-х недель — 76,9 проц. Большое количество abortивных случаев кори дала группа больных, получивших сыворотку реконвалесцентов в дозах 10—15 куб. см. в первые дни инкубации. Тяжелое течение кори наблюдалось при позднем введении сыворотки или при недостаточной дозе ее. Особенно тяжело протекала корь, когда она присоединялась к скарлатине в начальной стадии или же в случаях скарлатины с тяжелыми осложнениями.

Особый интерес представляют наблюдавшиеся у нас два случая повторной кори у привитых. Повторная корь была у двух братьев К. в возрасте 1 г. 4 м. и 2 г. 5 м. через две недели после перенесенной ими abortивной кори. Оба ребенка были из очень бедной семьи, живущей в тяжелых материальных и квартирных условиях. Дети были плохо развиты и с проявлениями рахита в тяжелой степени. В литературе случаев повторной кори через такой короткий срок мне неизвестно. Мнение многих авторов, во главе с Degkwitz'ем, таково, что ослабленная корь оставляет после себя на много лет или даже на всю жизнь иммунитет. Повторность заболевания в наших случаях вполне может быть объяснена отсутствием способности организма к выработке противотел, вследствие ослабленного состояния организма после перенесенной скарлатины и наличия рахита. Дети не были отделены и все последующее время находились в контакте со свежими коревыми больными.

Смертность у привитых почти целиком падает на возраст до 3-х лет. Общий процент смертности у непривитых 28,64 проц. и у привитых 3,86 проц.

Возрастная смертность среди привитых и непривитых:

Табл. 6.

Возраст	До 1 г.		1—3 г.		3—5 л.		5—10 л.		Старше		Всего	
	Вызд.	Умер.	Вызд.	Умер.	Вызд.	Умер.	Вызд.	Умер.	Вызд.	Умер.	Вызд.	Умер.
Привитые . . . . .	5	0	71	5	30	0	16	0	2	0	124	5
Непривитые . . . . .	5	0	16	10	17	4	4	3	—	—	42	17

Всего умерло среди привитых 5 человек, в том числе с повторной корью; три смерти из 5 относятся к 1926 г. Анализируя оставшиеся четыре случая смерти, нужно отметить, что во 2-м смерть последовала вследствие пневмонии и развившегося милиарного т. б. к. у ребенка 3-х лет, за две недели до кори получившего 10 куб. см. сыворотки взрослых. В 3-м случае корь присоединилась на 1-й неделе тяжелой скарлатины. Сыворотка коревых реконвалесцентов введена в количестве 3,0 за несколько дней до заболевания. Последние два случая смерти относятся к 1928 году. В обоих случаях сыворотка реконвалесцентов была применена во-



время и в больших количествах (по 10,0). Оба погибли от тяжелой скарлатины с осложнениями: в одном случае до кори была пневмония, нефрит и уремия, в другом пневмония и лимфаденит. Оба ребенка в возрасте до 3-х лет (1 г. 7 м. и 1 г. 5 м.). Таким образом, из 5 случаев смерти у привитых только один, если не считать Владимира К., может быть, целиком отнесен за счет кори, в остальных же трех ближайших причиной смерти могла быть сама скарлатина и имевшиеся до кори осложнения. В общем, наша смертность у привитых не высока и даже ниже, чем у других авторов. Так, Данилевич И. Г. по Василеостровской детской больнице приводит смертность среди привитых сывороткой реконвалесцентов равной 10,5 проц., Майберг у привитых сывороткой взрослых 11,2 проц.

Подходя к выводам, мы можем сказать, что сыворотка взрослых и реконвалесцентов, несомненно, является могучим средством в борьбе с корью. Применяя ее мы предупреждаем заболевание путем пассивной или активно-пассивной иммунизации или же абортвируем ее. Достижение первой цели с точки зрения интересов больницы более выгодно, так как отделение, не подвергаясь карантину, может работать бесперебойно. Ребенок же, при условии чисто пассивной иммунизации, т. е., когда он, не будучи в соприкосновении с коревым больным, получает сыворотку, является иммунным в течение 2—4 недель.

Значительно большей продолжительности достигает иммунитет при условии совместного пребывания иммунизированного с коревым больным. Degkwitz, Deicher и другие авторы считают, что получающийся таким образом иммунитет может длиться несколько месяцев и даже годы. Этот способ активно-пассивной иммунизации должен быть предпочтен чисто пассивному, как предохраняющий ребенка на более продолжительное время. Преследуя вторую цель, нам удается путем абортивной кори создать ребенку возможность переболеть неопасной формой кори и тем самым спасти его от дальнейшей возможности заболеть тяжелой формой или достигаем более длительного иммунитета, переводя заболевание корью на более выгодный возраст. По этому вопросу мнения авторов сходятся и только некоторый диссонанс в это дело вносят наши два случая повторной кори у привитых.

Дозы сыворотки, применяемые Degkwitz'ем для профилактики здоровых детей, являются совершенно недостаточными для скарлатинных больных и, несомненно, должны быть значительно увеличены. Ослабленный организм требует большого количества сыворотки (Degkwitz) и Lichtenstein считает, что благоприятные результаты, при обычной дозировке у здоровых детей достигающие, по разным авторам, от 90 до 98 проц. успешности, у выздоравливающих от скарлатины могут быть получены лишь при применении усиленных доз сыворотки (10—15—20 куб. см. сыворотки реконвалесцентов). По нашим данным, дозы 10 куб. см. сыворотки реконвалесцентов являются недостаточными и дали в 28 г. 21,2 проц. заболеваемости. Дозы сыворотки реконвалесцентов, при условии применения в первые дни инкубации, должны быть увеличены не менее, чем в два раза. Дозы сыворотки взрослых в размере 35—40 куб. см. также должны быть изменены в сторону их увеличения. Особенно большие дозы требуются для детей, перенесших тяжелую скарлатину или имеющих осложнения. Для более точного учета заболеваемости среди привитых необходим контроль над выписавшимися ранее инкубационного срока (до 3-х недель).

В целях наиболее рациональной и планомерной борьбы с корью, как с внутрибольничной инфекцией, необходимо всегда иметь в запасе достаточное количество сыворотки. Сами больницы не всегда могут обеспечить себя необходимым количеством сыворотки, для чего необходима организация центральных заготовительных пунктов, по примеру Мюнхена и Парижа. У нас по соропрофилактике кори имеется инструкция НКЗ, напечатанная в журнале «Вопросы Здравоохранения» за 1928 год, рекомендующая организовать такого рода заготовительные



пункты, но, к сожалению, в жизнь эта инструкция не проведена и даже многие отделы здравоохранения о ней совсем не знают. В области профилактики кори мы до сих пор находимся в стадии опыта, между тем, как заграница уже давно ввела ее широко в жизнь.

### ВЫВОДЫ.

1) Корь, как внутрибольничная инфекция, является тяжелой болезнью, повышающей смертность от смешанных форм до 26,4 проц.

2) В деле борьбы с корью, особенно в scarlatinном отделении, могучим средством является способ Degkwitz'a.

3) Применяя возрастающие дозы сыворотки реконвалесцентов и взрослых, нам удалось снизить заболеваемость корью у привитых сывороткой взрослых до 33,33 проц. и сывороткой реконвалесцентов до 33,06 проц.

4) Смертность у привитых значительно меньше, чем у непривитых (более, чем в 7 раз—3,86 проц.).

## МЕТОДЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ В ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Д-р В. А. ЛЯПУСТИН

Несчастные случаи в промышленности или, как теперь принято называть, «промышленного травматизма» представляют социальное явление трудовой жизни промышленных рабочих и, как все явления подобного рода, существуют или проявляются по законам изменчивости. Изменяемость как количественная, так и качественная зависит от многих и разнообразных факторов находящихся, с одной стороны, во внешней среде, окружающей рабочего на производстве и составляющих санитарно-техническую установку производства, с другой — в психо-физическом состоянии работника и соработника, что называют производственной установкой рабочих. В целях борьбы с промышленным травматизмом необходимо точно знать все эти факторы и их динамику или степень их влияния. Затем, установивши изменяемость или причинную связь травматизма с найденными факторами в различных отраслях промышленности и при разных условиях труда (санитарной, производственной обстановки и психо-физического состояния рабочего коллектива) и научившись на опыте изменять эти условия мы получаем необходимые знания для борьбы с этим социальным злом.

Статистика, на протяжении многих лет занимаясь этим вопросом, разработала методику регистрации несчастных случаев и предложила целый ряд абсолютных и относительных показателей или коэффициентов, обнаруживающих эти факторы и динамику их влияния. Затем, в целях сравнения, нашла единые, типовые единицы измерения, и, наконец, указала точные методы для статистических выводов. Соответственно этому статистика несчастных случаев состоит из изучения о методах регистрации, о коэффициентах, об объектах изучения, об единицах измерения и методах вычисления. От каждой работы в этой области, претендующей на научную ценность, требуется доброкачественный по точности и полноте регистрационный материал, правильный и более или менее полный выбор коэффициентов, единиц измерения и совершенный метод статистической обработки.

Взявши за критерий это суждение и применивши его к работам, появившимся в печати за последние годы как в нашей Уральской области, так и по всему СССР, можно прийти к следующим выводам. Регистрация несчастных случаев в промышленности по форме специальных травматических карт за последние три года значительно улучшилась во всех отношениях и в настоящее время по Уральской промышленности имеется большой и ценный в научном отношении материал.



Но совершенно неблагоприятно обстоит дело с разработкой этих материалов, что, как нам думается, нередко ведет к неправильным выводам. Все наши знания о частоте и тяжести несчастных случаев в промышленности далеко недостаточны, и, главное, внушают сомнение в правильности наших выводов и заключений. Здесь предстоит нам еще много поработать прежде, чем мы найдем типовую, минимально обязательную для всех этого рода исследований программу и методику, обеспечивающую правильные выводы и вполне применимую для сравнительной оценки как в пределах нашей страны, так и в международном масштабе.

Просматривая работы последних лет мы видим, что исследователи пользуются самыми разнообразными методами статистической обработки как в отношении выбора коэффициентов, так и единиц измерения, при чем большею частью отмечается недостаток необходимой полноты тех и других, а также отсутствие точных указаний, каким путем получены взятые единицы измерения. В одних работах единицами измерения взяты «100 застрахованных», в друг. «100 рабочих среднего списочного состава», в третьих «10000 человеко-дней» и т. п.

К недостаткам также нужно отнести устаревшие деления тяжести повреждений на смертельные, тяжелые и легкие и вообще большой субъективизм в методике. Все это верно не только в отношении пока единичных Уральских работ, но и работ по всему СССР, и это обстоятельство, конечно, обесценивает наши исследования в научном отношении, лишает возможности пользоваться ими в целях сравнительной оценки не только за границей, но даже внутри области или страны, и, наконец, не гарантирует нам правильных выводов и заключений. Цель настоящего сообщения предложить типовую минимально обязательную программу или схему для всех монографических работ по статистике промышленного травматизма. Само собой понятно, что предлагаемая программа, как минимально обязательная, не может стеснять научных работников в дальнейшем углублении и уточнении этого рода исследований.

В нижеприлагаемой схеме (см. стр. 70) условно, для удобства обозрения, наш предмет разделен на 4 части: 1) коэффициенты, 2) объекты исследования, 3) единицы измерения и 4) методы вычисления. Минимально обязательных коэффициентов мы избрали 10, из них первые четыре назовем условно основными или общими, это будут показатели: 1) частоты, 2) тяжести повреждений, 3) потери в рабочей силе и 4) сравнительной социальной опасности. Первые два коэффициента имеются почти во всех работах нашего времени, а последние два почти всегда отсутствуют. Между тем только знание всех этих 4-х основных показателей, взятых вместе, дает полную и цельную картину для понимания этого социального явления. Так, допустим, мы знаем частоту травматических повреждений и даже тяжесть их в каком-либо производстве с делением на смертельные, тяжелые и легкие, но нам неизвестен показатель потерь в рабочей силе. В результате наше знание остается неполным и, главное, в нем нет всех необходимых для вывода и заключения данных, так как легко можно допустить возможность очень высокого показателя частоты в каком-либо виде промышленности, который не сопровождается высоким же показателем потерь в рабочей силе, и наоборот. Коэффициент сравнительной социальной опасности промышленного травматизма, в разного рода промыслах и видах промышленности, показывающий путь, куда прежде всего должны быть направлены меры борьбы, конечно, очень важен и необходим, но при настоящем состоянии статистики, когда нет средней величины для сравнения, определить его пока не представляется возможным. Во всяком случае, эти 4 показателя в целом, по меткому выражению проф. Н. А. Вигдорчика, составляют формуляр производств по травматизму, отдельно же взятые они мало помогут правильному суждению об этом социальном эле. Шесть остальных коэффициентов, назовем их условно специальными, показывают: 1) происхождение или причины несчастных случаев,



2) точное место, где произошли эти случаи, 3) время, 4) связь повреждения с полом и возрастом потерпевших, 5) связь со стажем профессионального труда и 6) медицинские показатели части тела и диагнозы повреждения. Здесь опять нужно сказать, что изучение травматизма по всем этим коэффициентам только в целом может дать научное обоснование для выводов и заключений о влиянии этих факторов и динамике их; если же мы будем знать, только часть их, а другая останется для нас неизвестной, мы рискуем впасть в ошибку в наших суждениях. Поэтому, руководясь литературой данного вопроса, мы пришли к заключению, что вышеуказанные 4 основных и 6 дополнительных коэффициентов составляют обязательный минимум для всех статистических работ этого рода, претендующих на научную ценность. Условное наше деление коэффициентов на основные и специфические имеет смысл еще в том отношении, что центральные статистические учреждения могут и должны вести разработку только по 4-м основным коэффициентам, разработка же дополнительных или специфических показателей, возможна только в монографических (выборочных) работах. На самом деле стаж профессионального труда, возраста, места без проверки регистрационной карточки получить, как материал доброкачественный, весьма затруднительно; к тому же большинство этих показателей при суммировании от различных видов промышленности вследствие неоднородных условий труда, климата, быта в различных губерниях может дать весьма сомнительные результаты. Наконец, самая разработка этих коэффициентов так кропотлива, трудна и берет так много времени и средств, что провести ее на большом материале центральных стат-бюро едва ли возможно.

Из объектов исследования нам приходится остановиться на делении несчастных случаев по тяжести на 4 категории: 1) смертельных, 2) с полной постоянной, 3) с частичной постоянной и 4) временной утратой трудоспособности. Мы отдаем предпочтение этому делению прежде всего потому, что только этим путем можно дать важнейший для производительных сил страны показатель потерь в рабочей силе и сравнительной социальной опасности промышленного травматизма. Принятое сейчас деление на смертельные, тяжелые и легкие, как определение чрезвычайно субъективной оценки, нужно признать совершенно неудовлетворительным особенно в целях сравнения. Знакомясь с материалами Уральской Областной Страхов-Кассы, мы находим здесь особую карточку ликвидированных случаев. По ней врач с поправкой и проверкой может получить более или менее устойчивые сведения о тяжести повреждения, тем более, что затруднения встретятся только по 2-ой и 3 ст. случаев постоянной частичной утраты трудоспособности и сделать это на месте будет нетрудно. Затем, как тариф в показателе «потерь в рабочей силе» мы предлагаем американский, где 100% утраты трудоспособности равняется 6.000 рабочих дней, или германский, где полная утрата трудоспособности, как и смерть, берется за 3.000 рабочих дней. В показателе времени несчастных случаев по дням календарного месяца считаем важным особо отмечать день получения заработка и следующий за ним день, как лучший показатель влияния употребления алкоголя на травматизм. Наконец, дальше в коэффициенте 7-ом трудового стажа, как на объект исследования, мы обращаем особое внимание на детальную профессию.

В единицах измерения следует остановиться на измерителе для первых 4-х коэффициентов. Наиболее употребительными единицами измерения частоты, тяжести, потерь рабочей силы и сравнительной социальной опасности от несчастных случаев в русских работах являются 100 рабочих среднего списочного состава, 100 застрахованных, 10.000 человеко-дней работы и, наконец, продукция производства в весовых или штучных числах. В немецких работах и большинства андустриальных стран обязательной единицей измерения признан *Yollarbeiter*, или 100 полных рабочих, проработавших 300 рабочих дней календарного года, а в



американских работах—1 миллион часов работы. В предлагаемой нами схеме мы взяли для всех первых 4-х показателей обязательной единицей измерения Yollarbeiter'a и только для 1-го коэффициента частоты рекомендуем в целях сравнения все вышеуказанные измерители. Нам думается, что нужно отдать предпочтение Yollarbeiter'у потому что этот измеритель наиболее соответствует изучаемому явлению. На самом деле, мы желаем учесть травматические повреждения в связи с профессиональным трудом и желаем получить сравнительную оценку специфических особенностей труда, для чего требуется сделать учет в относительных тождественно-типовых числах. Поэтому нужно избрать единый типовой измеритель, или знаменатель, каковым может быть потерпевший списочный рабочий, взятый, как однородная единица, т. е. сведенный к определенным числовым единицам измерения его труда или рабочих дней. При всем разнообразии среднего количества рабочих дней календарного года в различных отраслях промышленного труда оно не может превышать 300 дней, отсюда если мы возьмем годовое число проработанных поденщин и разделим его на 300, то получим условно тождественный типовой измеритель для всех видов промышленности или поставим изучаемое явление в условия безупречного сравнения. В целях сравнительного метода как «100 неполных рабочих среднего списочного состава», «100 застрахованных», так и «10.000 человеко-дней» являются измерителями неудовлетворительными, как величина для разного рода промыслов, фабрик и заводов неоднородная. Все эти числа, как бы точно ни были они вычислены, в своей сумме содержат известный процент текучести рабочего состава, который, как мы знаем, в различных видах промышленности неодинаков и представляет большое разнообразие и только Yollarbeiter, как измеритель, устанавливающий весь промышленные травматизмы под одну меру, является однородным и типовым. А потому все эти измерители, как сильно изменчивые в разных производствах, не могут быть типовыми единицами измерения для метода сравнительной оценки во всей промышленности. Ниже мы предлагаем новую карточку учета рабочей силы Ц. Б. статистики труда, из которой видно, что получить предлагаемый нами измеритель очень легко, стоит только под'итожить числа граф 3, 4 и 5, сумму разделить на 300, и Y найден. Здесь может быть возражение, что Y является тоже не однородно типовым измерителем, так как рабочий день в различных отраслях промышленного труда по количеству занятых часов неодинаков и колеблется в значительных пределах—от 4 час. 48 мин. до 8 часов. Нам думается, это соображение несущественно, потому что, если кодекс охраны труда регламентирует на каком-либо производстве или работе сокращенный рабочий день, то по условиям тяжести, вредности и опасности труда он считается эквивалентным нормальному 8-ми часовому или, как ныне принято у нас в СССР, 7-ми часовому рабочему дню, что, конечно, в работе должно быть оговорено. В этом отношении более точным измерителем является американский 1 миллион часов труда, но он имеет существенный недостаток в том, что не учитывает рабочего, страдающего от несчастного случая. Для всех дополнительных 6-ти коэффициентов единицей измерения является 100 несчастных случаев—это ясно само собой и в объяснениях не нуждается.

Арифметический метод вычисления для первых 4-х показателей можно считать удовлетворительным, но для остальных 6-ти нужно признать обязательным вариационный. Как общее правило, числа менее 10 нужно признать для сравнительных выводов непригодными.

В заключение позволю себе выразить надежду, что наши соображения, с одной стороны, послужат поводом к обмену мнений по этому важному злободневному сейчас вопросу, а, с другой, будут полезными для врачей, желающих работать в этой области.



# СХЕМА СТАТИСТИКИ ПРОМЫШЛЕННОГО ТРАВМАТИЗМА ДЛЯ МОНОГРАФИЧЕСКИХ РАБОТ

70

Коэффициенты	Объекты исследования	Измерительные единицы	Метод вычисления коэффициентов	Примечание
1. Коэффициент частоты травматизма.	Сумма всех несчастных случаев с разделением: А) Без утраты трудоспособности. Б) С утратой трудоспособности В) По профессиональным признакам с подразделением на: 1) производственные вспомогательные работы; 2) объединенные профессиональные группы и 3) детальные профессии (все или несколько).	1) Волярбейтер. 2) 100 рабочих среднего списочного состава. 3) 100 застрахованных. 4) Продукция в штуках и весовых количествах. 5) 10000 человеко-дней. 6) Миллион часов работы.	Желательно вариационный.	Все измерит. частоты можно получать от тарифно-экономич. отделов фабрик, заводов, трестов где имеются таблицы по учету рабочей силы и продукции
2. Коэффициент тяжести, или интенсивности повреждений.	Несчастные случаи с утратой трудоспособности, разделенные на 4 категории: 1) смертельные, 2) с полной постоянной, 3) с частичной постоянной и 4) с временной утратой трудоспособности.	Волярбейтер.	Желательно вариационный.	Затруднения представляет учет 2 и 3 группы, тогда как 1-ю и 4-ю в готовом виде можно взять от страховкас. Учет случаев 2—3 группы можно получить из карточек страховкас „ликвидированных“. Все ясные случаи необходимо проверять опросом и исследованием потерпевших.
3. Коэффициент потерь в рабочей силе.	Сумма потерь в рабочих днях от 4-х групп с утратой трудоспособности, расцененных по американскому или германскому тарифу: 100% утраты трудоспособности 6000 и 3000 рабочих дней.	Волярбейтер.	Обыкновен арифметический.	Те же затруднения, что в предыдущем коэффициенте, т.е. точный учет случаев 2—3 категории в % утраты трудоспособности.
4. Коэффициент сравнительной социальной опасности	По состоянию современной статистики пока вычислить невозможно, можно сделать только в отношении близких сходных производств, но не для всей цеховой промышленности.			
5. Коэффициент генезиса или происхождения несчастных случаев.	А) Материальные причины: 1) обвал, 2) обрушивание предметов и сооружений, 3) механические двигатели и приспособления, 4) падение рабочих, 5) ручные инструменты, 6) ручной погруз, выгруз, перенос, 7) транспорт механический (движение вагонов, паровозов, конвейеров, автомобилей и проч.), 8) едкие вещества, 9) огонь расплавленные металлы и горячие слитки, 10) осколки и окалины, 11) электрич. ток и 12) прочие. Б) Факторы внешней среды или производственной установки: указать особо техсаннадзор, спецодежду и работы производственные, вспомогательные, ремонтные В) Факторы психо-физической установки работников и соработников: указать необходимые правила работы, невнимательность и проч.	На сто (100) несчаст. случаев от всей суммы как с утратой, так и без утраты трудоспособности.	Вариационный.	Список материальных причин. в зависимости от изучения производства может быть изменен и пополнен, основания для этого должны быть указаны в работе.

	порт механический (движение вагонов, паровозов, конвейеров, автомобилей и проч.), 8) едкие вещества, 9) огонь расплавленные металлы и горячие слитки, 10) осколки и окалины, 11) электрич. ток и 12) прочие. Б) Факторы внешней среды или производственной установки: указать особо техсаннадзор, спецодежду и работы производственные, вспомогательные, ремонтные В) Факторы психо-физической установки работников и соработников: указать необходимые правила работы, невнимательность и проч.			Факторы психо-физич. установки работника и соработника очень разнообразны, здесь не все еще ясно, а потому требуется крайняя осторожность в особенности в учете легкомыслия, озорства, невнимательности, и более определенно можно говорить при описании трудовых нагрузок об утомляемости.
6. Коэффициент пола и возраста.	1) Деление по полу. 2) Деление по возрасту лучше по пятилетке (20-24, 25-29 и т. д.), в крайнем случае на 10-летки и ни в коем случае не больше	На сто (100) несчаст. случаев от всей суммы с разделен. „с утратой“ „без утраты“ трудоспособн.	Вариационный.	
7. Коэффициент стажа работы.	1) Группы стажа по основной вредности по пятилетке (5), 1-й год расчленить на полугодия, а первое полугодие разделить на месяцы, и первый месяц на недели, а дальше по пятилетке. 2) Детальная профессия.	На сто (100) несчаст. случаев от всей суммы с разделен. „с утратой“ „без утраты“ трудоспособн.	Вариационный.	Стаж нужно взять по основной вредности.
8. Время несчастных случаев.	1) Календарный месяц. 2) День недели. 3) Солнечный час. 4) Час работы. 5) День полудня, и следующий за ним день календарного месяца.	На 100 несчаст. случаев от всей суммы с утратой и без утраты т. трудоспособн.	Вариационный.	
9. Коэффициент места.	1) Территория завода, фабрики, цеха 2) Территория заводского двора.	На 100 несчаст. случаев от всей суммы с утратой и без утраты трудоспособн.	Вариационный.	Точки места как в цехе, мастерской, так и на дворе нужно обозначать, соотносясь с характером производства, его механизацией, путями транспорта и проч.
10. Коэффициент медицинских показателей.	1) Поврежденные части тела (голова, руки, ноги, пальцы и пр.) в анатомических обозначениях. 2) Нозологические единицы (медицинские диагнозы повреждения по номенклатуре НКЗ).	На 100 несчаст. случаев от всей суммы с подразделен. на случаи с утратой и без утраты трудоспособности.	Вариационный.	Поврежденные части тела, кроме обычных, необходимо детализировать в зависимости от характера производства.



## 72

[illegible]



## ПИТЬЕВОЕ ВОДОСНАБЖЕНИЕ И АССЕНИЗАЦИЯ РАЗРЕЗОВ\* В АСБЕСТОВСКИХ ПРИИСКАХ СВЕРДЛОВСКОГО ОКРУГА

Д-р И. Н. ОКУЛОВ

Среди ряда обще-санитарных вопросов, выявленных санитарно-обследовательским отрядом Уральского Облздравотдела в Асбестовских приисках летом 1928 года стоял и вопрос о питьевом водоснабжении и ассенизации разрезов.

Всего отдельных разрезов в районе двух участков приисков: Ильинского и Октябрьского имеется около 20, с довольно запутанной нумерацией, то повторяющейся, то отсутствующей в порядковых числах, что объясняется давним сроком разработок разрезов, во время которого отдельные разрезы слились между собою. Обследованием было охвачено 16 разрезов, наиболее обширных и разрабатывавшихся в момент обследования. Общее число работающих в разрезах рабочих в летнее время доходит до 2000 человек, уменьшаясь в зимнее время процентов на 40. В большинстве разрезов работают в одну смену и лишь в некоторых наиболее мощных разрезах, в летнее время при наплыве сезонных рабочих работа производится в 2 смены. Таких разрезов отмечено 3. Работа производилась в течение 8 часов, за исключением разрезов, предоставленных для разработки сезонным рабочим, чаще небольших и обычно немеханизированных, в которых сезонники работали сдельно и по своему усмотрению, обычно превышая 8 часовой рабочий день. Число рабочих по отдельным разрезам дает весьма пеструю картину и колеблется от 6 до 300 человек. Как правило, в разрезах с 10 до 12 часов делается перерыв на обед, во время которого производятся подрывные работы.

