

Дн 3266

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

# УРАЛЬСКИЙ ВРАЧ

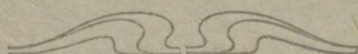
научно-медицинский жур-  
нал Приуральского Окруж-  
ного Военно-Санитарного  
□ □ □ Управления. □ □ □

№ 3-й.  
А п р е л ь  
1922 г.

Г. ЕКАТЕРИНБУРГ.  
1922.

# ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
Д-р Сегалин. О задачах эвристики-патологии (патология творчества и гениальности) . . . . .	61
Проф. Шамарин. Гедоналовый наркоз . . . . .	68
Д-р Любушин. Цинга по данным заболевания войск Приуральского В. Округа . . . . .	72
Д-р Минц. Испуг и дрожательный паралич . . . . .	81
Д-р Фёрстер. Случай многолетнего пребывания инородного тела в кишечнике . . . . .	84
Д-р Ананьин О научно-медицинском О-ве военных врачей . . . . .	85
Отчет Всероссийского Военно-Санитарного с'езда . . . . .	87
Из научного совещания врачей Екатеринбургского Местного Воен. Г-ля . . . . .	99
Хроника . . . . .	103





## Основные задачи эврико-патологии

как учения о патологии гениальности и патологии творчества.

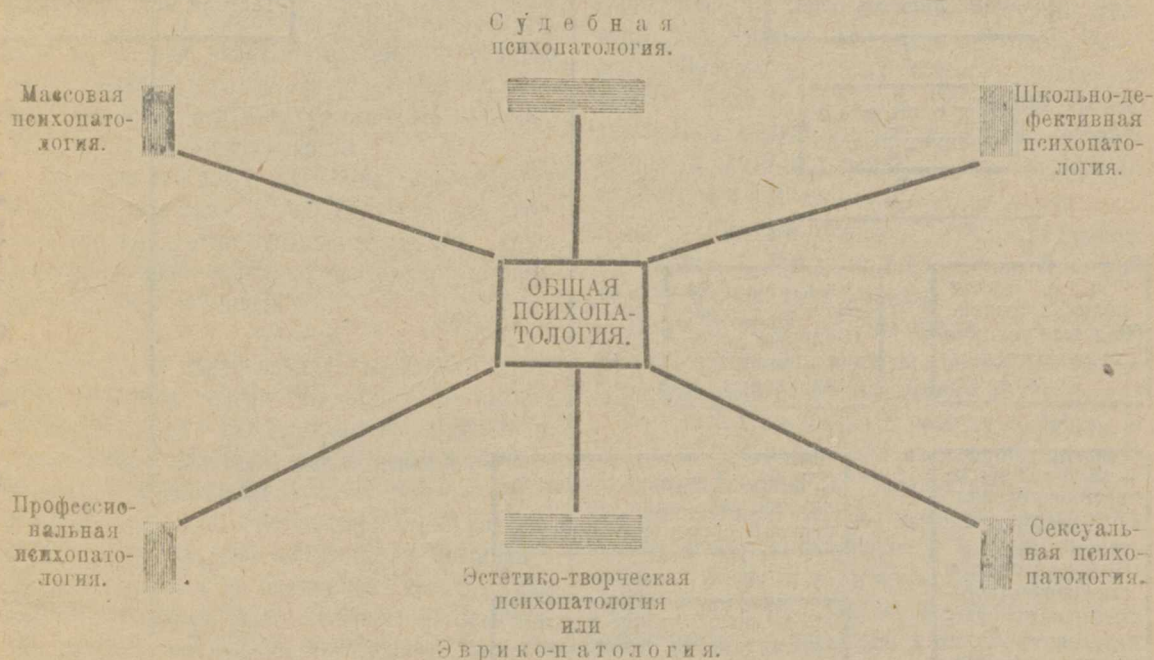
Д-р мед. СЕГАЛИН.

(Преподаватель нервно-психиатрической клиники Урал. Госуд. У-та и ординатор Екатеринбургского местного военного госпиталя).

### I.

Эврико-патология—есть учение о патологии гениальных и одаренных людей и патологии гениального творчества. Это учение находится еще в зачаточном состоянии и в стадии созидания и строения. Как новая отрасль общественной медицины—как эстетико-творческая медицина и как самая младшая сестра психопатологии (вернее: патопсихологии) те-

перь, в будущем она займет такое же место среди других отраслей общественной медицины—как, допустим, судебная психопатология, школьно-дефективная медицина, профессиональная психо-патология, сексуальная психопатология, массовая психопатология и проч. виды общественной медицины. Из прилагаемой здесь схемы видно соотношение этой новой отрасли психопатологии к другим аналогичным отраслям психопатологии.



Развитие этого нового учения—есть следствие исторической необходимости оздоровления тех сторон общественной жизни, где еще роль Эскулапа не явилась исцеляющей и освобождающей от цепей мракобесия, схоластики, метафизики и мещанской романтики.

В самом деле—эта историческая роль великого Эскулапа,—как просветителя, освободителя, развивалась раньше, и развивается теперь как триумфальное шествие—с исторической непреложностью.

Вспомним, как Эскулап освобождал от цепей душевно-больных (Пинель). Вспомним, как он боролся с средневековыми мракобеса-

ми-инквизиторами, которые сжигали на кострах больных истеричек—как одержимых «нечистой силой».

Вспомним, как он заставил слепую Фемиду иначе относиться к тем несчастным, которые совершали свои преступные деяния под влиянием душевной болезни или аномальных склонностей. Тот же Эскулап впервые упорядочил схоластику и узоость педагогов в отношении школьников и дефективных детей.

Он же нам ясно освещает проявление крупнейшего фактора людских отношений—сексуальную психопатию повседневной жизни со всеми ее причудами. И он же теперь начи-



наст вмешиваться в урегулирование профессиональных психонатий среди растущей экономики.

Он же, наконец, должен в будущем остановить дикую свистопляску еще бесконтрольно-господствующей мещанской романтики и мещанского клкушества в области творчества и эстетики современности, где туманная и метафизическая идеология свила себе еще и по сие время—самое прочное гнездо.

Всеемлющему Эскулану в союзе с естествознанием принадлежит эта неизбежно-историческая роль—осветить истинную природу высшего проявителя человеческого духа—гения с его гениальной продуктивностью, со всеми особыми законами этой продуктивности.

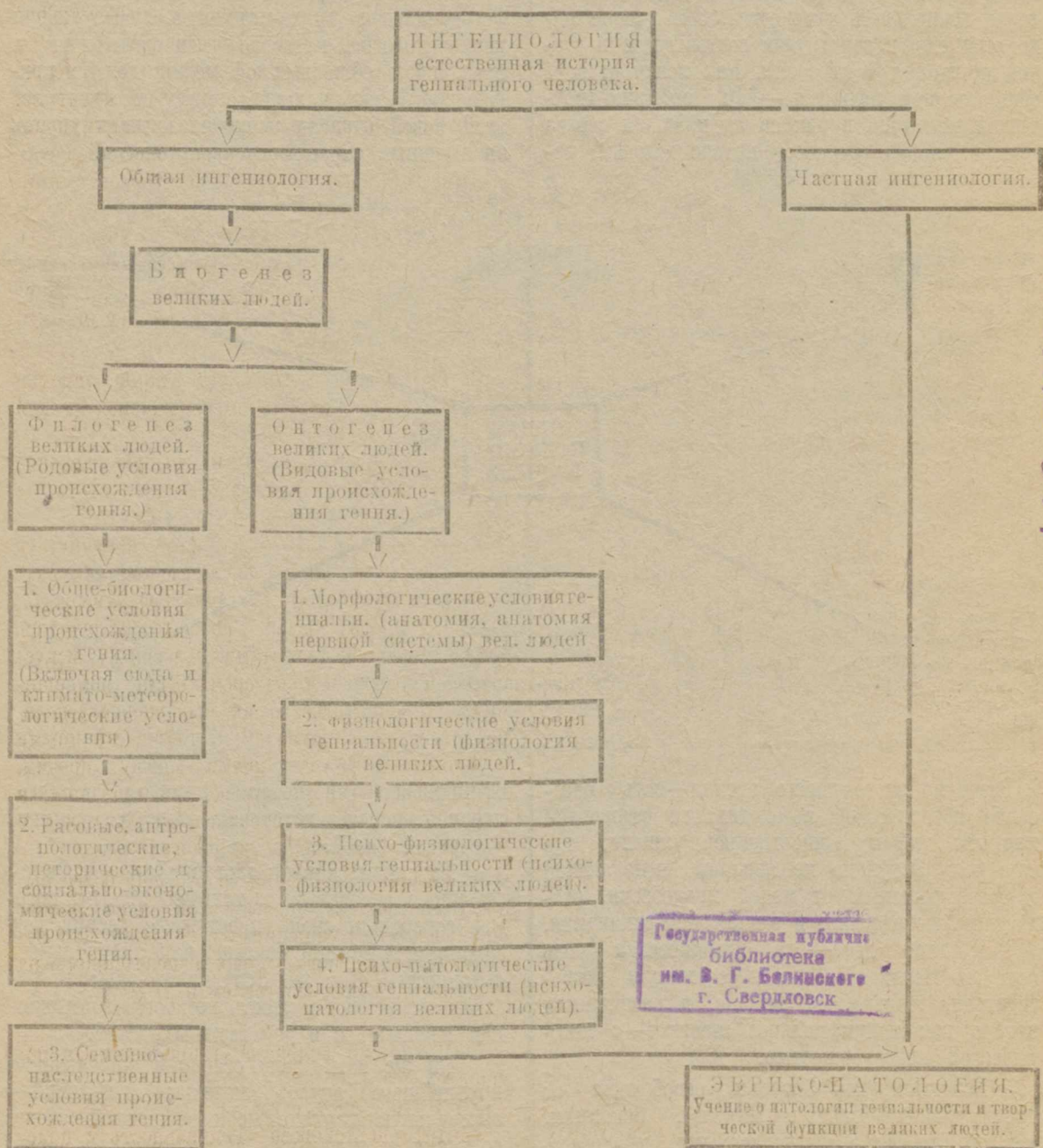
Только один Эскулан, создавая эврико-патологию, создаст то учение, которым он сумеет

осветить тот сфинкс, называемый гением, над которым ломают себе головы уже века и тысячелетия.

Эврико-патология, как учение о творческой функции и законах этой функции гениальных людей—вытекает из предпосылки необходимости конструирования другого учения—учения о происхождении гениального человека (или, иначе говоря, естественной истории гениального человека), названного нами в другом месте \*) **ингениологией**.

Как мы констатируем эти два понятия и как эти два понятия относятся друг к другу, поясняется следующей схемой, которую и объясним сейчас.

\*) См. № 2 «Уральский Врач» статью: «Институт гениального творчества».





**Ингениология**—как наука о гениальном человеке вообще, как видно из этой схемы, включает в себя всю естественную историю—весь биогенез великих людей, причем все родовые условия происхождения гения должны составить **филогенез великих людей**. Сюда значит, включается: 1) общепатологические условия, вместе с климато-метеорологическими условиями происхождения гения, 2) расовые и антропологические условия происхождения гения вместе с историческими и социально-экономическими условиями, и, наконец, 3) семейно-наследственные условия происхождения гения. Видовые же условия (вернее: личные условия) происхождения гения, как то: анатомические, физиологические, психо-физиологические и психо-патологические условия гениальности—дают **онтогенез великих людей**, таким образом, весь биогенез (вместе с филогенезом и онтогенезом) великих людей—составит общую часть естественной истории великого человека—т. е. его **общую ингениологию**. От этой же общей ингениологии исходит та ее часть, как психо-патологическая часть, от которой отделяется ее специальная часть, как специальное учение о гениальности и о творческой функции гениальных людей, как **эврико-патология**, и которая таким образом, в то же самое время—составляет законный отпрыск естественной истории великих людей—**ингениологии**.

Оставляя эти общие проблемы ингениологии в стороне, нас здесь, в данной работе, как эвропатолога интересует специальная часть ингениологии—проблемы эврико-патологии, которыми мы здесь и займемся.

Основная и кардинальная проблема, которую эврико-патология выдвигает и должна научно-осветить—так это следующая проблема: **какая связь существует между гениальной одаренностью и безумием?** На этот вопрос, волей неволей, наталкивает весь исторический ход развития эврико-патологической мысли, начиная с древних времен и по настоящее время. Сама эврико-патология,—как таковая—рождается, так сказать, из развития этого вопроса, которым еще древние мудрецы и философы—так или иначе занимались.

Еще древние ученые, разбирая этот вопрос, интуитивно высказывались довольно определенно о существовании какой-то связи между этими двумя сфинксами: гениальностью и безумием.

Так, уже «в. классической Греции—**Демокрит** считает всякого истинного поэта за человека ненормального в отношении его физиологических способностей. Он говорит: *Excludit sanos Helicone poetas*.

**Платон** утверждал, что бред не есть болезнь, а напротив—величайшее из благ, даруемых Богами; под влиянием бреда (говорит Платон)

Цельфийская и Додонская прорицательницы оказали тысячи услуг гражданам Греции, тогда как в обыкновенном состоянии они приносили мало пользы, или же, совсем оказывались бесполезными. Много раз случалось, что когда боги посылали народам эпидемии, то кто-нибудь из смертных впадал в священный бред и делался под влиянием его пророком, указывал лекарства против этих болезней.

Особый род бреда, возбуждаемый музами, вызывает в простой и непорочной душе человека способность выражать в прекрасной, поэтической форме подвиги героев, что содействует просвещению будущих поколений\*\*).

**Аристотель** высказывал мнение, что, под влиянием прилива крови к голове, многие делаются поэтами, провоками и прорицателями; так например **Марк Сиракузский** писал хорошие стихи, пока был маниаком. (но выздоровев совершенно утратил эту способность\*\*).

**Аристотель** также говорит в другом месте: «замечено, что знаменитые поэты, политики, художники, были частью меланхолики и помешанные, частью мизантропы, как Беллерофонт. Даже в настоящее время (говорит Аристотель) мы видим тоже самое в Сократе, Эмпедокле, Платоне и других и всего сильнее в поэтах. Люди с холодной избыточной кровью (буквально желчь) бывают робки и ограничены, а люди с горячей кровью—подвижны, остроумны и болтливы».

Затем **Гораций** говорил: «Nullum ingeium Sir» mixturae dementiae fuit». (никакой гений не был без примеси безумия).

Таким образом, как мы видим, уже древние мудрецы говорят о связи гениальности с безумием—как об общезвестном факте.

По—днее, уже ближе к нашему времени, о такой же связи говорили следующие авторы:

**Феликс Пяттер** (в 17 столетии) утверждал, что знал многих людей, которые отличались замечательными талантами в разных искусствах и в одно и тоже время были помешанными. Помешательство их выражалось нелепой страстью к похвалам, а также странными и неприличными поступками. Между прочим, Пяттер встретил при дворе, пользовавшихся большой славой, архитектора, скульптора и музыканта, несомненно душевно-больных \*).

**Ф. Газони** <sup>1)</sup> в Италии собрал еще более выдающиеся факты в пользу этой идеи, помещенные в его сочинении: «в больнице для неизлечимых душевно-больных переведенном на итальянский язык Лонгоалем в 1620 г.

\*) Цитир. по Ломброзо «Гениальность и помешательство» 1892.

\*\*) Цитир. отсюда же.

\*) Цит. по Ломброзо «Гениальность и помешательство».



**Беттинели** <sup>2)</sup> в 1769 году в своей книге *Dei entusiasmo nelle belle arti* приходит к тому же заключению.

**Паскаль** также всегда, утверждал, что гениальность высшая, граничит с полнейшим сумасшествием.

**Несарт** <sup>3)</sup> также утверждал, что гениальность граничит с безумием, и именно утверждал это относительно своих товарищей—ученых и в то же самое время душевно-больных. Свои наблюдения он издал в 1823 году под названием: «Гульциана или краткая библиография сумасшедших, находящихся в Валенсьене, составленная помешанным».

**Дельпельер** <sup>4)</sup> в 1860 г., в книге: «*Histoire litteraire ge fous*».

**Форр** <sup>5)</sup> В очерке, помещенном в «*Revúe de Paris*» в 1826 г.:

**Неизвестный автор** <sup>6)</sup>, в очерках Бедлама (*Sketches in Bedlam, London 1873 г.*), также занимались этим вопросом «связи безумия и гениальности».

Но уже более научно и обоснованно стали подходить к этому вопросу ниже-следующие авторы:

**Лелю** <sup>7)</sup>—первый, который подошел к научному обоснованию этой связи. Признавая известные отношения между безумием и гениальностью, относит последнюю целиком в область патологии, под видом *Surexcitation cerebrale* т. е. невроза (в 1846 г. в *Amulette Pascal*) и в 1856 г. в «*Demon de Socrate*»); затем

**Верга** в «*Zipemanía del Tasso*» в 1850 г. и **Ломброзо** в «*Pazzia di Cardano*» в 1856 г. стали тоже самое доказывать в отношении отдельных гениальных личности (именно по отношению Торкватте Тассо и Кардана).

Затем выступает с известной своей работой «*Za psychologie Morbile*» Paris 1860 г.

**Moréau de Tour**, который также приписывает гению патологическое происхождение... Гений, говорит Моро-де Тур, есть невропатическое состояние—есть настоящий нервный эротизм, развивающийся в полуболезненном состоянии, он вносит с собой в организм новый элемент жизни, придает необычайный импульс функции органов и в особенности аппаратов нервных отправлений, вследствие чего появляется экзальтация жизненных свойств, наиболее благоприятные условия для создания гениальных произведений. По Моро-де-Тур, значит, что материальной основой гения является болезненное состояние гения, его невропатологический темперамент.

**Шиллинг** в своих «*Psychiatrische Briete*» в 1863 г. пытался также, как и предыдущий автор, доказать, что гений во всяком случае есть нечто вроде первой ненормальности, нередко переходящий в настоящее сумасшествие.

**Hágen** <sup>\*</sup> в статье «о сродстве между гениальностью и безумием». (Berlin 1877 г.) сродство это «считает сбалансированным положением точно также как и

**Lürgen Meyer** <sup>\*\*)</sup> в его монографии «гений и талант» и

**Múdsly**—также приверженцы этой теории.

Griesinger к этой теории повидимому тоже присоединяется, когда он говорит <sup>\*\*\*)</sup>, «нет ничего невероятного, что повышенное возбуждение церебральных процессов в одних случаях (у душевно-больных) ведет к проявлению психопатии: в других (при соответствующих условиях) к повышенной продуктивности интеллекта и к оригинальному образу мыслить (у гениальных людей)».

Наконец, вся эта школа патологической теории гениальности, известная под именем «Алиенистов» получает своего наиболее яркого представителя в

**Ломброзо**, который в своей известной работе «гениальность и помешательство», а также в целом ряде других работ, пытается обосновать идею сродства гениальности с безумием настолько, определенно, что в конечном итоге своих работ приходит к следующему определению гениальности:

«Гениальность есть форма психоза на почве вырождения с признаками эпилептического характера».

Ломброзо (и его ученики) ясно и определенно выражают конечный итог развития патологической теории гениальности окончательно формулируют этот итог: «гениальность есть психоз вырождения». На этом школа эта сказала все, что она могла сказать и развитие этого вопроса на этом остановилось.

Итак мы видели:

От Демокрита, Платона и Аристотеля—в древности и до школы Ломброзо—настоящего времени—констатируется неоспоримый факт какой-то связи безумия (безразличного в какой форме выражается это безумие—в легкой ли форме дефективности, или психической диссоциации, или же в форме резко выраженной душевной болезни) с гениальностью в одной и той же личности. В дискуссион. литературе авторов по этому вопросу за и против приводится

<sup>\*</sup>) Цит. по Ломброзо «Гениальность и помешательство».

<sup>\*\*)</sup> Цит. по Ломброзо «Гениальность и помешательство».

<sup>\*\*\*)</sup> Griesinger, Pathol. u. Therapie d. Psychische Krankheit pag 158.

<sup>1), 2), 3), 4), 5)</sup> Цит. по Ломброзо.

<sup>6)</sup> Цит. по Шюле, Психиатрия, Руководство Нимсена.



огромное количество имен великих людей, как примеры такого сочетания—точно также биографии великих людей пестрят примерами такого сочетания. Во многих случаях приводятся примеры или иллюстрации имен с диагнозами определенного заболевания,—в других—без такового. Но так или иначе попытка этих авторов объяснить эту связь—ни к чему реальному не привела. Объяснение одних авторов **случайным совпадением** такого сочетания безумия с гениальностью в одной и той же личности—нас удовлетворить не может—точно также, как объяснение других авторов, на основании которого столь частое безумие великих людей—объясняется перенапряжением или переутомлением мозга великого человека—также удовлетворить нас не может.

Слишком уж велик процент психического заболевания великих людей для объяснения одним только случайным совпадением этого сочетания; объяснение же одним только переутомлением—нам кажется также слишком наивным и ненаучным. Наиболее научным подходом к этому вопросу—является все-таки школа Ломброзо, хотя объяснение—поставленной выше основной проблеме Эврикопатологии—она дать не могла. Но величайшей заслугой Ломброзо (и его предшественников) является, по крайней мере, хоть то, что подчеркивая резко (и подчас даже грубо, я бы сказал), несомненную связь между гениальностью и безумием, он поставил этот вопрос сразу, так сказать, на научные рельсы.

Несмотря на то, что рельсы эти оказались негодными и уехать на них далеко он не сумел и современным и будущим эврико-патологам придется эти рельсы заменять другими, все-таки, остается—правильной и прочной основой для построения новой дороги, то фундамент, на котором он базировался.

