Приамурскій Генералъ-Губернаторъ.

МАТЕРІАЛЫ ПО ИЗУЧЕНІЮ ПРИАМУРСКАГО КРАЯ.

Выпускъ XX.

ТРУДЫ

1-го СЪѢЗДА ВРАЧЕЙ

Приамурскаго края

23—28 Августа 1913 года

въ г. Хабаровскѣ.

Подъ редакціей врачей:

С. В. Виноградскаго, К. А. Покровскаго и А. А. Смирнова.

ХАБАРОВСКЪ.
Типографія Канцеляріи Приамурскаго Генералъ-Губернатора.
1914.

Оглавленіе.

Группа членовъ—участниковъ 1-го съѣзда врачей Приамурскаго края 23—28 августа 1913 г. въ г. Хабаровскѣ.

Подготовительная дѣятельность
организаціоннаго бюро по созыву 1-го съѣзда врачей Приамурскаго края.

Въ засѣданіи Хабаровскаго медицинскаго общества 27-го марта 1913 года предсѣдатель общества Л. Ф. Піонтковскій подѣлился съ счастливой мыслью, зародившейся у члена общества А. А. Смирнова, объ устройствѣ въ гор. Хабаровскѣ во время предстоящей выставки краевого съѣзда врачей.

А. А. Смирновъ вспоминаетъ о послѣднемъ съѣздѣ врачей въ 1901 году и думаетъ, что созывъ съѣзда въ настоящее время встрѣтитъ всеобщее сочувствіе со стороны всѣхъ врачей. Организацію созыва съѣзда Хабаровское Медицинское Общество должно взять на себя. Желательная программа съѣзда: обмѣнъ мнѣній, научные доклады, экскурсіи, осмотръ лѣчебныхъ заведеній и ознакомленіе членовъ съѣзда съ примѣняемыми въ нихъ новѣйшими способами лѣченія.

Въ возникшихъ по поводу программы съѣзда дебатахъ Я. Х. Берзинъ указалъ на желательность поставить въ основу программы съѣзда нѣсколько вопросовъ по общественной медицинѣ края, вообще же необходимо предоставить докладчикамъ полную свободу въ выборѣ темъ для докладовъ. А. Б. Моисеевъ выдвигаетъ, въ качествѣ программныхъ вопросовъ, вопросы о положеніи сельской и поселковой медицины въ краѣ.

Детальное выясненіе всѣхъ связанныхъ со съѣздомъ вопросовъ рѣшено возложить на особую комиссію изъ членовъ Общества.

Въ возникшихъ по поводу состава этой комиссіи дебатахъ часть ораторовъ высказывалась за желательность включенія въ нее всего состава правленія Общества и представителей различныхъ медицинскихъ вѣдомствъ, другая часть ораторовъ находила такую комиссію громоздкой и предложила ограничить число членовъ комиссіи четырьмя человѣками, кромѣ долженствующаго войти въ ея составъ президента Обще-

ства. За послѣднее предложеніе высказалось большинство членовъ Общества.

Голосованіемъ рѣшено произвести закрытую баллотировку въ члены комиссіи.

Подсчетомъ поданныхъ избирательныхъ записокъ оказались избранными, какъ получившіе большинство голосовъ: А. А. Смирновъ, А. Б. Моисеевъ, Я. Х. Берзинъ и А. И. Блюмъ.

Единогласно постановлено открыть организаціонному комитету кредитъ въ 100 рублей.

29-го марта 1913 года избранные собрались на первое засѣданіе огранизаціоннаго комитета съѣзда врачей, на которомъ занимались слѣдующими вопросами:

1) Распредѣленіе должностей: предсѣдателемъ избранъ А. А. Смирновъ, товарищемъ его—Л. Ф. Піонтковскій, секретаремъ—Я. Х. Берзинъ, казначеемъ—А. И. Блюмъ.

2) Послѣ выясненія обстоятельства, что разрѣшеніе предполагаемаго съѣзда, какъ краевого, зависитъ отъ г. Генералъ-Губернатора, приступлено къ составленію телеграммы на имя Генералъ-Губернатора.

3) Выработаны воззванія: 1) каждому врачу отдѣльно; 2) медицинскимъ Обществамъ и 3) начальствующимъ лицамъ разныхъ вѣдомствъ, въ вѣдѣніи которыхъ находятся врачи.

Рѣшено до полученія оффиціальнаго разрѣшенія воззванія не разсылать.

4) При обсужденіи вопроса о времени созыва съѣзда, рѣшено принять къ руководству и свѣдѣнію заявленіе товарищей—военныхъ врачей, что нужно выбрать время такъ, чтобы оно не совпало съ предполагаемыми большими маневрами округа.

По выясненіи обстоятельства, что маневры предполагаются въ первой половинѣ сентября мѣсяца, рѣшено назначить созывъ съѣзда на вторую половину августа мѣсяца.

5) При обсужденіи вопроса о мѣстѣ засѣданія съѣзда рѣшено остановиться на городскомъ домѣ, въ виду чего предсѣдателю, какъ городскому гласному, переговорить съ городскимъ головой.

На второмъ засѣданіи организаціоннаго комитета 22 мая 1913 г. предсѣдатель А. А. Смирновъ доложилъ, что пока все еще отъ Генералъ-Губернатора, находящагося въ Петербургѣ, оффиціальнаго разрѣшенія на созывъ съѣзда не получено и что таковое можно ожидать только по прибытіи Генералъ-Гу-

бернатора въ Хабаровскъ. Посему слѣдуетъ уже сейчасъ между врачами края распространить извѣстіе о предполагаемомъ созывѣ съѣзда врачей и просить ихъ принять въ съѣздѣ дѣятельное участіе.

По обсужденіи вопроса рѣшено пока только обратиться къ медицинскимъ Обществамъ во Владивостокѣ, Харбинѣ, Читѣ, а въ Никольскѣ-Уссурійскомъ и въ Благовѣщенскѣ просить старшихъ врачей мѣстныхъ лазаретовъ распространить между товарищами города извѣстіе о созывѣ съѣзда.

Предсѣдатель А. А. Смирновъ проситъ намѣтить желаемые вопросы и темы, подлежащіе обсужденію на съѣздѣ.

Намѣчены слѣдующіе вопросы:

1) Общественная борьба съ туберкулезомъ.

2) Амбулаторное лѣченіе туберкулезныхъ больныхъ (постановлено просить А. Г. Недлера выступить докладчикомъ).

3) О санаторіяхъ для туберкулезныхъ больныхъ.

4) О дѣтскихъ лѣтнихъ колоніяхъ.

5) Проказа и

6) Чума (постановлено просить д-ра Хмара-Борщевскаго изъ Харбина выступить докладчикомъ).

7) Противо-алкогольное движеніе.

8) Борьба съ венерическими болѣзнями.

9) Правовое положеніе врачей въ связи съ переработкой т. XIII Св. Зак. (постановлено просить д-ра С. В. Виноградскаго изъ Владивостока выступить докладчикомъ).

10) Искусственный выкидышъ.

11) Врачебно-санитарная часть Восточно-Китайской жел. дороги.

12) Врачебно-санитарное дѣло на рѣкахъ Амурскаго бассейна.

13) Краевая сельская медицина и законъ 1-го іюля 1912 года.

14) Борьба съ проституціей.

Предсѣдатель А. А. Смирновъ доложилъ, что Городской Голова обѣщалъ разрѣшить воспользоваться для засѣданія съѣзда Городскимъ Домомъ.

Рѣшено, въ виду необходимости точно фиксировать время съѣзда, остановиться на 23—28 августа.

На третьемъ засѣданіи организаціоннаго комитета 9-го іюня 1913 г., въ которомъ участвовалъ врачебный Инспекторъ Приморской области Сергѣй Васильевичъ Виноградскій, приступлено къ систематизаціи и къ редактированію программы

съѣзда. Въ окончательной формѣ программа занятій съѣзда вылилась въ слѣдующей редакціи:

Программа занятій съѣзда:

1) Городская медицина и постановка санитарнаго дѣла въ городѣ.

2) Краевая сельская медицина вообще и законъ 1-го іюля 1912 года.

3) Переселенческая медицина.

4) Организація медицинской помощи казачьему населенію края.

5) Желѣзно-дорожная медицина.

6) Врачебно-санитарное дѣло на рѣкахъ Амурскаго бассейна.

7) Военная и морская медицина.

8) Организація медицинской помощи рабочимъ пріисковыхъ и горнопромышленныхъ раіоновъ края.

9) Врачебно-санитарная организація на постройкѣ Амурской ж. д.

10) Судебная медицина въ краѣ.

11) Туберкулезъ. Его распространеніе въ краѣ и борьба съ нимъ.

12) Проказа. Распространеніе въ краѣ и призрѣніе прокаженныхъ.

13) Чума. } Распространеніе и борьба съ ними.
14) Холера. }

15) Брюшной тифъ и желудочно-кишечныя заболѣванія въ краѣ. Ихъ распространеніе и мѣры борьбы.

16) Сифилисъ и венерическія болѣзни. Распространеніе и борьба съ ними. Надзоръ за проституціей въ городахъ.

17) Оспа и ея эпидеміи въ краѣ. Постановка оспопрививанія.

18) Цынга. Распространеніе ея въ краѣ между переселенцами, старожилами, рабочими и инородцами.

19) Прочія остро-заразныя болѣзни края.

20) Алкоголизмъ и противо-алкогольное движеніе въ краѣ.

21) Душевныя болѣзни и призрѣніе душевно-больныхъ въ краѣ.

22) Собачье бѣшенство и пастеровскія станціи.

23) Доклады къ проекту реформы врачебно-санитарнаго законодательства примѣнительно къ Приамурскому краю.

24) Вопросы врачебнаго быта.

При предварительномъ обсужденіи церемоніала съѣзда комитетъ высказался за устройство 22-го августа вечеромъ товарищеской встрѣчи, по возможности съ концертнымъ отдѣленіемъ. Торжественное засѣданіе для открытія съѣзда устроить 23 августа въ полдень

При обсужденіи вопроса о членскомъ взносѣ съ участниковъ съѣзда, С. В. Виноградскій высказался, что таковаго вовсе не слѣдовало-бы брать, такъ какъ у участниковъ уже и такъ много расходовъ, связанныхъ съ прибытіемъ на съѣздъ. Комитетъ не принялъ окончательнаго рѣшенія по этому вопросу.

При обсужденіи вопроса о содѣйствіи прибывающимъ товарищамъ по пріисканію возможно дешеваго и удобнаго помѣщенія (а быть можетъ и безплатно), Я. Х. Берзинъ доложилъ, что изъ переговоровъ съ начальствующими лицами выяснилось, что военныхъ товарищей можно будетъ пріютить въ Хабаровскомъ мѣстномъ лазаретѣ. Л. Ф. Піонтковскій высказался, что, если только ко времени съѣзда не будетъ слишкомъ переполнена городская больница, то онъ постарается отвести безплатное помѣщеніе въ ней. А. Б. Моисеевъ обѣщаетъ устроить врачей переселенческихъ и сельскихъ на переселенческомъ пунктѣ.

На засѣданіи организаціоннаго комитета 3-го іюля 1913 года выслушаны слѣдующіе доклады и обсуждены слѣдующіе вопросы:

1) Л. Ф. Піонтковскій доложилъ о полученіи принципіальнаго разрѣшенія Генералъ-Губернатора на созывъ съѣзда, формальное разрѣшеніе поступитъ послѣ сношенія Генералъ-Губернатора съ областнымъ Инспекторомъ С. В. Виноградскимъ.

2) А. А. Смирновъ доложилъ, что отъ д-ра Хмара-Борщевскаго получено письмо, въ которомъ онъ сообщаетъ, что въ виду отъѣзда въ Петербургъ онъ не будетъ въ состояніи прибыть на съѣздъ и сдѣлать просимый докладъ о чумѣ. Обѣщаетъ съ своей стороны приложить всѣ старанія, чтобы возможно большее число ж.-д. врачей получило разрѣшеніе быть на съѣздѣ.

А. А. Смирновъ доложилъ письмо д-ра Сергѣя Ивановича Петина, который сообщаетъ, что въ „Обществѣ врачей Центральной больницы“ и въ „Обществѣ врачей Маньчжуріи“ 17 и 27 іюля будетъ доложено о программѣ съѣзда, а самъ

обѣщаетъ сдѣлать докладъ: „Pneumonia pestica“, патологическая анатомія и патологія по даннымъ вскрытій на Московскомъ чумномъ пунктѣ въ Харбинѣ во время эпидеміи чумы въ 1910 и 1911 годахъ“. Д-ръ Петинъ проситъ бюро достать побольше микроскоповъ для демонстраціи препаратовъ.

При обсужденіи выясняется, что можно въ городѣ набрать около 10 микроскоповъ.

3) Постановлено обратиться къ г. Генералъ-Губернатору съ просьбой открыть съѣздъ.

4) Обсуждена программа 1-го дня:

а) въ 12 час. 15 мин. открытіе съѣзда г. Генералъ-Губернаторомъ, б) привѣтствія и телеграммы, в) докладъ организаціоннаго бюро, г) торжественная рѣчь, д) выборъ предсѣдателя.

5) Торжественное засѣданіе должно быть публичнымъ, входъ по пригласительнымъ билетамъ. Постановлено послать приглашенія представителямъ всѣхъ вѣдомствъ.

6) При обсужденіи вопроса, какъ вести доклады и пренія, постановлено вести пренія послѣ цѣлаго ряда однородныхъ докладовъ.

7) Распредѣленіе программы занятій въ остальные дни, кромѣ перваго, рѣшено отложить до выясненія количества докладовъ.

8) Членскій взносъ опредѣленъ въ 5 рублей.

9) Вмѣсто членскаго билета будетъ служить квитанція о взносѣ членской платы.

10) Программы занятій съѣзда выдаются вмѣстѣ съ квитанціей.

11) Если окажется, что по программнымъ вопросамъ не будутъ заявлены доклады и трудно ожидать ихъ, то желательно было-бы сдѣлать по каждому вопросу краткое резюме, обработку которыхъ слѣдуетъ распредѣлить между членами Хабаровскаго медицинскаго Общества.

12) При обсужденіи вопроса, какъ вести запись содержанія докладовъ и преній, рѣшено отдѣльныхъ секретарей не выбирать, а возложить все это на секретаря организаціоннаго бюро, которому придать въ помощь двухъ помощниковъ изъ членовъ медицинскаго Общества. При входѣ на засѣданіе каждому члену выдается листъ бумаги для письменнаго изложенія своихъ возраженій.

13) Предсѣдателя и двухъ его товарищей намѣчать записками при вохдѣ на торжественный актъ.

14) Рѣшено просить г-жу М. П. Піонтковскую организовать вечеръ встрѣчи съ концертнымъ отдѣленіемъ.

На засѣданіи организаціоннаго комитета 16-го іюля 1913 года, въ которомъ участвовали областной врачебный Инспекторъ Приморской области С. В. Виноградскій и переселенческій врачъ Н. В. Кирилловъ, С. В. Виноградскій доложилъ, что Генералъ-Губернаторъ проситъ поднять на съѣздѣ вопросъ объ устройствѣ фельдшерско-акушерской школы въ краѣ, подвергнувъ подробному обсужденію вопросъ, устроить-ли ее за счетъ правительства, или дать разрѣшеніе устроить школы медицинскимъ Обществамъ.

При обсужденіи даннаго вопроса Н. В. Кирилловъ высказался, что Общество врачей Южно-Уссурійскаго края давно ратуетъ за устройство таковой школы въ Владивостокѣ и 12 лѣтъ тому назадъ уставъ для школы разработанъ и утвержденъ Министромъ. Владивостокъ имѣетъ прелестную городскую больницу, которую можно будетъ использовать для школы, но все дѣло въ томъ, что нѣтъ денегъ, не на что устроить общежитіе и др. помѣщенія, а казна просимую субсидію не даетъ. С. В. Виноградскій высказывается, что при устройствѣ школы отдѣльными лицами и учрежденіями всегда грозитъ опасность, что въ одинъ добрый часъ городскія больницы и другія лѣчебныя заведенія могутъ отказать пользоваться своими учрежденіями. С. В. Виноградскій обѣщалъ доставить на съѣздъ весь матеріалъ, который имѣется въ дѣлахъ Общества врачей Южно-Уссурійскаго края по поводу открытія этой школы во Владивостокѣ.

Н. В. Кирилловъ предлагаетъ ограничить продолжительность докладовъ 20 минутами. При обсужденіи этого вопроса рѣшено отложить рѣшеніе до выясненія количества докладовъ.

Н. В. Кирилловъ указываетъ, что въ программѣ съѣзда не имѣется вопроса: «Гигіена школъ».

А. Б. Моисеевъ предлагаетъ включить докладъ Н. В. Кириллова: «Китайская старая медицина и нарожденіе въ Китаѣ европейскаго типа лѣчебныхъ заведеній, медицинскихъ школъ и знаній» въ программу торжественнаго засѣданія въ качествѣ торжественной рѣчи.

На слѣдующемъ засѣданіи организаціоннаго комитета 15-го августа и на засѣданіяхъ, устроенныхъ въ послѣдніе три дня передъ открытіемъ съѣзда ежедневно, комитету пришлось заниматься разными мелкими вопросами по распорядительной, хозяйственной и канцелярской части созыва съѣзда,

и распредѣленіемъ докладовъ по днямъ (см. расписаніе занятій съѣзда, стр. 9).

Въ засѣданіи 21-го августа обязанности секретаря съѣзда, вслѣдствіе болѣзни д-ра Я. Х. Берзина, возложены на д-ра К. А. Покровскаго, а вслѣдствіе отказа д-ра А. И. Блюма отъ должности казначея, обязанности казначея возложены на д-ра А. Б. Моисеева.

Выработана программа научныхъ и общеобразовательнныхъ экскурсій участниковъ съѣзда (см. стр. 12).

1-й Съѣздъ врачей Приамурскаго края.

Расписаніе занятій Съѣзда.

23 августа.

Открытіе Съѣзда.

1. Рѣчь д-ра Н. В. Кириллова: «Китайская медицина въ ея прошломъ, отходящемъ въ область преданія и зачатки медицинской организаціи въ Китаѣ по европейскому образцу».

24 августа.

2. Докладъ д-ра К. С. Фіалковскаго: „Современные принципы борьбы съ алкоголизмомъ".

3. Докладъ д-ра С. И. Петина: «Pneumonia pestica».

4. Докладъ д-ра Е. Н. Филипповой: „Мѣропріятія для борьбы съ чумой на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна".

25 августа.

5. Докладъ д-ра М. Н. Каценеленбогена: „Постановка врачебной помощи въ г. Николаевскѣ".

6. Докладъ д-ровъ А. И. Эбергардта и С. И. Бѣлохвостова: „Вода центральной части г. Хабаровска въ лѣтнее время".

7. Докладъ д-ра А. Б. Германа: „Врачебно-санитарный надзоръ на рѣкахъ Амурскаго бассейна".

8. Докладъ д-ра Ф. Ф. Неводничанскаго: „Лиманы Амурскаго бассейна".

9. Докладъ д-ра А. Б. Моисеева: „Причины и слѣдствія высокой дѣтской смертности у переселенцевъ".

26 августа.

10. Докладъ д-ра П. А. Щербачева: „Къ вопросу о необходимости законодательства о душевно-больныхъ".

11. Докладъ д-ра Е. А. Фортунатова: „Объ организаціи медицинской помощи въ Средне-Уссурійскомъ врачебномъ участкѣ и въ связи съ этимъ о взаимоотношеніяхъ сельской, переселенческой и казачьей медицины“.

12. Докладъ д-ра О. И. Сомова: „Организація медицинской помощи въ Иманскомъ уѣздѣ“.

13. Докладъ д-ра Г. А. Кона: „О затрудненіяхъ, испытываемыхъ сельскими врачами и вслѣдствіе неудовлетворительнаго состава сельскаго фельдшерскаго персонала, и о тѣсной связи этого явленія съ недостаточной оплатой фельдшерскаго труда“.

14. Докладъ д-ра Л. А. Короневскаго: „Къ вопросу о постановкѣ акушерской помощи сельскому населенію Приморской области“.

15. Краткое сообщеніе д-ра Н. Н. Раковичъ: „Врачебно-санитарный надзоръ въ сельскихъ школахъ“.

16. Краткое сообщеніе д-ра В. Е. Тищенко: „Краткія свѣдѣнія о состояніи медицинскаго дѣла въ Уссурійскомъ казачьемъ войскѣ“.

27 августа.

Утреннее засѣданіе.

17. Докладъ д-ра С. Д. Чечулина: „Краткій санитарный обзоръ постройки средней части Амурской желѣзной дороги и организація санитарнаго отдѣла этой постройки“.

18. Его-же: „Болѣзненность и смертность на постройкѣ средней части Амурской ж. д. за три года 1910, 1911 и 1912 г. г.“.

19. Докладъ д-ра А. А. Смирнова: „Раннее распознаваніе туберкулезныхъ заболѣваній при помощи антитоксическихъ средствъ“.

20. Его-же: „Измѣненіе формы туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ чахоточныхъ“.

Вечернее засѣданіе.

21. Краткое сообщеніе д-ра А. И. Малегина о Николаевской лепрозоріи.

22. Докладъ д-ра Я. И. Здравомыслова: „Полгода въ Пекинѣ и недѣля въ Токіо“.

Обсужденіе съѣздомъ резолюцій, выработанныхъ Президіумомъ:

а) объ алкоголизмѣ, б) о чумѣ, в) о проказѣ, г) о сельской медицинѣ.

28 августа.

Утреннее засѣданіе.

23. Докладъ д-ра С. В. Виноградскаго: „Къ вопросу объ открытіи фельдшерской и фельдшерско-акушерской школы въ краѣ“.

24. Докладъ д-ра А. И. Блюмъ: „О вліяніи климатическихъ условій на заболѣваемость и теченіе болѣзней Приамурья“.

25. Докладъ д-ра Г. В. Борхардта: „Краевая физикотерапія“.

26. Докладъ д-ра А. К. Мольтрехта: „О необходимости устройства для Приморской области лѣчебницы для глазныхъ и убѣжища для слѣпыхъ“.

Вечернее засѣданіе.

27. Докладъ подполковника В. К. Арсеньева: „Къ вопросу о вымираніи инородцевъ“.

28. Докладъ доктора А. И. Эбергардта: „Біологическій методъ Abderhalden'а для распознаванія беременности.

29. Докладъ д-ра А. Б. Моисеева: „Опытъ скарлатинной вакцинаціи въ переселенческой практикѣ“.

Окончательное редактированіе резолюцій.

Закрытіе съѣзда.

Рѣчи при закрытіи съѣзда.

РАСПИСАНІЕ

научныхъ и общеобразовательныхъ экскурсій участниковъ 1-го Съѣзда врачей Приамурскаго края.

24 августа.—9 час. утра. Хабаровская городская больница. Демонстрація техники внутривенныхъ вливаній и поясничнаго обезболиванія.

25 августа.—Кессонныя работы на постройкѣ Амурскаго моста (Пароходъ „Инженеръ Вурцель" отходитъ отъ министерской пристани въ 9 час. утра).

26 августа.—Хабаровскій мѣстный лазаретъ въ 9 час. утра. Искусственный пневмотораксъ. Поясничное обезболиваніе. Внутривенное вливаніе.

Въ 11 час. утра. Осмотръ рефрижиратора графа де-Рессегье.

Въ 4 часа дня. Амбулаторія Хабаровскаго отдѣленія Всероссійской лиги для борьбы съ туберкулезомъ. Техника ранняго распознаванія туберкулеза. Амбулаторное лѣченіе туберкулинами. Музей лиги.

27 августа.—9 час. утра. Осмотръ выставки Приамурскаго края.

28 августа.—12 час. ночи. Товарищескій прощальный ужинъ.

ПРОТОКОЛЪ

торжественнаго засѣданія 1-го краевого Съѣзда врачей въ г. Хабаровскѣ 23 августа 1913 г.

Открытіе Съѣзда поручено было Начальникомъ края областному врачебному инспектору д. с. с. С. В. Виноградскому. Произошло оно въ торжественной обстановкѣ, въ большомъ залѣ городского дома, въ присутствіи приглашенныхъ лицъ, членовъ Съѣзда, представителей печати, администраціи.

Въ 1 часъ 20 мин. пополудни д. с. с. С. В. Виноградскій взошелъ на кафедру и обратился къ собравшимся съ слѣдующей рѣчью:

„Его Высокопревосходительство, Господинъ Приамурскій Генералъ-Губернаторъ поручилъ мнѣ привѣтствовать Съѣздъ, пожелать ему успѣха въ научныхъ работахъ, направленныхъ на улучшеніе постановки всего врачебно-санитарнаго дѣла въ краѣ. Пріятнымъ долгомъ считаю пожелать Съѣзду плодотворной работы и выражаю надежду, что Его Высокопревосходительство будетъ содѣйствовать проведенію въ жизнь конкретныхъ предложеній Съѣзда. Объявляю 1-й краевой съѣздъ врачей открытымъ“.

Представителемъ города Хабаровска, вмѣсто отсутствовавшаго городского головы И. И. Еремѣева, приславшаго письмо, выступилъ съ привѣтствіемъ членъ городской управы В. Д. Пашкевичъ:

„50 лѣтъ тому назадъ край нашъ безъ преувеличенія можно было-бы назвать пустымъ мѣстомъ. Но и теперь большая часть культурныхъ благъ досталась городу, сельскія же мѣстности обездолены; тогда какъ въ городахъ края мы видимъ достаточное число медиковъ и удовлетворительную организацію медицинской помощи населенію, въ сельскихъ мѣстностяхъ дѣло подачи медицинской помощи населенію находится въ зачаточной стадіи. Горячо желаю Съѣзду дружной и успѣшной работы въ дѣлѣ удовлетворенія насущныхъ нуждъ края“.

Д-ръ С. В. Виноградскій:

„Какъ Предсѣдатель Южно-Уссурійскаго О-ва врачей, привѣтствую настоящій Съѣздъ; самый созывъ его уже служитъ залогомъ успѣха работъ, такъ какъ за долгій промежутокъ, отдѣляющій его отъ предыдущаго Съѣзда, успѣло назрѣть много вопросовъ, непосильныхъ для отдѣльныхъ медицинскихъ организацій края, а потому вызвавшихъ необходимость созванія настоящаго Съѣзда“.

Д-ръ медицины С. И Петинъ:

М. Г. и М. Г.

„Давно уже извѣстно, что объединеніе культурныхъ силъ является однимъ изъ могущественныхъ двигателей прогресса. Съѣздъ—это одна изъ формъ объединенія и поэтому они получили такое распространеніе на всемъ земномъ шарѣ. Но не одно такое объединеніе является главною цѣлью Съѣздовъ, особенно нашихъ, русскихъ Съѣздовъ вообще, и врачебныхъ въ частности. Наши русскіе медицинскіе Съѣзды объединяютъ насъ, врачей, въ борьбѣ не только съ нашими исконными врагами—болѣзнями русскаго народа, но и въ борьбѣ съ причинами этихъ недуговъ. Мы вѣдь хорошо знаемъ, что русскій народъ болѣетъ не только чесоткой, холерой, цынгой, голоднымъ тифомъ и т. п. прелестями, но еще и другими, болѣе тяжкими болѣзнями—темнотой, невѣжествомъ, бѣдностью.

„Въ нашей повседневной жизни мы, врачи, боремся съ тифами, цынгой и т. п., здѣсь же, какъ объединенная корпорація, мы должны и будемъ бороться не только съ болѣзнями, но и съ соціальными недугами, которые порождаютъ эти болѣзни.

„Общество врачей Маньчжуріи, привѣтствуя краевой Съѣздъ врачей Приамурья, отъ всей души желаетъ товарищамъ полнаго успѣха въ ихъ трудахъ и не сомнѣвается, что Съѣздъ этотъ такъ же высоко будетъ держать знамя идейной борьбы противъ темныхъ силъ нашей дорогой родины, какъ это дѣлаютъ всѣ русскіе Съѣзды“.

Д-ръ П. А. Щербачевъ привѣтствуетъ Съѣздъ въ качествѣ делегата Никольскъ-Уссурійскаго О-ва врачей и желаетъ Съѣзду успѣха въ его работахъ.

Съ аналогичнымъ пожеланіемъ обращается къ Съѣзду представитель О-ва морскихъ врачей во Владивостокѣ д-ръ В. К. Лемкуль.

Отъ имени редакціи «Сибирской Врачебной Газеты» д-ръ Н. В. Кирилловъ обращается къ Съѣзду со слѣдующими словами:

„Д-ръ Федоровъ, редакторъ «Сибирской Врачебной Газеты», телеграммою изъ Иркутска проситъ меня, какъ стараго сотрудника газеты, выступить въ качествѣ делегата отъ состава редакціи на настоящемъ конгрессѣ врачебныхъ силъ Дальняго Востока. Съ удовольствіемъ исполняя его просьбу, прошу Съѣздъ принять пожеланіе отразить въ своихъ работахъ ожиданія общественныхъ дѣятелей колоніи, дать ей схему возможнаго приближенія къ такой надежной плодотворной санитарной организаціи, какая создана центромъ нашей родины, Москвой, и испытана, развита, примѣнительно къ мѣстнымъ условіямъ, всей земской Россіей“.

Д-ръ А. Б. Германъ: „Начальникъ Управленія Водныхъ Путей Амурскаго бассейна поручилъ мнѣ привѣтствовать Съѣздъ и пожелать ему успѣха въ дѣлахъ; того-же желаю Съѣзду и лично отъ себя. Какъ представитель санитарной организаціи, долженъ отмѣтить, что Съѣзды представляютъ собой одну изъ формъ коллегіальнаго общенія; что коллегіальное разрѣшеніе вопросовъ является наилучшимъ, это съ несомнѣнностью показала намъ Дрезденская выставка 1911 года, гдѣ отдѣлъ земской медицицы занялъ такое видное мѣсто; несомнѣнность этого, вѣрю, покажетъ и настоящій Съѣздъ и увѣренность эта дастъ мнѣ право ожидать положительныхъ результатовъ работы Съѣзда“.

Женщина-врачъ П. Я. Васильева передаетъ Съѣзду привѣтствіе отъ имени Владивостокской городской больницы.

Предсѣдатель Приамурскаго отдѣла И. Р. Г. О. генералъ-маіоръ С. Н. Ванковъ привѣтствуетъ Съѣздъ:

„Далекая окраина нуждается въ культурныхъ работникахъ разнаго рода; нужны ей изслѣдователи, но нужны ей также и врачи и не только въ цѣляхъ обезпеченія населенія медицинской помощью, что является немаловажнымъ моментомъ въ дѣлѣ переселенія, но и въ цѣляхъ освѣщенія различныхъ врачебно-санитарныхъ нуждъ края, удовлетвореніе которыхъ признается неотложнымъ“.

Редакторъ газеты «Пріамурье» К. К. Куртеевъ:

„Привѣтствую Съѣздъ, какъ представитель печати, живо откликающейся на запросы и нужды края. Отмѣчу, что во-

просы эпидемiологiи края нуждаются въ детализацiи, въ выясненiи подробностей. Общенiе съ Съѣздомъ, какъ и со всякимъ коллективомъ, поднимаетъ наше настроенiе, даетъ намъ бодрость духа; думаю, что мы всѣ, несомнѣнно, увидимъ положительные результаты работъ Съѣзда".

Вслѣдъ за тѣмъ привѣтствуетъ Съѣздъ отъ имени мѣстнаго Отдѣла Всероссiйской Лиги для борьбы съ туберкулезомъ д-ръ Н. Н. Токаревъ.

Представитель газеты „Приамурская Жизнь" И. Л. Миллеръ ждетъ отъ Съѣзда разрѣшенiя многихъ наболѣвшихъ вопросовъ изъ области здравоохраненiя, желаетъ Съѣзду плодотворной работы на пользу далекой окраины.

С. А. Писаревичъ, предсѣдатель о-ва взаимопомощи учителей, привѣтствуетъ Съѣздъ какъ «одно изъ свѣтлыхъ явленiй мѣстной жизни, какъ собранiе лицъ, призванныхъ служить высокимъ цѣлямъ. Являясь представителемъ сельскихъ учителей, позволю себѣ указать—сказалъ С. А. Писаревичъ—на ненормальности, одно устраненiе которыхъ явилось бы благомъ для населенiя: отсутствуетъ школьно санитарный надзоръ, сама школа не является примѣромъ для населенiя, а раздѣляетъ его антисанитарiю. Учителя, безпомощные въ устраненiи недостатковъ, обращаются за поддержкой къ Съѣзду, надѣясь въ лицѣ его найти компетентнаго выразителя нуждъ краевой школы, школьной санитарiи".

Затѣмъ докладывается рядъ телеграфныхъ и проч. привѣтствiй:

1) Отъ Приамурскаго Генералъ-Губернатора:

„Привѣтствую Съѣздъ врачей и сердечно жалѣю, что не могу быть сегодня съ вами. Искренно желаю плодотворныхъ занятiй на пользу края.

Гондатти".

2) Отъ Сахалинскаго Губернатора:

„Глубоко признателенъ за приглашенiе. Къ сожалѣнiю, на Съѣздъ не могу командировать врача, такъ какъ въ области на лицо всего два врача.

Губернаторъ Григорьевъ".

3) Отъ и. д. Приморскаго Губернатора:

„Привѣтствую Съѣздъ врачей Приамурскаго края, со-

жалѣю о невозможности прибыть. Желаю плодотворныхъ результатовъ работы.

И. д. Губернатора Лодыженскій".

4) Отъ Камчатскаго Губернатора и Врачебнаго Инспектора:

„Поздравляемъ съ открытіемъ Съѣзда. Сожалѣемъ о невозможности лично присутствовать или командировать врачей вслѣдствіе отсутствія путей сообщенія. Желаемъ плодотворной дѣятельности.

За Губернатора Вице-Губернаторъ Чаплинскій и и. д. Врачебнаго Инспектора Фридъ".

5) Отъ Начальника К. В. ж. д.:

„Принося глубокую благодарность за любезное приглашеніе, прошу передать организаціонному бюро мои искреннія пожеланія полнаго успѣха. Лично прибыть на Съѣздъ, къ сожалѣнію, не могу за невозможностью по случаю пріѣзда Инспектора желѣзнодорожныхъ войскъ.

Хорватъ".

6) Отъ Начальника Амурскаго Воднаго Управленія:

„Очень признателенъ за приглашеніе, привѣтствую Съѣздъ съ открытіемъ. Желаю полнаго успѣха въ работѣ, осуществленія пожеланій. Посѣтить Съѣздъ, къ сожалѣнію, не могу. Въ качествѣ представителей командирую старшаго врача Управленія Германа, и участковаго—Филиппову.

Начальникъ Амурскаго Воднаго Управленія Чубинскій".

7) Отъ Приамурскаго Окружнаго Военно-Ветеринарнаго Инспектора:

„Приамурскій Окружный Военно-Ветеринарный Инспекторъ, выѣзжая по дѣламъ службы въ городъ Николаевскъ, поручилъ мнѣ передать Вамъ и всѣмъ господамъ членамъ Съѣзда отъ себя и отъ военныхъ ветеринарныхъ врачей округа искреннія поздравленія съ открытіемъ Съѣзда и пожеланія Съѣзду плодотворной работы на пользу далекаго, но столь важнаго для нашего отечества Приамурскаго Края.

За Окружнаго Военно-Ветеринарнаго Инспектора

Вороновъ".

8) Отъ д-ра Здравомыслова:

„Привѣтствуя открытіе Съѣзда, желаю плодотворной работы; въ объединеніи врачей вижу залогъ процвѣтанія края.

Очень сожалѣю, что обстоятельства службы не позволяютъ пріѣхать".

Докторъ Здравомысловъ".

9) Письмо Хабаровскаго Городского Головы.

„Милостивый Государь
Александръ Андреевичъ!

„Совпаденіе времени открытія Съѣзда г. г. врачей и завтрака Амурской рѣчной флотиліи въ честь прибывшихъ миноносцевъ, куда я приглашенъ также, какъ представитель города, лишили меня возможности лично привѣтствовать открытіе Съѣзда.

Привѣтствуя открытіе Съѣзда и желая полнаго успѣха въ его предстоящей работѣ, я позволяю высказать увѣренность, что этотъ Съѣздъ просвѣщенныхъ людей Края принесетъ несомнѣнную пользу не только въ узко медицинскомъ дѣлѣ, но и въ общественной жизни Края.

Прошу принять увѣреніе въ совершенномъ уваженіи и преданности. Еремѣевъ.

Его Высокородію А. А. Смирнову, Предсѣдателю Организаціоннаго бюро Съѣзда врачей Приамурскаго Края въ гор. Хабаровскѣ".

Послѣ этого произноситъ рѣчь Предсѣдатель организаціоннаго бюро по созыву Съѣзда врачей—д-ръ А. А. Смирновъ;

„Въ лѣтописяхъ Приамурскаго края настоящій Съѣздъ врачей долженъ считаться третьимъ по счету. Первый Съѣздъ былъ въ 1899 году, второй въ 1901 году. Первые два Съѣзда именовались «Съѣздами врачей Приморской области», а настоящій Съѣздъ уже является Съѣздомъ „краевымъ". Такимъ образомъ, настоящій Съѣздъ въ сущности является первымъ Съѣздомъ врачей „всего Приамурскаго Края".

Идея созыва Съѣзда принадлежитъ Хабаровскому медицинскому обществу; вызвана она была отчасти желаніемъ помочь товарищамъ какъ можно продуктивнѣе использовать время, потребное для осмотра выставки Приамурскаго края, отчасти желаніемъ воспользоваться самымъ пребываніемъ товарищей въ Хабаровскѣ, чтобы совмѣстно затронуть и обсудить нѣкоторые наболѣвшіе практическіе вопросы чисто краевого значенія, подѣлиться впечатлѣніями изъ врачебнаго быта и, быть можетъ, выслушать нѣсколько докладовъ чисто научнаго характера. Попутно имѣлось въ виду дать возмож-

ность нѣкоторымъ товарищамъ, живущимъ въ медвѣжьихъ углахъ, путемъ осмотра мѣстныхъ лѣчебныхъ заведеній и нѣкоторыхъ сооруженій, своими глазами увидать воплощеніе въ жизнь новѣйшихъ завоеваній въ области медицинской науки и техники и тѣмъ, быть можетъ, содѣйствовать широкой диссеминаціи послѣднихъ по нашему далекому и обширному краю. Я имѣлъ въ виду: раннюю діагностику и специфическое лѣченіе туберкулеза, технику внутривенныхъ вливаній, поясничное обезболиваніе, мѣстную анестезію и т. п.

Такимъ образомъ, цѣль созыва Съѣзда рисовалась медицинскому обществу въ слѣдующемъ видѣ:

1) Удовлетворить естественныя стремленія спеціалистовъ подвести итоги пережитому, дать имъ возможность поближе познакомиться другъ съ другомъ и выработать единый планъ совмѣстной дальнѣйшей работы.

2) Поощрить между ними научное соревнованіе.

3) Подвергнуть всестороннему обсужденію запросы момента, властно диктуемые жизнью, а именно:

а) о систематическомъ и планомѣрномъ учетѣ населенія края;

б) о выработкѣ планомѣрной и объединенной санитарной организаціи въ городахъ, селеніяхъ, промыслахъ и на путяхъ сообщенія. Съ каждымъ годомъ нашъ край приходитъ все болѣе и болѣе въ тѣсное соприкосновеніе съ тропическими странами, источниками всевозможной заразы. Если бѣда разразится—край долженъ быть готовъ въ любой моментъ отразить врага;

в) о спеціализаціи лѣчебныхъ заведеній и объ оборудованіи ихъ согласно требованіямъ современной медицинской науки и санитарной техники. Особое вниманіе необходимо удѣлить при этомъ вопросу о призрѣніи душевно-больныхъ, неизлѣчимыхъ хрониковъ, прокаженныхъ, туберкулезныхъ и слѣпыхъ;

г) о широкомъ развитіи курортовъ, школьныхъ санаторій и санаторій для взрослыхъ;

д) объ открытіи въ краѣ собственной акушерско-фельдшерской школы;

е) о способахъ борьбы съ прогрессирующей алкоголизаціей и сифилизаціей края;

ж) о привлеченіи врачей къ болѣе активному участію въ строительствѣ ново-формируемаго края въ виду широкой и планомѣрной его колонизаціи;

3) о реформѣ врачебно-санитарнаго законодательства примѣнительно къ Приамурскому краю.

Нѣкоторые изъ этихъ вопросовъ уже подвергались всестороннему обсужденію на двухъ предыдущихъ Съѣздахъ. Заключенія Съѣздовъ не утратили своего значенія и до сего дня, но, къ сожалѣнію, большинство изъ нихъ осталось въ области благихъ пожеланій, повидимому, больше всего, по причинамъ чисто финансовымъ. Болѣе детально мы ознакомимся съ ними въ рабочихъ засѣданіяхъ Съѣзда, а сейчасъ я не могу отказать себѣ въ удовольствіи привести только два изъ нихъ, которые, по моему мнѣнію, заслуживаютъ стать достояніемъ исторіи и которыми, несомнѣнно, настоящій Съѣздъ будетъ руководиться при обсужденіи аналогичныхъ вопросовъ:

Вотъ они:

1) Выборы мѣста для новыхъ селеній, а равно распланировка селеній должны производиться при ближайшемъ участіи участковыхъ врачей. Рекомендуется хуторная система землепользованія въ краѣ. Въ селеніяхъ необходимы общественныя бани для поддержанія чистоты тѣла и съ цѣлью производства дезинфекціи при эпидеміяхъ.

2) Проказа не опаснѣе бугорчатки или рака, поэтому принудительное помѣщеніе прокаженныхъ въ лепрозоріи въ первой стадіи болѣзни несправедливо и не оправдывается дѣйствительной надобностью. Обязательная изоляція и призрѣніе ихъ въ лепрозоріяхъ, сельскихъ или центральныхъ, подъ надзоромъ врача, необходимы только въ случаяхъ значительнаго развитія болѣзни, при безпомощномъ положеніи заболѣвшихъ. Необходимо разсѣять ложный страхъ передъ проказой— пережитокъ стараго времени—публичными чтеніями, бесѣдами врачей и брошюрами.

Не нужно забывать, что эти постановленія были вынесены Съѣздомъ 1901 года, т. е. 12 лѣтъ тому назадъ, когда во всей Приморской области было столько же врачей, сколько сейчасъ въ одномъ лишь г. Хабаровскѣ, когда самъ укладъ жизни на нашей далекой окраинѣ былъ гораздо проще, первобытнѣе, и когда санитарія и гигіена еще не предъявляли къ жизни такихъ властныхъ требованій, какъ сейчасъ.

Тѣмъ труднѣе наша задача теперь, тѣмъ болѣе наша отвѣтственность при рѣшеніи аналогичныхъ вопросовъ.

Обсужденію настоящаго Съѣзда подлежатъ 25 программныхъ вопросовъ, по которымъ представлено около 30 докладовъ. Нельзя при этомъ не пожалѣть, что благая идея созы-

ва Съѣзда явилась у медицинскаго общества нѣсколько поздно. Слишкомъ мало оставалось времени до созыва Съѣзда, чтобы широко организовать подготовительныя работы, тщательно разработать программу, привлечь къ участію другія медицинскія общества края и заручиться достаточнымъ количествомъ докладовъ. Возможно, что нѣкоторые программные вопросы не будутъ достаточно освѣщены докладами, а поступятъ на обсужденіе въ сыромъ видѣ и, быть можетъ, даже будутъ переданы для разработки слѣдующему Съѣзду.

Но не будемъ огорчаться этимъ. Всякое начало трудно. Организаціонное бюро, привѣтствуя участниковъ настоящаго Съѣзда и желая имъ успѣха въ предстоящей работѣ, выражаетъ твердую увѣренность, что настоящій Съѣздъ, окончивъ свое дѣло, не будетъ считать свою задачу исчерпанной, а приметъ всѣ зависящія отъ него мѣры, чтобы положить прочное начало періодическимъ краевымъ съѣздамъ врачей. Съ своей стороны выражаемъ наше горячее пожеланіе, чтобы настоящій Съѣзъ оказался тѣмъ краеугольнымъ камнемъ, на которомъ со временемъ вырастетъ стройное зданіе объединенной краевой врачебно-санитарной организаціи на пользу нашей безпредѣльной окраины и на благо нашей дорогой родины.

Въ заключеніе, организаціонное бюро приноситъ горячую благодарность всѣмъ лицамъ, откликнувшимся на приглашеніе и почтившимъ своимъ посѣщеніемъ праздникъ медицинской науки, и Хабаровскому городскому головѣ И. И. Еремѣеву за любезное предоставленіе настоящаго помѣщенія для занятій Съѣзда".

Предсѣдатель организаціоннаго бюро д-ръ А. А. Смирновъ предлагаетъ собранію просить Главнаго Начальника Края Шталмейстера ВЫСОЧАЙШАГО ДВОРА Николая Львовича Гондатти принять на себя званіе Почетнаго Предсѣдателя Съѣзда.

Предложеніе принимается бурными аплодисментами.

Предсѣдатель организаціоннаго бюро д-ръ А. А. Смирновъ доложилъ, что „по техническимъ соображеніямъ, выборы президіума переносятся на первое рабочее засѣданіе Съѣзда, которое состоится 24 августа 1913 года въ 6 час. вечера. Сегодня же вечеромъ, въ этомъ же залѣ, состоится товарищеская встрѣча участниковъ Съѣзда на семейномъ музыкально-вокальномъ вечерѣ. Входъ безплатный. Начало въ 8 часовъ вечера".

ДОКЛАДЫ.

ПРОГРАММА ЧТЕНІЯ

врача Н. В. Кирилова

на торжественномъ открытіи 1-го съѣзда врачей Приамурскаго края въ г. Хабаровскѣ 23-го августа 1913 года.

„Медицинское дѣло въ Китаѣ въ прошломъ, отходящемъ въ область преданія, и зачатки его по европейскому образцу за послѣднее время".

---

1) Старая китайская медицина — интересная страница общечеловѣческой культуры.

2) Теорія міровыхъ стихійныхъ элементовъ — огня, вѣтра, воды, дерева, металла — въ приложеніи къ примитивной физикѣ, химіи и физіологіи.

3) Классификація болѣзней, распознаваніе ихъ (хотя бы по сновидѣніямъ), установка предсказаній, значеніе астрологіи.

4) Установка діеты, режима, лѣченія.

5) Панты, жень-шень, амулеты, заговоры, хирургія.

6) Переходъ народныхъ массъ къ новому міропониманію, нарожденіе мистицизма.

7) Дѣятельность миссіонеровъ, учрежденіе таможенъ подъ протекторатомъ Англіи.

8) Молодой Китай, первыя школы для медиковъ европейскаго типа.

9) Боксерское возстаніе, военные госпитали, маньчжурская чума.

10) Китай остается конгломератомъ массъ, стоящихъ на разныхъ ступеняхъ культуры, безпомощенъ въ планомѣрной борьбѣ съ инфекціями.

11) Элементы «китайщины» у европейскихъ народовъ.

12) Путь прогресса народовъ — одинъ для всего человѣчества, и Китай не представляетъ исключенія.

№ 1.

Рѣчь врача Н. В. Кирилова,

сказанная при открытіи Съѣзда врачей Приамурскаго края въ г. Хабаровскѣ 23 августа 1913 г.

Китайская медицина въ ея прошломъ, отходящемъ въ область преданія и зачатки медицинской организаціи въ Китаѣ по европейскому образцу.

Старая китайская медицина составляетъ удивительно цѣлостный культурный пережитокъ, тѣмъ болѣе достойный изученія, что онъ имѣетъ громадную спеціальную литературу и сохраняется въ живой дѣятельной практикѣ. Милліоны современниковъ воспитаны въ непреложности тѣхъ научныхъ основъ міропониманія, которыя легли фундаментомъ медицинскаго знанія. Это міропониманіе чрезвычайно подробно и понятно для широкихъ массъ разработано и такъ просто, что едва ли скоро можетъ быть вычеркнуто изъ жизни народа, если не придетъ эра всеобщаго обученія новой физикѣ и химіи.

Теорія первоначальныхъ стихійныхъ элементовъ, объясняющая всѣ явленія окружающей насъ среды, такъ завлекательна, что долго держитъ въ плѣну умы разъ усвоившихъ ее, и нужны значительные успѣхи техники и общихъ реальныхъ знаній, чтобы отрѣшиться отъ невольно подсказываемыхъ традиціонныхъ соображеній. *Все въ мірѣ состоитъ изъ смѣшенія пяти кардинальныхъ веществъ: огня, воздуха, воды, земли, металла*: то, что имѣетъ цвѣтъ красный или желтый, вкусъ жгучій, запахъ острый, осыпано жгутиками—содержитъ въ себѣ много огня; все, что имѣетъ цвѣтъ синеватый, шереховато, легко на вѣсъ, пористо, на вкусъ прѣсно—содержитъ воздухъ или вѣтеръ; все, что влажно, мягко, сочно—содержитъ воду; то, что черно, солено, тяжело—содержитъ землю, а что имѣетъ блестящую поверхность, холодитъ, плотно—содержитъ много металла.

Въ примѣненіи къ физіологіи человѣческаго организма эти пять міровыхъ агентовъ комплектуются уже въ три

основныхъ элемента: *„желчь, вѣтеръ, слизь“*. Считается, что нашъ организмъ имѣетъ строго опредѣленныя сочетанія этихъ „эссенцій“, а потому всякое нарушеніе разъ установленнаго равновѣсія вызываетъ болѣзнь, требуетъ вмѣшательства.

Желчь содержитъ въ себѣ преимущественно стихію огня: она поддерживаетъ общую теплоту тѣла, даетъ „свѣтъ“ глазамъ, позволяетъ переваривать пищу, даетъ возможность проявить силу въ работѣ, храбрость, гнѣвъ, смѣлость, а при усиленіи—вызываетъ различныя воспаленія.

Воздухъ, конечно и это понятіе вполнѣ метафизическое, или вѣрнѣе *„вѣтеръ“*—прежде всего даетъ дыханіе, вызываетъ всѣ движенія тѣла—ходьбу, работу рукъ, даръ рѣчи, распредѣляетъ теплоту по тѣлу, прогоняетъ пищу, начиная съ глотанія до окончательнаго выведенія, выгоняетъ ребенка во время родовъ, „двигаетъ мыслями“, даетъ ощущеніе шума вѣтра въ ушахъ, въ головѣ, чувство ползанія мурашекъ по кожѣ и пр.

Наконецъ, *слизь* въ нашемъ организмѣ играетъ роль главнаго субстрата, обусловливаетъ форму, массу, круглоту, даетъ полноту, обиліе жира, выдѣленій, сонъ, спокойное ко всему отношеніе, неподвижность, лѣнь, довольство собою или апатію.

Смѣшеніе этихъ элементовъ въ разныхъ организмахъ допускаетъ нѣкоторыя опредѣленныя колебанія. Поэтому имѣются люди, у которыхъ по „конституціи“ преобладаетъ „огонь“, люди горячіе, полнокровные, съ краснымъ лицомъ, съ румянцемъ, экспансивные, сильныхъ, страстныхъ движеній, вспыльчивые, храбрые, подобные „тигру“. Имѣются люди другого темперамета—такъ сказать „вѣтреные“ или „воздушные“, худощавые, способные много говорить, болтать, смѣяться или плакать, вѣчно подвижные и безъ всякой видимой причины, подобные „обезьянѣ“; наконецъ, встрѣчаются люди плотнаго тѣлосложенія, бѣлой нѣжной кожи, съ медленными движеніями, съ тихой плавной рѣчью, невозмутимые, съ громаднымъ аппетитомъ, сонливые, подобные „свиньѣ“.

Китайскіе ученые пошли въ своихъ наблюденіяхъ надъ законами природы и дальше. Философы указали на то, что *всѣ міровыя силы*, являющіяся въ то же время и матеріальными агентами, *сводятся* всего *къ двумъ первоисточникамъ жизненной энергіи: къ мужскому и женскому началу*. Эти первостихи—„Инъ“ и „Янь“—должно понимать вполнѣ цѣломудренно, и воплощеніе ихъ можно легко мысля-

щему уму усмотрѣть во всѣхъ вещахъ и явленіяхъ окружающаго міра. Конечно, гдѣ огонь, движеніе, линія, свѣтъ,— тамъ проявляется мужское начало; а гдѣ темно, покой, шарообразная форма,—тамъ сфера женскаго начала вселенной.

Но не встрѣчается необходимости углубляться въ эту область тонкихъ соображеній, такъ какъ изъ исторіи хотя бы языковъ мы всѣ знаемъ, что многіе народы отъ своихъ „академиковъ", изъ дали глубокой сѣдой древности, получили наслѣдіе въ раздѣленіи существительныхъ именъ на роды мужской и женскій не только для одушевленныхъ видимо предметовъ и всѣ мы подчиняемся этому творчеству, этому пережитку старинныхъ трудовъ проницательныхъ философовъ, забывъ о тѣхъ мотивахъ, которые руководили первыми законодателями языка.

Исходя изъ такихъ принципіальныхъ воззрѣній на всю природу, на физическія и химическія явленія окружающаго насъ міра, древніе ученые всѣхъ культурныхъ народовъ и современные намъ представители китайской „тысячелѣтней науки-схоластики" не нуждаются въ изслѣдованіяхъ анатомическихъ, микроскопическихъ, могутъ дать удовлетворительное для своего обихода объясненіе любому физіологическому или патологическому симптомокомплексу жизни организма.

Для нихъ представляютъ важность такіе симптомы, на которые мы не обратили бы и вниманія; для нихъ даютъ путеводную нить для сужденій часто вовсе не объективные, а чисто субъективные признаки. Напр., если кто либо живетъ на берегу озера, гдѣ часты туманы, сырость, тотъ напитывается „элементомъ воды"; кто живетъ на откосѣ, обращенномъ на югъ, тотъ невольно поглощаетъ въ себя стихію огня; кто пьетъ изъ ключа, вытекающаго изъ подъ южной покати горы, или купается въ такомъ водоемѣ, тотъ также усиливаетъ въ себѣ огненное начало. Такимъ образомъ, по сезонамъ года, по часамъ дня могутъ быть колебанія составныхъ физіологическихъ началъ въ организмѣ, и вліяніе такихъ перемѣнъ на теченіе болѣзней приходится ученымъ учитывать.

Теперь понятно, что для усиленія родовыхъ схватокъ, т. е. *„внизъ выводящаго воздуха"*, вполнѣ „раціоналистично" будетъ приложить къ животу роженицы земли, взятой подлѣ отверстія мышиной норки, обращенной къ болѣе „вѣтреному" востоку, внизъ по покати горки. Понятно, что для лѣченія болѣзней кожи должна годиться кора различныхъ деревьевъ, причемъ нельзя при воспаленной красной кожѣ при-

мѣнять лѣкарство желтаго или краснаго цвѣта, ибо „жаръ на жаръ вреденъ“. Для лѣченія глазъ вообще полезны разные цвѣты, напоминающіе своимъ видомъ глаза; но при воспаленныхъ красныхъ глазахъ надо брать цвѣты синіе, а разъ ослаблено зрѣніе, мало *„внутренняго свѣта“*, требуется примѣнить цвѣты желтые, прямо желчь, особенно рыбью—*холодный свѣтъ*, или змѣиную блестящую чешую, гвоздику и т. п. Точно также ясно, что при шумѣ въ головѣ, зависящемъ отъ накопленія излишняго воздуха тамъ, необходимо употребить средство, содержащее въ себѣ концентрированный „вверхъ поднимающій воздухъ“, т. е. „чихательный составъ“; а при зѣвотѣ, когда замѣтенъ недостатокъ „верхняго воздуха“, надо дать шипучей воды, содержащей въ себѣ таковой, вверхъ вздымающійся. Конечно, вода кипяченая содержитъ въ себѣ уже примѣсь „огня“, и не годится при ощущеніи „жара“ внутри тѣла, т. е. въ это время надо пить, давать „сырую“ воду. Равнымъ образомъ ошибкою будетъ назначить больному съ обиліемъ „воздуха“, испытывающему пробѣганіе мурашекъ по тѣлу—мясо курицы, летающей птицы, когда ему болѣе соотвѣтствуетъ мясо черепахи. Также больному „почками“, испытывающему тяжесть въ области почекъ, страдающему истеченіемъ изъ наружныхъ почекъ (testiculorum), т. е., проще сказать, хроническій уретритъ или масса для насъ различныхъ ревматическихъ заболѣваній—полезны бобы, стручки, напоминающіе своей формой почку, какъ въ пищѣ—діетѣ, такъ и въ видѣ лѣкарства, напр. питаться надо мясомъ осла, имѣющаго копыто въ видѣ почки.

Изъ приведенныхъ примѣровъ уже достаточно выяснено, что китайская медицина вполнѣ научна; прежде всего требуетъ отъ своихъ адептовъ примѣненія для лѣченія золотого правила: „познай прежде всего причину болѣзни, а потомъ лѣчи“. Но часто, чтобы удовлетворить всѣмъ показаніямъ діагноза, приходится прибѣгать къ весьма сложнымъ смѣсямъ лѣкарствъ. Такъ, для лѣченія глазъ при плохомъ зрѣніи, вслѣдствіе помутнѣнія хрусталика—катаракты, требуется конечно прежде всего желчь рыбья или змѣиная, какъ содержащая „холодный огонь“, или даже кожа блестящая нѣкоторыхъ мелкихъ змѣй, но въ смѣси съ желтыми цвѣтами; при этомъ надо принять во вниманіе, какого цвѣта катаракта, не зеленая-ли—и въ такомъ случаѣ прибавить можно масла, молока—и таковое употребляется чаще всего женское; или же молочнаго оттѣнка—и въ такомъ случаѣ прибавляются сухіе порошки,

красные изъ толченыхъ цвѣтовъ и даже изъ драгоцѣнныхъ свѣтящихся камней.

Но при каждомъ вмѣшательствѣ въ физіологію больного требуется еще внимательно предварительно ознакомиться съ *астрологическими* данными, чтобы не причинить больному вреда вмѣсто пользы: каждый день года, каждый мѣсяцъ самъ по себѣ, каждый часъ дня, каждый годъ состоятъ подъ покровительствомъ или, вѣрнѣе сказать, подъ вліяніемъ строго опредѣленныхъ небесныхъ свѣтилъ, мифическихъ животныхъ и стихійныхъ началъ, напр. тигра, мыши, коня-вѣтра, быка, рыбы-воды и проч. Педантъ врачъ сообразитъ, когда родился паціентъ, когда онъ заболѣлъ, на комъ женатъ (ибо встрѣчаются часто „не научные браки"—сочетанія супруга „огненнаго темперамента" съ женою „водной" стихіи); врачъ приметъ во вниманіе эти свѣдѣнія для опредѣленія теченія болѣзни, назначенія лѣкарствъ, діеты. Для большей точности діагноза и постановки предсказанія необходимо даже выслушать заявленія больного о содержаніи его *сновидѣній*: видѣлъ ли что либо красное, были ли ведра полны воды, пѣлъ ли во снѣ и пр.

Мысль, взятая въ плѣнъ изложенной „научной" теоріей, чѣмъ болѣе получаетъ разныхъ свѣдѣній, тѣмъ сильнѣе запутывается въ сѣтяхъ схоластики. Такъ вырабатывается чудовищно-стройная *система* распредѣленія *соотносительныхъ органовъ* явленій и *объектовъ*. Напримѣръ: сердце содержитъ преимущественно элементъ „инь"—женскій, ему противоположенъ органъ, содержащій преимущественно элементъ „янъ"—мужской,—тонкая кишка; матерью сердца или главенствующимъ надъ нимъ органомъ является *печень*, а *„дочернимъ"* или зависимымъ органомъ сердца состоитъ *селезенка*; дружественнымъ сердцу органомъ являются легкія, а „враждебнымъ" органомъ оказываются почки; мѣстами, гдѣ прежде всего отражается состояніе сердца, являются: лобъ, языкъ, ладонь руки; отъ сердца истекаютъ разные запахи; отъ сердца зависитъ происхожденіе смѣха; ему свойственъ цвѣтъ красный, пульсъ на лѣвой рукѣ, элементъ огня, сезонъ—лѣтній, время дня—полдень, страна свѣта—югъ, планета—марсъ; пища лучшая—просо и баранина.

Какъ ни скучна эта таблица параллелей, однако, чтобы рѣзче обрисовать область логическихъ упражненій китайскихъ врачей, интересно еще продолжить ихъ сопоставленія, напр. относительно „легкихъ".

Легкому, какъ представителю сконцентрированной женской силы „инь“, соотвѣтствуетъ толстая кишка, какъ вмѣстилище „мужской“ силы—„янъ“; *матерью легкаго* является селезенка; дочерьными органами являются почки; дружественна легкому печень, а въ „непріятельскихъ“ отношеніяхъ сердце; въ прямой зависимости отъ легкаго состоятъ кожа, общій видъ лица, волосы, ноздри; отъ легкихъ зависитъ происхожденіе голоса и звуковъ, плача; цвѣтъ соотвѣтственный—бѣлый; пульсъ—на правой сторонѣ; элементъ—металлъ; сезонъ—осень; время дня—вечеръ; страна свѣта—западъ; планета—Венера; пища наиболѣе благопріятная—рисъ и мясо лошадиное.