Питьевое водоснабжение 16 обследованных разрезов показало довольно печальную картину. Так, кипятильников для воды найдено всего 7, из коих 4 железных чана с кранами и крышкой, емкостью ведер по 10, вмазанные в кирпичную печь в особых деревянных постройках-будках и 3 жестяных самовара ведер по 6 каждый; 9 разрезов своих кипятильников не имели, но по полученным сведениям 6 из них пользуются кипяченой водой из кипятильников других разрезов. В одном разрезе (№ 1 Ильинского участка) вода для питья привозится сырая из водоразборной будки в водовозной бочке, которая и оставляется в разрезе. Рабочие пьют сырую воду, забирая ее прямо из бочки. Бачки для кипяченой воды найдены в 12 разрезах в количестве 18 (8 разрезов имели по 1 бачку, 3—по 2 бачка и 1-4 бачка), но в 2 разрезах бачки стояли лишь для вида, т. к. были дырявые, а часть других бачков найдена пустыми. Бачков не было совершенно обычно в разрезах с рабочими сезонниками. Средняя цифра рабочих на 1 бачек в различных разрезах дает колебания от 5 до 75 человек, если принимать во внимание и дырявые и пустые бачки. Все бачки из оцинкованного железа с краном и крышкой, емкостью ведер по 6. При бачках обычно имелись жестяные общие кружки. Бачки на замки нигде не запирались. Для бачков не имеется ни определенного, точно фиксированного места, ни подставки, ни прикрытия. Почти во всех разрезах бачки стоят прямо на земле. Вода в 5 кипятильников доставляется водовозами в обыкновенной деревянной бочке, без крана, с деревянной крышкой. К 1 кипятильнику подведена труба от водокачки разреза и в 1 носят воду ведрами. Флягами для питьевой воды рабочие не снабжаются и лишь некоторые из них имеют свои бутылки. Опросом рабочих установлено, что сырую воду пьют в 14 разрезах из 16 обследованных, по причине отсутствия или недостатка кипяченой воды в одних разрезах и малой пригодности для питья кипяченой воды в других, т. к. во всех бачках температура воды оказалась выше допустимых

\* Разрезами называются открытые шахты, где производится выработка сырья асбеста.



пегфр (от 24 до 47° С). Это зависит, с одной стороны, от снабжения разрезов плохо остуженной водой, а, с другой, вода в бачках, стоящих на открытом месте без всякой защиты, сильно нагревается от солнечных лучей, особенно в жаркую погоду. Анализы воды, с целью выявления кипяченой ли она доставляется для питья, показали, на основании исследования жесткости сырой воды, забираемой для кипятивильника и воды из бачков, что только в 1 случае воду можно признать за хорошо прокипяченную, в остальных же можно говорить или о снабжении бачков водой совсем не кипяченой, или только нагретой, но не кипевшей. Общие выводы по освещаемому вопросу сводятся к следующему:

1. Питьевое водоснабжение разрезов в большинстве случаев недостаточно, а в некоторых отсутствует совершенно.

2. Все разрезы при наличии в них работающих, независимо от того, являются ли эти рабочие постоянными или сезонниками, должны снабжаться кипяченой питьевой водой.

3. Бачки для воды должны находиться под навесами для защиты от нагревания и иметь специально приспособленные подставки.

4. Необходимо усилить контроль за водоснабжением как в отношении количества кипяченой воды, так и в отношении ее качества.

**Ассенизация разрезов.** Тип уборных по тем же 16 обследованным разрезам стандартный и представляет из себя досчатые будки с крышей и дверью, перегороженные внутри на две половины, с одним окном каждая. Выгребной ямы нет, вместо нее подставляются деревянные ящики. Уборные перевозятся в случае надобности с места на место. Обследованием установлено, что 2 разреза (8 северный и 26), с небольшим числом рабочих, уборных не имели вовсе и рабочие для отправления естественных потребностей использовали близ лежащий лес. Из остальных 14 разрезов в 9 отмечено по 1 уборной, в 2-х по 3 и в 2-х по 4. Число рабочих на одно очко в различных разрезах колеблется при максимальном числе рабочих от 25 до 50 и минимальном от 12 до 30 человек. Все уборные расположены вне разрезов, по краям их бортов, с расстоянием от работающих от 30 до 150 метров. Уборные рабочими используются во всех разрезах, где они имеются. Загрязнения разрезов фекальными массами, за редкими исключениями, не отмечено, что зависит главным образом от открытого типа разрезов и при надзоре со стороны десятников. За состоянием уборных и их очисткой следит десятник, в случае надобности вызывающий ассенизаторов через ремонтно-хозяйственный цех. Очистка уборных производится по мере надобности, чаще 1 раз в месяц, а в некоторых разрезах и через более короткие сроки. Дезинфекция уборных, со слов десятников, производится не реже раза в месяц, обыкновенно известно, при чем следы этой извести, и при том не особенно ясные, при обследовании были отмечены кое где. Содержание самих уборных удовлетворительным отмечено только в 2-х разрезах, чаще же полы уборных загрязнены нечистотами, имеется грязь на стульчаках, ящики переполнены. Площадки снаружи уборных содержатся грязно, кругом них в большинстве случаев отмечаются нечистоты, а одна уборная (разрез 8д) совсем не имела ящика. Резюмируя вышесказанное по отношению к ассенизации разрезов можно вывести следующие предложения:

1. Разрезы, неимеющие уборных, необходимо снабдить таковыми.

2. Увеличить число уборных в разрезах, где на 1 очко приходится больше 25 человек.

3. Усилить наблюдение за чистотой в самих уборных и площадок около них, особенно на бортах разреза 8а в Ильинском участке, водой родников которого пользуется центральный водопровод и население близ лежащего Коревинского поселка.

4. Усилить дезинфекцию уборных.



## К ХАРАКТЕРИСТИКЕ СИФИЛИСА БАШКИР

Д-р П. Д. ЮЛКОВ

За последние годы ряд авторов (Россыанский, Иоллос, Дробнис, Тапельзон и др.) указывают, что сифилис на селе заметно урбанизировался. Под этим подразумевается значительное преобладание свежего сифилиса над гуммозными формами, столь обычными в дореволюционной деревне и параллельно этому более высокий процент полового заражения по сравнению с бытовым.

Значительный рост свежих форм сифилиса объясняется возникновением новых очагов заразы за годы войн и революции в связи с повышенной динамикой населения. Регрессирование гуммозных форм есть результат более частой обрабатываемости сельского населения за медпомощью, вследствие повышения культурного уровня крестьянства и улучшения методики лечения сифилиса на селе. Что же касается вытеснения бытового заражения половым, то здесь играет большую роль некоторое развитие половой распущенности среди крестьянской молодежи в переходном периоде ломки старых бытовых отношений и наличие деревенской проституции.

Однако, едва ли кто будет оспаривать, что в глухих углах Союза до сих пор не редкость «очаги» сифилиса, сохранившего свои типичные «деревенские» черты, благодаря ряду мало изменившихся по сравнению с прежним бытовых условий и почти полному отсутствию медпомощи. В этом мы лишний раз убедились, заведя венотрядом в Стерлитамакском кантоне Башреспублики летом 1929 года. Гражданская война, демобилизация занесли сифилис в глухие углы Башкирии, которых культура и санитарное просвещение мало коснулись. По грамотности башкиры стоят на одном из последних мест по сравнению с другими народами Башреспублики (русские, татары, латыши, чуваш и др.); женщины в деревнях почти поголовно неграмотны и редкие из них владеют русским языком. В результате по всей территории Башреспублики имеется ряд крупных «очагов» сифилиса (Нерадов, Левин и др.).

Нашим венотрядом был обследован горно-лесной район Азнаевской волости, в который входят три сельсовета с 11 деревнями. Основное население башкиры—3538 чел., из других национальностей русских 172 чел. и татар 162 чел. Башкиры ведут оседлый образ жизни, занимаясь земледелием и лесным промыслом—добычей коры и лыка. Голод и холерная эпидемия недавнего прошлого не могли не сказаться на благосостоянии района; в массе башкиры живут бедно, часто страдая от недостатка хлеба. Кроме селений горно-лесного района было осмотрено соседнее село Кинзебулатово (752 ж.) с исключительно башкирским населением.

Всего в 12-ти селениях осмотрено 4210 человек.

Всего осмотрено	Осмотр по- дворно	Амбулаторно	Башкир	Русских	Татар
4210	3282	928	3851	238	121

За исключением из общего числа осмотренных 472 чел. явившихся в венотряд добровольно из соседних сельсоветов, мы имеем 80,4 проц. осмотренных в районе нашей работы. Всего выявлено больных сифилисом 341 человек. Общий процент сифилиса 8,1.

Количество больных сифилисом по периодам:

I	—	I I явный . . . . .	105	} 59,5 %
II свежий . . . . .	3	III скрытый . . . . .	98	
II скрытый . . . . .	39	Врожденный . . . . .	46	13,4 %
II рецидивный . . . . .	48	Нервный . . . . .	2	0,6 %



В результате опросов удалось установить, что огромное большинство взрослых больных заразилось венерическим путем. То же отмечалось и другими венотрядами, работавшими в Башкирской АССР. В этом нет ничего удивительного, поскольку, по сравнению с русскими крестьянами, половая жизнь башкир, поддерживаемая религиозно-бытовыми традициями, сохранила свои своеобразно-нравственные черты: воздержание до брака, супружескую верность, отсутствие деревенской проституции на ряду, правда, с отживающим многоженством. Бытовое же заражение, при некультурности и нечистоплотности башкир, скученности в помещениях, общей посуде и благодаря пастухам, столующимся по избам и т. п., обычное явление. Огромную опасность представляет распространенная среди женщин и детей привычка жевать березовую серу (продукт перегонки березовой смолы) и передавать ее друг другу.

За преимущественное заражение бытовым путем говорит и ничтожное по сравнению с сифилисом распространение триппера. Степень распространения триппера среди известных групп населения является обычно своего рода манометром сексуальных взаимоотношений, стрелка которого резко поднимается вверх в атмосфере нарастающих ненормальностей и стоит на определенном уровне или падает вниз там, где половой быт далек от распушенности. По горно-лесному району нами выявлено всего 33 случая гонорреи и то исключительно в хронической форме. По отношению к числу обследованных это составляет 0,78 проц., а к взрослому населению 1,2 проц. Еще более показательно ничтожное распространение триппера по сравнению с сифилисом по другим кантонам (венотряды 1926-27 годов); по Зилаирскому кантону 12 проц. сифилиса и 0,15 триппера, по Уфимскому 4,1 проц. сифилиса, 0,19 проц. триппера. В том и другом случаях процент вычислен по отношению к числу всех обследованных. Отсюда мы можем сделать определенное заключение, что триппер, а по аналогии с ним и половой сифилис, не могли найти в башкирской деревне благоприятных условий для своего развития. Мягкий шанкр среди башкир является большой редкостью.

Необходимо также отметить, что сифилис неравномерно распространен по горно-лесному району: в некоторых деревнях выявлено всего 2—3% сифилиса, в то время как в других до 15—17, 5 проц. Подобная очаговость отмечается и другими венотрядами. Интерес представляет очаговость по периодам болезни в ряде участков Башкирской АССР.

Название кантона	Сифилис II	Сифилис III
	В процентах	
Стерлитамакский . . . . .	26,5	59,5
Зилаирский . . . . .	71,0	24,0
Тамьяно-Катайский . . . . .	17,0	66,4
Уфимский . . . . .	9,5	62,0

Подобная, диаметрально противоположная качественная сифилизация объясняется, вероятно, кроме территориально-бытовых условий и степени культурности населения, также давностью существования очагов и качеством медпомощи. Так, горно-лесной район самый глухой и некультурный участок Азнаевской волости: отстоит на 130 верст от ж.-д. и в отношении медпомощи находится в тяжелых условиях: в волости нет больницы, единственный фельдшерский пункт



отстоит за 18—25 верст от кантонного города, где до сих пор нет вендиспансера. В результате из 273 опрошенных больных 22 проц. не лечились совсем; 58 проц. лечились домашними средствами у муллы или у знахаря (пили сулему), 30% обращались за медпомощью, при чем здесь, за редкими исключениями, терапия ограничивалась «ликвидацией» наружных явлений сифилиса. Это были преимущественно мужчины, более сознательно относящиеся к своему заболеванию и имеющие возможность чаще бывать в городе: в отличие от женщин и детей они составляют главный контингент латентных сифилитиков. Затем нам удалось установить также относительную давность сифилитической инфекции—53 проц. больных заразились в период с 1918—1922 года, главным образом, во время гражданской войны.

Следовательно, здесь были налицо все условия, чтобы занесенный сифилис, предоставленный собственному течению, нашел в бытовых условиях темной башкирской деревни благоприятную почву для своего размножения, переходя с годами в третичные, главным образом гуммозные формы. Так, нами наблюдался целый ряд больных с обширными гуммозными язвами голеней, перфорацией костей черепа, случаи поражения почти половины туловища бугорковым сифилидом и 6 случаев множественных околоуставных сифилитических узеловатостей (*podosites juxta articulares*).

Обращает внимание значительное количество врожденного сифилиса 13,6%, при чем процент, приведенный нами, несомненно должен быть увеличен, поскольку регистрации подлежали лишь случаи клинически выраженного врожденного сифилиса с рядом определенных стигм. Между тем мы знаем, что при наличии люэса у родителей дети могут быть здоровыми. Однако, при отсутствии других вспомогательных критериев кроме осмотра, мы вынуждены были относить в группу врожденных сифилитиков лишь детей с наружными клиническими признаками. Наши цифры врожденного сифилиса являются средними по вен-отрядам.

Сифилис, среди обследованных нами башкир, кроме значительного распространения, характерен своими «деревенскими» чертами, своей запущенностью. Превалирование третичных, опасных для индивидуума, но мало заразных форм сифилиса, при сравнительно незначительном количестве свежих заражений, могут создать впечатление, что в настоящее время подобные очаги не представляют непосредственной опасности к дальнейшему прогрессу болезни. Однако, не следует забывать, что уже помимо врожденного люэса, представляющего известную опасность заражения благодаря значительному распространению, мы имеем большой контингент вторичных рецидивных и латентных больных. Вторичные рецидивы (48 сл.) в горно-лесном районе представляют клиническую картину, свойственную обычной форме не леченного или мало леченного сифилиса сельских местностей с преобладанием фигурных, анулярных, часто пустулезных высыпей и мокнущих гипертрофических папул.

Социально бытовое значение вторичного рецидивного сифилиса, с точки зрения опасности для окружающих, велико, так как обычно скрытые рецидивные папулы, создавая видимую иллюзию здоровья, могут превратить больного в настоящего «спирохетотрегера». Возможность дальнейшей сифилизации и не только внутри самих очагов, неоспорима. Наростание культурных потребностей, оживление темпа хозяйственной жизни с каждым годом повышают динамику населения и обособленные прежде по территориально-экономическим условиям участки, как горно-лесной район, представляют серьезную опасность сифилизации соседних селений.



## В Ы В О Д Ы:

1. Сифилис среди башкир характеризуется очаговостью, при чем в одних кантонах преобладают вторичные, в других третичные формы сифилиса.
  2. Бытовое заражение среди башкир значительно преобладает над половым.
  3. Недостаток медпомощи приводит к развитию запущенных форм вторичного и третичного сифилиса («деревенский сифилис»).
  4. Для успешной ликвидации сифилиса необходимо открытие венпунктов на территории очагов болезни, поддерживающих непосредственную связь с кантонными вендиспансерами.
  5. Необходимо обратить внимание всех общественных и медико-санитарных организаций и учреждений на скорейшее насаждение грамотности и санитарного просвещения в глухих углах Башкирии.
-



## ОПЫТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УТОМЛЯЕМОСТИ ВРАЧЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРИИ Г. СВЕРДЛОВСКА

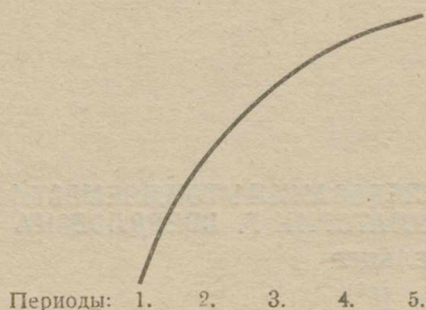
Г. В. МЕЛЬЦЕР

(Окончание\*)

Проблема упражняемости сенсорно-моторных функций сейчас является одной из жгучих проблем в области психо-физиологии труда и психотехники; так как от знания природы упражняемости и ее закономерности зависит диагностическая и прогностическая надежность психотехнических испытаний. Еще Вунд придавал большое значение анализу процессов упражнения; вопрос этот был сильно углублен школой Крепелина (Kraepelin), которая потратила много труда на экспериментальное исследование факторов, влияющих на процессы умственного труда. Ими была построена известная кривая работы, указывающая на следующие компоненты, влияющие на работу: 1) упражнение, 2) утомление, 3) навык, 4) усиление воли, 5) возбуждение. Из этих компонентов, главным образом, влияют упражнение и утомление, но при типологическом анализе индивидуальных кривых работы мы встречаемся со всеми Крепелиновскими компонентами; так, возбуждение или усиление воли своим психо-моторно-реактивным эффектом может до некоторой степени скрыть от нас влияние утомляемости на работу, а индивидуальные особенности при навыке могут временно задержать эффективность упражнения. Этими вопросами сейчас заняты лучшие силы дифференциальной психологии как за границей, (Торндайк, Кува, В. Штерн, Пегерсон, Рейс, Липман, Рупп и многие другие), так и в СССР (Шпильрейн, Левитов, Геллерштейн, Сотонин, Рубинштейн, Сыркин и др.) Работы всех авторов указывают на повышение кривой работы под влиянием упражнения, несколько различны мнения относительно степени упражняемости различных психо-моторных функций, момента наупражняемости и интерпретации кривой. Проф. И. Шпильрейн (11) приводит ряд индивидуальных кривых упражнений, и все они в своем стремлении к подъему претерпевают различные колебания, которые можно объяснить вышеуказанными Крепелиновскими компонентами, но при исследованиях упражняемости коллектива в целом эта кривая в стремлении к подъему принимает более устойчивый характер. Здесь же имеется ряд закономерностей, признанных большинством исследователей и доказанных многочисленными исследованиями. Считается экспериментально установленным: 1) что сложные комплексные психо-физические функции поддаются большему упражнению, чем простые функции 2) что прирост продуктивности в начальных стадиях упражнения идет быстро вверх, но по мере возрастания упражняемости этот прирост уменьшается и угасает с последними фазами упражнения. Наиболее типичной формой экспоненциальной кривой упражнения считается форма предложенная проф. Шульце (14) чертеж 2).



Чертеж 2.  
Нормальная кривая утомляемости  
(по Шульце).



В работе врачей мы видим резко выраженный под'ем «общей продуктивности» во вторник до приема больных. Такой под'ем весьма характерен для начальной стадии утомляемости тем более, что нами была введена работа несложного характера. Мы могли бы предположить, что, если бы в работе врачей отсутствовал фактор утомляемости, то кривая работы врачей под влиянием упражнения должна была продолжить свой под'ем. Фактически утомление, уже сильно выраженное в работе

врачей во вторник после приема больных, продолжает влиять на всю остальную недельную работу, не только задерживая естественный прирост «общей продуктивности» (как результат упражнения), но и снижая ее.

Коэффициент снижения работоспособности у врачей Центральной амбулатории изо дня в день и от начала приема больных к его концу, как показатель их утомляемости, мы могли бы иметь по данным «общей продуктивности», приведенной в таблице 2-й и чертеже 1-м. Этот коэффициент, как мы уже видели, довольно высок. Но вычисленные таким путем коэффициенты не будут достаточно показательны для утомляемости врачей, так как таблица 2 и чертеж 1 от нас, в значительной степени, скрывают влияние упражнения на всю работу, а то, что это влияние не прекратилось во вторник, а продолжалось на всю работу врачей, видно в под'еме «общей продуктивности» у врачей обеих смен в пятницу, где, очевидно, благодаря большой утомляемости врачей в четверг к концу приема больных и отдыха до следующего дня «общая продуктивность» у врачей в пятницу заметно поднялась. Поэтому, при дальнейшем анализе работы врачей для определения коэффициента снижения «общей продуктивности» под влиянием утомляемости мы будем исходить из максимального под'ема, который выражен у врачей обеих смен во вторник до приема больных.

Снижение «общей продуктивности» к концу приема больных. Процент определен по отношению к продуктивности вторника до приема больных:

Таблица 3-я.  
(В процентах)

	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В среднем ежедневно
Врачи утреннего приема . . . . .	25	37	25	27	29	23,8
Врачи вечернего приема . . . . .	20	25	13	17	8,5	13,9

Таблица 3-я показывает процент снижения «общей продуктивности» к концу приема больных по дням недели. Сравнивая процент снижения у врачей утреннего приема с процентом снижения у врачей вечернего приема, мы видим, что утомляемость у врачей утреннего приема выражена большим



процентом снижения «общей продуктивности», чем у врачей вечернего приема, при чем, эта разница становится более выраженной по мере приближения к концу рабочей недели. Здесь напрашивается вопрос: не устают ли врачи утреннего приема больше врачей вечернего приема? Дать точный ответ на это трудно, поскольку в отношении врачей второй смены должно быть принято во внимание не поддающееся точному учету аккумулятивное утомления за первую половину дня, занятого различным трудом и что эта аккумулятивная утомляемость депрессирующе влияла на первые работы тестом Бурдона. Снижения «общей продуктивности» не происходит в понедельник после приема больных. На первый взгляд это можно принять за отсутствие утомляемости в этот период работы, но такой вывод был бы ошибочен; в понедельник после приема больных нужно было бы наблюдать повышение «общей продуктивности», если бы в этой работе отсутствовал фактор утомляемости. Отсутствие же повышения «общей продуктивности» в этот период работы есть следствие влияния утомляемости на эту работу.

Снижение «общей продуктивности» к концу приема больных у врачей утренней и вечерней смены больше выражено в первую половину недели (табл. 2 и 3-я) и самый высокий процент снижения мы видим в среду; так, таблица 3-я показывает снижение «общей продуктивности» у врачей утреннего приема больных в среду на 37 проц., а у врачей вечернего приема больных на 25 проц., это максимальное снижение за всю рабочую неделю. Очевидно, трата нервно-психической энергии у врачей больше в первую половину недели, чем в последнюю. Нам кажется, что причина данного явления лежит в характере больных Центральной амбулатории: в первые дни недели среди больных преобладают первичные больные, с которыми врач знакомится впервые, такой больной, понятно, требует от врача больше внимания, большей траты нервно-психической энергии, а во второй половине недели преобладают повторные больные, характер болезни которых врачу уже известен что, понятно, значительно облегчает работу врача\*).

Рассматривая таблицу 3-ю мы видим, что коэффициент снижения «общей продуктивности» под влиянием утомляемости к концу приема больных довольно высок. Но мы не можем еще говорить о ненормальности, патологичности данного явления, не зная, как данная трата нервно-психической энергии компенсируется организмом во время его отдыха, поэтому для нас не меньший интерес представляет оценка работы врачей до приема больных. Интересно проследить, снижается ли «общая продуктивность» у врачей изо дня в день под влиянием утомляемости, начиная с понедельника после воскресного отдыха, и нет ли нарастания этого снижения. Это нам показывает следующая таблица:

Снижение «общей продуктивности» изо дня в день (данные до приема больных).

Таблица 4-я

1) Врачей утреннего приема						
	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В среднем ежедневно
В процент.	—	10	24	17,5	19	14
2) Врачей вечернего приема						
В процент.	—	3	11	0,7	12	5,3

\*) Это объяснение условно и не вполне доказательно. Следовало бы дать больший анализ обращаемости в амбулаторию по дням недели и учесть психологическое влияние отдаленности конца рабочей недели. Ред.



Здесь мы видим, что отдых компенсирует влияние утомляемости у врачей полностью только с понедельника на вторник; начиная со среды, уже имеется остаточная утомляемость у врачей обеих смен, которая сильно повышается к четвергу. Если мы вспомним, что утомляемость у врачей после приема больных в среду дает максимальное понижение «общей продуктивности», то нам понятно будет это повышение остаточной утомляемости в четверг, которую можно объяснить той же причиной, как и усиленную утомляемость врачей в первую половину недели, т.-е., большим количеством первичных больных. В пятницу мы видим некоторое уменьшение аккумулярованной утомляемости, которая опять повышается в субботу. Это находится в прямой связи с небольшой утомляемостью врачей в четверг. Вообще из таблиц 3-й и 4-й мы видим, что, выраженная в снижении «общей продуктивности», остаточная утомляемость по работам до приема больных находится в прямой связи с усиленной утомляемостью врачей к концу приема. Это наглядно выражает кривая снижения «общей продуктивности» (чер. 3), сплошная линия которой выражает снижение «общей продуктивности» по работам до приема больных. Снижение этой линии выражает остаточную утомляемость, а разрывная линия выражает снижение «общей продуктивности» по работам после приема больных, как результат утомляемости врачей за рабочий день плюс остаточная утомляемость за предыдущие дни.

Если при рассматривании коэффициента снижения «общей продуктивности» по работам к концу приема больных (табл. 3-я) мы не могли говорить о ненормальности такого большого коэффициента снижения, не зная, как организм работающего справляется с тратой нервно-психической энергии, то, сопоставляя его с табл. 4, мы видим, что высокий процент снижения влечет за собой аккумуляцию утомляемости, что, понятно, может иметь своим следствием и явления патологического характера.

### См. Чертеж № 3.

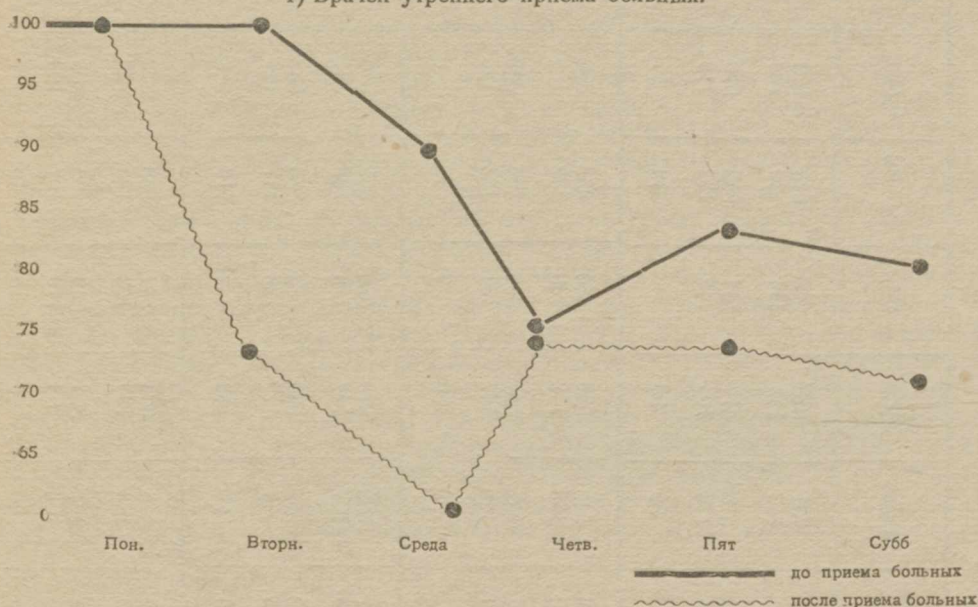
Четверг, очевидно, в рабочей неделе врачей явился переломным днем, так как, начиная с четверга, мы не видим прогрессирующего снижения «общей продуктивности». Это также наглядно выражает чертеж 3-й, который показывает в четверг резкое снижение сплошной линии, т.-е., большую остаточную утомляемость, аккумулярованную за предыдущие дни, и незначительный разрыв между этой линией и линией, показывающей снижение после приема больных. Это указывает, что работа врачей в амбулатории за этот день не влекла за собой большой утомляемости, но вся их деятельность в четверг находилась под влиянием остаточной утомляемости за первую половину недели. Снижение «общей продуктивности» в пятницу и в субботу находится приблизительно на уровне, выраженном в четверг с заметным уменьшением остаточной утомляемости; это также говорит, что работа врачей в эти дни не влечет за собой большой утомляемости. Очевидно, что наши результаты указывают на депрессирующее влияние усиленной утомляемости врачей в первую половину недели на остальную часть рабочей недели. Что касается небольшого повышения утомляемости в субботу, то это явление обычного характера, как следствие накопления утомляемости к концу рабочей недели.