Теория школы Ломброзо, на основании которой гениальность определяется как дегенеративный психоз—в свое время получила свою справедливую **отрицательную оценку** и мы здесь не будем заниматься критикой этой теории. Укажем только здесь на **ту основную методологическую ошибку** Ломброзо, положенную в основание его построения и приведшую его к ошибочным выводам, несмотря на прочный фундамент его постройки.

Мы увидим далее, что, избегнув этой методологической ошибки построения,—развитие эврико-патологической проблемы получит более продуктивный путь на той же самой насыпи, на том же самом фундаменте. Мы увидим, что при устранении этой методологической ошибки Ломброзо и при научной постановке вопроса так сказать на других рельсах и шпалах—современная эврико-патология сумеет дать **не отрицательную формулировку** Ломброзо с ее бесплодными результатами: «гениаль-

ность есть психоз вырождения»; а более **продуктивную, положительную** и противоположную формулировку гения: а именно: «**гениальность есть психоз перерождения** и не только типа эпилепсий (как это формулировал Ломброзо) а типа любой формы психической диссоциации».

Основная методологическая ошибка Ломброзо послужит нам исходным пунктом для строения другого методологического основания при построении основ эврико-патологии. Это методологическое основание заключается в следующем соображении.

Психические симптомы заболевания великих людей нельзя ни в каком случае рассматривать и сравнивать с такими же аналогичными симптомами обыкновенных душевно-больных (т. е. не творящих гениальное), как это делает Ломброзо и его школа.

**И потому этого нельзя делать, что эти патологические симптомы неразрывно связаны в органически целое с другими симптомами, не включив сюда симптомы родов вообще—игнорируются авторами этой школы—и в этом их коренная методологическая ошибка.** Эти игнорируемые авторами симптомы—это симптомы гениальной продуктивности, которых нельзя искусственно отделять и разбирать изолированно потому, что они тесно связаны с патологическими симптомами, и в такой специфической неразрывной связи дают **совершенно другую картину**, совершенно другой клинический синдром, нежели те же самые патологические симптомы у обыкновенных душевно-больных—**без симптомов гениальной продуктивности.**

Нельзя, например, симптомы женских родов имеющие атрибуты патологии как то: болевые схватки, насильственное разделение тканей в половой и прилегающих сферах организма, кровотечения и пр. явления, наблюдаемые при родах и носящие чисто патологический характер—выделять в один отдельный симптомокомплекс, не включив сюда симптомы родов вообще—как-то: симптомы появления здорового ребенка (симптомы, значит, не патологические).

Ведь включаем же мы в понятие родов и симптомы биологической продуктивности (появление ребенка) и симптомы патологического характера (боли, кровотечения, насильственное разделение тканей матери и т. д.)

**Все это вместе (и в неразрывной связи)—составляет единый синдром клинической картины родов** и никто не станет утверждать на основании одних только патологических симптомов родов, что роженица есть субъект вырождающийся.

Точно также на основании **только одних патологических и дегенеративных симптомов** психики великих людей, игнорируя при этом симптомы гениальной продуктивности, **нельзя**



**делать вывод о дегенеративном психозе гениальности.** В понятие гениальных родов (если можно так выразиться) входят в неразрывной, органической связи и симптомы гениальной продуктивности, и симптомы патологические, как единый синдром гениальности.

На основании этого методологического принципа **исделимости симптомов** гениальности, который должен быть положен краеугольным камнем эврики-патологии, нам уже легче будет осветить вопрос, почему самое **лечение** психической болезни у великих людей будет совершенно иное, нежели течение этой же болезни у обыкновенных (не творящих одаренных душевно-больных).

Недаром клиницистам приходится наталкиваться на чрезвычайные затруднения, при постановке диагноза болезни у великих людей.

Вспомним, сколько споров вызывал у психиатров диагноз болезни Врубеля, Шумана, Шопенгауера, Ницше и других:

Даже прогрессивный паралич протекает, по видимому, совершенно иначе у великих людей, нежели у обыкновенных, если мы вспомним течение этой болезни у Глеба Успенского, Мопассана, Донвицетти, Гюго, Вольфа, Сметана и того же Шумана, Врубеля, Ницше и друг.

Недаром, также, такому автору как **Крэпелину**, в одной из своих последних классификаций параноических заболеваний, приходится выбрасывать совершенно параною, настоящую параною, из своей клинической классификации—как заболевание чрезвычайно редкое в клинике. И эту то параною настоящую надо искать где-то вне стен клиники (параноические заболевания из клинического материала—кончаются или сопровождаются слабоумием), значит где же ее искать? Ясно, что настоящие формы параной,—не оканчивающиеся слабоумием,—как чрезвычайно редкие формы заболевания,—нужно искать в среде гениально-продуктивных людей, где параною, при условиях, не вызывающих слабоумия (так скоро, по крайней мере) должна играть роль **положительную** для творчества, роль, если можно так выразиться систематизатора, определенного круга психических комплексов вокруг какой-нибудь **моно-идеи, стойко и стройно** синтезирующего весь психический материал данной личности — в одно целое—оригинальное, что составляет положительную силу в продуктивности этой личности. в смысле чрезвычайного обострения продуктивных и потенциальных сил таланта данной личности.

Точно также, недаром и в отношении эпилепсии, в посл. год. все настойч. и настойч. раздается голоса авторов (Bratz, Kraepelin), о необходимости выделения особой формы эпилепсии, которая сопровождается не слабоумием

(как это бывает обыкновенно при этой болезни), а часто обострением психических функций.

Bratz выделяет такую форму эпилепсии как «Аффективную эпилепсию».

**Розенталь** находит справедливым эпилепсию Достоевского рассматривать как такую форму эпилепсии, в смысле Bratz'a.

Теперь если мы вспомним, что Ломброзо хотел рассматривать всякую форму гениальности, как вид эпилепсии, и если мы согласимся вместе с Ломброзо только по отношению к тем великим людям, у которых действительно установлена та или иная форма психической или судорожной эпилепсии (например: Наполеон, Магомет, Байрон, Достоевский)—го гениальная продуктивность этих людей в органической связи с их эпилептической психикой—несомненно давала совершенно другую картину течения этой болезни.

Точно также в отношении маниакально-депрессивного психоза (помимо старых авторов) еще не очень так давно немецкий автор Gröhle в своей дискуссии с Мебиусом высказывал то положение, что в основе художественного творчества лежит известная степень маниакально-депрессивного состояния.

То есть, иначе говоря, существует **особый** маниакально-депрессивный тип людей, которые при известных (благоприятных) условиях для творчества проявляют функцию гениального творчества. Отсюда ясно вытекает значит, что должна существовать особая форма маниакально-депрессивного психоза, где **течение этой болезни** сопровождается гениальной продуктивностью.

Наконец, Bleuler в своей известн. монографии о шизофрении, говоря об отношении шизофре к людям одаренного творчества, допускает, что при благоприятных условиях, когда болезнь хорошо компенсируется и слабоумие сказывается не столь резко, т. е., иначе, говоря, когда **течение** этой болезни принимает другой характер (более, значит благоприятный) шизофрения, как таковая, способствует своеобразному художественному творчеству, благодаря своеобразным, особенностям этой болезни.

И тут, значит, если допускается гениальная продуктивность, то при условии **другого (своеобразного) течения** этой болезни.

Таким образом, всякая форма психической болезни, сопровождающаяся гениальной продуктивностью, должна дать совершенно иное течение, этой же болезни—другую, так сказать, окраску всему комплексу симптомов. Это служит тем более веским основанием против того огульного отождествления такого симптомокомплекса у гениальных людей с таким же симптомокомплексом у обыкновен-



ных душевно-больных. Отождествление это широко и грубо применялось школой Ломброзо и привело его к тому ложному выводу рассматривать гениальность, как психоз вырождения.

Принимая во внимание этот ложный вывод и ошибку Ломброзо, мы, уже с полным правом должны будем отвергнуть дегенеративную теорию гениальности, как построенную на ложных основаниях и не удовлетворяющую решению основной проблемы эврикнопатологии, поставленной выше: **какая конкретная связь существует между гениальностью и безумием**, раз оба эти два феномена сосуществуют всегда почти в одной и той же личности? Не говоря уже о том, что само учение о вырождении—дает все больш. и больш. тренции по влиянию критики последнего времени и ждет своего основательного ремонта или даже, полной перестройки его, на ряду с развитием учения о перерождении (прогенерации).

Во всяком случае правильная постановка проблем эврико-патологии настоятельно требует пересмотра вопроса о дегенерации, и кровно заинтересовано в этом как и все другие отрасли психопатологии.

Итак вышепривед. соображен. относит. течения болезни гениальн. людей тем более дают нам право подчеркнуть вышеприведенный принцип неделимости симптомов гениальности и безумия, как методологическое основание отвергнуть дегенеративную теорию гениальности и построить **прогенеративную теорию гениальности**.

Кстати, здесь укажем, в связи с только что упомянутым руководящим принципом неделимости симптомов,—на другое явление, которое несколько обращает внимание эврикнопатолога, и которое еще более **сугубо** заставляет нас подчеркивать этот принцип неделимости это—явление **параллелизма наследственности таланта и наследственности безумия**, которое мы почти всегда можем констатировать в анамнезе гениальных людей.

То есть, иначе говоря: гениальный (или вообще одаренный) человек, всегда, наследуя от ближайших своих предков ту, или иную особенность, **параллельно с этим (или: одновременно) наследует также от этих же предков—безумие** (в той, или иной форме; в той или иной степени это безразлично; даже если это будет самая легкая степень психической диссоциации\*). К этому вопросу мы еще раз вернемся для более подробного рассмотрения, пока отмечаем его здесь лишь попутно для completeness только что приведенных соображений, которые мы резюмируем таким образом:

1. Историческое развитие вопроса об отношении между гениальностью и безумием—рождает идею существования какой-то органической (неслучайной) связи между двумя этими явлениями.

3. Методология изучения этого вопроса должна ставить в основу этого изучения—**принцип единства и неделимости** симптомов (этих 2-х явлений) как логическое следствие этой идеи существования органической связи.

2. Идея существования органической связи этих явлений, основывается на следующих фактах:

а) факта параллелизма наследственности безумия и наследственности безумия и наследственности таланта (в анамнезе великих людей).

б) факта сочетания безумия и гениальности в одной и той же личности и

с) факта своеобразного течения психической болезни у гениальных, благодаря сочетания ее с гениальностью.

Все эти данные должны служить предпосылками для освещения основной проблемы эврико-патологии: **какая связь существует между гениальностью и безумием?**

(Продолжение следует).

\*) В таком широком смысле понятие «безумие» мы будем и дальше употреблять.





# Гедоналовый наркоз.

Профессор оперативной хирургии Уральского Государственного Университета.

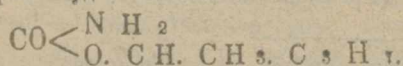
В. К. ШАМАРИН.

(Доклад читанный на научном совещании врачей Екат. Мест. Воен. Госпиталя 25 марта 1922 г.)

Сон в жизни животного царства играет громадную роль, он является такой-же необходимостью, как и бодрственное состояние. Нормальный сон вызывается неизвестными нам до сих пор причинами. В виду того, что во время сна значительно ослабляется деятельность центральной нервной системы и восприятий впечатлений внешнего мира—это обстоятельство побудило производить искусственный сон различными веществами для уменьшения болезненности при различного рода хирургических операциях. В этом отношении весьма ценны те лекарственные вещества, которые, вызывая сон, в то же время не нарушают функций различных органов. К великому сожалению, человечество до сих пор не обладает еще таким идеальным снотворным средством, которое-бы совершенно было не ядовито для организма.

Наиболее употребительными снотворными веществами из органических соединений жирного ряда, как известно, являются хлороформ и эфир, но в виду их явной ядовитости стали искать новых средств. После испытания на животных многочисленных органических соединений—наилучшее снотворное действие оказывает т. наз. гедонал.

Согласно данным органической химии известно, что если в этил-уретан ввести вместо этиловой группы пентиловый алкогольный радикал, то получается метил-пропил-карбинол-уретан или гедонал, химическая формула которого будет такова:



Гедонал—бесцветный порошок, несколько глущего мятного вкуса, из растворов кристаллизуется в виде мелких игольчатых кристаллов; плавится при 76° С., в холодной воде мало растворим, растворимость в воде при 37°С равняется одному проценту, в 50% спирте растворяется около двух процентов, при кипячении со щелочами он разлагается на углекислую соль, спирт и аммиак.

Schmideberg, предложив этилуретан в качестве снотворного вещества, пришел к заключению, что замещая в этом веществе наркотическую группу этила алкогольным радикалом высшего молекулярного веса, как напр., пропилом, изобутилом, можно усилить его снотворное действие.

То же самое показали и сравнительные исследования Binet'a.

Самым главным препятствием ко введению этих уретанов в качестве снотворных Schmideberg считал трудную их растворимость. Другие исследователи—Dreser и Bonhöfer, замещая в уретане этиловую группу высшими алкогольными радикалами, получили ряд новых уретанов, с которыми и были произведены опыты над животными. При чем из этих уретанов соединение—метил-пропил-карбинол уретан или гедонал оказался самым лучшим снотворным средством.

Многочисленные опыты с гедоналом над животными были произведены Лампсаковым. Он нашел, что при введении гедонала в желудок кролика в количестве полграмма в теплой воде через 10 минут наступает сонное состояние без всяких явлений возбуждения, при этом животное уже не может держаться на ногах, мышцы его расслабляются, кролик падает на бок и засыпает крепким сном. При исследовании рефлексы роговицы и болевые вызывают выражены крайне слабо.

Болевыми раздражениями возможно пробудить кролика на несколько секунд, после чего он снова засыпает. Акт дыхания правильный, но более редкий, температура падает на 1—2°С. Приблизительно через час начинаются подергивания сначала в передних, а потом в задних лапках. Сон у кроликов продолжается 5—6 часов, после этого 1° начинает понемногу повышаться и животное просыпается. В периоде пробуждения иногда наблюдается обильное мочеиспускание. Такие-же явления сна у животных наблюдаются и при подкожном введении гедонала, но замечались раздражения в месте инъекции.

Производились также опыты с введением гедонала в вены животных. Так, напр., при введении кроликам 10 к. с 1% водного раствора гедонала в ушную вену—они моментально засыпали и глубокий сон продолжался 30—40 мин. При введении гедонала в желудок собаки в количестве 0,3 на кило веса, животное быстро засыпало на 7—8 часов. После пробуждения у них никаких болезненных явлений не наблюдалось, они были здоровые и веселые. При введении же собакам в желудок 0,5 гедонала на кило веса—они впадали в полный наркоз с потерей всех рефлексов и болевой чувствительности, при этом глубокий сон продолжался 12—15 часов. При более высоких дозах у собак начинаются изменения в акте дыхания до полной его остановки, в то же время со стороны сердечной деятельности заметных



изменений не наблюдалось. Таким образом деятельность сердца переживает деятельность дыхания и смерть наступает от паралича дыхательного центра.

На основании этих экспериментальных исследований гедонал был предложен для клинических наблюдений. Клинические исследования были произведены многими авторами, которые с большой похвалой отзываются о хорошем спотворном действии гедонала без явлений каких-либо вредных последствий. Вполне надежные результаты были получены при применении гедонала у человека при истерии, неврастении, запойном бреде и вообще при сильных возбуждениях центральной нервной системы. Авторы, не отмечают каких-либо явлений интоксикации организма даже у больных с расстройством компенсации сердечной деятельности; поэтому гедонал может без всякого вреда применяться у малокровных и слабых людей, а равным образом даже и при сердечных страданиях, при которых хлороформный наркоз часто имеет роковой исход.

Известно, что хлороформ действует особенно парализующим образом на дыхательный и сердечный центры и кроме того усиливает тканевую распад, поэтому стали стремиться к наименьшему введению этого ядовитого вещества в организм, вводя хлороформ в сочетании с такими веществами, которые являются его антагонистами. Так, напр., гедонал в значительной степени понижает резко парализующее действие хлороформа на деятельность сердца и опыты на животных в этом отношении дали блестящие результаты, а это имеет громадное значение при хлороформировании человека, т. к. всем известно, что остановка деятельности сердца составляет грозное явление, с которым хирургам бывает труднее бороться, чем с ослаблением и даже с остановкой дыхания. Даже при длительном применении гедонала не вызывает каких-либо признаков отравления, хотя имеются единичные указания некоторых авторов, что он проявляет непродолжительную альбуминурию, так, напр., эти явления отмечаются Müller'ом и Stöckle'ем.

Как спотворное средство—гедонал назначается больному по 1.0—3.0 per os в виде порошков, облаток или в растворе, такую же или несколько большую дозу можно назначать в виде клизм. Подкожное введение гедонала не рекомендуется в виду незначительной его растворимости и в виду его раздражающих свойств. По предложению проф. Н. П. Кравкова гедонал начали применять в виде внутривенного наркоза по такому рецепту:

Hedonal

Natrii chlorati 3а 7.5.

Az desfillatae 1000.0

Для этой цели вышеозначенный раствор в количестве 2-х литров стерилизуется в градуированном сосуде с трубкой и помещается в

другой сосуд, в который наливается вода и ее температура посредством отливания через особую трубку и прибавления горячей воды поддерживается на высоте 37° С. соответственно температуре тела человека.

**Техника.** Введение гедонала производится в одну из вен локтевого сгиба (V. Basilica aut V. Coerphalica). Для более ясного обнаружения вен рекомендуется наложить на плечо не туго резиновый эсмарховский бинт или же слегка сдавить плечо посредством руки. Затем производится разрез кожных покровов на протяжении 2-3 сент. и под изолированную вену подводится двойная лигатура, одна из них сдвигается к верхнему концу, а другая к нижнему (после окончания вливания эти лигатуры завязываются, а вена по середине резицируется). Далее обнаженная вена захватывается пинцетом и вскрывается в поперечно-косом направлении. Вводить канюлю или тупую иглу рекомендуется в периферический конец во избежание занесения могущего быть тромба из сгустка крови или пузырька воздуха в центральный конец вены. После этого начинается введение гедоналового раствора слабой струей со скоростью не более 50—60 к. с. в одну минуту. По вливании порции в количестве 180.0—200.0 больной начинает зевать и затем спокойно погружается в сон.

Наблюдая действие рефлексов роговицы, следя за пульсовой волной и дыханием, снова вводится такая же порция, после чего уже наступает глубокий сон, дающий возможность приступить к оперативному пособию; смотря по продолжительности операции время от времени вводятся дополнительные порции. Клинические наблюдения показывают, что доза в 1600.0—1800.0 не вызывает вредных действий и не отражается на деятельности дептров дыхания и сердца. Вообще следует сказать, что введение гедонала в вену не представляет никаких затруднений и в опытных руках совершается просто и легко.

Наиболее многочисленные клинические наблюдения с гедоналовым наркозом были произведены в госпитальной хирургической клинике моего глубокоуважаемого учителя профессора Сергея Петровича Федорова, затем в клинике проф. В. А. Опеля, а равным образом д-ром Сидоренко в хирургическом отделении Кронштадтского госпиталя.

В клинике проф. С. П. Федорова внутривенный гедоналовый наркоз применяется при самых разнообразных операциях, но чаще всего при почечных заболеваниях, при которых гедонал, повидимому, имеет очень благоприятное действие. Это же отмечает хирург Создановской больницы д-р Е. В. Каммерлинг, который на основании своих случаев говорит, что гедонал сгорает в организме, выделяя мочевины, углекислоту и воду, и потому от почечных расстройств никогда не вызывает никаких



Для характеристики действия гедоналового наркоза я позволю себе привести выдержки из некоторых историй болезни почечных больных, оперированных проф. С. П. Федоровым и подробно изложенных в диссертации проф. Д. Н. Кузнецкого.

1. В. А. 59 лет, поступила в клинику 18 дек. 1904 года по поводу камней в правой почке. Операция—нефрэктомия была произведена под внутривенным гедоналовым наркозом. Количество мочи за первые сутки равнялось 1,500 к. с., каковое обстоятельство безусловно находилось в зависимости от введения раствора гедонала и имело влияние на выведение токсинов из организма. Больная выписалась совершенно здоровой.

2. Г. С. 26 лет, поступил в клинику 5-го янв. 1904 г. по поводу камней в левой почке. 21 янв. была произведена нефрэктомия под гедоналовым наркозом. Суточное количество мочи после операции доходило до 2,000 к. с. 27 марта выписался для амбулаторного лечения с небольшим свищевым ходом.

3. Е. К. 30 лет, поступила в клинику 9 февр. 1910 г. по поводу пиелонефроза и камня в правой почке. 20 мая под гедональным наркозом была сделана нефрэктомия; введено было 700.0 раствора. Количество мочи в первые сутки было 300.0. 3 июня выписалась здоровой, с небольшим свищем.

4. М. М. 50 лет, поступила в клинику 21-го марта 1910 г. по поводу камней в правой почке. 24 марта под гедон. наркозом была произведена нефрэктомия. Количество мочи за первые сутки было 400.0, а затем увеличилось до 1300.0. 14 мая больная выписалась из клиники с небольшой, хорошо гранулирующей раной.

5. Г. И. 60 лет, поступил в клинику 1-го февраля 1910 года по поводу камня левой почки. Под гедон. наркозом была произведена нефрэктомия. Несмотря на престарелый возраст во время наркоза никаких отклонений со стороны сердца и дыхания не было. Больной выписался совершенно здоровым.