Если принять во вниманіе всю сложность такихъ научныхъ теорій, не расшатанныхъ „эмпиризмомъ“, то надо счесть каждаго китайскаго врача прежде всего вѣрнымъ „догматизму“, черезъ каковую стадію прошли всѣ прочіе народы. Ясно, что при “научности“ такихъ воззрѣній всякіе амулеты, заговоры должны являться также „научно обдуманными“, ритуалъ всякихъ заклинаній выведеннымъ изъ логическихъ посылокъ, а не случайнымъ сплетеніемъ эмпирическихъ пріемовъ. И для китайской медицины весь подобный арсеналъ врачеваній и предупрежденій (отъ укуса собакой, отъ лихорадокъ-вѣтренницъ и пр.) вполнѣ объяснимъ съ точки зрѣнія теоріи.

Такъ, возьмемъ знаменитыя средства—*жень-шень* и *панты*. *Жень-шень*—корень, живущій въ крайне глухихъ мѣстностяхъ, закрытыхъ для яркаго солнечнаго свѣта, приносящій красный цвѣтокъ, желтовато-блѣднаго цвѣта въ высушеномъ состояніи, заключаетъ въ себѣ какъ бы въ скрытомъ состояніи смѣсь всѣхъ міровыхъ началъ—слизевого, землисто-водяного, огневого-холоднаго, а послѣ сушки еще и вѣтрянаго; при такой комбинаціи это средство составляетъ какъ бы квинтъ-эссенцію лѣкарственную, панацею отъ всѣхъ болѣзней, и въ частности укрѣпляетъ нашъ организмъ, при постоянномъ употребленіи, для проявленія жизненной энергіи, а при усиленномъ назначеніи можетъ не только вызвать краску-румянецъ на лицѣ, но даже и кровохарканіе. Конечно, такая вѣра въ жень-шень поддерживается рѣдкостью его нахожденія и предположеніемъ особой радіоактивности въ немъ по новѣйшимъ извѣстіямъ; но для старой китайской медицины такое предположеніе о свойствѣ радіоактивности столь же чуждо, какъ и объясненіе электрическихъ явленій помимо теоріи метафизическаго „вѣтра“.

„*Панты*“,—невполнѣ окостенѣвшіе рога изюбря, и

„фали“—такіе же рога пятнистаго оленя, также занимаютъ въ аптекѣ китайской почетное мѣсто по своей дороговизнѣ и по предположенію, что въ нихъ заключена особая эссенція, позволяющая быстро органу уплотняться, твердѣть и нарастать: вѣдь въ самомъ дѣлѣ удивленія достойно, какъ въ теченіе мѣсяцевъ изъ маленькой опухоли-шишечки вырастаетъ органъ вѣсомъ въ пуды. Только это обстоятельство поразило вниманіе китайскихъ ученыхъ, а не статистическій методъ дѣйствительно „эмпирическихъ“ пріемовъ лѣченія, ознаменовавшихся успѣхомъ; если теперь въ этихъ „пантахъ“ находятъ фосфорно-кислую известь, сперминъ, лецитинъ, то китайцы о сихъ предметахъ не думали.

Всеобъемлющей теоріей міровыхъ стихій объясняется и широкое употребленіе *драгоцѣнныхъ камней* въ качествѣ *врачебныхъ чародѣйственныхъ амулетовъ, талисмановъ*: въ самоцвѣтномъ красномъ камнѣ конечно сконцентрированъ огонь, невидными лучами сжигающій то, на что умѣлымъ „заговоромъ“ будетъ направлена его неисчезающая сила; присутствіе такихъ самоцвѣтныхъ камней въ опредѣленныхъ мѣстахъ нашего тѣла предохраняетъ отъ заболѣваній. Даже рисунокъ, орнаментъ можетъ имѣть рѣшающее значеніе, такъ какъ сплетеніе линій уже само по себѣ обозначаетъ міровые элементы, что особенно видно по китайскимъ іероглифамъ. Конечно, чертежи круга, кольца будутъ означать силу „инь“; талисманы цилиндрическіе, коническіе, продолговатые—силу „янъ“.

При господствѣ такихъ воззрѣній удивляться еще надо, что въ Китаѣ сохранились хирурги, массажисты, костоправы. Научная медицина сложилась такъ, что ей не требовалось болѣе проникать въ мелочи анатоміи, она не нуждалась въ микроскопѣ. Уже изъ этого факта легко заключить, что хирургія не была въ строгой связи съ общей медициной, а если обратить вниманіе на нѣкоторыя историческія указанія, даже легенды о сожженіи медицинскихъ книгъ женой одного неудачника—врача-хирурга, то ясно будетъ, что Китай вообще заимствовалъ свою медицину въ готовомъ видѣ отъ другихъ культурныхъ народовъ древности, а въ частности и хирургію. Такимъ образомъ китайскіе костоправы, массажисты и особенно „иглоукалыватели“ являются единственными живыми чистыми эмпириками, сохранившими свое искусство съ сѣдой древности. Ихъ искусство дается большимъ трудомъ, потому что они должны твердо помнить, знать тѣ сотни мѣстъ, гдѣ можно пустить кровь, гдѣ можно поставить моксу—прижига-

ніе, гдѣ можно воткнуть глубоко иглу и гдѣ нельзя сего сдѣлать; удивительно точно намѣчены многія мѣста-точки на поверхности тѣла нашего, какъ разъ на мѣстахъ выхода подкожныхъ нервовъ, или на мелкихъ артеріяхъ; но при отсутствіи пониманія кровообращенія, при отсутствіи вскрытій и повѣрки діагнозовъ путемъ осмотра внутренностей, разсѣченія ножемъ—все это знаніе является изумительно скучной схоластикой познаній, напряженіемъ памяти. Китайскій хирургъ-врачъ долженъ при сдачѣ экзамена по назначенію учителя иглой попасть быстрымъ толчкомъ какъ разъ въ отверстіе мѣдной статуэтки—фигуры человѣка, прикрытой золоченой бумагой; и горе ученику, не произведшему по заказу смѣлаго движенія или попавшему какъ разъ въ „отверстіе изъ разряда опасныхъ для жизни“: на годы отсрочивается его обученіе.

Но если слаба національная китайская хирургія, то рядомъ съ этимъ обстоятельствомъ тѣмъ важнѣе подчеркнуть бросающуюся въ глаза особенность китайской медицины—это крайній ея демократизмъ: за вѣка всѣ научныя положенія вошли въ плоть и кровь всего населенія. „Научное міросозерцаніе“ настолько упростило формулы своихъ объясненій физіологическихъ законовъ, что онѣ были понятны каждому „мыслящему“ больному, и всѣмъ были ясны основанія цѣнности лучшихъ лѣкарствъ. Теорію старо-китайской медицины знаетъ каждый уличный знахарь, вѣрнѣе назвать врачеватель; это интересная картина: остановится на площади около столика съ разложенными рисунками громаднаго глаза, съ нѣсколькими баночками и ящичками хозяинъ этого переноснаго стола первой помощи больнымъ, громко выкрикиваетъ названія страданій, особенно легко удающихся ему при лѣченіи; онъ совѣтуетъ всѣмъ принимать средства для очищенія крови по сезону или отъ лишняго воздуха—массажъ спеціальнымъ масломъ, или отъ лишняго „жара-огня“—уколы иглой холодной и пр. На цѣлый день находитъ матеріалъ для разсказовъ врачеватель, и обычно собираетъ около себя толпу, изъ которой выдѣляются нуждающіеся въ томъ или другомъ пособіи, каковые тутъ же и удовлетворяются. То можно видѣть, какъ вынимаются „черви изъ каріозныхъ зубовъ“, то производится вылизываніе глаза, то ставятся прижиганія на область желудка, то производятся энергичные „щипки“ кожи до полученія кровоподтека въ подкожной клѣтчаткѣ, какъ бы усиленіе на мѣстѣ стихіи „огня“ въ виду усилившейся по врачебному діагнозу тутъ стихіи вѣтра, обозначающейся ощущеніемъ „ко-

лотья", судорогъ и пр. Конечно, въ такомъ передвижномъ кіоскѣ обычно имѣется и желчь медвѣдя, кровь сушеная тигра, и кости его, и синій камень для красныхъ глазъ, чтобы воздухомъ, заключающимся въ этомъ камнѣ, ослабить застоявшійся огонь—воспаленіе въ глазу и т. д.

Такъ, намъ слѣдуетъ преклониться предъ удивительнымъ строемъ общественной жизни въ Китаѣ, обезпечившимъ каждому пониманіе раціоналистическаго метода ухода за больными и даже предупрежденіе болѣзней. Но для прочихъ культурныхъ народовъ подобная стадія развитія оказывается давно пройденной. Всѣ народы прошли чрезъ фазу, когда медицинскія знанія составляли часть „священной литературы". Изучались лучшими людьми эпохи наравнѣ съ науками морали, управленія „семьей" или большой ячейкой—цѣлой страной. Но съ теченіемъ времени большинство народовъ замѣтило безсиліе той умозрительной медицинской науки во время грозныхъ эпидемій, выкинуло медицинскія сочиненія и даже занятіе ими изъ круга „священныхъ" предметовъ, предоставило брошеннымъ „чернокнижіемъ" заниматься простолюдинамъ-эмпирикамъ, которые быстро усвоили старые пріемы лѣченія, но позабыли теорію, объясненіе причинъ болѣзней и выбора лѣкарствъ.

Тотъ же процессъ теперь наблюдается въ Европѣ.

И тамъ нарождается „мистицизмъ", т. е. обращеніе къ опыту прошлаго, употребленіе уже не „научно выбранныхъ" медикаментовъ ,а таинственныхъ фетишей съ вѣрою въ чудеса, въ загадки природы, въ возможность сохранить „красоту", здоровье амулетомъ, драгоцѣннымъ камнемъ, украшеніемъ... Съ теченіемъ времени забывается первоначальное „раціоналистическое" дѣйствіе или происхожденіе этого амулета, и онъ начинаетъ циркулировать, какъ предметъ особаго культа, часто вновь входитъ въ кругъ объектовъ „священныхъ" или путается въ той или другой формѣ съ ними, такъ какъ въ житейскомъ обиходѣ остаются лишь осколки, лишенные смысла и идеи, отъ старыхъ научныхъ теорій.

Расшатать старое міросозерцаніе выпало на долю христіанскимъ миссіонерамъ. При своихъ станахъ въ глуши, какъ и въ большихъ городахъ, миссіонеры обычно устраивали амбулаторіи или даже лазареты съ постоянными кроватями. Особенно преуспѣвали въ этомъ направленіи американцы, благодаря большому притоку матеріальныхъ средствъ къ ихъ учрежденіямъ. Паціенты шли охотно въ эти благотворительныя

лѣчебныя заведенія съ наружными болѣзнями, такъ какъ на нихъ нагляденъ былъ успѣхъ европейскихъ методовъ лѣченія по сравненію съ системой національной. Вскорѣ нашлись миссіонеры-врачи, рѣшившіеся предложить больнымъ и хирургическую помощь въ наиболѣе благопріятныхъ случаяхъ, какъ, напримѣръ извлеченіе камня изъ мочевого пузыря, удаленіе катарактъ и нѣкоторыхъ опухолей и на этомъ поприщѣ миссіонеры имѣли блестящій успѣхъ.

Одновременно по побережью Китая при таможенныхъ учрежденіяхъ, отданныхъ подъ руководство Англіи, также устраивались и улучшались госпитали, врачи которыхъ стали оказывать помощь и туземцамъ; и въ хирургическомъ дѣлѣ они также пріобрѣли заслуженную славу и стали привлекать издалека мѣстноее населеніе. За сорокъ лѣтъ дѣятельности вліяніе миссіонеровъ-врачей среди китайцевъ сильно возросло, и противъ него выступили на открытую борьбу реакціонеры-фанатики. Произошло *боксерское возстаніе*. Не обошлось при этомъ и безъ „кроваваго навѣта" на искусниковъ европейцевъ. Среди китайскихъ массъ оказалось распространеннымъ убѣжденіе, будто бѣлые врачи-миссіонеры подбираютъ на улицахъ бросаемыхъ дѣтей и покупаютъ таковыхъ у бѣдныхъ людей для того, чтобы убивать ихъ и изъ ихъ глазъ добывать „свѣтовое лѣкарство", которымъ они будто бы потомъ въ своихъ госпиталяхъ возвращаютъ съ эффектомъ зрѣніе наивнымъ взрослымъ слѣпцамъ, полагающимъ, будто бы они спасены искусной операціей. Такая легенда казалась черни правдоподобною, такъ какъ народъ не понималъ мотивовъ безкорыстной дѣятельности миссіонеровъ и удивлялся широкому устройству дѣтскихъ пріютовъ при станціяхъ миссіонеровъ, съ усердіемъ воспитывавшихъ истощенныхъ младенцевъ, несмотря на большую среди нихъ смертность.

Но на переломѣ двадцатаго вѣка реакціей была дана послѣдняя страшная ставка; и для всѣхъ стало ясно, что дѣло реакціи проиграно. Народился *„молодой Китай"*, который уже не вѣритъ старой сказкѣ о „незыблемыхъ устояхъ старины", который признаетъ, что *путь культурнаго развитія народовъ—одинъ*, что и китайцы должны пріобщиться къ общечеловѣческому прогрессу. Въ такомъ направленіи дѣйствуютъ всѣ тронутые техникой, имѣющіе обращеніе съ европейцами или американцами. Многіе изъ „молодыхъ" китайцевъ не удовлетворяются тѣми знаніями, какія предлагаются въ многочисленныхъ мѣстныхъ школахъ по европейскому образцу,

и спѣшатъ пополнить свое образованіе за границей. Особенно много такихъ лицъ среди военныхъ и не удивительно поэтому, что нѣкоторыя воинскія части, подражая Юаншикаю, уже много лѣтъ посылаютъ заболѣвшихъ солдатъ по особому соглашенію въ амбулаторіи и больницы миссіонеровъ.

Ореолъ старо-китайской медицины потухъ рѣшительно послѣ маньчжурской чумной эпидеміи, когда болѣзнь была занесена за „великую стѣну", во внутренній Китай, но быстро была локализирована, благодаря распоряженіямъ европейскихъ врачей, поддержанныхъ единодушно китайской интеллигенціей и администраціей, сознательно отклонившей услуги и дикіе совѣты доморощенныхъ врачей. Конечно, Китай еще является конгломератомъ народныхъ массъ, стоящихъ на различныхъ ступеняхъ культурнаго развитія. Благодаря сохраненію чрезвычайно сложнаго способа письменности и отсутствію возможности ограничиться фонетическими знаками письма, нельзя дать Китаю новый простой алфавитъ, такъ какъ чтеніе не только не будетъ понятно всему населенію, читающему современные іероглифы различнымъ произношеніемъ въ разныхъ областяхъ, но даже и жителямъ Пекина, въ виду относительной бѣдности звуковыхъ сочетаній корней и въ пекинскомъ, „мандаринскомъ" нарѣчіи. Такимъ образомъ нѣтъ никакой надежды на скорое введеніе въ Китаѣ всеобщей грамотности. Равнымъ образомъ трудно надѣяться на равномѣрное ознакомленіе обширной страны съ новостями техники, расширяющими кругозоръ рабочихъ, какъ, напримѣръ: съ телеграфомъ, электрическимъ освѣщеніемъ, фабричными паровыми двигателями и прочими наглядными поразительными приборами, могущими ознакомить съ реальными явленіями физики и химіи и поколебать традиціонные законы старой схоластической науки.

Отсюда, не рискуя ошибиться въ постановкѣ предсказанія, можно заключить, что старокитайская медицина и ея излюбленныя лѣкарства еще вѣка останутся въ практикѣ народныхъ массъ, но на правахъ знахарства, будто бы эмпирическаго, подобно тому, какъ мы это видимъ въ глухихъ мѣстахъ нашего отечества, куда не проникъ земскій строй медицины съ безплатной подачей помощи нуждающимся, какъ залогомъ планомѣрнаго санитарнаго наблюденія за появленіемъ эпидемій и быстрой организаціей раціональныхъ мѣръ борьбы съ ними.

Несмотря на то, что Китай покрывается сѣтью новыхъ школъ, чуждыхъ клерикализма и схоластики, что такія школы,

въ томъ числѣ и высшія медицинскія при госпиталяхъ, состоятъ подъ руководствомъ опытныхъ иностранцевъ, ревностно конкурирующихъ другъ съ другомъ на почвѣ лучшей постановки дѣла,—все же въ Китаѣ не повторится столь блестящей страницы исторіи культуры человѣчества, какую намъ дала Японія. Послѣдняя сумѣла за четверть вѣка не только дискредитировать старо-японскую (т. е. такую же примитивную, какъ старо-китайская) медицину, но и успѣла всѣхъ старыхъ врачевателей удержать на своихъ мѣстахъ, и системой послѣдовательныхъ экзаменовъ заставить воспринять основы новой науки. Повторяю, что такого урока жизни Китай намъ не въ состояніи показать.

И поэтому мы должны считаться съ невѣжественнымъ состояніемъ прилегающихъ къ намъ окраинъ Китая и съ антисанитарными воззрѣніями и привычками тѣхъ полунищихъ выходцевъ Китая, которые наводняютъ нашъ край въ поискахъ работы.

Правда, китайцы, идущіе на отхожіе промыслы въ Мексику, Соединенные Штаты Америки, Гонконгъ и въ прочія европейскія колоніи, возвращаются домой обычно съ болѣе развитыми культурными привычками и уже критически относятся ко многимъ національнымъ установленіямъ, особенно санитарнымъ; но все же большинство нормальныхъ санитарныхъ требованій, какъ, напримѣръ: стирка бѣлья носильнаго и постельнаго, или изоляція родильницъ и оперированныхъ въ цѣляхъ стерильности и незаноса лишней инфекціи, или изоляція заразныхъ больныхъ съ цѣлью локализаціи,—ими не понимается сознательно, а выполняется только изъ подражанія, какъ признакъ моды и соблюденіе хорошаго тона.

О состояніи медицинскаго дѣла въ Китаѣ имѣется уже громадная литература; въ одномъ только Шанхайскомъ медицинскомъ (американскихъ миссіонеровъ) журналѣ можно найти отчеты сотенъ врачей, какъ о состояніи госпиталей, такъ и объ отношеніи къ нимъ населенія. Съ этими поучительными данными, какъ и съ отчетами врачей китайскихъ таможенъ, издаваемыхъ на англійскомъ языкѣ въ Шанхаѣ же и Пекинѣ, необходимо знакомиться и нашимъ врачамъ, чтобы непосредственно слѣдить за санитарнымъ воспитаніемъ китайскихъ массъ и прилагать къ жизни опытъ старшихъ товарищей въ дѣлѣ оздоровленія человѣчества. Брать на себя такую задачу мы обязаны въ силу того, что индустріальныя и коммерческія сношенія не позволяютъ ни одной странѣ замыкаться отъ

мірового транзита и вынуждаютъ принимать въ постоянной организаціи профилактическія мѣры отъ незаноса инфекціи по указанію врачей.

Если въ западно-европейскихъ странахъ и въ Америкѣ нѣтъ организаціи, похожей на нашу земскую медицину съ ея планомѣрной сѣтью доступныхъ для всего населенія и безплатныхъ лѣчебныхъ заведеній, то тамъ представители религіи взяли на себя благодарную функцію общественной, приходской благотворительности и содержатъ массу больницъ, предоставляя врачамъ, работающимъ въ нихъ, всевозможныя техническія удобства и право распоряженія значительными средствами по содержанію этихъ институтовъ. Но рядомъ съ этимъ появляются и общественныя муниципальныя санитарныя учрежденія, каковы: водопроводы съ фильтрами, образцовые рынки, ночлежки, бойни; прилагаются всѣ усилія къ тому, чтобы каждый обыватель сознательно относился къ выполненію санитарныхъ требованій, какъ для себя, такъ и въ интересахъ окружающихъ; это достигается широкимъ просвѣщеніемъ, свободой гласности, свободной организаціей мелкотерриторіальныхъ участковыхъ санитарныхъ попечительствъ, душою которыхъ, вслѣдъ за мировымъ судьей, является мѣстный врачъ. При такой организаціи населеніе воспитано въ неотложной необходимости при первыхъ заболѣваніяхъ обращаться къ врачу и за платной помощью. Такой расходъ для населенія съ высокимъ среднимъ экономическимъ достаткомъ вполнѣ посиленъ; а немногихъ ослушниковъ, при помощи телефона, автомобиля, быстро изобличаютъ въ санитарной небрежности, насильственно изолируютъ, если надо, и даже подвергаютъ карѣ.

Конечно, въ Китаѣ подобные западно-европейскіе порядки установятся нескоро; стройной земской медицины также Китай создать не въ состояніи. Приходится желать наибольшаго распространенія благотворительныхъ отъ чужихъ странъ— миссіонерскихъ амбулаторій и больницъ. Хотѣлось бы видѣть, на ряду съ прочими, и на нашихъ россійскихъ миссіонерскихъ станахъ въ пограничной полосѣ Китая такіе же госпитали съ врачами во главѣ.

Но такое пожеланіе нельзя обращать къ врачамъ, являющимся наемными служителями, которымъ нѣкоторыя вѣдомства до сихъ поръ еще стѣсняются поручать административно-хозяйственную сторону дѣла. Поэтому приходится адресоваться къ хозяевамъ нашей жизни, въ чьихъ рукахъ правосудныя

историческія судьбы сконцентрировали власть общественнаго руководства, мысль, инициативу и право распоряженія матеріальными средствами,—и сказать имъ: „отъ васъ зависитъ оздоровить полосу соприкосновенія желтолицыхъ съ культурой бѣлой расы; достойное дѣло—въ этой полосѣ поставить больше „культурныхъ форпостовъ“, больницъ, лабораторій подъ руководствомъ врачей, и довѣрить имъ необходимыя ассигновки для непосредственныхъ расходовъ, не тормозя начинанія формальными сухими стѣсненіями, лишь бы былъ утвержденъ въ общихъ чертахъ планъ работъ, такъ какъ врачи доказали не только способность влагать въ дѣло душу, но—если только потребуется, какъ при борьбѣ съ чумой,—то рисковать жизнью“.

Н. Кириловъ.

№ 2.

Докладъ д-ра К. С. Фіалковскаго.

Современные принципы борьбы съ алкоголизмомъ.

Культурная жизнь на Дальнемъ Востокѣ только еще начинается. Проводникомъ культуры является здѣсь русское населеніе края; за обладаніе этимъ краемъ идетъ многовѣковая борьба желтой и бѣлой расъ; побѣдительницей выйдетъ изъ этой борьбы та раса, на сторонѣ которой будетъ моральное и культурное превосходство. Право и преимущество бронированнаго кулака непрочно: кулакъ этотъ даетъ только временное превосходство. Сегодня у насъ пушекъ и солдатъ больше — и мы оказываемся побѣдителями, черезъ 2—3 десятка лѣтъ, быть можетъ, у желтой нашей сосѣдки явится больше солдатъ или какой нибудь новый подводный или воздушный флотъ—и мы окажемся побѣжденными. Но окончательно край будетъ въ рукахъ той націи, которая успѣетъ до этого времени завоевать его путемъ медленной, незамѣтной, крайне упорной, но зато и очень прочной по своимъ результатамъ мирной борьбы. Русскій земледѣлецъ, русскій рабочій, вообще русскій трудовой человѣкъ, русская школа, наука, просвѣщеніе, культурныя мѣропріятія, только они одни могутъ прочно и навсегда слить этотъ край съ остальной Россіей.

Предсказать историческія судьбы народовъ очень трудно, но, подобно тому, какъ мы, врачи, изучая организмъ человѣка, изучая перенесенныя или имѣющіяся у него болѣзни, ставимъ прогнозъ дальнѣйшаго существованія этого индивидуума, то это же можно сдѣлать, конечно съ меньшей степенью достовѣрности, и по отношенію къ цѣлому народу, цѣлой націи. Послѣдніе тоже болѣютъ; мы знаемъ народныя болѣзни, народныя— въ смыслѣ большой степени распространенности ихъ среди населенія той или другой страны. Зная, эти болѣзни, зная степень ихъ распространенія, зная, насколько организмъ народа подорванъ этими недугами, зная какъ отражаются эти болѣзни на нарождающемся поколѣніи, мы можемъ ставить приблизительный прогнозъ и цѣлой націи.

Современные народы больше всего страдаютъ отъ слѣдующихъ трехъ недуговъ: туберкулеза, сифилиса и алкоголизма. Всѣ эти три недуга настолько распространены, что по справедливости называются даже бичами современнаго человѣчества. Я коснусь только послѣдняго изъ нихъ, т. е. алкоголизма, какъ самаго тяжелаго, ведущаго быстрыми шагами цѣлыя націи къ вырожденію и даже исчезновенію съ лица земли.

Несомнѣнно, что въ настоящее время вырождаются почти всѣ народы Европы, вырождается также и русскій народъ. Но главныя причины вырожденія народныхъ массъ тамъ въ Европѣ и у насъ въ Россіи не однѣ и тѣ же. Причинами вырожденія въ Европѣ являются главнымъ образомъ отрицательныя стороны вообще нашей европейской культуры—слишкомъ обостренная борьба за существованіе, преобладаніе городского населенія надъ сельскимъ и вредное вліяніе въ виду этого городской жизни на большинство населенія, сильно развитое фабрично-заводское производство, ставящее трудящійся людъ въ плохія гигіеническія условія и въ извѣстной, но меньшей степени распространеніе алкоголизма среди массъ населенія. У насъ же въ Россіи на первомъ мѣстѣ причиной вырожденія является алкоголизмъ и на второмъ уже планѣ остальныя вышеуказанныя причины. Въ обществѣ иногда еще спорятъ противъ этого высказаннаго положенія (т. е., что алкоголизмъ въ Россіи является бо́льшимъ зломъ, чѣмъ въ Европѣ) на основаніи того, что въ нѣкоторыхъ странахъ Европы алкоголя приходится на одну душу населенія гораздо больше, чѣмъ у насъ. Но въ наукѣ споръ этотъ окончательно разрѣшенъ и вполнѣ доказано, что не все равно, что пить и какъ пить. Не все равно: пить ли прекрасное пиво и натуральное виноградное вино или почти исключительно нашу картофельную водку. Имѣетъ также большое значеніе неравномѣрность употребленія алкоголя, какъ въ различныхъ соціальныхъ группахъ населенія, такъ и неравномѣрность употребленія его какъ во времени, такъ и въ отдѣльныхъ мѣстностяхъ. Въ виду всѣхъ этихъ причинъ алкоголизмъ въ Россіи считается гораздо большимъ народнымъ бѣдствіемъ, чѣмъ въ другихъ странахъ Европы, хотя душевое употребленіе его у насъ и меньше. Съ другой стороны несомнѣнно, что алкоголизмъ ведетъ гораздо быстрѣе народы къ вырожденію, чѣмъ остальныя перечисленныя отрицательныя стороны нашей культуры. Уже одна его роль, какъ виновника почти 50% всѣхъ

душевныхъ заболѣваній, такого же, если еще не больше, процента преступности, достаточно подтверждаетъ это положеніе.

Наконецъ, наличіе у насъ въ Россіи лишь кое какихъ мѣръ противъ алкоголизма и притомъ чисто палліативнаго характера при сравненіи съ тѣмъ громаднымъ общественнымъ движеніемъ, съ тѣми раціональными способами борьбы противъ этого зла и общества, и государствъ, которые предпринимаются на Западѣ, тоже дѣлаютъ прогнозъ алкоголизма у насъ еще хуже. И зло у насъ сильнѣе, и мы почти совсѣмъ не боремся съ нимъ; отсюда и логическій выводъ,—мы, русскіе, обречены при современномъ положеніи дѣлъ на болѣе скорое вырожденіе, а слѣдовательно и исчезновеніе, какъ нація, чѣмъ другіе народы Европейской расы. Но здѣшній край не Европа, здѣсь мы боремся съ натискомъ народовъ монгольской расы—главнымъ образомъ китайцевъ и японцевъ. Будущія историческія судьбы этихъ народовъ тоже неизвѣстны, но многіе мыслители и ученые предсказываютъ имъ очень блестящую судьбу; насколько это вѣрно, покажетъ будущее, но съ другой стороны несомнѣнно, что въ характерахъ этихъ народовъ имѣется много положительныхъ качествъ. Качества эти общеизвѣстны: умѣренный во всѣхъ отношеніяхъ образъ жизни, трудолюбіе, настойчивость въ достиженіи намѣченныхъ цѣлей, любовь къ наукамъ, стремленіе къ прогрессу, въ высшей степени раціональные методы воспитанія подрастающаго поколѣнія и т. п. Вопросъ о вырожденіи этихъ націй даже какъ будто и не существуетъ, наоборотъ, каждый день открываются все новые и новые признаки возрожденія или, вѣрнѣе, пріобщенія этихъ націй къ міровой культурѣ, къ міровому прогрессу.

Вотъ въ виду то этого мы, русское населеніе этого края, поставлены тутъ на берегахъ Великаго океана въ гораздо худшія условія расовой борьбы, имѣемъ еще меньше шансовъ на побѣду, такъ какъ окружающій насъ врагъ очень силенъ; но, къ счастью нашему, онъ только еще начинаетъ просыпаться послѣ многовѣковой спячки, и шансы побѣды той или другой стороны зависятъ отъ того, успѣемъ ли мы въ то уже сравнительно короткое время, пока таинственный желтолицый драконъ окончательно не проснется, успѣемъ ли мы уничтожить въ своей европейской культурѣ всѣ отрицательныя ея стороны, возвыситься морально, окрѣпнуть физически и вступить съ обновленными силами въ неизбѣжную упорную борьбу культурнаго завоеванія и преобладанія въ этой странѣ.

До сихъ поръ, говоря объ алкоголизмѣ, я имѣлъ въ виду степень распространенія алкоголизма вообще въ Россіи, но, какъ было уже указано, степень этого распространенія далеко неравномѣрна въ различныхъ мѣстностяхъ Россіи. Необходимо выяснить поэтому, въ какой степени распространено это зло среди русскаго населенія Дальняго Востока. Насколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ этотъ вопросъ не подвергался подробному обслѣдованію. Имѣются указанія по этому поводу у Нижегородскаго въ „Трудахъ комиссіи по вопросу объ алкоголизмѣ". Тамъ Россія раздѣлена на раіоны и указано потребленіе 40° вина на душу и притомъ отдѣльно въ городахъ и деревняхъ. Изъ этой таблицы видно, что въ Восточной Сибири въ городахъ приходится 3,94 ведра на душу, а въ деревняхъ 0,67 ведра. Обѣ цифры максимальныя по сравненію съ остальными мѣстностями Россіи. Во всей же Россіи за тотъ же годъ приходилось въ городахъ 1,62 ведра, въ деревняхъ 0,48 ведра на душу. Свѣдѣнія эти относятся къ 1907 году и притомъ въ рубрику „Восточная Сибирь" отнесены только Иркутская губ., Енисейская, Забайкальская и Якутская области. Слѣдовательно, въ эту статистику Амурская и Приморская области почему то совершенно не включены.

Я лично обслѣдовалъ интересующій насъ статистическій матеріалъ только за 1911 годъ. За предыдущіе годы матеріалъ этотъ является на столько скуднымъ и неполнымъ, что дѣлать на основаніи его какія нибудь обобщенія я считаю невозможнымъ. Главными источниками приводимыхъ мною статистическихъ данныхъ являются оффиціальные обзоры Амурской и Приморской областей, приложенные къ всеподданнѣйшему отчету за 1911 годъ.

Амурская область.

Всего населенія въ области 316.769 душъ обоего пола. Отношеніе мужчинъ къ женщинамъ 17:13.

Группы населенія, не употребляющія алкоголя:

Старообрядцевъ	37.474	д. об. пола.
Евреевъ	213	„
Магометанъ	3.272	„
Конфуціанцевъ и буддистовъ	26.602	„
Всего	67.561	д. об. пола.

Исключая группу завѣдомо непьющихъ изъ общаго числа 316.769—67.561=249.208 душъ обоего пола.

Исключается также группа дѣтей до 15-ти лѣтняго возраста, количество которыхъ необходимо принять не менѣе 25% всего населенія, т. е. ихъ будетъ 249.208×1/4=62.302.

Слѣдовательно, взрослыхъ обоего пола остается 249.208—62.302=186.906, кругло 186.900.

Изъ нихъ мужчинъ 17:30, т. е. 186.900×17:30=105.910.

Женщинъ 13:30, т. е. 186.900×13:30=80.990.

Число пьющихъ мужчинъ принимается обыкновенно въ 75% всѣхъ взрослыхъ мужчинъ, или 105.910×3/4=79.432.

Число пьющихъ женщинъ принимается въ 25% всѣхъ взрослыхъ женщинъ, т. е. 80.990×1/4=20.447.

Всего пьющихъ обоего пола 79.432+20.447=99.879.

Выкурено въ 1911 году спирта:

въ области	8.878.482 градусовъ.
привезено	1.956.407 „
Всего спирта . . .	10.834.890 градусовъ.

Въ переводѣ на 40-градусное вино 10.834.890:40=270.872 ведра.

Въ этомъ же году вывезено изъ Харбина по Сунгари въ Приамурье:

1) спирта русскаго производства . . . . 206.305 ведеръ.
2) спирта маньчжурскаго производства . . 99.662 ведра.

Всего вывезено спирта изъ Харбина въ Приамурье—305.967 ведеръ, кругло 306.000 ведеръ. 306.000 ведеръ спирта въ переводѣ на 40-градусное вино составляютъ 306.000×5:2=765.000.

Всего населеніе Амурской области выпило 40 градуснаго вина 765.000 ведра+270.872 ведра=1.035.872 ведра.

На каждаго взрослаго пьющаго приходится 1.035.872:99.879=10,4 ведра.

Пива выкурено въ 1911 году 189.506 ведеръ.

Минимальные расходы населенія Амурской области на водку и пиво въ 1911 году слагаются:

1) изъ акциза на спиртъ по 11 копѣекъ за градусъ, 10.834.890×11=1.191.837 рублей.

2) Стоимости производства водки, считая 1 р 60 коп. ведро, 270.872×1 р. 60 к.=433.395 руб.

3) Стоимости контрабанднаго спирта, принимая 6 руб. 60 коп. ведро, 1.836.000 руб.

4) Стоимости пива, принимая среднюю стоимость его 3 рубля—568.750 руб.

Всего расходовъ на водку и пиво въ Амурской области 4.029.750 рублей.

Приморская область.

Всего населенія 551.438 душъ обоего пола; отношеніе мужчинъ къ женщинамъ 3:2.

Старообрядцевъ	5.140	душъ обоего пола.
Евреевъ	1.212	„ „ „
Магометанъ	1.458	„ „ „
Конфуціанъ и буддистовъ . . .	104.472	„ „ „
Всего непьющихъ .	114.239	душъ обоего пола.

Исключая изъ общаго числа 551.438—114 239=437.199, кругло 437.200 душъ обоего пола. Изъ нихъ дѣтей до 15 лѣтняго возраста 437.200×$^1/_4$=109.300. Исключая ихъ, получимъ взрослыхъ 437.200—109.300=327.900. Женщинъ 327.900×$^2/_5$=131.160. Мужчинъ 327.900×$^3/_5$=196.740.

Пьющихъ мужчинъ 75% . . . . 196.740×$^3/_4$=145.555.
Пьющихъ женщинъ 25% . . . 131.160×$^1/_4$= 32.790.

Всего пьющихъ взрослыхъ 180.345 душъ.

Выкурено спирта	16.467.265 градусовъ.
Привезено спирта	9.343.727 градусовъ.
Всего	25.810.992 градуса,

что составитъ въ переводѣ на 40° вино 25.810.992 град.: 40=645.274 ведра.

На душу же пьющаго населенія 645.274:180.345=3,6 ведра вина.

Пива выкурено въ 1911 году 432.840 ведеръ.

Минимальные расходы населенія на покупку водки и пива:

1) Акцизъ на спиртъ по 11 коп. за градусъ.
25.810.993×11 . . . . . 2.839.209.
2) Стоимость производства водки по 1 р. 60 к.
ведро, 645.274×1 р. 60 к. . . . 1.032.438.
3) Стоимость пива, принимая среднюю цѣну
3 руб. ведро, 432.840×3 . . . . 1.298.520.

Всего расходовъ на водку и спиртъ 5.170.167 р.

Приводимыя данныя необходимо пояснить.

Какъ сказано выше, цифры, какъ количества употребляе-

мыхъ пива и водки, такъ и расходовъ на покупку ихъ, приняты минимальныя во избѣжаніе нареканій въ тенденціозности.

Тѣ и другіе расходы въ дѣйствительности гораздо выше, но учесть это даже съ приблизительной точностью не представляется возможнымъ.

Явное преуменьшеніе мною сдѣлано въ слѣдующихъ пунктахъ:

1) Число дѣтей до 15-лѣтняго возраста мною принято въ 25%, въ Россіи этотъ процентъ исчисляется въ 38. Но на Дальнемъ Востокѣ наблюдается значительное преобладаніе мужчинъ надъ женщинами, почему дѣтей повидимому меньше.

2) Въ россійской статистикѣ исключаются также старики свыше 70 лѣтн. возраста; количество ихъ тамъ опредѣляется въ 1,5%. Я этого исключенія совершенно не сдѣлалъ, такъ какъ въ Приамурьѣ стариковъ несомнѣнно меньше, чѣмъ въ Россіи, но какой % ихъ тутъ, свѣдѣній объ этомъ не имѣется.

3) Показанъ ввозъ въ Приамурье контрабанднаго спирта, но несомнѣнно ввозится еще и болѣе губительный ядъ—ханшинъ. Но количество этого продукта, ввозимаго въ Россію путемъ контрабанды, составляетъ строжайшій секретъ Китайскаго правительства, почему ханшинъ и не попалъ въ мою статистику.

Нѣтъ въ моей статистикѣ также и другихъ напитковъ, содержащихъ алкоголь. Потребленіе этихъ напитковъ также несомнѣнно грандіозно, но статистическихъ данныхъ по этому вопросу мнѣ не удалось разыскать.

4) При исчисленіи покупной стоимости водки я бралъ только акцизъ и стоимость производства, т. е. ставилъ потребителей въ такія условія, что они всѣ какъ будто покупали продуктъ непосредственно у заводчиковъ, а послѣдніе продавали водку безъ всякихъ барышей. Это конечно неправильно; продажная цѣна гораздо выше, но колебанія цѣнъ настолько рѣзки, что вычислить среднюю цѣну рѣшительно невозможно.

Какъ на примѣръ могу указать, что въ Амурской области на пріискахъ рыночная цѣна бутылки водки доходитъ до 1 рубля, т. е. 20 руб. ведро.

При такихъ условіяхъ всякая средняя цѣна будетъ гадательной, минимальная же, такъ сказать себѣ стоимость, одна остается точной и несомнѣнной.

Прибавочную рыночную стоимость водки въ Россіи ис-

числяютъ въ 16%, но такъ какъ тутъ у насъ она несомнѣнно выше, но съ другой стороны % этотъ даже съ приблизительною точностью учесть нельзя, то я отказался отъ него совершенно.

5) Сильно смущаетъ меня также рѣзкая разница въ душевомъ потребленіи вина въ Амурской и Приморской областяхъ,—въ первой 10,4 на пьющую душу и во второй 3,6. Или дѣйствительно въ Амурской обл. пьютъ гораздо больше, или зависитъ это отъ того, что спиртъ харбинскаго происхожденія я отношу цѣликомъ за счетъ амурцевъ. Послѣднее можетъ быть и неправильно. Съ этимъ маньчжурскимъ спиртомъ происходитъ большое оффиціальное недоразумѣніе. Русское учрежденіе—коммерческая часть Китайской Восточной желѣзной дороги—оффиціально утверждаетъ, что изъ Харбина въ 1911 году вывезено по Сунгари въ Приамурье 306.000 ведеръ спирта, другое же тоже русское учрежденіе—Приамурское акцизное управленіе—заявляетъ, что оффиціально въ Приамурье не проникаетъ ни одного ведра маньчжурскаго спирта, неоффиціально же Акцизное Управленіе не отрицаетъ, что спиртъ маньчжурскій проникаетъ, даже повидимому въ большомъ количествѣ, но сколько—неизвѣстно. Это же Управленіе предполагаетъ, что спиртъ проникаетъ главнымъ образомъ въ Амурскую область. Я лично не берусь разрѣшить это оффиціальное недоразумѣніе. Быть можетъ было бы правильнѣе отнести маньчжурскій спиртъ на обѣ области вмѣстѣ, присоединить сюда количество спирта, оффиціально зарегистрованное въ этихъ областяхъ, и раздѣлить на все населеніе (пьющее) этихъ областей. При такомъ расчетѣ вина окажется 270.872+765.000+645.274=1.341.872 ведра, что составитъ 1.341.872:280.224=4,4 ведра на пьющую душу.

Интересно сравнить также душевое потребленіе водки вообще въ Россіи и у насъ.

По исчисленію Нижегородцева въ 1907 году, произведенному точно такимъ же способомъ, во всей Россіи приходится 40° вина 2,2 ведра на пьющую душу. Далѣе очень важно съ экономической точки зрѣнія выяснить роль и значеніе расходовъ населенія Приамурья по „пьяному дѣлу“ съ остальными статьями приходо-расходнаго бюджета этого же населенія. Наиболѣе интереснымъ является сопоставленіе этихъ расходовъ съ общимъ народнымъ доходомъ извѣстной страны или области.

Такія сопоставленія возможны и дѣлаются во всѣхъ

культурныхъ странахъ, гдѣ статистика вообще стоитъ на должной высотѣ. Были попытки сдѣлать это и у насъ въ Россіи, и найдено, что расходъ по пьяному дѣлу составляетъ 10% всего народнаго дохода. Исчислить народный доходъ населенія Приамурья очень трудно, въ виду этого я для сравненія взялъ только самую главную и болѣе прочную статью дохода населенія Приморской области, именно доходы отъ полеводства, и вычислилъ стоимость всего урожая главныхъ и самыхъ доходныхъ продуктовъ.

Въ Приморской области въ 1911 году снято съ полей:

Наименованіе.	Число пуд.	Средняя цѣна 1 пуда.	Стоимость урожая.
Пшеницы . . .	3.649.007	1 р. 20 к.	4.378.800 р.
Ржи	348.094	1 р. 10 к.	382.900 р.
Ячменя	273.795	— р. 70 к.	191.600 р.
Овса	4.357.444	— р. 80 к.	3.496.000 р.
Гречихи . . .	946.926	— р. 75 к.	710.200 р.
Картофеля . .	2.841.860	— р. 60 к.	1.705.100 р.
	Общая стоимость урожая . .		10.864.600 р.

Такимъ образомъ, населеніе Приморской области получило дохода отъ урожая хлѣбовъ 10 милліоновъ, а пропило 5 мил., т. е. 1/2 всего урожая.

Вотъ уже одно это обстоятельство ставитъ грозное memento mori экономическому благополучію населенія Примоской области.

Въ заключеніе нѣсколько словъ о приведенной мною статистикѣ.

Я лично смотрю на нее, какъ на попытку внести при помощи безстрастныхъ цифръ свѣтъ въ эту до сихъ поръ мало изслѣдованную область.

Несомнѣнно болѣе опытный статистикъ представитъ болѣе яркую и полную картину всего этого.

Цѣлью моей экскурсіи въ эту область является желаніе обратить вниманіе на эту неизслѣдованную до сихъ поръ область, указать, что въ этомъ дѣлѣ у насъ болѣе, чѣмъ неблагополучно.

Несомнѣнно также, что присутствующіе здѣсь товарищи, съ чисто практической стороны, свѣдущи болѣе меня въ этомъ дѣлѣ и, быть можетъ, внесутъ многочисленныя поправки и такимъ образомъ мы всѣ совмѣстно приподнимемъ край за-

вѣсы, скрывающей это кошмарное народное бѣдствіе нашей родины вообще и здѣшняго края въ особенности.

Далѣе перехожу къ разсмотрѣнію вопроса объ алкоголизмѣ съ точки зрѣнія нашей обыденной практической медицины.

Было время, когда алкоголизмъ вовсе не считался болѣзнью, почему алкоголиковъ не лѣчили, а оказывали только помощь въ случаяхъ или остраго отравленія или бѣлой горячки. Въ настоящее время въ этомъ вопросѣ наступилъ, какъ извѣстно, коренной поворотъ,—алкоголизмъ считается болѣзнью и при томъ болѣзнью въ большинствѣ случаевъ излѣчимою при условіи продолжительнаго спеціальнаго лѣченія. Я не буду останавливаться надъ исторіей развитія медицины въ этомъ направленіи, хотя эта страничка очень интересна, какъ примѣръ того, съ какимъ большимъ трудомъ новыя вѣянія пробиваютъ брешь въ косныхъ взглядахъ современниковъ. Я прямо перейду къ вопросу о современныхъ способахъ лѣченія алкоголиковъ.

Способы эти слагаются изъ прописыванія лѣкарственныхъ препаратовъ, изъ лѣченія внушеніемъ, изъ водолѣчебныхъ пріемовъ и наконецъ изъ той или другой формы больничнаго режима.

Что касается до лѣкарственнаго лѣченія, то специфическое лѣкарство противъ алкоголизма до настоящаго времени еще не найдено; лѣченіе атропиномъ хотя носитъ характеръ специфичности, но является дѣйствительнымъ далеко не во всѣхъ случаяхъ, но все таки послѣдній способъ, являясь наиболѣе дѣйствительнымъ, получилъ широкое распространеніе. Не нужно только бояться большихъ дозъ и не останавливаться при появленіи первыхъ признаковъ отравленія организма. Другой препаратъ, сравнительно мало употребляемый, но очень дѣйствительный—это скополяминъ; съ этимъ препаратомъ необходимо быть осторожнѣе, такъ какъ идіосинкразія къ нему, хотя рѣдко, но встрѣчается. Поэтому необходимо начинать съ минимальныхъ дозъ и, въ случаѣ существованія идіосинкразіи—она сейчасъ же обнаружится, и тогда конечно отмѣнять. Если нѣтъ идіосинкразіи, то тоже давать, не стѣсняясь дозами, указанными въ фармакопеѣ. Лѣченіе обоими препаратами проводится путемъ постепеннаго увеличенія дозъ и затѣмъ постепеннаго уменьшенія. Само собой разумѣется, что во все время лѣченія больной долженъ находиться подъ контролемъ врача. Если лѣченіе ведется амбулаторнымъ путемъ,

то лѣкарство на руки больному не дается, а онъ получаетъ его, являясь на пріемъ. Остальные препараты—старые знакомые: стрихнинъ, белладона и горечи. Имъ не приписываютъ только въ настоящее время специфическаго значенія, но польза ихъ громадная, и безъ нихъ нельзя обойтись, такъ какъ они являются специфическими при лѣченіи гастрическихъ алкогольныхъ разстройствъ, особенно традиціоннаго „сосанія“ подъ ложечкой.

Слѣдующій самый дѣйствительный способъ лѣченія—это внушеніе. На этомъ способѣ я хочу больше остановить ваше вниманіе, потому что по отношенію къ этому способу существуютъ у многихъ очень неправильныя представленія. Прежде всего думаютъ, что гипнозъ не всякому удается, и во-вторыхъ живутъ еще давно забытыя уже спеціалистами представленія о сущности гипноза.

Прежде всего гипнозъ—не обыкновенный сонъ, а своеобразное психо-физіологическое состояніе организма. Главной задачей врача является не довести больного до состоянія сна, сонъ можетъ быть и не быть, важно привести его въ состояніе гипноза. Послѣднее же состояніе можно характеризовать, какъ состояніе большей или меньшей степени безволія паціента, полной пассивности его къ окружающимъ, состоянія безразличія, психическаго автоматизма, полнаго усыпленія личнаго „я“. Явленіе амнезіи о томъ, что было во время гипноза, совершенно необязательно. Вообще глубокій сонъ и амнезія появляются только при болѣе высокихъ степеняхъ гипноза. При лѣченіи гипнозомъ имѣетъ значеніе не самый гипнозъ, а то обстоятельство, что во время гипноза чрезвычайно усиливается внушаемость вообще. И въ совершенно нормальномъ состояніи всѣмъ людямъ въ той или иной степени присуща внушаемость. Гипнозъ же повышаетъ это состояніе внушаемости. Остается теперь только сказать нѣсколько словъ о самомъ внушеніи. Внушеніе—это передача идей одного человѣка въ подсознательную сферу другого, совершаемая помимо воли и при отсутствіи контроля области сознанія. Поясню сказанное образнѣе: сдѣлать внушеніе въ состояніи гипноза, это значитъ обезличить лицо, подвергаемое внушенію, усыпить его сознаніе и внести непосредственно въ его подсознательную сферу свои идеи, чувства и мысли. Наиболѣе общепринятой теоріей переработки внушеній является слѣдующая: внушается, напримѣръ, алкоголику мысль, что дальнѣйшее пьянство грозитъ серьезнымъ разстройствомъ для его организма.

Мысль эта для алкоголика конечно не нова, онъ о ней и раньше слышалъ, но воспринималъ онъ ее раньше, какъ чужое, а поэтому и не абсолютно вѣрное мнѣніе. Вѣдь всякій человѣкъ считаетъ непогрѣшимыми прежде всего собственныя личныя мнѣнія. Послѣ же внушенія, благодаря тому, что мысль эта зафиксирована въ подсознательной сферѣ, она переходитъ въ сознаніе не какъ чужая, а потому можетъ быть и не вѣрная идея, а какъ собственная, личная и поэтому непогрѣшимая. Въ результатѣ воля больного уже начинаетъ подчиняться велѣніямъ этихъ quasi—собственныхъ идей.

Что касается техники приведенія въ состояніе гипноза, то она не представляетъ особыхъ затрудненій, требуется только извѣстный навыкъ, вниманіе и терпѣніе.

Подробнѣе объ этомъ мною будетъ сказано въ дальнѣйшемъ при изложеніи принятаго мною лично способа лѣченія алкоголиковъ.

Перехожу теперь къ больничному лѣченію алкоголиковъ. О спеціальныхъ больницахъ для алкоголиковъ очень мало говорятъ, многіе считаютъ ихъ даже излишними. Для алкоголиковъ считаютъ достаточными амбулаторіи и пріемные покои, больничное же лѣченіе необходимымъ считаютъ только для алкоголиковъ въ состояніи бѣлой горячки и остраго опьяненія. Но дѣло въ томъ, что многія другія формы алкогольныхъ заболѣваній, какъ, напримѣръ, запой, при амбулаторномъ лѣченіи даютъ гораздо меньшій процентъ выздоровленія. Амбулаторіи для алкоголиковъ необходимы, польза, приносимая ими, огромна, но значеніе ихъ сводится главнымъ образомъ какъ приближеніе этой спеціальной медицинской помощи къ самому населенію. Вѣдь главный контингентъ больныхъ этихъ амбулаторій составляетъ трудящійся людъ, для котораго лечь въ больницу—значитъ терять заработокъ и дорогое время, и не будь амбулаторіи громадное большинство больныхъ этой категоріи не обратится къ врачу. Съ другой стороны амбулаторіи устраиваются тамъ, гдѣ нѣтъ средствъ или возможности устроить больницу. При раціональной постановкѣ всего дѣла амбулаторіи для алкоголиковъ должны играть ту же роль, что и вообще амбулаторіи, т. е. главнымъ образомъ сортировать больныхъ, въ легкихъ случаяхъ оказывать помощь на ходу, остальныхъ же направлять въ больницы.

Опытъ показываетъ, что прочное выздоровленіе возможно у большого процента алкоголиковъ только при условіи больничнаго лѣченія. Слѣдовательно, больницы для алкоголиковъ

тоже необходимы. Съ другой стороны имѣются факты, удостовѣряющіе, что лѣченіе алкоголиковъ, проведенное въ обыкновенныхъ соматическихъ больницахъ, не даетъ часто желаемыхъ результатовъ. Зависитъ это отъ многихъ причинъ. Успѣшнѣе всего алкоголики излѣчиваются при условіи особаго режима, особой обстановки, въ которой находится больной во время лѣченія. Даже въ жизни случается, что привычный пьяница, попадая въ другую среду, другую обстановку, перестаетъ пить. Вѣдь главной задачей лѣченія алкоголизма является внушить, убѣдить алкоголика, что алкоголь ядъ и что онъ можетъ обходиться безъ него. Попадая въ среду убѣжденныхъ противниковъ алкоголя, видя выздоравливающихъ больныхъ, проведя нѣкоторое время въ спеціальномъ больничномъ режимѣ, больной проникается этими идеями, онъ воспринимаетъ ихъ какъ внушенія, но совершающіяся естественнымъ, совершенно незамѣтнымъ для него путемъ. Если къ этому присоединить еще внушенія, совершаемыя искусственнымъ путемъ въ состояніи гипноза, то возможность успѣха лѣченія значительно повышается. По отношенію къ алкоголикамъ можно сказать то же, что уже твердо установлено по отношенію къ душевно-больнымъ: послѣдніе излѣчиваются не лѣкарствами, а благодаря той особой обстановкѣ, тому спеціальному режиму, въ которомъ они находятся во время своего лѣченія въ больницахъ. Слѣдовательно, для алкоголиковъ необходимы особыя больницы, со спеціальнымъ режимомъ. Въ настоящій моментъ, когда у насъ больницъ вообще мало, объ отдѣльныхъ больницахъ для алкоголиковъ можно только мечтать. Но если понимать слово „отдѣльную спеціальную“ больницу въ смыслѣ „отдѣльнаго барака или павильона при обыкновенной соматической больницѣ, но при непремѣнномъ условіи, что этотъ баракъ будетъ изолированъ отъ остальной больницы, что въ немъ будетъ установленъ спеціальный режимъ, будетъ опытный надежный медицинскій персоналъ, то такимъ образомъ больницы для алкоголиковъ можно устроить въ видѣ спеціальныхъ отдѣленій почти при каждой соматической больницѣ.

Скажу еще нѣсколько словъ про пріемные покои для алкоголиковъ. Назначеніе ихъ—подавать помощь въ случаяхъ остраго отравленія алкоголемъ или скоропроходящихъ случаяхъ бѣлой горячки. Въ нихъ изолируются такіе больные этихъ категорій, которыхъ нельзя держать въ домашней обстановкѣ и которые нуждаются въ скорой медицинской помощи.

Остаются еще камеры для вытрезвленія. Въ послѣднія должны помѣщаться всѣ безпріютные алкоголики, которыхъ подбираетъ полиція. Чрезвычайно необходимо, чтобы были спеціальныя камеры, вмѣсто существующихъ „клоповниковъ“ и „холодныхъ“, куда въ настоящее время помѣщаютъ пьяницъ.

Какъ ни какъ, но пьяный, подобранный на улицѣ, прежде всего больной человѣкъ. Клоповникъ же—это въ большинствѣ случаевъ синонимъ грубаго насилія и издѣвательства, ужасающей обстановки, свалочнаго мѣста для этихъ несчастныхъ больныхъ людей. Проведеніе принципа гуманности въ этомъ вопіющемъ по своей архаичности дѣлѣ является неотложнымъ. Камера для вытрезвленія должна быть приличнымъ помѣщеніемъ, тамъ долженъ быть человѣкъ, знакомый съ уходомъ за такими больными, лучше всего конечно фельдшеръ. Камеры эти обязательно должны находиться подъ контролемъ врача, и лицо, надзирающее за камерой, должно подчиняться врачу же, а не полиціи.

Коснувшись въ общихъ чертахъ типовъ тѣхъ лѣчебныхъ заведеній, которыя существуютъ у насъ въ Россіи, перейду теперь къ тому способу лѣченія алкоголиковъ, который я примѣняю лично. Я не намѣреваюсь сообщить въ этой области что нибудь новое, неизвѣстное спеціалистамъ,—цѣль моя совершенно другая. Я хочу показать, что при современномъ состояніи этого вопроса, способы лѣченія алкоголиковъ настолько разработаны и упрощены, что при желаніи каждый практическій врачъ можетъ путемъ даже одной теоретической подготовки изучить ихъ и въ дальнѣйшемъ примѣнять съ полнымъ успѣхомъ. Примѣняемый мною способъ лѣченія собственно одинъ, но онъ видоизмѣняется въ деталяхъ въ зависимости отъ того, съ одной стороны, въ какомъ состояніи поступаетъ ко мнѣ больной, и съ другой—какъ лѣчится больной, амбулаторно, стаціонарно въ больницѣ или у себя на дому. Опишу прежде всего методъ лѣченія при больничныхъ условіяхъ, которыя являются наиболѣе дѣйствительными. Въ большинствѣ случаевъ въ больницы попадаютъ алкоголики или въ состояніи остраго отравленія или бѣлой горячки. Въ первомъ случаѣ больной требуетъ самаго внимательнаго и неусыпнаго надзора въ виду опасности паралича сердечной дѣятельности, съ другой стороны необходимо нейтрализовать ядъ, если онъ еще не успѣлъ всосаться цѣликомъ; далѣе необходимо способствовать болѣе скорому выдѣленію яда изъ организма и наконецъ уменьшить возбужденіе, если оно имѣ-

ется. Въ виду этого, если въ выдыхаемомъ больнымъ воздухѣ слышится запахъ алкоголя, я даю ему внутрь капель 5 нашатырнаго спирта, далѣе больному ставится высокая клизма изъ холодной воды съ прибавкой глицерина; если дѣятельность сердца очень слаба, то внутрь или подъ кожу сердечныя.

Далѣе очень дѣйствительными являются водолѣчебныя процедуры въ видѣ теплыхъ продолжительныхъ (отъ $^1/_2$ часа до 1 часа) ваннъ и при этомъ обязательно съ холоднымъ компрессомъ на головѣ, а еще лучше съ пузыремъ со льдомъ. Въ случаѣ возбужденія—внутрь бромиды, къ нимъ очень удобно присоединять—сердечныя. Если состояніе настолько тяжелое, что внутрь дать нельзя, то тогда въ клизмѣ хлоралъ-гидратъ.

Въ отношеніи послѣдняго у многихъ существуетъ предубѣжденіе, что алкоголикамъ его давать нельзя, но мнѣніе это выведено скорѣе на основаніи теоретическихъ данныхъ, чѣмъ на клиническихъ наблюденіяхъ. Я лично даю хлоралъ-гидратъ во всѣхъ подходящихъ случаяхъ, независимо отъ состоянія сердечной дѣятельности больного и ни разу не видѣлъ несчастныхъ случаевъ или даже угрожающихъ жизни больного симптомовъ. Да вообще въ стадіи сильнаго возбужденія, будетъ-ли это острое опьяненіе или бѣлая горячка, когда больного нѣтъ возможности посадить въ ванну или дать что-нибудь внутрь, хлоралъ-гидратъ въ видѣ клизмы является наиболѣе подходящимъ средствомъ и гораздо менѣе опаснымъ, чѣмъ морфій, гіосцинъ и т. п. Очень хорошимъ также средствомъ, главнымъ образомъ, какъ снотворное, является паральдегидъ. У психіатровъ онъ въ большомъ ходу, но почему то не пользуется особенной симпатіей у остальныхъ врачей, что очень жаль, такъ какъ это сердство почти совершенно безвредное, его можно употреблять въ очень большихъ дозахъ, а главное, что алкоголики его принимаютъ очень охотно, если давать его подъ видомъ аптечной «водочки», такъ какъ специфическій вкусъ и запахъ паральдегида напоминаетъ отчасти таковыя же качества алкоголя. Жаль только, что въ видѣ клизмъ паральдегидъ является гораздо менѣе надежнымъ средствомъ, чѣмъ хлоралъ-гидратъ.

Въ дальнѣйшемъ, въ теченіе 3—4 дней, примѣняется одно и то же лѣченіе, хотя бы больной и „пришелъ“, какъ говорятъ, „совершенно въ себя ; онъ подвергается въ сущности въ это время обыкновенному соматическому лѣченію;

между прочимъ, кромѣ наблюденія за дѣятельностью сердца, необходимо слѣдить и за почками. Единственнымъ, такъ сказать, специфическимъ средствомъ, которое въ это время часто приходится употреблять, является смѣсь горечей: t-ra Strychni, Belladonae, Rhei, Chinae compositae въ цѣляхъ уничтоженія традиціоннаго „сосанія подъ ложечкой“.

Въ первые три дня я не начинаю систематическаго лѣченія по слѣдующимъ причинамъ: во-первыхъ, въ эти дни почти у всѣхъ больныхъ сердце, а часто и почки функціонируютъ не вполнѣ надежно, почему сразу примѣнять сильно дѣйствующіе атропинъ и скополяминъ не слѣдуетъ. Съ другой стороны, необходимо обождать нѣсколько дней въ виду возможности появленія у больного галлюцинацій, хотя бы въ началѣ ихъ и не было; послѣдніе случаи хотя рѣдко, но бываютъ.

Въ случаѣ бѣлой горячки необходимо понятно ждать не только полнаго исчезновенія галлюцинацій, но и того времени, когда у больного исчезнетъ вполнѣ и сознаніе реальности его переживаній во время галлюцинацій. Бываетъ, что больной уже не галлюцинируетъ, но онъ помнитъ почти всѣ галлюцинаціи и въ сознаніи его онѣ являются не фантастическими болѣзненными переживаніями, а дѣйствительными событіями или явленіями его жизни. Вотъ этого то не должно быть; необходимо, чтобы больной вполнѣ критически, вполнѣ сознательно могъ разбираться въ этомъ своемъ галлюцинаторномъ прошломъ. Вообще для дальнѣйшаго лѣченія необходимо вполнѣ ясное сознаніе какъ своего прошлаго, такъ и окружающей обстановки. Дѣло въ слѣдующемъ:—на все лѣченіе алкоголиковъ я смотрю, главнымъ образомъ, съ точки зрѣнія непрерывно получаемыхъ имъ внушеній, хотя бы гипнозъ и не примѣнялся.