### Сравнительная утомляемость врачей по возрастам.

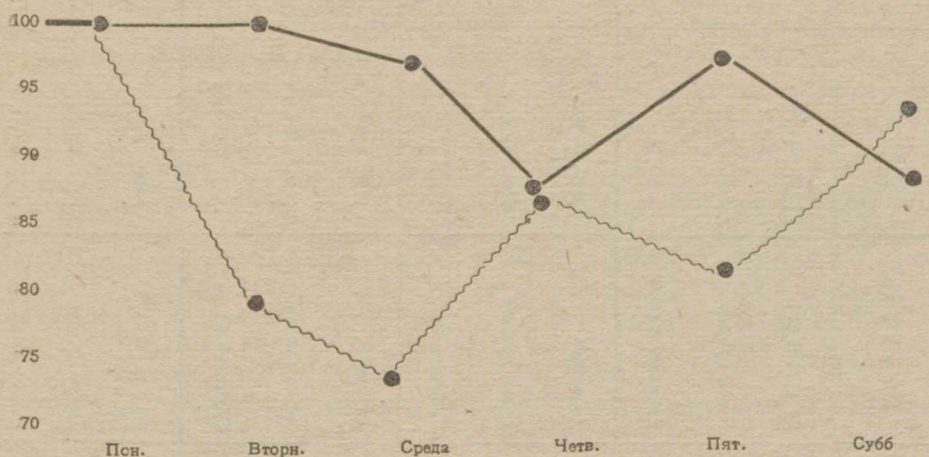
На ряду с общим анализом результатов испытания, характеризующих среднюю утомляемость врачей, интересно проследить динамику утомляемости по возрастам. К сожалению, немногочисленность наших испытуемых при значительном возрастном колебании от 27 до 49 лет не позволяет



Чертеж 3.  
Кривая снижения «общей продуктивности».  
1) Врачей утреннего приема больных.



2) Врачей вечернего приема больных.



подробно дифференцировать материал по возрастам без того, чтобы наши выводы не имели заметную «возможную ошибку». Кроме того, подробное возрастное расчленение материала могло нам давать показателей, характеризующих только индивидуальную утомляемость. Из этих соображений материал был разработан только по четырем возрастным группам: 1-я группа от 27 до 30 лет в количестве 5 человек, 2 группа от 31 до 35 лет—3 чел., 3-я группа от 36 до 40 лет—3 чел. и 4-я группа от 41 до 49 лет—3 чел. В таблице 5 приведена разработанная по возрастам «общая продуктивность», выраженная в абсолютных числах (по средней арифметической) и в относительных (по проценту). (См. табл. на стр. 114).



Т а б л и ц а 5 - я

Группа	Возраст	Кол-во врачей	Периоды		Понедель- ник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В среднем ежедневно
1-я	27—30 лет .	5	До приема . . . .	Средн. арифм. . . .	456	701	618	508	623	604	580
				% . . . . .	100	153	135	111	136	132	128
			После приема . . .	Средн. арифм. . . .	485	518	477	511	555	520	511
				% . . . . .	106	114	105	112	122	115	112
			Снижение на % . . . . .		—	39	30	—	14	17	16
2-я	31—35 лет .	3	До приема . . . .	Средн. арифм. . . .	349	540	529	480	456	459	469
				% . . . . .	100	155	152	138	142	132	136
			После приема . . .	Средн. арифм. . . .	357	435	357	456	434	439	413
				% . . . . .	102	126	102	131	124	126	117
			Снижение на % . . . . .		—	29	50	7	18	6	19
3-я	36—40 лет . .	3	До приема . . . .	Средн. арифм. . . .	471	633	670	586	628	570	593
				% . . . . .	100	137	142	125	133	121	126
			После приема . . .	Средн. арифм. . . .	468	551	520	582	556	563	540
				% . . . . .	99,5	117	110	123	117	119	114
			Снижение на % . . . . .		0,5	20	32	2	16	2	12
4-я	41—49 лет . .	3	До приема . . . .	Средн. арифм. . . .	462	675	602	557	568	583	574
				% . . . . .	100	146	130	122	123	126	124
			После приема . . .	Средн. арифм. . . .	414	491	397	549	494	505	475
				% . . . . .	90	106	86	119	107	109	103
			Снижение на % . . . . .		10	40	44	3	16	7	21



Высказанное нами выше мнение, что утомляемость врачей Центральной амбулатории сильно выражена в первую половину рабочей недели и что начиная с четверга работа врачей в амбулатории не влечет за собой прогрессирующей утомляемости, имеет свое подтверждение в табл. 5-й, где мы видим, что независимо от возраста максимальное снижение «общей продуктивности» после работы выражено во вторник и в среду, т. е. в первую половину рабочей недели, а максимальное снижение до работы выражено в четверг, что говорит за аккумуляцию остаточной утомляемости в первую половину недели. В четверг же к концу приема больных мы имеем небольшое снижение «общей продуктивности» в сравнении с работой до приема больных этого же дня (у 1-й группы снижение на 0 проц., 2-й группы на 7 проц., 3-й на 2 проц. и у 4-й группы на 3 проц.), что говорит за то, что сама работа в четверг не влечет за собой большой утомляемости. В пятницу «общая продуктивность» врачей имеет меньший процент снижения по работе до приема больных, что говорит за уменьшение остаточной утомляемости, которая несколько поднимается в субботу (табл. 7-я). Это мы видим во всех возрастных группах за исключением 4-й группы, которая имеет вообще более выраженную утомляемость, и у которой остаточная утомляемость в пятницу одинакова, как и в четверг. Это также подтверждает высказанную нами мысль при общем анализе результатов испытания, что вторая половина недели не дает усиленной утомляемости, но что работа врачей в эти дни находится под влиянием остаточной утомляемости, аккумулярованной от усиленной утомляемости за первую половину недели.

См. Таблицу № 5.

Таблица 6-я.

Снижение «общей продуктивности» к концу приема больных

(в процентах)

	Понедельн.	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В среднем ежедневно
1-я группа . . . . .	—	25	31	27	20	25	21,5
2-я „ . . . . .	—	19	34	16	20	25	19
3-я „ . . . . .	0,5	15	23	13	18	17	14,5
4-я „ . . . . .	10	27	41	19	27	25	25

Таблица 7-я

Снижение общей «продуктивности» изо дня в день по работам до приема больных

(в процентах)

	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В среднем ежедневно
1-я группа . . . . .	—	12	27	11	14	13
2-я „ . . . . .	—	2	11	9	15	7,5
3-я „ . . . . .	—	—	12	7	15	7
4-я „ . . . . .	—	11	16	16	14	11,5



Сравнительную утомляемость врачей по возрастам лучше проследить по таблицам 6-й и 7-й, так как в этих таблицах, процент снижения определен по отношению к общей продуктивности вторника до приема больных и этим несколько элиминировано влияние упражнения на всю остальную недельную работу.

Из 6-й таблицы видно, что 4-я группа, т. е. наиболее старший возраст (от 41 до 49 лет) дает наибольший процент снижения: в среднем ежедневно 25 процентов. Эта группа в понедельник после приема больных имеет снижение «общей продуктивности» под влиянием утомляемости на 10 проц. в то время, когда остальные группы, а также общий анализ результатов исследования утомляемости не дали за этот период работы заметного снижения «общей продуктивности». (3-я группа показывает незначительное снижение на 0,5 проц.), 4-я группа во вторник после приема больных дает также больший, чем у других групп процент снижения 27 проц., и у нее же это снижение достигает очень высокого процента в среду после приема больных—41 проц.; такого высокого процента снижения не показывает ни одна группа. Снижение «общей продуктивности» изо дня в день по работам до приема больных, как показатель накопления остаточной утомляемости, выражает таблица 7-я, которая также показывает высокий процент снижения у этого возраста в среднем ежедневно на 11,5 проц.; так как остаточная утомляемость есть наиболее вредный вид утомляемости, то такой процент нужно считать высоким. Все это говорит за большую утомляемость этого возраста.

Несколько меньший процент снижения «общей продуктивности» под влиянием утомляемости к концу приема больных (табл. 6-я) показывает 1-я возрастная группа врачей (от 27 до 30 лет). В среднем ежедневно под влиянием утомляемости эта группа дает 21,5 проц. снижения. Она, очевидно, устает больше 2-й возрастной группы, у которой среднее ежедневное снижение 19 проц. и больше 3-й возрастной группы, средний ежедневный процент снижения у которой 14,5 проц. Разница в утомляемости между 1-й и другими возрастными группами еще более заметна по табл. 7-й, выражающей процент снижения изо дня в день, как показатель остаточной утомляемости. Из нея видно, что 1-я возрастная группа дает в среднем ежедневно 13 проц. снижения, т. е. больше 2-й группы на 5,5 проц., больше 3-й группы на 6 проц. и 4-й группы на 1,5 проц. Следовательно, наши данные показывают, что больше утомляются врачи наиболее старших и наиболее молодых возрастов. Если большую утомляемость 4-й группы можно объяснить возрастом, то вряд ли этим же можно объяснить большую утомляемость 1-й группы в возрасте от 27 до 30 лет, так как этот возраст, как известно, считается наиболее гибким и выносливым. Очевидно, что здесь надо учесть влияние и другой действующей причины.

Одной из причин, которые могли влиять на повышение утомляемости врачей этого возраста, могла быть и специфичность условий работы тех специальностей, по которым врачи этого возраста ведут прием. Поэтому материал был разработан и по специальностям.

Если при возрастном анализе результатов мы все же могли разработать материал по четырем возрастным группам с тем, чтобы в каждой группе был материал исследования утомляемости не меньше трех врачей, то при анализе материала по специальностям мы можем разработать его только по двум специальностям—зубных врачей и терапевтов, так как каждая из других специальностей была представлена в Центральной амбулатории одним или двумя врачами.



Таблица 8-я

Средний возраст	Колич. врачей	Периоды		Понедель- ник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В среднем ежедневно
<b>Зубные врачи</b>										
32 г.	5	До приема . . .	Ср. ариф. . .	387	628	578	473	570	509	526
			% . . .	100	162	149	122	147	131	136
(колебан. возраста 27—37 л.)		После приема .	Ср. ариф. . .	397	475	406	491	501	496	461
			% . . .	103	123	104	127	129	128	119
		Снижение на % . . . . .		—	39	45	—	18	3	16
<b>Терапевты</b>										
41 г.	4	До приема . . .	Ср. ариф. . .	495	702	680	623	625	619	624
			% . . .	100	142	137	126	126	125	126
(колебан. возраста 36—49 л.)		После приема .	Ср. ариф. . .	483	560	524	585	527	554	529
			% . . .	93	113	106	118	106	112	107
		Снижение на % . . . . .		3	29	31	8	20	13	19

Сравнительная утомляемость зубных врачей и терапевтов выражена в таблицах 8-й, 9-й и 10-й. В таблице 8-й первая и вторая графы показывают возраст и количество врачей, ведущих прием по этим специальностям. Группа зубных врачей состоит из пяти человек, средний возраст этой группы 32 года, колебание возраста от 27 до 37 лет. В эту группу вошли 3 врача из первой возрастной группы (29, 30 л.), и по одному врачу из 2-й и 3-й возрастных групп, давших меньшую утомляемость. Мы вправе были ожидать, что результаты исследования утомляемости этих двух врачей, возрастные группы которых показывают меньшую утомляемость, приведут к уменьшению процента снижения «общей продуктивности» у зубных врачей. В действительности этого не случилось и, наоборот, работа зубных врачей в среду после приема больных дала очень высокий процент снижения 45 проц. Очевидно, зубные врачи старших возрастов дают такую же значительную утомляемость, как и первая возрастная группа.

Колебание «общей продуктивности» у зубных врачей имеет приблизительно такой же характер, как у первой возрастной группы (табл. 5-я); такой же большой процент прироста «общей продуктивности» под влиянием упражнения во вторник после приема больных, такое же отсутствие снижения «общей продуктивности» в четверг после приема больных и такой же средний ежедневный процент снижения «общей продуктивности». Все это указывает на общность показателей первой возрастной группы с показателями группы зубных врачей в целом; поэтому мы склонны полагать, что причиной высокого процента снижения «общей продуктивности» под влиянием утомляемости у врачей первой возрастной группы является специфичность условий работы их специальностей.

Можно найти еще одно подтверждение этого во второй части таблицы 8-й, показывающей динамику «общей продуктивности» группы терапевтов. Группа терапевтов состоит из четырех врачей, средний возраст которых 41 год. В нее вошли два врача из 4-й возрастной группы (41-49 л.), которая дала очень высокий процент снижения «общей продуктивности» под влиянием утомляемости (табл. 5-я) и 2 врача из 3-й возрастной группы (36—40 лет), давшая самый меньший процент снижения. Сравнивая процент



снижения общей продуктивности» 4-й возрастной группы (табл. 5-я) с процентом снижения «общей продуктивности» группы терапевтов (табл. 8-я), мы видим, что процент снижения у терапевтов меньший, чем у 4-й возрастной группы, что зависит от влияния результатов исследования утомляемости двух врачей более молодого возраста (36-40 лет), которые своей меньшей утомляемостью уменьшили общий процент снижения «общей продуктивности» у терапевтов. Следовательно, на наши результаты утомляемости терапевтов кладет отпечаток возраст, а профессиональная утомляемость зубных врачей, наоборот, затушевывает влияние возраста.

Рассматривая 8-ю таблицу, мы видим ту же картину изменчивости «общей продуктивности», какую имели в таблицах 2-й и 5-й; тот же резко выраженный подъем «общей продуктивности» под влиянием упражнения во вторник до приема больных, такое же нарастание процента снижения «общей продуктивности» под влиянием утомляемости в первую половину недели до четверга, такое же незначительное снижение в четверг и дальнейшее колебание этого снижения во вторую половину недели. Все это подтверждает высказанный выше вывод, что врачи Центральной амбулатории больше утомляются в первую половину недели.

Таблица 9-я

Снижение «общей продуктивности» к концу приема больных

(в процентах)

	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В среднем ежедневно
Зубные врачи . . . . .	—	25	35	22	20	21	21,5
Терапевты . . . . .	3	20	25	17	25	21	18,5

Таблица 10-я

Снижение «общей продуктивности» изо дня в день по работам до приема больных

(в процентах)

	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В среднем ежедневно
Зубные врачи . . . . .	—	8	24	9	19	12
Терапевты . . . . .	—	3	11	11	12	7,5

Сравнительную утомляемость врачей по специальностям лучше проследить по таблицам 9-й и 10-й.

Таблица 9-я показывает по дням процент снижения «общей продуктивности» под влиянием утомляемости к концу приема больных. Сравнивая процент снижения у зубных врачей с процентом снижения у терапевтов, мы видим, что зубные врачи дают больший процент снижения, что говорит за большую утомляемость врачей этой специальности. Эта разница еще больше заметна по таблице 10-й, выражающей снижение «общей продуктивности» изо дня в день в течение всей рабочей недели по работам до приема больных, т. е. остаточную утомляемость. Этот более вредный вид утомляемости значительно выше выражен у зубных врачей, которые в среднем ежедневно дают 12 проц. снижения «общей продуктивности», а среднее ежедневное снижение у терапевтов выражено 7-ю процентами. Следовательно, наши данные говорят, что зубные врачи утомляются больше терапевтов.



В конечном итоге результаты исследования утомляемости врачей Центральной амбулатории на основании полученного нами материала представляются следующими:

1. Врачи, ведущие амбулаторный прием, дают картину большей утомляемости в первую половину недели и меньшей во вторую.

2. В первую половину недели отдых компенсирует влияние утомляемости врачей только после первого дня работы с понедельника на вторник, начиная со вторника результаты показывают явления переутомления, которое выражено в остаточной утомляемости.

3. Остаточная утомляемость у врачей прогрессирует в первую половину недели и доходит до своей вершины в четверг до приема больных, а дальше она уменьшается и опять несколько повышается в субботу, т. е. к концу рабочей недели. Таким образом, работа врачей Центральной амбулатории во второй половине недели не влечет за собой большой утомляемости и вся их деятельность эти дни находится, главным образом, под влиянием остаточной утомляемости, аккумулятивной в течение первой половины недели.

4. По возрастам наибольшую утомляемость дает старшая из четырех групп врачей от 40 до 49 лет, а по специальностям зубные врачи утомляются больше терапевтов. Однако, нужно оговориться, что с выводами по возрастам и специальностям приходится быть осторожным, поскольку они построены на очень небольшом материале.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Х. Вернон. Промышленная усталость и производительность труда. Изд. «Вопросы Труда». 1925 г.
2. Кекчеев и А. Нечаев. Труд и утомление. ГИЗ, 27 г.
3. В. Бехтерев, Л. Васильев и А. Вербов. Рефлексология труда. ГИЗ, 26 г.,
4. Психофизиология труда. Сборник 1. ГИЗ, 25 г. и Сб. 2, 27 г.
5. Труд и быт медработников. г. Москва, изд. 26 г.
6. С. Геллерштейн. Умственное утомление и методы его измерения. Тр. Всесоюз. Съезда по профгигиене. 26 г.
7. С. Геллерштейн. Психотехника. Изд. «Новая Москва», 26 г., лекция 4-я и 5-я.
8. Журнал «Психофизиология труда и психотехника». Вып. 3—4. 1928 г.
9. Проф. А. Нечаев. Современная экспериментальная психология. Т. 2, изд. 12 г.
10. И. Шпильрейн. Проблема упражнения при определении профпригодности. Труды. Всес. Съезда по профгигиене. 26 г.
11. С. Геллерштейн. Прогностическая ценность тестов в связи с факторами упражняемости. Сборн. Тесты. Изд. 28 г.
12. Клапаред. Профессиональная ориентация.
13. Р. Шульце. Техника психологических и педологических экспериментов.
14. Э. МЕЙМАН. Очерк экспериментальной педагогики.
15. А. Болтунов. Практикум по теории психологических испытаний. ГИЗ, 27 г.,
16. Е. Рузер. Данные психологического исследования педагогов. Сборн. «Труд и быт педагогов». Изд. «Работ. Просвещ.». 26 г.
17. М. Юровская. Рабочая нагрузка студента. Татар. Ком. У-т, Казань, 26 г.
18. И. Шпильрейн. Экспериментальное обследование утомляемости студентов К. У. Т. В. «Гигиена Труда», 24 г. № 4.
19. Бине и В. Анри. Индивидуальная психология.
20. Проф. Г. М. Уиппл. Руководство к исследованию физической и психической деятельности детей школьного возраста.



# ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ УЧЕНИЯ О LOCUS MINORIS RESIST. ПРИ ОБЩЕЙ ИНФЕКЦИИ.

(Критический обзор).

Г. И. ЗАРХИ.

Вопрос, почему общая инфекция поражает преимущественно тот или иной орган, представлял всегда выдающийся клинический интерес. Причина избирательной локализации инфекции не выяснена до сих пор с достаточной полнотой ни при одной болезни и вряд ли найдет свое окончательное разрешение, пока остается неизвестной сущность местного иммунитета и местной анафилактики. Но общие контуры этой проблемы уже намечаются; в некоторой своей части вопрос разрабатывался экспериментально, и результаты этих исследований могут быть приведены в систему.

Значение места проникновения инфекции для ее локализации общеизвестно; при введении кроликам туберкулезных палочек в почечную артерию получалось очень сильное заболевание соответствующей почки в то время, как вторая почка оставалась почти всегда здоровой<sup>1)</sup>. Также понятна и роль путей распространения инфекции: у кролика легко удается вызвать туберкулез почки, вводя туберкулезную культуру в ушную артерию, и лишь с большим трудом, заражая его внутривенно, так как в последнем случае значительная часть бактерий задерживается легкими<sup>2)3)4)</sup>. Если микроб поражает с большим постоянством определенную ткань, как, например, вирус бешенства и столбняка, или, наоборот, быстро инвазирует весь организм, как возбудитель чумы, то способ заражения почти не влияет на локализацию инфекции. Ногуши<sup>5)</sup> нашел, что для получения экспериментального невролуэса заражение непосредственно в нервную систему не представляет преимуществ сравнительно с другими способами заражения.

При дальнейшем анализе явления мы стоим перед двумя основными факторами: свойствами инфицируемого и инфицирующего организма. В то время, как в добактериологический период клиницисты смело оперировали понятием «locus minor. resist» и видели в больном человеке единственную причину той или иной локализации инфекции, последнее полувековье показало, что это лишь одна сторона вопроса, и порой решающее значение имеют свойства микроба. Отмечено, что общая инфекция часто локализуется в костях и суставах при заражении слабо вирулентными микробами.<sup>6)7)8)9)</sup>; при этом некоторые нашли, что особенно благоприятной комбинацией для возникновения артритов является введение большого количества микробов со значительно ослабленной вирулентностью.

Давно уже появились наблюдения, доказывающие, что особенности вируса, определяющие локализацию инфекционного процесса, не ограничиваются количеством и вирулентностью микробов; высказывалось мнение, что необходимо допустить особое средство отдельных штаммов к определенному органу или ткани. Вначале это были отдельные немногочисленные опыты, говорившие за идею органотропности штаммов<sup>10) 11) 12)</sup> или против нее<sup>13)</sup>. Первая крупная работа в этом направлении принадлежит Rosenow<sup>14)</sup>. Вводя животным гноеродные микробы, выделенные из различных органов человека, он нашел, что полученные штаммы в подавляющем большинстве случаев поражали у опытных животных именно те органы, из которых они были выделены. Идея различной органотропности штаммов вызвала общий интерес, когда Levaditi поднял вопрос о дерматотропном и невротропном сифилитическом вирусе. Многочисленная и сложная литература на эту тему, повидимому, не привела еще к единообразному решению вопроса. Многие клиницисты склонны отбросить идею Levaditi целиком, так как локализация инфекции удовлетворительно объясняется с их точки зрения индивидуальными особенностями больного. Бактериологи в большинстве случаев отрицают существование обособленных типов дерматотропной и невротропной бледной спирохеты, но признают, что в условиях эксперимента некоторые штаммы свойственна выдающаяся невротропность, не исключающая, однако, способности поражать подчас довольно резко и другие ткани<sup>15)</sup>.

Как бы ни был сложен вопрос о значении свойств вируса для локализации инфекции, но несравненно труднее выяснить, какова в этом деле роль самого зараженного организма. Роль эта всегда очень велика, но сущность ее выяснена далеко недостаточно. Можно предположить, что наиболее устойчивые органы обладают особыми активностезащитительными свойствами, или же они представляют собою неполноценную питательную среду для микробов (атрептический иммунитет Ehrlich'a). В отношении локализации туберкулезной инфекции опыты Corper'a как бы объединяют оба предположения<sup>16)</sup>: развитие туберкулезной палочки зависит с одной стороны, от реактивной способности клеток, с другой — от напряжения в тканях кислорода, благоприятствующего росту туберкулезной палочки. Игроу этих двух факторов автор объясняет все разнообразие в локализации туберкулеза у разных животных и в пределах одного вида; в легких кролика фагоциты мало активны, но напряжение O<sub>2</sub> настолько велико, что этот орган поражается туберкулезом сильнее всех других; в печени, наоборот, кислорода



минимальное количество, Kupffer'овские клетки обладают мощной бактерицидной силой, и туберкулы развиваются в небольшом количестве.

Клинику издавна интересовали не только видовые, но и индивидуальные особенности в локализации инфекции; повышенная ранимость отдельных органов у человека стоит в центре внимания современного кондиционального медицинское мышления под названием неполноценной парциальной конституции. Запросы к микробиологии в этом направлении и создали учение об экспериментальном *locus minoris resistentiae* при общей инфекции.

Наследственное место наименьшего сопротивления представляет важные отличия от приобретенного как в практическом, так и в теоретическом отношении и требует отдельного рассмотрения.

Простейшим видом наследственной морфологической недостаточности органа, способствующей локализации в нем инфекции, является т. н. механическое предрасположение. Сюда относятся обычно случаи давления на орган, при чем замедляется продвижение воздуха при дыхании, крови, лимфы или мочи; микробы задерживаются в органе на более долгий срок, что способствует его инфицированию; с другой стороны эти явления застоя могут нарушить питание ткани. Наибольшее практическое значение среди явлений этого порядка имеет механическое предрасположение легочных верхушек к туберкулезу. У лиц с паралитической грудной клеткой первое ребро оказывает давление на легкое; в легочной верхушке крово-и лимфообращение замедляется, и циркулирующие в крови бактерии особенно легко оседают в данном участке органа. Backmeister<sup>17)</sup> воспитывал кроликов в проволоочном кольце, надетом на грудную клетку, и заражал их туберкулезом; туберкулезные изменения избирательно локализовались в легких выше сдавления\*). Неблагоприятные условия кровоснабжения могут возникнуть и в качестве первичного фактора. Левая *vena iliaca* гораздо чаще подвергается тромбозу при общих инфекциях, чем правая, так как она, образуясь из коллатерали, обладает меньшим диаметром<sup>18)</sup>. Очень интересны работы школы Шевкуненко о более и менее совершенных вариантах кровоснабжения внутренних органов; но пока нет наблюдений, которые бы поставили эти новые данные в связь с интересующим нас вопросом. Schindler<sup>20)</sup> видит разгадку причины *l. m. g.* при инфекции в описанной Hansenmann'ом гнездовой гипоплазии отдельных сосудистых участков в почке, надпочечниках и селезенке. Известно, можно ли придавать находкам Hansenmann'a значение повседневного явления. Но помимо этого непонятно, почему частичная гипоплазия органа должна делать его особо восприимчивым к инфекции в то время, как даже полная гипоплазия в большинстве случаев этим свойством не обладает.

Гипопластический орган, как *l. m. g.* при инфекции,— эта возможность отставалась, правда, некоторыми крупными учеными (Virchow—для недоразвитого сердца), но точных данных в пользу этого мнения еще очень мало. Во многих случаях недоразвитые органы не обнаруживают особой восприимчивости к инфекции<sup>17)</sup>; если же это и наблюдается, то нередко удается найти чисто механическую причину, благоприятствующую локализации инфекции: недоразвитой мочевой пузырь легко инфицируется не вследствие гипоплазии и малой резистентности его тканей, а потому, что он не опорожняется целиком; наличие же остаточной мочи, как известно, благоприятствует развитию цистита. Таким образом, в некоторых случаях недоразвитой орган может явиться местом наименьшего сопротивления при общей инфекции; но играет ли при этом роль собственно гипоплазия, неизвестно. Такую возможность следует допустить в том случае, когда недоразвитой орган стимулируется к непосильной для него работе и подвергается хроническому переутомлению.

Как бы мы ни оценивали приведенные морфологические данные, во многих случаях ими, несомненно, не удастся объяснить локализацию инфекции, и главная роль принадлежит не грубо-анатомическому, а тонкому физико-химическому состоянию ткани, обуславливающему степень местного иммунитета. Поскольку мы имеем дело с явлением генотипическим, говорят, что конституция определяет локализацию инфекции, и некоторые наблюдения, как будто, подтверждают этот взгляд. Большинство лиц с сифилисом сердечно-сосудистой системы относится к пикникам<sup>21)</sup>; полагают, что астенику грозит преимущественно сухотка спинного мозга, а пикнику—прогрессивный паралич<sup>22)</sup>; при ревматизме сердечно-сосудистая система страдает у пикников реже, чем у астеников<sup>23)</sup>.