6. А. Н. 47 лет, поступил в клинику 26 октября 1903 г. по поводу камней в левой почке. 31 окт. под гедон. наркозом была произведена нефрэктомия левой почки. Послеоперационный период протекал без всяких осложнений и 2 февр. 1904 года больной выписался с плотным рубцом на месте операции.

7. А. А. 40 лет, поступил в клинику в 1910 году по поводу камней в правой почке. 22 мая под гедон. наркозом была произведена Pyelolithotomia in situ. Операционный и послеоперационный период прошел и без осложнений и 24 июня больной выписался здоровым.

8. П. М. 33 лет, поступил в клинику 25 сентября 1910 года по поводу камня в правой почке. Под гедоналовым наркозом 7 окт. была произведена Pyelolithotomia dextra. В первые

сутки наблюдалось обильное выделение мочи. 14 декабря больной выписался вполне здоровым.

9. Э. Ш. 25 лет, поступил в клинику 1-го ноября 1910 года по поводу камня в правой почке. 12 ноября под гедоналовым наркозом была произведена Pyelolithotomia in situ et nephrolithotomia. 13 янв. 1911 года больной выписался совершенно здоровым.

10. С. О. 39 лет, поступила в клинику 6 ноября 1910 года по поводу камней в левой почке. Под гедональным наркозом была произведена Nephrolithotomia. В январе 1911 года выписалась здоровой.

11. С. Б. 34 лет, поступил в клинику по поводу камней в левой почке. Под гедоналовым наркозом 10 сент. 1910 года была произведена pyelolithotomia in situ. За первые сутки выделилось мочи 800.0. Послеоперационное течение было гладкое.

12. З. С. 55 лет, поступил в Максимилиановскую лечебницу 1 февр. 1907 года по поводу камней в левой почке, 1 марта под гедоналовым наркозом проф. С. П. Федоровым была произведена нефрэктомия. Во время наркоза никаких осложнений не было. Послеоперационное течение было гладкое и больной 17-го апреля выписался здоровым.

Не имея возможности сообщить о всех почечных операциях, произведенных проф. С. П. Федоровым под внутривенным гедоналовым наркозом, я ограничиваюсь вышеприведенными историями болезни и думаю, что даже эти 12 случаев дают известное право сказать, что гедоналовый наркоз даже при таком широком оперативном вмешательстве, как удаление почки, является пригодным и незаменимым. Если мы обратим внимание на возраст оперированных больных, то оказывается, что добрая половина из них подверглась на пятом десятке лет жизни, когда несомненно уже имеются налицо некоторые расстройства компенсации сердечной деятельности в той или другой степени, а равным образом и явления артеросклероза, что можно видеть из более подробного знакомства с анамнезом больных, каковое обстоятельство еще больше говорит в пользу благоприятного действия гедонала на деятельность сердца.

Из операций в других областях следует указать на применение гедоналового наркоза при экстракциях катаракты. Так доктор Бельский, на основании семи случаев, признает, что этот наркоз больше обеспечивает благоприятный исход операции, чем анестезия кокаином, а потому у больных с повышенной рефлекторной возбудимостью и болевой чувствительностью внутривенный гедоналовый наркоз заслуживает самого широкого применения.



По сообщению доктора Е. Е. Каммера, по данным Московской Солдатенковской больницы, гедоналовый внутривенный наркоз применялся у 106 больных.

Максимальное количество введенного раствора достигало 1800 к. с., что равняется 13,5 чистого гедонала. В среднем вводилось 1057 к. с. раствора. Операции, произведенные под этим наркозом, были сложны и весьма разнообразны, а именно: трепанации черепа, удаление злокачественных новообразований брюшных органов, удаление селезенки, гастроэнтеростомии, аппендэктомии, операции на щитовидной железе и другие. Наибольшая длительность операции равнялась 2 ч. 15 мин. Тошнота и рвота наблюдалась только в 3 случаях. Уклонений со стороны сердца и дыхания не замечалось.

Послеоперационный сон в среднем продолжался 6 ч. 20 мин.

Послеоперационная пневмония отмечена всего 2 раза. На основании этих наблюдений д-р Каммер говорит, что внутривенный гедоналовый наркоз приятнее хлороформного и может быть применяем и у больных с ослабленным сердцем, с артериосклерозом и болезнями почек, он с успехом может также применяться на зеве, лице и гортани.

Доктор В. Н. Розанов говорит, что ему приходилось применять гедоналовый наркоз у врачей и интеллигентных лиц, уже подвергавшихся ранее хлороформному наркозу. Все они отмечали, что в случае необходимости в новой операции они категорически предпочтут гедонал хлороформу. Далее он прибавляет, что ему приходилось применять гедонал у лиц, крайне ослабленных, казавшихся неподлежащими вообще никакому наркозу, и тем не менее наркоз проходит спокойно и оставил самое благоприятное впечатление.

Проф. И. П. Алексинский по поводу гедоналового наркоза высказывается, что при применении этого наркоза он ни разу не наблюдал ни ослабления сердечной деятельности, ни почечных каких-либо расстройств; правда, в случаях у алкоголиков, ему не удалось получить полного наркоза, но вполне возможно допустить, что у некоторых лиц существует известная идиосинкразия к этому веществу.

На XVII международном съезде врачей в Лондоне английский хирург Z. Menell по вопросу о гедоналовом наркозе на основании своих наблюдений сообщил, что этот наркоз особенно полезен бывает при операциях на мозгу, в области шеи и в верхней части брюшной полости.

Таким образом, целый ряд авторов высказываются за благоприятное действие гедонала, но есть и противники.

Так, например, проф. Томского университе-

та Березнеговский в свое время сделал сообщение в Томске об отрицательном влиянии гедонала на организм человека, где он указывает на изменения в процессах окисления в виде обильного выделения фосфора под влиянием гедонала, на нарушение деятельности почек в виде уменьшения количества мочи и на ослабление сердечной деятельности. Все эти возражения не выдерживают никакой критики, а поверхностные химические исследования проф. Березнеговского находятся в полном противоречии с глубокими экспериментальными исследованиями проф. Н. П. Кравкова и с многочисленными клиническими наблюдениями проф. С. П. Федорова.

В апреле месяце 1914 года известный американский хирург Роберт Майо, посетивши госпитальную хирургическую клинику проф. С. П. Федорова, присутствовал при операции нефрэктомии, производившейся под внутривенным гедоналовым наркозом (введение гедонала производилось пилющим эти строки). Майо высказался с большой похвалой и сказал, что по возвращении в Америку он будет горячим сторонником гедоналового наркоза и будет применять этот наркоз в самых широких размерах.

На основании литературных данных и на основании личных наблюдений над гедоналовым наркозом я нахожу возможным высказать следующие положения.

1. При гедоналовом наркозе период возбуждения значительно сокращается, а часто его даже совсем не бывает, спокойный сон наступает быстро.

2. Наркоз протекает ровно и деятельность сердца не ослабляется даже при длительных операциях.

3. При гедоналовом наркозе больной не испытывает неприятного чувства, как это бывает при вдыхании эфира или хлороформа.

4. После операции больные, находясь в продолжении нескольких часов под влиянием гедонала, чувствуют себя значительно спокойнее и не так резко ощущают послеоперационные боли, рвоты и тошноты не наблюдается.

5. В виду благоприятного действия гедонала на больного человека, внутривенный гедоналовый наркоз заслуживает полного внимания и самого широкого распространения.

В заключение я считаю своим приятным долгом выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому проф. С. П. Федорову, в клинике которого я имел возможность наблюдать, а во многих случаях лично приводить гедоналовый наркоз. Бывшему ассистенту клиники (теперь профессору) Василию Ивановичу Добротворскому за предоставление мне многих хирургических операций и за его всегда доброе ко мне отношение высказываю сердечное спасибо.

В. Шамарин.



## Цинга по данным заболеваемости войск Приуральского Военного Округа.

Д-ра А. А. Любушина.

(Окружное военно-санитарное управление).  
г. Екатеринбург.

Глава ли можно указать какую либо другую болезнь, столь тесно связанную с прохождением военной службы и боевой жизнью, как цингу.

Все повествования даже древних авторов о военных действиях содержат указания о развитии среди солдат болезни, симптомы которой оказываются тождественными с цингой, и позднее, главным образом, военные врачи не раз останавливались на этой болезни. сущность которой, несмотря на многочисленные научные исследования, сделанные в этом направлении, остается для нас невыясненной до сих пор.

Первые указания на цингу мы находим у Гипократа:

«.....болезнь начинается осенью, изо рта плохо пахнет, десны отделяются от зубов, из ноздрей течет кровь, развиваются язвы на голених.....окраска покровов изменяется, больной черен, желт, цвет гранатный.....», так описывает цингу отец медицины. Позднее упоминает о цинге Плиний в своем *Naturalis*, говоря о римских легионах в Германии, Стробан о войсках Элия Галла в Силии. Много жертв унесла цинга в XIII столетии в эпоху Крестовых Походов, во время осад крепостей и особенно во время переездов крестоносцев на кораблях по морю.

С развитием морского дела все чаще и чаще упоминается о цинге, которую авторы того времени были склонны считать неразрывно связанной с продолжительными переездами по морю, почему и болезнь стала известна под названием «морской скорбут», так известна эпидемия цинги среди экипажа кораблей Васко-де-Гама в 1495 году, когда погибло от цинги около 160 человек. Позднее, в XVI столетии мы опять находим упоминание о цинге под названием «военного скорбута», главным образом, при описании жизни гарнизонов осажденных крепостей, так последняя крупная вспышка эпидемии цинги наблюдалась во время осады Парижа в 1871 году. Минувшая мировая война также ознаменовалась развитием

цинги среди армий, несмотря на улучшившиеся условия быта солдат в сравнении с предыдущими кампаниями, так в санитарных отчетах армии Западного фронта находим упоминание о развитии цинги в частях 5-й стрелковой дивизии, занимавшей позиции на реке Стоходе, но с особой силой свирепствовала цинга на Кавказском фронте, где число ее жертв достигала до 70.000 человек, что дает приблизительно 7 заболевших из 100 человек.

Вис стен казармы и условий боевой жизни нам приходится сталкиваться с эпидемией цинги среди гражданского населения, главным образом, в неурожайные годы, а также в богатых, тюрьмах и в частности заслуживает внимания эпидемия цинги в Челябинской тюрьме, в 1891 году, описанная д-ром Загорским.

Переходя к вопросу о распространении цинги, необходимо отметить, что еще в середине века описаны вспышки эпидемии в Германии, Нидерландах, Скандинавии, а в настоящее время установлены случаи заболевания цингой под всеми широтами, но особенно часто встречается эта болезнь у нас в России, как в Европейской, так и Азиатской: из 114, описанных в литературе до конца прошлого столетия эпидемии цинги, 31 приходится на нашу долю, особенно Заволжских губерний, в том числе теперешних Челябинской и Уфимской, где цинга не прекращалась и по данным Военно-санитарного инспектора бывшего Казанского Округа заболеваемость среди войск колебалась от 2, 9 до 0, 2, а в среднем 0,9 на 1000. Из приведенной таблицы № 1 заболеваемости цингой в войсках Приуральского военного округа мы видим, что на всем его громадном протяжении от полярного круга до 55°, широты и 36° до 50° долготы цинга встречается повсеместно, несмотря на различие климата, условий быта и рас. населения этого громадного пространства. Левинский, разбирая заболеваемость цингой в русском флоте, приходит к заключению, что климат не застраховывает от заболевания цингой.



Таблица № 1.

О заболеваемости цингой в войсках Приуральского военного округа за 1921 г.

	Январь.	Февраль.	Март.	Апрель.	Май.	Июнь.	Июль.	Август.	Сентяб.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	Итого.
Екатеринбург.	27	22	103	556	450	637	369	79	239	49	21	—	2551
Челябинская.	6	15	40	556	997	444	211	28	42	162	13	29	2543
Уфимская .	2	6	18	328	320	152	16	9	46	72	51	18	1030
Вятская . .	7	7	9	18	26	85	40	32	79	4	14	6	327
Пермская . .	20	22	33	358	113	212	919	75	13	57	16	16	1854
Тюменская .	—	—	—	1	3	27	—	—	—	4	12	—	47
С. Двинская.	—	—	—	—	—	—	—	5	—	8	3	—	16
Всего . . . .	62	72	203	1816	1909	1557	1553	228	419	360	130	59	8368.

Теперь, разбирая вопрос о том, какую роль играет помещение и его санитарное состояние в деле развития цинги, приходится констатировать отсутствие единогласия в отзывах различных авторов, занимавшихся изучением этиологии цинги; так Линт еще в 1775 году в своих сочинениях отводил видное место сырости местности и подвальным этажам. Монро, описывая цингу среди солдат Бременского гарнизона в 1762 году был склонен видеть причину развития этой болезни, главным образом, среди солдат, в сырости казарм, построенных на сырой почве. То же самое говорит Скуттеттен об эпидемии цинги в Женевском военном госпитале. Новэллис приводит случаи, когда в Александрийской военной тюрьме болели цингой люди, лучше питавшиеся, но находившиеся в подвальном этаже; при переводе их во второй этаж, заболевания прекратились, но появились среди перемещенных из второго этажа в подвальный. Веннот указывает на прекращение цинги во время топки печей и возобновления по окончании топки. Соколов указывает на частое развитие цинги в помещениях, выходящих окнами на запад. Наши личные наблюдения заставляют присоединиться по мнению вышеуказанных авторов; так Н-ский батальон ЧВ. расположенный в Екатеринбурге в сырых темных помещениях, бывших магазинов, давал большой % заболеваний цингой; с переходом его в новое, светлое, с большим объемом воздуха, вновь отремонтированное помещение заболевания совершенно прекратились, хотя паек, получаемый красноармейцами остался одним и тем же; наоборот помещения не сыграли решительно никакой роли в развитии цинги среди медицинского персонала госпиталей, в Екатеринбурге и Челябинске в 1921 году, когда служба

этих учреждений были сняты с красноармейского пайка, но есть целый ряд исследователей, наблюдения которых говорят противоположное, так Лисунов, обследуя казармы Московского гарнизона, пришел к заключению, что и лучшие казармы дают значительный процент заболеваний цингой, то же говорит Добряков, не находящий соответствия между развитием цинги и гигиеническими условиями, занимаемых помещений и Елисеев, наблюдавший цингу в сухом месте. Лепинский сообщает о существовании своеобразных цинготных комнат, где заболевали жильцы в них поселявшиеся, несмотря на производившиеся периодически дезинфекции мелом и известкой; заболевания прекратились лишь после того, как был сменен сырой паек.

Кроме сырости на развитие цинги оказывает влияние еще целый ряд причин, которые своей совокупностью обуславливают санитарное состояние данных помещений: Кубасов, описывая развитие цинги среди команды Виленского госпиталя отмечают, что заболевали, главным образом, люди жившие в соседстве с уборными; то же самое говорит Лисунов, наблюдавший увеличение числа заболеваний в казармах, где отхожее места были плохо изолированы или дурно содержались. Загорский, описывая эпидемию в Челябинской тюрьме, указывает, как на главную причину, присутствие в течение целой ночи в казармах прележущих «параш», отравлявших воздух сперматозоидом, отсутствие вентиляции, скученность населения камер, превышающую в среднем 5,8 раз норму: объем воздуха, приходящийся на человека, колебался от 0,26—0,49 куб. саж., плохую запачканную органическими веществами одежду и, наконец, недостаток освещения, на что впрочем указывалось



выше. Большое значение имеет скученность населения и загрязнение воздуха в казармах по мнению Левицкого, отмечавшего значительное содержание СО<sub>2</sub> в воздухе казарм частей, неблагополучных по цинге. Тот же автор считает причиной развития цинги среди моряков Владивостокского порта загрязнение почвы и питьевых вод.

Примерно эту же картину наблюдали в 1921 году, во время эпидемии цинги на Челябинских конях.

«...вокруг вагонов грязь, лужи воды, сор, мусор и отбросы. Трудармейцы размещены по 12-15 человек. В вагонах грязь и крайне непостоянная температура. Выгребных ям нет, мусор и отбросы выбрасываются около вагонов, тут же расположено отхожее место, мало приспособленное и содержащееся грязно... очень плохо оборудована одна баня, единственная на всех конях, с очень малой пропускной способностью; красноармейцы и трудармейцы вынуждены ждать очереди по целой неделе и бывают в бане не чаще одного раза в месяц. Прачешной совсем нет, белье стирают тут же, где спят и обедают. За малым количеством мыла и весьма жесткой воды, белье не простирывается, поэтому быстро изнашивается...» таким образом, мы видим, что санитарно-гигиеническое состояние жилых помещений и одежды играют видную хотя и далеко не главную роль в деле развития цинги.

Гораздо сложнее обстоит дело в выяснении зависимости между развитием цинги и временами года. Связь между цингой и атмосферными явлениями отмечена давно, уже в 1604 году Severinus Eugalenus ставил в связь развитие эпидемии цинги со временами года. Данные позднейших исследователей по этому вопросу сходятся между собой, указывая на летний период: месяцы май, июнь, июль, как на период максимального развития цинги: так, Бертенсен считает, что наибольшее количество заболеваний в Петрограде падает на июль. Левицкий по данным заболеваемости русского военного флота—июль, июнь, «когда при минимальной скорости ветра барометр показывает умеренное давление, относительная влажность бывает близка к минимуму и облачность наименьшей». Самойло на основании своих наблюдений указывает, что цинга к осени даже предоставленная самой себе исчезает. По данным Лисунова подъем к заболеваемости цингой в Московском гарнизоне приходится на май, июнь, июль, при чем максимум заболеваний отмечается в июне. Заболеваемость по данным того же автора по временам года: выражается: зимой 0,57, весной—5,14, летом—8,22 осенью—0,49 на 1000, т. е. слабая заболеваемость зимой, резкое поднятие весной, наибольшая заболеваемость летом и

почти полное исчезновение осенью. Эти данные находятся в полном соответствии с цифрами заболеваемости Приуральского Округа. См. таблицу № 2.

Т а б л и ц а № 2.

о заболеваемости цингой в войсках Приуральского военного округа по месяцам.

	1921 г. 8,368.	1920 г. 12 455.
Январь . . . . .	4	62
Февраль . . . . .	7	72
Март . . . . .	40	203
Апрель . . . . .	470	1816
Май . . . . .	1105	1909
Июнь . . . . .	2446	1557
Июль . . . . .	3368	1545
Август . . . . .	2670	226
Сентябрь . . . . .	900	419
Октябрь . . . . .	500	760
Ноябрь . . . . .	485	130
Декабрь . . . . .	460	59

Рассматривая эту таблицу, мы видим, что максимум заболеваемости приходится на летние месяцы, а сравнивая данные таблицы № 1 замечаем: что разница климатических условий и месторасположения войсковых частей значительной роли не играет, в смысле времени появления и развития цинги.

Как видно из вышесказанного, крупных разногласий о времени развития цинги в литературе мы не встречаем, за то до сих пор нет сколько-нибудь удовлетворительных объяснений этого явления. Hirsch полагает, что к цинге одинаково предрасполагают как сырой, и холодный воздух, так и пребывание в высокой температуре. Левицкий отмечает усиление цинги в связи с повышением температуры, хотя изменение последней не отвечает колебаниям заболеваемости, равно как ни колебанием воздушного давления, ни сумме осадков, ни степени влажности, ни облачности. Лисунов, опираясь на богатый статистический материал, выводит заключение, что говорить о влиянии на напряженность цинготных заболеваний суровости времени не основательно, а что максимум заболеваемости скорбуетом находится в зависимости от наибольшего числа колебаний в величинах средней суточной температуры, наибольшей средней месячной температуры почвы, максимумом разности между температурой почвы и температурой атмосферы воздуха, наконец, «цинга дает наибольшее число заболеваний в течение года в месяцы низкого стояния барометра при чем напря-



жение цинготных заболеваний резко уменьшается с повышением барометра», таким образом, роль температуры воздуха и атмосферных влияний до сих пор остается невыясненной: что же касается значения влаги для развития цинготных заболеваний, то об этом мы уже отчасти упоминали, когда говорили о сырости помещений: присутствия же в больших количествах воды: озер, моря, прудов вблизи жилищ повидимому в данном случае большой роли не играет, во всяком случае нигде в литературе прямых указаний на это мы не находим: другое дело вода, как питьевое средство, — здесь как неотъемлемая часть нашей пищи и всякого животного организма, вода имеет колоссальное значение. Лисунов определенно заявляет, что казармы, расходуящие преимущественно колодезную воду, дают больший процент заболевания, чем там, где пользуются преимущественно мытищинской водой (речь идет о Московском гарнизоне), в отсутствии хорошей свежей воды видит причину развития цинги в Челябинской тюрьме Загорский, об этом же свидетельствует акт комиссии по обследованию Челябинских копей. «в Челябинских коях отсутствует настоящая питьевая вода, население копей пользуется шахтенной водой. Вода прозрачная с примесью солей крайне жесткая с резким запахом и вкусом минеральных примесей, с мылом не мылится. Анализ показывает громадный процент жесткости и большое количество солей».

Следующим фактором, обуславливающим развитие цинги едва ли не самым главным является аномалия питания.

Уже давно существовало мнение о том, что цинга обуславливается недостатком питания, об этом говорит в своих сочинениях Оlaus Magnus, это же самое подтверждает Мильман и многие другие. Снятие пайка, как указывалось выше, послужило одной из причин развития цинги среди команд и персонала госпиталей 146 эвакуационного пункта в Челябинске и 137 в Екатеринбургe, здесь снятие с пайка, как единственная причина, выступает особенно резко, так как заболевали цингой все независимо от других условий и образа жизни, которые оставались без изменения. Заболевали как перегруженные работой, так и санитары свернутых госпиталей, как жившие на частных квартирах, так и в общежитиях, независимо от профессии, врачи, сестры, санитары; последовавшее зачисление на пайк резко снизило заболеваемость.