Далѣе, успѣхъ лѣченія прямо пропорціоналенъ тому, насколько серьезно самъ больной идетъ навстрѣчу совѣтамъ врача, насколько у него сильно желаніе избавиться навсегда отъ своего недуга. Если больного поставить въ обыкновенныя больничныя условія, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ по миновеніи остраго періода, будетъ ли то острое отравленіе алкоголемъ или бѣлая горячка—безразлично, больной увѣренъ, что больше пить онъ никогда не станетъ, что лѣченіе поэтому для него совершенно безполезно, и онъ настойчиво требуетъ выписать его.

Иное дѣло, если больной попадаетъ въ спеціальную больницу для алкоголиковъ. Тутъ совершенно иная атмосфера, другая обстановка, иное отношеніе медицинскаго персонала къ больнымъ. Прежде всего въ такой больницѣ почти всегда имѣются алкоголики въ самыхъ разнообразныхъ стадіяхъ и формахъ заболѣваній: и въ состояніи остраго отравленія, и бѣлой горячки, и алкогольныхъ параличей, невритовъ, имѣются алкоголики и впервые поступившіе въ лѣчебницу и повторные, главнымъ образомъ изъ тѣхъ, которые въ первое поступленіе не пожелали подвергнуться систематическому лѣченію и т. п.

Главной темой разговоровъ какъ самихъ больныхъ другъ съ другомъ, такъ и медицинскаго персонала съ больными служатъ примѣры и демонстраціи всѣхъ разнообразныхъ проявленій алкоголизма, какъ болѣзни, методовъ лѣченія, исходовъ болѣзни какъ успѣшныхъ при условіи лѣченія, такъ и тяжелыхъ въ случаяхъ отказа отъ лѣченія и т. п. При такихъ только условіяхъ всякій больной имѣетъ возможность воочію, такъ сказать, убѣдиться, на сколько алкоголизмъ тяжелая болѣзнь, насколько необходимо лѣченіе и каковы бываютъ результаты этого лѣченія. Вотъ проникновеніе въ сознаніе больного этихъ идей является необходимымъ условіемъ успѣха въ дальнѣйшемъ лѣченіи, я бы сказалъ, является, собственно говоря, уже началомъ лѣченія, такъ какъ зафиксированіе въ сознаніи этихъ истинъ происходитъ путемъ внушеній на яву, которыя получаетъ въ это время больной отъ всей окружающей его обстановки, отъ бесѣдъ съ пользующимъ его врачемъ. Если хотите, это то, что въ послѣднее время понимаютъ подъ раціональной психотерапіей, т. е. методъ воздѣйствія на психику больного путемъ убѣжденія, путемъ развитія и укрѣпленія въ немъ разумнаго пониманія сущности и причинъ его болѣзненнаго состоянія. Вотъ та или другая достигнутая степень пониманія своей болѣзни и даетъ въ дальнѣйшемъ тотъ или другой успѣхъ лѣченія. Поэтому то я держусь, какъ необходимаго, практическаго правила начинать только тогда систематическое лѣченіе, когда больной самъ желаетъ этого. Вся дальнѣйшая система лѣченія основана на возможно широкомъ развитіи и укрѣпленіи вышепроведенныхъ идей. Лѣкарственное лѣченіе же, которое я называю систематическимъ лѣченіемъ, должно являться специфическимъ только въ глазахъ больного, но ни въ коемъ случаѣ пользующаго его врача. При помощи однихъ лѣкарствъ необходи-

мо стараться укрѣпить соматическую сферу больного, при помощи другихъ уничтожить гастриты, энтериты, возстановить насколько можно измѣненія со стороны сердца, почекъ и др. органовъ. Наконецъ, самыя главныя «спеціальныя», какъ атропинъ и скополяминъ, имѣютъ повидимому какое то до сихъ поръ невыясненное вліяніе съ одной стороны, какъ нейтрализующія алкоголь, а съ другой, какъ его замѣстители. Главное же не во всѣхъ этихъ снадобіяхъ, а въ томъ, что больной дѣлается болѣе жизнерадостнымъ, болѣе физически крѣпкимъ, сравниваетъ свое болѣзненное алкогольное состояніе съ настоящимъ безболѣзненнымъ. Всѣмъ этимъ снадобіямъ онъ придаетъ чуть ли не чудодѣйственное значеніе, начинаетъ въ нихъ вѣрить. Эту вѣру нужно укрѣплять, продолжать давать даже что нибудь индифферентное, если почему либо «специфическія» приходится отмѣнять. Такимъ образомъ, укрѣпляется вѣра въ пользующаго врача, что является слѣдующимъ могучимъ факторомъ успѣшности лѣченія. Обыкновенно необходимо выработать цѣлую систему лѣченія, необходимо также, чтобы больной былъ въ курсѣ этой системы. Примѣняемая мною система такова: — «курсъ» лѣченія атропиномъ; если онъ не переносится, то скополяминомъ; если и его нельзя давать, то смѣсь горечей. Послѣ этого курса—внушенія въ состояніи гипноза. Лѣченіе это необходимо строго индивидуализировать,— весь «курсъ» проходится далеко не всѣми больными. Одни проходятъ только «курсъ» лѣкарственнаго лѣченія, другіе и лѣкарственное, и гипнозъ. Необходимо, чтобы въ теченіе 1—2 лѣтъ больной находился въ возможно частомъ общеніи съ врачемъ, хотя, бы по мнѣнію больного, онъ окончательно излѣчился.

Я поступаю слѣдующимъ образомъ: если больной началъ пить сравнительно недавно, если въ организмѣ его нѣтъ тяжелыхъ разстройствъ, то онъ проходитъ только курсъ атропина или скополямина. Далѣе, я его выписываю, даю на руки горечи, рекомендую принимать ихъ 1—1½ мѣсяца и явиться послѣ этого. Явиться также и тогда, когда или начнетъ «сосать подъ ложечкой», или появится только желаніе выпить что нибудь изъ спиртныхъ напитковъ, включая даже и пиво. Полученному на руки лѣкарству больной придаетъ специфическое значеніе и, какъ общее правило, если аккуратно принимаетъ его, то «на водку не тянетъ». «Тянуть» начинаетъ только тогда, когда или не принимаетъ лѣкарства, или черезъ нѣкоторое время послѣ лѣченія на дому, что часто бываетъ черезъ 2—3 мѣсяца послѣ выписки.

Такому больному, такъ сказать рецедивисту, я дѣлаю впрыскиваніе скополямина съ послѣдующимъ сеансомъ гипноза. Повторяю эти сеансы въ зависимости отъ случая каждый день, затѣмъ черезъ день, 2—1 разъ въ недѣлю, однимъ словомъ до тѣхъ поръ, пока «сосать или тянуть» перестаетъ. Скополяминъ впрыскиваю только передъ первыми 2—3 сеансами, затѣмъ одинъ разъ, пробный, впрыскиваю дестиллированную воду, дальнѣйшіе сеансы уже безъ впрыскиваній. Послѣ серіи сеансовъ гипноза больному вновь дается что нибудь на руки, напримѣръ, бромидъ въ видѣ капель, или вновь тѣ же горечи, опять съ прежнимъ наказомъ,—явиться, какъ только начнетъ «сосать или тянуть».

Въ случаяхъ, довольно частыхъ, когда больной является къ врачу не тогда, когда его только начинаетъ «тянуть» на водочку, а когда онъ вновь начнетъ пить, я настоятельно совѣтую такому больному опять поступить въ больницу. Тутъ я стараюсь прежде всего вновь устранить появляющіеся обыкновенно дефекты со стороны пищеварительнаго тракта, сердца и часто почекъ, затѣмъ назначаю ему вновь, но болѣе короткій курсъ атропиннаго лѣченія и уже обязательно нѣсколько сеансовъ гипноза во время пребыванія въ больницѣ; въ дальнѣйшемъ выписываю его, даю на руки опять горечи и требую, чтобы больные являлись сперва черезъ 1—2 дня для сеансовъ гипноза, далѣе 2—3 раза въ недѣлю и т. д., т. е., другими словами, перевожу больного на систематическое амбулаторное лѣченіе.

Случаи, что такіе больные вновь «сходятъ съ рельсъ», бываютъ уже значительно рѣже.

Вообще на больныхъ, которые попадаютъ въ 3 разъ въ больницу, я смотрю какъ на безнадежныхъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ не поддающихся описанному методу лѣченія. Такихъ больныхъ необходимо продержать въ больницѣ не менѣе $^1/_2$ года и только при подобномъ условіи возможно еще надѣяться на полное излѣченіе.

Перехожу теперь къ амбулаторному лѣченію.

Я лично считаю полезнымъ амбулаторное лѣченіе только въ очень легкихъ случаяхъ и возможнымъ только тогда, когда атропинъ не только хорошо переносится больнымъ, но и хорошо дѣйствуетъ.

Дѣло въ томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствіе атропина прямо поразительно,—въ то время, когда больной принимаетъ атропинъ, даже умышленные пріемы алкоголя вы-

зываютъ немедленно рвоту, не говоря уже о томъ, что у больныхъ исчезаетъ влеченіе къ спиртнымъ напиткамъ. Что это зависитъ отъ самаго атропина, а не отъ самовнушенія или какихъ либо другихъ причинъ, приведу слѣдующій случай. Мужъ одной фельдшерицы, хроническій алкоголикъ, не соглашался лѣчиться и даже пойти къ врачу. Тогда жена тайно отъ мужа и, кстати сказать, врача, начала давать ему атропинъ, подливая въ чай. Уже въ первый день эффектъ получился замѣчательный; при всякой попыткѣ больного выпить водку его сейчасъ же рвало, больной былъ очень огорченъ этимъ, рѣшилъ, что „нутро" перестало уже принимать водку и что нужно лѣчиться. Больной обратился къ врачу и продѣлалъ съ успѣхомъ курсъ амбулаторнаго лѣченія. Подобные случаи были описаны много разъ и было даже предложено въ исключительныхъ случаяхъ прибѣгать къ такому тайному лѣченію. Предложеніе это вызвало оживленную полемику, вопросъ этотъ остался какъ будто открытымъ. Но съ точки зрѣнія врачебной этики, а также въ соотвѣтствіи съ описанными выше принципами лѣченія алкоголиковъ, какъ перевоспитаніе ихъ, внушенія имъ правильныхъ взглядовъ на сущность болѣзни, такое тайное лѣченіе должно быть отвергнуто во всѣхъ случаяхъ.

Главнымъ условіемъ амбулаторнаго лѣченія является, чтобы больной въ теченіе атропиннаго курса являлся каждый день и такимъ образомъ подпадалъ, хотя на короткое время, подъ вліяніе врача. Если амбулаторія большая и если она является спеціальной амбулаторіей для алкоголиковъ, то во многихъ случаяхъ успѣхъ достигается. Если такіе больные принимаются въ общихъ амбулаторіяхъ, то % успѣшнаго лѣченія значительно понижается. Причины этого явленія понятны: чѣмъ болѣе своеобразна обстановка лѣченія, тѣмъ большій и % успѣха. Въ виду этого очень желательно устраивать амбулаторіи для алкоголиковъ отдѣльно отъ общихъ амбулаторій; съ цѣлью приблизить ихъ къ населенію—ихъ необходимо учреждать при всякихъ большихъ фабрикахъ, заводахъ или въ мѣстности, гдѣ алкоголизмъ развитъ сильнѣе всего. При невозможности устроить отдѣльную амбулаторію, можно устраивать ихъ и при общихъ, но для алкоголиковъ должны быть особые часы пріема.

Перехожу наконецъ къ самой существенной части метода лѣченія алкоголиковъ, именно лѣченію внушеніемъ въ состояніи гипноза.

Гипнотическіе сеансы въ примѣненіи къ алкоголикамъ значительно упрощаются и облегчаются многими предвходящими условіями.

Самымъ главнымъ изъ нихъ является то, что до примѣненія гипнотическихъ сеансовъ больной проходитъ болѣе или менѣе продолжительную «выучку», все то, что я называю внушеніями на яву. Но этого мало; я лично считаю крайне необходимымъ еще и нѣкоторые искусственные пріемы съ цѣлью получить съ первыхъ же сеансовъ хотя нѣкоторый успѣхъ. Вообще во все время лѣченія алкоголика необходимо, чтобы авторитетъ врача былъ въ глазахъ больного непоколебимъ.

Какъ извѣстно, вопросъ о воспріимчивости къ гипнозу различными авторитетами рѣшается различно. Одинъ только Форель считаетъ, что всякій душевно-здоровый человѣкъ воспріимчивъ къ гипнозу, другіе же опредѣляютъ эту воспріимчивость отъ 30 до 80%, причемъ воспріимчивымъ считается не тотъ, который при первомъ же сеансѣ впадаетъ въ гипнозъ, а даже тѣ, которыхъ удается привести въ это состояніе послѣ цѣлаго ряда сеансовъ. Съ другой стороны извѣстно, что при первомъ сеансѣ впадаетъ въ гипнотическое состояніе небольшой процентъ вообще всѣхъ больныхъ; требуется иногда нѣсколько десятковъ сеансовъ, чтобы добиться желаемыхъ результатовъ. При примѣненіи гипноза къ алкоголикамъ такія общепринятыя условія лѣченія гипнозомъ совершенно недопустимы. Заставить алкоголика посѣщать врача много разъ и притомъ безъ какихъ бы то ни было признаковъ успѣха лѣченія, значитъ отнять у него всякую вѣру въ пользующаго врача, не говоря уже о томъ, что, не видя успѣха, больной едва ли станетъ продолжать или затягивать лѣченіе вообще. Поэтому непремѣннымъ условіемъ лѣченія гипнозомъ алкоголиковъ я считаю, чтобы дѣйствительный или только кажущійся для больного успѣхъ былъ при первыхъ же сеансахъ.

Чтобы добиться этого, необходимо, во первыхъ, приступать къ гипнозу только тогда, когда больной къ нему уже подготовленъ, что я и подразумѣваю подъ предварительной «выучкой» больного и, во вторыхъ, добиваюсь того, чтобы съ первыхъ же сеансовъ больной непремѣнно впадалъ въ сонъ, если не гипнотическій, то хотя бы обыкновенный; послѣдній же я затѣмъ пытаюсь перевести въ состояніе гипноза, вѣрнѣе въ первый или второй стадіи этого состоянія, который извѣстенъ подъ названіемъ гипнотическаго сна (Шарко—каталепсія, летаргія и

сомнамбулизмъ. Болѣе современная классификація Фореля— 1) сонливость, съ большимъ трудомъ противостоитъ внушеніямъ, 2) гипотаксія—глаза закрыты и не могутъ быть открыты, больной повинуется внушеніямъ и 3) сомнамбулизмъ, амнезія послѣ пробужденія и послѣгипнотическія явленія).

Приступаю теперь къ детальному описанію принятой мною техники. Предполагается, что больной пробылъ уже нѣкоторое время въ больницѣ, или посѣщалъ много разъ амбулаторію, знакомъ по наслышкѣ, главнымъ образомъ отъ другихъ больныхъ, что такое гипнозъ. Больной знаетъ также, что тутъ лѣчатъ еще какими то впрыскиваніями, послѣ которыхъ необходимо минутъ 20—30 полежать. Дѣло въ томъ, что при лѣченіи скополяминомъ больныхъ я обязательно укладываю на 20—30 минутъ въ виду того, что почти всегда наступаютъ самыя разнообразныя явленія раздраженія и даже угнетенія какъ со стороны перефирической нервной системы, такъ и центральной, заканчивающіяся глубокимъ сномъ.

Явленія эти—какъ головокруженія, съ одновременной атаксіей, разстройство ли зрѣнія, изрѣдка съ психическимъ возбужденіемъ, рѣже угнетеніемъ, часто пугаютъ больныхъ.

Когда больные остаются на ногахъ, явленія эти проявляются въ болѣе рѣзкой степени, больной бываетъ уже вынужденъ лечь, все это пугаетъ его часто до такой степени, что впрыскиванія приходится отмѣнять. Когда же больной сейчасъ послѣ впрыскиванія ложится, явленія эти бываютъ слабѣе выражены и онъ спокойно засыпаетъ.

Обыкновенно сонъ наступаетъ черезъ 10—15 минутъ послѣ впрыскиванія. Но до наступленія этого обыкновеннаго, но вызваннаго искусственнымъ образомъ сна, я пытаюсь перевести его прямо въ гипнотическій сонъ; для этой цѣли черезъ 5—7 минутъ послѣ впрыскиванія скополямина я приступаю къ обычнымъ при гипнозѣ манипуляціямъ; когда больной засыпаетъ, я опредѣляю, какой это сонъ—обыкновенный или гипнотическій и, если сразу добился гипнотическаго сна, то въ дальнѣйшемъ впрыскиванія скополямина отмѣняю, если же нѣтъ, то продолжаю впрыскиванія, но уже почти всегда черезъ 3—4 сеанса признаки гипнотическаго сна обнаруживаются. Такимъ образомъ, случаи неудачи въ примѣненіи гипноза сводятся до минимума, авторитетъ врача въ глазахъ больного является непоколебимымъ, больной не испытываетъ даже временныхъ неуспѣховъ въ лѣченіи. Вотъ съ моей точки зрѣнія эта вѣра во врача, вѣра въ самое лѣченіе един-

ственно только и ведутъ къ успѣху. Никто не станетъ отрицать, что эти же условія являются главными факторами лѣченія почти всѣхъ болѣзней, но при лѣченіи алкоголизма они являются не только главными, но и единственными. При лѣченіи остальныхъ болѣзней временный неуспѣхъ лѣченія играетъ незначительную роль, при лѣченіи же алкоголизма неуспѣха, даже временнаго, не должно быть, иначе нарушается та невидимая связь, которая существуетъ все время между паціентомъ-алкоголикомъ и пользующимъ его врачемъ.

Да это и понятно, потому что алкоголизмъ—болѣзнь sui generis, это одна изъ тѣхъ немногихъ болѣзней, которую излѣчиваемъ единственно мы, врачи, а не vis medicatri naturae, которая въ сущности излѣчиваетъ громадное большинство болѣзней и при лѣченіи которыхъ мы своими снадобьями только помогаемъ этой жизненной силѣ справиться съ недугомъ.

Перехожу теперь къ описанію техники гипноза. Техника эта извѣстна понятно спеціалистамъ, но быть можетъ нѣкоторымъ изъ присутствующихъ она знакома только въ общихъ чертахъ и если бы они пожелали, выслушавъ докладъ, примѣнить гипнозъ къ алкоголикамъ, то вѣроятно во многихъ случаяхъ получили бы неуспѣхъ. Послѣдній же почти всегда зависитъ отъ несоблюденія многихъ деталей; описанія ихъ имѣются и въ учебникахъ, но человѣкъ, изучающій примѣненіе гипноза теоретически, считаетъ ихъ несущественными, упускаетъ ихъ и только путемъ практики убѣждается въ своихъ ошибкахъ.

Я лично примѣняю методъ фиксаціи. Больной садится, а еще лучше ложится въ наиболѣе удобное для себя положеніе. Больного необходимо предупредить, что никакихъ репликъ или вопросовъ въ теченіе всего сеанса онъ не долженъ дѣлать, говорить онъ можетъ только тогда, когда ему будетъ заданъ прямой вопросъ.

Одновременно съ фиксаціей я употребляю ритмическія слуховыя раздраженія, напримѣръ, обыкновенный будильникъ.

Что касается мѣста и времени производства сеансовъ, то это не играетъ особой роли; правда, я стараюсь производить сеансы всегда на одномъ и томъ же мѣстѣ, въ одномъ и томъ же положеніи, предпочитаю лежачее, и въ одни и тѣ же часы. Въ комнату, гдѣ производятся сеансы, не должны проникать рѣзкіе внѣшніе шумы.

Для фиксаціи я употребляю какой нибудь небольшой предметъ,—стеклянный шарикъ, пуговицу, маленькіе флакон-

чики и т. п. Эти предметы я помѣщаю на такой высотѣ, чтобы вѣки больного были немного напряжены и не закрывали глазъ. Будильникъ помѣщается гдѣ нибудь вблизи, но такъ, чтобы больной не видѣлъ его. Самъ я помѣщаюсь прямо передъ больнымъ и все время смотрю на него. Если больной лежитъ, то я предлагаю ему лечь немного на бокъ, обѣ руки больного должны лежать свободно и легко доступны для меня. Больному я предлагаю смотрѣть не сводя глазъ съ предмета, причемъ предупреждаю, что моргать можно, но съ другой стороны закрывать глазъ ни въ коемъ случаѣ нельзя до тѣхъ поръ, пока я не скажу, что можно закрыть ихъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ я предлагаю все время прислушиваться къ будильнику и въ то же время дышать какъ можно глубже Во все время сеанса я обращаюсь къ больному тихимъ голосомъ и по возможности въ монотонномъ тонѣ. Больному предлагается лежать спокойно, не шевелиться и стараться ни о чемъ не думать. Все время необходимо внимательно слѣдить за больнымъ, особенно за глазами и дыханіемъ. Приблизительно черезъ 1 минуту больному внушается идея сна. „Глаза ваши начинаютъ моргать, они слипаются, слезятся". „Васъ клонитъ ко сну". Если глаза дѣйствительно начинаютъ моргать, то я вновь предупреждаю—„не закрывайте только глазъ, пока я вамъ не скажу сдѣлать это". Обыкновенно необходимы еще дальнѣйшія внушенія сна; я говорю: „вы чувствуете усталость, ваши руки нѣмѣютъ, въ ногахъ вы чувствуете слабость, мысли ваши путаются". Къ этому времени глаза больного обыкновенно начинаютъ слипаться, я обращаю на это вниманіе больного и повторными внушеніями добиваюсь того, что больной уже не въ состояніи фиксировать предметъ широко раскрытыми глазами, глазныя щели суживаются, взглядъ становится тусклымъ, замѣчается усиленное морганіе вѣкъ. Этотъ моментъ очень важенъ; необходимо избѣгать доводить больного до такого состоянія, что онъ самъ закроетъ глаза. Я всегда самъ закрываю глаза больному и дѣлаю это при помощи указательнаго пальца и мизинца соотвѣтствующей руки, приказывая одновременно „закройте глаза". Закрывъ глаза, я не отнимаю пальцевъ, а дѣлаю нѣсколько легкихъ поглаживаній верхнихъ вѣкъ сверху внизъ. Послѣ поглаживаній я приставляю средній палецъ ко лбу больного у корня носа и слегка надавливаю 5—6 разъ, затѣмъ отнимаю пальцы и внимательно наблюдаю за больнымъ. Въ это время обыкновенно повторяю: „дышите поглубже, ни о чемъ не думайте, прислушивайтесь

къ часамъ, думайте о снѣ". Въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ это время появляются признаки гипнотическаго сна, больные начинаютъ обыкновенно дѣлать глотательныя движенія, въ вѣкахъ появляется особая мелкая дрожь, выраженіе лица мѣняется, взоръ дѣлается застывшимъ, ледянымъ, дыханіе нѣсколько замедляется и дѣлается болѣе поверхностнымъ. Необходимо замѣтить, что всѣ эти признаки необязательны: они или всѣ или нѣкоторые изъ нихъ только появляются въ громадномъ большинствѣ случаевъ. Болѣе вѣрными признаками наступленія гипнотическаго сна являются слѣдующіе.

Я говорю больному: „я сейчасъ подниму вашу лѣвую руку и вамъ трудно будетъ опустить ее, хотя бы я говорилъ вамъ отпустить ее". Затѣмъ продолжаю: „вотъ я беру вашу руку" и при этомъ беру руку больного за кисть; далѣе говорю: „вотъ поднимаю ее", и дѣйствительно поднимаю; поднявъ, придерживаю ее нѣкоторое время на одной высотѣ, растопыривая при этомъ пальцы больного, затѣмъ потихоньку отнимаю свою руку и внимательно слѣжу нѣсколько мгновеній за рукою больного; если она остается на одной высотѣ, я приказываю опустить ее; если рука и послѣ этого остается въ прежнемъ положеніи, я говорю: „вотъ видите, вы не можете опустить руку" и сейчасъ же беру руку и опускаю ее, говоря, „ну, теперь можно опустить". Но съ перваго сеанса такое явленіе, т. е. что больной не можетъ опустить руку, случается далеко не всегда, часто рука начинаетъ медленно, плавно, опускаться; тогда я говорю: „вотъ видите, какъ медленно она опускается, потому что вамъ трудно ее опустить". Далѣе продѣлываю описанный опытъ съ другой рукой; если первая рука опускалась сравнительно легко, то вторая опускается обыкновенно или гораздо медленнѣе или совершенно не опускается.

Въ случаѣ, если хотя одна рука совершенно не опускается, я продѣлываю дополнительный опытъ съ глазами. Я говорю: «я сейчасъ прикажу вамъ открыть глаза и вамъ трудно будетъ сдѣлать это»; далѣе продолжаю—«откройте глаза»; если больной не можетъ сдѣлать этого, я говорю—«вотъ видите, вы не можете открыть глазъ». Если же вѣки начинаютъ медленно приподниматься, я сейчасъ придерживаю ихъ, говоря: «довольно, видите вамъ трудно открыть глаза».

Во время перваго сеанса никакихъ внушеній я не дѣлаю, за исключеніемъ только того, что говорю: «послѣ сеанса вы будете чувствовать себя хорошо, голова будетъ у васъ

свѣжа». Наконецъ, приподнимаю оба вѣка, говоря: «откройте глаза, довольно на первый разъ, вставайте». Когда больной откроетъ глаза, я добавляю: «полежите немного, если хотите; видите, дѣло идетъ очень хорошо, дальше будетъ еще лучше, если вы будете только точно исполнять все то, что я вамъ говорю». Дальнѣйшихъ разговоровъ съ больнымъ я избѣгаю; если онъ начинаетъ говорить о томъ, что онъ чувствовалъ во время сеанса, я говорю: «сейчасъ объ этомъ говорить не слѣдуетъ, если хотите, поговорите объ этомъ завтра». Дѣлается это потому, что подобные разговоры ведутъ къ критикѣ того состоянія, въ которомъ находился больной во время сеанса, а гдѣ критика, тамъ и сомнѣнія, а этого не должно быть: авторитетъ врача долженъ быть непоколебимъ.

Опытамъ съ руками я придаю очень большое значеніе и вотъ почему. Во первыхъ, положительный результатъ опыта разсѣиваетъ сомнѣнія у самого врача, какой сонъ у больного—обыкновенный или гипнотическій. Во вторыхъ же, и самое главное, положительный опытъ съ руками имѣетъ громадное вліяніе на психику больныхъ, даже тѣхъ, которые до этого времени были большими скептиками.

Ощущеніе это очень своеобразно, дѣйствуетъ сильно на воображеніе больныхъ, больные часто говорятъ: «мнѣ казалось, будто рука моя къ чему то привязана, чувства тяжести или усталости въ рукѣ я совершенно не чувствовалъ». Разъ у больного удалось достичь этой внушенной каталепсіи, дальнѣйшій успѣхъ сеансовъ обезпеченъ. Слѣдующіе сеансы проводятся приблизительно такъ же, какъ и первые, но приказанія, отдаваемыя больному, необходимо дѣлать въ болѣе категорической формѣ, напримѣръ, закрывая глаза рукой, можно говорить—«спите», поднимая руку, сказать—«вы ее не опустите, несмотря на всѣ усилія». Также и съ глазами—«вы не въ состояніи открыть глазъ» и т. п. Послѣ нѣсколькихъ сеансовъ для пробы допустимы и нѣкоторые послѣ-гипнотическія внушенія. Вообще во все время примѣненія гипноза приказанія въ категорической формѣ можно отдавать только тогда, когда врачъ заранѣе убѣжденъ, что они будутъ исполнены больнымъ.

Внушенія я начинаю дѣлать не ранѣе 3—4 сеанса. Сперва внушаются хорошее общее самочувствіе, хорошій сонъ и аппетитъ, если они разстроены; исправляются также такимъ путемъ и разнообразныя гастрическія разстройства. Эти внушенія играютъ большую роль въ успѣшности дальнѣйшей терапіи, такъ какъ алкоголизмъ часто поддерживается всевоз-

можными соматическими разстройствами, особенно со стороны желудочно-кишечнаго тракта. И только послѣ этого уже приступаю къ собственно противоалкогольнымъ внушеніямъ. Форма этихъ внушеній самая разнообразная; для этого необходимо изучить условія жизни больного, изучить тѣ причины, которыя, такъ сказать, толкаютъ больного на путь алкоголизма; путемъ внушеній стараются устранить эти причины.

Такимъ образомъ, больному внушается соотвѣтствующій образъ жизни, правильные взгляды на вредныя дѣйствія алкоголя на организмъ вообще и указывается, какое пагубное значеніе имѣетъ пьянство на его собственный организмъ, какъ оно вредно отражается на его семейныхъ, общественныхъ дѣлахъ и т. п.

Въ концѣ концовъ внушается отвращеніе ко всѣмъ вообще спиртнымъ напиткамъ.

Выше я сказалъ, что алкоголизмъ является нашимъ народнымъ бѣдствіемъ и поэтому, какъ таковое, нуждается не въ однихъ только врачебныхъ воздѣйствіяхъ на больныхъ, но необходимы вообще чрезвычайныя мѣры противъ него какъ со стороны общества, такъ и правительства.

Прежде всего я хочу только указать на тѣ практическія мѣры, которыя возможно провести въ жизнь при настоящихъ условіяхъ нашей русской дѣйствительности; необходимо, чтобы съ одной стороны общество принимало активное участіе въ этой борьбѣ и съ другой стороны, чтобы всѣ органы какъ правительства, такъ и различныхъ вѣдомствъ и учрежденій содѣйствовали этой борьбѣ. Оффиціально это какъ будто и существуетъ: имѣются у насъ и общества трезвости и комиссіи по борьбѣ съ алкоголизмомъ—иниціатива тѣхъ и другихъ принадлежитъ самому обществу; съ другой стороны, имѣются и оффиціальныя попечительства о народной трезвости—органы правительства. Но дѣятельность всѣхъ этихъ организацій, какъ извѣстно, мало продуктивна. Разъ это такъ, то необходимо создать какія нибудь новыя организаціи, болѣе жизненныя, рамки дѣятельности которыхъ не находились бы въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ перемѣнчивыхъ условій нашей жизни. Органами, функціи которыхъ никогда не прекращаются и дѣятельность которыхъ сравнительно мало измѣняется подъ вліяніемъ общихъ условій жизни, являются учрежденія, вѣдающія охраной народнаго здравія вообще.

Алкоголизмъ, какъ народная болѣзнь, скорѣе всего и подлежитъ компетенціи этихъ учрежденій. Слѣдовательно, ничего

новаго и создавать не придется, необходимо будетъ только сдѣлать для всѣхъ органовъ охраны народнаго здравія борьбу съ алкоголизмомъ обязательной, напримѣръ въ видѣ учрежденія при нихъ комитетовъ борьбы съ алкоголизмомъ. Народное здравіе охраняютъ въ городахъ общественныя самоуправленія, внѣ городовъ—земства. Какъ тѣ, такъ и другіе кое что въ отношеніи борьбы съ алкоголизмомъ дѣлаютъ, но, за неимѣніемъ средствъ и не будучи обязаны вести эту борьбу, они дѣлаютъ очень мало.

Но мало передать эту борьбу въ руки городскихъ и земскихъ органовъ, необходимо привлечь сюда же и самые широкіе круги общества. Достигнуть этого можно было бы тѣмъ, что составъ этихъ комитетовъ былъ бы отчасти выборный, т. е. въ него входили бы и мѣстные люди, хотя и не принадлежащіе къ упомянутымъ органамъ самоуправленія, но полезные для цѣлей, преслѣдуемыхъ этими комитетами.

Вопросъ о средствахъ можно было бы тоже разрѣшить сравнительно легко. Источниками средствъ комитетовъ могли бы быть:

1) правительственная субсидія,

2) субсидіи соотвѣтствующихъ земствъ или городовъ,

3) штрафы и взысканія, налагаемые судомъ по алкогольнымъ дѣламъ и, наконецъ;

4) широкій притокъ пожертвованій, которыя комитеты могли бы собирать тѣмъ же путемъ, какъ собираютъ ихъ вообще всѣ благотворительныя и просвѣтительныя общества.

Такая организація борьбы съ алкоголизмомъ безусловно привлекла бы самые широкіе круги общества, привлекла бы полезныхъ людей, симпатіи всего общества и конечно большой притокъ денежныхъ средствъ.

А разъ были бы люди и средства, то явилось бы и много полезныхъ для дѣла учрежденій въ видѣ больницъ, амбулаторій, пріютовъ и т. п.

Я сказалъ выше, что борьбу съ алкоголизмомъ должны вести не только общество, но и государство, а также всевозможныя общественныя и государственныя учрежденія или, какъ у насъ ихъ называютъ, „вѣдомства“. Государство или правительственная власть должны провести законы объ алкоголизмѣ, крайняя нужда въ которыхъ уже назрѣла. Для начала необходимо хотя установить для всѣхъ и каждаго судебную отвѣтственность за появленіе внѣ своего дома въ нетрезвомъ видѣ. Жизнь въ этомъ отношеніи уже опередила

писанные законы, пьяный уличный разгулъ преслѣдуется, но не подъ своимъ безобразно грубымъ флагомъ,—пьянаго привлекаютъ за нарушеніе общественной тишины и спокойствія, пьяное же мертвое тѣло не привлекается къ отвѣтственности, а убирается въ холодную. Это уже давно пора прекратить; пьяница долженъ привлекаться даже за одно пьянство, хотя бы тишины онъ и не нарушалъ. Уже этотъ одинъ законъ, конечно при самомъ строгомъ своемъ примѣненіи, будетъ имѣть большое моральное значеніе и вмѣстѣ съ тѣмъ явится источникомъ порядочныхъ суммъ для борьбы съ алкоголизмомъ.

Но пьютъ у насъ не одни только обыкновенные граждане, пьютъ и арестанты въ тюрьмахъ, и школьники, и солдаты, и моряки, и рабочіе, и переселенцы, и желѣзнодорожники и т. п. подвѣдомственные люди. Всюду въ этихъ учрежденіяхъ и вѣдомствахъ употреблять спиртные напитки запрещается; за нарушеніе этого правила налагаются кары, но въ дѣйствительности вѣдомства только отписываются: у насъ пьянствовать запрещено, пьянство у насъ карается. То же обстоятельство, что карательныя мѣры не достигаютъ цѣли и что пьянство не только не уменьшается, но съ каждымъ годомъ прогрессируетъ, вѣдомства не считаютъ своей виной. Общество же не можетъ конечно раздѣлять этой точки зрѣнія и въ правѣ предъявлять извѣстныя требованія, обязательныя для всѣхъ и каждаго.

Общество въ правѣ требовать, чтобы армія и флотъ не являлись разсадниками алкоголизма, чтобы народныя средства, отпускаемыя переселенцамъ для устройства на новыхъ мѣстахъ, не пропивались ими, чтобы безопасность движенія по желѣзнымъ дорогамъ не находилась въ рукахъ пьяныхъ машинистовъ, пьяныхъ станціонныхъ служащихъ, пьяныхъ стрѣлочниковъ, чтобы наши дѣти въ школахъ не были пьяницами и т. п.

Приведу нѣсколько примѣровъ наиболѣе яркихъ и типичныхъ вѣдомственныхъ отписокъ.

Статистикой установлено, что процентъ алкоголиковъ среди новобранцевъ какъ арміи, такъ и флота гораздо меньше процента алкоголиковъ среди выходящихъ въ запасъ какъ арміи, такъ и флота. Слѣдовательно, пребываніе въ рядахъ войскъ служитъ одной изъ причинъ распространенія алкоголизма среди населенія вообще. Какъ въ арміи, такъ и во флотѣ пьянство строго преслѣдуется, но и только; другихъ мѣръ почти не принимается на томъ основаніи, что пьянство

преступленіе, а не болѣзнь. Другой примѣръ—желѣзнодорожники: на желѣзнодорожную службу алкоголики не принимаются, служащіе алкоголики изгоняются, но все это только на бумагѣ. На одной извѣстной мнѣ хорошо дорогѣ 50%, болѣвшихъ бѣлой горячкой, принадлежало къ той категоріи служащихъ, которые имѣютъ непосредственное соприкосновеніе съ безопасностью движенія поѣздовъ. На ходатайство передъ высшимъ начальствомъ объ открытіи спеціальной больницы для алкоголиковъ былъ полученъ отвѣтъ,—служащихъ алкоголиковъ не должно быть, ихъ необходимо гнать, а не лѣчить. Правда, изрѣдка алкоголиковъ и гонятъ, но только тѣхъ, которые неугодны начальству; а вообще на этой дорогѣ болѣе половины служащихъ—хроническіе алкоголики; на другихъ дорогахъ—та же картина. Еще примѣръ: государство тратитъ громадныя суммы на перевозку, водвореніе и устройство переселенцевъ въ разныхъ мѣстахъ Сибири, а между тѣмъ эти же переселенцы въ Уссурійской области пропили въ 1911 году половину своего урожая.

Наконецъ, Амурская дорога:—строится на русскія деньги, русскими рабочими, желтый трудъ совершенно изгнанъ, но эти же амурскіе русскіе рабочіе пропиваютъ ежегодно нѣсколько милліоновъ русскихъ денегъ, покупая маньчжурскую контрабандную водку.

Благая цѣль дать милліонные заработки русскимъ рабочимъ является фикціей, потому что у рабочихъ остаются гроши; сами они еще больше развращаются, чѣмъ у себя на родинѣ, а русскіе милліоны все равно переходятъ въ цѣпкія руки желтолицыхъ иностранцевъ.

Изъ этихъ немногихъ примѣровъ ясно, что борьба съ алкоголизмомъ должна охватывать всѣ вѣдомства, всѣ учрежденія, что отписки должны быть изгнаны, необходимы дѣйствительныя, планомѣрныя, вполнѣ раціональныя мѣры. Каждое учрежденіе должно давать отчетъ обществу, что оно предприняло и каковы результаты этихъ мѣропріятій. И только при такомъ дружномъ, стойкомъ натискѣ можно надѣяться, что борьба съ алкоголизмомъ дастъ осязательные результаты.

На основаніи всего сказаннаго можно прійти къ слѣдующимъ выводамъ:

Положенія.

1) Алкоголизмъ въ Приамурьѣ развитъ въ гораздо большей степени, чѣмъ въ остальной Россіи.

2) Лѣченіе алкоголизма настолько разработано, что доступно не только спеціалистамъ, но вообще всѣмъ врачамъ при условіи небольшой спеціальной подготовки.

3) Лѣченіе алкоголиковъ можно проводить и въ общихъ соматическихъ больницахъ и амбулаторіяхъ при условіи, что въ первыхъ будутъ отведены отдѣльные павильоны или отдѣленія для алкоголиковъ, а въ амбулаторіяхъ отдѣльные часы пріема.

4) Алкоголизмъ является народнымъ бѣдствіемъ и, какъ таковое, нуждается въ чрезвычайныхъ мѣрахъ противъ него какъ со стороны общества, такъ и государства.

5) Существующія организаціи по борьбѣ съ алкоголизмомъ какъ общественныя, такъ и правительственныя по многимъ причинамъ приносятъ очень мало пользы.

6) Созданіе комитетовъ по борьбѣ съ алкоголизмомъ при всѣхъ безъ исключенія городскихъ и земскихъ самоуправленіяхъ съ привлеченіемъ въ эти комитеты мѣстныхъ людей, полезныхъ для дѣла, является легко осуществимымъ и отвѣчаетъ существующимъ условіямъ русской жизни; комитеты эти являлись бы вполнѣ жизнеспособными и могущественными органами для борьбы съ алкоголизмомъ.

7) Необходимо, чтобы отдѣльныя вѣдомства, какъ военно-морское, желѣзнодорожное, переселенческое и др., предприняли дѣйствительныя мѣры противъ алкоголизма и чтобы каждое вѣдомство въ своихъ годовыхъ санитарныхъ отчетахъ указывало на результаты принятыхъ мѣръ.

8) Необходимо немедленное приведеніе къ жизни законодательныхъ постановленій противъ алкоголизма.

9) Въ виду того, что въ Сибири культурныхъ центровъ очень мало, очень желательно, чтобы всѣ сибирскія желѣзныя дороги оборудовали вагоны—музеи выставки по гигіенѣ вообще и алкоголизму въ частности. Эти вагоны должны постоянно курсировать и сопровождаться лекціями по означеннымъ отраслямъ медицины.

Вотъ тѣ главныя положенія, вотъ тѣ мѣры, которыя должны лечь въ основу борьбы съ алкоголизмомъ. Но не нужно забывать всетаки, что все, о чемъ до сихъ поръ говорилось, не носитъ характера вполнѣ раціональной борьбы съ

этимъ нашимъ соціальнымъ бѣдствіемъ. Предлагаемыя мѣры не въ состояніи уничтожить корни этого зла, они могутъ только уменьшить его. Мы, какъ врачи, будемъ настойчиво бороться съ этимъ зломъ всѣми имѣющимися въ нашемъ распоряженіи средствами, но мы же, врачи, какъ культурные сыны своей родины, должны постоянно указывать и на корни этого зла. Народное невѣжество, тяжелыя условія труда, грубость нашихъ нравовъ, общая забитость и безправность, отсталость въ культурномъ отношеніи, весь ненормальный укладъ нашей жизни,—вотъ главные виновники распространенія этой національной нашей болѣзни. Но и мы, русскіе, всетаки двигаемся по пути культурнаго совершенствованія, двигаемся, правда, медленно, скачками, но двигаемся. Переустройство коснулось пока только нѣкоторыхъ уголковъ нашей жизни; будемъ надѣяться, что скоро настанетъ время, когда будетъ заложенъ прочный незыблемый фунтаментъ подъ все наше народное строительство, тогда несомнѣнно исчезнетъ въ числѣ другихъ бѣдствій нашей родины и алкоголизмъ, какъ обще-народное бѣдствіе.

Врачъ *К. Фіалковскій.*

Харбинъ,
августъ 1913 года.

№ 3.

Докладъ д-ра С. И. Петина.

„Pneumonia pestica".—Патологическая анатомія и гистологія по даннымъ вскрытія труповъ на московскомъ чумномъ пунктѣ во время эпидеміи легочной чумы въ Харбинѣ въ 1910—1911 г.г.

I. Введеніе.

Сегодня я имѣю честь подѣлиться тѣми скромными впечатлѣніями, которыя я вынесъ изъ борьбы съ чумной эпидеміей 1910 и 1911 г.г. и, главнымъ образомъ, представить вамъ картину легочной чумы съ точки зрѣнія патологической анатоміи, гистологіи и бактеріоскопіи—по даннымъ произведенныхъ мною полныхъ вскрытій труповъ умершихъ отъ чумы на московскомъ чумномъ пунктѣ въ Харбинѣ.

Эпидемія эта, какъ извѣстно, появилась въ Монголіи, захватила часть Забайкалья, проникла затѣмъ въ Харбинъ и дошла до южныхъ областей Китая. Чума была исключительно легочная. Случаевъ бубонной чумы не было зарегистровано ни русскими, ни китайскими, ни японскими врачами. Американскіе и западно-европейскіе врачи также указываютъ, что случаевъ бубонной чумы за 1910 и 1911 г.г. не было.

Только одинъ изъ русскихъ врачей, работавшихъ на ст. Маньчжурія К. В. ж. д., заявилъ, что онъ наблюдалъ одинъ случай легочной чумы, причемъ были и подмышечные бубоны. Я имѣю основаніе думать, что эти бубоны ничего общаго не имѣли съ чумой. Такихъ бубоновъ у китайцевъ очень много. Сомнѣваться въ указанномъ случаѣ я могу еще и потому, что ни бактеріоскопически, ни бактеріологически случай этотъ не былъ установленъ.

Въ 1910 и 1911 г.г. мы пережили чистую форму легочной чумы. Намъ предсказывали, что весною, вмѣстѣ съ переходомъ отъ холода къ теплу, мы будемъ имѣть случай

наблюдать и переходъ отъ легочной чумы къ бубонной, такъ какъ чумная палочка при обѣихъ формахъ болѣзни одна и та же во всѣхъ отношеніяхъ. Такого перехода не было, а между тѣмъ случаи заболѣванія легочной чумой еще были и тогда, когда уже наступило теплое время.

Первый случай легочной чумы былъ констатированъ в. Харбинѣ 27 октября 1910 года. Это былъ китаецъ, пріѣхавшій со ст. Маньчжурія.

По указанію главнаго врача дороги, я произвелъ частичное вскрытіе трупа этого китайца, и бактеріоскопически, а затѣмъ и бактеріологически мною было доказано, что въ данномъ случаѣ мы имѣли одну изъ жертвъ легочной чумы въ Харбинѣ. Это была, такъ сказать, первая ласточка въ Харбинѣ.

Далѣе, постепенно, чума стала крѣпнуть, достигла наивысшей силы въ январѣ 1911 года и къ апрѣлю постепенно затихла, прекратилась.

Несмотря на цѣлый рядъ предпринимавшихся мѣръ для задержанія и прекращенія эпидеміи—появилась чума въ опредѣленное, свое время, прошла туда, куда могла, достигнувъ наивысшей сили и, постепенно, прекратилась сама собою, помимо всѣхъ мѣропріятій, независимо отъ того, что дѣлали для ослабленія и прекращенія эпидеміи и для прегражденія распространенія ея.

Основываясь на горькомъ опытѣ, пріобрѣтенномъ мною и другими товарищами, какъ непосредственными участниками въ борьбѣ съ пережитой нами эпидеміей, всѣ примѣнявшіяся мѣры я долженъ раздѣлить на 4 группы.

Одни изъ проводившихся мѣропріятій безусловно важны, нужны и цѣлесообразны; другія—были несвоевременны; третьи—сами по себѣ имѣютъ значеніе, но не для городовъ, какъ это было у насъ въ отношеніи Харбина; наконецъ—четвертыя—никуда негодны, проводились и вообще проводятся всюду только потому, что существуютъ на бумагѣ, такъ сказать, узаконены и никто не потрудится вникнуть въ ихъ безсмысленность, а денегъ правительству онѣ стоятъ много и очень много.

Я не стану сейчасъ детально разбирать эти 4 группы, такъ какъ это не входитъ непосредственно въ мою задачу, но все же долженъ сказать, что прежде всего было бы необходимо ежегодно, весною, строжайше изслѣдовать степь, ея грызуновъ и населеніе, главнымъ образомъ охотниковъ за

грызунами. Если будетъ замѣчена эпизоотія, то сейчасъ же, немедленно, вызвать побольше врачей и размѣстить ихъ на наиболѣе важныхъ пограничныхъ мѣстахъ. Улучшить жизнь населенія и его жилища, а чумныя лѣчебницы въ эндемичныхъ мѣстахъ, со всѣми необходимыми службами, должны быть построены заранѣе и по строго-научному плану, а не случайно и спѣшно приспособленными. Легочная чума страшнѣе бубонной, даетъ 100% смертности, а потому персоналъ долженъ быть размѣщенъ въ хорошихъ, спеціально построенныхъ помѣщеніяхъ, и тогда и смертность среди него будетъ меньше. При такихъ условіяхъ чума не распространилась бы такъ, какъ это мы пережили, а была бы задавлена въ самомъ началѣ.

Извиняюсь за маленькое уклоненіе отъ прямой своей задачи, но считаю, что долженъ былъ сказать эти нѣсколько словъ, такъ какъ это, отчасти, объясняетъ, почему я пріобрѣлъ за эту эпидемію сравнительно небольшой матеріалъ. Работа была спѣшная, работниковъ же, особенно первое время и середину эпидеміи, было мало. Я, напримѣръ, первое время, былъ одновременно завѣдывающимъ нашимъ чумнымъ пунктомъ возлѣ Фудзядяна и наблюдалъ за изоляціоннымъ пунктомъ въ Новомъ городѣ. Я же наблюдалъ и за постройкой и за оборудованіемъ этихъ пунктовъ. Я же много разъ ѣздилъ въ Фудзядянъ для наблюденія за устройствомъ тамъ чумной больницы и потомъ для наблюденія за лежащими тамъ чумными больными.

Далѣе, когда я же отремонтировалъ, приспособилъ и оборудовалъ Московскій чумный пунктъ—главный врачъ дороги, по распоряженію управляющаго дорогой, назначилъ меня завѣдывающимъ этимъ пунктомъ. На этомъ пунктѣ была и обсервація, и изоляція, и чумная больница. Кромѣ того, при пунктѣ была еще и дезинфекціонная камера, небольшая лабораторія для экстренныхъ цитодіагностическихъ цѣлей и прозекторская. Врачей было мало и я одинъ одновременно былъ и завѣдывающимъ чумнымъ пунктомъ, вѣдалъ чумнымъ баракомъ, и изоляціей, и обсерваціей, и дезинфекціонной камерой; производилъ бактеріоскопическія изслѣдованія и вскрытія. Съ 18 декабря 1910 года на пунктъ былъ назначенъ еще другой врачъ, который и взялъ у меня чумный баракъ, и тогда я получилъ немного большую возможность заняться вскрытіями. Потомъ появились еще врачи, и я уже занялся исключительно вскрытіями. Но съ 1 января я былъ откомандированъ

отъ Московскаго чумнаго пункта и назначенъ участковымъ врачемъ, причемъ всетаки вскрытія на Московскомъ чумномъ пункѣ были возложены на меня. За декабрь 1910 года и январь 1911 года я произвелъ полныхъ 22 вскрытія. Изъ нихъ вашему вниманію я рѣшилъ предложить 10 протоколовъ вскрытій, такъ какъ они являются типичными. Остальные же представляютъ лишь повтореніе одной и той же картины, а потому я и не стану утомлять васъ излишнимъ повтореніемъ.

Указанные 10 протоколовъ полныхъ вскрытій я расположилъ въ хронологическомъ порядкѣ. Что же касается гистологіи и бактеріоскопіи, то объ этомъ мы поговоримъ въ концѣ, послѣ того, какъ разберемся въ патолого-анатомической картинѣ.

II. Протоколы вскрытій.

№ 1-й—8 декабря 1910 года. Неизвѣстный китаецъ, лѣтъ 40. Худой, изможденный. Грудь впалая, развита ассиметрично. На кистяхъ рукъ много мелкихъ и довольно крупныхъ ссадинъ и царапинъ. На голеняхъ расчесы. Шейныя, подмышечныя, локтевыя, паховыя и подколѣнныя лимфатическія желѣзы ясно увеличены, легко прощупываются. На крайней плоти—твердая язва; вокругъ задняго прохода—папулы. Слизистая оболочка полости рта—ярко-красная, разрыхлена, воспалена; миндалики воспалены, увеличены, покрыты сѣроватыми гнойными точками; язычекъ воспаленъ, набухшій, слѣва у края его—язва; задняя стѣнка полости рта воспалена, изъязвлена, покрыта кровянистой, слизисто-гнойной мокротой. Щитовидная железа не увеличена, на разрѣзѣ полнокровна. Слизистая оболочка дыхательнаго горла воспалена, ярко-краснаго цвѣта, разрыхлена, изъязвлена, покрыта толстымъ слоемъ ржавой, слизисто-гнойной мокроты; покровный эпителій дыхахательнаго горла и бронховъ, вблизи бифуркаціи, легко соскабливается спинкой ножа. Лимфатическія железы у бифуркаціи увеличены, сочны, нѣкоторыя изъ нихъ сыровидно перерождены. Средняя доля и верхняя половина нижней доли праваго легкаго—плотны, сѣровато-бѣлаго цвѣта, безкровны, воздуха не содержатъ, на разрѣзѣ—мелко зернисты. Бронхи этихъ долей заполнены кровянистой, слизисто-гнойной мокротой. На разрѣзѣ средней доли ясно выдѣляются размягченные, сѣровато-зеленоватые участки до 0,5 сантим. въ діаметрѣ, зернистость здѣсь не видна. Нижняя половина нижней доли пра-

ваго легкаго полнокровна, уплотнена, содержитъ мало воздуха; въ бронхахъ ея—слизисто-гнойная, кровянистая мокрота и мелко-пузырчатая пѣна. Верхняя доля умѣренно наполнена кровью, ткань содержитъ воздухъ; верхушка этой доли плотно фиброзно прирощена къ грудной стѣнкѣ и содержитъ много уже объизвествленныхъ туберкулезныхъ гнѣздъ, а рядомъ также много еще мягкихъ гнѣздъ и небольшихъ, до 1,5 сантим. въ діаметрѣ, кавернъ Въ бронхахъ этой доли, мѣстами, розоватая пѣна, мѣстами слизь безъ примѣси крови. Лѣвое легкое приращено къ грудной клѣткѣ, умѣренно наполнено кровью, ткань для воздуха проходима, верхушка содержитъ много мелкихъ, объизвествленныхъ туберкулезныхъ гнѣздъ. Въ бронхахъ верхней доли лѣваго легкаго—слизь безъ примѣси крови, въ бронхахъ нижней доли—слизь съ небольшимъ количествомъ гноя и крови. Сердце очень плотное, на разрѣзѣ сердечная мышца пронизана грубыми прослойками соединительной ткани; клапаны аорты не просвѣчиваютъ, утолщены, края ихъ неровны; интима восходящей части аорты покрыта грубыми склеротическими бляшками и бородавчатыми разращеніями. Печень уплотнена, малокровна; капсула ея значительно утолщена; на разрѣзѣ—грубое разращеніе междольковой соединительной ткани; дольки мѣстами сильно сжаты, атрофированы. Селезенка не увеличена, плотная, малокровная; капсула ея утолщена, не снимается. Почки полнокровны, корковый слой истонченъ, пирамиды деформированы, лоханки растянуты. Поджелудочная желѣза не измѣнена. Брыжжеечныя железы увеличены. Слизистая оболочка пищевода не измѣнена. Слизистая желудка набухшая, полнокровна, складки ея сглажены. Слизистая кишекъ—не измѣнена. Пейеровы бляшки слабо пигментированы, солитарные фолликулы нѣсколько набухли, язвъ нѣтъ. Твердая мозговая оболочка значительно утолщена, умѣренно наполнена кровью; мягкая мозговая оболочка мутная, на темени грубо склерозирована, малокровна; вещество мозга нѣсколько отечно, малокровно. Боковые желудочки растянуты прозрачной серозной, желтоватой жидкостью. Четвертый желудочекъ свободенъ. Продолговатый мозгъ и мозжечекъ особыхъ измѣненій не имѣютъ.

№ 2.—13 декабря 1910 г. Китаецъ Лю-дэ, 35 лѣтъ. Сложенія очень слабаго, питанія плохого, очень худой; грудь развита слабо и несимметрично. Слизистая оболочка полости рта розовая; миндалины слабо увеличины, воспалены; задняя стѣнка полости рта и носоглотки—ярко-краснаго цвѣта, раз-

рыхлена, изъязвлена, покрыта кровянистой, слизисто-гнойной мокротой. Лимфатическія железы верхней части шеи нѣсколько увеличины, нижней—не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, на разрѣзѣ не измѣнена. Слизистая оболочка дыхательнаго горла воспалена, ярко-краснаго цвѣта, разлыхлена, изъязвлена, покрыта толстымъ слоемъ кровянистой, слизисто-гнойной мокроты. Лимфатическія железы у бифуркаціи не увеличены. Средняя доля и нижняя треть верхней доли праваго легкаго—сѣровато-бѣлаго цвѣта, безвоздушны, безкровны, плотны на разрѣзѣ и мелко-зернисты; бронхи этихъ долей сплошь заполнены кровянистой, слизисто-гнойной мокротой; нижняя доля праваго легкаго полнокровна, сочная; ткань ея для воздуха проходима, въ бронхахъ ея—розовая слизь и мелкопузырчатая пѣна; верхнія двѣ трети верхней доли праваго легкаго умѣренно наполнены кровью, ткань для воздуха проходима; въ бронхахъ ея, лежащихъ вблизи пораженной части, розовая, пѣнистая слизь, а выше, въ верхушкѣ, только слизь, безъ примѣси крови. Лѣвое легкое умѣренно наполнено кровью, ткань всюду проходима для воздуха, уплотненій нигдѣ нѣтъ. Въ крупныхъ бронхахъ, у корня—розоватая, пѣнистая слизь, въ мелкихъ бронхахъ—чистая слизь и мелкопузырчатая пѣна. Сердце особыхъ измѣненій не имѣетъ. Печень полнокровна, не увеличена, дольчатость ея хорошо видна на разрѣзѣ. Селезенка не увеличена, малокровна; капсула ея утолщена, не снимается. Почки не измѣнены. Брыжжеечныя железы не увеличены. Поджелудочная железа не измѣнена. Слизистая оболочка пищевода не измѣнена; слизистая желудка полнокровна, складки ея, мѣстами, нѣсколько сглажены; покровный эпителій на этихъ мѣстахъ нѣсколько набухшій, но спинкой ножа не соскабливается. Слизистая кишекъ не измѣнена. Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы не измѣнены. Подколѣнныя и паховыя лимфатическія железы не увеличены. Оболочки и вещество мозга особыхъ измѣненій не имѣютъ.

№ 3.—19 декабря 1910 г. Санитаръ Мусіенко, 30 лѣтъ. Сложенія крѣпкаго, питанія хорошаго; слизистая оболочка полости рта ярко-краснаго цвѣта; миндалины увеличены; задняя стѣнка полости рта изъязвлена, покрыта слизисто-гнойной, кровянистой мокротой. Шейныя лимфатическія железы нѣсколько увеличены, сочны; щитовидная железа не увеличена, на разрѣзѣ не измѣнена; лимфатическія железы бифуркаціи не увеличены; слизистая оболочка дыхательнаго горла

и крупныхъ бронховъ—ярко-краснаго цвѣта, разрыхлена, легко соскабливается спинкой ножа, покрыта большимъ количествомъ слизисто-гнойной, кровянистой мокроты, содержащей нити. Все правое легкое—сѣровато-бѣлаго цвѣта, безвоздушно, безкровно, плотно на разрѣзѣ; среди сѣровато-бѣлыхъ зернистыхъ, плотныхъ массъ, на разрѣзѣ, въ средней и нижней доляхъ, рѣзко выдѣляются разжижженные, зеленоватые небольшіе участки, до 2 с/м. въ діаметрѣ, зернистости здѣсь нѣтъ; бронхи забиты кровянистой, слизисто-гнойной мокротой. Правая половина верхней и верхняя—нижней доли лѣваго легкаго—сѣровато-бѣлаго цвѣта, плотны, зернисты на разрѣзѣ; участки эти безкровны, безвоздушны, рѣзко отличаются отъ остальныхъ частей лѣваго легкаго, которыя представляются полнокровными, отечными и содержатъ воздухъ. Бронхи сѣровато-бѣлыхъ участковъ сплошь забиты ржавой, слизисто-гнойной мокротой, а бронхи остальныхъ частей лѣваго легкаго содержатъ пѣнистую, розовую, слизистую мокроту. Сердце, печень и почки особыхъ измѣненій не имѣютъ; селезенка не увеличена, нѣсколько размягчена, малокровна. Слизистая оболочка пищевода и желудка бархатистая, розоваго цвѣта, складки ея не измѣнены; слизистая оболочка кишекъ не измѣнена; Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы подвздошной кишки не измѣнены. На лѣвомъ паху, вдоль и надъ пупартовой связкой—старый, линейный рубецъ; паховыя лимфатическія железы нѣсколько увеличены.

№ 4.—21 декабря 1910 г. Китаецъ Чай-ю, 40 лѣтъ. Сложенія и питанія слабаго, грудь развита плохо. Худой. На рукахъ много ссадинъ и царапинъ, на голеняхъ—многочисленные расчесы. Подколѣнныя, паховыя и локтевыя лимфатическія железы не увеличены. Шейныя лимфатическія железы нѣсколько увеличены. Слизистая оболочка полости рта розовая; миндалики воспалены; задняя стѣнка полости рта ярко-красная, разрыхлена, изъязвлена; язычекъ ярко-красный, опухшій; лимфатическія железы у мѣста бифуркаціи не увеличены. Слизистая оболочка дыхательнаго горла—ярко-красная, разрыхлена, изъязвлена, покрыта толстымъ слоемъ ржавой, слизисто-гнойной мокроты; эпителій дыхательнаго горла и крупныхъ бронховъ легко соскабливается спинкой ножа; средняя доля и верхняя часть нижней доли праваго легкаго—сѣровато-бѣлаго цвѣта, плотны, безвоздушны, безкровны, на разрѣзѣ ясно мелко-зернисты; брохни ихъ сплошь забиты кровянистой, слизисто-гнойной мокротой; нижняя часть нижней доли

праваго легкаго—полнокровна, отечна, содержитъ воздухъ; въ бронхахъ ея—слизистая, розовая мокрота; верхняя доля праваго легкаго для воздуха проходима, полнокровна, мѣстами содержитъ мелкія, объизвествленныя туберкулезныя гнѣзда; въ бронхахъ ея—немного пѣнистой, жидкой слизи, безъ примѣси крови. Въ средней долѣ праваго легкаго, мѣстами, на разрѣзѣ видны небольшіе, до 0,3 с/м. въ діаметрѣ, размягченные, зеленовато-сѣраго цвѣта, участки. Лѣвое легкое полнокровно, ткань для воздуха проходима; въ бронхахъ—мелкопузырчатая бѣлая пѣна. Верхушка лѣваго легкаго содержитъ много уже объизвествленныхъ и еще мягкихъ, мелкихъ, до 0,3 с м. въ діаметрѣ, туберкулезныхъ гнѣздъ. Сердце особыхъ измѣненій не имѣетъ. Печень и почки не измѣнены; селезенка не увеличена, нѣсколько размягчена; брыжжеечныя железы не увеличены; слизистая оболочка пищевода, желудка и кишекъ не измѣнена; Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы подвздошной кишки не измѣнены. Оболочки мозга и вещество мозга особыхъ измѣненій не имѣютъ.