Одним из существеннейших анатомических компонентов конституции является система эндокринных желез. Поэтому попытка А. Я. Штернберга привлечь эндокринологию к решению вопроса о локализации туберкулеза вызвала общий интерес. По Штернбергу «корреляция желез с внутренней секрецией определяет локализацию течения туберкулеза»<sup>24)</sup>. Но так как эндокринная формула и связанный с ней химизм тканей

\*) Описанный механизм, разумеется, не объясняет полностью преимущественной локализации туберкулеза в легких и в частности в области верхушек; это подчеркивает и сам Вакмейстер 18).



изменяется с возрастом, то меняется и восприимчивость к туберкулезу различных органов. В то время, как у детей особенно подвержены заболеванию туберкулезом производные мезенхимы (лимфатические железы, кости, серозные оболочки),—позже, по мере инволюции *gl. thymus* и развития щитовидной и половых желез, делаются более уязвимыми органы энтодермального происхождения (легкие, гортань, кишечник). Работы учеников Штернберга подтверждают, что конституция в большинстве случаев обуславливает повышенную восприимчивость к инфекции со стороны целой группы органов, родственной в эмбриологическом отношении <sup>25)</sup><sup>26)</sup><sup>27)</sup>. Со времени появления работы Ascher'a целый ряд исследований подтвердил влияние эндокринных органов на поглотительную функцию лейкоцитов, а также ретикуло-эндотелиальной системы; таким образом, намечается последнее звено в теории Штернберга. Теория эта ценна, как попытка заменить конкретным понятием ничего не объясняющие слова, как «индивидуальное предрасположение», «конституциональная слабость», «абиотрофия» и т. п.\*).

Из сказанного видно, что экспериментальная разработка вопроса о роли наследственного *loc. minor. resist.* при общей инфекции представляла чрезвычайные затруднения по самому существу дела и пока не получила существенного значения.

Но приобретенный *loc. minor. resist.* явился излюбленным объектом лабораторного исследования тем более, что клиника, особенно хирургическая, постоянно ставила вопросы этого порядка. Опыты состояли в том, что у животного (кролик, морская свинка, мышь, коза, баран, собака) искусственно создавали *loc. minor. resist.*, повреждая тот или иной орган (ни один почти орган не избежал подобного эксперимента). Приблизительно одновременно с этим животное подвергалось заражению каким-либо микробом (палочкой туберкулеза, инфлюэнцы, брюшного тифа, столбняка, оспенным вирусом, бледной спирохетой, спирохетой возвратного тифа, стрепто-, стафило-, пневмококком), иногда варьировались количество и вирулентность микробов. Старый материал вводился в вену в артерию, под кожу, в брюшину, субдурально или в дыхательные пути. Способ получения *loci minor. resist.* состоял в подавляющем большинстве случаев в грубой механической травме, некоторые авторы нарушали кровоснабжение или иннервацию органа; изредка пользовались избирательно действующим ядом.

Ghilarducci<sup>31)</sup> создавал *loc. minor. resist.*, вызывая местную анемию. При сдавливании брюшной аорты у кролика в течение 5—30 минут с последующим введением в вену вирулентных стрептококков, автор получал дегенеративно-воспалительный миезит. Seeliger<sup>32)</sup> оперативным путем обнажал правую почку у кролика и на один час зажимал почечную артерию, затем кровоснабжение восстанавливалось, а через 24 часа животное внутривенно заражали туберкулезом. Результаты получились неопределенные вследствие малочисленности опытов. Вредное влияние ишемии в данном случае могло бы выразиться в том, что вызывается повреждение клеток и тормозится их регенерация вследствие недостаточного притока питательных веществ и кислорода, с одной стороны, и замедленного удаления бактериальных ядов—с другой. Создает ли ишемия механические условия, способствующие фиксированию вируса, неизвестно. Friedlander<sup>33)</sup> утверждает, что всякое замедление тока крови, как вследствие ослабления *vis a tergo*, так и при затрудненном оттоке крови, создает условия для фиксации и избирательной локализации туберкулезной инфекции\*\*). Этот взгляд требует коррекции: митральный порок сердца при наличии застоя в легких создает невосприимчивость к легочному туберкулезу; бактерицидное влияние застойной гиперемии покрывает в данном случае ее вредное свойство фиксировать бактерии. Значение ишемии для активирования уже имеющихся в данном органе бактерий, казалось бы, доказано давно. В 1889 году Arloing<sup>35)</sup> вы-

\*) Штернберг согласен, что с формальной стороны неправильно считать конституцию производным эндокринных желез, ибо последние сами являются ее частью; но попытка прервать где-нибудь эту непрерывную цепь взаимодействий оправдывается практически. Учение это надо понимать не в том смысле, что первичный очаг в детском возрасте должен быть экстрапульмональным (статистика доказывает обратное <sup>28)</sup>); но активизируется процесс в тех органах, которые являются наименее иммунными в данном возрасте. Необходимо отметить, что некоторые крупные работы не вяжутся с этой теорией. А. Ghon и Н. Kudlich. <sup>29)</sup> обнаружили в подавляющем большинстве случаев детского туберкулеза (секционный материал) наиболее резкие изменения именно в легких (творожистый распад, каверны без наклонности к заживлению). Eckstein <sup>30)</sup> приводит данные различных авторов касательно частоты легочных каверн у детей по секционному материалу: от  $\frac{1}{2}$  до  $\frac{1}{3}$  случаев детского туберкулеза сопровождаются кавернами в легких.

\*\*) Необходимо учитывать значение адсорбции. По Аничкову, Кузнецовскому и др. <sup>34)</sup> гиперемизированная ткань задерживает электро-отрицательные коллоиды в большем количестве, чем нормальная. Некоторые авторы (Schulemann и многие другие) склонны целиком переносить на бактериальную эмульсию выводы, полученные с истинными коллоидами.



делил из творожисто-перерожденной лимфатической железы своеобразную бактерию, которая оказалась для животных непатогенной даже при предварительном разминании места прививки. Привика удавалась только путем впрыскивания культуры в яичко барана после предварительного перекручивания семенной артерии. В противоречии с этим наблюдением стоят опыты Gärtner'a<sup>36)</sup>. У двух кроликов перевязывали ушную артерию, у двух других—art. crural. В анэмизированный и парный ему контрольный орган вводился подкожно стафилококк. В анэмизированных органах абсцесс образовывался позже, чем в контрольных. Разногласие этих двух опытов объясняется, повидимому, разницей в условиях опыта. Другие расстройства кровообращения в интересующей нас концепции не изучались.

Nekam<sup>37)</sup> попытался вызвать местное предрасположение к инфекции путем нарушения иннервации органа. Он разрушал у собак нервные пути одной из почек и вводил в вену или под кожу бульонную культуру стрептококка. Почка с нарушенной иннервацией представляла гораздо более тяжелые изменения, чем вторая, а при слабой инфекции она одна только и оказывалась пораженной. Уничтожение нервов само по себе вызывало диффузный нефрит, который продолжался 6—7 дней. Это повреждение паренхимы и застой крови вследствие разрушения вазомоторов и явились, вероятно, моментами, благоприятствующими развитию инфекции. По Сперанскому<sup>38)</sup> разрушение иннервации кроличьего уха не влияет на заживление находящейся на нем язвы, зараженной стафилококком, т. е. активирования инфекции не наступает.

Тонкий механизм явления не выясняется этими опытами уже потому, что разрушались все без различия нервные пути: анимальные и вегетативные, симпатические и парасимпатические. Повреждение симпатической системы на известном участке ускоряет заживление искусственно произведенных ранений в соответствующей области<sup>39)</sup>, что объясняют получающейся при этом гиперемией<sup>40)</sup>. По старым опытам Roget<sup>41)</sup> экспериментальная рожа на ушах у кролика при одностороннем удалении шейного sympatiens'a протекает быстрее на стороне экстирпации. Периартериальную симпатектомию пытаются даже использовать для лечения туберкулезных артритов<sup>42)</sup>. Вероятно, и при общей инфекции участок, лишенный симпатической нервной системы, не является особо ранимым. Влияние парасимпатической системы на течение инфекции изучено значительно хуже. По Papilian'u введение атропина стимулирует развитие стафилококковой инфекции у собак. Sterling-Okunievsky<sup>44)</sup>, систематически раздражая или угнетая vagus у зараженных туберкулезом животных, не получил достаточно демонстративных результатов; как будто раздражение vagus'a благоприятствует развитию инфекции в большей степени, чем его паралич. Разработка этого вопроса только намечается<sup>45)</sup>. Пока нет достаточных оснований утверждать, что органы с нарушенной иннервацией оказываются местом наименьшего соприкосновения при общей инфекции.

Наоборот, повреждение клеток органа, его паренхимы, определенно способствует локализации в нем инфекции. Особенно демонстративны случаи повреждения паренхимы избирательно действующим ядом. У курильщиков сифилис сильно поражает слизистую рта, у алкоголиков легко возникает неврулоз.

Bernard и Salomon<sup>46)</sup> заражали животных внутривенно туберкулезом, вводя одновременно кантаридин<sup>47)</sup>; у этих животных туберкулезные изменения в почках возникали чаще, чем у контрольных, не получавших кантаридина. Подобный процесс описывает d'Arrigo<sup>48)</sup> при клиническом туберкулезном нефрите. Туберкулезные токсины вызывают небольшие начальные изменения в сосудах почек, в соединительной ткани и в эпителии мочевых канальцев; эти изменения создают loc. minor. reist. в почках, в результате чего в позднейших стадиях здесь образуются бациллярные очаги<sup>49)</sup>. Вопрос о том, каково здесь относительное значение фиксации и активирования вируса, требует особых исследований.

В клинике приходится иметь дело обычно не с изолированным повреждением сосудов, нервов или паренхимы органа, а со сложными комплексами вредностей. Важнейшие из них: простуда, переутомление и механическое повреждение. Сущность простуды

\*) При этом упускают из виду, что вегетативная нервная система влияет непосредственно на сахарный солевой, водный и. повидимому, даже белковый обмен и при том независимо от ее вазомоторного действия.

\*\*) Большой интерес со стороны методологии представляет работа Papilian'a и Jianu<sup>45)</sup> о поглотительной функции ретикуло-эндотелиальной системы при ваго и симпатикотонии.

\*\*\*) Специальные опыты Neubner'a<sup>47)</sup> показали, что кантаридин убивает именно паренхиматозные клетки, не влияя на вазомоторы и сосудистую систему.

\*\*\*\*) Может быть, то-же явление имеет место и при развитии туберкулеза в других органах. Опыты Orger'a и Lurie показали, что внутривенное введение убитых туберкулезных палочек животным повреждает именно те органы, которые наиболее страдают при заражении живой туберкулезной культурой: у свинок—селезенка, у кроликов—легкие, у собак—печень.



по Schade <sup>49</sup>) сводится к следующим явлениям: 1) периферические повреждения тканей на месте влияния холода (Gelosen), выражающиеся в изменении коллоидного состояния тканей; 2) отдаленное действие с места приложения холода на другие органы по путям вегетативной нервной системы (в частности, симпатической); 3) понижение иммунизирующих защитных сил человеческого организма против инфекции. Простуду считают частой причиной местного анафилактического состояния тканей; но все же значение охлаждения органа для избирательной локализации в нем инфекции оценивается клиникой не особенно высоко <sup>50</sup>). Эксперименты на животных в интересующей нас концепции не велись, хотя имеется много работ о влиянии общего охлаждения на общую же инфекцию.

Создает ли переутомление органа благоприятные условия для локализации в нем инфекции? За это говорят некоторые общеизвестные клинические факты: острый суставной ревматизм поражает преимущественно работающие суставы; сухотка спинного мозга развивается главным образом у лиц, принужденных по своей профессии сохранять статическое равновесие и т. п. Профессиональное переутомление отдельных органов со всеми его последствиями, как сложное явление социально-биологического порядка, должно изучаться клинически и статистически. Экспериментальный метод многого дать не может, но попытки в этом направлении не лишены остроумия.

Bernard и Salomon <sup>51</sup>), вводя кроликам туберкулезные палочки в артерию и пере-вязывая один мочеточник, получали туберкулезный панкардит, очевидно, на почве переутомления сердца вследствие повышенного кровяного давления. Обратного результата достиг Friedrich <sup>52</sup>) в отношении почек. Удаляя одну почку у зараженных туберкулезом кроликов, он нашел, что туберкулезный процесс в оставшейся почке отнюдь не ухудшался, а в отдельных случаях даже как будто улучшался. Несмотря на то, что почка эта выполняла двойную работу, последняя не оказалась вредной, так как не превышала, повидимому, компенсаторной способности органа. Усиленная функциональная нагрузка органа до известного предела благоприятствует его жизнедеятельности; когда же появляется переутомление, и ткань перегружается продуктами обратного метаболизма, она в некотором смысле травмируется и делается местом наименьшего сопротивления. В отношении роли утомления для развития туберкулеза открывается новая страница исследованиями Corper'a и его помощников <sup>53</sup>). При усталости увеличивается концентрация водородных ионов в ткани, что способствует разложению оксигемоглобина и освобождению O<sub>2</sub>, а повышенное напряжение кислорода в тканях по наблюдениям Corper'a весьма благоприятствует развитию туберкулезной палочки.

Наибольшее количество работ о loc. minor. resist. при общей инфекции касается механической травмы, как predisposing momenta. Особый интерес вызывала роль травмы при туберкулезе, и опыты в этом направлении начались еще до открытия туберкулезной палочки. Schüller (1880)<sup>54</sup>) производил у кроликов ушибы суставов и вводил в легкие заразный туберкулезный материал от человека (мокроту, частицы растертого туберкулезного легкого). На месте ушибов всегда развивались артриты; неушибленные суставы оставались здоровыми. Опыты эти оказались неубедительными, так как вводилась смесь различных бактерий и, судя по картине болезни, животные нередко погибали от вторичной инфекции. Krause<sup>55</sup>) повторил ту же работу в 1891 г. с чистой культурой туберкулезной палочки; он вводил последнюю морским свинкам подкожно и кроликам внутривенно и в брюшину, после чего он различным образом травмировал суставы. Оказалось, что здоровые, вывихнутые и полные суставы туберкулезом почти не заболели; наоборот, растяжения суставов дали довольно большой проц. туберкулезных артритов (50 проц. у свинок и 34 проц. у кроликов). Болезнь носила характер милиарного туберкулеза. Большая проверочная работа Петрова <sup>56</sup>) дала подобные же результаты: «из 18, подвергнутых сильному растяжению суставов, заболели 11; из 18, подвергнутых слабому растяжению, 2, из 18 ушибленных — ни один и из 162 неповрежденных 2. «Петров категорически высказывается за большое значение травмы для локализации туберкулеза.

С другой стороны, целый ряд авторов получил совершенно обратные результаты. Lannelongue и Achard<sup>57</sup>) заражали кроликов и морских свинок слабо вирулентной культурой туберкулеза и вызывали у них повреждения суставов. Ни одно из 65 животных не дало туберкулезного артрита. Friedrich<sup>58</sup>) поставил два ряда опытов: 1) автор заражал морских свинок вирулентными туберкулезными палочками, получал у них милиарный туберкулез и механически повреждал суставы; после смерти у некоторых животных в поврежденных суставах удавалось находить единичные туберкулезные палочки при наличии туберкулезных изменений в тканях или без таковых. 2) Кролики и свинки заражались мало вирулентной культурой через левый желудочек сердца. До или после заражения повреждались суставы. Ни в одном из травмированных суставов не развился туберкулез (в других суставах он изредка обнаруживался). Автор считает, что травма не создаст благоприятных условий для локализования циркулирующей в крови инфекции; но при наличии латентного очага она может ускорить и усилить те-



чение процесса. Немногочисленные, но очень точные наблюдения Honsell<sup>58</sup>) дали совершенно идентичные результаты. Патогенез травматического туберкулезного артрита представляется ему в следующем виде: туберкулезные палочки могут оставаться в эпифизах целыми годами (может быть, со времени внутриутробной жизни), не вызывая клинических явлений; такой тлеющий очаг активируется травмой.

Травматический туберкулез других органов также изучался экспериментально. Seeliger<sup>59</sup>) подвергал ушибу кролика в область одной из почек и тотчас вводил туберкулезные палочки под кожу или в вену. При вскрытии травмированная почка оказалась гораздо более пораженной туберкулезным процессом, чем контрольная, если болезнь продолжалась достаточно долго для развития ясно выраженных анатомических изменений. Simmonds<sup>60</sup>) заражал кролика внутрибрюшинно туберкулезом и на завтра травмировал (сдавливал) одно из яичек. Через 2 месяца нашли на секции миллиарный туберкулез, а в поврежденном яичке — гнойничок величиною с  $\frac{1}{2}$  горошины, содержащий туберкулезные палочки.

Резкое разногласие перечисленных опытов объясняется, вероятно, многими условиями. Не всякая травма благоприятствует развитию туберкулезного процесса. Как экспериментаторы, так и клиницисты согласны с тем, что травмы средней тяжести (например, растяжение) чаще дают толчок к развитию туберкулеза, чем тяжелые (переломы). Случаи осложнения открытых ран туберкулезом<sup>61</sup>) представляют большую редкость.

Из других моментов имеет существенное значение время травматизации. Если травма производилась при бациллаэмии, то имеется возможность фиксирования инфекции; когда же палочки из крови исчезли и осели в органах, то речь может идти только об активировании этих бацилл, если они имеются в травмированной области. Правда, травма может иногда сама вызвать бациллаэмию, если ее до того и не было. Это случается тогда, когда травма коснется старого, имевшегося уже в организме инфекционного очага; при этом в ток крови прорывается большое количество бацилл, что создает особо благоприятные условия для возникновения новой локализации<sup>62</sup>). Именно таким образом, по мнению Zollinger'a, следует представлять себе редкие случаи травматического туберкулеза гоорхита<sup>63</sup>) и менингита<sup>64</sup>) у человека.

Важной причиной упомянутых разногласий является также различная вирулентность употребляемых авторами штаммов. Против опытов Krause и Simmonds'a приводилось неоднократно то возражение, что они, пользуясь очень вирулентной культурой, получали у животных миллиарный туберкулез, а потому работы их не могут уяснить нам патологию хронического туберкулеза у человека. С другой стороны, туберкулезные штаммы со значительно ослабленной вирулентностью склонны, по мнению французских авторов, давать артриты и без предварительной травмы суставов<sup>65</sup>).

Может быть, имеет значение и относительный иммунитет животного. Besançon и Griffon<sup>66</sup>) отметили, что локализация инфекции в суставах обнаруживается как раз в периоде угасания инфекционного процесса, что вяжется с результатами произведенных экспериментов: при заражении животных получались артриты лишь в тех случаях, когда вводился ослабленный вирус, или опытное животное обладало относительным иммунитетом. Внутренний фактор, степень иммунитета, играет у человека, вероятно, большую роль, чем экзогенный — вирулентность туберкулезной палочки. Opitz и Sherif<sup>67</sup>) исследовали на морских свинках вирулентность целого ряда штаммов, выделенных из различных органов туберкулезных больных как при вполне доброкачественном скрытом процессе, так и при миллиарной бугорчатке; авторы не смогли подметить никакой закономерной зависимости формы заболевания от вирулентности возбудителя.

Почти все авторы, работавшие по травматическому экспериментальному туберкулезу, согласны с тем, что механическая травма способствует развитию туберкулеза, если в травмированном органе имелись туберкулезные палочки.

Может ли травмированная ткань улавливать, фиксировать циркулирующие в крови бациллы? Как мы видели, мнения экспериментаторов по этому вопросу разошлись. Friedländer<sup>33</sup>) считает, что замедление тока крови как при наличии поврежденной ткани, так и без нее создает наряду с быстрыми потоками крови такие сосудистые участки, которые автор назвал «стоячими болотами»; здесь, по его мнению, неизбежно должны задерживаться бактерии. В настоящее время вопрос представляется гораздо более сложным. Способность ретикуло-эндотелиальной ткани улавливать микробов связывается с тем обстоятельством, что микроб является коллоидом с отрицательным электрическим зарядом, а ретикуло-эндотелиальная система представляется как бы громадным анодом. В травмированной ткани возникает ацидоз, и тем самым она приближается в отношении электрополярности к ретикуло-эндотелиальным клеткам. Goldmann нашел, что патологически измененная ткань прижизненно интенсивнее окрашивается коллоидными красками с отрицательным зарядом, чем нормальная ткань. Это было подтверждено и другими патологами (обзор вопроса в статье Виленского<sup>68</sup>). Нельзя проводить полной аналогии между истинными коллоидами (величина частиц не более 15 микро-микрон) и суспензией коллоидных частиц величиною до микрона и более, каковой яв-



ляется бактериальная эмульсия; но некоторые авторы, как я уже указывал, считают, что явления (адсорбции) протекают в этих случаях идентично.

Точная статистическая обработка клинического материала, казалось бы, отвела скромное, но прочное место травме в патогенезе хирургического туберкулеза. Однако, до настоящих дней приходится встречаться с самыми крайними взглядами; в то время, как по данным Государственного Института физ. и орт. в Москве <sup>65)</sup> 23,9 проц. случаев туберкулеза костей и суставов ставится в связь с травмой, — Hinault и Moralis <sup>66)</sup> считают травматический туберкулез не более чем гипотезой и при том такой, необходимости в которой почти не имеется. Анализ описанных выше опытов приводит нас к следующему заключению. Механическая травма в условиях эксперимента способствует появлению местного туберкулезного процесса, но лишь при следующих обстоятельствах: 1) в поврежденном органе преобладают туберкулезные палочки (может быть, достаточно бациллэмий); 2) характер травмы представляет благоприятные условия для развития туберкулезного процесса; 3) продолжительность болезни допускает развитие выраженного местного очага.

Хотя и в меньшей степени, чем травматический туберкулез, вызывали интерес и прочие инфекционные очаги, возникшие на почве травмы. От экспериментатора ждали объяснения патогенеза таких процессов, как гнойродный травматический остеомиелит, нагноение закрытых переломов, травматические менингиты разного происхождения. В отношении остеомиелита решался вопрос не о том, способствует ли травма его возникновению, а возможен ли вообще остеомиелит без травмы <sup>67)</sup>. В то время как Becker, Rosenbach и Krause утверждали, что лишь после предварительной травмы удается получить экспериментальное нагноение костей, другие (Rodet, Lannelongue, Courmont) получали остеомиелиты и без всякой травмы, вводя в ток крови чистые культуры микробов. Опыты Lexer'a с гнойродным стафилококком окончательно доказали, что остеомиелит может возникнуть и без травмы. В дальнейшем это ему особенно легко удавалось при введении ослабленных микробов молодым животным <sup>68)</sup>.

Ehrnrooth <sup>69)</sup> (1902) заражал кроликов внутривенно стрепто-, стафило-, пневмококками или палочкой тифа при последующей травме головы; получалось loc. minor. resist в мозгу и мозговых оболочках и тем в большей степени, чем сильнее травма и чем скорее наступила инфекция после травмы. В том же году Perez <sup>70)</sup> проделал аналогичные опыты с палочкой инфлюэнцы: в мозгу образовывались абсцессы, из которых неизменно удавалось выделить палочку инфлюэнцы. Благодаря обширным работам Perez'a <sup>71-72)</sup> вопрос о значении травмы при экспериментальной инфлюэнце разработан с большой полнотой. У кроликов в разных органах (исследованию подверглись почти все органы) создавалось loc. minor. resist. путем выписывания индифферентных порошкообразных веществ или разведенной молочной кислоты; животные заражались различными способами палочкой инфлюэнцы. Значение травмы для локализации гриппозных изменений оказалось огромным: в травмированных органах появлялись гнойные очаги, содержащие палочки инфлюэнцы. Имеется одно клиническое наблюдение по инфлюэнце, представляющее полное подобие эксперимента. Reicher <sup>73)</sup> вызывал у гриппозных больных стерепневмической целью образование стерильных абсцессов, вводя им под кожу 0.1. terebinth. в двух случаях ему удалось выделить из таких терпентинных абсцессов культуру палочки инфлюэнцы. Разумеется, такое согласие клиники и эксперимента встречается далеко не всегда. Казуистика сифилидологии проводит много случаев развития специфических изменений на месте травмы при третичном сифилисе; Walenhuth <sup>74)</sup> же, экспериментируя на кроликах, не смог воспроизвести подобного процесса.

Какой степени достигает значение травмы для локализации инфекции? Может ли быть, чтобы травма оказалась в этом случае не только достаточным, но необходимым и главным фактором? Это возможно в тех редких случаях, когда вирулентность микроба крайне незначительна, или же устойчивость органа resp. организма в отношении инфекции очень высока. Dieterlen <sup>75)</sup> нашел, что кислотоупорные сапрофиты, обычно безвредные, будучи введены свинке после разминания паховой лимфатической железы, вызывают в последней резко выраженный лимфаденит. Другая возможность иллюстрируется опытами Perez'a: gl. parotis при экспериментальной инфлюэнце у кролика никогда не заболевает, и только предварительной травмой удается вызвать в этом органе образование гриппозного очага. Но, достигая известной степени, естественная иммунность органа ставит, наконец, предел и могуществу травмы: несмотря на энергичную травматизацию селезенки и мочевого пузыря кролика Perez'у не удалось вызвать в этих органах сколько нибудь характерных гриппозных изменений. Некоторые авторы (Ehrnrooth, Friedländer, Pels-Leusden) сводят значение механической травмы в описанных случаях к местным расстройствам циркуляции. Это вряд ли правильно. Механическая травма представляет собою в высшей степени сложный комплекс вредностей, состоящий не только в повреждении всех элементов ткани, но и в рефлекторном действии на центральную нервную систему, в изменении Ph, в гипериионии и, наконец, в появлении новых клеток в стадии регенерации.



Только применительно к определенной инфекции можно разрешать вопрос, какие из упомянутых элементов травмы благоприятствовали развитию данного вируса. Расшифровать значение этих вредностей большей частью очень трудно. Травматизируя орган, в котором находятся в латентном состоянии споры столбняка, готовые в скором времени исчезнуть из организма, удастся вернуть споры к вегетативной деятельности и вызвать заболевание организма<sup>75</sup>). *Resistentio minor* вызвано в данном случае, вероятно, наличием некротической ткани.

Если ввести кролику в кровь оспенный вирус и слегка нарушить целостность кожи (бритье, эпиляция), то пустулы развиваются избирательно на месте повреждения. По мнению Levaditi и Nicolò<sup>76</sup>) повышенная восприимчивость скарифицированной кожи объясняется наличием кариокинетических форм, особенно чувствительных к оспенному вирусу. Причиной I. m. г. является здесь не мертвая, а, наоборот, регенерирующая ткань. Таким образом при разных инфекциях одно и то же повреждение может иметь разное значение. С другой стороны, при одной и той же инфекции разные вредности дают иногда однородные последствия: по мнению Sogre'a влияние усталости и голодания на усиление туберкулезного процесса основано на общем их свойстве повышать концентрацию водородных ионов в ткани.

Особого рассмотрения заслуживают те случаи, когда действие вредного момента суммируется с действием циркулирующих в крови бактериальных ядов. Сюда относится, повидимому, экспериментальный туберкулезный эндокардит. Повреждая тем или иным путем сердце животного и заражая последнее туберкулезом, большинство авторов получало эндокардит без специфической гранулематозной ткани и туберкулезных палочек<sup>31, 77</sup>) процесс объясняется совместным действием туберкулезных ядов и механической травмой. В чистом виде подобный опыт был поставлен Romanelli<sup>78</sup>). Кролики, подвергнутые механической травме в области почек и отравленные туберкулезными ядами, быстро погибали; животные, только туберкулинизированные, большей частью выживали; только травмированные — оставались в живых всегда.