Недостаточность питания по количеству однако, не есть исключительная причина цинги, есть много авторов, указывающих возможность развития цинги в условиях, когда о не-

достатке продуктов не могло быть и речи, так Bordes отмечает, что, не взирая на всевозможные лишения, которые приходилось переносить солдатам Великой Армии в 1812 году при отступлении из России, цинга среди них не наблюдалась, наоборот в отдельных отрядах, оставленных в Литве для защиты города Модлина, развилась цинга, несмотря на то, что эти части были в изобилии снабжены не только такими продуктами, как мясо, рис, крупа, мука, но и водкой и вином. Дивизионный врач 1-й Гренадерской дивизии во время Русско-Турецкой войны 1877-78 г.г., Дубинский сообщает, что несмотря на все трудности кампании на Мало-Азиатском фронте, цинги в войсках этой дивизии не было, а по возвращении в Москву цинга в названной дивизии стала обычным явлением. Левицкий приводит случай гибели от цинги смотрителя и команды одного из маяков на Белом море, несмотря на наличие большого запаса продовольствия в виде муки, крупы, сахара, и проч.; жилищные условия в этом случае повидимому большой роли не играли, так как предшественник этого, погибшего при столь трагических обстоятельствах смотрителя, прожил на этом маяке самым благополучным образом около 20 лет, правда к обычной пище он еще добавлял молоко от коровы, которую нарочно держал на маяке, и свежую рыбу, которую команда ловила собственными силами. Некоторые, наконец, авторы видели причину цинги в питании недоброкачественными продуктами, например, Иммерман; особенно большое значение в этом отношении отводилось солонине, так, например, недоброкачественностью последней объясняли появление цинги при постройке Самаро-Златоустовской ж. д. Делались попытки объяснить заболевание цингой с недостатком вводимых в организм солей калия (Иммерман) или наоборот их избытком (Самуэль) недостатком растительной пищи (Rochoux), недостатком белков (Семашко). Последнее подтверждает Левицкий, который считает одной из причин заболевания цингой недостаток белков в пище, недостаточную усвояемость белков организмом в зависимости от времени убоя и хранения мяса, равно как мясо животных, убитых весной оказывалось хуже убитых осенью, длительное хранение также изменяет питательную ценность продукта, так консерв не может заменить свежего мяса, ни по качеству, ни по вкусовой пригодности. Таким же изменениям при длительном хранении подвергаются и другие продукты, особенно картофель. Некоторые же исследователи, например Лисунов прямо заявляет, что напряжение цинготных заболеваний не стоит в прямой связи с хорошим или дурным питанием.

Наконец, заболевание цингой многими



авторами за последнее время признается отсутствием в употребляемых в пищу продуктах особых веществ—витаминов, которых выработать сам организм не может, при недостатке которых обмен веществ в организме нарушается, так как витамины обладают свойством оберегать вводимый белок от усиленного распада. По своему физиологическому действию витамины разделяются на несколько групп: А, В, С, различающихся между собой и по химическим свойствам. Общее их действие проявляется поддержанием тонуса сердца сосудов и попеременно-полосатой мускулатуры скелета, а также оказывает влияние на работу желез, как наружной, так и внутренней секреции (Tunk). Недостатком или отсутствием тех или других витаминов объясняется падение иммунитета и защитительных средств организма (Ramband, Spillman) см. таблицу № 3).

Ro-hmann напротив, отрицая существование и необходимость присутствия в пище каких-либо добавочных веществ, полагает, на основании проделанных опытов, что для удовлетворения потребности организма необходимы лишь белки, углеводы и соли. Белки он разделяет на полноценные и неполноценные, которые при гидролизе не дают тех аминокислот, т. е. тех продуктов, которые необходимы для правильного роста и питания организма. Эти вещества по мнению названного автора содержатся в оболочке зерен, отпадающей при обработке последних вместе с отрубями и в отсутствии котор., т. е. при питании продуктами, содержащими исключительно неполноценные белки, развивается цинга. Что же касается других веществ как лецитин, нуклеопротеин, то организм в состоянии синтезировать их сам.

Наконец, Агон, исследуя усвояемость жиров пришел к заключению, что эти вещества не могут быть заменены во всех отношениях равным по числу калорий, количеством углеводов, даже один жир не может быть заменен другим и биологическое значение жиров обуславливается присутствием в них определенных липондов, необходимых для правильного питания и развития организма, таким образом, мы видим, что наряду с белковым минимумом играет роль и жировой минимум и повидимому обмен веществ и усвояемость пищевых продуктов организмом на самом деле гораздо сложнее, нежели это излагалось биологической химией до сих пор и зависит от многих условий, которые сейчас нам уловить не удастся, нарушение которых влечет за собой расстройство обмена веществ и развитие ряда своеобразных заболеваний, одним из которых является цинга.

Т а б л и ц а № 3.

Содержание витаминов  
(по данным К. Н. Крыжжевского)

(Количество крестиков означает большее или меньшее содержание витаминов по физиологическому действию).

Продукты.	Витамины А фактора роста.	Витамины В фактора роста.
Масло, сливки, рыб. жир (треск.)	+++	
Жиры: бараний, бычачий, свиной	++	
Растительные масла . . . . .	○	
Свиное сало топленое . . . . .	○	
Ореховое масло . . . . .	+	
Мясо не жирное . . . . .	+	+
Печенка . . . . .	++	++
Почки . . . . .	++	++
Сердце . . . . .	++	++
Мозги . . . . .	+	++
Икра рыбы . . . . .	+	++
Молоко коровье цельное . . . . .	++	+
„ „ снятое . . . . .	○	+
Сыр из цельного молока . . . . .	+	○
„ „ снятого . . . . .	○	○
Яйца . . . . .	++	+++
Пшеница, рис (цельное зерно)	+	+
„ „ зародыши . . . . .	++	+++
„ „ оболочка . . . . .	○	++
Льняное семя, пшено . . . . .	++	++
Горошек, чечевица . . . . .		++
Бобы . . . . .	+	++
Орехи . . . . .	+	++
Капуста . . . . .	++	+
Шпинат . . . . .	++	+
Морковь . . . . .	+	+
Картофель . . . . .	+	++
Дрожжи . . . . .		+++

Из других условий, содействовавших развитию цинги, можно указать непосильный труд, так Гирхенбергер отмечает усиленную заболеваемость цингой кавалеристов при осаде Паричка, на долю которых в то время выпала тяжелая служба, то же самое говорит Левицкий, отмечая усиление заболеваемости цингой во флоте во время плавания и особенно вооружения судов, когда на долю экипажа выпадала усиленная работа и в Сибирской флотилии в 1872 году при оборудовании Владивостокского порта. В полном соответствии с тем, что приведенными факторами стоят и наши наблюдения, чаще заболевали те воинские части, на долю которых выпадала тяжелая работа, например трудармейцы и красноармейцы, занятые по добычанию каменного угля на Челябинских копях, трудармейцы полевых строителей, занятые по разработке леса. Другим фактором является депрессивное настроение, моральная пришибленность, как на



это указывает тот же Левицкий, Драницин исследуя причину развития цинги среди молодых солдат старой армии. Загорский—среди арестантов Челябинской тюрьмы. Что же касается других факторов: возраста, национальности, пола то по наблюдениям Лисунова заболеваемость по возрасту выражается в следующих данных:

Таблица № 4.

В о з р а с т .	21	22	23	24	25	26 и выше
Вятская губер.	2,90	28,98	50,73	19,83	—	—
Пермская „	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Уфимская „	—	33,33	47,63	14,28	—	4,76
Оренбур. губер.	—	41,67	41,67	16,66	—	—

т. е. максимум заболеваемости падает на 22-23 летний возраст. Наши наблюдения показывают, что чаще всего заболевают цингой красноармейцы в возрасте от 20 до 24 лет; некоторое увеличение заболеваемости отмечается на промежутке 20-21 г.

Таблица № 5.

О заболеваемости цингой в Приуральском военном округе по возрасту.

Возраст . .	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28-35
Из 100										
за болевших.	8	13	19	10	12	13	11	6	3	5

О значении национальности в этиологии цинги по данным Приуральского Округа трудно вывести правильное заключение в виду значительного преобладания в воинских частях мусульманского элемента, наблюдения же других авторов показывают, что чаще других заболевают цингой поляки, финские племена; здесь, на Урале, русские, затем башкиры, дальше—друг. национальности; интересно и то обстоятельство, что человек, выросший в суровом климате Северного Урала, труднее заболевает цингой у себя на родине, нежели пришлый в эти края элемент, наоборот инородец, покидая свои тундры, легко делается жертвой цинги в местах с более или менее умеренным климатом. Пол, повидимому, при заболевании цингой большой роли не играет, но все же мужчины болеет больше, нежели женщины, так по данным Загорского заболеваемость мужчин была в 4,46%, женщин 1,72%.

Вот все, более или менее достойные внимания, соображения, которые приводились для объяснения условий, влекущих за собой развитие цинги. Совершенно отдельно стоит багиллярная теория, представители которой полагают, что цинга принадлежит к заразной болезни, а расстройство питания, плохие жи-

лица и прочее являются лишь предрасполагающими причинами и сами по себе не могут вызвать и не представляют необходимого условия для заболевания цингой здорового человека.

Е защитниках этой теории недостатка нет, так Dieckerhoff описал цингу у собак и лошадей. Le Reyd Mericyrt у гориллы, коз и овец, Murri удалось, по его словам, привить цингу двум кроликам, Pari Petron пользовались для самозаражения цинготной кровью и получил положительный результат. Willemijn утверждает, что находил плесневелые грибки в мышечной ткани умерших от цинги, Demme признал за возбудителя цинги палочку, гнздиющуюся в омертвевших частях кожи, однако, несмотря на столь категорические заявления вышеупомянутых авторов, опыты по выделению возбудителей цинги у целого ряда других авторов окончились неудачей, так Узкову не удалось выделить возбудителя, такая же неудача постигла Camch, отрицательный результат дали опыты с посевами у Лисунова, хотя последний—несмотря на это считает цингу заразной болезнью, ссылаясь на случаи заражения ухаживающего за цинготными медицинскому персоналу и иммунитет, который яко бы дает раз перенесенная цинга, последнего однако наши наблюдения не подтверждают, равно, как не удалось отметить и инкубационный период, о котором говорит упомянутый автор, да и сами сбивчивые результаты этих опытов вряд ли могут быть для нас убедительными, так как, если даже отбросить возможные при посевах ошибки, то в ослабленном цингой организме, особенно, принимая во внимание легкую ранимость кровеносных сосудов, открывающую широкую возможность доступа в кровеное русло разного рода микроорганизмов, не приходится удивляться присутствию целого ряда бактерий, находящихся благоприятные условия для своего развития их питания. Поэтому нас не удивляет найденные Demme в омертвевших частях кожи палочки, ни плесневые грибки Willemijn, так как первые поселяются очевидно на загнивших уже местах, а вторые несомненно представляют уже посмертное явление. Далее, раз какие-нибудь микроорганизмы проникли в кровь, то, последняя несомненно теряет свою стерильность и из ее посевов возможно, что удастся выделить ряд бактерий, но это далеко не значит, что какая-нибудь из них будет являться возбудителем цинги, за это говорит ряд опытов, когда разным исследователям удалось вырастить из крови цинготиков разного рода бактерий, признанных ими за возбудителей цинги, конечно, прививки такой крови не производились, так как присутствие таких возбудителей в



крови делает понятно возможным заболевание новыми болезнями, могут вызвать лихорадочное состояние, одним словом, раз мы станем на вышеуказанную точку зрения, то нам будет понятен тот полиморфизм, какой наблюдается в течении цинги. Необходимо еще добавить, что в ослабленном организме могут проявить свою деятельность, сделаться патогенными такие сапрофиты, которые в обычных условиях этого не проявляют или проявить не могут, так, например, нам известны случаи заболевания холерой зимой в 1919—1920 г. г. больных, перенесших возвратный тиф, при чем были найдены в их испражнениях видоизмененные холерные вибрионы, аналогичные вибрионы были обнаружены и в испражнениях здоровых лиц из числа ухаживающего персонала, среди которых заболеваний холерой однако не наблюдалось.

Наконец, нельзя не сказать несколько слов о заразительности цинги, тем более, что некоторыми авторами высказывались опасения в виду практикуемого в военном ведомстве увольнения в отпуск цингистов, не нуждающихся в госпитальном лечении, как бы таким путем не занести инфекцию в деревню. Этот вопрос в свое время также интересовал нас и для выяснения его осенью минувшего 1921 года была произведена анкета среди красноармейцев, которые летом были уволены в отпуск по цинге, и в результате ответы получились отрицательные, т. е., с приходом домой такого красноармейца, цинготных заболеваний среди окружающих его домашних не наблюдалось. Все это вместе взятое говорит против существования специфического возбудителя цинги.

#### Течение и симптомы цинги.

Развивается цинга очень медленно так, что в начале подчас бывает трудно установить правильный диагноз.

Обычно больные жалуются на неопределенные боли, в суставах конечностей, икрах ног и в таких случаях, особенно, если мы имеем дело со спорадическими случаями заболевания цингой, болезнь распознается, как ревматическое заболевание, иногда в сочетании с куриной слепотой; вообще, по наблюдению многих авторов, куриная слепота является как бы предвестницей цинги.

Появившись в суставах и мышцах, боли усиливаются, к ним присоединяется своеобразная отечность, охватывающая целые группы мышц и подкожную клетчатку. Кожа бледнеет и грубеет. Пораженная таким процессом конечность быстро теряет способность функционировать и становится иммобильной. В это же время появляется припухлость и разрыхление десен с синеватой каемочкой по верхнему краю.

Означенное явление отнюдь не является обязательным, отмечено много случаев цинги, когда поражение десен отсутствовало. Цингу в этом периоде следует отмечать от недавно описанной М. Bürger и «E. Kohmon» «отечной болезни» Die Oedemkrankheit, которая также, как и цинга стоит в неразгаданной зависимости от расстройства питания. Симптомами ее являются отечность подкожной клетчатки, водянка, замедление сердечной деятельности; понижение кровяного давления, часто наблюдается атрофия щитовидной железы.

Далее при цинге на нижних конечностях, а потом на руках и по всему телу появляются небольшие кровоизлияния или в виде петехий или ограниченных кровоизлияний в форме узелков, позднее появляются более или менее обширные кровоотёки, количество и размеры которых колеблются в больших пределах. Последняя стадия цинги выражается, наконец, сильнейшим поражением десен, выпадением зубов, запахом изо рта, поверхностным омертвением кожи, фурункулезом, абсцессами, припухлостью суставов. Температура обычно не повышается или, если и повышается, то незначительно и только в тяжелых случаях температура достигает до 39—40°, но этот подъем обуславливается чаще всего присоединением других инфекций.

Такое в общих чертах течение цинги, конечно, описанные явления могут не выступать в строгой последовательности, одновременно или некоторые из них опережать другие, некоторые могут быть не выражены совсем, таким образом, течение цинги отличается крайним полиморфизмом, тем более, как указывалось выше, легкая ранимость сосудов дает широкую возможность для возникновения вторичных инфекций.

Часто цинга присоединяется к другим болезням, возвратному и сыпному тифам, дизентерии, брюшному тифу, что еще больше затемняет картину болезни. Присоединение цинги резко ухудшает течение основной болезни особенно туберкулез легких и болезней желудочно-кишечного тракта.

Продолжительность заболеваний колеблется приблизительно от 1 недели до 2-х месяцев. Протекает цинга сравнительно легко, быстро поддаваясь лечению.

Смертность от цинги в чистой форме незначительная и в лечебных учреждениях округа таких случаев не отмечено. Бертенсов во время Петроградской эпидемии насчитывает всего лишь три случая. Загорский определяет ее всего лишь 1.98%. Повидимому поскольку цинга самой по себе является результатом нарушенного питания и обмена веществ, она может



быть сама непосредственной причиной смерти, но очевидно никогда дела до этого не доходит, так как больной погибает от вторичной инфекции. Верекунов, описывая случаи со смертельным исходом, приводит в подтверждение своих доводов несколько случаев, цитируя выдержки из истории болезни, из которых видно, что больные гибли чаще всего при явлениях перитонита, развившегося вследствие прободения пораженной стенки кишки или желудка.

Переходя к разбору явлений, наблюдаемых со стороны отдельных органов, мы можем указать следующее: со стороны нервной системы отмечается головокружение, бессонница, боли в нижних конечностях, притупление болевой чувствительности, вялость, апатия, безразличное отношение к окружающему. Со стороны органов кровообращения мы имеем ослабление сердечной деятельности, учащение пульса до 120 ударов в минуту, вследствие пониженного тонуса центрального и периферического сердца и поражения стенок сосудов, которое должно быть положено в основу патолого-анатомической картины, наблюдаемой при цинге. Сначала, в первые недели болезни по каким то неизвестным нам причинам, вероятно изменившимся условиям питания, стенки капилляров и мелких сосудов теряют свой тонус и делается возможным вынотевание жидкости из русла сосуда и инфильтрация ею окружающих тканей. В дальнейшей стадии развивается легкая ранимость стенок сосудов, благодаря чему происходит частые разрывы с последующими кровоизлияниями, так возникают те петехии и подкожные экстрavasаты, о которых мы говорили выше, кровоизлияния в различные органы, кровавые поносы и прочее. В самой крови наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение числа эозинофилов (Хосроев).

Со стороны органов дыхания мы наблюдали одышку, бронхиты, плеврит, нервные боли, носовые кровотечения. Со стороны желудочно-кишечного тракта отмечены кровавый понос, боли в животе. Печень, селезенка только в единичных случаях оказывались увеличенными и то по видимому в связи с перенесенным ранее каким-либо инфекционным заболеванием (возвратный тиф). Кожа при цинге поражается сильнее других органов, кроме кровоизлияний, о которых мы говорили выше отмечены разными авторами Pemphigus в виде пузырей, величиной от горошины до ореха с кровянистым содержимым (Загорский), экзема, фурункулез, абсцессы; кожа становится сначала более плотной, мало эластичной, утолщается, а со временем атрофируется, делается блестящей (Верекунов).

Борьба с цингой в Округе выражалась в проведении Санитарной Частью целого ряда мер, профилактического характера, но в виду

крайней ограниченности, имевшихся в распоряжении Успенска средства, приходилось ограничиваться улучшением быта красноармейцев путем обеспечения доброкачественной кипяченой водой, регулярным мытьем в бане. Особенное внимание обращалось на расквартирование воинских частей: из сырых полуразрушенных помещений красноармейцы переводились во вновь отведенные с увеличенным объемом воздуха, кубатурой, позволяющей разместить людей таким образом, чтобы на каждого приходилось от 1 до 1½ куб. саж. С этой же целью производилась разборка нар и переход на топчаны в помещениях, ранее занятых воинскими частями, производился необходимый ремонт, особенное внимание обращалось на починку печей, устройство вентиляции, чистку помойных ям, отхожих мест, и периодическую дезинфекцию их.

В целях улучшения питания части, неблагополучные по цинге, зачислялись на противцинготное довольствие, которое, впрочем, давалось далеко в недостаточном количестве и сколько-нибудь видимой пользы не принесло. По тем же причинам было затруднительно лечение цинготиков в госпиталях и что, в связи с перегруженностью последних в виду наличия значительного количества желудочно-кишечных заболеваний, заставляли широко пользоваться увольнением в отпуск всех больных, которые по состоянию здоровья не нуждались в специальном госпитальном уходе и лечении. Пребывание такого рода больных в домашней обстановке в течение двух месяцев, давало очень хорошие результаты, несмотря на то, что попав домой больной, конечно, никаким медикаментозным и диетическим лечением не пользовался; опасение о возможности заражения цингой больным своих близких также не подтвердилось.

Лекарственное лечение, проводимое в госпиталях значительного интереса не представляет, так как было исключительно симптоматическое: внутрь лимонная кислота, клюквенный экстракт, хотя по нашему личному опыту он никогда при цинге не может заменить натурального ягодного сока, применение подной настоек и внутрь, несмотря на имеющиеся в литературе благоприятные отзывы по этому поводу, не имело места; наружно применялось смазывание десен подной настойкой с глицерином, tra galorum, tra Rathanae растирание пораженных конечностей камфарным спиртом, только в Златоусте-д-ром Георгиевским был применен сибирский способ лечения цинги, который заслуживает внимания быть отмеченным по достигнутым результатам, отваром сосновой хвои, описанный им во втором номере «Уральского Врача».



Главной же заботой в госпиталях было улучшение питания больных, для чего последним давалось правда не везде, молоко и практиковалось зачисление на «цинготную порцию», что впрочем не всегда было возможно в виду часто встречающегося одновременного заболевания желудочного канала.

Закачивая свой очерк, считаю долгом выразить свою признательность начальнику Са-

нитарно-статистического отделения Окружного санитарного управления д-ру Попову, и Главному врачу Екатеринбургского местного госпиталя д-ру Бочарову за представленные мне материалы для разработки интересовавшего меня вопроса о цинге.

А. Любушин,

## ЛИТЕРАТУРА.

Левитский. «К вопросу о цинге» 1888.

Бертенсон. «К статистике и этиологии цинги» 1890.