№ 5.—28 декабря 1910 г. Китаецъ Ю-чин-хо, 30 лѣтъ. Сложенія и питанія очень слабаго. Худой. На кистяхъ рукъ много ссадинъ и царапинъ. Грудь развита плохо и неравномѣрно. Лимфатическія железы шеи, подмышечныя и локтевыя не увеличены. Слизистая оболочка полости рта ярко-краснаго цвѣта; правый миндаликъ значительно увеличенъ, ярко-красный; лѣвый—мало увеличенъ, розовый; задняя стѣнка полости рта ярко-красная, разрыхлена, изъязвлена, покрыта кровянистой, слизисто-гнойной мокротой; щитовидная железа не увеличена и на разрѣзѣ не измѣнена; слизистая оболочка дыхательнаго горла разрыхлена, ярко-краснаго цвѣта; эпителій ея легко соскабливается спинкой ножа, покрытъ толстымъ слоемъ кровянистой, слизисто-гнойной мокроты; лимфатическія железы у бифуркаціи нѣсколько увеличены, сочны; средняя доля праваго и нижняя—лѣваго легкаго—сѣровато-бѣлаго цвѣта, плотны, безвоздушны, безкровны, на разрѣзѣ ясно зернисты; въ центрѣ средней доли праваго легкаго—размягченный участокъ, зеленовато-сѣраго цвѣта, размѣрами 1×3,5 с/м., овальной формы; зернистости здѣсь нѣтъ; располагается этотъ участокъ соотвѣтственно ходу большого бронха; бронхи пораженныхъ долей забиты кровянистой, слизисто-гнойной мокротой. Нижняя доля праваго легкаго полнокровна, нѣсколько отечна, воздухъ содержитъ; въ бронхахъ ея розовая, мелкопузырчатая пѣна; верхняя доля праваго легкаго меньше полнокровна, чѣмъ

нижняя, не отечна, содержитъ воздухъ; верхушка этой доли фиброзно прирощена къ грудной клѣткѣ, содержитъ много мелкихъ объизвествленныхъ туберкулезныхъ гнѣздъ; въ бронхахъ ея—небольшое количество прозрачной слизи. Сердце нормально. Печень не увеличена, застойная. Селезенка не увеличена, нѣсколько размягчена, малокровна; брыжжеечныя железы не увеличены; почки малокровны, не измѣнены; поджелудочная железа не увеличена, на разрѣзѣ не измѣнена; слизистая оболочка пищевода не измѣнена; слизистая желудка бархатистая, полнокровна, складки ея мѣстами сглажены; слизистая 12-перстной, тонкой, подвздошной, толстой и прямой кишекъ не измѣнена; пейеровы бляшки и солитарные фолликулы подвздошной кишки не измѣнены. Оболочки и вещество мозга особыхъ измѣненій не имѣютъ.

№ 6.—29 декабря 1910 г. Д-ръ Mesny, 46 лѣтъ. Сложенія хорошаго; слабаго питанія; грудь развита ассимметрично; лѣвая половина развита меньше правой. Слизистая оболочка полости рта ярко-красноватаго цвѣта, разрыхлена; миндалики воспалены, покрыты густой ржавой слизисто-гнойной массой; задняя стѣнка полости рта воспалена, изъязвлена, покрыта густой ржавой слизисто-гнойной массой. Шейныя лимфатическія железы увеличены; щитовидная железа не увеличена, на разрѣзѣ не измѣнена. Слизистая оболочка дыхательнаго горла воспалена, покрыта массивнымъ слоемъ ржавой слизисто-гнойной мокроты, мѣстами изъязвлена; покровный эпителій дыхательнаго горла и крупныхъ бронховъ легко соскабливается спинкой ножа; нижняя, средняя и нижняя треть верхней доли праваго легкаго—сѣровато-бѣлаго цвѣта, плотныя, безкровныя, воздуха не содержатъ; въ центрѣ средней доли, среди сплошной зернистой, сѣровато-бѣлой массы, на разрѣзѣ выдѣляются небольшіе размягченные участки зеленоватаго цвѣта; легочной структуры на такихъ мѣстахъ различить уже невозможно; бронхи пораженныхъ долей сплошь забиты кровянистой слизисто-гнойной мокротой; верхняя часть верхней доли праваго легкаго полнокровна, отечна, въ бронхахъ ея слизисто-гнойная розоватая мокрота и пѣна; правая плевра, соотвѣтственно нижней и средней долямъ легкаго, спаяна съ грудной стѣнкой и діафрагмой фибринозной пленкой, толщиною до 0,5 с/м. Верхняя половина нижней доли лѣваго легкаго—уплотнена, сѣровато-бѣлаго цвѣта; ткань ея безкровна, безвоздушна; въ бронхахъ пораженной части—слизисто-гнойная ржавая мокрота; эпителій слизистой оболочки крупныхъ бронховъ этого

участка легко соскабливается спинкой ножа. Нижняя половина этой доли полнокровна, отечна, содержитъ воздухъ; въ бронхахъ ея — пѣнистая, слизисто-гнойная розоватая мокрота; лѣвая плевра, соотвѣтственно пораженной части нижней доли лѣваго легкаго, спаяна съ грудной стѣнкой густымъ зеленовато-сѣрымъ гноемъ. Верхняя доля лѣваго легкаго полнокровна, содержитъ воздухъ; въ бронхахъ—розоватая, пѣнистая, мутная слизистая мокрота; верхушка этой доли плотно приращена къ грудной клѣткѣ и содержитъ нѣсколько объизвествленныхъ туберкулезныхъ гнѣздъ отъ 0,1 до 0,5 с/м. въ діаметрѣ. Мышцы сердца плотны на разрѣзѣ, пронизаны массивными прослойками соединительной ткани; клапаны аорты мутные, утолщены, края ихъ неровные; на внутренней поверхности восходящей части аорты—много мелкихъ, плоскихъ склеротическихъ бляшекъ. Печень не увеличена, застойная; селезенка не увеличена, плотная на разрѣзѣ, малокровна; капсула ея утолщена, не снимается; поджелудочная железа не измѣнена; почки гиперемированы, особыхъ измѣненій не имѣютъ. Брыжжеечныя железы не увеличены; слизистая оболочка пищевода и желудка бархатистая, розовая, складки ея не измѣнены; слизистая оболочка 12-перстной, толстыхъ и тонкихъ кишекъ не измѣнена; пейеровы бляшки и солитарные фолликулы подвздошной кишки не измѣнены.

№ 7.—29 декабря 1910 г. Раусъ, санитаръ, 27 лѣтъ. Сложенія крѣпкаго, питанія хорошаго; на рукахъ много ссадинъ и царапинъ. На голеняхъ—расчесы. Подколѣнныя, паховыя, локтевыя и шейныя лимфатическія железы не прощупываются. Слизистая оболочка полости рта ярко-розоваго цвѣта, разрыхлена; миндалики увеличены, воспалены; на задней стѣнкѣ полости рта—много мелкихъ язвъ, покрытыхъ слизисто-гнойной кровянистой мокротой. Глубокія и поверхностныя шейныя лимфатическія железы не увеличены, но сочны. Слизистая оболочка дыхательнаго горла и крупныхъ бронховъ красная, набухшая, мѣстами изъязвлена; эпителій дыхательнаго горла и бронховъ легко соскабливается спинкой ножа и покрытъ толстымъ слоемъ кровянистой слизисто-гнойной мокроты. Лимфатическія железы у бифуркаціи нѣсколько увеличены, размягчены; средняя доля праваго легкаго—сѣровато-бѣлаго цвѣта, безкровна, плотная на разрѣзѣ, зернистая, воздуха не содержитъ; въ центрѣ ея—размягченный зеленовато-сѣрый участокъ 4,3 с/м. въ діаметрѣ, гомогенный, зернистости нѣтъ. Бронхи этой доли забиты ржавой слизисто-гнойной

мокротой. Нижняя и верхняя доли праваго легкаго содержатъ воздухъ, полнокровны, отечны; въ бронхахъ этихъ долей—розовая пѣна и небольшое количество слизи. Лѣвое легкое—полнокровно, ткань для воздуха проходима; въ бронхахъ нижней доли—кровянистая, слизистая мокрота, а въ бронхахъ верхней доли—бѣлая, мелкопузырчатая пѣна, смѣшанная со слизью. Сердце и печень особыхъ измѣненій не имѣютъ; селезенка не увеличена, нѣсколько размягчена, малокровна; поджелудочная железа не измѣнена; почки полнокровны, очень плотны на разрѣзѣ, капсула ихъ утолщена, плохо снимается. Слизистая оболочка пищевода, желудка и кишекъ не измѣнена. Брыжжеечныя железы не увеличены; пейеровы бляшки и солитарные фолликулы подвздошной кишки не измѣнены.

№ 8.—30 декабря 1910 г. Санитаръ Матюнинъ, 32 лѣтъ. Сложенія крѣпкаго, питанія хорошаго. Грудь развита хорошо и правильно. Слизистая оболочка полости рта—ярко-краснаго цвѣта, разрыхлена; миндалики увеличены, ярко-красные, покрыты кровянистой слизисто-гнойной мокротой; задняя стѣнка полости рта—ярко-красная, разрыхлена, изъязвлена, покрыта толстымъ слоемъ кровянистой слизисто-гнойной мокроты; язычекъ опухшій, ярко-красный; шейныя лимфатическія железы увеличены; щитовидная железа не увеличена, на разрѣзѣ не измѣнена; слизистая дыхательнаго горла ярко-краснаго цвѣта, разрыхлена, изъязвлена, покрыта кровянистой слизисто-гнойной мокротой, легко соскабливается спинкой ножа; лимфатическія железы у бифуркаціи не увеличены; нижняя, средняя и половина верхней доли праваго легкаго—сѣровато-бѣлаго цвѣта, плотны, безвоздушны, безкровны, зернисты на разрѣзѣ; бронхи ихъ сплошь наполнены кровянистой слизисто-гнойной мокротой; въ средней долѣ, на разрѣзѣ, видны размягченные зеленовато-сѣраго цвѣта участки, величиною отъ 0,3 до 1,5 с/м. въ діаметрѣ; зернистость здѣсь сглажена; верхняя часть верхней доли полнокровна, нѣсколько отечна, воздухъ содержитъ; въ бронхахъ ея—мелкопузырчатая, розоватая пѣна и жидкая слизь; средняя и нижняя доли праваго легкаго спаяны съ грудной стѣнкой фибринозной прослойкой, толщиною до 0,3 с/м.; лѣвое легкое полнокровно, нѣсколько отечно; ткань для воздуха проходима; въ бронхахъ—мелкопузырчатая, мѣстами розоватая, слизистая мокрота; нижне-передній участокъ верхней доли уплотненъ, сѣровато-краснаго цвѣта, содержитъ мало воздуха; бронхи этого участка наполнены кровянистой слизисто-гнойной мокротой. Слизистая обо-

лочка пищевода не измѣнена; слизистая желудка—бархатистая, складки ея мѣстами сглажены; покровный эпителій на этихъ мѣстахъ разрыхленъ, соскабливается спинкой ножа. Сердце, печень и почки особыхъ измѣненій не имѣютъ; селезенка не увеличена, малокровна, нѣсколько размягчена. Слизистая кишекъ не измѣнена; брыжжеечныя железы не увеличены; пейеровы бляшки и солитарные фолликулы не измѣнены.

№ 9.—13 января 1911 года. Студентъ Бѣляевъ, 24 лѣтъ. Крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія; мускулатура и грудь развиты хорошо и правильно. Слизистая оболочка полости рта въ области миндалинъ бархатистая, воспалена, красная, язвъ нѣтъ; миндалики немного увеличины, налетовъ нѣтъ; слизистая оболочка задняго отдѣла полости рта и носоглотки остро воспалена, ярко красная, разрыхлена, мѣстами видны мелкія язвочки, покрытыя обильнымъ количествомъ зеленовато-розовой слизи, смѣшанной съ сѣроватымъ гноемъ. Язычекъ воспаленъ, припухлый, увеличенъ почти вдвое, язвъ на немъ нѣтъ; слизистая оболочка дыхательнаго горла (до бифуркаціи) ярко красная, разрыхлена, мѣстами видны мелкія язвы и сплошь покрыта обильнымъ количествомъ зеленовато-красной слизи, смѣшанной съ гноемъ; слизь содержитъ обильное количество сѣровато-бѣлыхъ комочковъ, величиною отъ 0,1 до 0,3 с/м. въ діаметрѣ и много различной длины (отъ 0,2 до 0,4 с/м.) сѣроватыхъ нитей; шейныя лимфатическія железы нѣсколько увеличены, причемъ въ верхней части шеи сильнѣе, чѣмъ въ нижней; лимфатическія железки у бифуркаціи увеличены, сочны. Нижняя и средняя доли праваго легкаго сѣровато-бѣлаго цвѣта, плотны; ткань на разрѣзѣ мѣстами мелко-зернистая, мѣстами эта зернистость сглажена и ткань представляется гомогенной, зеленоватаго цвѣта, воздуха не содержитъ, безкровна; верхняя доля праваго легкаго—полнокровна, содержитъ воздухъ; слизистая оболочка бронховъ обѣихъ нижнихъ долей праваго легкаго рѣзко разрыхлена, мѣстами крупные бронхи совершенно закупорены слизисто-гнойными кровянистыми пробками, мелкіе бронхи совершенно забиты такими же пробками; слизистая оболочка бронховъ верхней доли праваго легкаго розовая, бархатистая, просвѣтъ бронховъ содержитъ небольшое количество мелкопузырчатой слегка розоватой пѣны безъ слизи и гноя. На разрѣзѣ нижнихъ долей праваго легкаго ткань представляется сплошь равномѣрно плотной, зернистой, безкровной, безвоздушной, сѣровато-бѣлаго цвѣта, границы долекъ не замѣтны; мѣстами выдѣляются уча-

стки расплавленной легочной ткани; мѣста эти отличаются сѣровато-зеленоватымъ цвѣтомъ, отсутствіемъ зернистости, мягки, безформенны, ни бронховъ, ни сосудовъ на разрѣзѣ такихъ мѣстъ незамѣтно; величина такихъ мѣстъ отъ 0,5×1 до 3—4×5 с/м. въ діаметрѣ, количество такихъ мѣстъ: 4 въ средней долѣ и 2 въ нижней. Правая плевра соотвѣтственно двумъ нижнимъ долямъ праваго легкаго воспалена и спаяна фибринозно съ грудной стѣнкой; діафрагма спаяна фибринозной прослойкой съ нижней долей праваго легкаго; спайки эти имѣютъ мѣстами до 0,5 с/м. толщины, мѣстами 0,1 с/м. Лѣвое легкое полнокровно, ткань для воздуха проходима; верхняя половина нижней доли уплотнена, въ бронхахъ слизисто-гнойная розоватая масса; ткань плотная, безвоздушная, безкровная, сѣровато-бѣлаго цвѣта; участокъ этотъ рѣзко ограниченъ и отличается своею плотностью и сѣровато-бѣлымъ цвѣтомъ; нижній отдѣлъ этой доли полнокровный, сочный; въ бронхахъ розовая слизисто-гнойная густая масса. Верхняя доля лѣваго легкаго полнокровна, ткань для воздуха проходима, не уплотнена; щитовидная железа не увеличена, на разрѣзѣ нормальнаго цвѣта и консистенціи. Лимфатическія железки у бифуркаціи почти не увеличены, но сочны на разрѣзѣ. Сердце и его клапаны не показываютъ видимыхъ невооруженнымъ глазомъ измѣненій. Печень застойная, не увеличена, особыхъ измѣненій не имѣетъ; желчный пузырь нормально наполненъ, желчь нормальнаго цвѣта; селезенка не увеличена, на разрѣзѣ полнокровна, особыхъ измѣненій нѣтъ; почки полнокровны, не измѣнены; поджелудочная железа не измѣнена; слизистая оболочка пищевода не измѣнена; слизистая оболочка желудка бархатистая; складки ея развиты нормально; слизистая 12-перстной, тонкой, подвздошной, толстыхъ кишекъ и прямой не измѣнена; брыжеечныя железы не увеличены; пейеровы бляшки и солитарные фолликулы подвздошной кишки и червеобразный отростокъ не измѣнены. Мочевой пузырь растянутъ большимъ количествомъ прозрачной блѣдно-желтой мочи; слизистая мочевого пузыря нормальна.

№ 10.—14 января 1911 года. Докторъ Лебедева, 40 лѣтъ. Сложенія и питанія слабаго, мускулатура развита слабо, грудь развита плохо и несимметрично. Слизистая оболочка полости рта въ области миндалинъ не измѣнена; миндалины не увеличены, не воспалены; задняя стѣнка полости рта и нижніе отдѣлы носоглотки краснаго цвѣта, покрыты розоватой слизью съ примѣсью гноя; слизистая оболочка этихъ от-

дѣловъ полости рта разрыхлена, набухшая, мѣстами видны неглубокія, до 0,3 сантим. въ діаметрѣ, язвы. Языкъ сильно обложенъ темно-коричневымъ налетомъ, мѣстами переходящимъ въ черный цвѣтъ, шейныя лимфатическія железы увеличены, нѣкоторыя изъ нихъ сыровидно перерождены; щитовидная железа не увеличена, на разрѣзѣ нормальнаго цвѣта; слизистая оболочка дыхательнаго горла и крупныхъ бронховъ—красная, набухшая, грубо изъязвлена, покрыта обильнымъ количествомъ ржавой слизи съ гноемъ; эпителій дыхательнаго горла и бронховъ легко соскабливается спинкой ножа; лимфатическія железы у бифуркаціи сильно увеличены, частью сыровидно перерождены; средняя доля праваго легкаго—сѣровато-бѣлаго цвѣта, безкровна, воздуха не содержитъ, очень плотная, на разрѣзѣ ясно зернистая; дольчатость сглажена; мелкіе бронхи этой доли сплошь забиты слизисто-гнойнымъ ржавымъ содержимымъ. Плевра, соотвѣтственно нормальной средней долѣ праваго легкаго, спаяна съ грудной стѣнкой фибринозной массой, толщиною до 0,3 сантим.; нижняя доля праваго легкаго полнокровна, ткань для воздуха проходима, въ бронхахъ этой доли—небольшое количество розоватой слизи, слизистая оболочка ихъ розовая, эпителій нѣсколько набухшій. Верхушка верхней доли праваго легкаго содержитъ много мелкихъ туберкулезныхъ гнѣздъ, часть которыхъ уже объизвествлены, часть еще мягки, сыровидно перерождены, а часть совершенно мягки, темно-сѣраго цвѣта, сочны; мѣстами имѣются маленькія каверны, до 0,3 сан. въ діаметрѣ; ткань этой доли полнокровна, для воздуха проходима. Верхушка лѣваго легкаго также содержитъ мелкія туберкулезныя гнѣзда, но въ меньшемъ числѣ и только мягкія; каверн нѣтъ; ткань этой доли для воздуха проходима; нижняя доля лѣваго легкаго особыхъ измѣненій не показываетъ; въ крупныхъ бронхахъ ея небольшое количество жидкой слизи розоватаго цвѣта съ небольшимъ количествомъ гноя. Сердце особыхъ измѣненій не имѣетъ; печень застойная, не увеличена, особыхъ измѣненій ея не замѣтно. Селезенка немного увеличена, дряблая, на разрѣзѣ полнокровна, пульпа нѣсколько разрыхлена. Брыжжеечныя железы не увеличены; почки малокровны, особыхъ измѣненій не имѣютъ. Слизистая оболочка желудка—розовая, нѣсколько набухшая, покровный эпителій ея мѣстами соскабливается спинкой ножа; складки ея выражены нормально; слизистая оболочка пищевода, 12-перстной, тонкихъ и толстыхъ кишекъ не измѣнена; пейеровы бляшки и солитарные фолликулы подвздошной киш-

ки не измѣнены. Матка, яичники и мочевой пузырь особыхъ измѣненій не имѣютъ.

III. Патологическая анатомія.

Пораженное чумою легкое только въ общемъ, по наружному виду, напоминаетъ картину легкаго при крупозной пневмоніи. Однако это кажется лишь при быстромъ общемъ обзорѣ. Мы видимъ, что одна или двѣ доли, или, какъ это иногда и бываетъ,—все легкое поражено; тогда оно является тяжелымъ, безвоздушнымъ, безкровнымъ, плотнымъ, какъ и при крупозной пневмоніи. Немного однако вниманія, и тотчасъ же начинаютъ вырисовываться характерныя особенности, которыхъ не бываетъ при крупозной пневмоніи. Пораженная доля легкаго на разрѣзѣ представляется сѣровато-бѣлаго цвѣта; ткань воздуха не содержитъ, безкровна, плотная, мѣстами ясно мелко-зернистая. Если однако поскоблить поверхность разрѣза, наприм., спинкой ножа, то при крупозной пневмоніи мы получимъ сѣро-желтую кашицеобразную массу, которая подъ микроскопомъ состоитъ изъ распадающихся лейкоцитовъ и зернисто-распадающагося фибрина. При легочной чумѣ такой же соскобъ состоитъ изъ слизи, громаднаго количества бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, обрывковъ эластики, что и является особенно характернымъ при легочной чумѣ, и, наконецъ, изъ многочисленныхъ эпителіальныхъ клѣтокъ и массы чумныхъ палочекъ. Далѣе, при легочной чумѣ, пораженная доля очень рѣдко бываетъ однородна на разрѣзѣ. Обыкновенно на общемъ сѣровато-бѣломъ фонѣ ясно выдѣляются мѣста зеленовато-сѣраго цвѣта, мягкія. Зернистости на такихъ мѣстахъ уже нѣтъ; ткань здѣсь какъ бы расплавлена. Такія мѣста являются некротизированными и ихъ не бываетъ при крупозной пневмоніи, а наблюдаются они при бронхо пневмоніяхъ послѣ кори, скарлатины, коклюша, инфлуэнціи и дизентеріи, но при этомъ они бываютъ иногда сѣраго цвѣта, а чаще сѣро-краснаго или краснаго цвѣта. При чумѣ такія некротизированныя мѣста являются характернаго зеленовато-сѣраго цвѣта, напоминающія слизь изъ носа.

Что касается зернистости, наблюдаемой на поверхности разрѣза пораженной доли при легочной чумѣ, то и она отличается отъ такой же зернистости при крупозной пневмоніи. Зернистость при крупозной пневмоніи распредѣляется по всему разрѣзу пораженной доли, а при легочной чумѣ видна яс-

но только мѣстами, въ другихъ мѣстахъ она вполнѣ сглаживается, и среди такихъ то мѣстъ, гдѣ зернистость сглажена, и находятся указанные некротизированные участки, выдѣляющіеся на общемъ фонѣ своимъ зеленовато-сѣрымъ цвѣтомъ, мягкой консистенціей, отсутствіемъ структуры.

Въ смыслѣ распредѣленія оплотнѣній чумная пневмонія повторяетъ тѣ же неправильности, какія наблюдаются и при крупозной пневмоніи. Чумная пневмонія часто захватываетъ не всю долю, а только часть ея. Но въ то время, какъ при крупозной пневмоніи пораженныя мѣста не рѣзко отграничиваются отъ остальной части доли, при легочной чумѣ это отграниченіе выражается довольно рѣзко.

Какъ извѣстно, въ громадномъ большинствѣ случаевъ крупозная пневмонія прежде всего поражаетъ нижнюю долю праваго легкаго. Здѣсь процессъ начинается снизу и идетъ вверхъ, такъ что внизу иногда можно наблюдать уже третій и четвертый періодъ, т. е., такъ называемое, сѣрое и желтое опеченѣніе, а выше лежащіе участки находятся еще во второмъ и первомъ періодахъ, т. е. здѣсь имѣется красное опеченѣніе и только гиперемія и начало воспаленія.

Чумная пневмонія поражаетъ преимущественно среднюю долю праваго легкаго и это наблюдается на каждомъ чумномъ трупѣ. Это такъ сказать—conditio, sine qua non и составляетъ характерную особенность легочной чумы. Періодъ краснаго опеченѣнія легкаго при чумѣ наблюдается лишь на незначительномъ протяженіи, въ непосредственной близости къ участку, уже находящемуся въ періодѣ сѣраго опеченѣнія.

Затѣмъ, по частотѣ и силѣ пораженія при легочной чумѣ слѣдуетъ нижняя доля праваго легкаго, далѣе- нижняя часть верхней и верхній отдѣлъ нижней доли лѣваго легкаго. Верхняя доля праваго легкаго поражается чумою рѣдко и, обыкновенно, частично (нижній отдѣлъ ея). Пораженіе чумою одного лѣваго легкаго, безъ пораженія праваго, никогда не наблюдается и, кромѣ того, правое легкое всегда представляетъ картину болѣе ранняго пораженія, чѣмъ лѣвое.

Бываютъ однако случаи, когда поражается чумой все правое легкое, но при этомъ и лѣвое легкое является также значительно пораженнымъ и всегда въ области корня.

Судя по даннымъ вскрытій, невольно приходится обратить вниманіе на то обстоятельство, что сила распространенія процесса при легочной чумѣ явно зависитъ отъ сложенія и развитія даннаго лица. Сила и, такъ сказать, ширина рас-

пространенія пораженія легкаго при легочной чумѣ—прямо пропорціональны сложенію и развитію даннаго лица. Чѣмъ сильнѣе субъектъ, чѣмъ лучше онъ развитъ (особенно грудь), тѣмъ сильнѣе пораженіе и тѣмъ большую часть легкихъ оно занимаетъ (Бѣляевъ, Лебедева и др.).

Мы уже отмѣтили, что правое легкое поражается чаще и сильнѣе лѣваго. Возможно, что это зависитъ въ значительной мѣрѣ отъ величины и расположенія бронховъ. Правый бронхъ, какъ извѣстно, короче, шире и только слегка отклоняется вправо. Лѣвый бронхъ—уже, длиннѣе и отклоняется влѣво отъ дыхательнаго горла значительно сильнѣе праваго. Вполнѣ естественно, что въ правый бронхъ устремляется болѣе массивная струя воздуха во время акта дыханія и, чѣмъ сильнѣе вдыханіе, тѣмъ больше войдетъ воздуха и тѣмъ глубже въ легкія онъ проникаетъ, особенно когда больной имѣетъ сильно развитую грудь. Плевра, за рѣдкими исключеніями, довольно сильно реагируетъ при легочной чумѣ. Обыкновенно находимъ плевру спаянной съ грудной стѣнкой, причемъ спайка соотвѣтствуетъ пораженнымъ частямъ. Гноя въ плевральныхъ мѣшкахъ обыкновенно не бываетъ. Спайка фибринная.

Что касается измѣненій слизистой оболочки полости рта, дыхательнаго горла и бронховъ, то, съ точки зрѣнія патологической анатоміи, они сводятся при легочной чумѣ къ слѣдующему. Слизистая оболочка полости рта можетъ быть воспалена при легочной чумѣ вся, иногда же пораженной является только часть ея, а именно—задній отдѣлъ (миндалики, задняя стѣнка и носоглотка). Пораженіе при этомъ бываетъ различныхъ степеней: иногда наблюдается картина лишь остраго воспаленія, выражающагося покраснѣніемъ и набухлостью слизистой оболочки, иногда же къ этому присоединяются и болѣе глубокія измѣненія: изъязвленіе, разрыхленіе и нагноеніе. Такія грубыя картины наблюдаются на миндаликахъ и, особенно, на задней стѣнкѣ полости рта и носоглотки.

Слизистая оболочка дыхательнаго горла и бронховъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ представляетъ грубыя картины измѣненій. Эпителій обыкновенно быстро и грубо разрушается и, такимъ образомъ, чумнымъ палочкамъ открывается легкій доступъ къ подъэпителіальной соединительно-тканной прослойкѣ, а слѣдовательно и къ лимфатическимъ и кровеноснымъ сосудамъ. Если мы при этомъ припомнимъ, что по ходу дыхательнаго горла и бронховъ, вплоть до мельчайшихъ бронхіолъ и даже альвеолъ—располагается у человѣка огром-

ное количество—или только аденоидной ткани, или даже настоящихъ фолликуловъ, откуда, какъ и на миндалинахъ, въ полость бронховъ и альвеолъ выползаютъ массами бѣлыя тѣльца и по пути разрушаютъ эпителіальный сплошной слой, то станетъ вполнѣ понятнымъ, что мѣстъ внѣдренія чумныхъ палочекъ по ходу дыхательнаго горла и бронховъ и даже альвеолъ—очень много. Но этихъ путей для чумной палочки и не надо: она такъ ядовита, что простого кратковременнаго соприкосновенія ея съ совершенно неповрежденной эпителіальной стѣной—уже болѣе, чѣмъ достаточно, чтобы эта стѣна некротизировалась, распалась или отслоилась и пропустила бы палочки въ подъэпителіальную соединительную ткань, въ начало лимфатической системы, а потомъ и въ кровеносную систему. Въ протоколахъ вскрытій мы и находимъ подтвержденіе этого вывода. Мы наблюдаемъ разрыхленіе слизистой оболочки, изъязвленіе ея и десквамацію (легко соскабливается спинкой ножа). Лимфатическія железы—шейныя и бронхотрахеальныя—иногда увеличены при легочной чумѣ, иногда онѣ кажутся совершенно неизмѣненными несмотря на то, что пораженія дыхательнаго горла, бронховъ и легочной ткани при этомъ бываютъ иногда очень обширныя и выражены очень грубо и рѣзко.

Относительно слизистой оболочки пищевода, желудка и кишекъ, несмотря на то, что несомнѣнно больные проглатываютъ большое количество мокроты, а вмѣстѣ съ нею и громадныя количества чумныхъ палочекъ—должно отмѣтить незначительныя измѣненія этихъ оболочекъ. Эти измѣненія ничѣмъ особеннымъ не отличаются отъ вообще легкихъ степеней воспаленія, какого бы происхожденія они ни были.

Патоло-анатомическія измѣненія остальныхъ органовъ грудной и брюшной полости также незначительны въ смыслѣ патологической анатоміи и ничѣмъ характернымъ при легочной чумѣ не проявляются.

IV. Патологическая гистологія и бактеріоскопія.

Изъ предыдущей главы мы видѣли, что патолого анатомическая картина при легочной чумѣ имѣетъ свои вполнѣ оригинальныя и опредѣленныя особенности, которыя даютъ возможность отличить чумное пораженіе легкихъ отъ крупознаго. Но этихъ особенностей не такъ много, и для того, чтобы разсмотрѣть ихъ, все же необходимъ нѣкоторый на-

выкъ. Ихъ надо видѣть на трупѣ, а не на картинкѣ только, и тогда эти особенности не останутся незамѣченными. Что же касается патологической гистологіи и бактеріоскопіи легочной чумы, то онѣ представляютъ цѣлый рядъ въ высокой степени интересныхъ и оригинальныхъ измѣненій тканей. Эти измѣненія касаются не только слизистой оболочки полости рта, дыхательнаго горла, бронховъ, но и легочныхъ альвеолъ и вообще всѣхъ тканей, входящихъ въ составъ указанныхъ органовъ.

Такъ какъ гистологическія измѣненія тканей при легочной чумѣ тѣсно связаны съ чумной палочкой, то въ дальнѣйшемъ изложеніи я буду описывать различныя измѣненія тканей параллельно съ бактеріоскопическими картинами.

Многослойный полиморфный эпителій полости рта обыкновенно при легочной чумѣ покрытъ большимъ или меньшимъ количествомъ слизисто-гнойной, нѣсколько кровянистой мокроты. Иногда мокрота совсѣмъ не окрашена кровью. Покровный эпителій слизистой оболочки щекъ и неба всегда является при легочной чумѣ болѣе или менѣе набухшимъ; на поверхности эпителіальныхъ клѣтокъ и особенно въ межъэпителіальныхъ щеляхъ всегда можно найти отдѣльныя чумныя палочки; никогда однако палочки не находятся внутри эпителіальныхъ клѣтокъ. Въ подъэпителіальной соединительной ткани также можно видѣть чумныя палочки, но ихъ и тутъ немного и лежатъ онѣ между клѣтками и волокнами соединительной ткани. Весь подъэпителіальный слой сильно наводненъ лимфоцитами, а кровеносные капилляры нѣсколько растянуты кровью. Скопленій чумныхъ палочекъ, указывающихъ на размноженіе ихъ, здѣсь не замѣтно и, если здѣсь размноженіе и идетъ, то въ незначительномъ масштабѣ.

Миндалики уже являются болѣе значительно измѣненными. Эпителій, покрывающій складки миндаликовъ, является почти разрушеннымъ, а подъэпителіальная соединительная ткань—переполнена бѣлыми кровяными тѣльцами. Гнѣзда размноженія рѣзко выражены, и въ центрѣ ихъ очень много каріокинетическихъ фигуръ. Размноженіе здѣсь идетъ чрезвычайно энергично. Тамъ, гдѣ уцѣлѣли клѣтки покровнаго эпителія—онѣ иногда представляются положительно облѣпленными чумными палочками. Рядомъ можно наблюдать много полуразрушенныхъ эпителіальныхъ клѣтокъ и также съ насѣвшими на нихъ чумными палочками. Чумныхъ палочекъ много и въ межъэпителіальныхъ щеляхъ, но и здѣсь въ

самихъ эпителіальныхъ клѣткахъ чумныхъ палочекъ нѣтъ. Точно также чумныхъ палочекъ не имѣется и внутри бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, но за то полуразрушенныхъ, искалѣченныхъ бѣлыхъ тѣлецъ чрезвычайно много. Тутъ же можно видѣть много зернышекъ и крупинокъ, какъ остатки послѣ распаденія бѣлыхъ тѣлецъ.

Покровный эпителій задней стѣнки полости рта и носоглотки представляется еще болѣе разрушеннымъ. Цѣлость эпителіальнаго покрова здѣсь можно видѣть лишь въ видѣ исключенія, обыкновенно же мокрота лежитъ непосредственно на подъэпителіальной соединительной ткани. Чумныхъ палочекъ здѣсь миріады и, кромѣ того, здѣсь уже можно наблюдать скопленія палочекъ (мѣста размноженія), окруженныя плотнымъ кольцомъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и, особенно, лимфоцитовъ. Фагоцитоза однако и здѣсь нѣтъ. Лимфоциты, непосредственно соприкасающіеся съ кучкой чумныхъ палочекъ, обыкновенно представляются болѣе или менѣе изуродованными или совершенно распавшимися. Волокна соединительной ткани являются набухшими, а мѣстами—полурасплавленными.

Мерцательный эпителій дыхательнаго горла и бронховъ сохранился лишь на очень немногихъ мѣстахъ, но и здѣсь онъ уже лишенъ мерцательныхъ рѣсничекъ, полуразрушенъ. Бронхіальныя слизевыя железы представляются въ видѣ жалкихъ полубезформенныхъ массъ. Кольцо эластическихъ волоконъ сильно измѣнено. Какъ извѣстно—эластическая ткань является самой резистентной при воспаленіяхъ, а здѣсь и она измѣняется: мѣстами нити разорваны и представляютъ безформенные, спутанные кучи-клубки; мѣстами эластическія волокна еще сохранились, а мѣстами—утолщены, узловатыя и лежатъ не въ обычномъ направленіи и порядкѣ. Кольцо мышечныхъ волоконъ раздвинуто, а сами мышечныя волокна мѣстами сильно изуродованы. Окружающая соединительная ткань значительно раздвинута и пронизана мѣстами нитями фибрина. Мокрота лежитъ толстымъ слоемъ прямо на подъэпителіальномъ слоѣ и кишитъ чумными палочками. Громадныя количества чумныхъ палочекъ залегаютъ въ соединительной ткани, и здѣсь уже можно видѣть почти чистыя культуры ихъ. И здѣсь нѣтъ фагоцитоза, и здѣсь чумныхъ палочекъ нѣтъ внутри эпителіальныхъ клѣтокъ. Возлѣ кровеносныхъ сосудовъ видны фибринныя сѣти.

Пластинки гіалиноваго хряща являются уже не гомогенными, а имѣютъ зернистыя включенія, а изогенныя группы

клѣтокъ значительно измѣнены. Клѣточныя ядра сморщены, а капсула этихъ группъ клѣтокъ сильно утолщена. Соединительная ткань сильно инфильтрирована бѣлыми тѣльцами. Эритроцитовъ мало. Стѣнки кровеносныхъ сосудовъ значительно измѣнены: интима утолщена, волокна медіи и адвентиціи сильно раздвинуты.

Измѣненія въ бронхахъ—такія же, какъ и въ дыхательномъ горлѣ, и только мелкіе бронхи мѣстами имѣютъ совершенно распавшіяся стѣнки.

Какъ извѣстно—легочная ткань при крупозной пневмоніи не принимаетъ въ процессѣ существеннаго участія. Альвеолярныя стѣнки, кромѣ гиперемій, не представляютъ никакихъ воспалительныхъ измѣненій, и только всѣ альвеолы пораженной доли выполняются свернувшимся выпотомъ.

При легочной чумѣ картина получается совершенно иная—легочная ткань, тамъ, гдѣ процессъ только начинается—умѣренно гиперемирована. Альвеолы, на различныхъ мѣстахъ, быстро начинаютъ наполняться бѣлыми кровяными тѣльцами и чумными палочками. Воспалительный процессъ мѣстами быстро доходитъ до некроза тканей и клѣтокъ; всѣ альвеолы пораженной и находящейся уже въ періодѣ сѣраго опеченѣнія доли—набиты чистыми культурами чумнымъ палочекъ. Эти культуры окружены плотнымъ кольцомъ бѣлыхъ тѣлецъ. Капилляры сжаты и мѣстами окружены небольшими сѣтками фибрина; вокругъ артерій и венъ сѣточки фибрина являются уже болѣе значительными. На тѣхъ мѣстахъ, гдѣ некрозъ выраженъ сильно, границъ альвеолъ уже нѣтъ, стѣнки ихъ расплавлены, и здѣсь мы видимъ, что чумныя палочки лежатъ разсѣянными, или въ видѣ свободныхъ чистыхъ культуръ. Альвеолярная эластика здѣсь или разорвана и лежитъ въ видѣ обрывковъ нитей среди общей массы разрушенныхъ или искалѣченныхъ клѣтокъ, волоконъ и массы чумныхъ палочекъ, или эти обрывки эластики отодвинуты въ бокъ и прижаты къ еще уцѣлѣвшимъ альвеоламъ.

Ни до некроза, ни до разрушенія эластической ткани альвеолъ при крупозной пневмоніи дѣло никогда не доходитъ и это является характернымъ отличіемъ легочной чумы отъ крупозной пневмоніи.

Малое количество сѣточекъ фибрина указываетъ на то, что эмиграція бѣлыхъ тѣлецъ совершается чрезвычайно быстро. Тѣльца эти, въ самомъ же началѣ зараженія, переполняютъ альвеолы, растягиваютъ ихъ, благодаря чему альвеолярные

капилляры сжимаются, сдавливаются и обезкровливаются. При этихъ условіяхъ плазма крови не успѣваетъ выйти изъ сосудистаго ложа въ большомъ количествѣ, а лишь въ незначительномъ и тамъ, гдѣ она успѣла выйти—мы видимъ небольшія фибринныя сѣтки. Такимъ образомъ, красное опеченѣніе легкаго при чумѣ если и наблюдается, то самое незначительное время, послѣ чего наступаетъ сѣрое опеченѣніе, а мѣстами и некрозъ ткани. Послѣдній при легочной чумѣ всегда бываетъ колликваціоннаго типа. Вслѣдствіе быстраго перехода легочной ткани въ сѣрое опеченѣніе и мокрота при легочной чумѣ мало кровяниста.

Въ интерлобулярной и интеральвеолярной соединительной ткани бѣлыя кровянистыя тѣльца распредѣляются неравномѣрно: отъ ничтожнаго количества до громаднаго.

V. Пути зараженія.

Какая же причина заставляетъ бѣлыя тѣльца устремляться главнымъ образомъ и скорѣе всего въ альвеолы и почему наблюдается такое неравномѣрное распредѣленіе бѣлыхъ тѣлецъ въ соединительно-тканныхъ перегородкахъ легкаго.

Отвѣтъ на этотъ вопросъ мы имѣемъ въ бактеріоскопическихъ картинахъ. Если разсматривать подъ микроскопомъ послѣдовательно срѣзы легочной ткани, на которыхъ чумная палочка будетъ выдѣлена помощью той или иной окраски,—то мы увидимъ, что нѣкоторые альвеолы содержатъ чистыя культуры палочекъ, окруженныя тѣснымъ, массивнымъ кольцомъ бѣлыхъ тѣлецъ, но стѣнки этихъ альвеолъ еще сохранились. Здѣсь въ соединительно-тканныхъ, межъ-альвеолярныхъ прослойкахъ чумныхъ палочекъ или совершенно нѣтъ, или же имѣется ничтожное количество. Мало здѣсь и бѣлыхъ тѣлецъ. Въ другомъ мѣстѣ мы увидимъ въ альвеолахъ также чистыя культуры палочекъ, но здѣсь стѣнки нѣкоторыхъ альвеолъ уже полуразрушены; межъ-альвеолярная ткань содержитъ въ такихъ мѣстахъ уже много бѣлыхъ тѣлецъ и чумныхъ палочекъ. Наконецъ, можно видѣть и такія мѣста, гдѣ альвеолы уже отсутствуютъ—тутъ мы видимъ, что чумныя палочки лежатъ разсѣянными и кучками вперемежку съ бѣлыми тѣльцами, обрывками эластичной ткани и остатками альвеольныхъ стѣнокъ. Такихъ же мѣстъ, гдѣ въ межъальвеолярной соединительной ткани было бы много чумныхъ палочекъ, а въ са-

михъ альвеолахъ не было бы ихъ или же было, но мало,— такихъ мѣстъ никогда не наблюдается.

Значитъ, чумныя палочки вмѣстѣ съ вдыхаемыхъ воздухомъ попадаютъ прямо въ альвеолы, быстро размножаются здѣсь и разрушаютъ легочную ткань и вообще всѣ ткани, входящія въ составъ легкихъ.

Несомнѣнно, что чумныя палочки, осѣдая изъ вдыхаемаго воздуха на стѣнки полости рта и потомъ дыхательнаго горла и бронховъ, разрушаютъ покровный эпителій и проникаютъ въ межтканевыя щели подслизистой ткани, т. е. въ начало лимфатической системы. Вмѣстѣ съ токомъ лимфы, пассивно, онѣ могутъ передвигаться и достигнуть глубоко внутрилежащихъ тканей и органовъ, но это передвиженіе слишкомъ медленное. Кромѣ того, если бы чумныя палочки передвигались главнымъ образомъ по лимфатическимъ путямъ— онѣ, несомнѣнно, задерживались бы въ лимфатическихъ железкахъ, которыя должны были бы реагировать такъ же, какъ это и наблюдается при бубонной чумѣ. Ничего подобнаго при легочной чумѣ мы не видимъ. Далѣе—если бы главнымъ путемъ зараженія являлась лимфатическая система, то межлобулярная и межъальвеолярная соединительная ткань легкихъ, въ которой и заложены лимфатическіе пути, всегда и всюду, на всѣхъ мѣстахъ пораженной доли, была бы переполнена чумными палочками; однако этого не наблюдается. Какъ я уже указалъ выше—можно видѣть много мѣстъ, гдѣ альвеолы содержатъ чистыя культуры чумной палочки, причемъ ни одной палочки еще нѣтъ здѣсь въ межъальвеолярной ткани; нѣтъ здѣсь и мелкоклѣточной инфильтраціи соединительной ткани альвеолъ. Далѣе миндалики, аденоидная ткань задней стѣнки полости рта, шейныя и бронхо-трахеальныя лимфатическія железы при легочной чумѣ реагируютъ совершенно не такъ, какъ это мы видимъ при бубонной чумѣ -неизмѣримо слабѣе, а часто и почти незамѣтно.

Если бы, наконецъ, при легочной чумѣ главнымъ путемъ зараженія была лимфатическая система, то почему же правое легкое и, какъ conditio, sine qua non,—средняя доля праваго легкаго—оказываются всегда пораженными чумою, тогда какъ лѣвое легкое поражается лишь иногда. Вѣдь по лимфатическимъ путямъ зараза могла бы попадать въ самыя различныя доли обоихъ легкихъ, безъ выбора.

А между тѣмъ упорное постоянство пораженія праваго легкаго и особенно его средней доли становится вполнѣ по-

нятнымъ, если вспомнить нормальную физіологію, а именно— что правое легкое дышетъ значительно сильнѣе, чѣмъ лѣвое, а изъ трехъ долей праваго легкаго—средняя дышетъ сильнѣе двухъ остальныхъ.

Значитъ, лимфатическая система хотя и несомнѣнно служитъ путемъ зараженія организма чумной палочкой, но путь этотъ не главный, а побочный и важной роли, главной—въ процессѣ зараженія чумной палочкой при легочной чумѣ—не играетъ.

Что касается кровеносной системы, то при началѣ заболѣванія легочной чумой, когда въ мокротѣ появились уже чумныя палочки и каждый разъ, и съ несомнѣнностью, могутъ быть найдены въ мокротѣ—даже бактеріоскопически—въ крови чумныхъ палочекъ въ это время даже и бактеріологически открыть не удается.

Чумныя палочки, даже въ крови труповъ, не всегда можно открыть безъ бактеріологическаго изслѣдованія, и только въ очень тяжелыхъ случаяхъ чумныя палочки можно найти въ селезенкѣ. Въ печени палочекъ уже очень мало, и онѣ могутъ быть обнаружены только бактеріологическимъ путемъ, и то не всегда.

Въ крови сердца также чумныя палочки можно обнаружить только въ очень тяжелыхъ случаяхъ, и то не всегда бактеріоскопически. И здѣсь необходимо бактеріологическое изслѣдованіе.

Значитъ кровеносная система еще менѣе можетъ служить путемъ зараженія. Когда легочная ткань или подслизистая ткань полости рта, дыхательнаго горла и бронховъ, подъ вліяніемъ страшнаго яда чумной палочки некротизируются, въ этихъ случаяхъ некрозу могутъ подвергнуться и кровеносные сосуды этихъ мѣстъ и здѣсь то чумная палочка можетъ проникнуть въ кровь. Такихъ некротическихъ мѣстъ много въ легкихъ при тяжелыхъ случаяхъ легочной чумы и здѣсь то главнымъ образомъ и попадаютъ чумныя палочки въ кровеносные сосуды, разносятся по всему организму пассивно, и возникаетъ сепсисъ. Тѣмъ не менѣе,—чумныхъ палочекъ въ крови бываетъ немного, и это обстоятельство только свидѣтельствуетъ о чрезвычайной вирулентности чумной палочки. Если теперь—по даннымъ гистологіи и бактеріоскопіи—ни лимфатическая, ни тѣмъ болѣе кровеносная системы не служатъ главными путями зараженія, а лишь побочными, причемъ лимфатическая система заноситъ больше палочекъ въ

близъ лежащіе ткани и органы, а кровь разноситъ палочки по всему организму, но уже или за немного часовъ до смерти, или уже послѣ смерти—то какой же путь зараженія при легочной чумѣ должно считать главнымъ?

Гистологическія и особенно бактеріоскопическія изслѣдованія дыхательныхъ путей даютъ ясный отвѣтъ. Главнымъ путемъ зараженія при легочной чумѣ является: дыхательное горло, бронхи и особенно легочныя альвеолы. Послѣднія представляютъ великолѣпные термостаты, въ которыхъ чумная палочка находитъ все необходимое для питанія и обильнаго и быстраго размноженія. Въ альвеолахъ мы всегда находимъ чистыя культуры чумной палочки и, когда палочки значительно размножатся—альвеолярныя стѣнки разрушаются, некротизируются, и въ это время палочка попадаетъ въ кровь, вызывая сепсисъ и смерть.

Экспериментально доказано, что чумныя палочки въ огромномъ количествѣ находятся въ мельчайшихъ капелькахъ влаги, распыленной въ воздухѣ. При актѣ дыханія палочки естественно и несомнѣнно осѣдаютъ на слизистой оболочкѣ полости рта, дыхательнаго горла, бронховъ и попадаютъ въ альвеолы въ тѣмъ большемъ количествѣ, чѣмъ сильнѣе совершается актъ дыханія. Совершенно неважно—какое количество чумныхъ палочекъ осядетъ на стѣнкахъ дыхательныхъ путей,—гораздо важнѣе и даже самое важное—гдѣ палочки найдутъ наиболѣе благопріятныя условія для своего питанія, размноженія и вообще для своей жизни. Такимъ наилучшимъ мѣстомъ и являются альвеолы, и здѣсь чумная палочка всегда видна въ чистыхъ культурахъ и отсюда уже она, благодаря разрушенію ея токсиномъ альвеолярныхъ стѣнокъ, попадаетъ въ лимфатическую и только передъ смертью въ кровеносную систему.

VI. Выводы.

Резюмируя все сказанное—можно сдѣлать нижеслѣдующіе выводы:

1. Легочная чума патолого-анатомически и особенно патолого-гистологически—представляетъ вполнѣ своеобразную картину измѣненій дыхательныхъ органовъ, которая отличается отъ всѣхъ другихъ измѣненій этихъ органовъ довольно опредѣленными и характерными признаками.

2. Правое легкое поражается чумою всегда раньше лѣваго.

3. Съ точки зрѣнія патологической анатоміи—легочная чума рѣзко и опредѣленно отличается отъ крупозной пневмоніи.

4. Пораженіе праваго легкаго чумою всегда начинается съ средней доли.

5. Пораженіе лѣваго легкаго, безъ заболѣванія праваго, можетъ встрѣтиться, но чрезвычайно рѣдко, въ видѣ исключенія, напр. въ случаѣ анатомически необычно развитыхъ бронховъ.

6. Средняя доля праваго легкаго при легочной чумѣ всегда имѣетъ некротическія, сѣровато-зеленыя, размягченныя, безструктурныя гнѣзда.

7. Некрозъ тканей при легочной формѣ чумы всегда бываетъ колликваціонный.

8. Легочная чума, подобно пневмоніи, сопровождается фибринознымъ плевритомъ.

9. Фибринныя сѣти плевры никогда не лежатъ сплошнымъ, толстымъ слоемъ, какъ это наблюдается при крупозной пневмоніи, а отдѣльными тонкими наслоеніями, причемъ сѣти, лежащія ближе къ легкому, имѣютъ болѣе массивныя нити, а по направленію къ периферіи нити постепенно истончаются.

10. Съ гистологической точки зрѣнія легочная чума также имѣетъ вполнѣ своеобразную картину.

11. Легочная ткань принимаетъ громадное участіе въ процессѣ, причемъ воспалительныя измѣненія тканей доходятъ до некроза.

12. Свертки и сѣти фибрина при легочной чумѣ всегда бываютъ, но располагаются они поблизости сосудовъ и занимаютъ обыкновенно незначительную площадь.

13. При легочной чумѣ въ альвеолахъ и бронхахъ можно всегда видѣть обрывки межъальвеолярной и бронхіальной эластической ткани, а это свидѣтельствуетъ о грубомъ характерѣ воспалительной реакціи.

14. Въ мокротѣ при легочной чумѣ можно видѣть обрывки эластическихъ волоконъ, чего при крупозной пневмоніи никогда не бываетъ.

15. Легочныя альвеолы представляютъ собою наилучшія мѣста для питанія и размноженія чумныхъ палочекъ (термостаты).

16. Въ зависимости отъ главнаго пути зараженія при легочной чумѣ,—чума распространяется отъ человѣка къ че-

ловѣку при кашлѣ заразившихся, а потому строжайшая и немедленная изоляція заболѣвшихъ является главнѣйшей мѣрой въ дѣлѣ борьбы съ распространеніемъ легочной чумы.

17. Чумные трупы въ смыслѣ передачи заразы—особой опасности не представляютъ.

Прозекторъ К. В. ж. д. д-ръ *С. Петинъ.*

Положенія къ докладу на тему:

«Pneumonia pestica. Патологическая анатомія и гистологія по даннымъ вскрытій на Московскомъ чумномъ пунктѣ въ Харбинѣ во время эпидеміи легочной чумы въ 1910 и 1911 г. г.»

---

1. Путей зараженія три: одинъ—главный, основной и два—вторичныхъ, побочныхъ.

2. Главный путь зараженія—дыхательное горло, бронхи и альвеолы. Изъ двухъ вторичныхъ, побочныхъ путей—одинъ—лимфатическая система (миндалики, фолликулы и аденоидная ткань задней стѣнки полости рта, дыхательнаго горла и бронховъ) и другой, самый поздній путь—кровеносная система.

3. Pneumonia pestica является пневмоніей лобарной и имѣетъ вполнѣ опредѣленныя патолого-анатомическіе и гистологическіе отличительные признаки.

4. Pneumonia pestica рѣзко отличается отъ крупозной пневмоніи и въ смыслѣ патологической анатоміи и, особенно, съ точки зрѣнія патологической гистологіи.

5. Въ виду того, что главнымъ путемъ зараженія являются воздухоносные пути—главной мѣрой борьбы съ легочной чумой должно считать строжайшую и немедленную изоляцію больныхъ.

Д-ръ *С. Петинъ.*

№ 4.

Докладъ Е. Н. Филипповой.

Мѣропріятія для борьбы съ чумой и холерой на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна въ 1911 году.

Приступая къ своему докладу о мѣропріятіяхъ для борьбы съ чумой и холерой на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна въ 1911 г., я постараюсь въ краткихъ чертахъ коснуться того значенія, которое играетъ р. Амуръ со своими притоками въ жизни Приамурья. Я не буду передавать того, что по различнымъ источникамъ всѣмъ намъ хорошо извѣстно о заселеніи края, и какое значеніе въ этомъ играла р. Амуръ. Я хочу только привести цифровыя данныя о грузо-пассажирскомъ движеніи на р. р. Амурскаго бассейна за послѣдніе годы. До появленія на Амурѣ въ 1853 году перваго парохода мѣстное сношеніе производилось на лодкахъ гиляцкаго и гольдскаго типа, китайскихъ джонкахъ и плотахъ. Сохранилась эта флотилія и въ настоящее время, но служитъ главнымъ образомъ для мѣстнаго сообщенія и подвоза въ большіе города продуктовъ окружнаго огородничества, сѣна и дровъ и поэтому представляетъ интересъ съ санитарной стороны. Старые переселенческіе плоты, на которыхъ помѣщались люди со всѣмъ домашнимъ скарбомъ и животными, замѣнились баржами и пароходами. А давно ли было то время, когда плотовые переселенцы съ ужасомъ бросались въ рѣку, только бы спастись отъ приближающагося парохода. За послѣднія десять лѣтъ количество прогоняемыхъ по Амурскому бассейну плотовъ увеличилось разъ въ десять. Плоты не служатъ теперь для передвиженія по рѣкѣ, сплавляются бревна на постройки и лѣсопильные заводы, но на плотахъ есть рабочіе, на жизнь которыхъ приходится обращать вниманіе, т. к. здѣсь она является вполнѣ антигигіеничной. Грузооборотъ за время 1905 по 1910 г. съ 22,549,694 пудовъ возросъ до 70,696,604 пудовъ. Въ настоящее время для грузо-пассажирскаго движенія на р. р. Амурскаго бассейна имѣется паровой и не паро-

вой торговый флотъ. Для пассажирскаго движенія служатъ почти исключительно пароходы, начиная отъ небольшихъ плохо устроенныхъ заднеколесныхъ до хорошо оборудованныхъ двухколесныхъ пароходовъ волжскаго типа, какъ «Люксъ» и «Канавино». Всего на Амурѣ, по статистикѣ Амурскаго Водн. Упр. за 1912 г., имѣется 289 паровыхъ судовъ; изъ нихъ грузо-пассажирскихъ 151, буксирныхъ 120 и судовъ Амурскаго Воднаго Управленія 18. Кромѣ того, для перевозки груза имѣются баржи деревянныя и желѣзныя, разныхъ размѣровъ и различнаго грузоподъема. Всего баржъ имѣется 322; изъ нихъ деревянныхъ 146 и 176 желѣзныхъ. Пассажирское движеніе, по даннымъ Амурскаго Воднаго Управленія, доходитъ до 600,000 человѣкъ. Такой флотъ едва ли можно назвать значительнымъ для громадной многоводной рѣки съ наименьшей быстротой теченія въ низовьяхъ до трехъ верстъ въ часъ, но переносъ чумной и холерной эпидемій пассажирами и рабочими съ пароходовъ и баржъ легко возможенъ. Вода фарватера, по даннымъ изслѣдованій 1911 года, является чистой какъ съ поверхности, такъ и съ глубины, но не то надо сказать о прибрежной полосѣ большихъ городовъ и селеній, гдѣ загрязненіе идетъ интенсивно всѣми отбросами и нечистотами. Кому, напримѣръ, изъ жителей города Хабаровска неизвѣстно, какую грязь изливаютъ въ Уссури и Амуръ рѣчки Плюснинка, Чердымовка и Лѣсопилка. И такъ, въ случаѣ эпидеміи опасно загрязненіе городскихъ и сельскихъ бечевниковъ— и съ этимъ приходится считаться врачу Воднаго Управленія.

Откуда же можно ожидать заноса эпидемій въ Приамурье? Протекая по огромной территоріи, р. Амуръ и его притоки на большомъ протяженіи служатъ границей между Россіей и Китаемъ, который справедливо можно назвать разсадникомъ чумы и холеры. Холерныя эпидеміи въ Приамурьѣ 1901 и 1912 г. были занесены въ край на сунгарійскихъ пароходахъ изъ Харбина и дали значительныя заболѣванія.

Въ 1904 году была организована экспедиція д-ра Чирикова для ознакомленія съ санитарнымъ состояніемъ Приамурья и изысканія мѣръ борьбы съ эпидеміями. Докторъ Чириковъ занялся изслѣдованіемъ жизни пароходовъ и бечевника и выяснилъ много антисанитарныхъ условій этой жизни. Изслѣдованія производились имъ отъ Срѣтенска до Хабаровска и по р. Сунгари. Ниже Хабаровска д-ръ Чириковъ не былъ, а между тѣмъ и оттуда возможенъ заносъ эпидеміи изъ Японіи. Я не буду вдаваться въ подробности отчета д-ра Чирикова;

насъ здѣсь могутъ интересовать только выводы, къ которымъ пришелъ онъ: грязное содержаніе пароходовъ вообще, неудобство помѣщенія пассажирскихъ помѣщеній въ корпусѣ парохода, почти всюду отсутствіе вентиляціи, иногда полное отсутствіе отопленія или отсутствіе теплорегулирующихъ аппаратовъ для отдѣльныхъ помѣщеній, а во многихъ случаяхъ и полное отсутствіе помѣщеній для буфетной прислуги, недостаточность и плохое устройство ватеръ-клозетовъ. На непаровыхъ судахъ—помѣщенія для команды въ кубрикахъ, отсутствіе вентиляціи и отопленія, а въ иныхъ случаяхъ и освѣщенія.

Что касается бечевника большихъ городовъ, то д-ръ Чириковъ указываетъ на сильное загрязненіе его городскими отбросами изъ водосточныхъ трубъ, грязныхъ рѣчекъ и вывозомъ нечистотъ на ледъ, какъ это дѣлается въ ст. Срѣтенскъ. Вотъ тѣ выводы, къ которымъ пришелъ д-ръ Чириковъ въ своемъ отчетѣ, съ которыми въ дѣйствительности приходится сталкиваться и считаться санитарнымъ врачамъ Водныхъ путей.

Я говорила уже о томъ значеніи, какое играетъ Китай въ появленіи эпидемій холеры въ Приамурьѣ, однако и Японіи нужно удѣлить значительное мѣсто въ исторіи этихъ эпидемій. Такъ, напримѣръ, въ 1910 году холера проникла въ Приамурье черезъ Николаевскъ на морскихъ судахъ, а затѣмъ сразу дала большое заболѣваніе на рѣчныхъ пароходахъ. Такъ, на прибывшемъ въ сентябрѣ въ Хабаровскъ пароходѣ «Баронъ Корфъ» было обнаружено 16 холерныхъ больныхъ и три трупа. И случилось это въ самый разгаръ грузовой дѣятельности пароходовъ, когда перевозится для всей Россіи соленая кета. Когда не только трюмы, но и всѣ палубы заставлены бочками, когда люди помѣщаются на этихъ бочкахъ, тутъ-же и ѣдятъ, и спятъ. Нехватаетъ пароходовъ для вывоза рабочихъ съ рыбалокъ изъ г. Николаевска, и пароходы берутся почти приступомъ.

Пришедшія въ г. Николаевскъ морскія суда осматриваются городскимъ врачемъ, совмѣстно съ таможеннымъ осмотромъ. Никакихъ изслѣдованій не производится, потому что въ городѣ, по крайней мѣрѣ до 1911 года, не было даже намека на лабораторію.