Клиника в значительной степени выяснила многие важные вопросы, касающиеся I. m. г., но для планомерного и всестороннего изучения этого фактора оказался необходим экспериментальный метод. Учение об искусственно воспроизведенном месте наименьшего сопротивления при общей инфекции показывает, что мы имеем дело с реальным явлением, что название этого фактора, как и других причин локализации инфекции, колеблется в очень широких пределах в зависимости от вида животного, поврежденного органа, характера повреждения, вида и свойств вируса, способа заражения. Эксперимент указывает пути анализа данного процесса и стремится заполнить абстрактное понятие конкретным содержанием.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Pels-Leusden. Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese der Nierentuberkulose. Arch. f. Klinische Chirurgie. 95 Bd. H. 2. 1911.
2. Borrel. Tuberculose experimentale du rein. Ann. de l'Inst. Past. 1894. № 2.
3. Bernard et Salomon. Tuberculose du rein par injection intraveineuse de bacilles de Koch. Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1904. № 36.
4. Friedrich. Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der chirurgischen Tuberkulose, insbesondere der Tuberkulose der Knochen u. s. w. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 53. 1899.
5. Цитиров. по Финкельштейну. Экспериментальный сифилис нервной системы. Сборник «Сифилис нервной системы» под ред. Абрикосова и др. 1927.
6. Courmont et Dor. Deuxieme note sur la production chez le lapin de tumeur blanches experimentales et caet. La Province med. 1891. № 7. Реф. в Centr. f. Bakt. 1892. № 19. Bd. 11.
7. Cadiot, Gilbert et Roger. Цитир. по Honsell. Beitr. zur. klin. Chirurgie. Bd. 28. 1900.
8. Lexer E. Experimente über Osteomyelitis. Arch. f. Klin. Chir. Bd. LIII. H. 2.
9. Besançon et Griffon. Des localisations articulaires des infections generales. La Presse Med. № 98. 1900.
10. Forssner. Renale Lokalisation nach intravenösen Injektionen mit einer dem Nierengewebe experimentell angepassten. Streptokokkenkultur. Nordisches medicin. Archiv 1902. Abt. II. H. 4. № 18. Реф. в Centr. f. Bakt. Bd. 34 (Ref.). 1903. № 4-5.
11. Fiorentini. Sulle artriti da stafilococco piogene aureo consecutive ad iniezioni endovenose et caet. Gaz. d. osp. ed. edclin. 1903. № 3. Реф. Centr. f. Bakt. 1903. № 12-13. Bd. 34. (Ref.).
12. Lesieur. Endocardite infectieuse subaigue et caet. Journ. de phys. et de pathol. generale. T. V 1903. Реф. в Centr. f. Bakt. Bd. 36. (Ref.). № 1-3. 1905. 13. Cole, J. Rufus. Experimental Streptococcus arthritis in relation to the etiology of acute articular rheumatism. The Journ. of. Infect. Diseases. Vol. I. 1904. Nov. 5. № 4. Реф. Centr. f. Bakt. Bd. 36 (Ref.). 1905.
14. Rosenow. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1915. 13 ноября. Реф. в: Вестн. Общ. Гигиены и пр. 1916., стр. 343.
15. Под ред. Абрикосова и др. Сборник «Сифилис нервной системы». 1927. (Библиография вопроса о нервотропном и дерматотропном сифилит. вирусе).
16. H. J. Corper, Mat. B. Lurie a. Nao Uyel. The variability



of the localization of tuberculosis in the organs of different animals V. The significance of localization and development of the bacilli and of the cellular reaction in man and animals. The Amer. Rev. of tub. Vol. 15. № 15. Реферат: Zeitschr. f. Tbc. Bd. 48. H. 5. 1927. 17. Цитирован. по R. von den Velden. Klinische Konstitutionselehre «Handbuch der inneren Medizin». Bergmann u. Stahelin. Berlin. 1926. 4. Bd. I. Teil. 18. 19. Тринклер. Материалы к происхождению тромбоза и пр. Врач. Дело. 1921 г., № 16-21. 20. Schindler. Роль конституции в патологии и терапии сифилиса. Русск. пер. Ленинград. 1926. 21. Мгебров и др. Доклад II Всеукраинск. съезду терапевтов. 22. И. Раздольский. Врач. Газ. № 13-14. 1927. 23. Арьев. Врач. Газ. 1927. № 5. 24. Штернберг. О локализации туберкулеза. Труды Ленингр. Научн. Туберкул. Инстит. Т. I. Ленингр. 1927. 25. Ямпольский и Розов. «Вопр. туберкул.» 1925. № 5. 26. В. И. Рождественский. О течении легочного туберкулеза при локализации процесса в мочеполовых органах. Труды Ленингр. Научн. Туб. Инст. т. I. Л. 1927. 27. Виткина и Макалова. О течении легочного туберкулеза при туберкулезе кожи и глаза. Ibid. 28. Novotny E. Zeitschr. f. Tbc. Bd. 47. H. 1. 1927. 29. Ghon A. и Kudlich H. Zeitschr. f. Tbc. Bd. 46. H. 5. 1926. 30. Eckstein A. Zeitschr. f. Tbc. Bd. 48. H. 2. 1927. 31. Ghilarducci. Lo Sperimentale. 1905. Fasc. V. Рефер.: Centrbl. f. Bakt. u.s.w. Bd. 40. Refer. 32. Seeliger. Ueber experimentelle Traumatizische Nierentuber kulose Dissert. Berlin. 1909. Цитировано по Pels-Zeusden. Archiv f. Klin. Chir. 33. Fridlander. Цитировано по Pels-Leusden. Ibid. 34. Цитирован. по D. Boerner-Patzelt, A. Godel и F. Standenath. Ретикуло-эндотелиальная система. Русск. пер. Берлин. 35. Arloing. Comptes rendus de l'Academie des Sciences de Paris. Tome CVII. Рефер.: Centrbl. f. Bakt. Bd. 5. № 15. 1889. 36. Gärtner. Zur Aufklärung der sog. Prädisposition u. s. w. Beitr. zur pathol. Anatomie u. s. w. Bd. 9. 1891. 37. Nekam. Ueber Innervation und Disposition. S. I. et a. Рефер: Centrbl. f. Bakt. Bd. 16. № 21. 38. Speransky. Ann. de l'Inst. Past. 1928. № 2. 39. Schönbauer und Whitaker. Einfluss der Uegetativen Nervensystems auf die Wundheilung. Mitt. Grenzgeb. 38. H. 4. Реф. D. m. Woch. 1925. № 46. 40. Villy Felix. D. Zschr. f. Chir. 193. Реф. D. m. Woch. 1925. № 49. 41. Roger. C. r. Soc. de Biol. 1890. № 16-42. Ichok. La Presse Med. № 28. 1926 (Библиография вопроса о симпатэктомии при туберкулезе суставов). 43. Papilian. Доклад Румынскому биол. Общ. 17 мая 1925 г. Реф. Врач. Газ. 1926. № 3. 44. Sterling-Okunievski. C. R. Soc. Biol. t. XCVII. 1927 p. 943. 45. Papilian et Jianu. C. r. Soc. Biol. 1928. № 1. 46. Bernard et Salomon. C. r. Soc. Biol. 1904. № 36. 47. Цитир. по статье Николаева. Журнал микробиол., патолог. и инф. бол. II. вып. 4. 1925 г. 48. d'Arrigo. Centrbl. f. Bakt. Bd. 28. 1900. № 8-9. 49. Schade. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1925. № 10. Рефер.: Zeitschr. f. Tbc. Bd. 44. H. 1. 1925. 50. Harpuder D. m. Woch. № 15 и 16. 1928. (обзор литературы о простуде). 51. Bernard et Salomon. C. r. Soc. Biol. 1904. № 30. 52. Friedrich. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 53. 1899. 53. Corper, Lurie and Uyel. Amer. Rev. of Tub. Vol. 15. № 1. Рефер. Zeitschr. f. Tbc. Bd. 48. H. 2. 1927. 54. Schüller. Цитир. по Honsell. см. 58). 55. Krause. Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Leipzig. 1891. Цитир. по Honsell. см. 58). 56. Н. Н. Перлов. Русск. Врач. 1902. № 34. 57. Lannelongue et Achard. Цитир. по Honsell 58). 58. Honsell. Beitr. zur Klinisch. Chirurgie. Bd. 28. 1900. 59. Simmonds. Цитир. по Zollinger (у 61). 60. Kappis. D. m. V. 1910. Стр. 1310. 61. Zollinger. Zeitschr. f. Tbc. Bd. 48. H. 2. 1927 г. 62. Zollinger. Schw. med. Woch. 1926. № 50. 63. Opitz и Sherif. Zeitschr. f. Tbc. Bd. 49. H. 4. 1927. 64. Виленский. Каз. Мед. журнал. № 3. 1928 г. 65. Шерстов. Новый хирургич. архив. Т. 10. кн. 4. № 7. 1926. 66. Hinault et Moralis. La Presse Med. № 56. 1927. 67. Lexer. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XLVIII. H. 1. 1894. 68. Lexer. Arch. f. Klin. Chir. Bd. LIII. H. 2. 69. Ehnrooth. Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Helsingfors. 1902. Реф. Centrbl. f. Bakt. Bd. 34 (Ref.). № 20-21. 1904. 70. Perez. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. LXIV. 1902. H. 1-3. 71. Perez. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. LXIII. H. 5 и 6. 72. Perez. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 66. H. 1 и 2. 1902. 73. Цитир. по Кричевскому и Шоттгер. Эпидемический грипп. 1927. 74. Цитир. по Cornet и Kossel. Tuberculose. Handb. d. path. Micr. Kolle и Wassermann. V. Bd. 1913. 75. Tarozzi. Atti R. Accademia dei Fisiocritici. Serie 4. Vol. 17. Рефер. Centrbl. f. Bakt. Bd. 40. 1907. 76. Цитир. по Гамалея. Оспопрививание. Л. 1924 г. 77. Bindo de Vecchi. Centrbl. f. Bakt. Bd. 36. 78. Romanelli. Ann. dell Istitt. Maragliano. Vol. 3. 1908. Реф. Centrbl. f. Bakt. Ref. Bd. 44. № 13-14.



**ДУБРОВСКИЙ.**—К вопросу о неосновательных вызовах врачей на дом на железных дорогах. («Сиб. Мед. Журн.», № 4 за 29 г.).

Автор пользуется материалом 7 врачебного участка Омской ж. д. в г. Кургане. Население участка около 8000 ч., за год (с I-XI—27 г. по 31-X—1928 г.) всего вызовов врачей на дом было 1.074, из них 182 или 16,9 проц. неосновательных. Из 275 экстренных вызовов 164 (59,2 проц.) неосновательных «при самом мягком подходе к оценке вызовов».

Как меры борьбы с этим явлением, автор предлагает привлечение внимания общественности к этому вопросу, применение мер морального воздействия (стенгазета, внушение и т. д.) и, наконец, в злостных случаях—денежный штраф.

Н. К.

**ЮККЕР С. В.**—Опыт построения плана профилактической работы раз'ездного врача. («Сиб. Мед. Журн.» № 2—3 за 1929 г.).

Автор рассматривает раз'ездного врача, как организатора общей профилактики своего района. Он должен изучать медицинское состояние такового. В распоряжении раз'ездного врача должна находиться библиотечка. Когда норма адресов не заполнена, раз'ездной врач посещает больных для профилактической работы. Учет этой работы ведется автором по следующей форме: число, месяц, фамилия и адрес больного, чистота, алкоголизм, инфекционные болезни, кожно-венерические заболевания, уход за ребенком, питание, туберкулез, противозачаточные средства, разные виды работы, результаты. В план работы автора входит также изучение водосточников, санитарного состояния усадеб, ведение карты инфекционных болезней района и т. д.

Н. К.

**БАНТИН и ГРЯЗЕВ.**—Результаты обследования крестьян с. Чистого Уральской области в отношении заболевания туберкулезом («Сиб. Мед. Журнал» № 4 за 1929 год).

Авторами было обследовано на туберкулез 1.000 человек жителей с. Чистого Щучанского района, Челябинского округа из общего числа 2.090 чел. населения этого села. Из 416 дворов этого села дворов бедняков 304, середняков 98 и зажиточных 14. Больных туберкулезом среди обследованного населения 11,5 проц. Наибольшее число заболеваний падает на возраст от 19 до 40 лет (20,6 проц.), наименьшее на возраст 6—18 л. (3,8 проц.). По отношению ко всем обследованным инактивных форм 9,1 проц., активных 0,7 проц. Сравнение данных, полученных авторами, с другими аналогичными литературными данными указывает, что заболеваемость туберкулезом населения с. Чистого хотя и высока, но «особого места не занимает».

Причину этой сравнительно высокой заболеваемости авторы видят в нездоровых санитарно-бытовых условиях деревни.

Н. К.

**Zadek.** Заболевания печени из-за хронического свинцового отравления. (Deut. med. Woch. 32, 929).

Существует казуальная зависимость между часто встречающимися явлениями холангии и свинцовыми интоксикациями. Вредное влияние свинца на печень, на основании материала автора, не подлежит никакому сомнению. При большом числе профессий, угрожаемых по сатурнизму, учет этой вредности имеет большое значение для клиники болезней печени в диагностическом, терапевтическом и профилактическом отношениях.

М. В.

**Ascoli.** Контралатеральный пневмоторакс (Deut. med. Woch. 33, 929).

В тех случаях, когда из-за сращений искусственный пнеймоторакс не удается, автор приступил к накладыванию контралатерального пнеймоторакса на здоровой стороне. При этом автор исходит из следующих физиологических и патофизиологических соображений: при лечении пнеймотораксом в начале имеется фаза приспособления органов грудной полости, при чем это приспособление идет не за счет разницы в давлении обоих плевральных полостей, но за счет смещения средостения; в пределах известных скромных границ безразлично наложен ли пнеймоторакс на одной стороне, на другой или на обеих одновременно. Эффект один и тот же: изменение эндоплеврального давления. Разница наступает лишь тогда, когда средостение достигло предела своей смещаемости. Тогда в обеих плевральных полостях наступает различное давление, при чем эти величины давления все время будут взаимно дивергировать. До Ascoli применял контралатеральный пнеймоторакс при тяжелых легочных кровотечениях Gwerder, но в то время как Gwerder рассматривал достигнутый при этом успех как парадокс, Ascoli считает этот метод оправданным с точки зрения физио-патологических изменений внутри грудной полости. Хорошие результаты, полученные автором побуждают его к дальнейшему применению этого метода.

М. В.



---

Kading. Артрит в области верхушек легких с особым учетом локализации болей. (Deut. med. Woch. 21, 928).

На громадном рентгенологическом материале обнаружены больше чем в 8 проц. всех рентгенограмм грудной клетки деформирующий артрит в области *Articulatio costotransversaria* в виде артритических рубцов первых грудных позвонков. Автор определяет это как, верхушечный артрит. «Клинически это характеризовалось следующим образом: больные жаловались на боль между лопатками без ясной локализации. Самым типичным для этих болей было то, что они наступали при начале движений, и затем постепенно затихали. При исследовании над этой областью устанавливалась пактильная чувствительность, при движениях плеча и при глубоком вдохе—легкое трение. Особенно заслуживает внимания то, что и при аускультации выслушивалось это трение, что может дать повод к смешиванию этого заболевания с легочными и плевритическими заболеваниями.

М. В.

Polak Daniels. О лихорадке при генуинной пневмонии (Deut. med. Woch. 7,8, 928).

Большие гематологические и серологические изыскания автора при генуинной пневмонии побуждают его следующим образом толковать характер лихорадки при генуинной пневмонии: лихорадка при инфекционных заболеваниях обусловлена веществами, которые возникают в результате взаимодействий между возбудителями болезни и защищающимся организмом; лихорадка пневмоника это—белковая лихорадка. На картину температуры при пневмонии решающее влияние оказывает масса бактериальных белковых тел, подлежащих резорбции. Эта масса в начале мала, так как количество оформленных иммунных тел в начале незначительно. Чем больше в процессе болезни растет количество защитных тел, тем больше накапливается масса мертвых бактерий, пока эта масса не становится столь значительной, что белковые вещества вызывают шок, которым и обусловливается кризис.

Легочный процесс не оказывает при этом значительного влияния на температурную кривую.

М. В.

---



## НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ НА МЕСТАХ

Уральское Медицинск. Общество и Обл. Бюро научн. Ассоциации врачей.

Заседание 23 апреля 1929 года.

1) Д-р Кушелевский Б. П. Демонстрирует больного страдающего алейкемическим лимфаденозом. Познакомив с современной классификацией лейкозов и принципами ее докладчик представляет таблицу гемограмм наблюдавшихся им случаев лейкемического сублейкемического и алейкемического лимфаденозов, иллюстрирующих сходство между ними и возможность перехода одной формы в другую. Демонстрируемый больной С-к 33 л. поступил в ж.-д. больницу с жалобами на опухоль и боли в животе, связанные с запорами. Болен 7 мес., но работал все время. При обследовании помимо опухоли живота, исходящей из лимфатических желез, обнаружено генерализованное увеличение последних. Селезенка не прощупывается. Кровь: Нв 90 проц., эритроц. 4.410.000, лейкоц. 6.200, из них нейтрофил. 41 проц., лимфоц. 51 проц., эозиноф. 7 проц. и моноц. 1 проц. Проба Фрея: до адреналина 8500 лейкоц., после 17.800. Симптом Румпель-Лиди положительный. Время кровотечения 3 мин. Докладчик обращает внимание на наличие люэса в анамнезе, обнаруженного год тому назад в виде гуммозной язвы глотки и леченного одним курсом. В настоящее время RW, a. ++++. Специфическое лечение осталось без всякого эффекта на болезненные явления и RW'a. Биопсия обнаружила лимфоматозную гиперплазию, спирохет в железе обнаружить не удалось.

Демонстрация вызвала много вопросов.

2) Д-р Кусевский. «Взаимоотношение между кровохарканием при tbc и тромбоцитозом». Лишь в последнее время изучена патология и физиология тромбоцитов. Докладчик задался целью выяснить, какая связь между кровохарканием и состоянием тромбоцитоза у данного больного. Из приведенных им таблиц видно, что у больных с кровохарканием тромбопения в 2,5 раза больше, чем в случаях без кровохаркания. Где в анамнезе имеется кровохаркание, там и тромбопения. Падение числа тромбоцитов идет параллельно с участием защитных функций организма. Выводы: а) Между тромбоцитами и кровохарканием имеется связь; б) тромбопения является показателем бывшего или имеющегося кровохаркания; в) падение тромбоцитов может иметь прогностическое значение. Докладчик излагает свой метод автогемакальцитотрансфузии при профузных легочных кровотечениях (см. в № 8 «Ур. Мед. Жур.»).

Д-р Плотников. Данные докладчика дают обнадеживающие результаты. Необходимы дальнейшие динамические наблюдения над одними и теми же объектами.

Д-р Кушелевский. Желательно проследить связь между количеством тромбоцитов и так наз. «временем кровотечения» с целью выяснения возможности замены кропотливого подсчета тромбоцитов определением времени кровотечения. Опасно применять автогемакальцитотрансфузию из-за возможности эмболии образующимися в шприце кровяными сгустками.

Д-р Виленский. Прогностические выводы еще преждевременно делать. Нельзя согласиться с докладчиком, что подсчет тромбоцитов может сам по себе заменить гемограмму по Шиллингу.

Докладчик отвечает, что в опытных руках его метод остановки кровотечения не опасен в смысле эмболии. Подсчет тромбоцитов ценен с точки зрения определения свертываемости крови.

Председатель. Доклад заинтересовал представителей всех специальностей и ценность его в том, что в нем имеются основы для дальнейших исследований в затронутом вопросе.

3) Д-р Польковский и д-р Федорова продемонстрировали больного, страдавшего сирингомиелией и излеченного рентгено-терапией.

Проф. Ратнер. Сирингомиелию можно лечить и хирургически. Но к хирургам попадают обычно больные, от которых уже отказались невропатологи и рентгенологи. Д-р Польковский. До рентгена сирингомиелия считалась неизлечимой и хирургическое лечение далеко от того, чтобы быть признанным. Рентгенотерапия безвредна, хотя и длительна.



1) Д-р В. М. Онуфриев. «Воспоминания об Н. А. Миславском». Н. А. Миславский отличался большой разносторонностью и отзывчивостью. Во время своих частых приездов в б. Екатеринбург он был инициатором научных совещаний врачей, из которых выросло потом «Уральское Медицинское О-во».

2) Д-р А. М. Наравцевич. «Живая материя с точки зрения диалектического материализма».

Д-р В. И. Великий приветствует докладчика, как «первую ласточку» внимания к этим вопросам беспартийных врачей. Отрицание диалектики привело бы материалистов к механизму, отрицание механистами материи привело бы их к витализму или идеализму. Основное отличие—недопущение механистами представления о скачках, о переходе количества в качество. Материалисты в учении об электронах приходят к существу живой материи. Виталисты признают автономность жизненных процессов, материалисты же считают, что жизненное проявление есть продукт жизнедеятельности материи и что законы диалектики познаваемы.

Д-р Коган. Механисты полагают, что среда (окружающие условия) безусловно влияет на изменения генов и на наследственную передачу приобретенных признаков, причем определенные влияния среды вызывают всегда определенные адекватные изменения в организме, передающиеся по наследству. Диалектики отрицают адекватность изменений. Они считают, что изменения зависят как от влияния среды, так и самого организма (конституция).

Председатель проф. Ратнер.—Доклад вполне соответствует идее данного заседания, посвященного памяти П. А. Миславского. Медицина пойдет по пути диалектического материализма; за это говорит все направление ее работ сейчас. И на западе число виталистов все уменьшается. Надо приветствовать докладчика, в устах которого «живая материя» не стала скучной. Подобные доклады объединяют врачей всех специальностей.

2) Д-р Диев В. М. «К вопросу о гидросолевом балансе у рабочих листокатного цеха завода «Серп и Молот». Всего сделано 18 обследований вальцовщиков и сварщиков листопркатного цеха. Исследовались хлориды мочи в целях выяснения водно-солевого баланса под влиянием лучистой теплоты. Потребление воды достигает 5—6 литров в сутки и неравномерно в разные часы. Суточное количество хлоридов не понижено. Испытуемые рабочие теряют в весе в среднем на 1,5 кг., но нарушение в весе выравнивается, не давая длительных изменений. Выводы: работа вальцовщиков сопровождается нарушением водного обмена и понижением выделений хлоридов. Солевой баланс не дает однородных сдвигов.

Д-р Виленский. Исследуемая группа представляет много загадок. Необходимо продолжать наблюдения. Д-р Фридьев. Непонятно отсутствие дерматозов у этих рабочих. Направляем мысль, что здесь должны бы быть мокнущие экземы, но возможно, что от них предохраняет лучистая теплота.

Председатель—Тема в высшей степени интересна для врачей Урала. Вероятно уже теперь можно вести улучшения в труд рабочих горячих цехов. Надо надеяться, что в Обществе будет представлено продолжение этого доклада.

#### Заседание 14 мая 1929 года.

1) Д-р Бунимович демонстрировала большую «с редкой формой гермафродитизма». Субъект 21 года, ведет себя, как женщина; жалуется на болезненный coitus, бесплодна, отсутствие mensrua и наличие в паховых областях подвижных шаровидных образований, мешающих ходьбе. Объективно отмечаются два начала в ее конституции: а) крупные черты лица, широкие плечи, волосатость бедер, клитор по величине и форме подобный penis'u 7—8 летнего мальчика; б) отсутствие растительности на лице, наличие женских грудных желез, таз по форме и размерам женский, наличие влагалища в 6—7 см. длиной, больших и малых губ и женское libido. Глубокое исследование: полное отсутствие матки и придатков. Шаровидные образования в паховых областях представляют собой мужские половые железы. Их микроскопическое строение—ткань testis в состоянии атрофии: спавшиеся, заросшие просветы канальцев и гиалинизированные клетки. В межклеточной ткани много клеток Leidge'a. После удаления клитора и расширения влагалища результаты отличные: жалоб болящая не предъявляет.

Д-р мед. В. М. Онуфриев. На вопрос, имеется ли здесь гомосексуалист или гермафродит, надо думать, что гермафродит, так как и мужское и женское начала у него выражены одновременно.

Д-р Дягилева. Пол обуславливается клетками Leidge'a, а в отношении вторичных половых признаков вероятно играют роль и Сартолиевы клетки. При крипторхизме с атрофией канальцев Сартолиевых клеток много, и они то поддерживают мужской тип.

Д-р Перетц. На основании анкеты, произведенной в консультации, сделал вывод, что libido не зависит только от функции половых желез, но связано с рядом внешних усло-



вий, в частности бытовых. Приводит примеры. Микроскопическая картина желез в рассматриваемом случае противоречит признанию его, как гермофродита. Все здесь загадочно и требует разрешения.

**Председатель.** Подобные демонстрации представляют интерес для педологов, врачей и судебных медиков. В ряде стран существуют законы, наказывающие гомосексуалистов. В последнее время судебные органы уже учитывают природную дисгармонию в их организации, и законы эти изменяются. Все же каждый новый случай представляет большой интерес.

2. Д-р Константинов И. Ф. (зав. Касли) демонстрирует больного, одержимого правосторонней поддиафрагмальной грыжей. Из 371 случая диафрагмальных грыж, собранных в литературе, приходится 53 случая грыж левой стороны грудобрюшной преграды травматического происхождения: после колотых, резаных, огнестрельных ранений и врожденные вследствие дефекта в диафрагме. Случаев же образования диафрагмальных грыж в более позднем периоде после травмы описано всего 5 и настоящий является шестым. В демонстрированном случае было сдавление брюшной полости и реберной дуги, без нарушения целостности костно-хрящевой и мышечной частей. С частичным растяжением межреберных мышц и, возможно, частичным растяжением или разрывом мышечной части диафрагмы с последующим (через полтора месяца) образованием грыжи в седьмом межреберье между передней и средне-аксиллярной линиями величиною с голубиное яйцо, доходившей при сильных кашлевых движениях до куриного яйца. На основании наблюдения настоящего случая, а также и изучения литературы, докладчик констатирует ряд симптомов, свойственных данному заболеванию.

Д-р Скобунова. Трудно решить вопрос об оперативном вмешательстве, которое представляется небезопасным в виду локализации грыжи, а priori обеспечивающей операционный пневмоторакс, с которым надо считаться, особенно в условиях сельской работы.

**Председатель** выражает удовлетворение по поводу выступления в О-ве участкового врача и высказывает пожелание, чтобы докладчик поделился в будущем результатами лечения данного больного.

#### Заседание 28 мая 1929 года.

1) Д-р Одинцов В. Е. представил два препарата почки. Одна взята от больного, имевшего по клинической картине *ruonephrosis*. В лоханке найден небольшой камень, закрывавший начало мочеточника. Вторая почка взята от больной, представлявшей большие трудности в диагностике: в течение 9 м-цев приступы колик в правой половине живота и наличие опущения почки. Почка подшита, через 2 м-ца боли возобновились. Обширно-ограниченная припухлость в правой почечной области. При второй операции найден *hudgoruonephrosis* и добавочные сосуды почки сдавливали начало мочеточника. Выводы: диагностика почечных заболеваний не всегда легка, и, дифференцируя аппендицит, холецистит и почку, надо чаще думать о последней, чем это принято.