Загорский. Эпидемия цинги в челябинских тюрьмах в 1891 г. 1895

Лисунов «Материалы к изучению этиологии цинги по данным заболеваемости войск Московского гарнизона». 1895.

Хостоев Краткое руководство к изучению клинической гематологии. 1913.

Верекунов. Наблюдения.

Мед. Журнал. Вятка. Уг. Сов. при Губздрав. № 23, 4,5,6. 1921 г.

Bordes Fhesse de Paris. 1815.

Дубинский. Труды Общ. Воен. Врачей в Москве 1886.





# Испуг и дрожательный паралич (paralysis agitans).

(Доклад, читанный в научном о-ве врачей г. Екатеринбурга).

Ассистента госпитальной клиники нервных болезней Уральского государственн. университета д-р Я. В. Минц.

В медицинской терминологии, как и в терминологии других наук, встречаются неудачные названия, которые не только не подходят для более или менее атипичных случаев болезни, но не дают и ясного представления о классической форме.

К таким названиям принадлежит и дрожательный паралич—*paralysis agitans*.

Как известно, эта болезнь впервые описана в 1817 г. Parkinson'ом и названа именем автора. Болезнь, в типичной ее форме, выражается мелким ритмичным дрожанием конечностей и впоследствии туловища и головы и, во-вторых, возрастающим напряжением мышц, с замедлением движений. Обычно болезнь течет хронически, годами, захватывая сперва верхние конечности, затем нижние и наконец, голову.

Но встречаются, сравнительно редкие, случаи, когда главного симптома—дрожания—совсем нет или почти не наблюдается и эта форма названа: *paralysis agitans sine agitatione*; вся картина заключается в настоящей ригидности, скованности мышц всего тела.

Вторым, более частым уклоном, является острое начало и более быстрое течение.

К таким редким случаям, где дрожание почти отсутствует, едва заметно, а течение острое принадлежит и наш. Но сперва несколько слов об этиологии и патогенезе болезни.

Появляется Parkinson'ова болезнь в возрасте 40—50 лет. До недавнего времени единственными указаниями в смысле этиологии были физическая и психическая травмы: испуг, горе, страх, неприятности и т. п., как факторы, способствующие развитию болезни. В 1904—05 гг. Berkley на основании экспериментальных исследований на животных и около 100 клинических наблюдений, считает доказанным, что *paralysis agitans* вызывается понижением функции околощитовидных желез—эпитимальных тел.

После того, как было абсолютно доказано, что гипофункция парашитовидных желез вызывает тетанию, Zundborg присоединился ко взгляду Berkley'a на этиологию *Paralysis agitans*.

Перейдем к рассмотрению патогенеза болезни.

Известно, что на ряду с пирамидным путем, который служит для т. наз. произвольных дви-

жений, существуют другие центральные двигательные пути—внепирамидные, роль которых за последние годы можно считать почти полностью выясненной.

Не входя в подробности, отметим следующие важные для нас внепирамидные пути:

1. Кортико-лянтикуло - рубро - спинальный путь (кора—n. lenticularis, красное ядро, спинной мозг).

2. Кортико-лянтикуло-нигро-текто-спинальный путь.

Эти и некоторые другие пути служат для статики нашего тела, т. е. заведуют статической иннервацией, в то время, как пирамидный—заведует динамической.

Что же происходит при нарушении деятельности путей статической иннервации?

Штрюмпель, которому принадлежит главная заслуга в описании симптомокомплекса, названного им амиостатическим, так характеризует это состояние: «мускулатура находится в состоянии развивающейся ригидности, и спазма, этот спазм может быть преодолен как активно, так и пассивно; вследствие указанного состояния затрудняется обычная, нормальная перемена положения членов, с другой стороны, пассивные движения не встречают активного противодействия, застывают в определенном им положении—получается *Fixationsrigiditat*. К этому присоединяется та или другая степень дрожания или другое насильственное движение».

Если, пишет Штрюмпель, статистическая система находится в состоянии раздражительности, распространяющейся на всю мускулатуру, получается гипертопия, вынужденное положение членов, застывшая мимика и малоподвижность.

Если это состояние повышенной возбудимости является проходящим и дает регулярные колебания, распространяясь то на агонистов, то на антагонистов, получается tremor.

Наконец, переуглаженное состояние повышенной возбудимости дает атетоз.

*Paralysis agitans*, являющийся формой амиостатического симптомокомплекса, естественно может проявляться в виде дрожания с ригидностью или с резкой ригидностью, но без дрожания—*paralysis agitans sine agitatione*.

Что касается патологической анатомии бо-



лезни, то в немецкой литературе за 1919—20 гг. имеются данные вскрытия, обнаружившие сосудисто-воспалительный процесс, размягчение и т. п. в *nucleus lenticularis* (чечевицеобразное ядро), в той его части, которая носит название putamen.

#### История болезни:

Нагадаева Татьяна, 38 лет, занималась домашним хозяйством. Поступила в лечебницу из-за расстройства жевания, слюнотечения и общей скованности 3 января 1922 года.

Отец умер 60 лет, всегда кашлял, был малю.

Мать умерла 60 лет, была здоровой.

1 брат и 2 сестры здоровы; 1 брат умер от какой-то болезни ноги, 1 сестра от родов. Были ли у матери выкидыши, не знает. Об остальных родственниках также ничего не знает.

Б-ая самая младшая в семье. Роды и грудной возраст протекали нормально, кормила сама мать. На 12-м году перенесла оспу, больше ничем не болела. В школе не училась. Крови начался на 18-м году, всегда были правильными и безболезненными. Замужем 18 лет. Имеет 4-х детей здоровых; 4 умерло маленькими от неизвестной причины. Выкидышей не было.

Б-ая жила в материальном отношении средне. Пила водку только по праздникам, 1—2 рюмки. Женских и инфекционных болезней не было. 1½ года назад у больной появились явления кратковременной потери сознания: сидя за беседой, вдруг на 1—2 минуты как бы теряет память и начинает говорить несуразное, потом приходит в нормальное состояние. С ½ года как эти явления исчезли.

Настоящее заболевание началось на Рождество 1920 года: в доме б-ой произошел пожар, она сильно испугалась, потеряла сознание и пробыла в таком состоянии сутки. На завтра же появилась слабость и ригидность в руках, одновременно легкое, едва заметное дрожание в них.

Через 2 месяца после рук такие же симптомы скованности и ригидности появились в ногах. Через 3 тому назад появилось затруднение жевания—челюсти как бы стянуло; в это же время—сильное слюнотечение.

Все эти явления за этот год прогрессировали и усиливались. Четыре месяца назад появилось затруднение походки: ходить стала медленно, ноги как бы сковало.

**A. praesens:** Б-ая б-ей частью лежит в постели или, гораздо реже, сидит. Лицо неподвижно, маскообразно, руки растопырены и в несколько согнутом положении притянуты к туловищу.

Рост средний, телосложение правильное.

Особых симптомов дегенерации нет.

Позвоночник и череп правильной формы. Кожа смуглая, на лице рубцы—следы бывшей оспы. Подкожный жировой слой умеренно раз-

вит. Щитовидная и лимфатические железы в норме.

Со стороны психики можно отметить: затруднение мышления, понижение памяти и общую скованность. Сон хороший. Речь несколько затруднена, но спотыкания и проглатывания слов не наблюдается. Б-ая жалуется на головные боли, ломящего характера, охватывающие всю голову, боли больше днем. Головокружения редки и только при движении головы.

Черепные нервы: Б-ая жалуется на понижение зрения. Офтальмоскопическое же исследование ничего аномального не обнаружило.

Глазные щели в норме. Косоглазия и *piosis* нет. Отмечается частое мигание век.

Движения глазных яблок нормальны по объему, только дв. левого глаза вверх несколько ограничено. Имеется двоение предметов при взгляде в стороны и вниз.

Зрачки резко сужены, реакция на свет почти отсутствует, на аккомодацию очень вялая и. *trigeminus*: отмечается слабое сжатие жевательных мышц, жевание затруднено, нижнечелюстной рефлекс вызывается ясно. и. *facialis*: Асимметрия иннервации: прав. меньше лев., парез не отмечается.

и. *glossophar.* и *vagus*: движения мягкого неба очень слабые, затруднения глотания не отмечается и. *hypogloss*: язык высовывается с трудом, отмечается легкое дрожание его и, иногда, отклонение влево.

Двигательная сфера: вставание мышц в общем слабое, но особых атрофий нет.

Тонус мышц повышен, особенно в ногах. Активные движения нормальны по объему в руках слегка ограничены в ногах, движения замедлены. Сила мышц слегка ослаблена в сгибателях рук и ног. Отмечается легкий тремор, постоянный в руках, несколько более заметный в вытянутом положении и при движениях; в ногах тоже иногда появляется тремор, особенно в левой. Легкое, более постоянное дрожание отмечается со стороны головы.

При пассивном передвижении членов наблюдается их легкое и свободное застывание в новом положении *fixation rigiditat*. Координация движений: при стоянии с закрытыми глазами иногда замечается падение кзади, при движении легкая атакия, особенно в левой руке; походка медленная сковавшая, руки при этом растопырены и согнуты в локтях.

Чувствительность: б-ая жалуется на боли в руках и ногах. Объективно—норма.

Рефлексы: Очень живые сухожильные р. на руках и ногах. Легкий клonus стоп. Подошвенные в норме, брюшные вызываются с трудом из-за высоты живота.

Тазовые органы—в норме.

Вазомоторная сфера: Дермографизм резко



выражен. Секреторная сфера: отмечается резко повышенное слюноотделение.

Внутренние органы: пульс 108 в минуту, неск. напряженный. Остальное в норме.

Исследование крови по Wasserman'у и цереброспинальной жидкости не дало определенного результата.

Итак перед нами типичная картина *paralysis agitans sine agitafone*.

Дарно известно, что многие патологические состояния—суть резко усилившиеся и затянувшиеся физиологические; механизм происхождения тех и других одинаков.

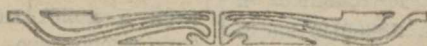
Имеем-ли в норме состояние, похожее на *paralysis agitans*? Если мы вспомним картину

испуга, то увидим, что и там появляется дрожание, ригидность, скованность, застывшая мимика и т. п. Сейчас мы понимаем, что при испуге мы имеем возбуждение системы статической иннервации, благодаря резким изменениям в сосудистом русле.

Если эти изменения не исчезают, а прогрессируют в патологически измененных тем или иным процессом сосудах, то получается симптомом комплекс *Paralysis agitans*.

В нашем случае, встречающееся в литературе выражение: «*Paralysis agitans*,—есть вечный испуг», приобретает ясный смысл.

Я. Минц.





# Случай многолетнего пребывания инородного тела в кишечнике.

Д-ра ФЕРСТЕР.

(«M. M. W», № 23, 1919).

Перевод с немецкого д-ра Л. М. Мармур.

Этой маленькой заметкой я считаю своим долгом поделиться следующим, довольно интересным, случаем инородного тела в кишечнике. 31 января 1919 г. поступила в городскую больницу г. Зула (Тюринген) 17-летняя пациентка Н. Г., которая показала, что она с трехлетнего возраста страдает запорами. Она своевременно обращалась за помощью в Университетскую клинику, а также к частным врачам. Одни лишь сильнодействующие слабительные и клизмы вызывали испражнения, каковые часто задерживались, несмотря на принятые меры воздействия.

В течение нескольких последних месяцев пациентка стала ощущать у заднего прохода острую боль, препятствующую испражнениям.

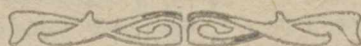
Когда же я, в общем здоровую и цветущую девушку исследовал *per rectum*, то нашел сильно расширенную, целиком наполненную рыхлым калом ампулу.

После энергичных наполнений и опорожнений кишечника, я на другой день ощутил у заднего прохода, по направлению к толстой

кишке, довольно высоко сидящее, величиной в большой каштан, твердое, шероховатое подвижное инородное тело. Попытка удалить его, введя по пальцу в проход и влагалище, не привели ни к чему, так как сфинктер не пропустил инородного тела с пальцем. Под местной анестезией хлор-этиловых паров, тело было раздроблено и по частям было извлечено.

В середине темной, твердой, немного пористой и кристаллически блестящей массы, как ядро инородного тела, найдена монета—пфенинг, вся исколотая, сильно истонченная и почти остро зазубренная, с ясно обозначенным годом (1895) и орлом. По монете видно, что она довольно продолжительное время находилась в кишечнике.

Я полагаю, что пациентка в детстве проглотила монету, которая сперва долгое время находилась в желудке, затем спустилась по кишечнику до Баугиньевой заслонки и в сильно измененном виде застряла в прямой кишке и, достигнув указанной величины и твердости, не могла выйти или быть вынутой через задний проход.





## О научно-медицинском обществе военных врачей.

Д-ра В. И. Ананьина.

(Уланокр Приуральского).

Опыты империалистической и гражданской войн открыли много нового в военно-санитарной службе. Каждому ясно, что непредусмотренность того или иного момента боевой обстановки наносила непоправимый ущерб делу своевременной подачи медицинской помощи заболевшим. Новая техника в массе изобретений уничтожения неприятеля заставила медицину сделать много шагов вперед, дабы спасти жизнь раненого бойца. Изнурение организма в связи с большими переходами при наличии недоедания, дали возможность развиться эпидемиям при несколько отличной картине течения болезни, чем мы привыкли в свое время видеть в обыденной жизни.

Ряд новых, вовсе почти неизвестных болезней у нас заставили изыскивать способы лечения и дальнейшего предупреждения новых вспышек. Все это в общей сложности создало новые виды страданий человечества. Борьба с этими страданиями должна быть систематичной и строго продуманной.

Профилактические меры борьбы в первой стадии просвещения самой массы идет в данный момент усиленным темпом и редко, редко может встретить человека, не знающего, что такое тиф или холера и способы заражения ими.

Перед всяким врачом ясна картина той связи между заболеванием красноармейской и гражданской средой и принципы профилактики одинаковы.

Отличительной же чертой является разница личности гражданина и бойца. Те страдания, которые чужды мирно живущему, подрывают здоровье красноармейца. Готовый каждую минуту идти в бой—он всегда должен быть крепким духом и телом. Тут задача врачей уже другая. Необходимо до мелочи предусмотреть всевозможные опасности для здоровья, которые могут подрывать силу и боевую мощь армии.

В смысле соответствующей военной подготовки, существует Бюро Военной Пропаганды, куда входит, как необходимый предмет и санитарная часть, но этим дело не должно исчерпываться, жизнь армии настолько варьирует, что врачу уже давно, начавшему военно-санитарную службу и то приходится по временам становиться в тупик из-за разнородности той обстановки, в которой ему приходится работать при тех или иных обстоятельствах. С другой стороны при наличии в данное время, я бы сказал

«военно-стажированных» врачей больш. массу составляют молодые врачи, ускоренных выпусков, которые не имеют в достаточной мере научной подготовки или же административно-хозяйственной. Последнее обстоятельство должно быть важно для военного врача, что не составляет надобности в таковой практике гражданскому врачу.

Ряд медицинских вопросов, связанных с чисто военной жизнью, также озабочивают военного врача. Недостаточность врачебного персонала для обслуживания Красной Армии и уход по демобилизации или оптации более или менее опытных работников в военной санитарии заставляет выдвигать на ответственную должность кандидатуры врачей молодых.

Все эти положения привели меня к мысли поднять путем самообразования знания врачей в деле социально-военно-санитарной жизни, путем создания общества военных врачей до изучения быта армии и выработке ряда мер по охране здоровья красноармейцев. Всякий врач, читающий эти строчки, первым делом задает вопрос о путях этих работ. Не стану вникать в подробности, но в общих чертах я это дело представляю следующим образом: путем периодических заседаний с участием всех военных врачей того или иного гарнизона (в частности Екатеринбургского) будут освещаться вопросы военно-санитарной жизни в различных докладах. У каждого военного врача есть ряд наблюдений, работ, воспоминаний и т. д., которыми он не откажется поделиться и тем самым поможет, в случае подобного явления в жизни другого товарища, разобраться уже с фактом известным. Квалификация медицинской помощи в военно-санитарном ведомстве составляет боевой вопрос дня и при наличии такового научного общества материал не пропадет даром и каждое интересное в смысле науки заболевание, будет освещаться со всех сторон. Недостаток врачей администраторов резко ощущается и путем собеседований на темы административно-медицинской жизни откроет дверь в ту область административного аппарата, которого так все почти врачи избегают. Мне скажут, что ведь есть же научно-медицинское общество, которое все вопросы медицинской жизни рассматривает всесторонне. Я, конечно, своим предложением военным врачам не умаляю значение такого общества, но говорю, что среди военных врачей не отставая от общего



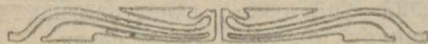
течения медицинской жизни страны максимум энергии должны обратить на поднятие здоровья армии, как непосредственно призванные для этой цели и те штрихи, ничего незначущие для общеврачебного мира в военной жизни она могут иметь доминирующее значение. Вот в общих чертах та идея, которую я хочу провести среди военных врачей нашего Округа. Подробности работы в дальнейшем будут своевременно опубликовываться.

Ставя целью этого Общества исключительно военно-санитарную пропаганду, мы имеем соот-

ветствующий печатный орган Уисановра «Уральский Врач», в котором каждая интересующая военных врачей деталь будет по разработке ее на одном из очередных собраний печататься и таким образом, периферические гарнизоны будут в курсе дела.

И так, товарищи-врачи, только путем экспериментального изучения жизни красноармейца, можно проводить профилактические меры борьбы с болезнями, а для этой цели нужно все свои силы посвятить ознакомлению с этим вопросом.

**Ананьин.**





## Всероссийский военно-санитарный съезд.

В январе месяце с. г. в Москве состоялся съезд ответственных работников военно-санитарного ведомства, на котором были заслушаны доклады Начглавсанупра З. П. Соловьева—«Основа организации врачебно-санитарной службы в Красной армии в современных условиях»; д-ра Н. А. Зеленева—«Организация санитарного дела в Красной Армии»; д-ра Погасиц—«Форма связи военно-санитарных и гражданских органов Н. К. З.»; д-ра Старокадомского—«Врачебно-санитарная служба во флоте»; д-ра Захарьина—«Всеобщее врачебно-санитарное обслуживание»; д-ра Н. А. Зеленева—«Санитарное состояние Красной Армии и пути к его улучшению в условиях мирной и боевой обстановки»; д-р Явич—«Питание Красной армии, его недостатки, болезни, связанные с ними и меры к улучшению»; д-ра Винокурова—«Жилищный и казарменный вопрос в Красной Армии»; д-ра В. С. Соловьева «Организация борьбы с заразными болезнями в Красной Армии», его же—«Опыты и перспективы борьбы с холерой в Красной армии»; его же—«Опыты и перспективы борьбы с сыпным и возвратным тифами»; д-ра Леонардова—«Банно-прачечное и дезинфекционное дело»; д-ра Зеленева—«Опыты и перспективы борьбы с малярией»; д-ра Бурученкова—«Социальные болезни и борьба с ними»; тов. Жуковичского—«Участие красноармейцев командного и комиссарского состава в деле оздоровления Красной Армии»; д-ра Эдельштейна—«Санитарное просвещение в Красной Армии»; д-ра Шевелева—«Вопросы военно-санитарной статистики и отчетности»; д-ра Зеленева—«Организация общей и специальной лечебной помощи»; д-ра Бурученкова «Обслуживание Красной Армии специальной лечебной помощью гражданскими лечебными заведениями»; д-ра Замятина—«Демобилизация и мобилизация военно-санитарной службы в Красной армии»; д-ра Арнольдова—«Обеспечение Красной Армии медперсоналом и прохождение службы последним»; тов. Сенько-Поповского—«Тарификация труда военно-санитарных работников»; тов. Гольдберг, Мирер, Сенько-Поповский—«Вопросы снабжения Красной Армии: а) медицинское, б) хозяйственное, в) финансовое.

Съездом была получена приветственная телеграмма от Предреввоенсовресп. тов. Троцкого.

Горючо приветствую Всероссийский военно-санитарный съезд. Ближайшие месяцы

явятся для Красной Армии периодом напряженной, строительной и подготовительной работы. В лице Вашего съезда, военная санитария, обогащенная опытом тяжелой борьбы обратилась на свой военный совет, чтобы твердо наметить линию планомерной, систематической и правильной работы по ограждению здоровья Красной Армии. От имени Революционного Военного Совета Республики, Красной Армии и Красного Флота приветствую красных санитаров Революции».

Несомненно съезд сыграет большую роль в жизни санитарного строительства Красной Армии, его трудами наметилась та дорога, по которой будет протекать работа Воепсанведа, в виду чего мы и считаем необходимым познакомить читателя с тезисами важнейших докладов, заслушанных съездом.

### ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ БОРЬБЫ С ПАРАЗИТАРНЫМИ ТИФАМИ В КРАСНОЙ АРМИИ.

(Тезисы к докладу д-ра В. С. Соловьева Всероссийскому Военно-санитарному Съезду).

1. Из всех инфекционных заболеваний сыпной и возвратный тиф представляли и представляют наибольшую угрозу для санитарного благополучия Армии.

2. Высокая степень предрасположения Красной Армии к эпидемическому распространению паразитарных тифов, в особенности в холодное время года, всецело обуславливается неудовлетворительной санитарно-бытовой обстановкой войсковых частей, внести коренные улучшения в которую не удалось, в силу объективных условий, даже по настоящее время. Поэтому борьба с паразитарными тифами в Армии представляет одну из самых трудных, сложных и ответственных задач органов Воепсанведа.