Какія же мѣры принимались въ Приамурьѣ, чтобы оградить край отъ заноса эпидемій? Послѣ слѣдовавшихъ одна за другой эпидемій 1901 и 1912 года была организована экспедиція д-ра Чирикова, но пока этимъ все и ограничилось. Между тѣмъ близость Китая и Японіи всегда угрожала неожи-

данными вспышками. Въ Маньчжуріи и Монголіи были постоянные очаги чумы, но далеко они не распространялись за малочисленностью населенія. Да и само заболѣваніе не было точно изслѣдовано, называясь по большей части просто „Тарбаганьей болѣзнью". Но—„громъ не грянетъ, мужикъ не перекрестится", говоритъ пословица,—было такъ и съ чумной эпидеміей. Въ 1910 году вспыхнула эпидемія въ Харбинѣ, унесла не мало жертвъ и угрожала не только ближайшему сосѣду—Приамурью, но и Сибири, а съ ней и Россіи. На лицо былъ еще призракъ холерной эпидеміи, а теперь грозилъ и второй въ видѣ чумы. Необходимо было быстро принять мѣры для огражденія Приамурья отъ вторженія невидимаго врага—чумной заразы.

Въ концѣ января 1911 года изъ противочумной комиссіи были отпущены средства для организаціи мѣръ борьбы съ чумой и холерей на Дальнемъ Востокѣ, но начало организаціи было задержано до 8 февраля, когда въ Иркутскѣ былъ созванъ съѣздъ представителей всѣхъ вѣдомствъ для выработки плана противочумной организаціи.

Въ то же время въ Петербургѣ Начальнику Амурскаго Водпаго Управленія было поручено сорганизовать врачебные отряды и закупить оборудованіе врачебно-наблюдательныхъ пунктовъ.

Мѣсто старшаго врача организаціи занялъ старшій санитарный врачъ Казанскаго округа д-ръ А. А. Десятовъ.

12 февраля были уже сформированы первые отряды, и началась подготовительная работа обсужденія оборудованія пунктовъ, составленіе списковъ необходимыхъ вещей, осмотры этихъ вещей у различныхъ фирмъ и пріемка уже закупленныхъ. Благодаря хорошему дружескому отношенію стоящихъ во главѣ организаціи лицъ къ своимъ призваннымъ помощникамъ, работа шла интенсивно. Здѣсь не было безгласныхъ подчиненныхъ, каждый могъ высказать свое мнѣніе, и оно учитывалось на ряду съ другими. Правда, есть много погрѣшностей въ этой организаціи, но не забывайте того, что маленькой организаціи въ очень короткій срокъ нужно было создать громадную организацію борьбы съ грознымъ врагомъ. Было заказано оборудованіе на 150 коекъ, которыя распредѣлялись между пунктами по слѣдующей таблицѣ:

Рѣки и пункты.	Разстоян. въ верст.	Колич. коекъ.
Р. Шилка:		
Срѣтенскъ	0	15
Часовинская	240	5
Р. Амуръ:		
Покровская	133	5
Джалинда	191	15
Черняева	200	5
Благовѣщенскъ	423	15
Иннокентьевская	281	5
Екатерино-Никольская	261	5
Михайло-Семеновская	164	15
Хабаровскъ	225	15
Нижне-Тамбовское	435	5
Николаевскъ	440	15
Р. Зея:		
Г. Зея-Пристань		15
Р. Сунгари:		
Лахасусу		10
Р. Уссури:		
Иманъ		5

Оборудованіе одного врачебно-наблюдательнаго пункта, считая его на 15 коекъ, обошлось 5460 руб. 47 коп.

Кромѣ того къ оборудованію трехъ врачебно-наблюдательныхъ пунктовъ было присоединено еще оборудованіе для обсерваціи, стоимостью для каждаго пункта 1709 руб. 20 к.

Для обслуживанія самой рѣки были зафрахтованы 3 парохода К. В. ж. д Оборудованіе такого санитарнаго крейсера обошлось въ 1021 р. 47 коп. При семи врачебно-наблюдательныхъ пунктахъ были оборудованы бактеріологическія лабораторіи, стоимостью каждая въ 746 руб. 8 коп. и для 4 были еще куплены приборы для изслѣдованія воды на кишечную палочку.

Наконецъ, къ 10 марта всѣ подготовительныя работы были закончены и первая часть экспедиціи, состоящая изъ 6-ти врачебныхъ отрядовъ (въ составѣ врача, его помощника и двухъ санитаровъ), двухъ инженеровъ-строителей, во главѣ

съ Начальникомъ Амурскаго Воднаго Управленія инженеромъ П. П. Чубинскимъ и старшимъ врачемъ А. А. Десятовымъ могла выѣхать изъ Петербурга.

Еще въ Петербургѣ Начальникъ Управленія говорилъ, что на мѣстахъ можно будетъ пріобрѣсти готовыя зданія и приспособить ихъ для пунктовъ, нѣкоторыя зданія выстроить; все же для всѣхъ пунктовъ были пріобрѣтены различныхъ размѣровъ палатки, чтобы не оказаться безпомощными въ случаѣ внезапнаго появленія эпидеміи.

Часть выѣхавшей экспедиціи направилась на Срѣтенскъ, а вторая на Хабаровскъ съ остановкой на 10 дней въ Харбинѣ, чтобы ознакомиться на мѣстѣ съ противочумной организаціей города Харбина. Одинъ врачебный отрядъ остался въ Харбинѣ съ тѣмъ, чтобы наблюдать за ремонтомъ и оборудованіемъ зафрахтованныхъ санитарныхъ крейсеровъ и при открытіи навигаціи спуститься по Сунгари до станицы Михайло-Семеновской.

Остальные три отряда 8 апрѣля пріѣхали въ гор. Хабаровскъ. Здѣсь Начальникомъ Воднаго Управленія было созвано три засѣданія представителей различныхъ вѣдомствъ для обсужденія мѣръ борьбы съ грозящими эпидеміями.

Передъ открытіемъ навигаціи начался техническо-санитарный осмотръ зимовавшихъ пароходовъ, а когда въ Хабаровскѣ стало возможно сообщеніе черезъ рѣку съ островомъ, гдѣ предполагалась постройка врачебно-наблюдательнаго пункта, былъ зафрахтованъ частный катеръ для несенія санитарной службы. Началась постройка пункта, подготовленіе старыхъ построекъ, устроенъ былъ водопроводъ и пароформалиновая камера японскаго типа.

Бывшіе въ Хабаровскѣ отряды наблюдали за постройкой пункта и принимали пришедшіе изъ Петербурга предметы оборудованія. Затѣмъ, съ открытіемъ навигаціи отряды разъѣхались по рѣкѣ Амуру. Началась постройка и въ другихъ пунктахъ.

Изъ Петербурга 8 апрѣля выѣхала вторая часть экспедиціи для рѣки Шилки и верхняго Амура. Такимъ образомъ, къ началу навигаціи весь бассейнъ рѣки Амура былъ подъ санитарнымъ надзоромъ.

Почти во всѣхъ ранѣе помѣченныхъ мною пунктахъ были куплены и перестроены зданія или выстроены новыя. Въ городѣ Николаевскѣ были куплены дома на островѣ въ 40 верстахъ отъ города и для сообщенія съ городомъ купленъ паровой катеръ.

Въ срединѣ мая Приамурье и Приморская область были объявлены благополучными по чумѣ, но отряды были сохра-

нены на случай появленія холерной эпидеміи, неся теперь обязанности санитарнаго надзора, осматривали пароходы, кокоманду и буфетную прислугу пароходовъ, знакомились съ жизнью берега и вели амбулаторный пріемъ; тѣ же пункты, гдѣ имѣлись бактеріологическія лабораторіи, занялись изслѣдованіемъ воды рѣки Амура, воды изъ пароходныхъ фильтровъ, маленькихъ городскихъ рѣчекъ и водостоковъ. Въ отчетъ д-ра Десятова попали два отчета слушательницъ С.-Петербургскаго женскаго медицинскаго института Носиной и Титовой объ изслѣдованіи ими воды въ городѣ Хабаровскѣ и ст. Михайло-Семеновской. Обѣ нашли сильное загрязненіе воды у берега, мѣриломъ чего служило присутствіе кишечной палочки. Загрязнена была и вода въ фильтрахъ на многихъ пароходахъ. Къ сожалѣнію, не былъ присланъ отчетъ врача Николаевскаго пункта, гдѣ для изслѣдованія бралась вода Николаевской бухты возлѣ базара и со средины бухты. Насколько я помню и въ той и другой пробѣ получился ростъ кишечной палочки и желтаго стафилококка. Бралась также вода возлѣ селенія Маго, противъ котораго находился пунктъ. Въ водѣ также было обнаружено присутствіе кишечной палочки. Въ водѣ колодца въ Маго найдена чудесная палочка, а изъ небольшого болотистаго прудика выдѣленъ неагглютинирующійся вибріонъ. Бралась вода съ фарватера р. Амура, но здѣсь кромѣ сѣнной палочки ничего не удалось обнаружить. Самое же интересное изъ дѣятельности пункта былъ осмотръ всѣхъ рыбалокъ низовья Амура, который былъ произведенъ по предписанію Начальника Амурскаго Воднаго Управленія въ концѣ августа 1911 г. Это было самое удобное время для ознакомленія съ жизнью рабочихъ на рыбныхъ промыслахъ, такъ какъ начался осенній ходъ кеты. Матеріаловъ объ условіяхъ жизни рабочихъ было собрано много, но всѣ они остались у врача. Взято было много пробъ для бактеріологическаго изслѣдованія изъ рѣки Амура у рыбалокъ, маленькихъ ручейковъ, изъ рыбы, консервовъ завода Миллера, но всѣ изслѣдованія остались въ области пожеланій, потому что по возвращеніи въ Николаевскъ врачъ получилъ предписаніе о ликвидаціи экспедиціи.

Все оборудованіе пунктовъ было сдано на храненіе судоходному надзору. Изъ противочумной комиссіи отпускаются теперь такія незначительныя средства, что о поддержаніи пунктовыхъ зданій въ надлежащемъ состояніи говорить не приходится. Водное Управленіе пользуется этими зданіями для зимовья, поэтому ремонтируетъ ихъ за свой счетъ.

При осмотрѣ пароходовъ членами экспедиціи обращалось вниманіе на всѣ стороны пароходной жизни, условія работы, жилища и питаніе команды, состояніе санитарныхъ каютъ и аптеки и все это заносилось на особыя карточки. Всѣ найденныя антисанитарныя условія заносились въ книгу осмотровъ и администраціи пароходовъ вмѣнялось въ обязанность исправлять указанные недостатки.

Конечно, нельзя думать, чтобы такой временный надзоръ могъ сдѣлать многое въ улучшеніи гигіеническихъ условій, но все же нѣкоторыхъ результатовъ онъ достигъ. Такъ, помѣщенія команды содержались во много разъ чище, чѣмъ при первыхъ осмотрахъ, хотя, къ сожалѣнію, въ зависимости отъ мѣстныхъ условій мнѣ только два раза удавалось осматривать пароходы во время пути. Чище стали содержаться буфеты, гдѣ для закусокъ были пріобрѣтены сѣтчатые колпаки, грязное столовое бѣлье не помѣщалось вмѣстѣ съ чистымъ, не обнаруживалось испорченной провизіи, чаще мылись и провѣтривались ледники. Говорить что либо о достиженіи чистоты въ помѣщеніяхъ третьяго и четвертаго класса я не могу, потому что много еще нужно условій и усилій, чтобы подѣйствовать не только на администрацію пароходовъ, но и на публику.

Осматривались также и баржи, но на Амурскомъ бассейнѣ онѣ не служатъ для перевоза пассажировъ, поэтому санитарная организація могла заботиться только объ улучшеніи условій жизни рабочихъ въ отношеніи чистоты и нѣкотораго улучшенія коекъ, хотя полученные результаты были очень незначительны. Такъ, нары были разгорожены перекладинами на отдѣльныя мѣста, чего не было на многихъ баржахъ.

Какъ видите, улучшеніе незначительно, но срокъ наблюденія былъ слишкомъ коротокъ, чтобы создать что либо большее. Все же эта организація указала то значеніе, какое можетъ сыграть санитарный надзоръ въ жизни рѣки вообще и рѣки Амура въ частности.

И вотъ въ этомъ году, по примѣру временной организаціи, созданъ постоянный санитарный надзоръ по всей Россіи и этому надзору предстоитъ большая и интересная работа, съ задачами которой д-ръ Германъ познакомитъ васъ завтра въ своемъ докладѣ.

Санитарный врачъ Хабаровскаго участка
Водныхъ путей Амурскаго бассейна *Е. Филиппова.*

№ 5.

Докладъ д-ра М. Н. Каценеленбогена.

ОЧЕРКЪ

санитарнаго и врачебнаго состоянія города Николаевска и тяготѣющаго къ нему раіона.

(По 12-ти лѣтнимъ наблюденіямъ).

Городъ Николаевскъ на Амурѣ можетъ быть охарактеризованъ, какъ село съ постояннымъ бѣлымъ населеніемъ около 8000 душъ, въ которомъ въ лѣтнее время, въ теченіе четырехъ съ половиной—пяти мѣсяцевъ, происходитъ ярмарка, привлекающая свыше двадцати тысячъ пришлаго люда.

Помимо городского населенія къ городу тяготѣетъ еще населеніе цѣлаго Удскаго уѣзда, въ которомъ совершается довольно дѣятельное водвореніе переселенцевъ, и затѣмъ большой пріисковый промысловый раіонъ, точное исчисленіе населенія котораго по мѣстнымъ условіямъ почти невозможно. Едва-ли преувеличеннымъ будетъ сказать, что городъ Николаевскъ является центромъ раіона радіусомъ въ четыреста верстъ и населеніемъ до тридцати— сорока пяти тысячъ душъ.

Лишенный желѣзнодорожнаго и даже грунтового пути соединенія съ ближайшимъ центромъ, городомъ Хабаровскомъ, Николаевскъ связанъ съ остальнымъ міромъ исключительно водянымъ путемъ: моремъ и рѣкой Амуромъ; по этому пути сообщеніе удобно въ теченіе лѣтнихъ пяти мѣсяцевъ, возможно во время крѣпкаго зимняго льда въ теченіе четырехъ съ небольшимъ мѣсяцевъ, и совершенно прекращается въ остальные мѣсяцы распутицы, приблизительно по шести недѣль осенью и весною.

Мѣстоположеніе города здоровое, на лѣвомъ берегу Амура, представляющаго противъ города единственное широкое русло, среди холмовъ, наиболѣе высокіе изъ которыхъ тянутся къ сожалѣнію въ южномъ направленіи и такимъ образомъ

укорачиваютъ короткій зимній день и не даютъ доступа теплымъ вѣтрамъ.

Грунтъ песчанисто-каменистый, но заболоченный, несмотря на обиліе текущей воды, въ общемъ здоровый. Улицы довольно широкія, разрѣзаютъ городъ на продольные квадраты. Окружавшіе прежде плотной стѣной дремучіе лѣса уже давно не защищаютъ городъ отъ холодныхъ долгихъ почти постоянно зимою западныхъ и сѣверо-западныхъ вѣтровъ. Восточный и сѣверо-восточный морскіе вѣтры почти всегда приносятъ влагу: дождь или снѣгъ. Послѣдній выпадаетъ обыкновенно во время такъ называемыхъ пургъ и даетъ сразу покровъ въ два—три аршина и болѣе толщиною.

Лѣто короткое, обыкновенно холодное; максимальныя температуры не переходятъ двадцать два—двадцать пять въ тѣни. Зима въ высшей степени солнечная; холода много умѣреннѣе, чѣмъ во многихъ другихъ городахъ области, держась днемъ около постоянной цифры 12—18 градусовъ по реомюру и лишь ночью на разсвѣтѣ достигая 30 и болѣе. Средняя годовая температура ниже нуля: 2,5 градуса по реомюру.

Помимо города Николаевска населеніе разбросано рѣдкими кучками по линіи рѣкъ исключительно, представляя обычно деревушки въ 25—30 дворовъ. Сравнительно наибольшая скученность наблюдается лишь въ раіонахъ богатыхъ промысловъ, но носитъ случайный характеръ. Самыя старыя селенія, Софійскъ и другія, основаны въ 1856 году. Изъ инородцевъ живутъ въ большомъ количествѣ корейцы и китайцы; въ самомъ городѣ Николаевскѣ значительное японское населеніе. Что касается мѣстныхъ аборигеновъ, гилякъ, то послѣдніе исчезаютъ, можно сказать, прямо на глазахъ, отчасти уходя отъ давленія мѣстныхъ водворителей культуры—переселенцевъ, главнымъ же образомъ попросту вымирая отъ оспы, кори, водки, сифилиса и голодовокъ.

Земледѣльческой культуры пока нѣтъ почти никакой, огородничество начало развиваться лишь послѣднее время трудами корейцевъ.

Помимо рыбы почти всѣ предметы потребленія привозятся, что дѣлаетъ жизнь весьма дорогой. Рабочій періодъ для огромнаго большинства населенія ограничивается лѣтними мѣсяцами; за малымъ развитіемъ ремесленнаго труда, промышленности, отхожихъ промысловъ, долгая зима проходитъ почти въ полной праздности.

Послѣднее обстоятельство въ связи съ высокимъ зара-

боткомъ является способствующей причиной къ ужасающему развитію въ населеніи пьянства.

Питаніе населенія страдаетъ въ нѣкоторомъ родѣ односторонностью, недостаткомъ растительной и чрезмѣрнымъ преобладаніемъ животной пищи, главнымъ образомъ рыбы; животная пища потребляется кромѣ того не въ свѣжемъ, а большей частью въ соленомъ и замороженомъ видѣ.

Молочныхъ продуктовъ мало, въ особенности въ деревенскомъ питаніи они имѣютъ ничтожное значеніе. Наконецъ, несмотря на значительную зажиточность, безхозяйственность населенія, зависящая отъ случайнаго его состава, малой приспособленности къ мѣстнымъ условіямъ, чувства оторванности и прочее, весьма вредно отражаются на гигіеническихъ и санитарныхъ условіяхъ жизни.

Самый составъ населенія крайне пестръ въ этнографическомъ и расовомъ отношеніи, заключая въ себѣ, помимо разнаго рода инородцевъ и иноплеменниковъ, переселенцевъ изъ всевозможныхъ мѣстностей Россіи, мѣстныхъ старожиловъ и, наконецъ, значительное количество выходцевъ съ Сахалина, всевозможныхъ національностей и племенъ. Послѣдніе, люди пережившіе всѣ ужасы каторги, надломленные физически, выродившіеся морально, по большей части одинокіе и бездомные, номинально причисленные къ городу или селеніямъ, представляютъ одну изъ немалыхъ своеобразностей мѣстной жизни вообще и въ частности неизбѣжныхъ кліентовъ мѣстныхъ врачебныхъ учрежденій.

Таковы въ весьма общихъ и краткихъ чертахъ особенности мѣстности и ея населенія.

Господствующія болѣзни.

Каковы главныя болѣзни, главныя санитарныя нужды населенія и какъ онѣ удовлетворяются?

Алкоголизмъ. Среди мѣстныхъ болѣзней, скорѣе бытовыхъ недуговъ, безъ взякаго сомнѣнія первенствующую роль играетъ алкоголизмъ, со всей свитой вносимыхъ имъ въ организмъ коренныхъ разстройствъ, главнымъ образомъ туберкулеза, хроническихъ нефритовъ, желудочно-кишечныхъ разстройствъ, хроническихъ и острыхъ психозовъ и травматическихъ поврежденій, послѣдствій состоянія опьяненія. Не имѣя подъ руками оффиціальныхъ подтвержденій цифръ, выражающихъ потребленіе алкоголя, я не рѣшаюсь даже ссылаться на нихъ,

до того онѣ превосходятъ всякое вѣроятіе. При этомъ потребляется главнымъ образомъ не водка, а спиртъ голый, или болѣе (скорѣе менѣе) разбавленный водой.

Имѣя въ виду неудовлетворительное питаніе, низкую температуру, служащую якобы оправданіемъ усиленнаго потребленія яда, легко представить себѣ всю важность зла. Наиболѣе печальными явленіями представляются гибель слабо сопротивляющихся вообще инородцевъ, спаиваніе малолѣтнихъ, спаиваніе рабочихъ рыбныхъ промысловъ хозяевами, когда предстоитъ работа въ холодной водѣ поздней осенью. Послѣднее обстоятельство объясняетъ огромное появленіе какъ разъ осенью острыхъ нефритовъ и обостреній хроническихъ страданій почекъ.

Кажется впрочемъ, что акцизнымъ и промысловымъ надзоромъ послѣднее время, наконецъ, обращено вниманіе на это щедрое злоупотребленіе раздачей «порцій».

Хроническій нефритъ. Нефритъ является вообще наиболѣе частымъ финаломъ, заканчивающимъ жалкую жизнь бывшихъ ссыльныхъ, даже многочисленныхъ среди нихъ мусульманъ.

Туберкулезъ. Что касается обыкновеннаго спутника алкоголизма — туберкулеза, то таковой въ началѣ моей дѣятельности въ Николаевскѣ въ 1901—1905 годахъ являлся настоящей рѣдкостью, встрѣчаясь лишь среди разбитыхъ физически каторгой сахалинцевъ. Въ настоящее время быстрота туберкулизаціи населенія прямо пугаетъ; при этомъ преобладаютъ тяжелыя, быстротечныя формы, уносящія больного въ полгода и менѣе. Точныя цифровыя данныя могла бы дать только строгая врачебная регистрація, которую при всѣхъ усиліяхъ до сихъ поръ еще не удалось провести въ городѣ Николаевскѣ.

Эклампсія. Другимъ яркимъ показателемъ распространенія алкоголизма является необыкновенная частота родильной эклампсіи, выражающаяся въ 20% всѣхъ проведенныхъ врачами родовъ.

Психозы. Крайне многочисленные хроническіе психозы и острые алкогольныя душевныя заболѣванія создаютъ непреодолимыя затрудненія въ городѣ, не располагающемъ ни единымъ мѣстомъ для призрѣнія душевно-больного. Въ особенности тяжелы эти затрудненія во время зимняго перерыва со-

общенія, лишающимъ всякой возможности эвакуировать нетерпимаго въ общей больницѣ.

Сифилисъ. Послѣ упомянутыхъ болѣзней наибольшее значеніе имѣетъ распространеніе сифилиса положительно во всѣхъ слояхъ населенія. И здѣсь приходится отмѣтить почти поголовную зараженность бывшихъ сахалинцевъ. Въ свою очередь сифилисъ даетъ огромное количество хрониковъ, паралитиковъ, табетиковъ, для призрѣнія которыхъ до сихъ поръ почти ничего не сдѣлано.

Цынга. Изъ другихъ общихъ болѣзней мѣстную особенность представляютъ еще цынга и лепра. Цынга свирѣпствуетъ ежегодно въ городской тюрьмѣ и въ больницѣ, въ деревняхъ и въ особенности въ отрѣзанныхъ, заброшенныхъ зимовьяхъ и другихъ пріютахъ для работающихъ въ тайгѣ дровосѣковъ и хищниковъ золота.

Лепра. Что касается лепры, то въ самомъ городѣ Николаевскѣ она рѣдка: за все время существованія серьезной регистраціи отмѣчено четыре случая. Наиболѣе заражены селенія по Амуру, сначала Хабаровскаго, потомъ Удскаго уѣзда: Вятское, Троицкое, Малмыжъ, Орловское, Тамбовки, особенно Средняя, Вознесенское, затѣмъ селенія Маріинское, Богородское, Больше-Михайловское, Хеза, Кокинская Бухта. Больны сю и инородцы, регистрація среди коихъ по понятнымъ причинамъ весьма затруднительна. Безъ всякаго сомнѣнія, большое количество прокаженныхъ въ настоящее время еще не зарегистровано. За послѣднее время число прокаженныхъ сильно увеличилось; зависитъ ли это обстоятельство отъ болѣе совершенной регистраціи, или отъ дѣйствительнаго распространенія болѣзни, неизвѣстно; вѣроятно, играетъ роль и то, и другое. Въ настоящее время въ лепрозоріи свыше тридцати человѣкъ; было время, когда ихъ было только четырнадцать. Положеніе больныхъ въ селеніяхъ при всеобщемъ знакомствѣ населенія съ этой болѣзнью и паническомъ страхѣ передъ ней, крайне тяжелое. Помѣщеніе въ лепрозоріи фактически носитъ чисто принудительный характеръ и совершается зачастую даже безъ совѣта и участія врача: простымъ распоряженіемъ исправника, пристава, урядника и даже просто сельскаго старосты.

Требованіе объ обязательномъ освидѣтельствованіи врачебной комиссіей, постановляющей о необходимости изоляціи,

далеко не всегда соблюдается. Благодаря этому, въ лепрозорію попадаютъ и иногда содержатся годами люди, помѣщеніе коихъ въ нее не оправдывается никакими соображеніями: недавно уволенъ Сергѣевъ изъ лепрозоріи—человѣкъ совершенно здоровый, пробывшій однако тамъ полтора года. О неудовлетворительномъ состояніи Николаевской лепрозоріи, неудобствѣ ея мѣстоположенія, необходимости учрежденія штатовъ и отдачѣ въ завѣдываніе самостоятельнаго врача идутъ разсужденія и переписки по крайней мѣрѣ съ 1903 года.

Инфекціонныя болѣзни. Изъ болѣзней инфекціонныхъ, имѣвшихъ особое значеніе для описываемаго раіона, заслуживаютъ упоминанія:

а) частыя появленія эпидемической кори, скарлатины, коклюша, особенно гибельныхъ для инородческаго населенія, сопротивляемость котораго къ этимъ болѣзнямъ ничтожна;

б) періодическіе заносы натуральной оспы, выкашивающей буквально инородцевъ, дающей огромное количество жертвъ и среди городского населенія. Особенно жестоки были: эпидемія 1902—1903 года, когда обезлюдѣли безъ остатка многія гиляцкія стойбища и эпидемія 1910 года, унесшая въ одномъ городѣ Николаевскѣ свыше двухсотъ жертвъ, то есть больше, чѣмъ свирѣпствовавшая одновременно холера. Совпаденія эпидемій холеры и оспы по непонятной странности наблюдались много разъ, причемъ предшествуетъ холера;

в) эпидеміи холеры 1903 и 1910 годовъ несомнѣнно обѣ занесены сверху; первая дала 130, вторая 180 жертвъ, при общей смертности весьма высокой—65%. Эпидеміи послужили поводомъ къ возникновенію санитарно-исполнительныхъ комиссій, дѣйствія которыхъ заглохли одновременно съ ослабленіемъ эпидемій и только оттѣнили безразличное отношеніе обывателей даже къ такому бѣдствію. Городъ истратилъ на борьбу значительную сумму, но результатами явились лишь: пріобрѣтеніе паровой дезинфекціонной камеры, почти не работавшей, а въ настоящее время и испорченной, и постройка досчатыхъ бараковъ, нынѣ занятыхъ подъ нужды новой городской больницы. Безсистемностью отличались и приготовленія къ грозившему краю нашествію чумы, благодаря главнымъ образомъ нежеланію и непониманію необходимости считаться съ указаніями врачей.

Тифъ брюшной до сихъ поръ имѣлъ лишь спорадическое проявленіе; тифъ возвратный принялъ эпидемическую форму въ 1907 году, но отличался благопріятнымъ теченіемъ.

Отмѣтивъ еще частоту разнообразныхъ формъ инфлуэнцы и лѣтняго дѣтскаго поноса, исчерпаемъ все достопримѣчательное, касающееся эпидеміологіи мѣстности за сказанный періодъ времени.

Каково же состояніе подачи больничной помощи населенію, состояніе санитарной организаціи?

Грустную картину представляетъ эта организація!

Городъ Николаевскъ, по всей вѣроятности, самый богатый въ Имперіи, располагающій при такомъ незначительномъ населеніи однако свыше чѣмъ полумилліоннымъ бюджетомъ, для охраненія народнаго здравія, для санитарнаго благоустройства не дѣлаетъ почти ничего. Городской больницы нѣтъ, санитарныхъ врачей нѣтъ, нѣтъ никакихъ попытокъ къ элементарному санитарному благоустройству: канализаціи, водопровода, бойни и прочаго.

Едва лучше обстоитъ дѣло и въ уѣздѣ.

На протяженіи 900 верстъ отъ Хабаровска до Николаевска въ двухъ мѣстахъ имѣются врачебные пункты. Въ селеніи Больше-Михайловскомъ при врачѣ сельская лѣчебница, изъ которой посылаются въ городъ такіе больные, какъ съ ожогомъ, съ панариціемъ.

Гражданская больница. Самъ городъ Николаевскъ имѣетъ анахроническое больничное учрежденіе, именуемое гражданской больницей М. В. Д.

Основана эта больница въ 1872 году въ одномъ изъ зданій, принадлежавшихъ тогдашнему портовому управленію, на двадцать коекъ съ бюджетомъ въ 10900 рублей. Съ тѣхъ поръ ассигнованіе не измѣнялось. Между тѣмъ уже въ 1899 году полная негодность зданія была удостовѣрена весьма краснорѣчивымъ образомъ въ оффиціальномъ протоколѣ. Въ томъ же году Николаевскъ посѣтилъ начальникъ края, генералъ Гродековъ, заявившій, что онъ не встрѣчалъ никогда арестантскаго этапа болѣе грязнаго и разрушеннаго. По его настоянію городъ ассигновалъ около 10.000 рублей, на которые во дворѣ больницы были построены два новыхъ деревянныхъ зданія, одно капитальное изъ бревенъ для помѣщенія конторы, караульни, служительской, прачечной и кухни, другое изъ плахъ для лѣтняго переселенія туда больныхъ съ цѣлью провѣтриванія зимняго помѣщенія, которое само по себѣ осталось въ прежнемъ видѣ, ибо ремонтъ его былъ признанъ уже невозможнымъ.

Занявъ въ 1901 году послѣ трагически погибшаго отъ случайной заразы при производствѣ операціи врача Рунова должность городового врача, связанную съ завѣдываніемъ гражданской больницей, я нашелъ страшно запущенное, полуразвалившееся зданіе, въ пяти комнатахъ котораго и помѣщалась больница, операціонная, она же и перевязочная, проходная въ сифилитическую палату, затѣмъ въ остальныхъ вперемежку всевозможные больные обоего пола, въ томъ числѣ оказалось: одинъ душевно-больной сидѣлъ 17 лѣтъ, одна парализованная 14 лѣтъ.

Штатъ больницы, при томъ же ассигнованіи, возросъ уже до тридцати коекъ, успѣхи медицины за это время совершенно переформировали больничное дѣло—положеніе становилось нетерпимымъ. При каждомъ пріѣздѣ высшихъ администраторовъ края вопросъ выходилъ на сцену. Богатому городскому самоуправленію указывалось, что оно не имѣетъ своей больницы, а пользуется услугами казенной больницы, совершенно не обязанной работать для города, что благополучіе города создается рыбными промыслами, рабочіе которыхъ, хотя и пришлые, имѣютъ однако право на больничную помощь города, обогащающагося ихъ трудами и т. д. Городъ какъ будто начиналъ шевелиться, назначались комиссіи съ участіемъ врачей, вырабатывался планъ зданія, выбиралось мѣсто для него, составлялись постановленія о введеніи больничнаго налога, но какъ только нужно было ассигновать деньги, вопросъ мѣнялся: большинство гласныхъ, составляющихъ некультурную, сѣрую массу, разсуждали: „Намъ-де въ этой больницѣ не лежать“, выдвигалось городовое положеніе, гласящее, что „устройство больницъ есть не обязанность, но право города“. Дѣло просто проваливалось, или казнѣ предъявляли непріемлемыя требованія: единовременное пособіе или безпроцентная долголѣтняя ссуда въ 100 даже въ 200,000, плюсъ ежегодное пособіе въ 30—35,000 рублей.

Между тѣмъ, съ каждымъ годомъ обстановка ухудшалась: съ одной стороны, городъ росъ, росли требованія къ больницѣ, куда обращались со всего уѣзда, изъ пріисковаго раіона, а зданіе продолжало разрушаться, инвентарь портиться, недостатокъ содержанія позволялъ имѣть штатъ служащихъ только изъ отбросовъ и т. д. Дошло наконецъ до того, что производя однажды операцію камнесѣченія, я вмѣстѣ съ прогнившимъ поломъ операціонной провалился въ подполье. Какъ разъ въ то время пріѣхалъ въ Николаевскъ новый губернаторъ обла-

сти, генералъ Колюбакинъ, кстати перемѣнился составъ городской думы на нѣсколько болѣе благожелательный; губернаторъ изъ какихъ-то остатковъ ассигновалъ 1000 рублей, городское управленіе дало столько-же, благотворительный спектакль далъ свыше 1200 рублей—и въ качествѣ временной мѣры удалось кое-что сдѣлать: полуразвалившееся зданіе больницы было освобождено отъ больныхъ и отдано подъ квартиры служащихъ и больничныя службы; зданія, построенныя въ 1899 году городомъ, передѣланы и приспособлены для помѣщенія больныхъ, было выписано бѣлье, заведенъ кое-какой инвентарь, въ распоряженіе больницы были отданы холерные бараки города, служившіе заразнымъ отдѣленіемъ и отдѣленіемъ для хрониковъ. Явилась возможность работать въ ожиданіи постройки городской больницы. Пока во главѣ самоуправленія стоялъ высоко-гуманный, энергичный городской голова Г. Н. Курбатовъ, къ нуждамъ Гражданской Больницы городъ относился предупредительно: фельдшерамъ и смотрителю прибавлено по 30 рублей въ мѣсяцъ изъ городскихъ суммъ, за счетъ города увеличено число служителей, единовременное пособіе въ 3000 рублей дало возможность обзавестись бѣльемъ и кое-какой современной хирургической обстановкой; наконецъ, отчасти при помощи города, отчасти благодаря частной помощи, удалось устроить въ больницѣ родильное отдѣленіе. Въ виду расширенія больницы до 45—50 коекъ лѣтомъ, городъ началъ ежегодно оказывать правильное пособіе больницѣ, въ размѣрахъ, постоянно возраставшихъ отъ 3000 до 12,000 въ годъ. Вопросъ же о постройкѣ новой Городской больницы затормозился отчасти благодаря наступившей войнѣ и послѣдовавшимъ неблагопріятнымъ обстоятельствамъ, отчасти благодаря замедленію въ разсматриваніи министерствомъ внутреннихъ дѣлъ ходатайства о полной передачѣ Гражданской Больницы въ вѣдѣніе города. Къ несчастью, въ 1909 году Г. Н. Курбатовъ скончался, и въ отношеніяхъ города къ больничному вопросу опять наступила рѣзкая перемѣна, въ особенности, когда, въ силу разныхъ обстоятельствъ, изъ состава городской думы вышли всѣ сколько нибудь интеллигентные гласные. Правда, областная администрація не позволила городу совсѣмъ прекратить оказываемое имъ Гражданской Больницѣ пособіе, но и это пособіе, благодаря все растущимъ требованіямъ, оказывалось уже недостаточнымъ; смѣты, составленныя завѣдывающимъ врачемъ и больничнымъ совѣтомъ, сокращались Городской Управой самостоятельно, сумма пособія уменьшалась

искусственно введеніемъ въ нее расходовъ на чисто городскія нужды: городской фельдшеръ, городская акушерка и т. д., до истребленія бродячихъ собакъ включительно. Авторитетъ врача въ больничномъ совѣтѣ, состоящемъ, при предсѣдательствующемъ полиціймейстерѣ, изъ Городского Головы, Городового и Уѣзднаго врача, зачастую отсутствующемъ, свелся почти къ нулю. За необходимостью все-же таки обращаться съ ходатайствами по поводу разныхъ нуждъ, по поводу ежегодныхъ недохватокъ на содержаніе больницы, приведшихъ лишь къ тяжелымъ сценамъ, гдѣ во имя страждущихъ, во имя врачебнаго долга, приходилось идти на завѣдомое издѣвательство надъ достоинствомъ врача, надъ нуждами ввѣренныхъ ему больныхъ. Совершенно нетерпимое состояніе больничнаго дѣла заставило меня воспользоваться поѣздкой въ отпускъ въ 1911 году для ознакомленія во Владивостокѣ черезъ Врачебнаго Инспектора, Военнаго Губернатора, а въ Хабаровскѣ лично Начальника Края съ истиннымъ положеніемъ больницы, гдѣ больные, за отсутствіемъ бѣлья, лежатъ прямо на несмѣняемыхъ матрацахъ, а то просто на доскахъ, гдѣ на всю больницу *одна* ванна, *одно* подкладное судно, гдѣ нехватаетъ самыхъ необходимыхъ лѣкарствъ, гдѣ всякая мысль о какомъ либо лѣченіи, о проведеніи антисептики или асептики можетъ только привести въ недоумѣніе всякаго безпристрастнаго наблюдателя.

Нарисованная мною властямъ картина оказалась настолько мало сгущенной, что командированный въ городъ Николаевскъ тогдашній Вице-Губернаторъ области, нынѣ Камчатскій Губернаторъ Дѣйствительный Статскій Совѣтникъ Мономаховъ, нѣсколько знакомый съ земскими больницами, могъ только заявить публично въ засѣданіи Городской Думы, что онъ считаетъ издѣвательствомъ надъ врачемъ и надъ больными отношеніе города къ интересамъ общественнаго здравія въ наиболѣе существенной его формѣ—больничной помощи.

Городская больница. Несмотря на это, несмотря на давленіе лично посѣтившаго Николаевскъ Начальника Края, только въ февралѣ 1913 года городъ приступилъ второпяхъ къ постройкѣ небольшого деревяннаго зданія около 80-ти квадратовъ, которое вмѣстѣ съ существовавшими уже постройками холерныхъ бараковъ, не безъ цѣлей рекламы, окрещены громкимъ именемъ «Романовской Городской Больницы въ память 300-лѣтія». Зданіе вмѣстѣ съ приспособленіемъ старыхъ обошлось около 12,000. Планъ былъ выработанъ

городскимъ техникомъ, получившимъ низшее образованіе, никакому врачебному обсужденію не подвергался, никуда на разсмотрѣніе, вопреки закону, не представлялся. Посѣтившій нынѣшнее лѣто городъ Николаевскъ Врачебный Инспекторъ имѣлъ возможность, хотя зданіе еще было вчернѣ, лично убѣдиться, насколько мало зданіе это соотвѣтствуетъ законнымъ требованіямъ приличнаго больничнаго учрежденія. Сопровождавшій Управляющаго областью Областной Инженеръ съ своей стороны долженъ былъ дать подобный же отзывъ и, если все-же таки послѣдовало разрѣшеніе на открытіе больницы, то только въ виду неотложной, кричащей необходимости въ какой нибудь больницѣ и то съ обязательствомъ считать эту больницу временной и немедленно приступить къ разработкѣ плана настоящей Городской Больницы. Наборъ случайныхъ зданій, представляющій ту мышь, которой разрѣшилась гора почти 15-ти лѣтнихъ усилій врачей, настояній администрацій и обѣщаній города, представляетъ собою амбулаторію и отдѣленія: терапевтическое, хирургическое и родильное; подъ заразное отдѣленіе отведены 3 небольшихъ комнаты; отдѣленіе сифилитическое для хрониковъ, для душевно-больныхъ, для арестантовъ не предусмотрѣно, несмотря на крайнюю необходимость всего этого, въ виду отрѣзанности города и неимѣнія другихъ лѣчебныхъ учрежденій.

Постройка обыкновенная, бревенчатая, въ стѣнахъ замазаны только пазы и все выкрашено краской безъ штукатурки; какихъ либо водопроводовъ, канализацій и проч. не имѣется; нижніе полы простые, не бетонные; клозеты примитивнаго типа въ коридорахъ; масса мертвыхъ угловъ, ухудшающихъ и безъ того примитивную вентиляцію. Кромѣ того, больница помѣщена далеко за городомъ, что при господствующихъ въ Николаевскѣ зимнихъ пургахъ весьма затруднитъ посѣщеніе амбулаторіи и особенно родильнаго.

Больница помѣщена выше города, на берегу рѣки Амура и со скатомъ къ нему. Цѣна за лѣченіе назначена въ 2.25 к. въ общихъ и въ 3 рубля въ сутки въ родильномъ, въ общихъ палатахъ; такая цѣна дѣлаетъ, разумѣется, больницу совершенно недоступной для подавляющаго большинства городского населенія.

Для завѣдыванія приглашенъ изъ города Одессы бывшій ординаторъ хирургической клиники А. И. Соколовъ, должность второго врача исполняетъ бывшій „врачъ для бѣдныхъ“ Ф. Ф. Астаховъ. Первому положенъ окладъ въ 3600 руб.,

второму въ 2400 руб., квартиръ и разъѣздныхъ не полагается, практика частная разрѣшается. Низшій персоналъ состоитъ изъ 4-хъ фельдшеровъ или фельдшерицъ да 3-хъ акушерокъ. Сидѣлокъ и сестеръ, вообще персонала, на которомъ лежалъ бы уходъ за больными, не имѣется. Дежурство въ больницѣ фельдшерское. Система питанія порціонная. На содержаніе больницы ассигновано по 35,000 ежегодно, на обзаведеніе 10.000 единовременно.

Въ ходатайствѣ объ установленіи больничнаго налога городу М. В. Д. отказано въ виду того, что городъ и такъ пользуется огромными доходными оброчными статьями.

Все откладывавшееся открытіе городской больницы должно было состояться не позже 20-го августа с/г.

Съ открытіемъ этой больницы, роль Николаевской Гражданской больницы, какъ единственнаго энциклопедическаго лѣчебнаго заведенія въ огромномъ раіонѣ, кончается; предположено ее, сокративъ штаты, переформировать въ сельскую лѣчебницу на 12—15 коекъ. Въ послѣдніе годы Гражданская больница пользовала до 600 больныхъ въ годъ при 16,000 больничныхъ дней; амбулаторія давала 6500 посѣщеній; большихъ операцій подъ хлороформомъ дѣлалось около сотни въ годъ; въ родильномъ около 400 родовъ. Бюджетъ съ городскимъ пособіемъ доходилъ до 26,000; на больницѣ остались неуплаченные долги, на ликвидацію коихъ пока никакихъ источниковъ не предвидится.

Японскій пріемный покой. Помимо Гражданской больницы въ городѣ имѣется еще одно частное лѣчебное учрежденіе: японскій пріемный покой для проститутокъ, на 6 коекъ.

Покой этотъ содержится на средства содержательницъ домовъ терпимости и находился до настоящаго времени въ прямомъ завѣдываніи городового врача, нынѣ поступилъ въ вѣдѣніе Врачебно-Полицейскаго Комитета.

Покой довольно благоустроенный, содержаніе его обходилось около 6000 руб., при 3000 приблизительно больничныхъ дней.

Лепрозорія. Третье лѣчебное заведеніе—это лежащее въ 4-хъ верстахъ ниже города—Николаевская лепрозорія, въ которой въ настоящее время свыше 30 больныхъ, при отпускѣ изъ земскихъ суммъ 5600 руб. въ годъ.

Колонія прокаженныхъ управляется особымъ комитетомъ подъ предсѣдательствомъ Уѣзднаго Начальника, который является

и попечителемъ колоніи. Завѣдуетъ колоніей въ настоящее время уѣздный врачъ, на мѣстѣ живетъ сестра Хабаровской Общины Васюкевичъ и фельдшеръ.

Самоотверженная дѣятельность обоихъ, въ крайне тяжелыхъ условіяхъ, выше всякихъ похвалъ.

Пріемный покой Всероссійской лиги борьбы съ туберкулезомъ. Наконецъ въ 1912 году въ городѣ Николаевскѣ Отдѣленіе Всероссійской лиги борьбы съ туберкулезомъ открыло небольшой пріемный покой (2 кровати) и амбулаторію.

Насколько извѣстно, средства имѣются въ отдѣленіи въ достаточномъ количествѣ, благодаря отзывчивости жителей, но почему то въ самомъ началѣ среди врачей возникли недоразумѣнія, кончившіяся выходомъ шести изъ нихъ; все дѣло осталось на попеченіи одного только старшаго врача 40-го Стрѣлковаго полка Бенцелевича и повидимому идетъ довольно тихо.

Крѣпостной госпиталь. Лѣчебныя заведенія г. Николаевска, какъ и вездѣ, дополняются военными; въ Николаевскѣ имѣется крѣпостной временный госпиталь при одномъ главномъ врачѣ, двухъ старшихъ и трехъ—четырехъ младшихъ ординаторахъ. Такова больничная помощь населенію города и его раіона.

Санитарный врачъ. Какихъ либо другихъ Санитарныхъ организацій городъ не имѣетъ.

Въ 1911 году было приглашено 2 городскихъ врача на постоянную службу: санитарный врачъ и врачъ для бѣдныхъ. Какой либо программы дѣятельности для этихъ врачей выработано не было; попытка ихъ создать обстановку, позволяющую имъ работать, городомъ была отклонена,—ни городской амбулаторіи, ни лабораторіи имъ не удалось добиться. Врачъ для бѣдныхъ остался безъ опредѣленныхъ функцій на городскомъ жалованіи (2400 руб.) въ ожиданіи открытія городской больницы, ординаторомъ которой онъ въ настоящее время назначенъ.

Санитарный врачъ долженъ былъ черезъ три мѣсяца оставить городскую службу, причемъ обратные прогоны онъ получилъ только подъ обязательство отказаться отъ обвиненія въ оскорбленіи его, которое онъ вынужденъ былъ возбудить противъ городского головы...

Должность санитарнаго врача городъ нашелъ наиболѣе для себя удобнымъ препоручить одному городскому фельдше-

ру, дѣятельность котораго является разумѣется сплошнымъ абсурдомъ и насмѣшкой надъ тѣмъ, что современная наука разумѣетъ подъ именемъ городской санитаріи. Впрочемъ, въ послѣднее время нашли нужнымъ упразднить и его.

Отсутствіе карантина. Несмотря на то, что Николаевскъ считается портомъ и имѣетъ сношеніе прямо съ заграницей, какихъ либо карантинныхъ учрежденій не имѣется. Обязанности карантиннаго врача несетъ Городовой врачъ; не лишнее сказать, что въ его распоряженіи не имѣется ровно ничего, даже никакихъ средствъ передвиженія на отстоящій на 4 версты рейдъ.

Отсутствіе санитарнаго надзора за рыбными промыслами. Отсутствуетъ и санитарный надзоръ за рыбными промыслами, употребляющими нѣсколько тысячъ рабочихъ и изготовляющими милліоны пудовъ пищевого продукта.

Главныя задачи.

Изъ всего этого слишкомъ бѣглаго очерка легко сдѣлать выводы о нуждахъ врачебно-санитарнаго дѣла г. Николаевска. Главныя задачи въ общихъ чертахъ рисуются въ слѣдующемъ видѣ:

а) Борьба съ алкоголизмомъ и порождаемыми имъ болѣзнями;

б) изученіе и борьба съ лепрой, тщательная регистрація больныхъ, выясненіе причинъ и условій распространенія болѣзни въ краѣ; упорядоченіе лепрозоріи, введеніе въ ней постоянныхъ штатовъ; постановка во главѣ дѣла отдѣльнаго врача;

в) усиленное развитіе сельской медицины, для чего необходима помощь переселенческой организаціи, неимѣющей своихъ лѣчебницъ; открытіе новыхъ лѣчебницъ, усиленная пропаганда здоровыхъ понятій среди инородцевъ и прежде всего всяческое усиленіе оспопрививанія среди нихъ;

г) помимо сельскихъ лѣчебницъ въ деревняхъ, особенность городской больничной обстановки требуетъ устройства въ городѣ Николаевскѣ вмѣсто бывшей Гражданской, Уѣздной сельской больницы;

д) необходимо учредить санитарный надзоръ за промыслами;

е) необходимы карантинныя учрежденія въ Николаевскомъ порту;

ж) крайне необходимо улучшеніе положенія врачей, какъ матеріальнаго въ виду скудости получаемаго ими содержанія при мѣстной дороговизнѣ, такъ и моральнаго путемъ командированія ихъ на съѣзды, путемъ дачи имъ командировокъ для научнаго усовершенствованія, путемъ освобожденія лѣчебныхъ заведеній отъ обязательнаго предсѣдательствованія въ нихъ чиновъ полиціи.

Роль окраинныхъ съѣздовъ. Окраинные съѣзды должны быть періодичны: они являются единственнымъ средствомъ, спасающимъ окраинныхъ врачей отъ моральнаго одиночества въ ихъ тяжелой работѣ проводниковъ наиболѣе важнаго для населенія вида культуры, единственнымъ средствомъ товарищескаго обмѣна мыслей, могучей поддержкой въ борьбѣ за свѣтъ съ темными силами и тяжелыми условіями медвѣжьихъ угловъ окраины.

Наиболѣе важно, наиболѣе необходимо привлеченіе къ этимъ съѣздамъ врачей сѣверныхъ округовъ, наиболѣе обиженныхъ судьбой, наиболѣе нуждающихся въ товарищескомъ ободреніи, въ сознаніи, что за ними стоитъ цѣлое объединенное сословіе людей, работающихъ во имя высокихъ идеаловъ, во имя народнаго блага.

Вмѣстѣ съ ростомъ культуры, заселеніемъ края, условія мѣняются, работа становится легче, но какихъ подвиговъ, какого постояннаго геройства требуетъ работа передовыхъ работниковъ въ заброшенныхъ, оторванныхъ трущобахъ необъятной окраины, среди дикой природы и дикихъ людей.

Для Хабаровска героическое время давно кончилось, кончается оно и для Николаевскихъ врачей, но тѣмъ болѣе мы не должны забывать тѣхъ, для которыхъ еще борьба такъ трудна, требуется еще такъ много силъ и имѣется такъ мало поддержки.

Безъ сомнѣнія, Николаевскъ никогда нельзя было сравнить съ Гижигой или Анадыремъ, но все же таки даже этотъ бѣглый очеркъ исторіи 12 лѣтъ Гражданской больницы дастъ понятіе о томъ, что требовалось прежде отъ врача окраины и требуется еще во многихъ мѣстахъ.

Могу-ли позабыть, что одновременно приходилось нести судебно-полицейскія и санитарныя функціи городового врача, завѣдывать и быть единственнымъ врачемъ больницы на тридцать кроватей, пріемнаго покоя, врачемъ лепрозоріи, тюрьмы, богадѣльни, дѣтскаго пріюта, всѣхъ учебныхъ заведеній, ѣздить

на всѣ приходящія суда въ качествѣ карантиннаго врача, быть членомъ всевозможныхъ комиссій, да еще въ теченіе пяти лѣтъ нести обязанности ветеринарнаго врача, толкать подъ хвостъ термометры тысячамъ быковъ, присутствовать на бойнѣ и т. д.

А общественная дѣятельность, отъ которой чувствуешь себя не въ правѣ отказаться въ качествѣ представителя малочисленнаго слоя?

Какую поддержку могло бы дать въ такихъ обстоятельствахъ ежегодное товарищеское общеніе, сознаніе солидарности!

Ради тѣхъ, которые еще работаютъ въ условіяхъ, для насъ уже прошедшихъ, вѣрю, что настоящій съѣздъ есть только первый изъ послѣдующихъ.

Высокоталантливые товарищи наши: Чеховъ, Вересаевъ и другіе возвели въ перлъ сознанія высоко-гуманный, оставившій неизгладимый слѣдъ въ Русской жизни образъ земскаго врача. На нашей обязанности ни одной минуты не забывать о томъ, каковъ окраинный врачъ, каковы условія его жизни и работы, на нашей обязанности нести ему товарищескую поддержку, сознаніе, что онъ не одинъ, а за нимъ все врачебное сословіе.

Августъ 1913 года.

Николаевскій Городовой
Врачъ *Каценеленбогенъ.*

№ 6.

А. И. Эбергардтъ и С. И. Бѣлохвостовъ.

Вода центральной части города Хабаровска.

(Въ лѣтнее время).

Изъ лабораторіи Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.

Снабженіе населенной мѣстности здоровой питьевой водой составляетъ главнѣйшія требованія современной санитаріи. Западно-Европейскія государства уже давно пользуются опредѣленными законодательными положеніями относительно водоснабженія и охраны воды, у насъ соотвѣтствующіе законы зарождаются лишь въ настоящее время. Несмотря на это, вопросъ о правильномъ водоснабженіи составляетъ также давно и у насъ предметъ заботъ общественныхъ учрежденій и городскихъ самоуправленій, такъ какъ не прекращающіяся эпидемическія заболѣванія ежегодно подчеркиваютъ необходимость рѣшительныхъ санитарныхъ мѣропріятій въ этомъ смыслѣ.

Houston полагаетъ, что въ Америкѣ около 40% всѣхъ случаевъ тифа происходятъ отъ воды. При существующихъ у насъ несовершенныхъ способахъ водоснабженія у большинства городовъ цифра эта должна быть гораздо больше. Жестокія эпидеміи брюшного тифа и желудочно-кишечныхъ заболѣваній въ г. Хабаровскѣ, какъ показываетъ опытъ, также тѣсно связаны съ качествами питьевой воды, доставляемой жителямъ мѣстными источниками водоснабженія.

Предметомъ настоящаго доклада является лишь вода центральной части Хабаровска, которой основнымъ типомъ водоснабженія является центральное—на Амурѣ, при впаденіи рѣки Уссури. Вспомогательнымъ является способъ разноски изъ центральныхъ водоразборныхъ будокъ; менѣе распространено пользованіе колодезной водой.

Центральное водоснабженіе существуетъ въ Хабаровскѣ

лишь 3—4 года; среднее годовое качество водопроводной воды за это время выражается въ цифрахъ, представленныхъ въ таблицѣ. См. таблицу: Годовыя среднія водопроводной воды 1910—1912 г.г.

Годовыя среднія водопроводной воды 1910—1912 г.г.

№ 1.	1910 г. Изъ нагнетательныхъ трубъ.	1910 г. Изъ цистернъ.	1911 г. Изъ крана лабораторіи.	1912 г. Изъ крана лабораторіи.
Прозрачность.	26 сант.	34 сант.	21 сант.	33 сант.
Цвѣтъ.	СЛАБО-ЖЕЛТОВАТЫЙ.			
Запахъ.	БЕЗЪ ЗАПАХА.			
Реакція.	НЕЙТРАЛЬНАЯ СЪ ЩЕЛОЧНЫМЪ ОТТѢНКОМЪ.			
Количество бактерій въ 1 кубич. сантиметрѣ.	212	155	101	1543
Плотный остатокъ.	65,32	85,05	71,17	87,95
Окисляемость по въ миллигр. кислорода.	7,79	8,12	9,79	12,89
Жесткость — общая по Винклеру въ нѣмецкихъ градусахъ.	2,13	2.24	2,37	3,49
Хлоръ.	Нѣтъ	Нѣтъ	Нѣтъ	2,34
Сѣрная кислота.	Нѣтъ	Нѣтъ	Нѣтъ	Нѣтъ
Азотная кислота.	Нѣтъ	Нѣтъ	Нѣтъ	Нѣтъ
Азотистая кислота.	Нѣтъ	Нѣтъ	Нѣтъ	Нѣтъ
Аммiакъ.	Слѣды	Слѣды	0,1	0,2

Вода на основаніи этихъ данныхъ отличается удовлетворительными физическими свойствами, за исключеніемъ нѣсколько желтоватой окраски, которая зависитъ главнымъ образомъ отъ богатства желѣзистыми соединеніями. Содержаніе бактерій и количественное содержаніе плотныхъ веществъ не превышаетъ также обычныхъ нормъ доброкачественныхъ питьевыхъ водъ. Велика лишь цифра окисляемости, выраженная въ миллиграммахъ кислорода на литръ; она свидѣтельствуетъ о значительномъ содержаніи въ водѣ органическихъ веществъ. Съ возрастаніемъ народонаселенія увеличивается съ каждымъ годомъ и загрязненіе органическими веществами. За три года цифра окисляемости съ семи съ дробью выросла почти до тринадцати и въ настоящее время превышаетъ уже значительную допустимую для питьевой воды норму окисляемости, въ два—пять миллиграмма кислорода на литръ воды.

Если сравнивать за разбираемый промежутокъ времени содержаніе въ водѣ бактерій и цифру окисляемости по четвертямъ года, то, какъ явствуетъ изъ таблицы—загрязненіе органическими веществами водопроводной воды является наибольшимъ въ лѣтніе мѣсяцы и притомъ преимущественно въ іюнѣ—іюлѣ.

Смотр. таблицу № 2: Сравнительная таблица загрязненія воды органическими веществами и микроорганизмами по четвертямъ года.

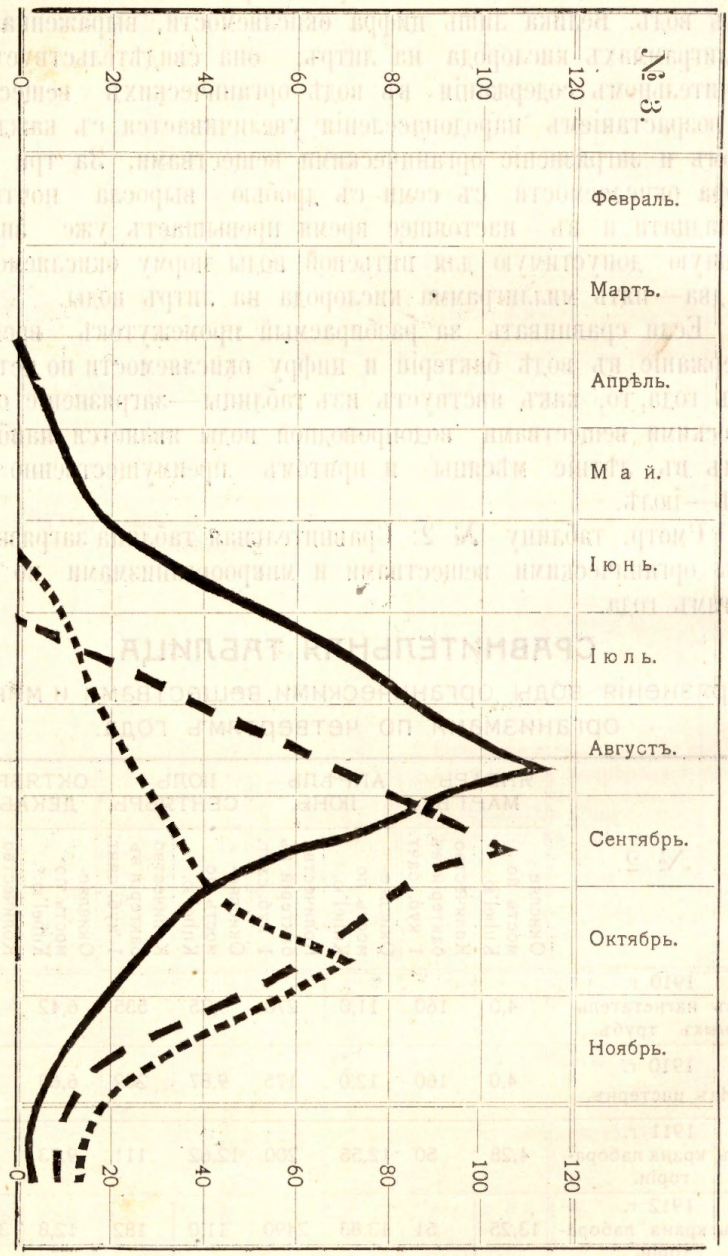
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА

загрязненія воды органическими веществами и микроорганизмами по четвертямъ года.

№ 2.	ЯНВАРЬ—МАРТЪ.		АПРѢЛЬ—ІЮНЬ.		ІЮЛЬ—СЕНТЯБРЬ.		ОКТЯБРЬ—ДЕКАБРЬ.	
	Окисляемость по Kubel'ю.	Количество бактерій въ 1 куб. сантм.	Окисляемость по Kubel'ю.	Количество бактерій въ 1 куб. сант.	Окисляемость по Kubel'ю.	Количество бактерій въ 1 куб. сант.	Окисляемость по Kubel'ю.	Количество бактерій въ 1 куб. сант.
1910 г. Изъ нагнетательныхъ трубъ.	4,0	160	11,0	270	9,75	535	6,42	58
1910 г. Изъ цистернъ.	4,0	160	12,0	175	9,87	202	6,63	85
1911 г. Изъ крана лабораторіи.	4,28	50	12,55	200	12,62	111	9,73	302
1912 г. Изъ крана лабораторіи.	13,25	51	13,83	2490	11,0	182	12,8	3450

При сравненіи же съ этими числами кривыхъ тифозныхъ заболѣваній за 1910—1912 г.г. оказывается, что съ періодомъ наибольшаго загрязненія воды является и начало тифозныхъ заболѣваній.

Смотр. таблицу № 3.



Кривая тифозныхъ заболѣваній 1910—1912 г.г.

Случайное бактеріологическое нахожденіе въ водѣ холерныхъ вибріоновъ въ 1910 г. и тифозной палочки въ 1912 г. также совпадаетъ съ періодомъ наибольшаго загрязненія городского водопровода органическими веществами. Всѣ эти факты свидѣтельствуютъ о томъ, что вода, доставляемая центральнымъ водоснабженіемъ, хотя и обладаетъ удовлетворительными физическими свойствами и имѣетъ вполнѣ удовлетворительный химическій составъ, однако, далеко еще не является водою безвредною для потребленія, въ силу своего отмѣченнаго загрязненія.

Ближайшей цѣлью настоящаго доклада является изложеніе данныхъ, полученныхъ при сравнительномъ изслѣдованіи воды центральныхъ источниковъ водоснабженія города Хабаровска лѣтомъ сего года, слѣдовательно въ періодъ обычно наблюдавшагося загрязненія водопроводной воды органическими веществами.