Проф. Ратнер указывает на нерациональность операции фиксации почки, когда она делается без показаний. Диагностика заболеваний правой половины живота не легка, все же спутать аппендицит с почкой теперь трудно, так как хирургия располагает прекрасными диагностическими способами в отношении почек.

2) Д-р Любимов А. А. Врожденное малоглазие с кистами век. Докладчик отмечает чрезвычайную редкость данного порока развития глаза, приводит основные теории патогенеза и механизма развития аномалии, клиническую и патолого-анатомическую картину случаев микрофтальмии, наблюдавшихся в Областной Глазной Лечебнице, сопровождая доклад демонстрацией гистологических препаратов. Выводы: наличие в препаратах хрусталика мезодермального тяжа, идущего к хрусталику роговой оболочки указывает на развитие аномалии в стадии вторичного глазного пузыря. Ясно выраженные воспалительные явления (круглоклеточная инфильтрация, разрошение пигментных клеток у капсулы хрусталика, друзы в стекловидной пластинке сосудистой оболочки, мощное и неравномерное развитие пигм. эпителия) указывает с несомненностью, что в данном случае имел место воспалительный внутриутробный процесс. Докладчик, не соглашаясь с теорией, отвергающей значение внутриутробных воспалительных и токсических влияний для патогенеза микрофтальмии (u Hippel, Bergmeister, Seefelder), полагает, что авитаминоз матери создает в период беременности благоприятные условия для возникновения в плоде различных отклонений от нормального развития, в частности, и аномалий глаза.

Д-р Зайцев. Повидному, голодание, в частности авитаминоз играют большую роль. Приводим случай микрофтальмии, наблюдавшийся им у мужчины, совершенно нормально развитого во всех других отношениях.

3. Д-р Плоткин. «20 случаев малого Кесарского сечения с последующей стерилизацией в условиях участковой работы». Указанное количество операций произведено за 1 год. Доклад вызван желанием автора вынести на обсуждение вопрос о стерилизации. Его выдвигает жизнь, как и вопрос об аборте. Материал докладчика—женщины от 20 до



40 лет, главным образом, жены рабочих. Медицинские показания фигурировали в 9 случаях, в остальных 11 социальные мотивы. Процент смертности 0. Отдаленные результаты хорошие: у 3-х участились месячные. Выводы: а) операция должна производиться по медицинским показаниям, но не исключается возможность производства ее и по социальным; б) техника стерилизации проста и доступна сельскому хирургу; в) крупных осложнений не дает ни ближайших, ни отдаленных.

На вопросы докладчик ответил, что кроме указанных 20-ти сделано еще 2 Кесарских сечения: по поводу эклипсии и узкого таза. Большая часть операций сделана во вторую половину года. При беременности от 2—2½ до 3 мес. Количество родов в больнице за 1 год приблизительно 100. Операция стерилизации составляет 40 проц. всех произведенных в гинекологическом отделении больницы за 1 год.

Д-р Перетц. Вопрос о стерилизации затрагивается в целом ряде О-в. Общепринятое положение: ни в коем случае не делать ее по социальным показаниям, медицинские мотивы аналогичны таковым при аборте. Врач должен решать вопрос только с врачебной точки зрения, а не с каких других, но на врача напирает жизнь, и он подчас не может противостоять ее требованиям. Такие уступки всегда рискованны: часто благодеяние, оказанное женщине, ставится потом ею же в тяжелый упрек врачу. Вывод таков: стерилизация по социальным показаниям недопустима, но перед лицом ряда серьезных мотивов можно в отдельных случаях пойти навстречу женщине.

Д-р В. М. Онуфриев. Докладчика надо приветствовать за храбрость и мужество, с которыми он выступил здесь. Коллега побил всемирный рекорд по стерилизации. Проф. Селицкий собрал за 7 лет 700 случаев стерилизации, при чем на 200 родов пришелся 1 случай Кесарского сечения, у докладчика же Кесарское сечение 1 на 5 родов. Первичные хорошие результаты не могут служить критерием, надо брать отдаленные: нельзя процент смертности и неудач выводить из цифры 20, и даже 1 проц. неудач для такой маленькой операции должен оставить тяжелый след в деле хирурга.

Д-р Завьялов обращает внимание на нежелательный уклон участковых врачей—начинать свою гинекологическую практику с Кесарского сечения и стерилизации. В Свердловском Пов.-Гин. Институте с таким направлением работы гинекологи не соглашались и докладчик, получивший подготовку в Ин-те, забыл об этом. Ссылка докладчика на данные д-ра Крюкова неудачна, так как последний был всеми осужден.

Докладчик ответил, что он увлекся этой операцией и в этом сознается. Он только вынес вопрос на общественный суд: операция эта делается везде и всюду, и он стал лишь козлом отпущения за Свердловск и за врачей других районов.

Председатель проф. Ратнер. Надо приветствовать доклады участковых врачей, из которых мы узнаем, как они работают и во что верят. Докладчик получил то, чего он ждал: его осудили, но он заслуживает снисхождения. Доклад очень полезен для всех в том отношении, что вакханалия со стерилизацией, вероятно, теперь сократится. Пожелаем докладчику совершенствоваться в работе, но не на этой операции.

#### Заседание 4 VI—1929 года.

1) Д-р Бродовский В. Б. демонстрирует около 30 инородных тел, добытых из пищевода путем эзофагоскопии у различных больных. Лишь в одном случае этот метод оказался недействительным, и пришлось прибегнуть к эзофаготомии.

Зуб. врач Паин по поводу случая, где был проглочен зубпротез, считает причиной его недостаточную осведомленность больных об опасностях пользования испорченными протезами.

2) Д-р Оленева. «Случай неполного прободения матки, произведенного акушеркой». На операции, произведенной через несколько дней по поводу подозрения на внематочную беременность, обнаружен неполный аборт и неполное прободение матки, матка удалена с левым придатком. Поводом к удалению послужило подозрение на прободение, вызванное обнаруженным налетом некротического характера и кровоизлиянием в широкую связку.

В. М. Онуфриев считает операцию показанной, но почему сделана лапаратомия, а не надвлагалищная, остается непонятным, тем более, что имелось подозрение об инфекции, которую можно было занести в брюшную полость. Следовало бы сначала обследовать полость матки и, найдя там остатки яйца в виде фиброзного полипа, удалить его. Найдя изменения в придатках, произвести лапаратомию, быть может, удалить придатки, но матку оставить.

Л. М. Ратнер думает, что здесь помимо диагностической допущена и терапевтическая ошибка, так как не инфицированное кровоизлияние не дает повода к ампутации матки и левых придатков: больная поправилась бы и без удаления матки.

Фирсова. Причиной удаления явился найденный нами гангренозный налет на матке и изменение в придатках.



**В. Г. Перетц.** Если бы мы заподозрили прободение, то оперировали бы немедленно. Приводит аналогичный случай, где при консервативном лечении только через месяц развился сепсис, окончившийся летально. Трудно сказать, чем кончился бы данный случай без удаления матки. Прободения не страшны, если они сделаны стерильно, но в данном случае несомненно было не стерильно: налет напоминал дифтеритическую пленку, занимавшую  $\frac{1}{3}$  поверхности матки. Кровоизлияние нужно было также ликвидировать: выход—ампутация.

Председатель проф. **Ратнер** в резюме указал, что вопрос о лечении прободения матки, видимо, еще не вполне разрешен. Важно отметить, что акушерки еще продолжают заниматься абортами.

3) **Д-р Н. И. Грязнов.** Об антигенных свойствах липоидов. Несмотря на то, что идея активной иммунизации очень стара, результаты ее еще далеко не совершенны. Исключение—оспенная вакцинация. В последнее время внимание исследователей привлекает природа антигенов. Из белков, жиров и углеводов, входящих в состав последних, первоначально антигенные свойства приписывались лишь белкам, пока Мух не указал на наличие этих свойств и у липоидов. Исходя из наблюдений над гетерогенными антигенами, особенно из алкогольных экстрактов, содержащих липоиды, авторы пришли к сравнению антигенных свойств бактерий с аналогичными свойствами сывороток+алкогольные экстракты липоидов. Основное свойство липоидов—растворимость в жировых растворителях. Они легко окисляются, парализуют действие алкалоидов, нейтрализуют токсины. В последнее время стало известно, что эргостерин под влиянием ультрафиолетовых лучей превращается в витамин D. Докладчик в свое время обнаружил и изучил антигенные свойства липоидов чумных бактерий. В последних своих работах о липоидах оспенной вакцины ему удалось обнаружить некоторую невосприимчивость к оспе кроликов, иммунизированных оспенными липоидами. У морских свинок этого не получилось. Вопрос о специфичности этого иммунитета входит в план дальнейших работ докладчика. Работы эти помимо теоретического имеют и практический интерес и перспективы в отношении диагностики и терапии.

**В. Г. Перетц** занимался исследованием количества липоидов у беременных и кормящих женщин, а также зависимостью качества их от менструального периода и обнаружил ряд закономерных колебаний.

**Н. И. Грязнов.** Если принять точку зрения проф. Новикова на беременность, как на паразитизм, то повышение липоидов при беременности может рассматриваться, как проявление защитных свойств организма матери.

4) **Д-р Самойлов (Москва).** О лечении гриппа хлором. По наблюдениям американских авторов в производствах, имеющих дело с хлорным газом, не наблюдалось гриппозных эпидемий. Это послужило поводом к опытам для лечения гриппозных больных хлором, поставленным докладчиком в Москве, при помощи выработанного им простого метода. Выливают 5,0 acid muriat pur на блюдце и туда же бросают щепотку марганцево-кислого калия, после чего начинает выделяться хлорный газ. Блюдце ставится на 1 метр от больного, которому предлагается делать глубокие вдохи в течение  $\frac{1}{2}$  часа. Сеанс повторяется через 4 часа. На другой день больной здоров. Таким образом докладчик лечил 640 гриппозных больных в домашней обстановке, как врач квартирной помощи в Москве. Только в 8-ми из них результат был неудачен, в остальных же наблюдался abortивный эффект, порой через 2 часа после ингаляции.

Сообщение вызвало много вопросов.

**Г. М. Гитерман.** Из сообщения видно, что эмпиризм не потерял своего значения и в современной медицине. Но для подтверждения полученных результатов необходимо клиническое наблюдение.

**Рыскин** считает нужным поставить изучение этого вопроса экспериментально, так как хлор может оказать и отрицательное действие, как сильный яд.

**Б. П. Кушелевский.** Способ докладчика подкупает своей простотой до примитивности. Сущность его сводится к местному действию хлора на пораженные гриппом верхние дыхательные пути. Хлор яд, но по закону Arndt-Schulz'a в малых дозах он может обладать и терапевтическими свойствами, как и другие яды. Способ докладчика заслуживает испытания при условии соответствующего отбора больных и дозировки в зависимости от кубатуры помещения, где ингаляция производится.

Докладчик просит считать сообщение предварительным и проверить его. В ближайшее время он получает возможность поставить клинические наблюдения со своим методом.

Председатель проф. **Л. М. Ратнер**, отмечая ценность метода, считает интересным постановку наблюдений в больничной обстановке, но грипп у нас, к сожалению, не госпитализируется.



## ОТЧЕТ ТОБОЛЬСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА ВРАЧЕЙ ЗА 1928 и 29 Г.Г.

В бюро кружка в 1928 г. входили: д-р Виноградов (председатель), д-р Беллавин (зам. пред.), д-р Тутолмин, Тарунин (секретари) и Сапожков (библиотекарь). В 1929 г. бюро переизбрано, в его состав вошли врачи: Варнаков (председатель), Виноградов (зам. пред.), Тарунин и Тутолмин (секретари), члены бюро: Федоровская, Пономарев. За 2 года было 25 научных заседаний и 11 демонстраций больных и препаратов.

### Научные заседания в 1928 году.

18-I—23 г. Проф. Божовский: «Некоторые особенности течения скарлатины в эпидемию в Тобольске». Приводятся наблюдения из инфекционного отделения окружной больницы; заболевания протекали тяжелее, чем в другие эпидемии, с большим числом осложнений лимфаденитом, воспалением среднего уха. Были заболевания и среди вакцинированных. Лечебная сыворотка эффекта почти не давала. В прениях участвовали врачи Красанова, Сапожков, Беллавин, Виноградов, Шипилина.

Д-р Красанова: «Санитарные мероприятия в связи с эпидемией скарлатины». Масовая вакцинация школьников (до 1.000) и строгая изоляция дали довольно быстрый результат. Доктор приводит статистические данные вакцинаций, а также данные д-ра Панчулидзе, где отмечается несомненный эффект прививок; приводятся случаи из детдомов, где во время произведенное вакцинирование предупреждало и прекращало дальнейшее распространение инфекции. В прениях проф. Божовский, д-р Сапожков, Беллавин, Тутолмин, Шипилина, Виноградов.

16-V. Д-р Тутолмин: «Деятельность туберкулезного диспансера за 1926—27 г. г.». В прениях: Сапожков, Шефтель, Беллавин, Виноградов.

23-V. Д-р Белкин: «Деятельность пункта помощи на дому в Тобольске за 3½ года». (Доклад напечатан в Уральском Мед. Журнале). Прения: Сапожков, Тутолмин, Шефтель.

Белкин: «40-летие Томского Университета».

20-V II. Д-р Пономарев: «Об эпидемии лимфаденитов у охотников на водяных крыс среди татар юрт Меримовских и вообще в районе Тобольска». Отряд в составе врача Пономарева и бактериолога Шайна исследовал несколько десятков больных с опуханием желез подмышечных, паховых и др. Установлена несомненная связь обращения больных со шкурками крыс. Картина заболевания сходна с клиническими симптомами туляремии. Посевы гноя из пораженных желез дали культуру грамм-отрицательных кокко-бацилл. Д-р Шайн и Пономарев предположительно высказываются, что это заболевание близко к туляремии, и инфекция передается через шкурку крыс, а также через контакт с больными. В прениях: Тутолмин, Беллавин, Виноградов, Сапожков, Варнаков.

6-VIII. Д-р Евфорицкий: «О научной командировке в Ленинград».

27-IX. Д-р Зархи: «Об эпидемии лимфаденитов на Тобольском севере среди русских и инородцев охотников». Д-р высказывается, что заболевание идентично с тулярией. В прениях: Пономарев, Виноградов. Позднее, через посевы д-р Зархи нашел возбудителя туляремии (работ а напечатана в «Ур. Мед. Журнале»).

15-VIII. Д-р Виноградов: «О научной командировке в Ленинград».

20-VIII. Д-р Тимофеева: «О командировке на курсы усовершенствования в г. Ленинград».

20-XI. Д-р Шипилина: «О поездке на курсы усовершенствования в г. Ленинград».

### Научные заседания в 1929 году.

Д-р Тутолмин: «Изгнание глистов дуоденальным зондом в амбулаторной обстановке». В виду широкого распространения глистных инвазий и перегруженности терапевтического отделения д-р предлагает применение дуоденального зонда в амбулаторной обстановке. Для проверки этого метода проведено через лабораторию тубдиспансера попутно с исследованием желудочного сока 50 случаев введения Exlr. filicis maris в эмульсии с Kali carbon. до 5,0—6,0 в двенадцатиперстную кишку, в 95 проц. с хорошим результатом; особенной подготовки больные не получали. Сообщение вызвало многочисленные прения. Метод в настоящее время широко проводится в амбулаториях Тобольска как среди взрослых, так и детей с хорошими результатами.

Д-р Тутолмин демонстрирует мальчика 12 лет после гриппозного менингита: терапия: люминаль, уротропин, выздоровление.

Д-р Светлов: «сибирская двуустка среди населения Березозских инородцев в г. Тобольске». До настоящего времени этот вид глистов в этих районах обнаружен не был. Докладчик признает большое значение сибирской двуустки в массовых заболеваниях желудочно-кишечного тракта населения Тобольского севера. Сильное распространение объясняется употреблением в пищу сырой рыбы и мяса, отсутствием на севере овощей и недостатком в пище витаминов, которые инородцы могут получить только из сырых мясных и пищевых продуктов. Сообщение вызвало большие прения.



26-III.—Д-р Беллавин: «О научной командировке по болезням уха, горла и носа, в Ленинград».

Д-р Варнаков: «Случай доношенной беременности после выскабливания матки при прерывании беременности». Осуждая прерывание беременности путем инъекции иода в матку, указывает, что даже выскабливание при большом опыте врача может считаться трудной и серьезной операцией. Возможна перфорация и даже оставление плода, особенно при прерывании беременности до 2-х месяцев, когда плод вкраден в слизистую и покрыт плотно decidua. Последняя, повидимому, была снята при выскабливании у гр-ки N, явившейся в родильное отделение через несколько месяцев с доношенной беременностью; она погибла во время родов от разрыва матки.

Д-р Варнаков.—Демонстрация препаратов перерожденной фибромы матки и кисты двух яичников, убранных с дном матки. Д-р Виноградов, Тутолмин, Тарушин, Шипилина, Федоровская, Беллавин и др. участвовали в прениях.

13-V.—Д-р Шефтель: «Отчет о научной командировке в Ленинградский туберкулезный институт».

Д-р Круткина: «О научной командировке на курсы усовершенствования зубных врачей».

Д-р Варнаков демонстрировал больную после удаления кисты в 20 фунтов.

20-V. Д-р Тутолмин: «О классификации туберкулеза по IV Туберкулезному Съезду в Тифлисе». В прениях: Беллавин, Шефтель, Виноградов, Варнаков.

5-VI. Д-р Сапожков: «Год работы среди остяков и самоедов медотряда РОКК в районе с. Поллюват, Березовского района».

16-VI. Д-р Поддубский: «О работе среди туземцев в районе Сартыньинского Тузсовета Тобольского севера».

21-VI. Д-р Тутолмин. «Случай бронхоэктазии, леченной обезвоживанием сухой диеты» с демонстрацией больной.

Д-р Шубинский: «Работа врачебного участка Обдорского района». Докладчик рисует быт туземцев—роды у остяков в грязном чуме. Указывает на рост обращения за родовспомогательной помощью за последние годы, на распространение трахомы. Обращает внимание на распространение кожных болезней,—чесотка, необеспеченность медпомощью и медперсоналом. Туберкулез распространен мало, глисты значительно больше. Сифилис у остяков в 20 проц., у самоедов 2 проц.; отмечается популярность шаманства. Бывают эпидемии бешенства среди оленей, волков и людей. В последнее время прививки докладчик делает в Обдорске. Борьба с шаманством нужна энергичная. Доклад вызвал большие прения и напечатан в «Уральском Медицинском Журнале».

19-VII. Д-р Убытков: «О командировке в Ленинград на курсы усовершенствования по судебно-медицинской экспертизе».

Д-р Тутолмин демонстрирует больного с сифилисом печени.

15-X. Д-р Варнаков демонстрировал больную после кесарского сечения по поводу центрального предлежания детского места. За последнее время имели место 6 случаев этой операции в гинекологическом отделении больницы при placenta praevia, все прошли с благополучным исходом для матери и плода.

Д-р Файнштейн: «О научной командировке на курсы в Ленинград».

4-XI. Д-р Варнаков демонстрирует женщину после благополучных родов после операции кесарского сечения.

Д-р Варнаков: «Гинекологическая и акушерская помощь в Тобольске». 1954 операция за 3 года с небольшим процентом смертности. Указывает на отсутствие за последнее время подпольных абортов в Тобольске, на большую обращаемость за родовспоможением населения как города, так и района; приводит много статистических данных о нагрузке работой медперсонала. В прениях: Тутолмин, Беллавин, Емельянов, Пономарев, Файнштейн. Выносится постановление о необходимости увеличения штата в родильно-гинекологическом отделении и выделения родильного отделения в самостоятельную единицу.

11-XI. Д-р Пономарев демонстрирует случай лейкоемического лимфаденоза, д-р Тутолмин больную с эндокринной гипертермией, д-р Варнаков препарат пузыряного заноса.

Д-р Виноградов: «Хирургическая помощь в Тобольске». Докладчик останавливается на тяжелых условиях работы в годы разрухи; приводит данные о количестве операций о штатах, сравнение работы Тобольской больницы с Бузулукской больницей и клиниками больших городов. В прениях: Беллавин, Емельянов, Тутолмин.



## Г. ЗЛАТОУСТ. 8-е ЗАСЕДАНИЕ НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ

18 сентября 1929 года.

### 1. Демонстрация больного Подрядова Ф. по поводу заворота кишок.

Больной П. в ночь на пятое сентября с.г. проснулся от возникновения сильных болей в животе. Вскоре после этого началась рвота, живот вздулся. При усиливающихся болях и резкой общей слабости больной П. 5-IX—29 г. доставлен был во II сов. больницу. Вонючая рвота с мало выраженным каловым запахом, перистальтики не видно, некоторая болезненность в правой подвздошной области.

Экстренная операция.

Резекции кишки

(1 метр. 50 сант.).

Больной через 10 дней уже начал вставать с постели, а 18-IX—29 г., т. е. через 2 недели, был продемонстрирован Ассоциации врачей г. Златоуста.

### II. Поздние «Сальварсанные» желтухи. Докл. д-р Нарциссов Н. В.

Работа заключает общий обзор вопроса о происхождении так называемых сальварсанных желтух, разбор собственного материала и особенностей течения их.

Авторы держатся той точки зрения, что причины сальварсанных желтух различны, но считают, что среди них препарат сальварсана занимает главное место. Материал состоит из 54 случаев желтух, причем выяснилось, что больше 50 проц. больных были направлены в стационар 1-й больницы из амбулаторий с диагнозом катаральной желтухи и не дали сведений о сифилисе (эти сведения получены из вендиспансера), желтуха составила 2,5 проц. по отношению к леченым сальварсаном за 4 1/2 года. Большая часть получила средние общ. дозы—2,0—4,0 на курс. Возраст 20—40 лет дает наибольший процент желтух. Сальварс. желтухи протекают тяжелее катаральных, давая худший прогноз, количество билирубина в крови при них значительно выше.

Приводятся 3 случая острой желтой атрофии печени. Срок наступления желтух от 2—5 месяцев по окончании сальварсанного лечения (б. ч. смешанного висмут или ртути-сальварсана). Отмечено благоприятное влияние раствора глюкозы внутривенно на течение с. желтух. В стационарном отделении 1-й больницы налажен контроль за наблюдением испытуемых сывороток с целью диагностики латентных желтух.

## ВЫВОДЫ.

1. Поздние сальварсанные желтухи являются в значительной своей части токсическими.
2. Сальварсанные желтухи часто проходят под диагнозом катаральных, что значительно снижает статистику этих осложнений.
3. Более тяжелое течение сальварсанных желтух по сравнению с катаральными.
4. Важность ранней диагностики латентных желтух.
5. Отсутствие противопоказаний к сальварсанной терапии в случаях, давших впоследствии желтухи.
6. Осторожность при лечении высокими дозами, разовыми и общими.
7. Не имея возможности сравнивать качество русских препаратов с иностранными отмечаем все же иктерогенные свойства первых, с целью выяснения которых необходимо снабжение большими количествами отдельных серий, взамен имеющего место снабжения многочисленными сериями в малых количествах.
8. Необходимость снабжения инсулином.

Собственный материал охватывает всего 148 желтух, из них сальварсанных 54 и катаральных 94.

Вопросы и прения: Вопросов было задано до 40.

Участвовали—Багров, Беляев, Городецкий, Соколов, Мирон, Нестеров, Большой, Дубов, Бархин И. В., Бундинов В. В., Мирон С. А., Багров.

Доклад вызвал оживленные прения по вопросам—связь препарата сальварсана с желтухами, характер происхождения таковых и отдаленные последствия употребления сальварсана.

Багров Ю. Б.

Демонстрация иссеченного желудка по поводу ракового поражения (патоло-анат. препарат).

Желудок в области pylori'ca и малой кривизны был занят раковым поражением. Была произведена полная резекция желудка.

Статистика выживания после resectio totalis (полных) желудка насчитывает до 30 случаев. Докладчик отмечает, что данная операция производила впечатление непроч-



ности, что подтвердилось дальнейшим течением болезни. Интерес случая нашей операции таков, что больной прожил 12 суток, большее время, чем указывается в литературе (1 сут.—5 суток).

Отмечается, что после впрыскивания эзерица на 8 сутки появился стул.

Вновь докладчик отмечает факт поздней диагностики ракового поражения.

В прениях участвовали: **Большинский, Беляев.**

**Разные:** Сообщение о переносе с'езда врачей Уральской области на январь 1930 г.

Сообщение сделал врач **Дубов.**

Сообщение д-ра **Беляева В. М.**

Сообщение о заметке «В Пролетарской Мысли» о д-ре **Рашковой И.**

Послать опровержение от имени врачей во врачебную секцию, для помещения в газете «Пролетарская Мысль».

## ПАМЯТИ ДОКТОРА Н. А ЛЕБЕДЕВА

Николай Алексеевич родился в 1900 г. в деревне Дубняки, Яранской волости, Котельничского уезда, Вятской губернии. В 1918 году окончил средне-учебное заведение и был учителем школы I ступени детгородка в течение одного года, а потом преподавателем школы II ступени села Оршанки, Вятской губернии. В 1923 году поступил в Пермский медицинский факультет и окончил в 1928 году. За время пребывания в ВУЗ'е—он учился и одновременно служил. В студенческие годы во время летних каникул он работал в Тюменском округе на практике и по окончании факультета стажировался в окружной тюменской больнице. За время прохождения своего стажа, он проявил себя не только интересующимся медицинскими дисциплинами, но также интересовался общественной жизнью, в которой принимал горячее участие: читал лекции на курсах РОКК'а для сестер военного времени; во время вспыхнувшей эпидемии сибирской явы в этом году он охотно направился в самый неблагополучный район (Ярков-

ский) для выяснения причин и принятия соответствующих мероприятий на месте, а также являлся постоянным участником врачебных собраний, где принимал активное участие в обсуждении тех или иных вопросов.

По окончании стажа он в середине октября месяца этого года направился в Сурский район для заведывания медучастком, где к этому времени была выстроена новая больница на 50 коек. Зная его организаторские способности, здравотдел поручил ему в срочном порядке оборудовать ее и открыть, ибо в районе вспыхнула эпидемия брюшного тифа. За это дело Николай Алексеевич взялся горячо, ибо предстояла большая работа. В процессе оборудования больницы он поехал в город Тюмень за недостающими предметами и, возвращаясь обратно, по дороге, не доезжая 20 верст до своего участка, был случайно убит. Тело похоронено на бывшем Текутьевском кладбище города Тюмени. После его смерти осталась жена с грудным ребенком.

Врачи **Борейко, Федоров.**

ПОДПИСАЛИСЬ ЛИ ВЫ на

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ?

: : ЖУРНАЛ в 1930 г. : :

(условия подписки см. на 2-й стр. обложки)



ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО МЕДСАНПРОФОБСЛУЖИВАНИЮ  
СЕЛЬСКО-ХОЗЯЙСТВЕННОГО СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО СЕКТОРА

30/XI—4/XII—29 г.

Г. СЕРБИН

Совещание открыл Нарком тов. Семашко, отметивший крупный рост совхозов и в особенности колхозов, что открывает перед работниками здравоохранения новый мир, в котором медработники могут и должны найти обширнейшее и благодарное поле для работы по оздоровлению населения сельских местностей. Тов. Семашко указал, что новые формы сельского хозяйства требуют новых форм работы здравоохранения на селе, которые должны указать работникам с мест. Необходимо расширить и усилить нашу сельскую медицинскую сеть. В заключение тов. Семашко пожелал, чтобы труды совещания не остались на бумаге, а явились-бы живым действенным фактором, который дал бы местам зарядку и стимулировал их на энергичную, живую работу по оздоровлению обобщественного сектора деревни.