3. Тем не менее опыт борьбы органов Воепсанведа с эпидемиями паразитарных тифов в Армии за последнее время показал, что при условии рациональной постановки и организации этой борьбы в целях скоординированного использования всех имеющихся средств и сил в ее интересах, деятельность Воепсанведа в этом направлении оказывалась небезрезультатной и сопровождалась определенным реальным успехом.

4. Как показала практика борьбы с паразитарными тифами в Армии, важнейшими элементами в системе санитарно-профилакти-



ческих мероприятий против эпидемического распространения этих заболеваний являются:

- а) санитарная обработка частей;
- аа) по отношению к частям, находящимся в стационарном состоянии регулярно;
- бб) по отношению к отправляемым частям—перед их отправкой;
- вв) по отношению к прибываемым частям—перед их вливанием в части;
- гг) по отношению к частям, движущимся по ж. д. путям,—на крупнейших узловых станциях;

б) карантинирование неблагополучных частей, сопровождающееся их усиленной санобработкой.

в) своевременная изоляция и госпитализация больных;

г) улучшение жилищных условий войсковых частей;

5. Для проведения в жизнь указанных мероприятий до сего времени в Красной Армии служили главным образом следующие средства:

а) войсковой банно-прачечный аппарат, с дезустановками, усиливаемый в случае необходимости, подвижным дез и банпрач-установками,—в особенности баннопоездами технического назначения;

б) сеть карантинных и санитарно-пропускных пунктов в гарнизонах и сеть изопропунктов по ж. д., в том числе мощных санзаградителей (литерные изопропункты);

в) войсковой госпитальный аппарат-расширенный при недостаточности его в неблагополучных районах, до потребных размеров, путем развертывания дополнительных коек, или разгружаемый от больных путем их эвакуации в другие районы;

г) вывод частей из находящихся в антисанитарном состоянии помещений или их частная разгрузка, а также проведение в ударном порядке мер по улучшению войсковых помещений.

6. В настоящее время, в связи с сокращением Армии и переходом ее на мирное положение, в связи с реорганизацией обслуживающего армию военно-санитарного аппарата и общим положением в стране приходится констатировать: с одной стороны, наличие новых обстоятельств, которые могли бы противодействовать эпидемическому распространению паразитарных в Армии, а с другой стороны—обстоятельств, которые напротив, этому распространению благоприятствуют, причем последние над первыми безусловно превалируют.

7. К числу первых обстоятельств, которые могли бы понизить опасность развития паразитарных тифов в Армии в настоящее время, следует отнести:

а) численное сокращение армии и в

связи с этим уменьшение скученности войсковых частей;

б) прекращение боевых действий на фронтах и в связи с этим меньшая мобильность войсковых частей;

в) увеличение % красноармейцев, перенесших сыпной тиф и поэтому по отношению к нему иммунных;

г) объединение большей части железн. дор. изопропунктов в одном ведомстве (ОПС НКЗ);

д) повышение уровня сознательности и самостоятельности красноармейских масс в связи с усиленным ведением сангигиены и успешной организации санпитерок;

8. К числу новых обстоятельств, имеющих противоположное значение, т. е. усиливающих опасность развития паразит. тифов, следует отнести, как наиболее важные:

а) ухудшение жилищных условий Армии;

б) обострение топливного кризиса в ней;

в) неудовлетворительная реорганизация банно-прачечного и дезинфекционного дела в армии.

г) чрезмерное сокращение госпитального аппарата Армии и фактическая невозможность эвакуации больных;

д) ликвидация многих карантинных пунктов и приемных покоев уездных пересыльных пунктов;

е) передача некоторых санучреждений, имеющих исключительно важное значение в качестве противоэпидемических учреждений, в гражданское ведомство (в особенности санпоездов технического назначения и литерных изопропунктов);

ж) фактически военное положение Армии в некоторых районах,

з) усиление эпидемических заболеваний среди гражданского населения значительной части Республики (в связи с голодом).

9. Перечисленные в предыдущем пункте обстоятельства создали положение, весьма усложняющее деятельность органов Военсанведа по предупреждению развития паразитарных тифов в Армии и ухудшающее перспективы борьбы с ними.

10. Необходимо в настоящий момент, в связи со сказанным, видоизменить план борьбы с паразитарными тифами в Армии, приспособив его к изменившимся обстоятельствам. а также в высшей степени умело и рационально использовать все имеющиеся средства и возможности для выполнения этого плана и максимально тонизировать работу всех как центральных, так и периферических органов Военсанведа в указанном направлении.

11. Для достижения сказанного, практически наиболее важным представляются следующие мероприятия.



а) совместно с органами командования принять самые решительные меры против возможности рассеивания инфекций движущимися воинскими эшелонами, для чего неуклонно выполнять все сделанные по этому поводу распоряжения Центра за последнее время;

б) поднять качественно постановку врачебного дела в воинских частях и госпиталях—в особенности, в смысле точной и своевременной диагностики инфекционных заболеваний;

в) добиться самого строгого и точного учета заболеваний сыпным и возвратным тифом в воинских частях с своевременным осведомлением о них низшими санинстанциями вышших;

г) принимать действительно в экстренном и ударном порядке все меры по ликвидации каждой обозначившейся вспышки паразитарных тифов;

д) развить и использовать самостоятельность частей в деле организации их санобработки—в частности по их санобслуживанию в банно-прачечном и дезинфекционном отношении;

е) в тех гарнизонах, где нельзя централизовать санобработку прибывающих частей и партий, устраивать для этой надобности изоляторы при частях;

ж) поддерживая самый тесный контакт с гражданскими органами НКЗ и НКВД, полностью использовать по соглашению с ними находящиеся в ведении названных органов санучреждения (дезотряды, банпрачпоезда, дезпоезда, коммунабы и прачешные и пр.);

з) рационально использовать денежные средства, отпускаемые на противоэпидемические мероприятия;

и) обеспечить все части приемными покоем и улучшить постановку дела в них;

к) расширить госпитальный аппарат в неблагополучных районах, не увеличивая обслуживающий его медперсонал: в случае надобности, производить перераспределение последнего между гарнизонами в соответствии с их санитарным благополучием и числом фактически развернутых коек;

л) широко применять сальварсанизацию рекуррентиков;

м) всемерно усилить санпропаганду и организацию санпунктов в частях.

## ОПЫТ ПЕРСПЕКТИВЫ И ПЛАН БОРЬБЫ С ХОЛЕРЫ В КРАСНОЙ АРМИИ.

(Тезисы доклада Всероссийскому Военно-санитарному съезду).

1. Холерные эпидемии 1920 и 1921 г. г. в Красной армии характеризуются:

а) Обсеменением инфекции по всем без исключения округам и фронтам армии в 1921 г. и по большинству из них в 1920 г.,

б) весьма большим количеством пораженных холерой населенных пунктов и гарнизонов;

в) незначительностью числа более или менее крупных очагов холеры;

г) непрерывностью холерных заболеваний в течении круглого года с максимальным подъемом в теплое время и с падением до минимума в ода из зимних месяцев;

д) распространение холеры исключительно контактным способом, преимущественно по железным путям Республики;

е) повидимому, большой ролью банциллоносителей.

2. В некоторых из округов за истекшие холерные эпидемии холерные заболевания выразились в ряде отдельных единичных случаев, преимущественно заносного происхождения; в другой части округов холера не получила большого развития и лишь в меньшинстве из них наблюдались значительные вспышки холерных заболеваний. Эти особенности в территориальном распространении холеры приходится ставить в связь, прежде всего, с существующими источниками и способами разнеса холерной инфекции.

3. В общем, несмотря на крайне благоприятную почву для развития холеры в войсках Красной Армии, в виду ее тяжелого общесанитарного состояния, холерные эпидемии большого развития в армии за все время не получили ни разу, и каждый раз и сравнительно скоро купировались.

4. Это обстоятельство лишь в весьма незначительной степени можно поставить в связь с проводимыми в армии обще-санитарными мерами профилактики холеры, ибо несмотря на все попытки центра улучшить гигиенические условия армии, в особенности в отношении водоснабжения и ассенизаций и напряженную работу военсанитарных на местах и в том же направлении радикальных улучшений в этой области в общем не удалось достигнуть по настоящее время.

5. Из названных мероприятий все же необходимо отметить организованные на местах, согласно руководящих приказов центра, «Недели очистки» и «Недели водоснабжения»; как прошедшие в общем успешно и известных положительных результатов достигнувшие как чисто практически, так и в смысле развития самостоятельности красноармейской массы.

6. Несомненно положительные результаты имела и санитарная просветительная пропаганда, которая велась в истекшие противохолерные кампании весьма интенсивно, а так же деятельность сантроек и санпунктов.

7. Значительную роль в сравнительно доброкачественном течении минувших холерных эпидемий холерного возбудителя, не проявившего в общем особенной вирулентности, а



главное, не обнаружившего устойчивости и способности к консервированию и разложению при попадании в водные источники, хотя благоприятных условий для такого попадания было более чем достаточно.

8. Наибольшее значение в смысле предупредительной меры против развития холеры в Красной армии, несомненно сыграла прививочная кампания.

9. Несмотря на существование целого ряда крайне неблагоприятных условий и значительных, трудно устранимых препятствий для быстрого проведения в Красной армии поголовной иммунизации против холеры, таковая в общем была проведена, как в 1920, так и в особенности в текущем году в Красной армии весьма успешно и по отношению к постоянному составу войск была закончена полностью в текущем году и почти полностью в 1920 г. еще задолго до окончания эпидемии.

10. Необходимо так же отметить, что меры по локализации и ликвидации вспышек по временам в тех или иных населенных пунктах Республики очагов холеры, в общем, принимались на местах своевременно и энергично, причем небольшая часть работы по ликвидации этих очагов пала на долю военсанитарных, действовавших в полном контакте и согласованно с гражданским ведомством, причем практика возникавших в этих случаях междуведомственных чрезвычайных органов, несмотря на крайнее разнообразие их структуры, в общем показала их жизнеспособность, необходимость и целесообразность.

11. Дефекты в организации и проведении против холерной кампании тек. года, поскольку они зависели от Воен. Сан. ведомства, в общем, следует признать незначительными и не оказавшими большого влияния на исход этой кампании. К таковым следует отметить:

а) недостаточное использование местными военсанитарными всех средств и ресурсов для проведения общесанитарных и профилактических мероприятий;

б) некоторое опоздание центра с опубликованием и рассылкой руководящих приказов и инструкций;

в) случайные перебои в снабжении округов диетической;

г) непроведение с самого начала более разработанной системы строжайшего учета и контроля прививочной кампании.

д) установление слишком жесткого и одинакового для всех округов, несмотря на разнообразие местных условий, срока окончания прививочной кампании;

е) не вполне совершенная система отчетности о противохолерных мероприятиях.

12. В виду полного вероятия развития холерных заболеваний в армии с наступлением

нового весенне-летнего периода необходимо теперь же приступить к подготовке противохолерной кампании 1922 года, причем план кампании в основе, должен остаться прежним, с внесением в него лишь тех поправок и дополнений, которые, с одной стороны, вытекают из результатов учета, а с другой стороны обуславливаются изменившейся структурой армии и переходом ее на мирное положение.

13. Схематически план очередной противохолерной кампании можно наметить в следующем виде:

А. Обще-санитарные профилактические мероприятия:

1. Меры по улучшению водоснабжения:

а) ремонт источников водоснабжения, для чего использовать органы РВИУ ЦУВГВИА и самостоятельность частей;

б) санитарный надзор за ними;

в) обеспечение частей кипятильниками и баками и санитарный надзор за ними;

г) организация хлорирования питьевой воды для каковой цели:

аа) заготовить потребное количество инвентаря и хлорной извести;

бб) в составе дезгруппы востанции иметь несколько инструкторов по хлор. воды;

вв) в составе медперсонала каждой бригады иметь не менее двух таких же инструкторов;

гг) распространять листовки для хлорирования воды;

д) не позже 1-го мая провести «Неделю Водоснабжения».

2. Меры по ассенизации и очистке:

а) до наступления таяния снега провести «Неделю очистки», пользуясь санным путем;

б) точно заранее учесть потребность в ассениз. средствах и добиться их получения;

в) обследовать и привести в порядок отхожие места и иметь постоянный санитарный надзор за ними;

г) организовать рациональное сжигание нечистот, широко используя мусоросжигательные печи;

д) принять меры к предупреждению развития мух и их уничтожению.

3. Санитарный надзор за пищевыми продуктами и питанием:

а) производить регулярное обследование кухонь, хлебопекарен и продуктовых складов и добиться их надлежащего оборудования и содержания;

б) проверить способ доставки продуктов;

в) добиться и устроить столовые при казармен. помещениях, надлежаще оборудованных и содержимых;

г) организовать специальную санитарную пропаганду и инструктирование персонала хлебопек, поваров и заведующих продукто-



выми складами и иметь усиленный санитарный надзор за ними;

Б) Прививочная компания:

1. Срок прививкампании начать всюду с 1 апреля и закончить в течении м-ца.

2. Подготовка прививкампании;

а) заблаговременно получить и распределить потребное количество дивакцины, приняв меры к ее надлежащему хранению, негодную своевременно изъять и заменить годной;

б) составить конкретный план проведения прививок для каждого гарнизона и обеспечить его проведением в техническом и организационном отношении;

в) принять меры к обеспечению всех красноармейскими книжками с листками для отметок о производстве прививок;

г) обеспечить каждую часть и каждый привотряд книжками и бланками для учета прививок, составленными по однообразной форме.

3. Проведение прививкампаний.

б) ответственность за производство прививок в каждой части возложить на врача;

а) наблюдение за производством прививок в каждом гарнизоне возложить на старврача;

в) производство прививок в каждом гарнизоне централизовать в одном из нескольких пунктов при гарнамбулатории или при одной из нескольких крупных частей;

г) составить расписание дней производства прививок для всех частей гарнизона проведенного приказами по гарнизону, с тем, чтобы все части гарнизона были приняты в течении недели;

д) при неявке части в полном составе в назначенный день для прививки привлекать виновных к ответственности;

е) систематически по заранее намеченному плану контролировать производство прививок в каждом гарнизоне.

4. Учет прививок.

а) подтвердить правила регистрации прививок, изложенные в инструкции приказа Всв. за 1921 г. № 30;

б) вести в каждой части, под ответственностью ставрача поротные списки привитых и непривитых, с указанием времени каждой прививки и степени реакции;

в) при отправке из части пополнения в другую часть в именном списке отправляемых обязательно отмечать привитых и не привитых;

г) в каждом привотряде вести точную запись привитых за каждый день работы;

д) обязать привотряды и ставрачей частей о ходе прививок доносить по команде ежедневно; санчастям те же сведения по форме приказа ВСВ за 1921 г. № 14 доносить еженедельно.

В Меры для своевременного обнаружения холерной инфекции.

а) привести в полную готовность бакт. лабораторию и обеспечить необходимым инвентарем и средствами в частности пептоном, для чего организовать производство его при всех гостанциях;

б) вести точный учет в каждой части всех остро-желудочных расстройств и производить их бактериологическое исследование на холеру, за исключением случаев совершенно ясной нехолерной этиологии;

в) производить бактериологическое исследование больных для уловления бациллоносителей;

г) не ограничиваться клинически диагнозом холеры и при констатировании у больного всех кардинальных клинических признаков холеры;

д) каждый холерный барак и отделение, а так же каждую часть приписать к определенной бактлаборатории на предмет производства бактисследований на холеру и иметь надзор за этим делом;

ж) о всех случаях, подозрительных по холере, немедленно, до истечения суток, доносить по команде по определенной однообразной форме.

Г. Дезинфекционные мероприятия.

е) каждую часть обеспечить дезсредствами и проверить подготовленность среднего и низшего медперсонала ее в отношении дезинфекции;

б) контролировать правильность производства дезинфекции в нужных случаях, предупреждая непроизводительные траты дезсредств;

в) при наличии эпидемии холеры организовать в неблагополучном гарнизоне особые уборочные и дезинфекционные отряды.

Д. Изоляция и госпитализация.

а) При каждой части иметь в составе приемного покоя изолятор для подозрительных по холере больных и отделение его для всех поносных;

б) заранее наметить в каждом гарнизоне отделения и бараки для холерных больных и поносных и обеспечить эти отделения и бараки запасом необходимых принадлежностей для лечения больных и ухода за ними, а так же дезсредств и дезаппаратов;

в) при появлении холерных заболеваний выделить специально транспортные средства для перевозки холерных больных;

г) выздоровевших холерных больных выписывать лишь после доказанного трехкратного бакт. исследованием присутствия у них бацилловыселения.

Е. Санитарное просвещение.

а) заблаговременно получить или заготовить на месте холерную литературу и наглядные пособия;

б) вести систематические лекции и санми-тинги, беседы по холере в каждом гарнизоне по заранее разработанному плану;



в) широко распространять популярную литературу, вывесить плакаты и лозунги, устраивать уличные митинги и выставки;

г) устраивать специальные лекции о холере для среднего и низшего персонала мед;

д) устраивать конференции врачей по вопросам борьбы с холерой.

**Ж.** Контроль за подготовкой и проведением мер борьбы с холерой.

а) возможно чаще производить инспектирование частей и учреждений для выяснения подготовленности к борьбе с холерой, устраняя на месте обнаруженные дефекты и привлекая виновных к ответственности;

б) устраивать до появления холерных заболеваний пробные испытания подготовки всех мер при появлении холерных случаев;

в) особенное внимание обратить на контроль деятельности лабораторий и дезустановок, путем постановки специальных опытов и испытаний, что возложить преимущественно на востанции.

14. Применительно к приложенному схематическому плану противохолерной кампании Санчастям фронтов и округов надлежит заблаговременно разработать, сообразуясь с местными условиями и согласовано с надлежащими гражданскими органами конкретный деятельный план подготовки и проведения холерных мероприятий и провести его не позже 1 марта приказом по войскам фронта и округов.

15. При угрожающем развитии холерных заболеваний в каком-либо населенном пункте, губернии или округе надлежит таковые объявлять неблагополучными по холере и немедленно организовать междоуведомственные чрезвычайные комиссии по борьбе с холерой и исключительными полномочиями. Структура и состав комиссий устанавливается по взаимному соглашению заинтересованных учреждений, в зависимости от местных условий. Образование в одном и том же районе параллельных чрезвычайных органов недопустимо.

16. В проведении всех противохолерных мероприятий должны принять ближайшее участие красноармейские санитарки, каковые в каждом гарнизоне объединяются гарнизонной санитаркой.

17. Донесения с мест о противохолерных мероприятиях желательно возобновить с 1 февраля 1922 года, при чем форма и порядок этих донесений подлежат переработке в сторону их сокращения и упрощения.

#### ПОЛОЖЕНИЕ

**ДОКЛАДА Н. А. ЗЕЛЕНЕВА: ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЩЕЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ В АРМИИ.**

I. а) Однородность воинских контингентов в отношении пола, возрастов;

б) фильтрация их при приеме медицинскими комиссиями, исключая или сокращая в Армии целый ряд заболеваний, по преимуществу хронического характера.

в) преобладание, по сравнению с гражданским населением, других заболеваний, обусловленных специальными условиями жизни и быта Армии (войсковые болезни).

г) повышенное в силу казарменного расквартирования; обращаемость в войсках к медицинской помощи и ряд других причин накладывающих в мирное время на организацию военнo-лечебного дела своеобразный отпечаток это различие по сравнению с гражданской лечебной организацией, еще более возрастает в обстановке военной, как в силу мобильности войск, так и преобладающего характера заболеваний травматических инфекционных и венерических.

2. Учитывая эти особенности, а равно принимая во внимание крайне тяжелое экономическое положение страны и резкое падение общих санитарно-бытовых условий армии, должно искать особо гибких и крайне жизненных форм организации военно-лечебного дела, стремясь в то же время к фактическому осуществлению квалифицированной лечебной помощи.

3. Обеспеченность госпитальными койками Красной армии по мирным нормам, установленным для настоящего времени много ниже таковой иностранных европейских армий и по условиям материального характера повышено быть не может, чем вызывается необходимость амбулаторной помощи и крайне бережное пользование госпитальной койкой.

4. Лечебная помощь приемных покоев частей, являющихся первыми медицинскими этапами для больных, не может быть по объективным условиям строго дифференцирована. Недостаток специалистов врачей, недостаток врачебного оборудования заранее определяет характер полковых амбулаторий, как общих врачебных приемов, имеющих целью: а) пользование незаразных по диагнозу и лечебной практикой заболеваний и б) выделение заразных в более сложных заболеваниях для гарнизонной амбулатории и госпиталей. Аналогичный характер должна получить и стационарная часть приемных покоев, предназначенных для выделения лихорадящих до определения характера заболевания и

2) для пользования больных, не требующих квалифицированной госпитальной помощи специального ухода или диеты. В силу недостатка госпитального аппарата, приемные покои частей неизбежно должны получить в качестве временной меры лазаретный характер, откуда безусловно необходимость довести их обеспечение и оборудование до пределов, гарантирующих возможность производить законченное ле-



чение, доступное врачу общей практики и сложность заболеваний.

5. Организация сводных войсковых приемников может быть рекомендована с большой осторожностью в силу тех осложнений, которые возникают между заинтересованными частями.