Для изслѣдованія всего взята двадцать одна проба воды, на протяженіи двухъ недѣль въ концѣ іюля мѣсяца.

Состояніе погоды, барометрическое давленіе и температура воздуха въ это время не имѣли рѣзкихъ колебаній, такъ что вліяніе ихъ на физическій и бактеріологическій составъ воды можетъ быть совершенно отвергнуто.

Пробы взяты изъ слѣдующихъ мѣстъ: изъ рѣки Амура, изъ городского водопровода, изъ частныхъ водопроводовъ и изъ колодцевъ, расположенныхъ по рѣчкамъ Плюснинкѣ и Чердымовкѣ.

Изъ рѣки Амура взято семь пробъ воды. Изъ нихъ: одна проба взята изъ крана магистральной трубы, которая проводитъ воду изъ Амура въ бассейны городской водопроводной станціи (труба эта лежитъ на разстояніи пятнадцати саженъ отъ берега и на глубинѣ четырехъ саженъ подъ уровнемъ воды въ Амурѣ). Двѣ слѣдующія пробы взяты на высотѣ городской водопроводной станціи, въ разстояніи 1,5 сажени отъ берега, причемъ: одна поверхностно, другая на глубинѣ двухъ аршинъ; четвертая проба взята тотчасъ же послѣ впаденія рѣчки Плюснинки въ Амуръ, на разстояніи полутора саженъ отъ берега, поверхностно; пятая проба тотчасъ-же послѣ впаденія рѣчки Чердымовки въ Амуръ, на разстояніи полутора саженъ отъ берега, поверхностно; шестая и седьмая пробы— ниже городской больницы, на разстояніи трехъ саженъ отъ берега, причемъ: одна—поверхностно, другая—на глубинѣ двухъ аршинъ.

Изъ городского водопровода взято пять пробъ воды: три изъ водопроводной станціи соотвѣтственно тремъ бассейнамъ, имѣющимся на станціи: одинъ бассейнъ, куда вода попадаетъ прямо изъ Амурской магистрали, другой, гдѣ вода отстаивается, и третій бассейнъ, предназначенный для городскихъ нуждъ; четвертая взята изъ водоразборной будки № 14 по рѣчкѣ Плюснинкѣ и пятая—изъ крана лабораторіи Хабаровскаго Мѣстнаго Лазарета.

Четыре пробы взяты изъ частныхъ водопроводовъ: три изъ водокачки кадетскаго корпуса и одна изъ водокачки для желѣзнодорожной станціи.

Изъ колодцевъ взято пять пробъ воды: по рѣчкѣ Чердымовкѣ три пробы и по Плюснинкѣ—двѣ.

Изслѣдуемая вода помѣщалась въ бутылки изъ прозрачнаго стекла, емкостью въ четыре—пять литровъ; бутыли съ притертыми пробками—наканунѣ взятія пробъ воды тщательно очищались, вымывались дестиллированной водой, затѣмъ подвергались стерилизаціи, послѣ чего закрывались пробками, и горлышко вмѣстѣ съ пробками закрывалось восчаной бумагой, которая снималась только передъ взятіемъ воды.

Всѣ пробы брались докторомъ Бѣлохвостовымъ.

Температура изслѣдуемой воды опредѣлялась по Цельсію здѣсь же на мѣстѣ у каждаго водоема. Посѣвъ на желатину для счета колоній и опредѣленія кишечной палочки броженьемъ виноградного сахара по Eijkmann'у производились немедленно по доставкѣ воды въ лабораторію, то есть никакъ не позже двухъ часовъ послѣ взятія воды изъ источника. Опредѣленіе органическихъ и содержащихъ азотъ составныхъ частей воды, а также опредѣленіе физическихъ свойствъ воды и проба на гніеніе производились въ теченіе первыхъ же сутокъ.

Въ промежуткахъ между изслѣдованіями и на все время внѣ изслѣдованія вода помѣщалась на ледъ.

Результаты всѣхъ примѣненныхъ методовъ изслѣдованій представлены въ таблицѣ цифровыхъ данныхъ.

Въ первой графѣ изображены допустимыя нормы для доброкачественной питьевой воды. Слѣдующіе семь (7) горизонтальныхъ рядовъ таблицы изображаютъ данныя изслѣдованія воды непосредственно изъ рѣки Амура, слѣдующіе пять рядовъ характеризуютъ воду городского водопровода, ряды №№ 13—16 представляютъ данныя, полученныя при изслѣдованіи воды изъ частныхъ водопроводовъ, послѣдніе пять рядовъ знакомятъ съ качествами колодезной воды изъ колодцевъ центральной части города.

При сравненіи результатовъ, полученныхъ при изслѣдованіи различныхъ пробъ воды изъ рѣки Амура, выясняется степень загрязненія рѣчной воды въ раіонѣ расположенія города. Поверхностная прибрежная вода на высотѣ впаденія въ Амуръ рѣки Уссури, соотвѣтственно мѣстонахожденію водопроводной станціи, обнаруживаетъ уже загрязненіе органическими веществами. Содержаніе бактерій, въ частности кишечной палочки, цифра окисляемости и потеря при прокаливаніи плотнаго остатка превышаетъ соотвѣтствующую цифру глубокой воды изъ середины рѣки.

Значительнымъ же является загрязненіе Амура на уровнѣ впаденія въ него рѣчекъ Чердымовки и Плюснинки. Содержаніе бактерій возрастаетъ здѣсь съ цифры 280 до 8504 на уровнѣ Плюснинки и до 63,648 на уровнѣ Чердымовки. Цифра содержанія амміака увеличивается съ 0,1 мм. до 1,0 и 1,4 мм.; появляются сразу въ большомъ количествѣ, отсутствовавшія прежде, азотистая кислота и слѣды сѣрной кислоты; проба на гніеніе оказывается положительной.

Окисляемость воды доходитъ до 15,5 мм. кислорода на литръ воды; потеря при прокаливаніи возрастаетъ отъ 33% до 83%. Пропорціонально этимъ цифрамъ измѣняются физическія свойства и химическій составъ воды. Прозрачность падаетъ съ 23 сантиметровъ до 3,5, хлоръ поднимается съ 3,55 мм. до 17,75 мм.

Ниже впаденія рѣчки Чердымовки прибрежная вода Амура загрязняется уже въ значительно меньшей степени, какъ видно изъ данныхъ изслѣдованія поверхностной и глубокой воды, на уровнѣ расположенія городской больницы.

Дѣлая общій обзоръ всѣхъ изслѣдованныхъ пробъ воды изъ рѣки Амура, приходится заключить, что загрязненіе прибрежной воды въ центрѣ расположенія города происходитъ не на счетъ берегового населенія и другихъ источниковъ, а исключительно на счетъ рѣчекъ Чердымовки и Плюснинки.

Переходя къ результатамъ изслѣдованія воды городского водопровода, приходится отмѣтить, что загрязненіе прибрежной воды мало отражается на качествахъ воды водопроводной, въ виду глубокаго расположенія рѣчной магистрали, черпающей воду на разстояніи пятнадцати саженъ отъ берега. Притекающая изъ магистрали въ водопроводную станцію вода имѣетъ свойства удовлетворительной питьевой воды, на основаніи данныхъ физическаго и химическаго методовъ изслѣдованія, за исключеніемъ небольшой желтоватой окраски, зависящей отъ солей желѣза по преимуществу. Присутствіе кишечной палочки въ большомъ количествѣ и высокая цифра окисляемости свидѣтельствуютъ однако о томъ, что и на глубокую воду распространяется, хотя и въ меньшей степени, загрязненіе органическими веществами, обнаруженное въ прибрежной водѣ.

Примѣняемый на водопроводной станціи методъ осажденія воды въ бассейнахъ отражается на качествахъ воды слѣдующимъ образомъ: прозрачность воды возрастаетъ съ двадцати трехъ сантиметровъ до тридцати пяти на счетъ осажденія взвѣшенныхъ веществъ какъ минеральныхъ, такъ и органическихъ, увлекающихся первыми. Изъ минеральныхъ веществъ бросается въ глаза уменьшеніе окисей желѣза и аллюминія на 50%. Въ меньшей степени измѣняется количественное содержаніе органическихъ веществъ, на основаніи цифры окисляемости и потери при прокаливаніи сухого остатка; еще въ меньшей степени отражается система осажденія на количественномъ содержаніи въ водѣ бактерій и главнаго показателя загрязненія воды—кишечной палочки.

Почти такихъ-же качествъ вода поступаетъ и въ городскую водопроводную сѣть.

При знакомствѣ съ данными изслѣдованія воды частныхъ водопроводныхъ станцій приходится отмѣтить пониженіе числа окисляемости и на ряду съ этимъ меньшее бактеріальное загрязненіе вообще, и въ частности кишечной палочкой воды водопровода Кадетскаго корпуса, сравнительно съ тѣми-же данными воды городского водопровода.

Вода, доставляемая изъ Амура водокачкой желѣзнодорожной станціи, какъ не подвергающаяся осажденію и фильтраціи, не отличается по своимъ качествамъ отъ прибрежной воды раіона городской больницы.

Иные результаты получились при изслѣдованіи воды колодезной изъ пяти колодцевъ, расположенныхъ въ центрѣ го-

рода—трехъ по рѣчкѣ Чердымовкѣ и двухъ по рѣчкѣ Плюснинкѣ. Уже при разсмотрѣніи физическихъ свойствъ во всѣхъ пробахъ воды, здѣсь отмѣчается затхлый запахъ, исключая одной пробы. По химическому составу эти воды отличаются большимъ содержаніемъ всѣхъ минеральныхъ веществъ, преимущественно же кальція, магнія и хлора. Въ зависимости отъ большого содержанія этихъ веществъ цифра плотнаго остатка превосходитъ въ нѣкоторыхъ водахъ даже допустимыя нормы; во всѣхъ водахъ по этой-же причинѣ цифра общей жесткости также выше двадцати нѣмецкихъ градусовъ, то есть допустимой нормы для питьевой воды. Содержаніе хлористыхъ соединеній велико; въ четырехъ водахъ найдена сѣрная кислота, содержаніе амміака значительно повышено. Хотя окисляемость этихъ водъ и количественное содержаніе бактерій въ нихъ мало и отличается отъ соотвѣтствующихъ цифръ въ водопроводной водѣ на содержаніе хлористыхъ и сѣрнокислыхъ соединеній, а въ двухъ пробахъ азотной и даже азотистой кислотъ свидѣтельствуетъ о чрезвычайномъ загрязненіи колодезной воды органическими веществами животнаго происхожденія, подтверждаемое наличностью большого количества кишечной палочки, положительной пробой на гніеніе, микроскопическимъ нахожденіемъ хозяйственныхъ отбросовъ, а также водорослей и простѣйшихъ микроорганизмовъ изъ группы, характиризующей наиболѣе загрязненную воду.

При составленіи результатовъ изслѣдованія воды изъ всѣхъ перечисленныхъ источниковъ водоснабженія центральной части города Хабаровска приходится заключить, что въ лѣтнее время всѣ источники водоснабженія обнаруживаютъ значительное загрязненіе органическими веществами; объ этомъ свидѣтельствуетъ общая высокая цифра окисляемости, высокія цифры потери при прокаливаніи плотнаго остатка и наличности во всѣхъ водахъ кишечной палочки, обнаруживающейся уже въ десятыхъ доляхъ кубическаго сантиметра.

По степени загрязненія подвергнутые изслѣдованію источники водоснабженія могутъ быть расположены въ слѣдующемъ порядкѣ: городская водопроводная вода и вода водопровода Кадетскаго корпуса, вода рѣки Амура въ центрѣ города и, наконецъ, колодезная вода.

Необходимо, однако, отмѣтить, что и наименѣе загрязненная изъ всѣхъ водъ вода городского водопровода далеко еще не удовлетворяетъ требованіямъ вполнѣ доброкачественной питьевой воды, такъ какъ отражаетъ въ себѣ прогрессирую-

щее съ каждымъ годомъ загрязненіе рѣчной воды органическими веществами.

Главными источниками загрязненія Амурской воды въ раіонѣ расположенія города являются рѣчки Чердымовка и Плюснинка.

Расположенные въ центрѣ города колодцы являются крайне опасными съ санитарной точки зрѣнія водоемами, которые не только могутъ способствовать распространенію различныхъ эпидемическихъ заболѣваній въ лѣтнее время, но и могутъ служить исходными пунктами этихъ эпидемій.

А. И. Эбергардъ.

С. И. Бѣлохвостовъ.

№ 7.

Докладъ д-ра А. Б. Германа.

Врачебно-санитарная организація на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна.

„Санитарный надзоръ, какъ представитель современныхъ научныхъ данныхъ, претворяетъ послѣднія въ жизненно-полезныя формы, путемъ эмпирическимъ устанавливая цѣлесообразность ихъ въ отношеніи запросовъ данной жизни. Санитарный надзоръ, какъ живое мѣропріятіе, самъ эволюціонируетъ, подчиняясь органическимъ законамъ этого процесса, и воплощаетъ въ большей или меньшей мѣрѣ этотъ же законъ и въ окружающей его средѣ".

Д-ръ Чириковъ.

Въ настоящую навигацію 1913 года на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна создана новая врачебно-санитарная организація, состоящая изъ пяти врачей: одного старшаго и четырехъ участковыхъ съ пятью фельдшерами при нихъ. Три врача вступили въ исполненіе служебныхъ обязанностей съ 1-го іюля, остальные два лишь съ 1-го августа. Отсюда очевидна полнѣйшая невозможность представленія какого либо доклада, основаннаго на изученіи и освѣщеніи тѣхъ или иныхъ вопросовъ водной и судовой гигіены и санитаріи, ибо столь незначительный періодъ времени недостаточенъ даже для бѣглаго, поверхностнаго ознакомленія съ подлежащими вѣдѣнію врачей раіонами водныхъ путей, общими условіями и характеромъ жизни и труда на нихъ.

Однако, появленіе въ краѣ новой организаціи, ставящей основной своей задачей оздоровленіе водныхъ путей бассейна въ смыслѣ улучшенія ихъ санитарныхъ условій, а вмѣстѣ съ тѣмъ и охраненіе народнаго здравія той части населенія, которая территоріально или профессіонально связана съ рѣками или пользуется ими какъ путями сообщенія, не можетъ быть не отмѣчено на настоящемъ съѣздѣ врачей, собравшихся

сюда для разработки вопросовъ народнаго здравоохраненія Приамурскаго края.

Врачебно-санитарная организація на внутреннихъ водныхъ путяхъ, находящихся въ вѣдѣніи Министерства Путей Сообщенія, имѣетъ свою исторію возникновенія и существованія и обладаетъ литературой, создавшейся благодаря многолѣтней неустанной и кропотливой работѣ врачей, посвятившихъ свои знанія и силы изученію санитарныхъ условій внутреннихъ водныхъ путей, имѣющихъ громадное значеніе въ жизни государства.

Съ развитіемъ судоходства на Волгѣ и ея притокахъ во второй половинѣ минувшаго столѣтія, ростомъ прибрежныхъ городовъ и значительныхъ селеній, появленіемъ на берегахъ рѣкъ разнаго рода фабрично-заводскихъ и промышленныхъ предпріятій, стало наблюдаться загрязненіе рѣкъ и береговъ.

Опустошительныя и грозныя нашествія холеры, въ особенности 1892 года, когда эпидемія охватила все Поволжье съ притоками, унесла колоссальное количество жертвъ, потребовала отъ государства громадныхъ затратъ, отразилась въ значительной степени на экономической жизни цѣлаго Поволжскаго края, обратила вниманіе на тѣсную связь распространенія холеры съ водными путями. Въ самомъ дѣлѣ, бѣглая справка въ исторіи холерныхъ эпидемій минувшаго столѣтія подтвердитъ справедливость только что высказаннаго мнѣнія о виновности Волги въ распространеніи холеры.

Большинство холерныхъ эпиденій—1823—1830—1831—1847 годовъ проникли въ Европейскую Россію черезъ Астрахань и затѣмъ распространились по Волгѣ. Чума также чаще всего появлялась первоначально на Волгѣ; такъ, въ Нижнемъ-Новгородѣ она была въ 1654 году, и въ Астрахани въ 1692, 1727, 1728, 1806 и 1807 годахъ. Эпидеміи холеры прошлаго столѣтія—1872, 1878, 1892—1895 годовъ и, начиная съ 1907 года настоящаго, появлялись неизмѣнно въ низовьяхъ Волги и по ней разносились далѣе вглубь страны. Поволжье обнаруживаетъ также постоянныя эпидеміи сыпного, брюшного и возвратнаго тифовъ и значительное распространеніе маляріи.

Подъ вліяніемъ приведенныхъ выше моментовъ постепенно стала сознаваться потребность въ какой-то организаціи, которая бы устранила въ жизни судоходныхъ рѣкъ вредоносные факторы, оздоровила бы ихъ и обезопасила бы страну

отъ вліянія рѣкъ въ смыслѣ распространенія холеры и другихъ эпидемическихъ болѣзней.

Впервые идея о необходимости врачебно-санитарнаго надзора на рѣкѣ Волгѣ была выражена въ 1896 году сенаторомъ Лихачевымъ во Всеподданнѣйшемъ отчетѣ о командировкѣ на Волгу. Его Высочество Принцъ Александръ Петровичъ Ольденбургскій, лично ознакомившійся съ санитарными условіями Поволжья и убѣдившійся въ исключительной роли Волги въ дѣлѣ распространенія вглубь Имперіи инфекціонныхъ болѣзней, во всеподданнѣйшемъ докладѣ вполнѣ опредѣленно отмѣтилъ необходимость учрежденія на Волгѣ врачебно-санитарнаго надзора.

Подъ вліяніемъ категорическихъ требованій жизни, убѣдительныхъ указаній государственныхъ и общественныхъ дѣятелей, наконецъ въ 1900 году появилась на Волгѣ первая постоянная врачебно-санитарная организація, продолжающая свое существованіе до настоящихъ дней.

Организація и общее руководство врачебно-санитарнымъ надзоромъ были возложены съ самаго начала на Управленіе Водныхъ и Шоссейныхъ сообщеній и Торговыхъ Портовъ, во главѣ котораго въ то время стоялъ Б. Е. Иваницкій, человѣкъ, обогащенный созидательнымъ и организаціоннымъ опытомъ, чуждый сухого формализма, съ яснымъ пониманіемъ перспективъ государственной пользы и необходимости въ осуществленіи на водныхъ путяхъ постоянной врачебно-санитарной организаціи.

Нельзя не припомнить знаменательныхъ словъ Б. Е. Иваницкаго, которыми онъ напутствовалъ врачей, отправлявшихся на работу: «Приглашая Васъ въ качествѣ дѣятелей на вновь открывшееся поприще общественнаго труда, я далекъ отъ мысли ограничивать Вашъ духовный горизонтъ предуказаніями и инструкціями. Объемъ предстоящей работы, содержаніе ея Вы установите на мѣстѣ при непосредственномъ соприкосновеніи съ жизнью, съ ея запросами и, конечно, не сразу, а по мѣрѣ углубленія въ анализъ развертывающейся предъ Вами картины, съ ея однообразно наложенными въ теченіе многихъ вѣковъ мрачными красками. Широкая личная инициатива въ выборѣ и осуществленіи диктуемыхъ наукой гигіеническихъ требованій, надѣюсь, обезпечитъ успѣхъ въ Вашей дѣятельности, задачи которой—устраненіе нездоровыхъ условій изъ жизни и быта плавучаго населенія рѣки Волги, а цѣль—общегосударственная польза».

Таковы были начала и принципы, положенные въ основу призванной къ жизни организаціи Главою Управленія внутреннихъ водныхъ путей, внимательно и бережно охраняемые и до сего времени.

Съ такимъ рѣдкимъ и чрезвычайно цѣннымъ духовнымъ багажемъ выступили врачи въ неизвѣданный дотолѣ путь изученія сложныхъ условій жизни рѣкъ въ отношеніи санитарной дѣйствительности и перспективъ. Вначалѣ приходилось идти ощупью, путемъ грубой оріентировки, постепенно и осторожно намѣчая схему и вырабатывая планъ дальнѣйшей систематической дѣятельности.

Труденъ и тернистъ былъ путь первыхъ піонеровъ по изученію санитарныхъ условій Волжскаго бассейна и проведенію въ жизнь здравыхъ понятій и требованій гигіены и санитаріи, осуществленіе которыхъ сопряжено къ тому же съ матеріальными затратами, иногда значительныхъ размѣровъ. Не легко было будить мысль волжскаго судовладѣльца въ направленіи охраненія народнаго здоровья, въ то время, когда онъ нерѣдко совершенно не заботился въ этомъ отношеніи о самомъ себѣ, ибо не сознавалъ важности и значенія для здоровья соблюденія требованій гигіены.

Однако неустанные призывы и живое слово не оставались „гласомъ вопіющаго въ пустынѣ“, совершая яркую эволюцію судовой жизни въ санитарномъ отношеніи. Каждое существенное улучшеніе, достигнутое на одной группѣ судовъ или даже на единичномъ суднѣ въ силу развившейся конкуренціи, быстро распространялось, и въ сравнительно короткое время—10—12 лѣтъ—волжскія суда въ отношеніи санитарномъ прямо таки переродились и стали неузнаваемыми.

Не малую роль сыгралъ врачебно-санитарный надзоръ на Волгѣ съ ея притоками и Маріинской системѣ также въ дѣлѣ организаціи противохолерныхъ мѣропріятій и борьбы съ холерою въ эпидеміи 1907—1911 годовъ, планъ которыхъ былъ основанъ на данныхъ изученія предшествовавшихъ лѣтъ антисанитарныхъ факторовъ рѣчной жизни,—многообразныхъ условій и особенностей своеобразнаго быта окружающей обстановки, идеологіи и психологіи населенія и т. д., что въ конечномъ счетѣ избавило отъ повторенія печальныхъ ошибокъ 1892 года и дало возможность болѣе цѣлесообразнаго и обдуманнаго направленія работы по борьбѣ съ эпидеміями, съ достиженіемъ скорыхъ и лучшихъ результатовъ, чѣмъ то было раньше.

Въ первые годы санитарный надзоръ состоялъ изъ пяти врачей, съ такимъ же числомъ фельдшеровъ при нихъ, вѣдавшихъ опредѣленными раіонами воднаго пути, съ мѣстомъ жительства въ наиболѣе оживленныхъ въ торгово-промышленномъ отношеніи пунктахъ—Нижнемъ-Новгородѣ, Казани, Самарѣ, Царицынѣ и Астрахани. Скоро стала очевидной недостаточность для болѣе или менѣе полной работы даннаго состава, ибо большой важности пути—Кама съ притоками, Маріинская система, верхняя Волга—оставались безъ надзора. Поэтому было приглашено еще 4 врача и четыре фельдшера: для верхней Волги (Рыбинскъ), Маріинской системы (Петербургъ), Камы (Пермь) и одинъ для средней Волги—Казанскаго участка. Во главѣ санитарнаго надзора Округа стоялъ Старшій Врачъ съ жительствомъ въ г. Казани, гдѣ сосредоточено управленіе дѣлами Округа.

Дѣятельность санитарнаго надзора на Волгѣ скоро подтвердила необходимость распространенія его на всѣ внутренніе водные пути.

Б. Е. Иваницкій, внимательно слѣдившій за направленіемъ и характеромъ работъ организаціи, ея идеалами и намѣченными перспективами, считалъ ее жизнеспособной и отвѣчающей истиннымъ потребностямъ жизни. Въ 1902 году имъ была сдѣлана попытка распространенія санитарнаго надзора на всѣ судоходные водные пути, но по причинамъ, лежавшимъ внѣ его воли и желаній, ему не удалось осуществить въ полной мѣрѣ намѣченной организаціи.

Все продолжавшіяся холерныя эпидеміи, расползавшіяся преимущественно по воднымъ путямъ по всей Россіи, почти каждогодныя вспышки чумы въ Киргизской степи и Области войска Донского, наконецъ эпидеміи тифовъ, свирѣпствовавшихъ въ Поволжьѣ въ недавніе годы, заставили обратить серьезное вниманіе на санитарную сторону жизни и обстановки водныхъ путей, слѣдствіемъ чего явилось учрежденіе въ 1912 и 1913 годахъ врачебно-санитарнаго надзора на всѣхъ судоходныхъ внутреннихъ путяхъ.

Такова исторія этого вопроса.

Небезынтереснымъ, вѣроятно, будетъ ознакомленіе съ сущностью и характеромъ дѣятельности санитарной организаціи на Волгѣ, являющейся родоначальницей организаціи настоящей, охватившей всѣ водные пути государства.

Въ началѣ девяностыхъ годовъ были созданы временныя санитарныя правила для судовъ и плотовъ, плавающихъ по

внутреннимъ воднымъ путямъ. Правила эти оказали немалую практическую услугу въ осуществленіи санитарнаго благоустройства на судахъ, они послужили фундаментомъ для дальнѣйшаго санитарнаго строительства. Правда, правила эти были далеки до совершенства и нѣсколько разъ подвергались пересмотру и измѣненію, все же значеніе ихъ не утрачено и до сихъ поръ; они необходимы, но нуждаются въ значительно большей полнотѣ и детализаціи.

На ряду съ наблюденіемъ за исполненіемъ указанныхъ правилъ, т. е. выполненіемъ функцій санитарно-полицейскаго характера, оказаніемъ первоначальной медицинской помощи на судахъ, плотахъ и бечевникѣ, лѣченіемъ чиновъ и служащихъ водныхъ путей Министерства Путей Сообщенія, принятіемъ и организаціей противо-эпидемическихъ мѣръ, санитарные врачи удѣляли массу труда и времени на изученіе разнаго рода моментовъ и факторовъ, имѣющихъ близкое отношеніе къ вопросамъ рѣчной санитаріи.

Въ довольно обширной литературѣ, накопившейся за сравнительно короткое время, находимъ рядъ чрезвычайно важныхъ и интересныхъ вопросовъ, разработанныхъ и освѣщенныхъ санитарными врачами.

Печатные труды ихъ обратили на себя вниманіе общей и медицинской прессы, послужили источникомъ для многихъ статей въ общей повременной печати. Всѣ писавшіе о санитарномъ надзорѣ отмѣчаютъ, что въ его трудахъ впервые были описаны санитарно-экономическія условія жизни и труда судорабочихъ, изслѣдованы зимовки судовъ, жилища командъ на судахъ, изслѣдованы въ цѣломъ рядѣ пунктовъ воды р. Волги и ея притоковъ, подвергнуты анализу пищевые продукты буфетовъ и командъ, опредѣлено лабораторными методами санитарное значеніе трюмныхъ водъ и много другихъ весьма интересныхъ темъ было затронуто и разработано немногочисленными, но преданными дѣлу работниками. „До 1901—1902 г. о жизни этой великой арміи (судорабочихъ), пишетъ Н. Скворцовъ („Русская Мысль“ 1903 г. № 8) — можно было судить лишь по отрывочнымъ газетнымъ замѣткамъ въ мѣстной хроникѣ. Къ 1901 г. относится первое обстоятельное изслѣдованіе жизни, обстановки и условій труда волжскаго судорабочаго“. Въ томъ же 1903 году въ журналѣ „Медицинское обозрѣніе“ А. Скибневскій также отмѣчаетъ значеніе работъ санитарныхъ врачей: „изъ этихъ отчетовъ русское общество впервые имѣетъ возможность познакомиться въ по-

учительныхъ описаніяхъ съ многообразными недостатками въ обстановкѣ жизни и труда различныхъ профессіональныхъ группъ, работающихъ въ долгій навигаціонный періодъ на паровыхъ и непаровыхъ судахъ".

Такимъ образомъ характеризовала какъ общая, такъ и медицинская пресса дѣятельность піонеровъ водной санитаріи, дѣятельность, обнаружившую, по словамъ одного автора, «тайны рѣчной жизни».

Ровно тринадцать лѣтъ прошло съ момента появленія на свѣтъ первой водной санитарной организаціи на Волгѣ; теперь она выросла, окрѣпла, распространилась на всѣ водные пути Государства Россійскаго, включая и Дальневосточную окраину, на незыблемыхъ и бережно охраняемыхъ началахъ, провозглашенныхъ Б. Е. Иваницкимъ, предоставившимъ полную самодѣятельность и иниціативу на поприщѣ новаго «общественнаго труда».

Такова краткая исторія санитарной организаціи на водныхъ путяхъ, таковы ея устои, идеалы, таковъ характеръ ея дѣятельности; такое направленіе она должна принять и здѣсь на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна.

Покончивъ съ историческими данными и общей характеристикой обстановки, условій работы и направленія ея, перейдемъ къ описанію вновь учрежденной врачебно-санитарной организаціи на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна, разсмотрѣнію тѣхъ условій и обстановки, въ которыхъ ей приходится начинать свою дѣятельность.

Раіонъ дѣятельности санитарнаго надзора съ распредѣленіемъ на участки.

Общая длина рѣки Амура и его значительныхъ притоковъ свыше 30,000 верстъ, раздѣляющихся въ отношеніи сплава и судоходства слѣдующимъ образомъ:

несплавныхъ	8305	верстъ
сплавныхъ	22684	„
въ томъ числѣ судоходныхъ . . .	17246	„
изъ нихъ	7695	„ съ пароходнымъ движеніемъ.

„Это дѣленіе установлено только лишь для даннаго момента, но, по мѣрѣ развитія промышленности и судоходства въ Приамурскомъ краѣ и заселенія отдаленной тайги по сплавнымъ

частямъ притоковъ, откроется судоходство, а несплавныя по мѣрѣ вырубки лѣсовъ станутъ сплавными" *).

Въ настоящее время въ завѣдываніи Амурскаго Воднаго Управленія состоитъ 7045 верстъ водныхъ путей, по которымъ въ дѣйствительности совершается судоходство, причемъ на протяженіи 5943 верстъ имѣется обстановка судоходными знаками.

Въ отношеніи врачебно-санитарнаго надзора, а также въ административно-техническомъ, весь водный путь, находящійся въ вѣдѣніи Воднаго Управленія—7045 верстъ—дѣлится на четыре участка, распредѣляющихся въ топографическомъ и поверстномъ отношеніи слѣдующимъ образомъ:

Таблица № 1.

Участки.	Мѣстожительство врачей.	Шилка.	Аргунь.	Амуръ	Зея.	Селемджа.	Томь.	Бурея.	Бира.	Тунгузка.	Урми.	Куръ.	Уссури.	Сунгача.	Амгунь.	Всего.
I	Ст. Срѣтенская	381	904	312	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1597
II	Г. Зея-Пристань	—	—	693	905	300	124	—	—	—	—	—	—	—	—	2022
III	Г. Хабаровскъ .	—	—	772	—	—	—	331	119	85	75	130	456	190	—	2158
IV	Г. Николаевскъ	—	—	898	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	370	1268
	Итого . .	381	904	2675	905	300	124	331	119	85	75	130	456	190	370	7045

Таблица эта свидѣтельствуетъ о чрезмѣрно большой протяженности санитарныхъ участковъ вообще и громоздкой сложности 3-го участка въ частности, а также ихъ поразительной неравномѣрности. Такъ, 3-ій участокъ имѣетъ въ четыре раза больше рѣкъ и на 890 верстъ длиннѣе участка 4-го. Самымъ малымъ участкомъ изъ всѣхъ остальныхъ по длинѣ и простымъ по структурѣ является 4-ый участокъ, состоящій изъ нижняго отрѣзка Амура и одного притока его Амгуни, всего длиною 1268 верстъ. Въ составъ 1-го участка входятъ уже три рѣки—Шилка, Аргунь и верховье Амура,—протяженіемъ 1597 верстъ. Значительно превышаетъ предыдущіе участки 2-ой участокъ въ 2022 версты, въ составъ котораго входитъ часть Амура съ Зеей и двумя притоками ея. Нако-

*) Труды командированной по ВЫСОЧАЙШЕМУ повелѣнію Амурской экспедиціи.

нецъ самымъ сложнымъ и длиннымъ слѣдуетъ признать 3-ій участокъ, состоящій изъ восьми рѣкъ на протяженіи 2158 верстъ. Въ среднемъ же на каждый участокъ приходится 1761¼ фактически судоходныхъ верстъ. Не можетъ быть никакого сомнѣнія, что надлежащее осуществленіе санитарнаго надзора на линіи въ 1½—2 тысячи верстъ едва ли выполнимо въ особенности въ условіяхъ сложности 3-го участка. При этомъ необходимо имѣть въ виду топографію распредѣленія мѣстожительства врачей въ раіонѣ принадлежащихъ имъ участковъ. Всѣ они или находятся на периферіи участка или въ значительной близости къ ней. Такое ацентральное расположеніе является весьма невыгоднымъ какъ въ смыслѣ изученія воднаго пути, такъ и осуществленія санитарнаго надзора.

Весьма интересно отмѣтить, что въ 1901 году, т. е. вначалѣ дѣятельности волжскаго санитарнаго надзора, средняя протяженность участка выражалась 700 верстъ съ нѣкоторыми колебаніями въ ту или другую сторону. Такимъ образомъ, средній размѣръ здѣшняго участка превышаетъ въ 2½ раза таковой же на Волгѣ.

Кромѣ величинъ участковъ, имѣютъ не малое значеніе разстоянія наиболѣе удаленныхъ пунктовъ на входящихъ въ составъ участковъ рѣкъ отъ мѣстъ жительства врачей. Разстояніе конечныхъ пунктовъ на рѣкахъ, входящихъ въ составъ санитарныхъ участковъ, отъ мѣстъ жительства врачей представлено таблицей № 2.

Таблица № 2.

Участки.	Мѣсто-жительство врачей.	Шилка.		Аргунь.	Амуръ.		Зея.		Селемджа.	Томь.	Бурея.	Бира.	Урми.	Куръ.	Уссури.	Сунгача.	Амгунь
		Вверхъ.	Внизъ.		Вверхъ.	Внизъ.	Вверхъ.	Внизъ.									
I	Ст. Срѣтенская	13	368	1272	—	680	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II	Г. Зея-Пристань	—	—	--	1145	768	295	610	639	627	—	—	—	—	—	—	—
III	Г. Хабаровскъ*)	—	—	—	775	—	--	—	—	—	1009	283	173	228	457	647	—
IV	Г. Николаевскъ	—	—	—	901	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	463

Въ отношеніи maxim'альныхъ разстояній самымъ неблагопріятнымъ представляется 1-ый участокъ, въ которомъ до

*) Г. Хабаровскъ находится въ раіонѣ 4-го участка; отъ Хабаровска до выхода протоки рѣки Уссури (конечный пунктъ 3-го участка) 3 версты.

поселка Абагатуя на Аргуни отъ Срѣтенска 1272 версты. Далѣе идетъ 2-ой участокъ, имѣющій отъ Пристани-Зеи до переката ниже Бекетова на Амурѣ 1145 верстъ; третье мѣсто занимаетъ 3-ій участокъ съ предѣльнымъ разстояніемъ до Чекунды на Буреѣ 1009 верстъ и, наконецъ, въ сравнительно болѣе благопріятномъ положеніи находится 4-ый участокъ, въ которомъ наибольшее разстояніе выражается 901 верстой отъ Николаевска до Хабаровска и въ составъ котораго входятъ всего двѣ рѣки. Такимъ образомъ, изъ этого обзора видно, что санитарные участки чрезмѣрно велики и очень неравномѣрны и по величинѣ и по своей сложности.

Большую ненормальность представляетъ собою 2-ой участокъ, вѣдающій бассейномъ рѣки Зеи и Амуромъ между перекатомъ Нижне-Бекетовскимъ и Поярковымъ съ мѣстожительствомъ врача въ г. Пристани Зеѣ, расположенномъ въ верховьяхъ рѣки, причемъ въ раіонѣ участка находится самая большая и оживленная на всемъ бассейнѣ Благовѣщенская пристань, отстоящая въ 610 верстахъ отъ резиденціи участковаго врача. Такимъ образомъ, постоянный санитарный надзоръ за Благовѣщенскою пристанью долженъ осуществляться на такомъ разстояніи, которое совершенно обезцѣниваетъ его и лишаетъ присущей ему цѣлесообразности и смысла.

Въ настоящее время судоходство на бассейнѣ уже дифференцировалось въ отношеніи топографическаго распредѣленія: такъ, одна категорія судовъ обслуживаетъ Шилку и Амуръ до Благовѣщенска, другая отъ Благовѣщенска до Николаевска, третья—бассейнъ рѣки Зеи и т. д. Однимъ словомъ, бассейнъ рѣки Зеи и въ топографическомъ и судоходномъ отношеніи является обособленнымъ отъ всего остального воднаго пути, но органически связаннымъ съ Благовѣщенскомъ, какъ экономическимъ и промышленнымъ центромъ края Поэтому весьма необходимымъ является выдѣленіе бассейна рѣки Зеи въ особый санитарный участокъ съ соотвѣтствующимъ перераспредѣленіемъ участковъ 2-го и 3-го въ такой формѣ: 2-ой участокъ будетъ состоять изъ Амура отъ переката Нижне-Бекетова до станицы Екатерино-Никольской на протяженіи 1073 верстъ и рѣки Буреи 331 верста, а всего 1404 версты; 3-ій участокъ отъ Екатерино-Никольской до Хабаровска 392 версты и притоки, указанные въ таблицѣ № 1, кромѣ Буреи, съ общей длиной 1447 верстъ. Участки 1-ый и 4-ый остаются безъ измѣненія, 5-ый же участокъ (Зейскій) будетъ имѣть 1329 верстъ. Такое перераспредѣленіе участковъ

съ уменьшеніемъ размѣровъ выравняетъ и упроститъ ихъ. Мѣстожительство врача 5-го участка должно быть фиксировано въ г. Алексѣевскѣ, находящемся при пересѣченіи Зеи желѣзной дорогой, которому, между прочимъ, предрѣшается большая будущность въ краѣ. Врачъ 2-го участка долженъ жить въ Благовѣщенскѣ, благодаря чему наиважнѣйшая пристань бассейна получитъ фактическій санитарный надзоръ. Нижеслѣдующая таблица иллюстрируетъ предполагаемое распредѣленіе участковъ.

Таблица № 3.

Участки.	Мѣсто-жительство врача.	Шилка.	Аргунь.	Амуръ.	Зея.	Селемджа.	Томь.	Бурея.	Бира.	Тунгузка.	Урми.	Куръ.	Уссури.	Сунгача.	Амгунь.	Всего.
I	Ст. Срѣтенская	381	904	312	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1597
II	Г. Благовѣщенс.	—	—	1073	—	—	—	331	—	—	—	—	—	—	—	1404
III	Г. Хабаровскъ .	—	—	392	—	—	—	—	119	85	75	130	456	190	—	1447
IV	Г. Николаевскъ	—	—	898	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	370	1268
V	Г. Алексѣевскъ	—	—	.	905	300	124	—	—	—	—	—	—	—	—	1329
	Итого . .	381	904	2675	905	300	124	331	119	85	75	130	456	190	370	7045

Такое распредѣленіе въ ближайшее время слѣдуетъ считать раціональнымъ и вытекающимъ изъ насущной потребности уменьшенія чрезвычайно большихъ въ настоящее время участковъ.

Разстоянія отъ мѣстожительства врачей до конечныхъ пунктовъ рѣкъ, входящихъ въ составъ перераспредѣленныхъ участковъ.

Таблица № 4.

Участки.	Мѣсто-жительство врачей.	Шилка.		Аргунь.	Амуръ		Зея.		Селемджа.	Томь.	Бурея.	Бира.	Урми.	Куръ.	Уссури.	Сунгача.	Амгунь.
		Вверхъ.	Внизъ.		Вверхъ.	Внизъ.	Вверхъ.	Внизъ.									
I	Ст. Срѣтенская .	13	368	1272	—	680	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II	Г. Благовѣщенскъ	—	—	—	528	545	—	—	—	—	593	—	—	—	—	—	—
III	Г. Хабаровскъ	—	—	—	395	—	—	—	—	—	—	283	173	228	457	647	—
IV	Г. Николаевскъ .	—	—	—	901	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	463
V	Г. Алексѣевскъ .	—	—	—	—	—	727	178	393	195	—	—	—	—	—	—	—

Изъ этой таблицы можно видѣть, что maxim'альное разстояніе по 2-му участку сократится на 48,8%, по 3-му участку на 35,9%; 1-ый и 4-ый участки остались безъ измѣненія.

Судоходство на бассейнѣ.

На рѣкахъ Амурскаго бассейна главное мѣсто занимаетъ торговый флотъ, кромѣ котораго еще имѣется военная флотилія, суда Управленія Водныхъ Путей и суда казенныя прочихъ вѣдомствъ.

Таблица № 5 иллюстрируетъ численный составъ рѣчного флота на бассейнѣ по 1911 годъ включительно.

Таблица № 5.

Принадлежность судовъ. / Родъ судна.	Торговый флотъ.	Амурское Водное Управленіе.	Морское Министерство.	Прочія казенныя вѣдомства.	Всего.	% судовъ торговаго флота къ общему итогу.
Самоходы .	246	25	33	16	320	77,0
Буксируемыя	277	62	10	18	367	75,5

За навигацію 1912 года коммерческій флотъ значительно увеличился,—количество самоходовъ достигло 285, буксируемыхъ судовъ—325.

Развитіе судоходства на Амурѣ за послѣднее десятилѣтіе обнаружило колоссальные успѣхи. Число самоходовъ возросло на 93%; значительно слабѣе множились суда не паровыя, давшія 49% прироста. Грузоподъемность всѣхъ судовъ увеличилась на 78,5% и достигла 8,338,295 пудовъ. Все это съ несомнѣнностью указываетъ на значительное развитіе судоходства, продолжающееся и въ настоящее время.

Причемъ слѣдуетъ отмѣтить опредѣлившееся въ навигацію 1913 года новое и положительное явленіе въ жизни судоходства—это процессъ капиталистической дифференціаціи, вытѣсняющій кустарные и хищническіе пріемы, которыми до сихъ поръ жило Амурское судоходство.

Въ 1913 году торговый флотъ обогатился тремя первоклассными пароходами и создалась К° «Быстроходъ», объединившая серію пароходовъ одиночекъ въ стройное предпріятіе, которое должно собою начать новую эру и создать перево-

ротъ въ традиціяхъ и неподвижномъ укладѣ жизни мѣстнаго судоходства, что неминуемо отразится въ самомъ благопріятномъ смыслѣ на улучшеніи въ санитарномъ отношеніи не только объединившихся пароходовъ, но и на конкурирующихъ предпріятіяхъ, ибо конкуренція лучшій факторъ для всякаго рода улучшеній.

Безпрерывный ростъ коммерческаго флота вызывается, конечно, потребностями на перевозныя средства развивающагося края.

Нижеслѣдующая таблица показываетъ интенсивность пассажирскаго движенія и грузооборота за годы съ 1908 по 1911 включительно.

Таблица № 6.

Годы.	Перевезено пассажировъ.	Численный составъ команды.	Число рабочихъ на пунктахъ.	Перевезено грузу въ пудахъ.		Всего груза въ пудахъ.
				На судахъ.	На судахъ и въ плотахъ.	
1908	385561	—	11204	37557708	19285966	56,843,674
1909	535319	—	7899	45439470	13039946	58,579,416
1910	765640	—	9768	69417248	15436267	84,853,515
1911	630407	около 8½ тысяч.	9901	81660928	16255112	97,316,040

За четырехлѣтній періодъ поразительный ростъ обнаружилъ грузооборотъ на судахъ; онъ увеличился почти въ 1½ раза или на 71,2%. Движеніе пассажировъ за четырехлѣтній періодъ увеличилось на 62,3%, давъ значительный подъемъ въ 1910 году въ связи съ массовой перевозкой на постройку средней части Амурской желѣзной дороги рабочихъ. Все это доказываетъ непрерывный и быстрый ростъ на бассейнѣ судоходства съ перспективами въ будущемъ, конечно при условіи экономическаго развитія края.

Средства передвиженія по участкамъ.

Для осуществленія санитарнаго надзора, а также для изученія разнаго рода санитарныхъ условій водныхъ путей врачи должны объѣзжать свои участки. § 9 Инструкціи чинамъ врачебно-санитарнаго надзора, утвержденной Товарищемъ Министра Путей Сообщенія, предоставляется право пользованія казенными пароходами по соглашенію съ завѣдывающими

ими лицами. Равнымъ образомъ совершать переѣзды возможно и на частныхъ пассажирскихъ пароходахъ между пунктами ихъ остановокъ. Однако, слѣдуетъ отмѣтить отсутствіе фактической возможности раціональнаго осуществленія поѣздокъ по участку въ цѣляхъ изученія воднаго пути съ прилегающей къ нему полосой бечевника и всѣми на немъ сооруженіями, имѣющими санитарно-гигіеническое значеніе.

Въ настоящее время срочное пароходство поддерживается по Амуру почтовыми пароходами Амурскаго Общества Пароходства и Торговли, совершающими рейсы между ст. Срѣтенской и г. Николаевскомъ черезъ каждые пять дней, и К° «Быстроходъ» между Благовѣщенскомъ и Николаевскомъ черезъ каждые четыре дня. Рѣка Зея отъ устья до г. Зея-Пристань обслуживается срочными почтовыми рейсами черезъ каждые пять дней. Всѣ остальные пароходы не подчиняются строгой системѣ, не имѣютъ расписаній и рейсы ихъ зависятъ главнымъ образомъ отъ обезпеченія пароходовъ пассажирами и грузами, поэтому въ ихъ рейсахъ нѣтъ ни срочности, ни опредѣленности. Такимъ образомъ, если и можно пользоваться для служебныхъ разъѣздовъ рейсами коммерческихъ пароходовъ, то только почтовыми и К° «Быстроходъ». Останавливаются пароходы, конечно, въ опредѣленныхъ расписаніемъ пунктахъ и на короткое время. Поэтому, пользованіе ими для санитарно-гигіеническихъ и статистическихъ изслѣдованій бечевниковъ, прибрежныхъ селеній, казенныхъ жилыхъ помѣщеній, осмотра дистанціонныхъ и постовыхъ служащихъ, а равно и оказаніе имъ медицинской помощи рѣшительно невозможно. При посредствѣ рейсовъ частныхъ пароходовъ можно объѣхать и осмотрѣть лишь тѣ пункты, въ которыхъ существуютъ остановки пароходовъ. Однако слѣдуетъ имѣть въ виду одно весьма важное обстоятельство: въ каждомъ пунктѣ придется задерживаться на нѣсколько дней—до 5-ти и даже болѣе—въ ожиданіи слѣдующаго парохода. Такой способъ объѣзда санитарныхъ участковъ съ остановками лишь въ опредѣленныхъ пунктахъ представляется чрезвычайно мало продуктивнымъ и неполнымъ, отнимая громадное количество времени на ожиданіе слѣдующаго парохода, могущее быть использованнымъ на посѣщеніе всѣхъ пунктовъ, представляющихъ въ санитарномъ отношеніи интересъ и значеніе и обязательныхъ для посѣщенія врачей.

Вниманію санитарнаго надзора подлежатъ всѣ суда, снаряды и береговыя сооруженія, всѣ команды и служащіе Ми-

нистерства Путей Сообщенія. Въ навигацію 1913 года на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна было 645 постовъ, 435 жилыхъ помѣщеній и 1087 человѣкъ линейныхъ служащихъ, распредѣлявшихся по участкамъ слѣдующимъ образомъ:

Таблица № 7.

Санитарные участки.	Число постовъ.	Жилыя помѣщенія.			Всего служащихъ.
		Домики сторожевые.	На сваяхъ.	Землянки.	
I-ый участокъ .	122	58	—	31	242
II-ой участокъ .	205	33	—	148	422
III-ій участокъ .	162	30	10	40	179
IV-ый участокъ .	156	12	60	13	244
Всего .	645	133	70	232	1087

Кромѣ того, на судахъ и снарядахъ, работающихъ въ разныхъ мѣстахъ бассейна, было служащихъ и командъ 756 человѣкъ, а всего на линіи Управленіе имѣло служащихъ 1843 человѣка, не считая личнаго состава участковъ и дистанцій.

Безпомощное въ медицинскомъ отношеніи положеніе линейныхъ служащихъ въ особенности гребцовъ, фонарщиковъ и постовыхъ сторожей заставляетъ обратить серьезное вниманіе на нихъ и такъ или иначе попытаться разрѣшить больной вопросъ по обезпеченію этой категоріи служащихъ медицинской помощью.

Отсюда понятно, сколь необходимымъ является созданіе для чиновъ санитарнаго надзора полной возможности безпрепятственнаго передвиженія по линіи участковъ, каковое можетъ быть осуществлено только при помощи судовъ казенныхъ. При настоящемъ положеніи дѣла, когда не имѣется участковыхъ пароходовъ, вопросъ этотъ не можетъ принять удовлетворительнаго разрѣшенія. Суда технической и инспекціонной службы всегда заняты, точно также и дистанціонные катера, своими прямыми обязанностями. Малочисленность судовъ казенной флотиліи рѣшительно не позволяетъ разсчитывать на возможность пользованія ими. Поэтому участковые врачи санитарнаго надзора обречены на береговое существованіе, вмѣсто того, чтобы большую часть навигаціи быть въ плава-

ніи, въ полной мѣрѣ осуществляя санитарный надзоръ, оказывая медицинскую помощь линейнымъ служащимъ, изучая условія жизни и труда и т. д.

Идеальнымъ разрѣшеніемъ вопроса о передвиженіи по участкамъ будетъ обезпеченіе чиновъ санитарнаго надзора спеціальными паровыми или моторными судами, но это можетъ осуществиться не скоро. Теперь же представляется абсолютно необходимымъ снабженіе начальниковъ участковъ совмѣстно съ участковыми врачами быстроходными пароходами. На каждомъ такомъ пароходѣ необходимо устройство и оборудованіе санитарной каюты и аптечки, снабженной въ достаточномъ количествѣ медикаментами, перевязочнымъ матеріаломъ и даже инструментаріемъ.

Каждый рейсъ парохода, совершаемый по тѣмъ или инымъ поводамъ, долженъ, при настоящемъ составѣ врачебно-санитарнаго надзора, по возможности сопровождаться врачемъ или фельдшеромъ. Нужно имѣть въ виду, что поѣздки врача отнюдь не обусловливаются лѣчебными цѣлями, послѣднія лишь осуществляются попутно съ задачами санитарными, каковыя могутъ быть правильно и глубоко поняты и оцѣнены лишь при непосредственномъ и внимательномъ наблюденіи и изученіи всѣхъ многообразныхъ условій рѣчной жизни и труда. Поэтому, чѣмъ чаще врачъ во время навигаціи будетъ на линіи, тѣмъ больше пользы получитъ отъ этого дѣло. Впослѣдствіи же, быть можетъ, осуществится организація лѣчебная на водныхъ путяхъ, и тогда санитарный надзоръ освободится отъ лѣчебныхъ функцій, теперь же онъ долженъ имѣть одинаковую заботу не только о предупрежденіи болѣзней, но и о лѣченіи ихъ. Въ случаѣ надобности въ медицинской помощи при проходѣ участково-санитарнаго парохода на берегу вывѣшивается соотвѣтствующій сигналъ, по которому пароходъ приваливаетъ для оказанія лѣчебной помощи. Серьезно больной, требующій коечнаго лѣченія, помѣщается въ санитарную каюту и пароходъ продолжаетъ свой путь. Больной получаетъ въ пути соотвѣтствующее лѣченіе и передается, наконецъ, въ первую на пути больницу для дальнѣйшаго лѣченія. Такимъ образомъ, появленіе въ распоряженіи начальниковъ участковъ совмѣстно съ санитарнымъ врачемъ пароходовъ создастъ раціональный способъ передвиженія чиновъ санитарнаго надзора, возможность посѣщенія всѣхъ пунктовъ на линіи и нѣсколько улучшитъ безпомощное положеніе линейныхъ служащихъ.

Амбулаторіи и лабораторіи участковъ.

§ 7-мъ (п. п. Е и З) инструкціи врачамъ санитарнаго надзора вмѣняется въ обязанность амбулаторное лѣченіе служебнаго персонала и производство научныхъ наблюденій и изслѣдованій. Этимъ самымъ предусматривается существованіе амбулаторій и лабораторій, какъ спеціальныхъ учрежденій, на каковой предметъ § 2 ст. 3 смѣты текущаго года ассигновано по 50 рублей въ мѣсяцъ по всѣмъ Округамъ одинаково.

Въ дѣйствительности содержаніе амбулаторій и лабораторій требуетъ значительно большихъ расходовъ, въ особенности въ условіяхъ дороговизны жизни на Дальнемъ Востокѣ. Оно слагается изъ слѣдующихъ статей:

1) аренда помѣщенія,

2) отопленіе, освѣщеніе,

3) жалованье постоянному служителю, кромѣ того спеціальныя потребности,—

4) пополненіе медикаментовъ, перевязочнаго матеріала, реактивовъ, питательныхъ средъ и проч.

При этомъ надлежитъ установить minimum тѣхъ требованій, которымъ должно удовлетворять помѣщеніе для столь спеціальныхъ учрежденій, каковыми являются амбулаторія и лабораторія, ибо далеко не въ каждомъ жильѣ онѣ могутъ существовать съ пользой для дѣла и безъ вреда для окружающихъ.

Медицинская амбулаторія и санитарная лабораторія представляютъ собой совершенно различныя въ отношеніи заданій, объектовъ и методовъ изслѣдованія учрежденія, обычно существующія отдѣльно и самостоятельно другъ отъ друга. Оба эти учрежденія не должны помѣщаться въ комнатахъ при жилой квартирѣ, имѣющихъ непосредственное сообщеніе съ остальными комнатами. Показаніемъ къ такой изолированности амбулаторій и лабораторій отъ жилыхъ квартиръ служитъ то обстоятельство, что учрежденія эти имѣютъ дѣло съ острой инфекціей, включительно до холеры и чумы; первое—въ лицѣ больныхъ заразными болѣзнями, приходящихъ за помощью, второе—въ формѣ выдѣленій и отдѣленій, подвергающихся бактеріологическому изслѣдованію. На основаніи этихъ соображеній санитарной техникой выработаны правила постройки амбулаторій въ отдѣльныхъ отъ госпиталей и квартиръ персонала зданіяхъ. Еще большія требованія въ смыслѣ изоляціи приходится предъявлять къ лабораторіямъ, да еще въ краѣ,

такъ недавно бывшемъ подъ дамокловымъ мечемъ грозной Харбинской чумы 1910 -1911 года, и не гарантированномъ отъ печальной возможности повторенія ея. Такимъ образомъ, участковыя амбулаторіи и лабораторіи должны быть помѣщены обязательно въ отдѣльныхъ отъ частныхъ жилыхъ квартиръ зданіяхъ. Можно допустить устройство въ одномъ зданіи съ амбулаторіей и лабораторіей квартиръ медицинскаго персонала, работающаго въ этихъ учрежденіяхъ, но при условіи строгой изоляціи въ смыслѣ отсутствія непосредственнаго внутренняго сообщенія.

Для химико-бактеріологической лабораторіи необходимо имѣть не менѣе 2-хъ комнатъ. Одна даже очень большая комната недостаточна, ибо аналитическіе вѣсы требуютъ отдѣльнаго помѣщенія, они подвергаются порчѣ отъ испаряющихся кислотъ, употребляемыхъ при химическихъ анализахъ. Для амбулаторіи достаточна одна просторная комната.

Оба эти учрежденія вмѣстѣ и каждое въ отдѣльности даютъ немало черной работы—уборка помѣщенія, чистка посуды, топка печей, посылки и т д., для чего необходимъ постоянный служитель, присутствіе котораго въ амбулаторіи обязательно и въ ночное время на случай обращенія за неотложной медицинской помощью. Слѣдовательно, кромѣ вышеуказанныхъ трехъ комнатъ, нужна еще комната для служителя. Небезразличнымъ также является мѣстонахожденіе амбулаторіи. Она должна быть въ раіонѣ пристаней или вблизи ихъ, ибо самое существованіе ея обусловливается потребностью въ медицинской помощи не только служащихъ М. П. С., но и населенія, профессіонально связаннаго съ рѣкою или имѣющаго временное пребываніе на ней въ качествѣ пассажировъ.

Удовлетворяя всѣмъ вышеуказаннымъ требованіямъ, возможно устроить амбулаторію и лабораторію въ наемномъ отдѣльномъ зданіи, состоящемъ изъ трехъ комнатъ и кухни для служителя; но еще цѣлесообразнѣе и полезнѣе для дѣла постройка казенныхъ спеціально приспособленныхъ зданій. Кромѣ множества удобствъ и въ техническомъ и санитарно-гигіеническомъ отношеніи, собственныя зданія по мѣстнымъ условіямъ дороговизны квартиръ въ экономическомъ отношеніи будутъ дешевле, они въ нѣсколько лѣтъ окупятся экономіей арендной платы. Нужно имѣть въ виду также чрезвычайную трудность подысканія подходящихъ для этихъ учрежденій помѣщеній въ раіонѣ пристаней или вблизи ихъ и даже полную возможность отсутствія таковыхъ.

Ассигнуемыя на содержаніе амбулаторій и лабораторій въ настоящее время средства,—по 50 рублей ежемѣсячно на каждую, являются безусловно недостаточными даже въ округахъ Европейской Россіи. Что же касается дальневосточнаго края, то съ такими средствами рѣшительно не представляется возможности начинать дѣло. Достаточныхъ размѣровъ одна комната съ отопленіемъ стоитъ въ раіонѣ или близъ пристаней 30—40 руб., обычная плата служителю 35 руб. въ мѣсяцъ. Слѣдовательно, только одна комната и служитель обойдутся въ 65—75 руб. въ мѣсяцъ, т. е. на 15—25 руб. превышая смѣтное ассигнованіе. Если сюда присоединить всѣ остальныя потребности, перечисленныя выше, то расходы возрастутъ до 100—125 руб. въ мѣсяцъ при пользованіи лишь одной комнатой, что невозможно даже при условіи существованія только бактеріологической лабораторіи, ибо въ одной комнатѣ и амбулаторія и бактеріологическая лабораторія существовать не могутъ. А какъ выше было указано, для этихъ учрежденій необходимо имѣть три комнаты и кухню или комнату для служителя. Расходы по арендѣ и содержанію такого помѣщенія по мѣстнымъ цѣнамъ выразятся въ мѣсяцъ:

аренда квартиты	60—75	руб.
отопленіе и освѣщеніе	20	„
жалованье служителю	35	„
Всего на содержаніе . . .	115—125	руб.

Присоединяя къ этому спеціальные расходы, общая сумма выразится minimum въ 150 руб. въ мѣсяцъ, т. е. ровно втрое сравнительно съ отпускаемымъ кредитомъ. Нѣтъ сомнѣнія, что при такихъ условіяхъ работать при всемъ желаніи нельзя. Поэтому, до тѣхъ поръ, пока для санитарной организаціи на Амурѣ не будутъ созданы необходимыя условія, путемъ ли увеличенія кредита или постройкой собственныхъ зданій, ни лабораторная, ни правильная амбулаторная работа невозможны. Самымъ правильнымъ выходомъ изъ настоящаго затруднительнаго положенія будетъ постройка для каждаго санитарнаго участка въ раіонѣ пристаней казеннаго зданія изъ трехъ комнатъ и кухни для лабораторій и амбулаторій. Однако и въ такомъ случаѣ все же будетъ недостаточно 50 рублей на расходы, и кредитъ этотъ долженъ быть увеличенъ до 75—90 рублей въ мѣсяцъ.

Матеріальныя условія службы врачей и фельдшеровъ.

Въ отношеніи содержанія чины санитарнаго надзора на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна, несмотря на страшную дороговизну жизни и суровыя условія послѣдней въ отдаленномъ краѣ, поставлены въ одинаковое положеніе съ Округами Томскимъ и даже Казанскимъ, гдѣ жизнь значительно дешевле и имѣетъ громадныя преимущества во всѣхъ отношеніяхъ. По мѣстнымъ условіямъ установленные оклады являются совершенно недостаточными и существованіе на нихъ для людей семейныхъ абсолютно невозможно. Подтвержденіемъ столь категорическаго утвержденія могутъ служить приводимыя ниже цифровыя данныя, характеризующія стоимость содержанія квартиръ и прислуги въ мѣсяцъ:

квартира въ 4—5 комнатъ . .	100—125	руб.
отопленіе	25	„
освѣщеніе	10	„
двѣ женскихъ прислуги	30—35	„
Итого	165—195	„

Всего же участковый врачъ получаетъ 200 рублей, слѣдовательно на пропитаніе, одежду и всѣ прочія потребности культурнаго человѣка остается отъ 5 до 35 руб. ежемѣсячно. И это не фикція и не фантазія, а голая истина, могущая найти подтвержденіе путемъ документальныхъ данныхъ. Не могутъ существовать и фельдшера на 75-ти рублевое жалованье. Здѣсь нѣтъ такихъ цѣнъ не только для фельшеровъ школьныхъ, но даже ротные относятся скептически къ подобнаго рода условіямъ службы. Поступившіе было на службу фельдшера поуходили на лучшія мѣста и теперь остался только одинъ фельдшеръ, да и то благодаря безплатной квартирѣ, предоставленной ему.