Первым программным докладом был доклад Лечпрофуправления НКЗ. Докладчик тов. Нейштадт указал, что индустриализация страны, осуществляемая партией и правительством, вызвала огромное строительство фабрик и заводов преимущественно в городах и промышленных районах, где концентрировались массы рабочих и куда естественно было направлено все внимание и средства органов здравоохранения. Этому способствовало еще и то, что в медобслуживании застрахованных принимал участие фонд. «М», удельный вес которого в бюджете здравоохранения составляет свыше 40 проц. Вышеуказанные моменты явились причиной резкого разрыва в обеспечении медицинской сетью между городом и селом. В сельских местностях в 1927-28 году приходилось на 1.000 населения в среднем 0,51 коек (в городах 6 коек на 1.000 населения). 1.000 волостей не имели на своей территории больницы, а 600 волостей даже врачебных участков. Спецвиды медпомощи в сельских местностях почти всюду отсутствуют. Сельские местности имеют лишь 25 проц. нормальной для них сети, и при этом недогрузка сельских больничных коек составляла 28 проц. Отсутствие вторых врачей не позволяло использовать возможную продукцию сельских врачебных участков, примерно, еще на 35,3 проц. Все это вызывало приток сельского населения в города, где им использовывалось до 30 проц. всего наличия в них коек. Отсутствие классовой линии в деле здравоохранения и транспорта в большинстве участков на селе (свыше 60 проц.) позволяло пользоваться медсетью преимущественно зажиточным слоем крестьянства.

В настоящее время перед органами здравоохранения на селе стоят новые задачи. Лечебное дело должно быть перестроено на профилактических началах с применением диспансерных методов работы. Лечебно-профилактическая работа на селе должна быть тесно увязана с производственной работой сельско-хозяйственных коллективов. Основной задачей сельского медучастка должно быть в первую очередь оздоровление условий труда и быта социалистического сектора деревни: совхозов, колхозов, батраков, лесорубов и др. сельских и лесных рабочих. Необходимо ввести в каждом сельском медучастке регистрацию и учет заболеваемости по отдельным более крупным совхозам и колхозам. Эти материалы должны позволить медучастку совместно с Котибом, членами секций здравоохранения сельсоветов и представителями других советских и общественных организаций выявлять места наиболее повышенной общей или инфекционной заболеваемости в совхозах и колхозах.

На основе этого разрабатывается план борьбы с обнаруженными вредными моментами и условиями труда и быта, после чего намечаются и мероприятия по наиболее целесообразному использованию лечебных профилактических, социальных и материальных ресурсов, имеющихся в распоряжении медучастка.

Проведение четкой классовой линии на селе должно дать возможность органам здравоохранения наиболее полно обслужить социалистический сектор сельского насе-



ления. Пятилетка должна смягчить разрыв в медобслуживании города и села. Количество врачебных участков увеличится на 27,7 проц., больниц на 22,6 проц., а коек на 47,5 проц. (0,67 коек на 1.000 сельского населения). Норма расхода на сельскую койку повысится с 682 руб. до 916 руб. в год, что улучшит питание, усилит хозмед-снабжение и оборудование. Все новые больничные участки и 50 проц. существующих будут обеспечены вторыми врачами. Сеть должна быть обеспечена транспортом на 100 %. Важным фактором, который должен улучшить медобслуживание социалистического сектора деревни, явится повышение продукции сельской сети путем мобилизации—внутренних ресурсов ее: уменьшение прогула коек, введение вечерних и организация вторых приемов (второй врач на участке), рационализация и др. мероприятия. Весь прирост продукции должен быть использован исключительно для социалистического сектора села.

Все перечисленные плановые мероприятия и перспективы являются все же недостаточными и потребность сельско-хозяйственного социалистического сектора может быть удовлетворена только путем дополнительного строительства и развертывания новой сети медикосанитарных учреждений в первую очередь в совхозах, в районах сплошной коллективизации и местах скопления батрачества.

Организационные формы построения сети сводятся к следующим положениям: в базе совхоза или колхоза строится больница на 37 коек (из них 5 коек родильных и 12 заразных) и амбулатория типа единого диспансера; в дальних экономиках организуются врачебно-амбулаторные пункты с приемным покоем на 4 койки для временного пребывания до отправления в больницу. На время полевых работ выделяются филиалы из учреждений существующей медсети, направляемые в отдаленные места работ. Докладчик приводит все циркуляры НКЗ по вопросам медобслуживания совхозов, колхозов, батрачества, лесорубов и отмечает неполноценность данных с мест.

На 1929-30 год НКЗ намечено было 88 врачебных участков для районов сплошной коллективизации, при чем половина из них будут больничными. НКЗ исчисляет строительство на 1929-30 год в колхозах в 14 миллионов рублей, составляемых из следующих средств: госсубвенция 1.920 тыс. руб. (целиком на колхозы), встречные ассигнования по местному бюджету 2.520 тыс. руб., ссуда ЦКБанка 763 т. р., ответные ассигнования местного бюджета на эту сумму 381,5 т. р., колхозы 30 проц. стоимости строительства. Предполагается ссуда из особого фонда Россельбанка, откуда намечается и значительная ссуда на строительство яслей. Докладчик остановился на строительстве в совхозах Зернотреста и Госсельтреста, которое оценено в 13 мил. руб.; пока же имеется только 2 мил. руб., отпущенных СТО, но доля НКЗ еще не установлена. Все мероприятия должны вызвать напряжение местного бюджета, но Здравоотделы должны проявить в этих вопросах особую настойчивость.

Дальше следовали доклады тов. Матульского от Санпрофуправления НКЗ и т. Лебедевой от Охраны Материнства и Младенчества НКЗ. Первый отметил огромные задачи, стоящие перед санназором в социалистическом секторе деревни. В каждом совхозе и колхозе необходим санврач, деятельность которого должна быть особенно актуальной. Вопросы выбора места под строительство базовых и для экономий зданий, тип жилищ, вопросы питания, водоснабжения и быта, имеющие в деревне свои особенности, должны стать предметом исследовательской работы как отдельных санврачей, так и соответствующих институтов. В порядке дня вопрос об аграрных городах. Тесная связь санврача с организациями социалистического сектора, с единым диспансером, наконец, лаборатория и транспорт должны обеспечить санврачу продуктивную деятельность; необходимо повысить его зарплату. Докладчик считает необходимым в каждом совхозе, каждом колхозе иметь санврача. Тов. Лебедева не согласна с тов. Нейштадтом в вопросе об едином диспансере, который считает пока преждевременным для деревни. т. Лебедева считает размеры больницы, предлагаемой тов. Нейштадтом, недостаточными, в особенности родильного отделения. Пункт ОММ есть комплекс, состоящий из консультаций для грудных детей и беременных с выездной консультацией, постоянными яслями на 60—75 коек и родильным отделением, все это под одной крышей; кроме того, добавочная сеть яслей, консультаций и акушерских пунктов, при чем последние состоят из родильных изб на 5 коек с акушеркой, считает необходимым строить сеть в колхозах, тяготеющих к ближайшему совхозу. Острый дефицит в среднем медперсонале заставляет Охматмлад временно соглашаться на организацию ускоренных курсов по подготовке кадров из самих колхозниц.

С докладами с мест выступили Сибкрай, Средняя и Нижне-Волжская области, Урал, Казакстан, Северный Кавказ, Северо-западная область и др. Бурный рост колхозов застал органы здравоохранения неподготовленными, мероприятия были недостаточны и сводились в некоторых местах к обслуживанию во время уборочной кампании. Средне-Волжская область договорилась с колхозсоюзом об участии последнего в 50 проц. расходов по новым здравоохранительским мероприятиям в колхозах; Урал на 40 проц. Все подчеркивали особенные трудности по обслуживанию батраков, лесорубов, пастухов,



разбросанных одиночно или небольшими группами. Средне-Волжская область считает вообще невозможным ставить вопрос о каких то особых мероприятиях для батраков. Урал стоит за необходимостью открытия медпунктов в местах, насчитывающих значительное число батраков и не имеющих никакого пункта. Представитель Урала считает, что в центре района сплошной коллективизации необходимо иметь крупную больницу на 60—100 коек с поликлиникой типа единого диспансера. На периферии же таких районов должны быть участковые больницы на 15—20 коек на случай эпидемии и для родовспоможения. Кроме того, сеть раз'ездных врачей, фельдшеров и аптечки первой помощи.

С докладами выступили также научные институты, производившие обследовательскую работу в совхозах Северного Кавказа и ср. Волги, отметившие высокую ранимость трактористов, осветившие вопросы питания и т. д.

Совещание постановило, что организационной формой медобслуживания сельскохозяйственного социалистического сектора должна явиться больница не менее 40 коек с единым диспансером, расположенная в месте основного индустрирующего ядра совхоза, колхоза—тракторной колонны, машинно-тракторной станции. Вопрос о возможности организации межрайонных больниц должен проработать НКЗ.

Родильные отделения строятся вместе с больницей, не выделяясь в отдельное здание, что может иметь место лишь при очень крупном строительстве и большом количестве родильных коек. В экономиях нужно иметь амбулаторные врачебные и фельдшерские пункты с приемным покоем на 2—5 коек. Считать нецелесообразным открытие родильных изб; акушерский пункт родовспоможения оказывает на дому. Иметь сеть раз'ездных врачей, фельдшеров, аптечки первой помощи. Финансирование должно идти преимущественно по линии НКЗ, а не других ведомств. Классовый подход в сельской медсети обязателен: в первую очередь наша деятельность должна быть отдана совхозам, батракам, лесорубам, колхозам. Колхозы должны участвовать в размере 50 % средств, затрачиваемых на организацию в них медсети. В каждом районе сплошной коллективизации должен быть санврач. Батрацкий фонд из страховых отчислений по фонду «М» на батраков должен быть выделен и расходоваться исключительно на батраков.

Перед закрытием совещания выступил Нарком тов. Семашко, отметивший продуктивность данного совещания, наметившийся перелом в вопросе медобслуживания сельскохозяйственного социалистического сектора, получение НКЗ ценных данных через совещание, необходимость издать труды совещания и пожелавший возможно скорее переключить работу здравоохранения на новые формы, указанные совещанием, и взять темп социалистической перестройки нашей деревни.

Редакцией «У. М. Ж.» получено следующее обращение Ученого Медицинского Совета ко всем врачам области.

#### Уважаемые товарищи!

В связи с увеличивающимся распространением зоботости среди населения нашего Союза и необходимостью детального изучения характера заболевания, размеров его распространения и причин, способствующих его возникновению, Ученый Медицинский Совет НКЗ выделил специальную комиссию по изучению зоба. Ставя ближайшей задачей выявление географического распространения зоба в СССР Ученый Медицинский Совет, уверенный в поддержке и помощи как органов здравоохранения, так и всех врачей, работающих в лечебных, санитарно-профилактических и школьных учреждениях, обращается к вам с просьбой заполнить печатаемую ниже анкету в самый короткий срок, сообщив имеющиеся у вас сведения по вопросу о распространении зоба в вашем районе. Аккуратное заполнение анкеты и своевременное получение ее даст возможность Ученому Медицинскому Совету безотлагательно выявить очаги зоботости и соответственно с этим планировать дальнейшее изучение вопроса на местах.

Врачи, работающие на периферии, перегружены в достаточной мере, но все же Ученый Медицинский Совет не сомневается, что и на заполнение анкеты и отправку ее по назначению будет найдено время, тем более, что изучение вопроса о зоботости относится к большим общественно-санитарным вопросам, на которые врачебная масса всегда живо откликается.

Ученый Медицинский Совет просит помимо заполнения и присылки данной анкеты и в дальнейшем поддерживать связь с комиссией по зобу, сообщая последней как сведения о распространении зоба, так равно и материалы по изучению зоба, организации и проведению мероприятий по борьбе с ним.

Председатель Уч. Мед. Совета проф. Т. Диатроптов.

Председатель комиссии по изучению зоба проф. В. Шервинский.



## АНКЕТА О РАСПРОСТРАНЕНИИ ЗОБА В СССР.

1. Область, область, округ, город, село.
2. Лечебное, сан. профилактическое или школьное учреждение, орган здравоохранения.
3. Встречается ли среди населения зобатость.
4. Географическое положение местности в районе распространения зоба (гористая низменная местность. Высота над уровнем моря).
5. Число жителей данной местности:                      мужчин                      женщин.
6. Род занятий жителей (земледелие, скотоводство, фабрично-завод. и т. д.).
7. Характер питания (растительная, мясная, рыбная, употребляют ли хлеб и пр.).
8. Если зоб встречается, то какой приблизительно величины и формы (диффузные, узловые, комбинированные).
9. Не отмечалась ли зобатость у школьников. Как часто. В каком количестве.
10. Не отмечался ли зоб у новорожденных или мертворожденных.
11. Встречается ли в данной местности зоб у животных и у каких.
12. Какую питьевую воду употребляет население вообще и зобатые, в частности (сырая, кипяченая, название тек. источников и проч.). Степень загрязнения источников.
13. Среди какой части населения зоб больше распространен (туземцы или приезжие, переселенцы, новоселы).
14. Наблюдаются ли зобатые семьи (с большим количеством зобатых)?
15. Часто ли встречается кретинизм, полукретинизм (дефективность, идиоты, глухонемые) и микседема.
16. Часто ли наблюдаются больные с явлениями гипертиреозидизма или ясно выраженной Базедовой болезнью.
17. Встречаются ли смешанные формы Базедовой болезни с микседемой.
18. В каком возрасте приблизительно появляется менструация и наступает климактер. период у женщин в вашей местности вообще и у зобатых, в частности.
19. Часто ли зобатые страдают заболеванием костей суставов и какими формами.
20. Как часто больные зобом направлялись вами к хирургу.
21. Наблюдались ли рецидивы зоба после оперативного лечения.
22. Профилактические мероприятия (пищевой режим, улучшение водоснабжения, кипяченая вода, иод дозы, и их результаты).
23. Распространена ли среди населения глистная болезнь (если можно—процентное отношение).
24. Встречается ли рак щитовидной железы.
25. Производилось ли специальное обследование зобатости в данной местности, кем и когда. Опубликованы ли.
26. Если собраны статистические данные, сообщите о распределении зобатых  
А—по полу: мужчин                      женщин.  
Б—по возрасту: Новор; До 10; 11—15; 16—20; 21—30; 31—40; 41—50; 51 и выше
27. Какие существуют на месте предположения о причинах, обуславливающих распространение зоба.

Подпись:

имя, отчество, фамилия и должность лица, заполнявшего анкету.

..... месяца 19. . . . г.

Анкету направлять по адресу:

Москва, Ильинка, 10, Народный Комиссариат Здравоохранения

♦ Антирелигиозная работа до сих пор не приобрела значения ответственного участка всей повседневной и систематической работы врачебной периферии. Между тем борьба за ускорение культурной революции и успешное развитие социалистического строительства встречает на своем пути ряд препятствий. Традиции быта, насквозь пропитанного тысячелетним влиянием религии, тяготеют над миллионами трудящихся. Возлагать надежды на успешную борьбу с религиозными силами лишь ограниченного круга специалистов-антирелигиозников, сформировавшихся внутри союза безбожников не следует. Весь культурный актив должен быть мобилизован для укрепления рядов активистов-антирелигиозников.

Все лечебно-санитарные учреждения как амбулаторного, так и стационарного типа должны включить в план массовой работы среди больных и персонала развитие антирелигиозной работы. Схема развития этой работы намечена в плане научно-методической секции Областного Совета Союза Воинствующих Безбожников, составленном при ближайшем участии санпросвета Облздора. В виду практического интереса и принци-



пильного значения этого плана в развитии антирелигиозной работы врачебной периферией редакция считает необходимым опубликовать его в «Уральском Медицинском Журнале» для ознакомления с ним широких врачебных кругов.

## План работы по антирелигиозной пропаганде в лечебных учреждениях.

Признавая, что антирелигиозная активная работа есть долг каждого врача, основными задачами развертывания антирелигиозной работы врачей и всего медперсонала должны явиться:

1. Выявление антирелигиозных врачебных сил.
2. Борьба с религиозными убеждениями отдельных врачей и других медработников и нейтралитетом многих из них в вопросе борьбы с религией.
3. Активное участие массы врачей в антирелигиозной пропаганде как в самих лечебных учреждениях, так и вне их (чтение лекций, беседы и т. д.).
4. Создание в лечебных учреждениях антирелигиозной обстановки.
5. Вовлечение врачей в большее изучение вопросов естествознания.
6. Поднятие через газеты соответствующей кампании с целью добиться перелома во внимании всех врачей к антирелигиозной активной работе.

Практически считать необходимым следующие мероприятия:

1. Окросветам Безбожников организовать через окружные бюро врачебных секций актив из врачей различных учреждений по проведению антирелигиозной работы.

С активом врачей должны быть организованы Окросветами Безбожников собеседования информационного и инструктивного порядка на темы:

«История религии с точки зрения науки».

«Виталистическое или материалистическое понимание биологии».

«Основания атеизма».

«Методы антирелигиозной работы».

2. Члены актива при посредстве Окр и Райсоветов Союза Безбожников должны организовать ячейки Союза Безбожников из сотрудников леч-учреждений, где они работают. В первую очередь это должно быть проведено при крупных лечебных учреждениях, при учреждениях санпросвета и т. д.

3. Ячейки лечебных учреждений города должны принять шефство над врачебными участками в смысле организации ячеек безбожников, инструктирования их. Руководство ячейками при лечебных учреждениях осуществляется Районным, Окружным Советом Безбожников.

4. В задачи активиста врача безбожника, в особенности работающего на участке, должно входить:

а) выявление существования в данной местности религиозных предрассудков и суеверий, в особенности в области болезней и их лечения,

б) обобщение их (суеверий), для критики, специальных бесед с больными (с группами больных) как материала для популярных лекций, стенгазеты, уголки безбожника и т. д.

5. В беседах, лекциях указывать на яркие случаи суеверий и их результаты, например:

а) позднего лечения с запущенными болезнями, после лечения бабками и знахарями;

б) новые осложнения в течение болезни на основе неправильного лечения вместе со средствами бабки;

в) эпидемических вспышек (оспы) в районах, уклоняющихся от оспопрививания;

г) на религиозные обряды и таинства (причащение, целование креста, икон, крещение, обрезание и др.), как на причины развития болезней.

6. В порядке массовой работы с населением, рабочей и крестьянской молодежью, женщинами домохозяйками должен быть проведен цикл бесед-лекций по основным вопросам биологии на темы:

а) Медицина и религия.

б) Сущность жизни и происхождение мира.

в) Жизнь растений и животных.

г) Происхождение человека.

д) Мозг и душа.

е) Человеческий организм и влияние внешней среды.

ж) Основные пути укрепления здоровья.

з) Старость, смерть, борьба за жизнеспособность.

Этот цикл бесед должен быть проведен через клуб, избу-читальню, или специально лечебными учреждениями в самих последних. Ряд бесед через клуб и избу-читальню



может быть проведен на темы из естествознания (об'яснения явлений грома, молнии, града, засухи и т. д.). Лекции, беседы желательны сопровождать диапозитивами, картинками и т. п.

7. Врачи должны поставить за правило во всех своих беседах и лекциях больным оттенять противоречия религиозных об'яснений, противопоставляя научные об'яснения религиозным.

8. В задачи ячеек безбожников в лечебных учреждениях должны входить:

- 1) устройство на выставках уголков безбожников,
- 2) выделение активных работников,
- 3) укомплектование библиотек для больниц антирелигиозной литературой,
- 4) развешивание плакатов, лозунгов по биологии и на антирелигиозные темы в местах ожиданий.

В. С.

9—13 июня 1930 года в г. Киеве состоится V Всесоюзный с'езд детских врачей. Программные темы с'езда:

1. Профилактика скарлатины.
2. Пневмонии в раннем детском возрасте.
3. Роль биохимии в педиатрии.
4. Эпидемический церебро-спинальный менингит.
5. Летние детские поносы и меры борьбы с ними.

Заявки и тезисы докладов должны быть представлены в организационный комитет не позже, чем за месяц до с'езда. Лыготные квартиры, стол и нумерованные места в зале заседаний будут по возможности предоставлены товарищам, приславшим членские взносы не позже чем за месяц до с'езда. Членский взнос 5 руб., для членов Всесоюзного О-ва детских врачей—3 руб. Адрес орг. ком.: Киев, ул. Толстого, № 11, кв. 5.

## ДОРОГИЕ ТОВАРИЩИ!

Обращаюсь к вам от имени наших коммунаров с большой, большой просьбой. Дело вот в чем: у нас в коммуне очень крепко прижилось дело ясель. Мы ни жить, ни быть не можем без ясель. Коммуна растет не по дням, а по часам, и сейчас уже с нашей коммуной сливаются целые деревушки. Думают с нами слиться большие артели. И на что же упирается внимание при слияниях? На наши ясли. При нашей коммуне состоящей из пяти отделений, в трех отделениях созданы ясли. В создании ясель помог нам Челябинск. Отд. Охматмлада, прислав оборудование на 20 чел. Кроваток наделали сами.

Есть кой-какое бельешко, пеленки.

Летом мы еще могли перебиваться, когда было тепло. Теперь беда наша. Детей около 70 чел. Надо теплое белье, одежду, обувь.

Со всем этим одним нам справиться не под силу.

Недавно, я прочла в бюллетене Уралобкома ВКП(б), постановление секретариата от 30 августа, где говорится о том, чтобы предложить здравотделу расширить сеть лечебных и детских учреждений, там же говорится и об открытии постоянных ясель при коммунах.

Постоянные ясли у нас есть, но вот оборудовать их мы попросили бы вас помочь нам и поставить вопрос, чтобы наши ясли были бы включены в бюджет Здравотдела.

Еще раз повторяю, что коммуна наша растет, сейчас у нас имеется 250 семей. Больше 600 едоков, это сейчас в настоящее время, а в недалеком будущем с нами бу-

дут сливаться еще и еще новые артели, большой приток заявлений от одиночек-семей.

Перед нами остро встает вопрос, вообще о лечебных учреждениях. Сейчас необходимо, как воздух, хотя бы свой фельдшерский и акушерский пункт, к лету необходимы будут детские площадки, но у нас и средств нет охватить все это и работников нет.

Мы бы не отказались даже от врача, жалование ему мы бы сколотили, путем отчисления от нашей зарплаты. Вообще, нашли бы жалование, помещение, если бы нам помогли дать доктора и оборудование, хотя небольшое.

Вот чем болеем мы.

Главное, пожалуйста, помогите нам отпуском средств, или еще лучше оборудованием наших постоянных ясель.

Наш Адрес: коммуна „Вольный труд“ Усть-Уйского р-на, Челябинского округа.

А. Дудина.

Помещая письмо, полученное из коммуны «Вольный труд» Облздравотделом, Уралколхозсоюзом и др. организациями, редакция «Ур. Мед. журнала» отмечает активность членов коммуны. Редакция призывает всех мед. работников оказывать всемерную поддержку работникам социалистического сектора сельского хозяйства в их начинаниях в части медико-санитарного и бытового обслуживания членов колхозов. Облздравотдел перевел 1750 руб. на оборудование ясель.



## ПРОГРАММА УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО НАУЧНОГО СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ

Распределение докладов на пленуме областного научн. съезда врачей.

Вечернее заседание 2 февраля (6 час.-веч.)

Открытие съезда.

Утреннее заседание 3 (II—30 г.)

1. Задачи научной работы врачей на Урале Коган Н. И. . . . 40 мин.

2. Содоклады: Пермского медфака 25 »  
Обл.-бюро научной ассоциации . . . . . 15 »  
Уральского медицинского Журнала . . . . 15 »

Остаток времени—прения и заключительное слово.

II. Вечернее заседание (3-II—30 г.)

1. Ленинизм в медицине д-р. Величкин. . . . . 40 мин.

Прения и заключительное слово 1 ч. 20 м.

2. Эпидемиологические особенности Урала—докл. Иванов . . . . 40 мин.

— Содоклад по брюшному тифу д-ра Гуревич и Зархи . . . . . 15 мин.

Гельминтологическая экспедиция проф. Скрябина . . . . . 15 мин.

по малярии проф. Бэклемисева 15 мин.  
по туляремии д-р. Зархи . . . . . 15 мин.

III. Утреннее заседание (4-II—30 г.)

1. До 12 час. прения и заключительные слова (Прения ограничены в виду возможности шире осветить вопросы эпидемиологии Урала на заседаниях секции).

2. Докл. «Заболеваемость, нетрудоспособность и травматизм на ВИЗ'е» д-р Ляпустин . . . . . 25 мин.

3. Травматизм в угольной промышленности в Кизелкопях д-р. Карамышев . . . . . 25 мин.

4. Сельско-хозяйственный и бытовой крестьянский травматизм на Урале—Вилесов . . . . . 25 мин.

Прения 1 час. 15 мин.

IV. Вечернее заседание (4-II—30 г.)

1. Детская смертность на Урале—

Д-р Гаврилов К. П. . . . . 40 мин.

Содоклад Лебедева (Уралстатбюро)—15 м.

Прения—1 час.

2. Лечение костно-суставного туберкулеза и общественная борьба с ним— проф. Краснобаев . . . . . 40 мин.

3. Борьба с костным туберкулезом на Урале д-р Пинхасик . . . . . 15 м.

4. Опыт патронажа больных костно-суставным туберкулезом д-р Кудрявцев 15 м.  
Прения 30 мин.

V. Утреннее заседание (5-II—30 г.)

1. Продолжение прений по костному туберкулезу 1 час.

2. Санаторно-курортное дело на Урале докл. д-ра Розенгауза Ф. Т. . . . 40 мин.

Содоклады: проф. Клер . . . . . 15 мин.

проф. Ситнова . . . . . 15 мин.

проф. Фридланд . . . . . 15 мин.

Прения 2 часа.

VI. Вечернее заседание (5-II—30 г.)  
«Зоб и борьба с ним».

1. Доклада проф. Алякритского 40 мин.

2. Доклад проф. Парина . . . . . 29 мин.

3. Доклад д-ра Риснина . . . . . 15 мин.

4. Доклад Свердловского Бакинститута по Тагильскому зобному отряду. . 15 мин.

Остаток заседания, прения и заключительные слова.

VII. Утреннее заседание (6-II—30 г.)  
«Рак и борьба с ним».

1. Доклад проф. Ратнер . . . . . 40 мин.

2. Доклад проф. Алякритского . . . 25 мин.

3. » д-ра Шапатына . . . . . 15 м.

Прения 1 час. 30 мин.

Социалистический город—докл.

Д-ра Серебренникова . . . . . 30 мин.

Прения до конца заседания.

Вечер (8-II—30 г.).

Заключительное заседание пленума (отчеты секций, принятие резолюций и закрытие съезда).

Программа работ хирургической секции \*).

1. Д-р Виткин С. «К вопросу о послеоперационном ацидозе». 15.

2. Д-ра Городецкий А. А., Беляев В. М., Бачманов Н. А.: «Фенолфталеин, как контрастное средство при холецистографии» 10.

3. Д-р Устюжанин П. П. «Пригодность желатинно, формалиновых повязок в санаторно-диспансерной практике» 10.

4. Д-р Вечтомов А. А. «Клинические наблюдения из области ринопластики» 20.