6. Гарнизонные амбулатории, новое, но неизбежное в настоящих условиях, звено в общей системе лечебной помощи армии должны привлечь к себе особое внимание. Не располагая возможностью рассеивать врачей специалистов по частям, не будучи в состоянии широко обеспечить технические и материально-приемные покровы частей, должно обеспечить гарнизонные амбулатории и квалифицированным персоналом и врачебно-материальной частью. Этот лечебный этап при правильной его организации в значительной мере облегчает проведение рациональной госпитализации, предупреждает перегруженность госпиталей, обеспечивая в то же время компетентную врачебную помощь соответствующим контингентам больных. В целях большей связи госпитального аппарата с гарнизонными амбулаториями, желательно привлекать к работе последних, недостающих по штату врачей специалистов из числа госпитальных врачей.

7. В гарнизонах, где содержание штатных гарнизонных амбулаторий не положено, рекомендуется организовывать не штатные амбулатории при местных постоянных госпиталях с привлечением к работе в них, как госпитальных, так и местных войсковых наиболее опытных врачей.

8. Число коек в армии мало и таковые должны быть использованы для лихорадящих и серьезных или остро-заразных заболеваний. Это требует известной квалификации каждой госпитальной военной койки.

г) В демобилизации армия в значительной мере обездолена, а потому дальнейшее откомандирование из армии квалифицированных специалистов (кроме медiatp., психиатp. и акушеров) должно быть прекращено. Наличные специалисты использованы строго по специальности.

б) Распределение госпитальных коек по специальностям должно быть проведено крайне расчетливо с учетом как общих, так и число местных условий (местные заболевания, особо распространенные, как например: кожные; в Туркестане, трахома в Поволжье и т. п.).

в) Считаясь с соответствующими каталогами и табелями снабжения безусловно должно индивидуализировать распределение врачебных приборов, инструментария, медицинских и прочих средств в соответствии с теми требованиями, которые предъявляются к госпиталям общим планом организации лечебно-

го дела по гарнизону, округу или фронту. Считаю, что табельное имущество не везде может покрыть запросы квалифицированных госпиталей предоставить Начсанам фронтов и округов закупку такового на рынках, с какой целью в распоряжение начсанов должны быть особые кредиты.

В заготовительные планы ГВСУ должно входить организ. фонда внетабельного имущества.

9. Хорошо поставленный госпиталь наряду с лечебными функциями призван выполнять и громадную культурную и санитарно-просветительную работы, являясь для больных практической школой повседневного и строгого проведения начал общей и личной гигиены.

9. Военный госпиталь, имеющий длинную и порой печальную историю, сделал в отношении общего быта к нашему времени колоссальную эволюцию и до сих пор не везде и не всегда освободился он от некоторого казарменного специфического казенного духа. Введение элементарного учета, внесение известной задушевности и теплоты в наши военные госпитали должно быть отнесено также к очередным задачам.

10. Принципы прямой ответственности Главрача за весь госпиталь, заведующего отделением за отделение, ординатора, сестры, надзирателя за их палаты и т. д. должны быть еще более углубляемы и закреплены.

11. В целях поднятия научного и — практического интереса к работе а) настоятельно рекомендовать общегородские врачебные конференции, как по вопросам лечебного, так и санитарного характера. б) Создавать и пополнять госпитальные медицинские библиотеки, делая их доступными для всех врачей гарнизона, в) ввести аутопсию всех умерших в госпиталях, организуя прозекторию при военных госпиталях или пользуясь гражданскими.

12. В пределах каждого округа организовывать хотя бы по одному показательному госпиталю, используя таксвой для практического совершенствования менее опытных товарищей врачей путем их прикомандирования.

13. а) Значительное распространение трахомы в некоторых местностях Республики (Поволжье) и отмечившаяся тенденция к распространению трахоматов, заболеваний и в других местностях Республики в связи с массовыми передвижениями населения требует особых мер в этом направлении.

б) Техника военных наборов не гарантирует от приема в армию больных трахомой. не препятствующих приему на военную службу. Отсюда необходимость, не учреждая



особых штатных должностей консультантов, использовать наличных в военно-санитарном ведомстве врачей — окулистов в качестве окружных и губернских инструкторов, возложив на них систематическое наблюдение за главными заболеваниями в армии вообще и производство периодических поголовных осмотров частей в частности.

14. Считая, что по технической обстановке военных заборов, несмотря на введение в расписание болезней новых статей, направленных к недопущению в армию туберкулезных, таковые все же будут приниматься в армию, представляется настоятельно необходимым иметь в госпиталях хотя бы наиболее квалифицированных в составе терапевтических отделений специальные диагностические легочные палаты для туберкулезных и подозрительных по туберкулезу больных, обеспечивая таковые опытными специалистами и надлежащим материальным оборудованием.

15. Крайне скудное применение в военно-лечебных заведениях физических методов лечения совершенно не соответствует их зачислению в общий врачебный персонал и современному их развитию. Ближайшей задачей должно явиться планомерное введение таковых в практику наиболее крупных и наиболее оборудованных военных госпиталей.

Применение рентгенологии в практике военных госпиталей вышло из рамок диагностических (рентгенограмм, рентгеноскопии). Деятельность рентгеновских кабинетов должна быть углублена в сторону рентгенотерапии. В области физических методов лечения гражданские органы Н. К. З. в некоторых местностях сохранили и создали ряд чрезвычайно ценных учреждений, использование которых для нужд армии должно быть проведено возможно полно в порядке местного соглашения.

16. Предстоящий курортный сезон выдвигает перед военно-санитарным ведомством новую задачу обеспечения армии собственными курортными койками в виду невозможности предоставить таковые на наличные средства Н. К. З. Исчисляя потребность для армии в 300 коек и останавливая внимание во избежание дробления средств на основных курортах: Кавказ, Минеральных водах, Крыму, Сочи и Одессе возможно разрешить эту задачу: 1) возвращением в военно-санитарное ведомство прежде принадлежавших ему военно-санитарных станций и 2) использованием для этих целей госпиталей активного резерва. Желательно распределение курортных коек. Минеральные воды и Крым на 1100 коек, Сочи и Одесса 300 мест, Славянск 260.

17. Количество нервных заболеваний в связи с чрезвычайными переживаниями военно-

го и революционного времени значительно возросло. Эпидемия тифов также не мало содействовала этому и особенно в военных госпиталях старого времени эта близость врачебной деятельности выражалась в огромных размерах, нашему времени должно отнестись к этому вопросу со всей серьезностью, выделяя для нервных больных особые отделения, устанавливая в них соответствующий режим и расширяя лечебный арсенал соответствующий современным достижениям (психотерапии, физич. методы лечения и проч.). Сложность лечебных методов этого рода заболеваний диктует необходимость организации нервных отделений по преимуществу в крупных центрах, как наиболее обеспеченных и специализированных техническими оборудованием.

18. Огромное распространение заболеваний зубов и области рта в армии нередко обуславливающее ухудшение общего состояния здоровья красноармейцев, связь зубных болезней с социальными (цингой, туберкулезом, сифилисом) и необходимость планомерной организации помощи челюстным раненым стимулирует В. С. В. к систематическому осуществлению в армии всех видов зубо-врачебной помощи, что и было впервые проведено в жизнь за время революции.

На мирное время армия обеспечена сетью бригадных, гарнизонных и госпитальных зубриц, но полугодовая практика указывает на недостаточность этой сети и требует дальнейшего ее расширения хотя в пределах: 1) увеличения штата и числа гарнизонных зубриц, 2) увеличения числа зубриц для гарнизонов очень большой численности и для частей войск специальных родов оружия и значительных расквартированных на большем расстоянии от гарнизонных зубриц. Последнее увеличение возможно лишь за счет елоков обслуживаемых частей и учреждений. Попытка обеспечить армию зуботехнической помощью в гражданских учреждениях до привода к желательным результатам. Теперь открыты военные зуботехнические пункты позволяют иметь не более одной на округ и армию и сильно ограничивают контингент красноармейцев, имеющих право на зубной протез. Правильная и широкая организация зуботехнического дела и снабжения зубными протезами обещает в будущем расширить контингент красноармейцев, которым будут предоставлены протезы, так как в настоящее время право на протез имеют лишь утратившие не менее 7 зубов на одной челюсти и не менее 8 зубов на одной челюсти. К сокращению нормы елоков пока не дают возможности развития эту область до требуемых армией размеров. Далее, чтобы поставить профилактическую борьбу с кистозной болезнью зубов Армии на прочный фундамент, представляется жела-



тельным при благоприятных условиях перейти хотя бы к осуществлению поголовных осмотров полости рта у красноармейцев.

19. Использование специальных лечебных заведений гражданского ведомства должно быть проведено в следующих направлениях:

а) психиатрическая лечебная помощь остается полностью на попечении гражданских органов. Военно-санитарное ведомство собственных психиатрических лечебных заведений не создает и ограничивается функциями распознавания психических больных и направлениями их в соответствующие гражданские заведения. В случаях необходимости эвакуации этих больных в особых условиях, таковая производится специальным психиатрическим вагоном Наркомздрава на основании действующих инструкций;

б) помощь туберкулезным расходуется между военно-санитарным ведомством и гражданскими органами Н. К. З. В задачи Военсанведомства входит недопущение в Армию больных туберкулезом и освобождение от таковых случайно попавших в нее, для чего В. С. В. проведено новое расписание болезней и намечается устройство диагностических отделений для точной диагностики больных и выяснения вопроса в дальнейшем их пребывании в Армии.

В отношении лечения военно-санитарное ведомство берет на себя обязанность, по отношению к тем больным, которые допущены продолжать службу, согласно новому расписанию и организывает специальные учреждения на соответствующих курортах.

В остальных случаях работа по лечению всех освобожденных лежит на гражданских органах Н. К. З.

в) Использование специальных лечебных заведений гражданского ведомства, предназначенных для физических методов лечения, глазных, ушных, нервных, венерических и проч. должно проходить в порядке местных соглашений военно-санитарных органов с местными Здравоохранениями, при чем при отсутствии или недостатке на месте специальных военно-лечебных заведений военно-санитарных, предпочтительно приписка частей и гарнизонов — определенным гражданским лечебным заведениям.

20. Лечебная помощь в условиях военной обстановки неразрывно связана с вопросами эвакуации, с ее планами и техникой. Крупнейшим дефектом эвакуационной работы в империалистическую войну была ее необычайная механичность, бескость коррективы со стороны лечебных показаний была заявлена и проведена очень слабо. Принцип эвакуации больных и раненых без их лечения должен быть проведен строго и последовательно. Этим принципом предопределяется как сортировка больных, предусмотренная соответствующими инструкци-

ми, так и выбор мобилизационных и лечебных методов, применяемых к эвакуированным. Поскольку инструкция по отбору и эвакуации должна быть согласована оперативными планами командования, разработка врачебных методов помощи больным и раненым на разных этапах эвакуации, должна составить предмет изучения и разработки особой комиссии при ГСВУ.

21. Наиболее уязвимым местом эвакуации старой армии является передовой район (район полка и дивизии). Введение в новые штаты особых эвакуационных отрядов обеспечивает связность и планомерность этой работы. Обязательное введение особых регистрационных карточек, заполняемых с первого врачебного осмотра раненого и прикрепляемых на видном месте верхнего платья и навешиваемых на теле, должно облегчить сортировку раненых на последующих этапах и гарантировать в большей степени своевременность хирургической помощи.

22. А. Общее руководство хирургической деятельности в пределах армии должно возлагаться на одного из врачей хирургов армии, (армейский хирург), на обязанности которого лежит организовать хирургическую помощь в армии, руководить работой в лечебных заведениях, как передового района, так и тыла: принимать консультативное участие в работе их и производить фактический контроль постановки хирургической помощи и транспортировки. Кроме того на нем лежит забота о своевременном пополнении лечебных заведений перевязочным материалом и инструментами.

Б. Основными хирургическими учреждениями в Армейск. ....должны являться: а) все бригадотряды, соответственно снабженные и укомплектованные при обязательном 100% укомплектовании обоза, б) по одной на армию ж. д. санитарной летучки из числа предоставляемых в распоряжении Армии. Эти летучки имеют назначением передвижение на головные станции в наиболее активные участки и должны быть обеспечены операционной, перевязочной, большим хирургическим набором инструментария перевязочным материалом и опытными хирургами в числе не менее 2-х, не менее чем 3 вагонами для тяжело раненых. Летучкам присваивают название «Армейской Хирургической Летучки ..... Армии».

в) В числе коек армейского эвакуационного пункта должно быть не менее 10 строго квалифицированных для большой хирургической деятельности.

При развертывании эвакуационного пункта 10% госпиталей, эвакуационных коек, по преимуществу полными госпит. единицами должны быть строго квалифицированы для хирургической деятельности, что должно найти отражение в самом их наименовании. № Сводный эвакуационный хирургический госпиталь.



23. При организации зубомощи на военное время:

1) Принцип консервативного зубо врачевания проводить в запасных частях таким образом, чтобы красноармейцы попадали в боевые армии.

2) Обеспечить армию достаточной сетью пунктов оказания рациональной помощи челюсти. Раценным согласно приказа по В. С. В. от 27 октября 1920 года.

24. Практика империалистической войны показала, что даже врачи мирного времени в большей своей части оказались неподготовленными к хирургической деятельности в военной обстановке. Очередная задача военно-санитарного ведомства провести через особые 1-2 месячные курсы по хирургии (устраиваемые во всех более крупных городах, губ., крупных уезд.), где имеется фактическая возможность к организации не менее 50% всех врачей военно-санитарной службы на мирное время с установлением коллоквиумов и последовательной отметкой в учетной карточке.

25. Врачам частей обратить внимание на обучение красноармейцев элемент. приемам подачи первой помощи, пользованием индивидуальным пакетом, противогазовой маской, соответствующие запятия должны быть обязательны в частях. Старшим санитарным начальником при инспектировании частей производить проверку знаний красноармейцев в этой области.

26. Вопросы венерической помощи являются темой особого доклада.

27. Только что законченный пересмотр ГВСУ каталогов медицинск. имущества имеет целью освежить старые каталоги и дать право военнo-лечебным заведениям военного и мирного времени на применение более разнообразного и своевременного ассортимента лечебн. средств и средств.

28. Команды слабосильных, действующие при частях должны быть признаны неоправданными возлагавшихся на них задач и при первой фактической возможности подлежат расформированию.

### ТЕЗИСЫ ДОКЛАДА А. О. ЗДЕЛЬШТЕЙНА.

**На Всероссийском Военно-Санитарном Съезде на тему очередные задачи санитарно-просветительной работы в Красной Армии.**

Приучение к условиям элементарной общественной и личной гигиены, к элементарным культурным навыкам, сейчас одна из важнейших задач и предпосылок, культурной и хозяйственного подема трудящихся масс.

(Из речи тов. Троцкого на 3-м Всерос. съезде Здраводелов, 27-X-21 г.).

1. Санитарное Просвещение есть неотъемлемая и одна из важнейших частей общесанитарного и общекультурного обслуживания Красной Армии. Санитарное Просвещение—залог сознательного отношения красноармейских масс к проводимым санитарным мероприятиям, залог их успеха.

2. Историческое значение в развитии санпросвещения 1 Всероссийского съезда Начсанокров и Начсанфронтов в феврале 1919 года, итоги 2½ лет санитарно-просветительной работы в Красной Армии показывают широкий размах работы, которая ныне с поверхности должна пойти в глубь и пустить крепкие корни гигиенических навыков в самую толпу красноармейской массы. Роль эпидемий («вшиный фронт 1919-20 г.г. холерная кампания» в развитии санпросвещения. Отличительная черта всей прежней работы ударность, поверхностность, неплановость, естественные в условиях боевых и эпидемических фронтов, ныне должны быть изжиты.

3. Переход Красной Армии на мирное положение и связанное с этим количественное уменьшение и качественное повышение уровня Красной Армии ставит новые задачи, требует нового подхода. От агитации к пропаганде, от пропаганды к воспитанию. Переход от ударной работы к систематической. Санитарно-просветительная работа является важным фактором воспитания Красной Армии. Наша работа тесно связана с хозяйственным строительством страны. Утилитарные задачи санитарного просвещения изжить вековые предрассудки, темноту и невежество и воспитать гигиенические навыки, прежде доступные лишь буржуазии и далекие для пролетариата.

4. Плановой формой этой большой воспитательной работы является ликвидация санитарной безграмотности естественный вывод из новых условий бытия Красной Армии. Историческое значение приказа—№1242. Ликвидация санитарной безграмотности даст нам Красную армию сознательную и сильную единой волей к охране здоровья своего и всех трудящихся. В условиях ограниченных материальных средств, недостатка работников, выполнение этой задачи требует от всех работников Военсанведа, начиная с Начсанокров и Начсанфронтов и кончая врачом полка большого внимания и напряжения. Инструктивные детали приказа—№1242 при выполнении приказа должно использовать все методы и формы работы.

5. В современной стадии использования методов живого слова, мы переходим от случайных лекций к углубленной работе, мы становимся более требовательными в выборе тем и



должны стремиться к расширению базиса санитарного просвещения за счет биологии. Новые методы работы: суды и театры должны оживить и внести разнообразие в методы живого слова. Будущее лекционного метода.

6. В области курсового дела отсутствие материальных ресурсов лишают нас возможности содержать самостоятельные учебные заведения и потому необходимо признать, что систематические занятия со средним и младшим медперсоналом, являются, наиболее рациональным способом повышения квалификации медработников. Подготовка сан-персонала в строевых частях должна проводиться повсеместно путем обучения пестровых красноармейцев.

7. Наглядность есть первое условие пробуждения интереса к вопросам санпросвещения со стороны красноармейских масс. Выставочное дело в Красной Армии. Переход вагонов-выставок в Наркомздрав, явившись неизбежным следствием демобилизации Красной Армии, требует создания гарнизонных и дивизионных выставок и более широкого применения метода витрин (в полках, комкурсах, кораблях и всех отдельных единицах). Выставочное дело развито слабо, его нужно интенсифицировать инициативой мест.

8. Издательское дело в условиях новой экономической политики. Восстановление полиграфического производства дает возможность широкого развития издательского дела и удовлетворения книжного издательства в Центре и на местах, в прошлом и настоящем, выработка издательского плана. Принцип окупаемости в применении к издательскому делу в Военсанведе. Использование прессы. Периодическая печать до сих пор используется не везде, необходимо повсеместное введение «страничек здоровья красноармейца». Использование прессы возможно и особо необходимо там, где недостаток бумаги или другие затруднения мешают должной постановке самостоятельного издательства. Системность газетной работы.

9. Слабая постановка библиотечного дела в Военсанведомстве, необходимость удовлетворить научный голод врачей и перспективы его в настоящий момент заставляют поставить на первое место самостоятельность мест в целях создания библиотечного фонда. Создание исключительно санитарно-просветительных библиотек нерационально. Распределение литературы должно проходить через красноармейские библиотеки. Необходима решительная борьба с задержками в распределении литературы (организация экспедиционной части).

10. Объединение санпросветработы с общекультурной работой; методы клубной и школьной работы, использование изб-читален, использование агитпунктов, использование опыта политпросветов, Дома санитарного просве-

щения, как центральная лаборатория. Перейдя к работе систематической, мы несомненно будем вынуждены неоднократно отзывать на те или иные злобы дня, проведя агиткампании (голодная кампания, противотифозная кампания). Однако уже ничто не может заставить нас сойти с нашего пути. Агитация может и должна идти параллельно работе систематической, но не за ее счет. В частности, особое внимание необходимо будет уделять антивенерической и противотуберкулезной пропаганде. В ряду прочих мероприятий санитарное просвещение в борьбе с венерическими болезнями занимает важнейшее место.

11. До сих пор особо остро стояли вопросы снабжения, но открывающиеся возможности позволяют наладить снабжение вполне удовлетворительно. Необходим максимум инициативы и энергии мест в целях самоснабжения. Использование частного рынка, заготовка наглядных пособий местными силами (заготовка фонарей, диапозитивов, наглядных пособий и проч.). Частые жалобы периферии на дефекты финансового снабжения заставили Главсанупр. принять меры к его упорядочению, однако места должны считаться с жестоким бюджетом 22 года и шире использовать возможности и аппарата обще-просветительной работы.

12. Взаимоотношения Главсанупра с округами и фронтами. Необходимость децентрализованной работы под общим инструктивным руководством Центра. Использование местных возможностей во Всероссийском масштабе. Лабораторная работа, выработка методики, искание путей.

13. Еще более остр организационный вопрос; непомерно-урезанные штаты заставляют подходить к вопросу с сугубо осторожностью. От ответственных руководителей требуется всемерное содействие организации санпросветработы. Необходимость совместительства, увеличение лекторского и литературного тарифов, как средства привлечения врачей к работе. Организация работы в дивизиях и военсанподах. Необходимо всячески добиваться содействия и завоевать сочувствие в работе строевого начальства, без чего работа немислима. Мелкая санпросветединица (ячейки, секции, комиссии, кружки и пр.). Необходимо в целях развития самостоятельности вовлечение красноармейских масс в активную работу. Роль санпунктов в организации санпросветработы. Одновременно с вытекающей из участия санпунктов в нашей работе контактностью с партиями, профсоюзами должно быть налажено деловое сотрудничество с Здравотделами. Работа в территориальных частях, подчиненных в санотношении Военсанподам Военсанведа. Тесная идейная связь с политорганами при полной организационно - административной самостоя-



тельности, давая, прочный фундамент работе, вовлекая в работу всех политработников, предоставляя материальные средства и живой опыт политработы могут поставить работу на должную высоту. Работа должна протекать при непосредственном участии комиссарского состава Военсанведа. Дальнейшее развитие работы требует создания кадра квалифицированных работников и правильной организации инструкторского аппарата, живой и постоянной связи с Центром с одной стороны и периферией с другой. Назревшая и жизненно-необходимая перепись санпросветработников должна помочь нам выяснить наши ресурсы и создать кадр работников.