Настоящій составъ санитарныхъ врачей представляетъ собою рѣдкое исключеніе въ томъ смыслѣ, что имѣетъ возможность существовать, несмотря на чрезмѣрную недостаточность матеріальныхъ средствъ. Санитарные врачи I, II и III участковъ не имѣютъ семей и живутъ по студенчески, занимая одну комнату, врачъ же IV участка, хотя и семейный, но въ силу благопріятныхъ обстоятельствъ, находящихся внѣ его служебнаго матеріальнаго положенія, можетъ существовать въ условіяхъ Николаевской дороговизны.

Слѣдуетъ утверждать, что организація, построенная на

такихъ шаткихъ основаніяхъ, поставленная въ исключительно неблагопріятныя условія, едва ли можетъ жить здоровою жизнью, отдаваясь всецѣло тому дѣлу, которому посвятила себя. Нѣтъ сомнѣнія, что персоналъ будетъ часто мѣняться, участки пустовать, дѣло не двигаться впередъ, и въ томъ не будетъ виновна санитарная организація, но тѣ неблагопріятныя условія, въ которыя поставлена она съ первыхъ шаговъ своей дѣятельности и жизни.

Санитарные фельдшера, являясь помощниками врачей въ ихъ работѣ, нерѣдко могутъ быть командируемы по линіи для тѣхъ или иныхъ надобностей, напримѣръ: привитіе оспы дѣтямъ служащихъ, производство дезинфекціи, разнаго рода измѣреній и т. д. Отсутствіе разъѣздныхъ для фельдшеровъ лишаетъ возможности пользоваться ими на линіи, что представляетъ немалыя неудобства и вноситъ неправильность въ распредѣленіе обязанностей чиновъ санитарнаго надзора.

Нельзя обойти молчаніемъ чрезвычайно незначительное ассигнованіе на канцелярскіе расходы по 100 рублей въ годъ на каждый санитарный участокъ и столько же на врачебно-санитарный отдѣлъ Управленія. Почтовое сообщеніе по Амуру и Зеѣ во время навигаціи осуществляется пароходами, отходящими черезъ каждые 5 дней. Поэтому всѣ болѣе срочныя сообщенія и распоряженія производятся по телеграфу, что вызываетъ спеціальные расходы, непредусмотрѣнные, нужно думать, сторублевыми ассигнованіями. Отсутствіе кредита на пріобрѣтеніе для лабораторій пособій и выписку санитарно-гигіеническихъ журналовъ, являющихся абсолютно необходимыми вообще, а въ отдаленномъ краѣ въ особенности, гдѣ всякія справки и неясности должны разрѣшаться собственными силами при помощи книгъ, ибо не къ кому обратиться за разъясненіями, говоритъ также въ пользу увеличенія канцелярскихъ суммъ, за счетъ которыхъ могла бы удовлетвориться и эта весьма существенная потребность.

Наиболѣе раціональная по мѣстнымъ условіямъ организація лѣчебной помощи на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна.

Если организаторы перваго санитарнаго надзора на Волгѣ въ 1900 году свое вниманіе сосредоточивали главнымъ образомъ на санитарномъ направленіи дѣятельности организаціи и въ значительно меньшей мѣрѣ интересовались лѣчебной работой ея, то для этого имѣлись достаточныя средства.

Въ самомъ дѣлѣ, весь Волжскій бассейнъ, за исключеніемъ нижняго теченія Волги, на протяженіи около 450 верстъ окруженъ земскими губерніями. Земства же и города обогатили Россію громадною сѣтью лѣчебныхъ учрежденій съ большею частью хорошей постановкой дѣла. Благодаря большому тяготѣнію населенія къ судоходнымъ рѣкамъ, по берегамъ послѣднихъ выросли большіе города, растутъ и селенія, насчитывающія до десятка и болѣе тысячъ жителей. Поэтому и медицина въ приволжскихъ губерніяхъ достаточно обезпечиваетъ береговую полосу. Возьмемъ для примѣра отрѣзокъ Волги между г. г. Саратовомъ и Вольскомъ, съ разстояніемъ между ними 165 верстъ, и посмотримъ, какое количество лѣчебныхъ учрежденій (земскихъ и городскихъ) расположено по берегамъ на указанномъ протяженіи рѣки: семь больницъ и двѣ амбулаторіи (данныя 1912),—Саратовъ, Слобода Покровская, Курдюмъ, Ельшанка, Баронскъ, Березники, Воскресенское и Вольскъ. Такимъ образомъ, въ среднемъ на каждой 18 верстѣ имѣется амбулаторная помощь и на каждой 24 стаціонарная. Лѣченіе какъ амбулаторное, такъ и стаціонарное оказывается безплатно не только для мѣстныхъ жителей, но обычно платы не взимается и съ стороннихъ людей. Поэтому водные пути Европейской Россіи въ силу вышеозначенныхъ благопріятныхъ условій въ отношеніи обезпеченія рабочихъ и служащихъ какъ коммерческаго флота, такъ и Министерства Путей Сообщенія медицинской помощью поставлены въ исключительно счастливыя условія по сравненію съ водными путями Дальневосточной Окраины, которая только что начинаетъ развиваться и живетъ перспективами будущаго.

Въ данномъ случаѣ насъ интересуетъ, конечно, степень обезпеченія медицинской помощью береговой полосы, съ которой водный путь въ силу естественнаго соотношенія находится въ весьма тѣсной связи въ самыхъ разнообразныхъ проявленіяхъ своей жизни.

За отсутствіемъ въ моемъ распоряженіи исчерпывающихъ свѣдѣній по вопросу объ обезпеченіи береговой полосы водныхъ путей медицинской помощью, приведу соображенія, касающіяся лѣваго берега Амура на протяженіи 1715 верстъ—между хутор. Покровскимъ и впаденіемъ рѣчки Забѣловки на 999-ой верстѣ отъ устья Амура, принадлежащаго Амурскому Казачьему Войску.

На указанномъ протяженіи въ 1715 верстъ имѣется 6 врачебныхъ участковъ съ 2-мя войсковыми больницами—въ

ст. Черняевой на 10 кроватей и 18 амбулаторныхъ фельдшерскихъ пунктовъ, принадлежащихъ Амурскому Казачьему Войску, и фельдшерскій пріемный покой на 2 койки переселенческаго вѣдомства въ ст. Черняевой и лѣчебныя учрежденія разныхъ вѣдомствъ въ г. Благовѣщенскѣ. Такимъ образомъ, на указанномъ протяженіи рѣки въ среднемъ на каждой 81-й верстѣ можно получить амбулаторную помощь, причемъ въ большинствѣ изъ 18 пунктовъ только со стороны ротныхъ войсковыхъ фельдшеровъ. Что касается помощи стаціонарной, то таковая въ среднемъ имѣется на каждой 571 верстѣ.

Отсюда очевиденъ трагизмъ положенія настолько, что рѣшительно не требуется какихъ либо доказательствъ въ пользу признанія абсолютной необезпеченности въ цѣломъ береговой полосы Амура и настоятельной потребности разрѣшенія вопроса о лѣченіи линейныхъ служащихъ въ настоящее время средствами казны.

Что касается переселенческаго раіона, то послѣдній имѣетъ довольно широко развитую сѣть лѣчебныхъ учрежденій, поэтому и рѣки въ предѣлахъ этого раіона, въ смыслѣ обезпеченія медицинской помощью, находятся въ несравненно лучшихъ условіяхъ.

Безпомощность линейныхъ служащихъ въ медицинскомъ отношеніи превосходитъ всякія границы; такъ, напримѣръ, бывали случаи, когда, вслѣдствіе тяжкой болѣзни, не зажигались фонарщикомъ сигнальные береговые огни, и фонарщика находили въ землянкѣ на совершенно безлюдномъ берегу въ бредовомъ состояніи больнымъ тифомъ. Вѣроятно аналогичныхъ случаевъ было немало, но большинство изъ нихъ оставались не отмѣченными.

Не лучше обстоитъ дѣло нахожденія конторъ судоходныхъ дистанцій, гдѣ помимо навигаціонныхъ служащихъ и рабочихъ, есть служащіе постоянные. При появленіи острозаразныхъ заболѣваній, въ особенности эпидемій дифтерита, скарлатины, оспы, при отсутствіи всякой медицинской помощи, положеніе этихъ несчастныхъ людей съ ихъ семьями, судьбой поставленныхъ въ столь неблагопріятныя условія, должно считаться полнымъ трагизма.

Водные пути въ жизни государства имѣютъ большое значеніе, они поддерживаются въ надлежащемъ порядкѣ для судоходства, на нихъ расходуются громадныя средства государствомъ, содержатся значительные штаты служащихъ и рабочихъ.

Желѣзныя дороги являются также путями сообщенія, но искусственно сооруженными, выполняя тѣ же самыя задачи, что и пути водные, но они въ смыслѣ обезпеченія служащихъ и рабочихъ медицинской помощью поставлены въ неизмѣримо лучшія условія. На нихъ имѣется правильно и въ достаточной мѣрѣ организованная медицинская помощь, на которую расходуются необходимыя средства.

Законъ 23 іюня 1912 года о больничныхъ кассахъ и страховыхъ товариществахъ по мѣрѣ своего проведенія въ жизнь, въ той или иной степени, обезпечитъ медицинской помощью служащихъ и рабочихъ частныхъ судоходныхъ предпріятій, но онъ не коснется округовъ путей сообщенія. Желѣзными дорогами, какъ указано выше, вопросъ этотъ разрѣшенъ жизнью, водные же пути нуждаются и ждутъ заботы въ этомъ отношеніи къ себѣ. Несомнѣнно, Государство должно разрѣшить этотъ больной вопросъ собственными средствами по примѣру желѣзныхъ дорогъ. Нужны необходимыя лишь средства и руководящія начала, при наличіи коихъ будетъ создана въ округахъ примѣнительно къ мѣстнымъ условіямъ наиболѣе цѣлесообразная организація.

На водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна, вслѣдствіе выясненныхъ выше условій, наиболѣе цѣлесообразной представляется организація лѣчебной помощи въ такой формѣ: необходимо прибавить еще одинъ врачебный участокъ 5-ый, въ каждомъ участкѣ построить участковую больничку на 4—5 кроватей, причемъ въ Благовѣщенскѣ, гдѣ находятся центральныя ремонтныя мастерскія, больничка должна располагать minimum 10-ью штатными койками. При каждой дистанціи надлежитъ учредить самостоятельный фельдшерскій пунктъ съ пріемнымъ покоемъ на 1—2 койки; такихъ пріемныхъ покоевъ при существующемъ распредѣленіи дистанцій потребуется 8, кромѣ пяти участковыхъ лѣчебницъ. Дистанціонные фельдшера должны съ каждымъ рейсомъ дистанціонныхъ катеровъ объѣзжать дистанціи, посѣщая посты и оказывая лѣчебную помощь.

Слѣдуетъ при этомъ избѣжать допущенной при установленіи трудно поправимой ошибки въ отношеніи размѣровъ окладовъ содержанія, что достаточно выяснено въ главѣ объ условіяхъ службы врачей и фельдшеровъ. Поэтому необходимо установить оклады школьнымъ фельдшерамъ въ 100 рублей въ мѣсяцъ при готовыхъ квартирахъ, каковыя при постройкахъ пріемныхъ покоевъ должны быть предусмотрѣны, ибо

въ условіяхъ Приамурскаго края жилищный вопросъ представляетъ чрезвычайную важность. Равнымъ образомъ, при постройкѣ участковыхъ лѣчебницъ надлежитъ также озаботиться разрѣшеніемъ этого больного вопроса для медицинскаго персонала.

При осуществленіи намѣченныхъ мѣропріятій по обезпеченію служащихъ и рабочихъ вѣдомства водныхъ путей Амурскаго бассейна, можно будетъ считать вопросъ этотъ болѣе или менѣе серьезно разрѣшеннымъ, что является насущной и безотлагательной необходимостью.

Заканчивая этимъ настоящій докладъ о положеніи Амурской водной врачебно-санитарной организаціи и о ея настоящихъ нуждахъ, все вышеизложенное можно резюмировать слѣдующими основными положеніями:

1) Врачебно-санитарная организація на водныхъ путяхъ, созданная благодаря насущнымъ потребностямъ въ оздоровленіи условій рѣчного труда и жизни, ставитъ въ своей дѣятельности государственной важности цѣли и заданія,

2) осуществленію которыхъ должно предшествовать всестороннее изученіе установленными наукой методами изслѣдованія многообразныхъ явленій, условій, обстановки и т. д., создающихъ въ общей сложности жизнь рѣки во всѣхъ ея проявленіяхъ.

3) Столь серьезныя задачи для успѣшнаго выполненія требуютъ благопріятныхъ условій, чего въ дѣйствительности не имѣется, а именно:

4) санитарные участки чрезвычайно и непосильно велики;

5) существующія средства передвиженія чиновъ санитарнаго надзора чрезвычайно неудовлетворительны какъ въ отношеніи непродуктивной траты громаднаго количества времени при разъѣздахъ, такъ и въ смыслѣ невозможности при помощи ихъ въ полной мѣрѣ осуществлять надзоръ и изслѣдованія;

6) существующія смѣтныя ассигнованія на содержаніе амбулаторій и лабораторій по мѣстнымъ условіямъ настолько недостаточны, что не представляется возможности при наличіи ихъ приступить къ устройству этихъ учрежденій;

7) содержаніе чиновъ врачебно-санитарнаго надзора, несмотря на то, что ихъ служба протекаетъ въ тяжелыхъ условіяхъ отдаленной мѣстности, приравнена къ Казанскому округу, находящемуся въ Европейской Россіи; оно по условіямъ чрезмѣрной дороговизны жизни въ Приамурскомъ краѣ на-

столько недостаточно, что на установленные оклады фельдшеровъ школьныхъ достать нельзя, даже съ трудомъ соглашаются ротные, врачи же держатся пока лишь благодаря исключительнымъ условіямъ;

8) фельдшера, какъ помощники врачей, могутъ быть командируемы по линіи, однако отсутствіе разъѣздныхъ служитъ препятствіемъ къ тому;

9) по условіямъ почтовыхъ сообщеній края является необходимымъ широкое пользованіе телеграфомъ, поэтому существующаго нынѣ ассигнованія по 100 рублей въ годъ на канцелярскіе расходы на участокъ и на врачебно-санитарную часть совершенно недостаточно;

10) потребность въ выпискѣ по гигіенѣ и санитаріи журналовъ и пріобрѣтенія руководствъ и справочниковъ по спеціальности не удовлетверена, благодаря отсутствію на этотъ предметъ ассигнованія и недостаточности канцелярскихъ средствъ;

11) служащіе и рабочіе на водныхъ путяхъ бассейна въ отношеніи медицинской помощи поставлены въ исключительно неблагопріятныя условія;

12) государство, въ жизни котораго водные пути имѣютъ громадное значеніе, должно принять на себя заботу по обезпеченію служащихъ и рабочихъ въ достаточной мѣрѣ лѣчебной помощью;

13) на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна по смѣтнымъ ассигнованіямъ наиболѣе раціональнымъ представляется открытіе, какъ выше признано, 5-го врачебнаго участка и 8-ми фельдшерскихъ дистанціонныхъ пунктовъ;

14) каждый участокъ долженъ быть снабженъ благоустроенной лѣчебницей до 5 коекъ, каждый фельшерскій пунктъ пріемнымъ покоемъ на 1—2 кровати;

15) какъ участки, такъ и фельдшерскіе пункты должны быть обезпечены для персонала казенными квартирами.

Старшій Врачъ
Управленія *Германъ.*

№ 8.

Докладъ д-ра медицины Неводничанскаго на съѣздѣ врачей въ городѣ Хабаровскѣ въ 1913 г.

Лѣчебныя грязи Амурскаго залива.

Неизсякаемыя богатства Приамурскаго края требуютъ изученія и ждутъ эксплоатаціи. Къ числу такихъ богатствъ, по имѣющимся даннымъ, слѣдуетъ отнести лѣчебныя грязи Амурскаго залива, расположенныя въ нѣсколькихъ верстахъ отъ гор. Владивостока, но совершенно неизслѣдованныя до настоящаго времени, несмотря на то, что не только въ краѣ, но и по всему побережью Тихаго океана нѣтъ ни одного морского и грязевого курорта.

Амурскій заливъ врѣзался глубоко въ высокіе, скалистые берега, полосой длиною въ 60 и шириною въ 15 верстъ. Благодаря направленію залива съ юга на сѣверъ, съ легкимъ отклоненіемъ на востокъ и преобладанію въ теченіе всего лѣта южныхъ вѣтровъ, морскія водоросли и другіе органическіе продукты уносятся волною на сѣверъ, гдѣ и осѣдаютъ въ теченіе столѣтій въ слѣпомъ мѣшкѣ, которымъ заканчивается заливъ.

И дѣйствительно, мы видимъ на картѣ, что на сѣверной оконечности залива глубоко въ море узкой косой вдается полуостровъ Эрдмана или Де-Фризъ, который замыкаетъ почти совершенно небольшую круглую бухточку, оставляя проливъ шириною не болѣе 300 саженъ. Длина этого заливчика 6 вер., ширина 4 вер., что составляетъ площадь около 24 кв. верстъ.

Уже въ проливѣ глубина воды 11 фут., но тотчасъ къ сѣверу она быстро мельчаетъ, такъ что во время отлива весь Угловой заливъ представляетъ сплошной слой грязи, едва прикрытый водой въ южной своей половинѣ. Грязь лежитъ сплошнымъ слоемъ, глубиной до 3-хъ аршинъ, что при площади въ 24 кв. версты представитъ огромное богатство, если грязи имѣютъ цѣлебныя свойства. Изъ демонстрируемаго образца вы

видите, что грязь эта представляетъ пластическую, липкую, густую массу темно-сѣраго цвѣта, состоящую изъ очень мелкихъ частицъ, не дающихъ царапинъ.

Запаха почти нѣтъ, вкусъ соленый, слегка горьковатый. Анализъ, сдѣланный во Владивостокской лабораторіи химикомъ Г. Ольшевскимъ, даетъ слѣдующіе результаты:

При химическомъ изслѣдованіи найдено %%:

Воды	23,4
Твердыхъ веществъ	76,6
Въ томъ числѣ растворимыхъ въ водѣ веществъ	1,976
Потеря при прокаливаніи сухой грязи	4,3

Растворимое въ водѣ вещество содержитъ %%:

Хлористаго натрія	1,4160
„ калія	0,0210
„ магнія	0,3456
Сѣрнокислаго кальція	0,0692
Органическихъ веществъ	0,1012
Брома (въ видѣ соли)	слѣды.

Въ нерастворимой въ водѣ части высушенной грязи найдено %%:

Общаго количества азота	0,4200
Амиднаго азота	0,0800
Выдѣленнаго сѣрнистаго водорода (что соотвѣтствуетъ 0,0463% сѣрнистаго желѣза)	0,0179
Углекислоты	10,9742
Органическаго углерода	0,8600
Сѣры	0,0600
Жировъ	0,2600
Іода (въ видѣ солей)	ничтожные слѣды.

Соляная кислота извлекаетъ изъ 100 частей высушенной грязи 8,541 частей, остальныя 91,459 частей состоятъ изъ песка и глины.

Растворимыя въ соляной кислотѣ вещества содержатъ %%:

Извести	4,899
Магнезіи	2,372
Окиси желѣза	0,720
Глинозема	0,550

Заключеніе г-на Ольшевскаго: „грязь эта должна быть причислена къ соляносѣрнистымъ цѣлебнымъ грязямъ, и въ виду того, что она не имѣетъ никакого запаха и представляетъ мягкую, эластичную и не царапающую массу, то, принимая во вниманіе мнѣніе д-ра Коппе, грязь эта можетъ считаться идеальною".

Остается открытымъ вопросъ о радіоактивности грязи, объ ея эманаціи; это вопросъ важный, но видимо отвѣтъ долженъ быть положительнымъ, принимая во вниманіе высокія физическія и химическія ея качества.

Однако Угловой бухтой далеко не исчерпывается богатство грязей Амурскаго залива; на западномъ его берегу по бокамъ такъ называемаго Песчанаго полуострова вы видите два лимана, глубоко врѣзывающіеся въ материкъ: Песчаный и Мелководный.

Площадь перваго около $4^1|_2$ и второго—6 квадр. верстъ. Оба настолько мелководны, что во время отлива совершенно обнажаются и представляютъ слой грязи въ нѣсколько аршинъ толщиною.

Изъ представленныхъ образчиковъ вы видите, что грязь здѣсь совершенно другого свойства, чѣмъ въ Угловомъ лиманѣ; она такъ же масляниста, эластична, какъ и та, но совершенно чернаго цвѣта и издаетъ рѣзкій запахъ сѣро-водорода, въ особенности въ Песчаной бухтѣ. Поверхность этихъ лимановъ всегда покрыта пузырьками газовъ, удушливыхъ по своему запаху. Химическаго изслѣдованія грязей до сихъ поръ произведено не было, но, по моему мнѣнію, цѣлебныя ихъ свойства не подлежатъ сомнѣнію.

Принявъ во вниманіе легкую доставку грязей моремъ, при устройствѣ курорта можно комбинировать лѣченіе тѣми и другими, видимо совершенно разными по химическому составу, грязями Есть еще въ Амурскомъ заливѣ богатыя залежи грязей—это лиманъ устья р. Суйфунъ, но мнѣ не удалось представить вамъ образчиковъ этихъ грязей.

Самымъ удобнымъ для устройства курорта является Угловой лиманъ, гдѣ желѣзная дорога прилегаетъ прямо къ заливу, имѣется желѣзнодорожная станція и мѣстность благопріятствуетъ устройству лѣчебницы, куда больные могутъ стекаться съ сосѣднихъ дачныхъ мѣстъ: станціи Океанской, Сѣданки и др. Климатъ Владивостока нужно считать также вполнѣ благопріятнымъ: іюнь, іюль и августъ жаркіе мѣсяцы;

при устройствѣ же закрытаго курорта, какъ это дѣлается во всей Европѣ, кромѣ нѣсколькихъ курортовъ Крыма, пользоваться грязями можно въ теченіе 6 лѣтнихъ мѣсяцевъ.

Остановка—за подробнымъ изученіемъ свойствъ грязей и эксплоатаціей ихъ. Нужны иниціаторы и нужны деньги.

Ф. Неводничанскій.

№ 9.

Докладъ А. Б. Моисеева.

Причины и слѣдствія высокой дѣтской смертности у переселенцевъ.

Ненормальныя условія передвиженія и водворенія переселенцевъ создаютъ благопріятныя причины для чрезвычайно высокой степени заболѣваемости и смертности ихъ дѣтей. По вычисленію доктора Анастасьева, за послѣдніе годы желѣзнодорожной доставки переселенцевъ общій коэффиціентъ ихъ заболѣваемости въ пути равняется 79% за мѣсяцъ, т. е. въ 15 разъ болѣе, чѣмъ среди осѣдлаго населенія Россіи. А перевозка переселенцевъ моремъ черезъ Одессу, имѣвшая мѣсто въ начальныхъ степеняхъ колонизаціи „Приамурья", давала прямо чудовищныя цифры одной лишь только смертности. На 55000 переселенцевъ, доставленныхъ пароходами Добровольнаго Флота съ 1883 по 1902 г., умерло 1191 человѣкъ исключительно дѣтей.

Это за 43 дня морского перехода въ среднемъ выводѣ!

Если привести эти цифры къ годовому періоду, получимъ коэффиціентъ смертности въ 170,1 на тысячу. Слѣдуетъ отмѣтить, что за то же время перевозки родилось 219 человѣкъ, что даетъ коэффиціентъ рождаемости въ 31,3 на тысячу.

А. А. Меньщиковъ въ своемъ изслѣдованіи по демографіи сельскаго населенія Приморской области пишетъ: «По даннымъ Буссе, смертность въ пути при перевозкѣ переселенцевъ моремъ въ періодъ 1883—1891 г. достигла 163,3 на 1000 населенія въ годъ. У профессора Исаева находимъ указанія, что смертность въ пути въ 80-хъ годахъ среди переселенцевъ, слѣдовавшихъ черезъ Екатеринбургъ– Тюмень, достигла поразительной высоты, выражаясь 151,00 на 1000 въ годъ, т. е. если бы условія, сопровождавшія переселенцевъ, продолжались въ теченіе 8—9 мѣсяцевъ, къ конечному пункту не пришло бы ни одного переселенца".

Личныя статистическія изслѣдованія А. А. Меньщикова приводятъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: смертность у новоселовъ въ пути въ 1906—1908 г. опредѣлилась:

у переселенцевъ 1906 г.—81,0 на 1000 душъ въ годъ,
„ „ 1907 „—90,4 „ „ „ „ „
„ „ 1908 „—76,0 „ „ „ обоего пола въ годъ.

Возрастное отношеніе умершихъ по тому же автору таково: до 1 года около 400 на 1000 человѣкъ, отъ 1 до 5 лѣтъ—40 на 1000 человѣкъ и свыше (60—80).

Прочіе возрасты даютъ сравнительно ничтожный процентъ смертности.

Столь высокая степень заболѣваемости и смертности переселенцевъ въ пути объясняется прежде всего отсутствіемъ санитарно-предупредительныхъ мѣропріятій при посадкѣ переселенцевъ, а равно и во время ихъ движенія и остановокъ на крупныхъ узловыхъ пунктахъ

Вотъ что пишетъ докторъ Кирилловъ по поводу перевозки переселенцевъ моремъ: «Строгаго карантина въ Одессѣ не было, осматривались лишь тщательно сами переселенцы при посадкѣ. Въ Красномъ морѣ уже появились корь, скарлатина, оспа и дифтеритъ. Заболѣвшимъ нехватало спеціально назначеннаго помѣщенія на пароходахъ, вслѣдствіе чего происходила усиленная заболѣваемость и смертность дѣтей».

Это было 30 лѣтъ тому назадъ, но какъ ни странно, почти тотъ же санитарный порядокъ наблюдается и при нынѣшнемъ способѣ желѣзнодорожной перевозки. То же отсутствіе радикальныхъ карантинныхъ мѣропріятій при посадкѣ переселенцевъ въ вагоны и то же отсутствіе надежныхъ дезинфекціонныхъ воротъ на крупныхъ узловыхъ пунктахъ и на конечныхъ станціяхъ длиннаго переселенческаго пути. Скученность населенія пароходныхъ трюмовъ прежняго времени теперь, къ сожалѣнію, почти въ равной мѣрѣ компенсируется неблагопріятными атмосферными и температурными вліяніями перевозки переселенцевъ ранней весной въ неприспособленныхъ вагонахъ-теплушкахъ. Возможная и осуществляемая изоляція изъ вагоновъ заболѣвшихъ также мало помогаетъ дѣлу. Во первыхъ потому, что не всѣ больные изолируются: не высаживаютъ коревыхъ, много инфекціонныхъ остается скрытыми. Затѣмъ въ смыслѣ профилактики, изоляціонная мѣра совершенно парализуется отсутствіемъ обсерваціи для сосѣдей больного по вагону для вылавливанія находящихся въ инку-

бацiи и полнымъ отсутствiемъ радикальной дезинфекцiи переселенческаго скарба.

Нечего удивляться послѣ этого, что инфекцiя, погруженная въ вагоны гдѣ либо, положимъ, въ Кiевской губ., благополучно путешествуетъ по всему длинному рельсовому пути до конечныхъ станцiй—Владивостока и Хабаровска.

Пишущему эти строки при встрѣчѣ переселенческихъ поѣздовъ въ Хабаровскѣ, гдѣ уже происходитъ окончательная разгрузка вагоновъ отъ живого и мертваго содержимаго, почти всегда приходится наблюдать дальныхъ заразныхъ дѣтей и открытыхъ (корь) и скрытыхъ, запрятанныхъ (скарлатина, а иногда и оспа). Частенько наблюдать приходится, какъ вмѣсто больныхъ, которые ожидаются по телеграфнымъ извѣщенiямъ, выгружаютъ трупики дѣтей, которыя не успѣли доѣхать живыми.

Влiянiе ненормальныхъ условiй движенiя служитъ причиной къ продолженiю болѣзни на мѣстахъ ихъ окончательной остановки. И здѣсь такъ же, какъ и въ пути, болѣютъ главнымъ образомъ заразными болѣзнями и преимущественно дѣти.

Вотъ таблица распредѣленiя дѣтскихъ инфекцiонныхъ заболѣванiй по Приморскому переселенческому раiону за 5 послѣднихъ лѣтъ:

БОЛѢЗНИ.	Число случаевъ за годъ.					ИТОГО.	% заболѣв. дѣтей ко всѣмъ дѣтскимъ инфекц. болѣзням.
	1908	1909	1910	1911	1912		
Оспа натуральная . .	76	69	34	135	19	333	2,1
„ вѣтреная	—	57	72	66	95	290	1,8
Корь	247	564	610	497	1229	3147	19,9
Скарлатина	38	99	107	68	312	624	3,9
Коклюшъ	65	411	642	754	1406	3278	20,7
Дифтерiя	40	1500	108	133	157	1938	14,8
Эпидемическiй гастроэмперитъ	636	1529	1132	1000	835	5132	32,4
Заушница	119	169	247	184	347	1066	6,7

Изъ нихъ, какъ видимъ, первое мѣсто занимаетъ эпидемическiй гастроэмперитъ—32,4% на общее количество заболѣванiй инфекцiонными болѣзнями. Затѣмъ идетъ коклюшъ, давшiй 20,7. Третье мѣсто занимаетъ корь, давшая 19,9%,

Далѣе идутъ: дифтерія—14,8%, заушница—6,7%, оспа—2,1%, оспа вѣтреная—1,8%.

Общая заболѣваемость заразными болѣзнями въ переселенческихъ больницахъ Приморскаго раіона за послѣднія пять лѣтъ составляетъ 34,6% всѣхъ прочихъ болѣзней при 10% общей смертности отъ этихъ болѣзней. Теперь, если принять во вниманіе то обстоятельство, что въ условіяхъ нашей работы дѣтскія болѣзни суть преимущественно инфекціонныя, и то, что дѣти среди регистрируемыхъ въ амбулаторіяхъ переселенцевъ составляютъ почти одну треть:

Въ 1909 году въ амбулаторіяхъ Приморскаго раіона было принято первично:

мужчинъ	28064
женщинъ	23739
дѣтей	26282

Въ 1910 году:

мужчинъ	41081
женщинъ	39617
дѣтей	41081

Можно прійти къ заключенію, что почти вся тяжесть инфекціи ложится на неприспособленные, слабые и мало устойчивые дѣтскіе организмы. И чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ значительнѣе для него опасность заболѣть и не справиться со своей болѣзнью среди пагубныхъ условій переселенія. Вѣдь уже какъ съ неизбѣжнымъ фактомъ считаются, что въ первый годъ по прибытіи въ край переселенцы почти поголовно теряютъ грудныхъ дѣтей.

Я помню, что въ началѣ своей службы переселенческимъ врачемъ при объѣздѣ селеній новоселовъ, я прежде всего былъ пораженъ почти полнымъ отсутствіемъ маленькихъ дѣтей у переселенцевъ.

Статистика переселенческаго дѣла уже давно подчеркнула это печальное явленіе. По поводу колоссальной дѣтской смертности въ пути мы уже говорили въ началѣ настоящаго сообщенія. Предлагаемыя таблицы иллюстрируютъ, какъ протекаютъ дѣтскія инфекціонныя болѣзни на остановочныхъ и конечныхъ пунктахъ движенія переселенцевъ за послѣдніе 4 года и какъ велика дѣтская смертность въ переселенческихъ больницахъ.

Въ переселенческихъ больницахъ Приморской области всего за 4 года:

Болѣзни.	Заболѣло.	Умерло.
Оспа	73	20—28%
Оспа вѣтреная	48	1— 2%
Корь	1133	188—17%
Скарлатина	175	46—38%
Коклюшъ	78	3— 4%
Дифтерія	171	37—22%
Эпид. гастр.	62	7— 9%

Изъ 806 человѣкъ, умершихъ въ Хабаровской переселенческой больницѣ съ 4 мая 1901 года по 12 августа 1913 года, на долю дѣтей, умершихъ

отъ кори приходится	291	сл.
„ дѣтскаго поноса	185	„
„ дифтеріи	34	„
„ оспы	8	„
„ скарлатины	25	„
„ коклюша	2	„
Всего	525	чел.

Попробуемъ же теперь разобраться въ причинахъ столь печальнаго явленія, посмотримъ, какія инфекціи являются наиболѣе страшными для дѣтей и насколько, дѣйствительно, онѣ являются неизбѣжными.

Изъ инфекціонныхъ болѣзней на первое мѣсто безусловно должна быть поставлена корь. Это—по общепринятому взгляду невинное заболѣваніе, которое въ условіяхъ переселенческой жизни по количеству уносимыхъ ею жертвъ можетъ быть приравнено къ эпидеміи азіатской холеры.

Какимъ зломъ является корь среди переселенцевъ въ пути, видно изъ таблицы, заимствуемой нами изъ доклада доктора Анастасьева, читаннаго на съѣздѣ переселенческихъ врачей въ Иркутскѣ въ 1911 году.

Названіе болѣзней.	Заболѣло всего.	Умерло всего.	% умершихъ къ заболѣвш. данной инфекціей.	% умершихъ отъ данной инфекціи ко всѣмъ умершимъ отъ зараз. болѣз.
1908 годъ.				
Оспа	8	1	12,5	2,9
Корь	115	24	20,8	69,0
Скарлатина . . .	17	3	17,9	8,9
Дифтерія	8	3	37,5	8,9
Тифъ	106	4	3,7	11,7
1909 годъ.				
Оспа	36	10	27,9	15,0
Корь	232	18	7,7	28,1
Скарлатина . . .	41	16	39,0	25,0
Дифтерія	25	10	40,0	15,6
Тифъ	82	7	8,5	10,9
1910 годъ.				
Оспа	98	13	13,2	7,9
Корь	721	105	14,5	61,9
Скарлатина . . .	64	9	14,0	5,3
Дифтерія	85	35	41,2	20,6
Тифъ	150	5	3,3	2,9

Докторъ Анастасьевъ находитъ, что изъ 75% смертности отъ заразныхъ болѣзней на общую смертность переселенцевъ въ пути въ нѣкоторые годы (1908, 1910) на долю кори приходится 61,9—69%%. Иными словами, корь у переселенцевъ въ пути является почти исключительной причиной смерти дѣтей, оставляя прочимъ инфекціямъ лишь незначительное количество жертвъ—5—12%%. При этомъ надо

имѣть въ виду, что докторъ Анастасьевъ выдѣляетъ дѣтскіе эпидемическіе гастроэнтериты въ особую группу заразныхъ болѣзней.

По отношенію къ заболѣваемости смертность отъ кори по доктору Анастасьеву колеблется отъ 14 до 50 %, главнымъ образомъ въ зависимости отъ температурныхъ вліяній на движущуюся переселенческую волну.

Опустошая на половину дѣтскіе ряды переселенцевъ по дорогѣ, корь ничуть не умаляетъ своей вредоносной дѣятельности и на конечныхъ станціяхъ движенія, на переселенческихъ пунктахъ.

Въ приведенной нами таблицѣ распредѣленія дѣтскихъ заболѣваній корь занимаетъ третье мѣсто послѣ эпидемическаго гастроэнтерита и коклюша. Въ приведенной нами таблицѣ смертности корь занимаетъ даже четвертое мѣсто. Но это лишь относительное ея значеніе. Абсолютныя цифры смертности отъ кори при поголовномъ почти заболѣваніи ею огромны и далеко превышаютъ отмѣтки о смерти всѣхъ прочихъ заразныхъ болѣзней даже взятыхъ вмѣстѣ. Это видно по вышеприведенному подсчету смертности Хабаровской переселенческой больницы, гдѣ на 525 случаевъ смерти дѣтей отъ инфекціонныхъ болѣзней почти 300 случаевъ приходится на долю кори.

Движеніе коревыхъ въ Хабаровской переселенческой больницѣ за послѣднее пятилѣтіе выразилось въ слѣдующемъ видѣ:

Годы.	Болѣло.	Умерло.
1908	21	2
1909	144	29
1910	99	25
1911	66	4
1912	295	65
Всего	625	125

Это составляетъ ровно 20 % смертности. Но вѣдь надо принять во вниманіе, что этотъ, тоже высокій процентъ

смертности, относится къ стаціонарнымъ коревымъ, которые проводили болѣзнь въ больницѣ, пользовались соотвѣтственнымъ режимомъ, уходомъ, лѣченіемъ.

За тотъ же пятилѣтній промежутокъ времени Хабаровская переселенческая больница амбулаторно зарегистрировала гораздо больше, а именно 1049 человѣкъ.

Каково же было положеніе тѣхъ 500 дѣтей, которыя по тѣмъ или другимъ причинамъ (заболѣли по дорогѣ съ пункта на участки, или на участкахъ) проводили корь внѣ больницы. Изъ практики можно сказать, что смертность среди нихъ была по крайней мѣрѣ вдвое больше той, которая наблюдалась въ больницѣ. Суммируя вышеозначенныя обстоятельства, мы найдемъ смертность для кори не меньше, чѣмъ въ 30 %. Непосредственной причиной смерти при кори обыкновенно служитъ осложненіе въ видѣ катаральной пневмоніи, которая даже въ благопріятныхъ условіяхъ даетъ очень высокій процентъ смертности.

Докторъ Прибылевъ по матеріаламъ Софійской дѣтской больницы въ Москвѣ опредѣляетъ смертность отъ катаральной пневмоніи у дѣтей до 2-хъ лѣтъ въ 46,6 %.

Второе мѣсто по количеству смертныхъ случаевъ у дѣтей несомнѣнно занимаетъ эпидемическій гастроэнтеритъ, лѣтніе дѣтскіе поносы, на почвѣ нераціональнаго питанія и общаго режима. Точно опредѣлить состояніе смертности отъ этой категоріи заболѣваній очень затруднительно, такъ какъ въ отчетныхъ данныхъ эпидемическіе гастроэнтериты проводятся въ графѣ мѣстныхъ заболѣваній кишечника. Но, принимая во вниманіе, что лѣтніе дѣтскіе поносы служатъ главной причиной дѣтской смертности въ Россіи вообще, почти съ достовѣрностью можно сказать, что отъ поносовъ умираетъ дѣтей не меньше, чѣмъ отъ кори.

Разница между этими двумя категоріями болѣзней и смертности заключается лишь въ томъ, что къ вымиранію дѣтей отъ поносовъ мы уже какъ то привыкли; это зло является общероссійскимъ: оно и въ крестьянствѣ, оно и у фабричныхъ рабочихъ, у которыхъ по послѣднимъ статистическимъ изслѣдованіямъ отъ болѣзней желудочно-кишечнаго тракта изъ дѣтей до 1-го года умираетъ 59—64 %. А корь— иное дѣло! Здѣсь, несомнѣнно, мы впервые встрѣчаемся съ такимъ явленіемъ. Несомнѣнно, что лишь переселенцы имѣютъ такую печальную привилегію по смертности отъ кори.

Остальныя инфекціонныя болѣзни не являются особенно

опустошительными среди переселенцевъ, во-первыхъ по сравнительно малому абсолютному числу заболѣваній, несмотря на высокій процентъ смертности (оспа, скарлатина, дифтерія), во-вторыхъ по сравнительной легкости теченія (коклюшъ).

По приведенной таблицѣ смертности дѣтей за послѣдніе 4 года въ переселенческихъ больницахъ Приморской области находится всего 107 смертныхъ случаевъ въ общей сложности отъ оспы, вѣтреной оспы, скарлатины, дифтеріи, коклюша.

Мы разсмотрѣли движеніе дѣтскихъ инфекціонныхъ болѣзней въ пути и на переселенческихъ пунктахъ. Посмотримъ теперь, какъ проявляются эти болѣзни на мѣстахъ водворенія, на переселенческихъ участкахъ.

Вотъ что пишетъ по этому поводу докторъ Кирилловъ изъ практики переселенческаго дѣла въ 80-хъ и 90-хъ годахъ:

«По водвореніи на мѣстѣ эпидемія быстро прекращалась благодаря невольной «изоляціи» какъ вслѣдствіе большихъ разстояній между селами, такъ и вслѣдствіе широкой планировки улицъ и усадебъ, раскиданности строеній примѣнительно къ топографіи заболоченной мѣстности или по этнографическимъ причинамъ—желаніе выходцевъ разнохарактерныхъ губерній садиться отдѣльными группами».

Это замѣчательное явленіе, къ счастью, почти въ полной мѣрѣ сохранилось и до настоящаго времени. И я думаю, что практика переселенческихъ врачей богата примѣрами, какъ быстро прекращались дѣтскія инфекціонныя болѣзни послѣ водворенія переселенцевъ на участки.

Здѣсь несомнѣнно большую роль играютъ условія жизни новоселовъ, на которыя ссылается докторъ Кирилловъ. Но несомнѣнно также и то, что въ числѣ причинъ имѣется слѣдующее: переселенческія дѣти, которыя сумѣли сохранить жизнь и здоровье за весь длинный путь и пребываніе на остановочныхъ пунктахъ до водворенія на участки включительно, уже настолько иммунизированы противъ всякаго рода дѣтскихъ инфекцій, что болѣть имъ самимъ больше уже ничѣмъ не остается. Но они со своимъ зараженнымъ скарбомъ часто несутъ опасность другимъ дѣтямъ ранѣе водворившихся новоселовъ, затѣмъ старожиламъ.

Этимъ и объясняются ежегодныя вспышки дѣтскихъ инфекціонныхъ болѣзней на участкахъ въ періодъ движенія и водворенія переселенцевъ.

Впрочемъ, бываютъ случаи, правда рѣдкіе, что какое либо инфекціонное начало среди переселенцевъ остается ля-

тентнымъ въ дорогѣ, щадитъ дѣтей на остановочныхъ пунктахъ и проявляется во всю, уже безъ всякой пощады, на мѣстахъ водворенія, на участкахъ. Въ моихъ случаяхъ проявленіе такого рода дѣтской эпидеміи, въ формѣ особенно непріятной въ условіяхъ переселенческаго дѣла, всегда приходилось считаться со скарлатиной. Очевидно, изъ всѣхъ инфекціонныхъ болѣзней одной скарлатинѣ присуще свойство при подходящихъ обстоятельствахъ долгаго сохраненія въ лятентномъ состояніи. Замурованная гдѣ либо въ мѣшкахъ или сундукахъ инфекція сохраняетъ свою вирулентность въ дорогѣ и выходитъ наружу лишь при распаковкѣ багажа на участкахъ. Что такіе случаи, къ счастью, встрѣчаются рѣдко, объясняется несомнѣнно вышеупомянутой невольной «изоляціей» въ техникѣ самого водворенія переселенцевъ на участкахъ. Отдѣльными семьями или небольшими группами семей постепенно они подъѣзжаютъ къ тому участку тайги, который предназначенъ для ихъ будущаго селенія. Отбирая каждый для себя наиболѣе подходящую усадьбу, они тутъ же приступаютъ къ постройкѣ хатъ и небольшими группами въ палаткѣ или куреняхъ устраиваются на временное проживаніе близъ этихъ построекъ.

Тяжела эта жизнь новосела на первыхъ порахъ среди дикой тайги, чуть ли не подъ открытымъ небомъ, но въ то же время она имѣетъ и свою благодѣтельную сторону. Природа здѣсь сама приходитъ на помощь переселенцу по радикальной дезинфекціи его имущества, и то, что въ свое время и на своемъ мѣстѣ не сдѣлала баня и пароформалиновая камера, здѣсь дѣлаетъ щедрое лучами уссурійское солнце, вѣтеръ и дѣвственная почва тайги.

Теперь замѣчается нововведеніе въ самой техникѣ водворенія переселенцевъ на участки: на отдѣльныхъ отъ старожильческой базы участкахъ для первыхъ засельщиковъ на время постройки собственныхъ хатъ Переселенческое Управленіе начинаетъ строить общіе бараки по одному на каждый участокъ. Кто знакомъ съ условіями жизни въ переселенческихъ баракахъ даже на крупныхъ остановочныхъ пунктахъ, тотъ вполнѣ себѣ можетъ представить, что можно ждать отъ этой новой мѣры, сколько грязи тамъ будетъ, какая можетъ быть скученность населенія, сколько инфекцій будетъ туда занесено и сколько живыхъ передатчиковъ заразы—насѣкомыхъ-паразитовъ тамъ разведется.

Можно съ увѣренностью сказать, что это нововведеніе

прибавитъ еще одинъ лишній заразный очагъ—этапъ по пути движенія и водворенія переселенцевъ, а эти общественно-остановочные бараки будутъ очагами инфекціи въ новосельческихъ селеніяхъ.

Какъ отражается на переселенцахъ такая высокая степень заболѣваемости и смертности ихъ дѣтей?

Лично по этому поводу у меня составилось такое впечатлѣніе. О гибели мелкихъ дѣтей, особенно, если то дѣвочки, переселенцы почти не выражаютъ сожалѣнія. Они горюютъ лишь о смерти взрослыхъ работниковъ и дѣтей-мальчиковъ до приписки. Таково, къ сожалѣнію, относительное понятіе цѣнности жизни у переселенцевъ. Соображенія экономическія и матеріальное благополучіе идутъ у нихъ впереди здоровья и жизни родныхъ дѣтей.

Но несомнѣнно, что такая высокая дѣтская смертность должна имѣть громадное значеніе въ экономикѣ молодого конструируемаго края.

Статистикъ Приморскаго переселенческаго раіона А. А. Меньщиковъ, труды котораго мы уже выше цитировали, въ своемъ докладѣ на съѣздѣ сельскихъ хозяевъ въ гор. Никольскѣ-Уссурійскомъ въ ноябрѣ 1912 года привелъ между прочимъ слѣдующую интересную таблицу, рисующую послѣдовательный ходъ эволюціи возрастнаго состава населенія Приморской области старожиловъ и новоселовъ.

Въ % %.					
Возрасты.	До 8 лѣтъ.	Отъ 8—13 лѣтъ.	Отъ 13 до 17 лѣтъ.	Отъ 17 до 45 лѣтъ.	Старше 45-ти лѣтъ.
Ряды.	1	2	3	4	5
МУЖЧИНЫ.					
Группы:					
I	28,4	15,5	10,4	35,6	10,1
II	30,6	14,2	9,9	31,2	14,1
III	30,5	12,7	7,6	33,9	15,3
IV	30,4	11,3	8,2	35,3	14,8
V	28,9	13,1	8,8	36,9	12,3
ЖЕНЩИНЫ.					
Группы:					
I	31,4	13,5	9,0	33,4	12,7
II	31,4	13,7	8,3	31,0	15,6
III	31,9	12,3	6,3	32,3	17,2
IV	32,2	11,3	7,2	33,3	16,0
V	31,6	12,6	7,3	34,5	14,0

Дѣленіе по возрастамъ понятно. Дѣленіе по группамъ требуетъ объясненія:

I группа—водворившіеся въ краѣ до 1882 года (прибывали сухимъ путемъ. Выходцы Забайкалья и Амурской обл).

II группа—водворившіеся съ 1883 по 1895 г. Переселенцы прибывали моремъ.

III группа—водворившіеся съ 1896 по 1900 г. Переселенцы прибывали моремъ.

IV группа—водворившіеся съ 1901 по 1905 годъ.

V группа—водворившіеся съ 1906 года по 1910. IV и V группа переселенцевъ прибывали уже по желѣзной дорогѣ—Китайской и Уссурійской.

Отмѣтки V группы переселенцевъ, только что водворившихся въ краѣ, даютъ характерный рядъ возврастнаго состава населенія этой категоріи новоселовъ.

Мы видѣли, какъ пониженъ у нихъ процентный составъ дѣтей до 8 лѣтняго возраста. Онъ почти на два процента ниже того же ряда вышестоящей IV группы переселенцевъ, прожившихъ въ краѣ 5—10 лѣтъ.

Изъ этой же таблицы мы видимъ, какъ «минимумъ» дѣтей V группы переходитъ въ «минимумъ» взрослыхъ цвѣтущаго возраста въ категоріи населенія II группы, уже прожившихъ въ краѣ 20—25 лѣтъ. Иными словами, непомѣрно высокая дѣтская смертность, наблюдаемая за все время движенія переселенцевъ въ Приамурскій край, приблизительно черезъ четверть вѣка сказывается значительнымъ пониженіемъ рабочаго элемента цвѣтущаго возраста въ населеніи.

А. А. Меньщиковъ въ упомянутомъ выше докладѣ доказываетъ, что даже при учетѣ значенія труда женщинъ, дѣтей и подростковъ въ крестьянскомъ хозяйствѣ, къ цифрамъ, опредѣляющимъ недостатокъ рабочихъ въ старожильческомъ населеніи (IV группа приведенной таблицы), сумма недостающихъ рабочихъ въ старожильческомъ населеніи опредѣлится не ниже 20—25 тысячъ человѣкъ на населеніе обѣихъ областей. «Отсюда, по его мнѣнію, становится понятна острота рабочаго и въ частности желтаго вопроса въ Приамурьѣ».

По вопросу о соотношеніи между заболѣваемостью и смертностью между дѣтьми и взрослыми во время движенія и водворенія переселенцевъ, хотя къ сожалѣнію и нѣтъ точныхъ статистическихъ изслѣдованій, но и приблизительныя сужденія по этому вопросу на основаніи наличной литературы и впечатлѣнія лицъ, работающихъ въ этой области, можно прійти

къ заключенію, что смертность взрослыхъ является незначительной, что величина ея совершенно тонетъ въ общей массѣ смертности дѣтской.

По одному изъ изслѣдованій Буссе, смертность взрослыхъ въ пути составляетъ лишь 5 % дѣтской смертности (17 случаевъ на 340).

По вышеприведенной таблицѣ доктора Анастасьева, если отнести смертность отъ тифа исключительно взрослымъ, а отъ оспы, кори, скарлатины и дифтеріи исключительно дѣтямъ, выйдетъ 16 случаевъ смерти взрослыхъ на 247 случаевъ дѣтской смертности.

Это въ пути. Но то же соотношеніе несомнѣнно наблюдается и при водвореніи переселенцевъ на участки. Совершенно одинаковыя причины должны вызывать одни и тѣ же слѣдствія. Въ таблицѣ доктора Кириллова, распредѣлившаго инфекціонныя заболѣванія по Приморскому переселенческому раіону за пять лѣтъ (1908—1912), по даннымъ амбулаторіи, первое мѣсто занимаетъ гриппъ, давшій—235,4 pro mille по отношенію къ общему количеству инфекціонныхъ случаевъ. Но, во первыхъ, это—болѣзнь преимущественно взрослыхъ. Затѣмъ, амбулаторіи Приморскаго переселенческаго раіона регистрируютъ наравнѣ съ переселенцами также новоселовъ, старожиловъ и проч. населеніе. Наконецъ, при учетѣ смертности, гриппъ, какъ таковой, долженъ быть совершенно не принятъ во вниманіе. Второе мѣсто въ той же таблицѣ занимаетъ острый сочленовный ревматизмъ, давшій 111,5 pro mille заболѣваній. Третье—цинга, давшая 75,6 ‰. Четвертое — крупозная пневмонія — 55,8 ‰. И только послѣ этого идетъ цѣлый рядъ дѣтскихъ инфекціонныхъ заболѣваній — эпидемическій гастроэнтеритъ 66,4 ‰, коклюшъ — 42,4 % %, корь — 40 ‰, дифтерія — 25 ‰ и проч.

Но такъ какъ эти данныя относятся къ категоріи уже осѣвшаго, даже старожильческаго населенія, то, понятно, по нимъ нельзя судить о соотношеніи между заболѣваемостью у взрослыхъ и дѣтей среди переселенцевъ. Эти данныя лишь косвенно должны подтвердить наше положеніе. Высокая дѣтская заболѣваемость и смертность наблюдаются лишь при движеніи и водвореніи. По мѣрѣ же устройства переселенцевъ на мѣстахъ на первый планъ выступаетъ заболѣваемость и смертность взрослыхъ. И это вполнѣ понятно, если принять во вниманіе климатическія, почвенныя условія и пищевой режимъ переселенца въ первые одинъ—два года водворенія на участкахъ.

Корь, скарлатина, коклюшъ здѣсь замѣняются цингой, тифомъ, острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ, крупозной пневмоніей и вмѣсто бездѣтныхъ семей періода водворенія появляются осиротѣлыя дѣти новоселовъ.

Кокова же должна быть борьба съ заболѣваемостью и высокой дѣтской смертностью среди переселенцевъ и новоселовъ?

И что нужно сдѣлать, чтобы до минимума свести заболѣваемость и смертность дѣтей въ пути и на остановочныхъ пунктахъ, до минимума, не превышающаго обыкновеннаго процента заболѣваемости и смертности обще-пассажирскаго движенія?

Для всего этого требуется кореннымъ образомъ улучшить санитарію переселенческаго движенія:

a) На первомъ планѣ по пути этого улучшенія должна быть поставлена забота объ устройствѣ надежныхъ карантинно-дезинфекціонныхъ пунктовъ при первоначальной посадкѣ переселенцевъ въ вагоны, а также на крупныхъ узловыхъ станціяхъ Сибирской жел. дор.

b) Особенно необходимо устройство такихъ санитарныхъ воротъ при въѣздѣ въ Приамурье.

c) Каждый изъ такихъ пунктовъ долженъ имѣть большую баню, прачечную и пароформалиновую камеру.

d) Вагоны-теплушки обязательно должны быть замѣнены вагонами пассажирскими 4-го класса съ приводной теплой водой, съ приспособленными помѣщеніями для прачечной и съ клозетами съ подвѣсными ведрами.

e) Изоляція должна быть распространена на всѣ инфекціонныя болѣзни. Особенно на корь, даже въ инкубаціонномъ и въ періодѣ ея предвѣстниковъ.

f) Послѣ каждаго случая кори и проч. инфекціонныхъ болѣзней вагонъ и багажъ переселенцевъ должны быть подвергнуты самой тщательной дезинфекціи, а сами переселенцы закарантинированы съ продовольствіемъ на казенный счетъ.

g) Корь слѣдуетъ считать самой опасной изъ всѣхъ дѣтскихъ инфекціонныхъ болѣзней, крупнѣйшимъ зломъ переселенческаго движенія. Мѣрою изоляціи кори выиграетъ не только профилактика, но и терапія.

h) Скученность на остановочныхъ пунктахъ движенія недопустима.

i) Обязательное безплатное питаніе дѣтей до 10-ти лѣтъ должно быть примѣнено и на остановочныхъ пунктахъ въ теченіе двухъ недѣль со дня прибытія.

j) Общественно-остановочные дома на участкахъ съ санитарной точки зрѣнія считать недопустимыми.

А. Моисеевъ.

№ 10.

Докладъ П. А. Щербачева.

Къ вопросу о законодательствѣ для душевно-больныхъ.

Въ Россіи въ дѣлѣ лѣченія и призрѣнія душевно-больныхъ очень важенъ указъ Правительствующаго Сената отъ 15 іюля 1875 года за № 29937, на основаніи котораго былъ изданъ циркуляръ Министра Внутреннихъ Дѣлъ за № 1241 отъ 9 февраля 1878 года. Циркуляромъ этимъ требовалось отъ земствъ, чтобы они принимали всѣхъ душевно-больныхъ, не ссылаясь на недостатокъ мѣстъ. Впрочемъ, дальнѣйшими указами подтверждалось, что земства должны призрѣвать лишь тѣхъ душевно-больныхъ, которые признаются опасными или для себя, или для окружающихъ. Благодаря этимъ требованіямъ земства вынуждены были постоянно увеличивать количество мѣстъ для душевно-больныхъ. Переполненіе больницъ, крайне вредно отзывающееся на теченіи больничной жизни и на лѣченіи острыхъ больныхъ, было слѣдствіемъ тѣхъ же указовъ. Во многихъ случаяхъ больницы превратились въ „склады для душевно-больныхъ“ и потеряли всякое терапевтическое значеніе. Покойный Пав. Ив. Якобій возставалъ противъ переполненія больницъ, доказывая, что переполненныя и плохо обставленныя больницы лишь фабрикуютъ неизлѣчимыхъ хрониковъ. На 1 съѣздѣ Русскаго союза психіатровъ докторъ Іогансонъ выступилъ съ докладомъ, въ которомъ призывалъ къ борьбѣ съ тѣснотой, въ которой томятся больные. Онъ предлагалъ установить количество пола, которое потребно для одного больного и не допускать переходить эту норму, требовалъ, чтобы эта норма охранялась закономъ.

Невозможность, вслѣдствіе недостатка матеріальныхъ средствъ, всѣхъ больныхъ помѣщать въ лѣчебныя заведенія выдвинула вопросъ о раздѣленіи больныхъ на требующихъ лѣченія и на хрониковъ, требующихъ лишь призрѣнія. Для той и для другой категоріи стали устраиваться особыя боль-

ницы, колоніи и появилось призрѣніе хрониковъ въ деревенскомъ и городскомъ патронажѣ. Такимъ образомъ появился новый типъ призрѣнія и лѣченія душевно-больныхъ. Вопросы эти, выдвинутые и разработанные главнымъ образомъ земствами, стали приниматься во вниманіе и правительствомъ при постройкѣ новыхъ больницъ. Потребность въ законодательныхъ нормахъ сказывалась на каждомъ шагу, о чемъ говорилось на 1 съѣздѣ Русскаго союза психіатровъ и невропатологовъ. На 2-омъ съѣздѣ докторомъ Ник. Ник. Баженовымъ былъ представленъ проектъ такого законодательства. Въ настоящее время этотъ проектъ разрабатывается и будетъ разсматриваться на 3 съѣздѣ Русскаго союза психіатровъ, который предполагается созвать въ 1914 году.

Докторъ Родіоновъ въ журналѣ „Современная Психіатрія" (V, 1913 г.) возбуждаетъ вопросъ, нужно ли вообще законодательство о душевно-больныхъ. По его мнѣнію, до сихъ поръ даже въ Западной Европѣ считается большимъ вопросомъ, слѣдуетъ ли попеченіе о душевно-больныхъ регулировать посредствомъ особаго закона или посредствомъ правилъ, изданныхъ въ порядкѣ управленія. Если мы даже рѣшили, что все-таки законъ имѣетъ больше преимуществъ, чѣмъ административныя правила, которыя хотя и могутъ скорѣе приспособляться къ жизни, но за то много отводятъ мѣста административному усмотрѣнію, то и тогда надо еще будетъ рѣшить, нужно ли регламентировать законъ до мельчайшихъ подробностей? Можетъ быть правильнѣе было бы посредствомъ закона опредѣлить только основы попеченія о душевно-больныхъ, а все остальное регулировать болѣе гибкими для жизни правилами. Такой взглядъ докторъ Родіоновъ высказываетъ по поводу законопроекта доктора Баженова.

Обязательность пріема опасныхъ душевно-больныхъ и связанное съ нимъ переполненіе больницъ, раздѣленіе лѣчебныхъ заведеній на больницы для лѣченія и на учрежденія для призрѣнія душевно-больныхъ, новыя формы послѣдняго— все это дѣлаетъ законодательство о душевно-больныхъ въ Россіи крайне сложнымъ.

8 марта текущаго года состоялось въ С.-Петербургѣ засѣданіе 2-ой подкомиссіи (врачебная помощь и призрѣніе) Высочайше утвержденной междувѣдомственной комиссіи по пересмотру врачебно-санитарнаго законодательства.

Въ этомъ засѣданіи долженъ былъ быть разсмотрѣнъ

„проектъ правилъ о психіатрическихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ съ постоянными кроватями“.

Правила редактированы въ слѣдующихъ словахъ:

Ст. 1. Лѣчебныя заведенія для душевно-больныхъ подлежатъ дѣйствію устава лѣчебныхъ заведеній Имперіи и настоящихъ правилъ.

Ст. 2. Лѣчебныя заведенія для душевно-больныхъ могутъ имѣть спеціальное назначеніе, а также подраздѣляться по характеру заболѣваній. Для соматическихъ душевно-больныхъ должна быть обезпечена возможность помѣщенія ихъ въ особыя отдѣленія:

Примѣчаніе: Страдающіе туберкулезомъ должны быть изолированы отъ остальныхъ.

Ст. 3. Лѣченіе и содержаніе больныхъ, помѣщаемыхъ по постановленіямъ судебныхъ мѣстъ, по требованію учрежденій по воинской повинности, отбывающихъ наказаніе въ государственныхъ тюрьмахъ и заболѣвшихъ тамъ психически и тѣхъ формъ хроническихъ душевныхъ заболѣваній, которыя опредѣлены въ порядкѣ общегосударственнаго управленія, должны производиться въ государственныхъ окружныхъ психіатрическихъ лѣчебницахъ и тюремныхъ больницахъ, имѣющихъ спеціальную для того обстановку, позволяющихъ вполнѣ изолировать этотъ элементъ отъ остальныхъ больныхъ.

Ст. 4. Пріемъ больныхъ предоставляется рѣшенію главнаго врача по освидѣтельствованіи ихъ во врачебной коллегіи. Актъ освидѣтельствованія при пріемѣ больного хранится при больницѣ.

Ст. 5. Если доставленный въ больницу больной сопровождается отношеніемъ подлежащей власти о необходимости интернированія его, то онъ долженъ быть принятъ, но немедленно подвергнутъ освидѣтельствованію въ больничной врачебной коллегіи. Если при этомъ выяснится отсутствіе для него необходимости пребыванія въ психіатрическомъ заведеніи, то должны быть тотчасъ предприняты указанныя закономъ мѣры для выписки его изъ лѣчебнаго заведенія.