5. Д-р Щеглова Е. М. Оценка разных.

\*) Распределение докладов по отдельным заседаниям будет проведено дополнительно



методов образования противоестественных задних проходов при ране прямой кишки» 15.

6. Д-р Котельникова А. И. «Омолождение рака и его причины» 10.

7. Д-р Вартминский П. П. «Мой авто-клав» 5.

8. Д-р Богров Ю. «К вопросу об оперативном лечении рецидивирующих паховых грыж» 10.

9. Д-р Израэль М. Л. «Хирургические операции во внушенном наркозе» 15.

10. Д-р Димент Р. Н. «Лечение туберкул. голеностопного сустава и костей стопы по методу Обл. Детского туберк. санатория» 10.

11. Д-р Скобунова А. Н. «Новый метод образования пластического желудочного свища при раке пищевода» 10.

12. Д-р Одинцев В. Е. «К диагностике терапии острого живота в хирургии и гинекологии» 30.

13. Д-р Контарович С. Н. «Острый аппендицит по материалу Свердловской областной хирургической больницы» 15.

14. Проф. Кузнецкий Д. П. «Хирургический туберкулез почки» 15.

15. Д-р. Фенелонов А. «Лечение самопроизвольной гангрены по данным факультетской хирургич. клиники Пермского Медфака» 15.

16. Д-р. Митяшин. «Хирургическое лечение Базедовой болезни по материалу факультетской хирургич. клиники Пермского Медфака». Предоставить 10 на пленарном заседании по вопросу о вобе.

17. Д-р Крешенко Н. П. «Бактериологическая диагностика туберкулеза почек» 10.

18. Проф. Парин В. Н. «К вопросу об оперативном лечении переломов» 15.

19. Проф. Парин В. Н. «Резекция коленного сустава при туберк. поражении его» 15.

20. Д-р. Шубин В. Н. «К вопросу о ранениях брюшной полости» 15.

21. Д-р. Соколов А. П. «О травматических эпителиальных кистах»

22. Д-р. Парин В. В. «Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря» 10.

23. Д-р. Корсаков И. В. «К вопросу о происхождении зубного и слюнного камня в связи с исследованием смешанной слюны на кальций» 15.

24. Д-р. Крылов С. И. «Влияние факторов питания на развитие зубной кистозы» 15.

25. Проф. Стрелков С. Я. «К вопросу о повреждениях лучами рентгена, в особенности об ожогах, их лечении и мерах предупреждения».

26. Д-р. Борцов А. П. «К вопросу о пересадке плюснек костей с головной для замещения дефекта обеих костей предплечья в нижней трети» 15.

27. Д-р. Борцов А. П. «К вопросу о пластике musc tensoris fasciae latae при грыжесечении» 10.

28. Д-р. Шипицын В. П. «Подготовка больных к операциям в связи с анализом послеоперационной смертности».

29. Д-р. Желтиков В. «К вопросу о мозжечковых опухолях».

30. Д-р. Варнаков А. Я. «К вопросу о кесарском сечении при предлежании детского места».

31. Проф. Пальмов А. Ф. «Новый прием при перфорации высокостоящей головки внутриутробного плода» 15.

32. Д-ра Андреева З. А. и Костромин Н. Е. «Опыты временного предупреждения зачатия у женщин биологическим путем» 15.

## ПРОГРАММА

Заседаний Терапевтической Секции Уральского Областного Научного Съезда Врачей.

### Заседание 1-ое.

Программная тема: консервативное лечение язв желудка и 12 перстной кишки.

1. Проф. А. С. Лебедев (Пермь). К вопросу о консервативном лечении язв желудка—30-40 минут.

2. Б. П. Кушелевский (Свердловск). Непосредственные и отдаленные результаты лечения язв желудка по Яроцкому—40 минут.

3. А. К. Зарничина-Иванова (Пермь). О связи некоторых желудочных заболеваний с нарушением равновесия в отделах вегетативной нервной системы—15 мин.

4. В. П. Шипицын (Пермь). Причины неудовлетворительных отдаленных результатов после гастроэнтеростомии по поводу язв желудка и 12 перстной кишки—15 минут.

### Перерыв.

### 5. Прения 1 час 30 мин.

6. А. И. Карякина. Изгнание Taeniae saginatae экстрактом папоротника, вводимым непосредственно в кишку при помощи дуоденального зонда—15 минут.

### Заседание 2-е (утреннее)

посвященное туберкулезу легких.

1. М. Н. Карнаухов (Свердловск). Ошибки при распознавании и оценке туберкулеза легких—20 минут.

2. М. М. Виленский (Свердловск). Туберкулез легких и гипертиреозизм—20 мин.

3. Шапшал (Чебаркуль). Применение искусственного пневмоторикса при тбк. легких в санаторной обстановке—20 минут.

### Прения 1 ч. 5 мин.

Внепрограммные темы:

1. П. Я. Ясницкий (Пермь). Диафрагма, расстройство ее функций и заболевания—20 минут.

2. Прив. доц. А. В. Селезнев (Пермь). О влиянии ретенционной желтухи на секреторную и моторную функции желудка 10 минут.



3. Городецкий и Нарциссов (Златоуст). Поздние «сальварсанные» желтухи, их клиника и диагностика—15 мин.

4. И. И. Башлыков (Пермь). К вопросу об активном ритмическом сокращении кровеносных сосудов—10 минут.

5. Проф. Н. А. Скульский (Пермь). Клинические впечатления о роли препаратов Родана в терапии артериальной гипертензии.—15-20 минут.

6. Профес. Пичугин (Пермь). Диетическое лечение грудных детей с хроническим расстройством питания простой молочной смесью—15 мин.

**Прения 1 час.**

**Заседание 3-е (вечернее).**

Программные темы: Пневмонии и их лечение.

1. Прив. доц. А. В. Селезнев (Пермь). К вопросу о лечении крупозной пневмонии—20 мин.

2. Р. И. Зетель-Коган (Свердловск). Пневмонии у детей раннего детского возраста—30 мин.

3. М. В. Кардашев (Пермь). Об изменениях свертываемости крови в течение крупозной пневмонии—10 мин.

**Прения 1 час.**

**Перерыв.**

Программные темы: Ревматические заболевания.

1. Б. М. Федоров (Свердловск). Опыт разграничения отдельных форм ревматизма и лечение их в больничной обстановке. 30 минут.

2. В. Г. Кудрявцев (Усолье-Пермь). Опыт лечения усольским соляным раствором полиартритов в условиях летнего и зимнего сезонов.—20 мин.

**Прения 40 минут.**

**Заседание 4-е (утреннее).**

посвященное вопросам инфекций в невропатологии.

1. Проф. В. П. Первушин. К вопросу об эпидемиологии острых инфекционных заболеваний нервной системы—15 минут.

2. М. Г. Пыльковский. Клинические типы эпидемиологического энцефалита—15 м.

3. Проф. Шумков. Малярийный полиневроваскулит на Урале—10 мин.

4. К. К. Разумов. Хроническая малярия в нервно-персональных заболеваниях—15 минут.

5. Малкин, Миткевич и Рогачев. Малярийная терапия сифилитических психозов и сифилиса центральной нервной системы—20 минут.

6. Проф. Пичугин. Эпидемический церебро-спинальный менингит у детей в г. Перми—15 минут.

7. Проф. Флейшер и Никольский. Клиника и эпидемиология ящура, в связи с вспышкой его в г. Перми в 1928 г.—15 мин.

**Прения 55 мин.**

**Перерыв.**

## ПРОГРАММА РАБОТ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СЕКЦИИ

**Заседание 1-е 6-11 вечером.**

1. Химизм минеральных источников Урал. курортов проф. Ефремов (Свердловск) — 30 мин.

2. Грязелечение на Урале—30 мин. Д-р Коц (Свердловск).

**Перерыв. Прения 1 час.**

3. Алкоголь—неврозы и лечение их на специальных курортах.—20-30 мин. проф. Шумков (Пермь.)

4. Опыт зимнего лечения в Курьях. Д-р Морозкин (Курья)—20. минут.

**Прения 1 час.**

**Заседание 2-е (утреннее).**

Соединенное заседание с терапевтической секцией 2 ч. 15 мин.

Продолжение заседания сан. курортной секции.

5. Вопросы питания в санаторной обстановке д-р Хилевский (Свердловск)—30 м.

6. Вопросы отбора и результаты кур-лечения—2 доклада Стражассы—30 мин.

**Прения 1 час.**

**Заседание 3-е (вечером).**

7. Санпросвет на курортах 20 м. Д-р Слобожанов (Курья).

8. Вопросы санат. курорт. режима—15 мин. Д-р. Яковлев (Свердловск). Остальное время соединенное заседание с терапевтической секцией по вопросу о ревматизмах.

**Заседание 4-е (утреннее).**

1) Доклад о кумысолечении в Троицком районе. Др. Крупник (Троицк)—20 м.

2) Рационализация кумысолечения—15 мин. Протопопов или Слобожанов (Троицк).

3) Результаты лечения в санатории «Золотая Сопка» 29 г. Шульман (Свердловск)—20 мин.

4) Физиотерапия при лечении легочн. туберкулеза—20 мин. Яковлев (Троицк).

**Перерыв.**

**Прения 1 час 30 мин.**

Комбинированные методы лечения Н.-Сергинск. кур. Ключикин (Казань) 20—30 мин.

6. 2 доклада проф. Алексеева (Пермь.). а) Влияние физических факторов на каталитическую силу крови—25 мин.

б) Итоги научной работы кафедры биохимии на Н.-Сергинском курорте и перспективы дальнейшего изучения Уральских курортов 20 минут.

7. Д-р Кудрявцев (Пермь). К характеристике состава усольского раствора как лечебного фактора—15 минут.

**Прения 1 час.**

## ПРОГРАММА РАБОТЫ.

Санитарно-Профилактической Секции.

1. Заседание.

Эпидемиология и бактериология.



Проф. Г. Ф. Флейшер. «Профилактика кори».

Д-р Я. Н. Серебро. «Опыт сывороточного лечения скарлатины».

Д-р Е. П. Сластенов. Клиника скарлатины вакцинированных больных и клиника вакцинных реакций.

Д-р Костромин. О противоскарлатиновых прививках.

Д-р Пшеничников. «Опыт местной иммунизации против скарлатины».

Д-р Городецкий. «Особенности эпидемии брюшного тифа в г. Златоусте в 1928 г.».

Д-р Кузнецов. Брюшной тиф в Тавде.

#### II. Заседание.

Коммунальная санитария и гигиена: Проф. Шалшев. «Молочные консервы к иргизов».

Он же «Определение потребности воды в кислороде».

И. Н. Окулов. Новое строительство в Чусовой (метеорологические факторы жилищ).

Он же. Опыт оценки данных инструментального обследования жилищ.

С. П. Попов. Санитарная оценка воды моховых болот.

В. И. Симонова «Изучение метеорологических факторов в Кизеловских копях».

#### III. Заседание.

Профпатология и гигиена.

Д-р Иванов Н. И. Физическое развитие призывников.

Д-р Луканин В. П. Пневмо-кониозы и пневмосклерозы у хромпиковых рабочих.

Д-р В. Д. Диев. Гидросолевой баланс у рабочих горячих цехов ВИЗ'а.

Д-р Девириц. Асбестовские бородавки.

Д-р Суворов. Динамические факторы происхождения несчастных случаев на работах в горячих цехах ВИЗ'а.

Д-р А. Н. Щеглова. Газообмен на работе у рабочих горячих цехов ВИЗ'а.

#### IV. Заседание.

Проф. М. А. Розентул и ассистент К. Г. Голшмид. «Талиевая терапия при дерматомикозах волосистой части головы».

К. Г. Голшмид. Материалы к изучению клинической ценности реакции Борде-Жангу при гоноррее.

Г. И. Раськин. Борьба с венеризмом в деревне.

Д-р Желобов П. Роль алиоколя и сифилиса в детской дефективности.

Кроме того на с'езде будут работать две п/секции — глазная и отоларингологическая. Программа их работ будет опубликована дополнительно.



Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов	Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возвратн. тиф		Неопред. тиф		Малярия		Оспа натурал.		Корь	
		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело	
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Уралобласть	28 г. 592	330	52	29	21	4	238	38	7358	230	20	10	2048	75
		29 г. 1007	515	46	26	37	10	189	35	6656	217	5	2	1893	75
1	В.-Камский окр.	28 г. 24	19	9	6	—	—	1	—	52	4	—	—	259	—
		29 г. 22	21	—	—	—	—	3	2	78	6	—	—	16	—
2	Златоустовск. окр.	28 г. 15	6	—	—	—	—	1	1	564	26	1	2	73	1
		29 г. 10	18	—	—	—	—	1	—	663	38	1	—	131	1
3	Ирбитский	28 г. 13	7	4	3	—	—	27	3	78	2	1	1	134	—
		29 г. 12	4	12	9	—	—	—	—	34	1	1	1	76	2
4	Ишимский	28 г. 91	26	2	—	1	—	40	2	452	3	2	1	63	—
		29 г. 136	40	2	2	—	—	18	5	449	16	1	—	64	2
5	К.-Пермяцк.	28 г. 15	10	4	1	1	1	—	—	35	1	—	—	—	—
		29 г. 27	14	—	—	—	—	1	1	27	1	—	—	2	—
6	Кунгурский	28 г. 32	26	3	2	—	—	6	—	191	13	2	—	37	—
		29 г. 32	15	3	1	—	—	—	—	148	2	—	—	105	4
7	Курганский	28 г. 25	8	2	1	2	—	19	1	725	8	—	—	125	2
		29 г. 255	67	—	—	1	—	18	6	643	7	—	—	128	6
8	Пермский	28 г. 47	47	6	5	—	—	16	4	391	35	2	1	213	44
		29 г. 113	91	2	2	—	—	26	1	396	21	—	—	270	39
9	Сарапульский	28 г. 45	26	—	—	—	—	6	1	445	25	—	—	17	1
		29 г. 67	49	5	—	—	—	5	1	556	11	—	—	108	—
10	Свердловский	28 г. 64	38	7	7	2	—	9	2	442	28	2	2	263	19
		29 г. 55	50	5	5	—	—	14	3	307	22	—	—	444	11
11	Тагильский	28 г. 16	16	—	—	—	—	—	—	193	13	—	1	393	2
		29 г. 37	35	1	1	—	—	3	1	239	24	—	—	124	—
12	Тобольский	28 г. 7	1	2	—	—	—	2	1	199	6	—	—	135	—
		29 г. 19	16	—	—	—	—	6	—	145	6	—	—	66	6
13	Троицкий	28 г. 21	—	1	—	3	—	27	—	997	20	2	—	26	—
		29 г. 40	—	—	—	12	—	12	—	1078	—	1	—	79	—
14	Тюменский	28 г. 34	12	2	1	1	—	14	13	299	3	—	—	78	1
		29 г. 49	31	10	4	21	10	24	8	318	6	—	—	81	1
15	Челябинский	28 г. 59	30	5	1	3	—	26	3	1722	29	8	2	123	4
		29 г. 56	17	4	1	—	—	45	—	1128	49	1	1	180	3
16	Шадринский	28 г. 84	58	5	2	8	3	44	7	573	14	—	—	109	1
		29 г. 77	47	2	1	3	—	13	7	447	7	—	—	19	—

области за август мес. 1928 и 1929 г. г.

Скарлатина	Коклюш	Дифтерия	Грипп		Дизентерия		Трахима		Туберк. легких		Туберк. пр. орг.		Сифилис I, II и III			Гоноррея	
			Заболело		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело			Заболело	
			Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Заболело	Госпитал.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
658	422	4242	3	124	50	28868	1340	2555	108	4692	83	6740	42	3033	107	2445	287
1118	637	7007	21	217	65	27351	1180	4409	192	4923	58	6567	306	3174	86	1998	237
25	17	87	—	6	2	1246	109	94	6	79	4	154	8	72	7	33	1
47	42	449	—	1	1	925	74	141	20	117	6	447	5	137	6	36	2
36	27	210	—	5	1	2158	81	56	12	244	4	345	33	150	5	140	3
68	47	227	5	5	2	2034	95	77	8	287	6	328	25	91	2	92	—
25	11	224	—	5	1	2326	45	112	4	56	—	257	10	158	4	46	3
78	9	568	—	5	—	1825	44	352	6	92	—	319	11	114	3	32	10
13	—	471	1	12	—	897	42	93	3	396	—	231	11	130	5	187	—
41	1	401	—	7	—	957	54	163	9	24	—	185	9	190	5	148	2
1	—	33	—	1	1	599	92	63	2	147	10	51	6	56	4	39	11
3	3	35	—	1	—	343	18	38	2	218	11	88	—	65	3	30	5
18	9	55	—	1	—	1780	83	142	3	590	4	300	22	164	6	97	6
39	33	354	2	4	4	1394	65	287	3	584	—	364	11	145	3	60	9
27	5	212	—	10	—	1470	11	582	6	399	5	508	8	277	4	303	22
35	10	726	3	11	4	1312	20	726	23	500	6	505	15	253	1	305	10
125	105	676	—	9	8	3207	224	215	10	312	8	654	48	290	21	276	46
133	86	5.5	2	48	11	3431	245	610	47	345	12	605	55	329	12	242	53
3	12	203	—	2	1	954	74	163	9	520	20	456	14	144	3	171	5
75	41	328	—	6	3	1251	48	244	4	637	—	380	15	133	7	97	—
200	163	303	—	28	16	4342	259	214	5	171	—	1235	75	397	17	304	65
171	149	1115	2	31	25	4844	217	321	16	170	—	974	71	382	17	259	39
65	26	391	—	9	7	3251	137	164	7	143	3	556	43	183	7	181	24
157	115	722	2	22	—	3114	132	328	26	163	7	465	26	221	4	98	22
20	15	173	1	2	1	607	12	174	12	34	—	130	8	51	1	32	3
8	1	95	1	—	—	430	5	112	4	63	1	129	9	69	2	32	—
17	12	138	—	7	—	1009	1	80	1	386	—	197	—	78	1	161	10
115	29	98	—	18	—	889	—	206	—	100	—	164	—	80	—	116	—
41	13	419	—	15	7	1925	62	100	14	264	2	476	7	169	3	166	4
76	34	327	—	22	7	1470	24	373	14	446	1	363	10	238	8	150	8
3	2	435	—	8	2	1539	31	129	6	636	3	503	24	325	6	104	57
51	27	588	1	16	2	1858	71	130	3	544	3	612	22	443	5	128	41
8	5	212	1	4	3	1558	77	168	8	325	20	691	25	389	13	205	27
21	10	429	3	20	6	1274	58	301	7	633	5	635	22	284	8	173	36



Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов	Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возврат. тиф		Неопред. тиф		Малария		Оспа натурал.		Корь	
		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело	
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Уралобласть . . .	28 г. 809	404	46	27	10	—	198	22	5737	184	22	6	1'50	66
	29 г.	1593	905	28	23	11	4	235	33	4633	134	2	—	2066	118
1	В.-Камский . . .	28 г. 7	7	1	1	—	—	—	—	43	3	—	—	186	3
	29 г.	20	19	—	—	—	—	1	1	58	6	—	—	28	—
2	Златоустовский . .	28 г. 11	5	1	1	—	—	1	1	558	23	—	—	42	—
	29 г.	48	54	—	—	—	—	2	1	591	10	—	—	154	17
3	Ирбитский . . .	28 г. 25	11	2	2	—	—	22	2	84	2	—	—	74	1
	29 г.	73	43	3	3	—	—	5	4	32	4	—	—	75	—
4	Ишимский . . .	28 г. 149	17	4	1	—	—	18	—	238	2	6	1	42	—
	29 г.	208	46	5	—	—	—	52	2	300	1	1	—	60	1
5	Коми-Пермяцкий . .	28 г. 10	9	11	4	—	—	—	—	50	1	—	—	—	—
	29 г.	35	28	—	—	—	—	7	—	38	2	—	—	4	—
6	Кунгурский . . .	28 г. 36	20	2	—	—	—	9	2	159	5	—	—	20	1
	29 г.	35	25	—	—	—	—	1	—	107	—	—	—	127	11
7	Курганский . . .	28 г. 72	19	—	—	—	—	21	—	461	7	1	1	61	—
	29 г.	—	—	—	—	с	в	е	д	е	н	и	и	й	—
8	Пермский . . .	28 г. 77	72	4	4	1	—	8	2	263	39	1	1	213	37
	29 г.	268	215	3	2	—	—	5	2	334	31	—	—	274	59
9	Сарапульский . . .	28 г. 56	42	5	4	1	—	6	1	365	12	12	1	23	—
	29 г.	116	89	3	—	—	—	11	—	358	6	1	—	137	—
10	Свердловский . . .	28 г. 92	63	4	4	—	—	11	2	384	16	2	2	112	14
	29 г.	125	100	5	5	—	—	25	2	354	32	—	—	559	3
11	Тагильский . . .	28 г. 33	28	1	3	1	—	11	—	143	10	—	—	294	2
	29 г.	86	56	—	—	—	—	12	2	194	7	—	—	138	—
12	Тобольский . . .	28 г. 4	2	2	1	—	—	2	1	84	6	—	—	81	2
	29 г.	9	6	1	1	—	—	—	—	53	3	—	—	81	8
13	Троицкий . . .	28 г. 23	4	2	1	—	—	12	—	1056	17	—	—	28	—
	29 г.	188	—	—	—	—	—	8	—	751	—	—	—	86	—
14	Тюменский . . .	28 г. 35	14	—	—	—	—	4	2	246	5	—	—	90	—
	29 г.	126	68	—	—	6	4	11	1	274	5	—	—	116	—
15	Челябинский . . .	28 г. 77	29	4	1	4	—	31	1	1260	29	—	—	88	4
	29 г.	72	28	5	10	5	—	49	1	936	23	—	—	210	19
16	Шадринский . . .	28 г. 102	62	3	—	3	—	42	8	343	7	—	—	96	2
	29 г.	234	128	3	2	—	—	46	17	253	4	—	—	17	—

области за сентябрь мес. 1928 и 29 г. г.

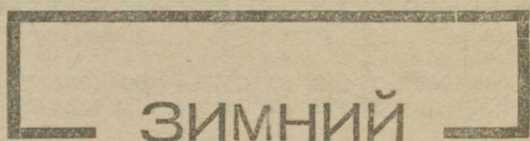
Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Грипп		Дизентерия		Трахима		Туберк. легких		Туберк. пр. орган		Сифилис I, II, III		Гоноррея		
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
769	446	4268	7	1	8	67	26789	904	1854	77	5558	106	6803	346	3034	113	2421	265	4846	79
1382	774	5860	9	177	82	29453	1038	1228	74	3630	49	6149	316	2690	118	1737	208	3741	91	
50	41	115	—	3	3	1160	86	29	3	46	2	444	5	57	4	29	4	114	6	
54	39	407	1	4	2	1151	85	11	5	101	5	590	17	113	5	43	1	113	1	
46	22	189	—	27	6	2137	76	42	14	250	5	323	40	218	6	170	1	182	4	
141	94	223	1	11	—	2954	103	51	1	237	3	367	18	98	3	108	2	226	6	
5	—	275	—	3	—	1246	31	79	3	64	1	301	5	104	1	28	5	147	—	
9	6	325	—	2	—	1759	35	89	—	128	—	324	10	108	7	59	—	146	1	
25	—	562	—	14	—	791	18	100	2	614	—	349	10	177	2	142	2	227	2	
32	—	356	—	19	7	956	17	51	—	21	—	193	7	117	2	129	10	190	1	
—	—	45	—	—	—	364	28	61	1	207	25	62	8	132	5	33	8	70	6	
—	—	49	—	1	1	404	25	31	2	224	17	78	11	81	6	21	4	62	4	
20	9	84	—	5	2	1513	53	77	3	648	12	406	20	199	7	98	17	256	4	
44	31	321	—	4	3	1338	64	44	2	374	4	278	8	118	3	85	10	179	4	
31	16	191	1	8	2	1406	6	572	3	660	8	486	8	222	—	308	8	464	3	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
187	113	598	2	16	10	3163	155	124	8	497	17	647	37	279	19	303	26	661	9	
162	105	462	—	28	21	3685	189	223	20	218	8	683	41	226	14	192	13	474	15	
26	18	235	—	4	1	1151	28	122	7	576	14	418	17	165	4	161	20	366	1	
112	8	265	1	6	5	152	61	77	9	538	1	316	8	167	4	105	6	315	—	
192	155	298	1	41	30	4776	183	166	10	305	2	1165	93	315	22	299	51	626	12	
206	184	1026	2	38	22	5882	213	148	4	233	1	1175	90	451	41	286	52	665	23	
62	32	554	1	6	2	3218	134	72	6	106	7	541	35	181	15	206	41	308	22	
209	165	785	1	12	2	3679	111	112	15	152	1	411	25	182	16	94	14	209	19	
7	6	169	2	5	1	551	7	92	6	80	2	81	5	54	3	22	6	99	—	
12	3	101	2	—	—	403	6	40	6	57	—	138	8	64	—	33	1	85	1	
27	4	117	—	11	1	1044	8	61	1	444	3	163	—	72	—	192	—	254	—	
209	—	122	—	13	—	939	—	66	—	262	—	247	—	95	—	114	—	194	—	
86	20	342	—	7	5	1269	20	108	3	310	7	288	14	262	6	138	4	320	1	
89	46	314	—	10	5	1355	29	135	3	349	—	267	7	172	6	132	2	330	—	
1	5	365	—	12	2	1569	32	69	2	523	1	544	25	316	8	104	41	280	3	
75	18	562	—	22	10	1968	57	76	1	471	4	576	38	335	4	143	61	247	4	
4	5	129	—	6	2	1431	39	80	5	228	—	585	24	281	11	188	31	472	6	
28	5	542	1	7	4	1528	43	74	6	265	5	506	28	363	7	193	32	306	12	



# ЗИМНИЙ САНАТОРИЙ



15 ноября 1929 года  
при Курьинском курорте  
О Т К Р Ы Т



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, обвертывания 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, волейбол, 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.

УРАЛКУРУПР.

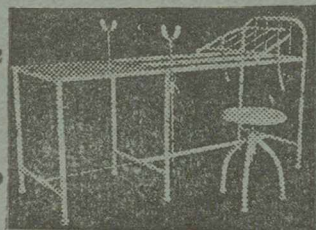


# УРАЛМЕДТОРГ

## 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 канцелярной 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 ФЛОГГЕ.  
ТОЖЕ " " " по ЗАРЕВИЧУ.

АППАРАТЫ для сжигания серы по ЗАУСАЙЛОВУ.  
СТЕРИЛИЗАТОРЫ для перевязочного материала по ТУРНЕРУ.

КОРОБКИ ШИММЕЛЬБУША (БИКСЫ) всех размеров.

ПРИБОРЫ для измерения роста.

СТЕРИЛИЗАТОРЫ для аптек разных размеров.

НАПЫЛЬНИКИ для научука.

ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЫ для зубных кресел.

СТАНАНЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для дезинфекции зубных инструментов.

ШТАТИВЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для кружек Эсмарха.

ГРЕЛКИ для живота оцинкованного железа.

ШПАДЕЛИ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ, ПОДСТАВКИ И ПРИБОРЫ для  
ПРОВИРОК 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 производится как учреждениям, так и частным лицам.

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



ЦЕНА - 1 РУБ.

0-20

---

СВЕРДЛОВСК, „УРАЛПОЛИГРАФ“,  
ТИП „Г Р А Н И Т“. ЗАКАЗ № 2479.  
УРАЛОБЯЛИТ № 4789. ТИРАЖ 1000