В санпросветработе должны быть привлечены все без исключения врачи и фельдшерские лекторы, никакие отговорки не допустимы. Постановка отчетности новые условия оплаты лекций есть неизбежный шаг к упорядочению отчетности. Систематические запаздывания и неточность цифр лишают возможности иметь постоянно точное представление о работе.

14. Организация работы в группах, до сих пор мало затронутых. Работа во Всеобуче должна дать сознательное ядро Красной Армии, работа в Гувузе санитарно-грамотный комсостав. Без работы среди имеющегося комсостава немислимо успешное проведение нашей работы среди красноармейцев, наконец работа во флоте должна приобщить к кругу санитарных знаний красных моряков.

15. Что же мы будем делать по окончании ликвидационной кампании организационные

планы Центра.

16. Выводы: 1) Своевременность созыва Всероссийской конференции санпросветработников Красной Армии.

2. Работа должна перейти от ударной к систематической и слиться с общей работой по воспитанию Красной Армии.

3. Ликвидация санитарной безграмотности должна быть закончена в назначенный срок.

4. Для успешного проведения этой кампании необходимо будет провести во Всероссийском масштабе в Красной Армии и флоте «неделю санитарной грамоты».

5. Круг вопросов санпросвещения должен быть расширен включением общих вопросов естествознания.

6. Необходимо усиление инициативы мест как в методах работы, (новые формы лекционной работы, новый тип диаграммы, изданий), так и в вопросах снабжения.

7. Необходимо усиление выставочного и издательского дела.

8. Соответственным Начсанам и Военкомам нужно проявить максимум энергии к постановке санпросветработы на должную высоту.

9. Уменьшение штатов не должно ни на одну минуту вызвать остановки прогрессивного роста санпросветработы.

10. Работа должна развиваться с неуклонной энергией и стремиться к действительному повышению обще-культурного уровня и воспитанию гигиенических навыков в Красной Армии и флоте.





## Из научного совещания врачей местного Екатеринбургского военного госпиталя.

В марте месяце состоялось 2 совещания под председательством главного врача госпиталя д-ра А. Г. Бочарова.

На первом совещании 4 марта доклады: 1) д-ра Козицина: «Несколько замечаний к этиологии поносов, наблюдавшихся среди больных Екатор. мест. военн. госпиталя в течении осенних и зимних месяцев в связи с диагностикой так назыв. «кровоавого поноса».

Докладчик оговаривается; что ввиду отсутствия бактериологических исследований, не производившихся лабораторией по независящим обстоятельствам, а также аутопсий, он свой доклад считает несовершенным, что в своем докладе он хотел - бы только поделиться мыслями, быть может, субъективного характера о поносах, которые он не считает дизентерийными.

Докладчик выделяет пять категорий поносов: а) острый желудочно-кишечный катарр.

Таких больных он насчитывает около 20%. Причиной остро-желудочного катарра он считает введение недоброкачественной пищи, особенно приобретенной на рынках, где появилось за последнее время много суррогатов.

Предрасполагающая причина—голодание, недостаточное введение жиров, белков и углеводов.

б) Хронический катарр кишек—приблизительно 10%.

в) Случаи «вторичной дизентерии» после тифов, возвратного, сыпного, а может быть, и нераспознанного брюшного. Больных этой категории докладчик насчитывает 40%.

г) Поносы на почве туберкулеза кишек и амилоида кишек.

д) К последней категории относятся случаи настоящей дизентерии, каковых всего от 2-5%.

Прения:

Др. Заславский возражает против искусственного подразделения поносов, имевших по видимому сходство с дизентерией, на категории, абсолютное отсутствие объективных данных, хотя бы по клинической картине, по историям болезни, откуда можно было бы видеть, что тот или иной случай так назыв. «дизентерии» относится к одной из вышеуказанных категорий поносов. Кроме того оппонент отмечает, что докладчик вовсе не представил данных, почему он 20% относит к острым катаррам кишек, а 10% к хроническим и т. д. Нет также

никаких указаний, были ли в действительности случаи амилоида или туберкулеза кишек, т. к. докладчик не представил ни одной истории болезни, из которой этот диагноз был бы очевиден, или хотя бы у больного был общий амилоид или туберкулез легких.

Др. Бочаров считает одной из важных причин поносов систематическое голодание, отсутствие в пище витаминов и плохое качество пищи вообще. На плохие исходы, по его мнению особенно влияет отсутствие или недостаточность в пище олеинов, почему ослабляется деятельность сердечной мышцы, которое перестает реагировать даже на введенный дигиталис.

Случаи постоянных краж хлеба больными этой категории, несмотря на самое тщательное наблюдение за ними оказывали, несомненно, влияние на начальные исходы поноса, особенно брюшно-тифозных.

Др. Шульман отметил неоднократные случаи поносов, появляющихся после возвратного тифа среди кутируемых его больных, которые они ни в коем случае не считают за дизентерию.

Д-р. Знаменский затрагивает вопрос терапии поносов, причем отмечает наиболее рациональным применение местного лечения климата из растворов *ac fanici*, *Protorgoli*, *Argentum nitri* и др.

Др. Заславский считает весьма целесообразным применение вливаний физиологического раствора поваренной соли и местных вяжущих средств.

2) Д-ра Знаменского «Местная анестезия при помощи *Chininum biniuriaticum carbomidatum*».

Основные положения доклада: х х

а) Применяется 1% раствор.

б) Анестезия наступает через 20-30 минут и длится несколько часов.

б) Впрыскивание раствора даже в больших количествах не вызывает никаких явлений раздражения и никаких общих явлений.

г) Преимущества перед кокаином—безвредность препарата, длительность анестезии.

9) Недостатки—позднее наступление анестезии, вследствие чего невозможна повторная анестезия во время операции. Препарат заслуживает более широкого применения и разработки.

В марте месяце состоялось два совещания



Докладчику предлагались вопросы.

1) Др. Игноратов—какова максимальная доза препарата.

2) Др. Бочаров—применялись ли растворы иной концентрации чем 1%.

3) Др. Козицын—каково действие препарата на сердце и первую систему и др.

Отвечая на вопросы докладчик указывает, что по имеющимся в литературе данным амидная группа препарата, повидимому, нейтрализует угнетающее действие хинина, ввиду чего максимальная доза повышается до 7.0—100 *pro dosi*.

### На втором совещании 25 марта:

I Доклад проф. В. К. Шамарина «Геодоналовый Наркоз».

Доклад проф. Шамарина напечатан целиком в настоящем номере журнала, почему помещаем только прения по докладу.

### Вопросы докладчику.

Др. Заславский: применялся ли геодонал *per clusum*, в каком количестве и каковы результаты. Др. Знаменский: каков процент смертности от геодоналового наркоза в сравнении с процентом смертности от хлороформенного наркоза, дающего 1 на 10000 смерт. случаев.

Др. Эдутис: каково влияние геодонала на почки.

Др. Одоевский указывает, что сам применял геодоналовый наркоз и не видел побочных явлений, впервые слышит и об отрицательных сторонах геодоналового наркоза из мнения пр. Березняковского; выражает пожелание, чтобы доклад был напечатан в «Уральском Враче». Желательно было бы, по мнению д-ра Одоевского следуя заветам Пирогова, помимо положительных сторон геодоналового наркоза, о котором многое отмечалось в литературе довоенного времени, впредь услышать и отрицательные стороны геодонала, ибо только таким путем—взвешивания положительных и отрицательных сторон—можно найти истину.

### Ответ докладчика.

В клинике проф. Федорова, где применялся геодоналовый наркоз, наблюдался только один смертный случай после внутривенного введения 700-800. По вскрытии обнаружен был тромб в веночных сосудах сердца, но эти тромбы наступают и после других наркозов—хлороформа и эфира. При сравнении же геодонала с хлороформом получится разница: хлороформ часто вызывает паралич сердца от поражения его моторных ганглиев, вызывает также распад тканей, а геодонал является соединителем, действующим антагонистически в сравнении с хлороформом.

В некоторых случаях применялся смешанный наркоз—хлороформа и геодонала. Докладчик считает наблюдения проф. Федорова обстоятельными, выпад же проф. Березняковского не обоснованным, сведением личных счетов с клинкой проф. Федорова.

*Per clusum* геодонал не применялся вследствие слабости его всасываемости, необходимости введения больших количеств и местного раздражения.

Во всех диссертациях о геодонале не отмечено смертного случая, кроме одного. Повидимому % смертности весьма ничтожен.

Что же касается влияния геодонала на почки, то он вызывает альбуминурию, но она кратковременна и кроме того, в той форме, в какой применяется геодоналовый наркоз, он вызывает вместе с тем повышение функций почек ввиду комбинации геодонала с физиологическим раствором.

### Прения.

Др. Знаменский отмечает недостатки геодонала в сравнении с хлороформом: 1) нужен лишний врач для введения наркоза, ибо внутривенное применение может быть поручено только врачу, что в некоторых случаях, как напр., в земских и заводских больницах, не всегда возможно за отсутствием лишнего врача.

2) Приходится ввести большое количество жидкости в вену, а введение больше 1000,0 не всегда безвредно, введение же меньшего количества недостаточно, приходится таким образом, комбинировать с хлороформом.

Один раз д-р Знаменский наблюдал после введения 1000,0 геодон. раствора угрожающие явления со стороны легких, после операционную пневмонию при операции энтероэстомии. В другом случае наблюдал упорную рвоту. Что касается благоприятных отзывов больных, перенесших геодоналовый наркоз, то это объясняется наступлением приятного сна.

Д-р. Серебровский возражает д-ру Знаменскому.

Указание на необходимость лишнего врача является только минусом госпиталя, а не геодонала. Положительные стороны геодонала—возможн. применения его во всех операциях там, где хлороформенный наркоз невозможен или не удобен, напр., полость носа, гортани.

Единственный конкурент—это эфиромасляная клизма, но последняя все-таки раздражает кишечник. Что же касается введения жидкости в больших количествах, то введение физиологического раствора, по наблюдениям Фишера, даже благоприятно действует на почки:

Заключительное слово проф. Шамарина.

Хлороформ, как известно действует парализующим образом на деятельность сердца. Что



остается делать в угрожающих случаях—массаж сердца?—но эта операция не безопасна и редко приводит к благоприятному результату, ибо хлороформ поражает первые центры сердца. Что же касается гедонала, то о стороны центров сердца не приходилось наблюдать какого-либо повреждения. В случае асфиксии длительной—даже часовой—все же удавалось вернуть подвергнутого гедоналовому наркозу к жизни. Особенно следует отдать предпочтение гедоналу в настоящее время, когда сейчас применяется хлороформ Ansohuz'a, а не чистый, разложившийся под влиянием атмосферы.

## 2) О повторительных курсах для врачей и выработка плана занятий.

Д-р Бочаров знакомит собрание врачей с содержанием проекта Упсанокра об устройстве повторительных курсов для врачей при М. Б. Г.

Д-р Одоевский вносит поправку о включении в число преподаваемых предметов диагностики и терапии венерических болезней. Д-р Одоевский полагает, что выгоднее устройство курсов при МВГ. Если использовать одни силы местного госпиталя нет возможности, то по крайней мере поручается мест. госпиталю составить программу, при чем полагает, что курсы будут непрерывные, следствием чего вырабатываются, современем более подготовленные лектора.

Д-р Бочаров полагает использовать то, что может дать МВГ—использовать кабинеты по специальностям—рентген., уха, горла и носа, глазные и т. д.

Необходимо по его мнению также привлечение работников университета, но необходимо обеспечить их пайками.

Д-р Серебровский задает вопрос, какие курсы, организует упсанокр—систематические ли курсы или проведение госпитальной клиники. Систематические курсы, по его мнению, невозможны, ибо госпиталь не располагает надлежащим материалом, т. к. военные не представляли всего необходимого материала для систематического курса. Легче провести госпитальную клинику—изучение того материала, который имеется, а для этого нельзя курсы ограничить временем, можно только ограничить пребывание врачей-слушателей в госпитале. Что же касается привлечения университетского персонала, то по имеющимся у него данным, университет пойдет навстречу.

Д-р Эдунис интересуется вопросом, будут ли это курсы, где врачи будут кое-что изучать из разных отраслей медицины, или же дальнейшая специализация каждого врача при помощи методов тонкой диагностики.

Проф. Шамарин, придерживаясь мнения д-ра Эдуниса о необходимости обставить курсы всеми тонкими аппаратами, указывает, что с переходом к мирному строительству, необходи-

мо снабдить госпиталь и материалом не исключительно военным, а мирной обстановки, а для этого нужно было бы разрешить принимать в госпиталь и гражданских больных в случаях, представляющих интерес для науки.

Д-р Дягилева полагает, что открытие курсов общей хирургии необходимо дополнить теорией.

Д-р Одоевский поясняет, что Упсанокр не задается широкими задачами, а считает нужным дополнить знания молодых врачей, которые недавно окончили университет. Они, по мнению Упсанокра, нуждаются в дополнении своих знаний, дополнении знаний самых элементарных из области медицины и санитарии.

Д-р Серебровский задает вопрос, как же преподавать полевую хирургию без материала.

Д-р Одоевский указывает, что и в довоенное время преподавали военно-полевую хирургию, быть может и при недостаточно полном материале. Упсанокр считает нужным ознакомить молодых врачей с асептикой и антисептикой.

Д-р Заславский полагает, что для возбуждения интереса к курсам, организуемым для пополнения знаний молодых врачей, необходимо снабдить госпиталь необходимыми приборами и аппаратами, хотя бы самыми необходимыми.

Когда лектор, скажем терапевт, вооружен будет только стетоскопом, он не в состоянии будет заинтересовать слушателей. Для более тонкой диагностики необходимы и соответствующие приборы, хотя бы самые необходимые.

В пример указывает на так назыв. «коассистентов» заграничных университетов, где студенту 4-го и 3-го курса, коассистенту—поручается производить самые широкие клинические исследования—химико-бактериологические и т. д.

Без снабжения самыми необходимыми приборами курсы не интересуют молодых врачей.

Д-р Бочаров предлагает конкретно перейти к вопросу, «что мы можем дать, а не то, что можно было бы дать».

Д-р Серебровский. Предлагает провести повторительные курсы в следующем виде: по курсам теоретическим, преподавание может быть проведено систематически, по курсам же клиническим—по типу госпитальных университетских клиник (на поступающих в госпиталь больных). Преподавание временем не ограничить, ограничивается лишь время слушателей на курсах.

Проф. Шамарин предлагает пройти курс оперативной хирургии и параллельно с этим демонстрировать операции на живых.

Д-р Знаменский находит, что врачи сумеют использовать весь материал госпиталя и моло-



дые врачи всему понемногу поучатся. Свои скудные знания сумеют безусловно пополнить на имеющемся материале в МВГ.

Д-р Дагилева предлагает пройти практические элементарные сведения из бактериоскопии и бактериологии (анализы мочи, крови, мокроты, демонстрация патологических картин при вскрытиях и элементарные сведения из бактериологической техники).

Д-р Заславский указывает, что можно будет обстоятельно ознакомить с методами диагностики и терапевтической техники, так как материал госпитальный разнообразен и подчас весьма интересен и поучителен.

Д-р Эдунис высказывает пожелание о привлечении клиницистов.

Проф. Шамарин предлагает также читать неотложные хирургические операции со включением асептики и антисептики.

Секретарь конференции д-р И. И. Заславский.

После окончания конференции в 1934 году.

он был рассмотрен и одобрен.

и на основании этого решения.

в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

и в 1934 году.

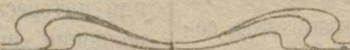
Д-р Бочаров предлагает избрать комиссию из 3-х лиц, которой поручить разработку программы.

Д-р Мариупольский думает, что можно будет провести практически курс госпитальной венерической клиники.

Вопрос о постановке лечебно-санитарного дела в воинских частях и лечебных заведениях остается открытым.

Д-р Одоевский подчеркивает, что канвой каждого лектора должна быть военно-лечебная постановка и это должен знать каждый лектор. Если нет специального лектора по данному вопросу в мест. воен. госпитале, то такового наметит Улсанов.

Намечается комиссия из трех лиц: д-ра Бочарова, д-ра Серебровского и д-ра Заславского.





## Х р о н и к а.

### Об организации научно-медицинского о-ва военных врачей.

24 марта с. г. состоялось общее собрание военных врачей г. Екатеринбурга, созванное по инициативе врид-начсанокра д-ра Ананьина и группы врачей. Упсанокра для обсуждения вопроса об организации научно-медицинского о-ва военных врачей Приуральского В. О. и в частности, г. Екатеринбурга. На собрание явились почти все военные врачи Екатеринбурга.

Докладчик д-р Ананьин указал, что в связи с переходом армии на мирное положение, когда возможна будет созидательная работа, организация о-ва военных врачей не только желательна, но и необходима. Никто из взявших слово по докладу не возражал против необходимости и своевременности организации такого о-ва и таким образом общее собрание вынесло—о-во организовать и по выработке устава выбрать комиссию. В комиссию вошли: д-р Ананьин, д-р Любушин, д-р Бочаров, д-р Бернштейн и д-р Серебровский.

Комиссия уже выработала устав и должна в непродолжительном времени представить таковой на рассмотрение общего собрания.

### Международная санитарная конференция.

Наркомздравом получено приглашение на участие в международной санитарной конференции, которая состоится в 20-х числах марта в Варшаве.

**Медикаменты.** Наркомздраву отпущено комиссией Госплана на приобретение заграничей медикаментов на 2.300.000 руб. золотом.

### К БОРЬБЕ С ХОЛЕРОЙ.

По инициативе инспектора от Упсанокра д-ра Одоевского, в Уфе образована комиссия по обследованию всех водоемчиков и главным образом по изучению путей распространения и занесения холеры. Комиссия займется выяснением наилучших способов вылавливания бациллоносителей из масс и сделает наблюдения над карантинированными бациллоносителями для освещения ряда вопросов, связанных с бациллоношением. Комиссия уже приступила к своей

деятельности и отчеты о трудах ее будут помещаемы в след. номерах «Уральского Врача».

### Не хочется верить.

В «Уральском Рабочем» № 82 от 11 апреля с. г. помещена заметка—отчет «В городской больнице».

Хочется верить, что в приводимой нами без всяких изменений и полностью этой заметке много опечаток.

### В городской больнице.

Пропущено больных за 2 месяца 2.321 человек. В январе м-це 1137 человек, из них остро-заразных 845, общих—292; в феврале—1184 человека, из них остро-заразных—881, общих—303.

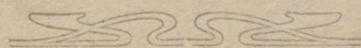
Таким образом, каждой штатной койкой в течение каждого м-ца воспользовались 3 больных. В заразных отделениях койко-оборот значительно больше и достигает в среднем 6 больных на койку в течении месяца.

Заболеваемость персонала в январе м-це возраслась в количестве 35 чел. или 15 проц. в феврале м-це—53 человека или 22,6 проц.

Всего за 2 м-ца переболело служащих 88 человек или 37,6 проц. Велик проц. заболеваемости, главным образом, среди канцелярских служащих. Здесь он достигает 80 проц. по отношению к общему числу служащих канцелярии. Следующей группой являются в этом отношении сестры-милосердия, заболеваемость которых достигает 55 проц. Заболеваемость среди сиделок равна 48 проц. и т. д. Такой высокий проц. заболеваемости объясняется очень просто: сестрам-милосердия и сиделкам приходилось дежурить по 2-4 суток беспрерывно.

Нормы питания служащих в калориях: за январь м-ц—1440 калорий, т. е. потребность одного человека в питании удовлетворится лишь на половину, а большинство служащих семейные. За февраль м-ц—900 калорий, т. е. еще меньше. Жалованье выплачивалось несвоевременно, также не выплачены сверхурочные с декабря м-ца. Все это, конечно, отражалось на работе больницы, но тем не менее работа по борьбе с эпидемией проделана колоссальная.

**Примечание:** Курсив наш.



За ответственного Редактора

Помначсанокр д р ЛЮБУШИН.







## Содержание № 4-го.

Д-р Сегалин. О задачах эврико-патологии (патология творчества и гениальности), (продолжение).

Д-р Любушин. Некоторые данные к вопросу по изучению психологии голодающих-людоедов.

Д-р Суслов. К вопросу о санитарном просвещении в Кр. Армии.

Д-р Георгиевский. Холодные обертывания при сыпном тифе.

Д-р Минц. Редкий случай поражения спинного мозга при сыпном тифе.

Отчет Всероссийского Военно-Санитарного с'езда.

Р е ф е р а т ы.

Б и б л и о г р а ф и я.

Х р о н и к а.



# УРАЛЬСКИЙ ВРАЧ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ

## НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Приуральского Окружного Военно-  
Санитарного Управления.

Под редакцией проф. В. К. Шамарина, д-ра А. А. Любушина, д-ра  
Г. В. Суслова, д-ра Р. М. Мариупольского, д-ра Я. В. Минц.

Журнал ставит своей задачей разработку и освещение научно-медицинских вопросов и дела санитарного строительства Красной армии.

К участию в журнале приглашаются врачи, как состоящие, так и не состоящие на военной службе.

Авторы оригинальных статей получают 15 экз. отдельных оттисков своей статьи или полных номеров журнала.

Просьба к другим медицинским журналам высылать на обмен свои издания.

Адрес Редакции: Екатеринбург, ул. Всевожуд, 4, Окружное военно-санит.  
Управление.

Ответственный редактор  
Начсанокр Приуральский.

За Главного редактора д-р А. А. Любушин.