Ст. 6. Выписка больныхъ предоставляется, по освидѣтельствованіи ихъ во врачебной коллегіи, заключенію главнаго врача лѣчебнаго заведенія, о чемъ составляется актъ, сохраняемый при больницѣ. Если родственники или лица, помѣстившія больного, пожелаютъ взять его обратно, несмотря на возможность опасности, проистекающей или для больного,

или для окружающихъ отъ оставленія ими лѣчебнаго заведенія, то главный врачъ, отпуская больного, немедленно извѣщаетъ объ этомъ указанныя закономъ власти.

Ст. 7. О пріемѣ, о выпискѣ или переводѣ въ другія заведенія больныхъ, представляющихъ опасность, а также смерти каждаго больного главный врачъ обязанъ немедленно сообщить указаннымъ закономъ властямъ.

Ст. 8. Въ случаѣ побѣга больного, представляющаго опасность для него или для общества или интернированнаго по распоряженію властей, объ этомъ немедленно извѣщаются указанныя закономъ власти. Послѣднія извѣщаются также о больныхъ, не вернувшихся изъ отпуска, съ указаніемъ, желательно ли ихъ возвратить въ больницу.

Ст. 9. О всѣхъ мѣрахъ механическаго стѣсненія, примѣняемыхъ къ больнымъ, притомъ исключительно по предписанію врача, должна вестись подробная и ежедневная запись въ скорбныхъ листахъ и вноситься въ особую для этого книгу для предъявленія къ обозрѣнію соотвѣтственной инспекціи.

Ст. 10. Каждые полгода главный врачъ обязанъ распорядиться отсылкой властямъ той общественной организаціи, изъ которой происходитъ больной или больные несостоятельнаго класса, свѣдѣнія относительно физическаго и психическаго ихъ состоянія.

Ст. 11. Всѣ письма родныхъ проходятъ черезъ врачей. Главный врачъ обязанъ отправлять по назначенію всѣ письма больныхъ, адресованныя ими указаннымъ на сей предметъ въ законѣ властямъ, а также лицамъ и организаціямъ, помѣстившимъ ихъ въ лѣчебное заведеніе.

Ст. 12. Главному врачу предоставляется рѣшать спорные вопросы о свиданіяхъ съ больными, руководствуясь интересами больныхъ.

Ст. 13. Количество лицъ младшаго медицинскаго и служительскаго персонала должно быть достаточное и условія работы и жизни ни въ коемъ случаѣ не должны вызывать физическаго и психическаго переутомленія.

Ст. 14. Служебный персоналъ долженъ жить отдѣльно отъ больныхъ. Семейныя квартиры не должны помѣщаться въ больничномъ зданіи.

Ст. 15. Больные не могутъ подписывать никакихъ документовъ безъ вѣдома главнаго врача. Ихъ подписи должны быть засвидѣтельствованы больницей.

Бывшіе на засѣданіи психіатры высказали протестъ про-

тивъ такихъ правилъ, такъ какъ они не разрѣшаютъ основныхъ, коренныхъ вопросовъ въ дѣлѣ лѣченія и призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи. Что же это за основные вопросы, на рѣшеніи которыхъ настаиваютъ психіатры? Это тѣ вопросы, съ которыми психіатру приходится встрѣчаться повседневно.

Прежде всего приходится рѣшить вопросъ, кто и въ какой мѣрѣ долженъ заботиться о лѣченіи и кто о призрѣніи душевно-больныхъ. Въ настоящее время законъ не устанавливаетъ, кто изъ душевно-больныхъ, гдѣ долженъ лѣчиться и гдѣ призрѣваться. Опасныхъ душевно-больныхъ администрація можетъ помѣстить въ ближайшую психіатрическую больницу, хотя бы данный больной не принадлежалъ къ тому обществу, на средства котораго она содержится. Это обстоятельство ведетъ къ переполненію больницъ и къ связанному съ этимъ нарушенію правильнаго теченія больничной жизни. Это же обстоятельство породило особый способъ помѣщенія душевнобольныхъ въ лѣчебныя заведенія. Въ Москвѣ, напр., нерѣдко случалось, что родственники привезутъ изъ провинціи психически больного, а затѣмъ бросятъ на произволъ судьбы. Полиція подберетъ его, признаетъ опаснымъ и помѣститъ въ больницу. Въ нашемъ краѣ также практикуется такой способъ помѣщенія больныхъ. Въ иныхъ случаяхъ и удается. Администрація помѣщаетъ лишь опасныхъ душевно-больныхъ. Какихъ больныхъ слѣдуетъ считать опасными? Этотъ вопросъ рѣшается крайне субъективно. При желаніи можно всякаго психически больного человѣка признать опаснымъ или для себя или для окружающихъ. Несомнѣнно, что опасность отъ душевно-больного зависитъ не отъ формы болѣзни, а отъ окружающихъ его обстоятельствъ. Спокойный безобидный прогрессивный паралитикъ можетъ быть опасенъ для себя, разъ онъ находится безъ присмотра. Онъ можетъ пойти и заблудиться, попасть подъ поѣздъ, экипажъ, отморозить себѣ конечности и даже совсѣмъ замерзнуть. Въ то же время параноикъ съ бредомъ преслѣдованія, поставленный въ благопріятную обстановку, можетъ сдѣлаться не опаснымъ и даже пользоваться свободой. Слабоумный отъ рожденія, доведенный до ярости насмѣшками, безусловно опасенъ, но разъ этого не дѣлаютъ, разъ надъ нимъ не смѣются, онъ представляетъ изъ себя самаго мирнаго жителя, ведущаго растительную жизнь. Чтобы рѣшить вопросъ, считать ли даннаго больного опаснымъ или нѣтъ, нужно изучить его, что во многихъ случаяхъ не мо-

жетъ быть сдѣлано во время краткаго освидѣтельствованія. Изъ сказаннаго видно, что критерій опасности отъ больного не можетъ быть поставленъ въ основу для помѣщенія душевнобольного въ лѣчебное заведеніе. Самый первый и самый важный коренной вопросъ, который законъ долженъ рѣшить, это вопросъ объ обезпеченіи потребной для душевно-больныхъ помощи. Въ настоящее время эта помощь недостаточна и неравномѣрна. Вопросъ этотъ очень сложный, такъ какъ сопряженъ съ большими расходами при устройствѣ больницъ, колоній, патронажа какъ со стороны казны, такъ и со стороны общественныхъ организацій. Жизнь психіатрическаго заведенія не можетъ быть регулирована, пока этотъ коренной вопросъ не будетъ разрѣшенъ удовлетворительно. Въ Россіи едва 12% всѣхъ душевно-больныхъ находятъ себѣ психіатрическую помощь. Въ Приморской области, съ населеніемъ въ 500 тыс., если считать больныхъ не менѣе 2 на тысячу, число душевнобольныхъ по подсчету будетъ равно одной тысячѣ человѣкъ. Изъ нихъ требующихъ больничнаго лѣченія нужно считать 30% всего числа согласно статистическому опыту Московскаго и Петербургскаго земствъ. Слѣдовательно 300 больныхъ должны найти себѣ помѣщеніе въ психіатрическомъ заведеніи, а Никольскъ-Уссурійская областная психіатрическая лѣчебница располагаетъ 68 штатными кроватями, а вмѣстить можетъ до 80 больныхъ. Такимъ образомъ, 220 больныхъ будутъ безуспѣшно въ нее стучаться.

Другой коренной вопросъ о порядкѣ пріема душевнобольныхъ въ лѣчебныя заведенія. Прежде всего разсмотримъ, чѣмъ отличается психіатрическая больница отъ соматической. Во многихъ случаяхъ больные помѣщаются въ психіатрическое заведеніе насильственно и насильственно въ немъ удерживаются. Поступая въ больницу, душевно-больной уже теряетъ часть своихъ гражданскихъ правъ. Такой важный актъ, какъ лишеніе свободы, долженъ быть обставленъ какой либо формальностью и долженъ находиться подъ контролемъ власти. Это еще болѣе дѣлается необходимымъ, если мы обратимъ вниманіе на то, что ни наука, ни практика не имѣютъ въ своемъ распоряженіи точнаго и общепримѣнимаго мѣрила для проведенія грани между здоровьемъ и психической болѣзнью. Дѣйствительно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ признаніе душевной болѣзни—вещь субъективная, что ярко сказывается въ судѣ, когда эксперты расходятся въ своемъ заключеніи. Алкогольная дегенерація, неврозы, психопатическая дегенерація даютъ

просторъ субъективнымъ взглядамъ изслѣдующаго психіатра. Одни будутъ считать, что дегенерація въ данномъ случаѣ настолько глубока, что требуетъ помѣщенія въ спеціальное лѣчебное заведеніе, другіе не будутъ считать себя въ правѣ интернировать больного, такъ какъ, по ихъ мнѣнію, у него нѣтъ рѣзкаго психическаго разстройства. При опредѣленіи душевнаго заболѣванія анамнезъ, собранный отъ родственниковъ и окружающихъ, имѣетъ важное значеніе; иной разъ весь діагнозъ базируется на немъ. Гдѣ гарантія, что этотъ анамнезъ правдивъ? Психіатръ легко можетъ впасть въ ошибку, разъ ему даны неправильныя данныя о заболѣваніи. Уставъ о внутренней жизни психіатрическихъ больницъ немыслимъ, пока не будетъ разрѣшенъ удовлетворительно вопросъ о порядкѣ пріема душевно-больныхъ въ лѣчебныя заведенія, имѣющія потребное количество коекъ. То же относится къ выпискѣ больныхъ. Тутъ однако приходится вспомнить, что часть психіатровъ, въ томъ числѣ и цитированный мною докторъ Родіоновъ, считаютъ преждевременнымъ законодательнымъ порядкомъ проводить уставъ внутренней жизни психіатрическихъ заведеній. Однако всѣ они согласны, что нуженъ спеціальный контроль надъ психіатрическими больницами въ видѣ психіатрическаго бюро или въ другомъ видѣ, нужно оградить больничныхъ врачей отъ напрасныхъ нападокъ и дать гарантію обществу, что интересы гражданъ не нарушаются.

Доктора Кащенко и Любимовъ подали во вторую подкомиссію записки, въ которыхъ высказываются противъ проектированнаго устава и настаиваютъ на рѣшеніи основныхъ вопросовъ по лѣченію и призрѣнію душевно-больныхъ въ Россіи. Присоединяясь къ ихъ мнѣнію, я предлагаю и нашему съѣзду выразить пожеланіе, чтобы указанные коренные вопросы были регламентированы закономъ, чтобы уставъ о психіатрическихъ заведеніяхъ былъ выработанъ лишь послѣ вырѣшенія коренныхъ вопросовъ по призрѣнію и лѣченію душевно-больныхъ въ Россіи. Уставъ будетъ мертвой буквой, если не будетъ мѣста, куда помѣщать больныхъ.

П. Щербачевъ.

Докторъ Фортунатовъ возбудилъ вопросъ о порядкѣ доставки душевно-больныхъ въ Никольскую психіатрическую лѣчебницу.

Вопросъ о транспортировкѣ душевно-больныхъ очень важенъ и совершенно не урегулированъ, но вопросъ этотъ теряетъ свою остроту при недостаточности больничныхъ мѣстъ; прежде всего нужно обезпечить больнымъ мѣста въ психіатрическомъ заведеніи.

По поводу замѣчаній д-ра Фіалковскаго я долженъ указать, что докладъ мой не имѣетъ цѣлью охватить все законодательство о душевно-больныхъ и лишь касается вопроса о нецѣлесообразности вводить уставъ для психіатрическихъ заведеній прежде, чѣмъ не будетъ въ законодательномъ порядкѣ вырѣшенъ вопросъ о лѣченіи и призрѣніи душевно-больныхъ въ Россіи.

П. Щербачевъ.

№ 12.

Докладъ О. И. Сомова.

Организація медицинской помощи и врачебно-санитарное дѣло въ Иманскомъ уѣздѣ.

Глубокоуважаемые товарищи-врачи и многоуважаемые гости съѣзда! Только въ концѣ іюля с. г. я получилъ приглашеніе участвовать въ съѣздѣ. Времени оставалось очень мало; несмотря на это, я все же рѣшилъ сдѣлать докладъ для того, чтобы выдвинуть на обсужденіе съѣзда коренные и неотложные вопросы врачебно-санитарнаго дѣла въ Приморской области и, вѣроятно, также неотложные для всего края. Матеріалы для обработки доклада, касающагося всей области, нашлись-бы, но времени для собиранія и обработки этихъ матеріаловъ не было. Я рѣшилъ поэтому остановиться на Иманскомъ уѣздѣ, какъ на примѣрѣ.

Два сѣверныхъ уѣзда, Хабаровскій и особенно Удскій—обширныя лѣсныя пустыни; въ каждомъ изъ нихъ по одному очень крупному городскому центру съ бойкой жизнью. Ольгинскій уѣздъ, занимающій побережье Японскаго моря, находится еще въ началѣ колонизаціи. Какую картину жизни дастъ онъ въ будущемъ—еще трудно опредѣлить. Наоборотъ—южный Никольскъ-Уссурійскій уѣздъ наиболѣе культуренъ и наиболѣе заселенъ. Но въ немъ два крупныхъ городскихъ центра: Владивостокъ и Никольскъ-Уссурійскій оказываютъ рѣзко свое вліяніе на всѣ окружающія селенія. Иманскій же уѣздъ пока еще не имѣетъ городовъ. Иманскій уѣздъ самый маленькій изъ всѣхъ частей Приморской области. Населенность его средняя, достигаетъ $1^1/_2$ чел. на 1 кв. версту. Поэтому Иманскій уѣздъ показался мнѣ очень подходящимъ примѣромъ, и я остановился на немъ. Картограммой, за техническое выполненіе которой извиняюсь, я хотѣлъ напомнить моимъ слушателямъ величину разсматриваемыхъ областей: Приморской области и Иманскаго уѣзда, дать наглядное, сравнительное понятіе этихъ величинъ.

Приморская область занимаетъ пространство около 765.000 кв. километ. Каждое изъ Европейскихъ государствъ, даже самыхъ большихъ, какъ Франція, Австро-Венгрія или Германія («Великихъ державъ») меньше Приморской области. Другія, меньшія Европейскія государства, какъ, напр., Испанія, Италія и друг., можно сравнивать только съ половиной Приморской области. 12 губерній Кавказа—немного больше половины Приморской области, а 8 губерній Финляндіи немного менѣе половины. Такъ какъ нашему „малелькому клочку Россійской Имперіи", называющемуся Приморской областью, суждено играть роль въ жизни Тихаго, а не Атлантическаго океана, въ Азіи, а не въ Европѣ, то я хотѣлъ дать сравненіе съ Азіатскими и Тихоокеанскими величинами. Изъ Сибирскихъ губерній Приморская область средняя по величинѣ. Изъ государствъ Азіи—Персія значительно больше Приморской области. Новая же Великая Держава на Тихомъ океанѣ, наша сосѣдка и конкурентка Японія почти въ два раза меньше Приморской области. Столичная провинція Китая, Чжи-ли, имѣющая болѣе 20 милліон. жителей, значительно меньше нашей Приморской области; такова же и провинція Шаньдунь съ городомъ Чифу, откуда неизсякаемымъ потокомъ идутъ къ намъ желтолицые конкуренты продавать свой дешевый трудъ. Такія значительныя государства, какъ Сіамъ, Южно-Американская республика Чили и Австралійская Новый Южный Валиссъ, почти равны Приморской области. Пресловутые „Счастливые Острова", т. е. Новая Зеландія (271 тыс. кв. килом.) и островъ Ява (131,5 тыс. кв. килом.), прокармливающій около 30 милл. малайцевъ, значительно меньше нашей Приморской области. Приморская область, благодаря своему счастливому положенію у моря и вблизи обширнаго рынка для сбыта (Китай), при своихъ климатическихъ условіяхъ и природныхъ богатствахъ, имѣетъ всѣ шансы стать большой не только по пространству („и пустыни бываютъ обширны!"), но также и по населенности и богатству. Приморская область въ своемъ будущемъ развитіи должна стать и станетъ опорнымъ пунктомъ для Россіи, а, можетъ быть, и для всего славянства на берегахъ Тихаго океана. Поэтому на нее, ея колонизацію и ея нужды надо обратить глубокое вниманіе, и Россійскому Государству стоитъ не останавливаться даже передъ крупными матеріальными затратами, нужными для ускоренія развитія Приамурскаго края.

Въ Приморской области Иманскій уѣздъ, какъ я уже

сказалъ вамъ, самый маленькій: около 60 тыс. кв. вер., т. е. менѣе $^1/_{11}$ части всей области. Но сравнительно съ Европейскими и проч. величинами Иманскій уѣздъ—огромное пространство. При сравненіи съ губерніями Европейской Россіи я выкинулъ губерніи, которыя въ два раза и болѣе больше или меньше Иманскаго уѣзда. Изъ 50 губерній Европейской Россіи осталось 36 губерній. Тѣ губерніи, изъ которыхъ вышли колонисты Иманскаго уѣзда, губерніи: Черниговская, Полтавская, Могилевская и др., каждая меньше одного Иманскаго уѣзда. Губернія Волынская почти равна Иманскому уѣзду. Губерніи лѣсныя, какъ Новгородская, Олонецкая, хотя и превышаютъ размѣры Иманскаго уѣзда, но менѣе чѣмъ въ два раза. Перечисленныя губерніи по своимъ климатическимъ особенностямъ, географической широтѣ и естественнымъ богатствамъ стоятъ въ общемъ не выше Иманскаго уѣзда. Въ каждомъ изъ нихъ кипитъ жизнь нѣсколькихъ милліоновъ населенія. Балканскія государства можно свободно сравнивать по величинѣ съ Иманскимъ уѣздомъ. Румынія съ 6-ю милл. жителей въ 2 раза, а Болгарія въ $1^1/_2$ раза больше разсматриваемаго уѣзда. Что же касается Греціи и Сербіи, самостоятельныхъ, какъ показало недавнее прошлое, довольно сильныхъ государствъ, то обѣ меньше Иманскаго уѣзда. Бельгія, Швейцарія, Нидерланды и Данія—каждое меньше Иманскаго уѣзда. Изъ союзныхъ государствъ, составляющихъ Германію, кромѣ Пруссіи, только Баварія немного больше Иманскаго уѣзда; Саксонія, Баденъ, Виртенбергъ, всѣ они меньше Иманскаго уѣзда. Принимая во вниманіе, что географическая широта Иманскаго уѣзда соотвѣтствуетъ южной Венгріи, Швейцаріи и средней Франціи, что въ Иманскомъ уѣздѣ растетъ дико виноградъ, что природныя богатства этого хорошо орошеннаго и находящагося вблизи Японскаго моря уѣзда,—велики, мы не ошибемся, если скажемъ, что въ дальнѣйшемъ развитіи плотность населенія достигнетъ 50 чел. на 1 кв. версту (и это время—не столь уже отдаленное будущее!). При такой плотности населенія, плотности очень умѣренной для 45—47° сѣверной широты, населеніе уѣзда превыситъ 3 милліона людей. Я останавливаюсь на этомъ фактѣ нѣсколько подробнѣе для того, чтобы указать, что всѣ выводы относительно организаціи врачебно-санитарнаго дѣла надо дѣлать, принимая во вниманіе это будущее, а не только одно жалкое настоящее. Если мы будемъ разсматривать врачебно-санитарные вопросы только въ связи съ настоящимъ положеніемъ

края, а не въ связи съ будущимъ развитіемъ его, то врачебно санитарная часть останется всегда въ хвостѣ жизни. Край, въ томъ числѣ и Иманскій уѣздъ, растутъ чрезвычайно быстро; темпъ этого движенія нельзя даже болѣе точно предугадать впередъ на нѣсколько лѣтъ. Правда, переселенческая емкость долинъ Иманскаго уѣзда какъ будто-бы уже исчерпана. Для новыхъ переселенческихъ участковъ уже мало мѣста. Если осталось что, то все мѣста таежныя, требующія затраты большой энергіи и капитала. Мѣстами въ Иманскомъ уѣздѣ къ тому же уже приходится думать о сохраненіи лѣсовъ. Оставшіяся свободными доли плохо разбираются, т. к. не всѣ участки удобны для переселенія. Но переселеніе земледѣльческаго населенія — это только введеніе къ колинизаціи. Колонизація же уѣзда при плотности $1^1/_2$ чел. на 1 кв. версту еще вся впереди. Землеустройство наличнаго населенія, дарованіе ему полныхъ правъ собственности и свободнаго распоряженія на землю, продажа или сдача въ долгосрочную аренду остатковъ переселенческаго фонда и свободнаго (за выдѣломъ лѣсныхъ дачъ) избытка земли дадутъ можетъ быть даже большій наплывъ чисто земледѣльческаго населенія, чѣмъ переселеніе. А кромѣ земледѣлія остаются горныя богатства, промышленность и развитіе городовъ. Вернусь къ описанію Иманскаго уѣзда. Съ сѣвера граница его неопредѣлима вполнѣ точно. Считается р. Бикинъ. Но ороченскія стойбища по *обѣ* стороны рѣки Бикина причислены къ Иманскому уѣзду. Восточная граница довольно опредѣленная—это хребетъ Сихоте-Алинъ. Хребетъ Сихоте-Алинъ—это водораздѣлъ между рѣчками, впадающими въ Уссури и самостоятельными рѣчками, текущими въ Японское море. Южная граница на востокѣ опредѣленная: хребетъ, служащій водораздѣломъ между системой р. Улахэ и южными рѣками. Западная часть южной границы искусственна—это граница между волостями, причисленными къ Никольскъ-Уссурійскому и Иманскому уѣзду при раздѣленіи Южно-Уссурійскаго уѣзда. Западная граница Иманскаго уѣзда заслуживаетъ особаго вниманія. Дѣло въ томъ, что между Иманскимъ уѣздомъ и Китаемъ врѣзана узкая полоска совершенно особой и своеобразной административной единицы — территорія Уссурійскаго казачьяго войска. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ширина этой казачьей полосы не болѣе 10 верстъ. Здѣсь, на западъ отъ Иманскаго уѣзда, находится черезполосное владѣніе, неподчиненное обще-областной администаціи и общему строю

жизни. Естественная же, географическая граница Иманскаго уѣзда была бы вполнѣ опредѣленна и точна: оз. Ханка отъ устья р. Лифу, потомъ Сунгачъ,—потомъ р. Уссури до впаденія въ нее р. Бикина. Иманскій уѣздъ въ общемъ является пересѣченной мѣстностью съ довольно высокими лѣсистыми хребтами между долинами рѣкъ. Орошенъ уѣздъ хорошо р. Уссури и ея истоками и притоками: Сандогоу, Фузанъ и Ото составляютъ р. Улахэ, которая, сливаясь съ Даубихэ, образуетъ р. Уссури; далѣе уже въ Уссури впадаютъ значительныя рѣки: Ши-ту-хе и Кабарга; затѣмъ изъ оз. Ханка вливается въ р. Уссури—Сунгачъ. До впаденія р. Сунгача, р. Уссури съ притоками въ настоящее время только сплавныя. По массѣ же своей воды эта рѣка должна была бы быть судоходной далеко вверхъ; судоходство на верхней Уссури не существуетъ, главнымъ образомъ, за ненадобностью пока таковаго. До постройки Уссурійской жел. дороги пароходы ходили по р. Уссури верстъ на 50 выше впаденія Сунгача. Ниже впаденія р. Сунгача въ р. Уссури впадаетъ большая рѣка Иманъ съ большимъ притокомъ Вакка. Въ этомъ раіонѣ находится широкая долина, въ которой поселили очень много новоселовъ, страдающихъ ежегодно отъ наводненій и живущихъ главнымъ образомъ „на пособія“ да на выручку за хищническое истребленіе лѣсовъ.

Имано-Ваккскій переселенческій раіонъ—это злое дѣтище переселенческаго вѣдомства, какъ выражаются нерѣдко: „ошибка колонизаціи“. Но земля и климатъ здѣсь хорошіе, рѣки Иманъ и Ваккъ многоводны. Мѣстами здѣсь есть хорошія хозяйства, есть даже опыты разведенія (очень удачные) сахарной свекловицы, такъ что все говоритъ за то, что „ошибка колонизаціи“ можетъ быть исправлена. И эта обширная долина будетъ со временемъ плотно заселена богатымъ земледѣльческимъ населеніемъ и выпускать на рынокъ милліоны пудовъ хлѣба и пр. Необходимо только уменьшить заботу по выдачѣ пособій, уменьшить, я хочу сказать, опеку надъ искусственно насаженнымъ населеніемъ. Надо сосредоточить заботу на урегулированіи теченія этихъ рѣкъ и дать доступъ въ долину свободной колонизаціи, привлечь болѣе энергичныхъ и предпріимчивыхъ колонистовъ, разсчитывающихъ на природныя богатства, на свою силу и удачу, а не исключительно на казенное пособіе. Еще ниже и сѣвернѣе впадаетъ въ р. Уссури р. Бикинъ. Пока эта рѣка даже плохо изслѣдована. Въ лѣсахъ, окружающихъ эту рѣку, живутъ орочены. По слухамъ,

на берегахъ видали выходы каменнаго угля, есть коренное золото. Но мало кто даже изъ администраціи бывалъ въ данныхъ ороченскихъ стойбищахъ (по верхнему Бикину). Иманскій уѣздъ недалеко отъ р. Сунгача и Уссури прорѣзываетъ линія Уссурійской жел. дороги на протяженіи 280 вер. Эта жизненная артерія играетъ, несмотря на свою искусственность и плохое техническое оборудованіе, главную роль въ жизни уѣзда, гораздо большую, чѣмъ рѣка. Желѣзная дорога проходитъ почти по границѣ территоріи Уссурійскаго казачьяго войска и Иманскаго уѣзда, по крайней мѣрѣ такъ въ своей средней части.

Въ Иманскомъ уѣздѣ живетъ 91½ тыс. жителей по 1½ чел. на 1 кв. версту. Это населеніе распредѣлено далеко не равномѣрно. Главная масса населенія живетъ около линіи желѣзной дороги. Въ разстояніи 25 верстъ отъ линіи жел. дороги живетъ 60% всего населенія. Плотность въ этой полосѣ достигаетъ мѣстами уже теперь 10 чел. на 1 кв. версту. Въ долинѣ верхней Уссури живетъ 14½% населенія уѣзда. Изъ нихъ 8½% живетъ въ западной долинѣ по р. Уссури и Даубихэ. Это населеніе отдѣлено высокимъ и крутымъ хребтомъ отъ линіи жел. дороги и отъ восточной долины р. Улахе. Единственный выходъ этому населенію идетъ на ст. Шмаковка по грунтовой дорогѣ и сплавомъ на ст. Уссури. Далѣе на востокъ лежитъ долина р. Улахе и составляющихъ ее рѣкъ Ото, Фузана и Сандогоу. Здѣсь живетъ около 6% всего населенія уѣзда. Это населеніе на западѣ отдѣлено таежнымъ хребтомъ отъ долины р. Уссури и Даубихэ и хребтомъ Сихоте-Алинъ отъ Ольгинскаго уѣзда и Японскаго моря. Рѣка Улахе загромождена лѣсными завалами и не только не судоходна, но пока ею почти не пользуются даже для сплава лѣса. Единственный выходъ этому населенію высокой горной долины— грунтовая дорога на ст. Евгеньевка, протяженіемъ болѣе 100 верстъ.

Въ злополучномъ Имано-Ваккскомъ раіонѣ живетъ далѣе, чѣмъ 25 верстъ отъ линіи желѣзной дороги, около ¼ всего населенія уѣзда (24%). Это населеніе распредѣлено поровну между долиной Вакка и долиной Имана съ притокомъ Бейцухе. Долина Вакка заселена до самыхъ верховьевъ, долина Имана только въ среднемъ и нижнемъ теченіи. Въ верхней же части р. Имана и его большого притока р. Колумбе пока еще живутъ только орочены и китайцы охотники. Тамъ же производятся скорѣе развѣдки, чѣмъ разработка разсыпного золота

компаніи Попова. Дорогъ тамъ нѣтъ и Верхне-Иманскій раіонъ, крайне плохо обслѣдованный, даже не точно занесенный на карту. Тоже относится и къ долинѣ р. Бикинъ, представляющей изъ себя непроходимую тайгу. На эти таежныя пространства приходится 1½% населенія уѣзда. Масса же населенія сосредоточена вдоль линіи жел. дороги, при томъ главнымъ образомъ на югѣ: въ Спасской, Хвалынской и Зеньковской волостяхъ. Въ Спасской, Хвалынской и Зеньковской волостяхъ, по даннымъ Област. Ст. Ком., въ 1911 году жило около ¼ части всего населенія уѣзда (около 23 тыс.), т. е. столько же, сколько въ Имано-Ваккскомъ раіонѣ. Крайне интереснымъ въ санитарномъ отношеніи является распредѣленіе населенія по величинѣ селеній. Для организаціи врачебной помощи и постановки санитарнаго дѣла далеко небезразлично, раскинуто ли населеніе по мелкимъ деревнямъ, какъ напр. на сѣверѣ Европейской Россіи, или же сгруппировано въ большихъ селахъ и поселкахъ, по своему типу и характеру жизни приближающихся уже къ селеніямъ городского типа. Я раздѣлилъ селенія на слѣдующія группы: 1) селенія, имѣющія болѣе 1000 жителей; 2) селенія, имѣющія отъ 500 до 1000 жителей. Это крупныя селенія, кандидаты въ города и посады при дальнѣйшмеъ развитіи края. Къ среднимъ селеніямъ я отнесъ III классъ, имѣющія отъ 250—500 жителей. Это все еще значительныя селенія. Далѣе идутъ: 4) селенія, имѣющія отъ 100—180 чел. и 5) менѣе 100 чел. Въ послѣднюю группу входитъ большинство инородческихъ стойбищъ, неудачные переселенческіе участки и вновь отведенные. Въ 9 селеніяхъ, имѣющихъ каждое болѣе 1000 челов. жителей, живетъ 19% населенія, т. е. ⅕ часть; въ 62 селеніяхъ 2-го класса (отъ 500—1000 чел.)—живетъ 45% всего населенія уѣзда. Такимъ образомъ, въ 71 болѣе или менѣе крупномъ селеніи живетъ 64% населенія, т. е. двѣ трети. Въ 51 селеніи средней величины (отъ 250 до 500 чел.) живетъ 22% населенія. Эти 51 селеніе, благодаря одному естественному приросту населенія, быстро обратятся въ крупныя селенія. Слѣдовательно, всего лишь ⅐ часть населенія живетъ въ мелкихъ селеніяхъ, имѣющихъ менѣе 250 жителей. Населеніе уѣзда сосредоточено въ крупныхъ селеніяхъ (122), что значительно облегчаетъ санитарный надзоръ за населеніемъ и организаціею врачебной помощи. Поясню свою мысль. Неразлучнымъ спутникомъ правильной постановки врачебно-санитарнаго дѣла являются хорошія дороги. Соединить

хорошими дорогами немного крупныхъ селеній легче, чѣмъ много мелкихъ. Главную массу населенія уѣзда составляютъ малороссы изъ губерній Черниговской, Полтавской и Кіевской; меньше—изъ другихъ малороссійскихъ губерній. Затѣмъ значительное число новоселовъ происходитъ изъ бѣлорусскихъ губерній: Могилевской, Минской и др. Значительно меньше великоруссовъ. Сплошными поселеніями великоруссы живутъ только по р. Улахе: это старовѣры. Въ другихъ мѣстахъ уѣзда великоруссы вкраплены по нѣсколько дворовъ въ малороссійскія или бѣлорусскія селенія. Кромѣ того, великоруссовъ много между торговымъ классомъ и всякаго рода „самоходами", т. е. людьми, явившимися въ край за свой рискъ и страхъ на поиски заработка и счастья. Въ видѣ переселенцевъ великоруссы отчего то рѣдко встрѣчались и встрѣчаются, хотя для земледѣльческой колонизаціи края именно великоруссы сѣверной и средней части Россіи были-бы наиболѣе подходящимъ элементомъ, какъ привыкшіе къ болѣе интенсивной культурѣ (напр. посѣвъ по удобренію). Другіе народности, какъ-то: латыши, поляки, татары имѣютъ въ уѣздѣ мало своихъ представителей. Изъ осѣдлаго крестьянскаго населенія необходимо остановиться на русско-подданныхъ корейцахъ. Хотя они получили надѣлы всего по 15 дес. на семью,—но ихъ деревни въ общемъ находятся въ удовлетворительномъ экономическомъ состояніи (Лукьяновка); корейцы—исправные исполнители всѣхъ повинностей и, безъ сомнѣнія, имѣютъ опредѣленную наклонность если не слиться съ остальнымъ населеніемъ, то обрусѣть; изъ мѣстныхъ аборигеновъ сохранились гольды и орочены. Когда то у гольдовъ по верхней Уссури было цѣлое государство, разрушенное китайцами. Теперь остатки этого могущественнаго когда то племени живутъ въ Иманскомъ уѣздѣ въ долинѣ р. Улахе и страдаютъ отъ двойной эксплоатаціи ихъ китайцами и русскими. Орочены значительно многочисленнѣе гольдовъ и занимаютъ сѣверо-восточный уголъ Иманскаго уѣзда, тайгу по р. Бикину и верхнему теченію Имана на пространствѣ почти 1/3 части уѣзда. Очень многочисленны въ уѣздѣ корейцы—сельско-хозяйственные рабочіе. Крестьяне, особенно сторожилы—стодесятинники, селили на своихъ надѣлахъ корейцевъ. Эти корейцы находятся въ полукрѣпостномъ состояніи и даже въ обыденной жизни носятъ имя своихъ господъ: „мои корейцы", „твой кореецъ", „кореецъ Гончарова", „кореецъ Черненко" и т. д. Точный учетъ ихъ неизвѣстенъ, т. к. они раскинуты

по заимкамъ въ жилищахъ фанзоваго типа, въ родѣ землянокъ. Крестьяне не безъ содѣйствія сельскихъ и волостныхъ властей ревностно охраняютъ „своихъ“ корейцевъ отъ строгостей паспортной системы и точнаго учета. При малочисленности чиновъ полиціи и заваленности ихъ разной работой, эта охрана *„своихъ“* корейцевъ обыкновенно удается. Японцы немногочисленны въ уѣздѣ. Живутъ они, какъ это обыкновенно бываетъ повсюду, исключительно въ мѣстахъ расположенія гарнизоновъ: немного на Иманѣ и больше въ с. Спасскомъ. Китайцевъ въ уѣздѣ много. Наибольшую группу представляютъ рабочіе—китайцы. Въ промышленныхъ предпріятіяхъ еще очень много китайцевъ, несмотря на разныя ограниченія желтаго труда. Еще больше китайцевъ между строительными работами. Старожилы—стодесятинники пользуются въ данное время уже завидной зажиточностью; ихъ села обстраиваются. Въ этихъ то богатыхъ селахъ (Спасское, Хвалынка, Воскресенка, Прохоры, Гайвороно, Зеньковка и др.) и живутъ артели строительныхъ рабочихъ и пильщиковъ изъ китайцевъ. Сельско-хозяйственныхъ рабочихъ китайцевъ меньше, чѣмъ корейцевъ; но все же они еще есть. Очень значительное число китайцевъ относится къ торговому классу. Въ каждомъ селѣ есть одна или нѣсколько китайскихъ лавокъ, и въ каждой по нѣсколько торговцевъ, обыкновенно мелкихъ пайщиковъ предпріятія. Довольно значительное число китайцевъ живетъ въ тайгѣ, занимаясь охотой и поисками корня жень-шень. Точный учетъ китайскаго населенія невозможенъ при настоящей организаціи полиціи.

Промыслы и занятія населенія. Главное занятіе крестьянскаго насесенія Иманскаго уѣзда составляетъ земледѣліе. Уѣздъ прокармливаетъ свое населеніе. По даннымъ Обл. Стат. Ком. 1911 года, на душу населенія приходится по по 13¹|₈ пуд. хлѣба (изъ снятаго хлѣба вычтены сѣмена; взяты въ расчетъ пшеница, рожь, ярица и гречиха). Если уѣздъ раздѣлить на три раіона: югъ (Зеньковская, Спасская и Хвалынская волости)—среднюю часть—долина р. Уссури (волости: Лутковская, Успенская, Марьяновская и Чугуевская) и сѣверную часть (волости: Веденская, Ракитинская, Саровская), Имано-Ваккскій и Бикинскій раіонъ (Ново-Покровская и Тихоновская), то результатъ будетъ слѣдующій. Въ южномъ раіонѣ на каждую наличную душу населенія (23 тыс.) придется 29 пуд. хлѣба, т. е. *громадный избытокъ.* Въ средней части придется по 14¹|₈ пуд. хлѣба на наличную душу

населенія, т. е. очень небольшой избытокъ, почти что только прокармливаетъ себя. Причиной отсутствія избытка хлѣба на продажу является не столько экономическая малосостоятельность населенія этой долины, сколько отдаленность отъ желѣзной дороги и плохія грунтовыя дороги: провозъ дорогъ; не стоитъ сѣять на продажу (Чугуевская и Марьяновская волости). Совершенно иную картину хлѣбнаго благополучія юга и средней части уѣзда представляетъ сѣверъ. Здѣсь на наличную душу населенія приходилось въ 1911 году всего по 4,4 пуда хлѣба; а если сюда прибавить еще населеніе Имана, то получится 3,8 пуда на наличную душу населенія. Въ южной зажиточной части уѣзда изъ удобныхъ надѣльныхъ 176,490 десят. земель подъ посѣвами разныхъ растеній было 25,048 дес., т. е. всего только $^1/_7$ часть. Этотъ фактъ указываетъ на большую будущность земледѣлія въ Иманскомъ уѣздѣ. Здѣсь возможно садоводство, виноградарство, посѣвы сахарной свекловицы съ большимъ содержаніемъ сахара. Мнѣ приходилось при своихъ странствованіяхъ по уѣзду въ качествѣ судебнаго врача натыкаться на интересные опыты, поставленные крестьянами. Характеръ почвы и климатическія особенности, приближающія Иманскій уѣздъ скорѣе къ Западно-Европейскимъ странамъ (влажный климатъ), чѣмъ къ центральной Россіи (сухой климатъ), пересѣченная холмистая топографія, все это указываетъ, что необходимо вести интенсивное сельское хозяйство съ посѣвомъ кормовыхъ травъ и съ употребленіемъ удобренія. Къ сожалѣнію, большинство крестьянъ Иманскаго уѣзда—выходцы изъ малороссійскихъ губерній,—не привыкли къ интенсивному земледѣлію.

Широкая агрономическая помощь и внѣдреніе между земледѣльческимъ населеніемъ хуторянъ-собственниковъ изъ разночинцевъ, имѣющихъ склонность осѣсть въ краѣ—вотъ на что можно надѣяться, чтобы предотвратить въ недалекомъ будущемъ голодовки. Я говорю о тѣхъ голодовкахъ, которыя неизмѣнно наступаютъ въ періодъ истощенія вновь поднятой плугомъ цѣлины. Большую будущность имѣетъ для уѣзда пчеловодство, уже и въ настоящее время дающее большой доходъ и избытокъ меда и воска для вывоза изъ предѣловъ уѣзда. На будущій характеръ жизни уѣзда указываетъ также и довольно значительное развитіе уже въ настоящее время промышленности. Несмотря на большіе дефекты въ статистическихъ данныхъ Областного Статистическаго Комитета относительно промышленности, все же Иманскій уѣздъ

изъ 10 территоріальныхъ единицъ (4 города+5 уѣздовъ+территорія Уссур. каз. войска) занимаетъ второе мѣсто со своими 351 предпріятіемъ, съ оборотомъ на 2,164 т. руб. и съ 3,009 рабочихъ. Между этими предпріятіями есть очень крупныя, наприм.: акціонерный цементный заводъ близъ ст. Евгеньевка; Свіягинскій казенный лѣсопильный заводъ; лѣсообдѣлочныя предпріятія Скидельскаго, Бородиныхъ и вновь возникающее на ст. Губерово. Горныя богатства уѣзда совершенно еще не изслѣдованы. Есть указанія на каменный уголь, въ которомъ пока населеніе не нуждается, на золото, даже коренное, на цинковыя руды. Нѣтъ никакихъ основаній сомнѣваться, что западные отроги Сихоте-Алина бѣднѣе восточныхъ и южныхъ каменнымъ углемъ и рудами.

Уѣзду предстоитъ большая промышленная будущность. Иманскій уѣздъ въ дальнѣйшемъ развитіи станетъ промышленной областью съ густымъ населеніемъ, съ значительными городами и интенсивнымъ земледѣліемъ.

Промышленныя предпріятія Иманскаго уѣзда съ санитарной точки зрѣнія интересны тѣмъ: 1) что не имѣютъ почти никакой врачебно-санитарной организаціи и 2) что отличаются крайней недостаточностью и неудовлетворительностью жилищъ для рабочихъ. Причина этихъ печальныхъ явленій—не столько отсутствіе фабричной инспекціи, сколько желтый трудъ, нетребовательность китайцевъ. Я этимъ вовсе не хочу уменьшить значеніе фабричной инспекціи. Наоборотъ, съ точки зрѣнія санитарнаго врача, я придаю громадное значеніе фабричной инспекціи, какъ союзнику санитарныхъ врачей въ дѣлѣ упорядоченія условій труда въ промышленныхъ заведеніяхъ. И я жалѣю объ отсутствіи фабричной инспекціи въ Приморской области. Теперь, при переходѣ отъ желтаго къ бѣлому труду, фабрично-заводскимъ предпріятіямъ придется volens-nolens устраивать жилища для рабочихъ и организовать имъ медицинскую помощь. Настоящій моментъ является чрезвычайно удобнымъ для включенія фабрично-заводской медицины въ общую земскую сѣть, какъ это сдѣлано въ Московской губерніи. Позже, когда предпріятія обзаведутся своей медициной, соглашеніе будетъ затруднительнѣе. Указанный моментъ въ жизни промышленности въ Приморской области важенъ еще въ санитарномъ отношеніи тѣмъ, что за рабочими жилищами, планировкой и постройкой ихъ нуженъ врачебно-санитарный надзоръ. Такой надзоръ могутъ провести только санитарные врачи, находящіеся на государственной

службѣ. Заводскіе врачи обыкновенно безсильны въ вопросахъ санитаріи. Ихъ голоса, особенно если они хирурги, слушаютъ въ больничныхъ вопросахъ, но какъ только они возвышаютъ свой голосъ въ санитарныхъ вопросахъ и предъявляютъ требованія, ихъ безпощадно гонятъ. Это слишкомъ обыденная исторія, чтобы на ней останавливаться. Правильная отстройка рабочихъ жилищъ важна не только съ санитарной точки зрѣнія, но и съ точки зрѣнія безостановочнаго развитія промышленности. Не надо забывать, что Иманскій уѣздъ легко можетъ стать, вслѣдствіе своей пограничности съ Китаемъ, не только угрожаемымъ по холерѣ и чумѣ, но и неблагополучнымъ по этимъ страшилищамъ человѣчества. По дѣйствующимъ законамъ въ эти страшные моменты возникаютъ санитарныя почти диктатуры. Въ опасные моменты этой санитарной диктатурѣ, боясь смерти, покоряются (хотя по миновеніи опасности и ненавидятъ всей душой санитарныхъ врачей и всячески вымѣщаютъ на нихъ свою злобу). Если теперь же не будетъ обращено вниманіе на врачебно-санитарный контроль за обстройкой промышленныхъ предпріятій рабочими жилищами, то въ моментъ санитарной диктатуры санитарные врачи вынуждены будутъ и произведутъ разгромъ промышленности и временную пріостановку работы фабрикъ и заводовъ. Организацію врачебно-санитарнаго надзора, какъ это уже и есть въ губерніяхъ Европейской Россіи, въ Иманскомъ уѣздѣ (да и во всей Приморской области) надо вводить немедленно. Насъ, врачей, этотъ вопросъ долженъ интересовать и съ бытовой стороны. На съѣздѣ нѣтъ санитарныхъ врачей. Я не встрѣчаю здѣсь даже хотя бы сотоварища по временной санитарной работѣ во время чумы. Поэтому я не могу сослаться на свидѣтеля, говоря, что домовладѣльцы города Владивостока весной 1911 года выражались такъ: „раньше насъ громили хулиганы, а теперь санитарные врачи“. Положеніе нашихъ товарищей санитарныхъ врачей всюду незавидное; они всюду бродятъ съ мѣста на мѣсто, ведя кочевой образъ жизни изъ уѣзда въ уѣздъ, изъ города въ городъ, изъ губерніи въ губернію. Для пользы же дѣла необходимо наоборотъ, что бы санитарный врачъ какъ можно дольше жилъ и изучалъ опредѣленную мѣстность. Съѣздъ врачей Приамурскаго края долженъ теперь же выдвинуть вопросъ о безотлагательномъ введеніи въ жизнь края сильной врачебно-санитарной организаціи. Отсутствіемъ фабричной инспекціи, отрывочностью и случайностью санитарнаго надзора за промышленными заве-

деніями и слабостью полицейскаго надзора объясняется интересное явленіе въ жизни промышленныхъ предпріятій Иманскаго уѣзда: „Бѣгъ на казачью сторону“ и обратно. Здѣсь, мѣстами на пространствѣ нѣсколькихъ верстъ, дѣйствуютъ три разныхъ администраціи и полиціи: желѣзная дорога, казачьи властьи и обще-уѣздная администрація. На ст. Уссури это явленіе особенно рѣзко выражено. Сама станція съ узкой полосой отчужденія находится въ завѣдываніи желѣзно-дорожной жандармской полиціи; на востокъ непосредственно къ станціи прилегаетъ с. Лутковское. На западъ, на растояніи не болѣе $^1/_2$, версты начинается ст. Донская. Въ разстояніи версты за желѣзнодорожнымъ мостомъ черезъ р. Уссури находится поселокъ Медвѣдицкій. Собственно говоря—это одно селеніе, одинъ городокъ по характеру своей жизни съ населеніемъ около 4,000 жителей. Но здѣсь четыре территоріальныхъ единицы съ управленіемъ трехъ родовъ: общей, желѣзнодорожной и казачьей. Когда то здѣсь былъ уступленъ въ собственность частному лицу участокъ казенной земли для постройки лѣсопильнаго завода. Этотъ заводъ нынѣ принадлежитъ наслѣдникамъ Бородина. Вслѣдствіе большой задолженности фактическимъ совладѣльцемъ является Сибирскій Банкъ, имѣющій большія связи. Поэтому ли или по другимъ причинамъ, но этотъ заводъ замѣчательно ловко пользуется раздѣленіемъ властей на ст. Уссури. Если на него начинаетъ налегать уѣздная полиція, то заводо-управленіе начинаетъ доказывать, что оно состоитъ подъ вѣдомствомъ казачьей администраціи, и вскорѣ приходитъ письменное разъясненіе толкованія заводо-управленія. Послѣ происходитъ ссора заводоуправленія съ казачьей администраціей, тогда снова приходитъ разъясненіе, что въ такомъ то вопросѣ, напр. санитарномъ, заводъ подчиненъ общей администраціи. Перебѣжка происходитъ всегда на ту сторону, гдѣ въ данный моментъ легче охранить санитарныя и техническія безобразія завода.

За $1^1/_2$ года жизни на ст. Уссури я наблюдалъ не одинъ разъ такую юридическую перебѣжку этого крупнаго лѣсообдѣлочнаго завода отъ уѣздной полиціи на казачью сторону и обратно. Но здѣсь же, на ст. Уссури, я видѣлъ и фактическую перебѣжку завода на казачью сторону. Въ селѣ Лутковскомъ, подъ видомъ кустарнаго, крестьянскаго завода, возникъ большой промышленный кожевенный заводъ, занимавшійся обработкой шкуръ не только съ боенъ, но и купленныхъ на базарахъ и у отдѣльныхъ крестьянъ, короче и яснѣе говоря,

шкуръ павшихъ животныхъ. Такое предпріятіе въ высшей степени выгодно. Разгромъ 1910—1911 года не коснулся этого кожевеннаго завода, по своему устройству являющагося верхомъ санитарныхъ безобразій. Др. Каценеленбогенъ уже сообщилъ намъ фактъ продолжительной замѣны въ гор. Николаевскѣ на Амурѣ санитарнаго врача опытнымъ фельдшеромъ. Это не единственный фактъ въ области. Въ селѣ Лутковскомъ въ 1910—1911 году во время угрожаемости чумою нашелся опытный фельдшеръ, который захватилъ себѣ функцію санитарнаго врача. Мѣстная полиція признала этого опытнаго фельдшера лицомъ правоспособнымъ въ санитарныхъ вопросахъ, производила съ нимъ санитарные обходы, составляла протоколы, штрафовала. Въ началѣ этого періода угрожаемости въ Средне-Уссурійскомъ участкѣ врача вовсе не было; позже числился я; но по пріѣздѣ въ область я былъ тотчасъ же задержанъ во Владивостокѣ и на время обращенъ въ чумного врача для организаціи летучихъ отрядовъ (завѣдывающимъ однимъ изъ нихъ) и санитарной работы въ гор. Владивостокѣ Въ 1912 году этотъ заводъ сталъ давать отдѣльные случаи сибирской язвы на людяхъ, что и вызвало осмотръ его комиссіей и закрытіе до полнаго исправленія завода по распоряженію администраціи области. Исправить заводъ—значило выстроить новый и при томъ очень дорогой. Пошли жалобы, просьбы, попытки очернить и оклеветать членовъ первой комиссіи. Назначили вторую комиссію, гдѣ къ участковому добавили еще уѣзднаго врача. Но все же результатъ остался прежній. На основаніи дѣйствующихъ санитарныхъ законовъ (протоколы совѣщаній Медиц. Совѣта и Сенатскія разъясненія) заводъ открыть было нельзя такъ же, какъ при наличномъ размѣрѣ производства нельзя было признать его „кустарнымъ". Тогда заводъ закрылся, но подъ другой фамиліей открылся въ томъ же селеніи при ст. Уссури, но на казачьей сторонѣ, въ 1—1½ верстахъ отъ прежняго мѣста. Теперь же, вслѣдствіе какихъ то неладовъ съ казаками, заводъ проситъ разрѣшить ему открыть въ Лутковкѣ на старомъ мѣстѣ отдѣлочное отдѣленіе завода, оставивъ обработку сырыхъ кожъ на казачьей сторонѣ. Чѣмъ вызвано это раздвоеніе завода—я себѣ еще не выяснилъ. Но здѣсь безусловно скрывается желаніе уклониться отъ выполненія тѣхъ санитарныхъ правилъ, которыя законъ предъявляетъ къ кожевеннымъ заводамъ. Я нарочно остановился подробнѣе на перебѣжкѣ «на казачью сторону». Хаотичность власти и адми-

нистративная черезполосица несомнѣнно вредна и опасна не только въ санитарномъ отношеніи. При настоящемъ положеніи дѣла на ст. Уссури любой преступникъ можетъ безнаказанно совершить преступленіе и, не уходя, дальше скрываться, въ подражаніе заводамъ, фактически перебѣгая съ одной стороны на другую. То же, что заводы, дѣлаютъ спиртоносы-контрабандисты, хунхузы и др. пограничные бродяги. Но я не могу здѣсь касаться вопросовъ общаго административнаго устройства края. Я остановился только на санитарной сторонѣ этого явленія. Я думаю, что и въ настоящее время возможно бороться съ этой черезполосицей безъ коренныхъ административныхъ реформъ. Для мировыхъ судей (судебныхъ слѣдователей) не существуетъ этой черезполосицы. Участки ихъ охватываютъ всю территорію до китайской границы. Полоса отчужденія и казачья территорія входятъ въ ихъ участки. То же можно и надо сдѣлать и для санитарныхъ врачей: ихъ участки должны захватывать по пути все: и желѣзную дорогу, и казачьи территоріи, и даже территоріи гарнизонныхъ поселковъ. Всякая экстерриторіальность въ санитарномъ дѣлѣ вредна вообще всюду, а въ силу пограничности уѣзда даже чрезвычайно опасна.

Въ промышленныхъ предпріятіяхъ работаетъ уже не мѣстное населеніе, а пришлое. Такимъ образомъ, мы подходимъ къ движеніямъ населенія, явленіямъ, заслуживающимъ серьезнаго вниманія съ санитарной точки зрѣнія и тщательнаго изученія ихъ санитарнымъ врачемъ. Обзоръ промысловъ уѣзда укажетъ намъ на часть движенія населенія. Изъ промысловыхъ рабочихъ наибольшее значеніе имѣетъ группа на лѣсныхъ промыслахъ, занятая всю зиму по лѣснымъ окраинамъ уѣзда, въ тайгѣ; а весной, лѣтомъ, а иногда и осенью (въ зависимости отъ высоты уровня сплавныхъ рѣкъ)—рабочіе по сплаву лѣса. До послѣдняго времени здѣсь работало много китайцевъ. Въ настоящее время китайцевъ замѣняютъ русскіе рабочіе, т. к. большая часть лѣса идетъ изъ казенныхъ дачъ, а лѣсное вѣдомство желтаго труда не допускаетъ вовсе. Крестьянскіе же лѣса, гдѣ еще допустимъ желтый трудъ, быстро уничтожаются. Да и въ этихъ лѣсныхъ работахъ китайцы и корейцы—только пильщики; возятъ же лѣсъ или мѣстные крестьяне, или ихъ батраки.

По рѣкамъ Шитухе, Кабаргѣ и Уссури, по р. Тангѣ, Вакку, Иману и Бикину сплавляютъ десятки тысячъ бревенъ. Группа рабочихъ, занятыхъ въ лѣсныхъ промыслахъ и сплавѣ,

велика и измѣряется тысячами. Болѣе точное число рабочихъ этой группы, за неимѣніемъ времени, я опредѣлить не могъ. Эта группа населенія совершенно лишена медицинской помощи. Живетъ эта группа совершенно внѣ санитарнаго надзора. Жилищныя, пищевыя условія ихъ жизни и условія ихъ труда не могутъ не быть крайне тяжелы. Мнѣ приходилось въ Лутковской сельской лѣчебницѣ имѣть больныхъ изъ этой группы населенія. Заболѣванія, напр. крупозное воспаленіе легкихъ, протекали тяжело и оканчивались большей частью смертью, несмотря на крѣпкое сложеніе и молодой возрастъ. Между тѣмъ этой группѣ рабочихъ, хотя бы тѣмъ, которые работаютъ надъ лѣсомъ изъ казенныхъ и войсковыхъ дачъ, было бы возможно организовать помощь, т. к. полученіе необходимой суммы могли бы производить лѣсничіе при сдачѣ лѣса и распредѣлить нужную сумму можно было бы не по числу рабочихъ, а на каждое бревно. Труднѣе учесть и собирать плату съ работающихъ въ крестьянскихъ дачахъ. Но и это возможно организовать черезъ крестьянскихъ начальниковъ и полицію. Есть еще крупная группа рабочихъ, живущихъ и работающихъ тоже въ тайгѣ, въ тяжелыхъ условіяхъ: это рабочіе по проведенію и ремонту дорогъ—времянокъ. Они тоже находятся внѣ санитарнаго надзора и внѣ медицинской помощи. Обезпечить помощь дорожнымъ рабочимъ и взыскать съ подрядчиковъ плату на лѣченіе тоже было бы незатруднительно. Желѣзныя дороги со всѣхъ своихъ подрядчиковъ удерживаютъ особый % на медицинскую организацію. То же можно дѣлать и при сдачѣ съ подрядовъ переселенческихъ дорогъ и разныхъ вѣдомственныхъ построекъ и прочихъ подрядовъ.

Значительна также группа осеннихъ рабочихъ на многочисленныхъ рыбалкахъ.

Перечисленныя рабочія группы, такъ же какъ и строительныя, большей частью—пришлый элементъ. Но и между мѣстнымъ населеніемъ можно отмѣтить постоянныя и крупныя по размѣрамъ передвиженія населенія. Притягиваютъ города и крупныя села на линіи желѣзной дороги. Мужчины идутъ на заработки, на службу разнаго рода въ города и на линію Уссурійской жел. дороги, а женское населеніе—прислугой. Въ лѣтніе мѣсяцы—страды много возвращется въ деревню. На праздники (а также въ разное время) приходятъ въ деревню на побывку. Эти движенія имѣютъ большое значеніе по переносу заразныхъ болѣзней изъ городовъ въ отдаленные и глу-

хіе углы Иманскаго уѣзда. Изъ глухихъ деревень идетъ на заработки больше народу, чѣмъ изъ селеній при линіи жел. дороги. Въ уѣздѣ многочисленны ярмарки и базары. Близъ ст. Шмаковка находится Святотроицкій мужской Николаевскій монастырь, ежедневно привлекающій къ себѣ массу населенія. Положенное разъ въ году постоянное движеніе въ монастырь и обратно принимаетъ размѣры массоваго передвиженія—паломничества. Перечисленные выше роды движенія населенія, такъ сказать явныя, если употребить нѣкоторое усиліе, безъ особыхъ затрудненій можно изучить и учесть. Гораздо труднѣе для наблюденія тайныя движенія населенія. На первомъ планѣ стоитъ контрабандный промыселъ спиртоносовъ. Д-ръ Фіалковскій въ своемъ докладѣ сообщилъ намъ, что по р. Сунгари вывозится на сѣверъ масса спирта, который гдѣ то пропадаетъ, т. к. оффиціально не ввозится черезъ границу. Д-ръ Фіалковскій отнесъ этотъ спиртъ на потребителей Амурской области.

Я незнакомъ съ жизнью Амура; но пограничная полоса съ Маньчжуріей между р. Уссури и линіей Уссурійской жел. дороги—живетъ контрабанднымъ промысломъ. Промысломъ я говорю потому, что спиртовая контрабанда—доходный и прочно-организованный промыселъ массы населенія.

Д-ръ Неводничанскій описалъ яркую картину жизни казаковъ Полтавскаго округа, гдѣ „не сѣютъ не жнутъ, не собираютъ въ житницы"—и, несмотря на это, живутъ въ довольствѣ. То же наблюдается и въ другихъ пограничныхъ, преимущественно казачьихъ, селеніяхъ. Станица Донская при ст. Уссури—характерна для такихъ селеній. Кромѣ казаковъ въ ней живетъ много крестьянъ, преимущественно изъ бѣдныхъ деревень по р. Иману (Котельное, Гончаровка и др.). Они никогда не сообщаютъ точно своихъ занятій. „Занимаемся всякой работой"—ихъ отвѣтъ на вопросъ врача на пріемѣ въ больницѣ. Въ той же Донской станицѣ живетъ много китайцевъ; для нихъ даже существуетъ нѣсколько опіекуриленъ. Центръ организаціи контрабандистовъ—казаки. Это хозяева дѣла, получающіе доходъ. Доходы свои они дѣлятъ съ заграничными компаніонами. Въ числѣ этихъ компаніоновъ участвуютъ въ прибыляхъ внѣ сомнѣнія хунхузы, т. е. организація хунхузовъ. Это мощное тайное общество обкладываетъ данью въ свою пользу на нашей землѣ китайскихъ торговцевъ и артели рабочихъ. Внѣ сомнѣнія, безъ дозволенія, а можетъ быть и безъ помощи хунхузовъ контрабандный про-

мыселъ не могъ бы процвѣтать. Новоселы и китайцы—это уже наемные чернорабочіе контрабандистовъ. Мнѣ неизвѣстны условія оплаты этого труда. Но жизнь этихъ работниковъ тяжелая: приходится и мокнуть подъ дождемъ, и зябнуть, прячась гдѣ то въ оврагѣ отъ взора корчемной или таможенной стражи. Когда же физическія силы этихъ рабочихъ использованы, ихъ безъ всякаго сожалѣнія выталкиваютъ на улицу; нерѣдко даже попросту убиваютъ ихъ. Борьба корчемной и таможенной стражи съ этой могучей шайкой организаціи контрабандистовъ-спиртоносовъ въ общемъ безплодна. Ловятъ бутылки и ведра спирта; не могутъ уловить транспорта спирта, всегда окруженнаго въ своемъ движеніи сигналистами. Ловятъ посланныхъ чернорабочихъ промысла, а организаторы и хозяева тайнаго промысла остаются неуязвимыми или за недостаточностью доказательствъ попадаютъ только на подозрѣніе. Насъ интересуетъ не столько борьба съ этимъ промысломъ, какъ наблюденіе надъ нимъ, т. к. это тайное международное движеніе можетъ всегда явиться переносчикомъ заразныхъ болѣзней, а въ томъ числѣ холеры и чумы. Вести такое наблюденіе возможно только образованіемъ въ пограничной полосѣ врачебныхъ пунктовъ съ амбулаторіей и больницей, безплатной для всѣхъ безъ различія расы, чтобы привлечь въ амбулаторію и китайцевъ и чтобы наблюдать такимъ образомъ развитіе между ними тѣхъ или иныхъ болѣзней. Контрабандный промыселъ—это наиболѣе крупное и наиболѣе трудно изучаемое движеніе въ пограничной мѣстности. Но есть и другіе. Наши лѣса привлекаютъ до сего времени много китайскихъ искателей счастья, идущихъ въ тайгу за корнемъ жень-шень. Русскіе идутъ за ними слѣдомъ, чтобы изучать пріемы исканія жень-шеня, а чаще, чтобы грабить китайцевъ. Охота на „желтаго фазана“ еще процвѣтаетъ въ нашей тайгѣ. Зимой тамъ же въ тайгѣ живутъ охотники за соболями и за пантами. Въ тайгѣ по обѣ стороны хребта Сихоте-Алина собирается и въ настоящее время значительное число таежныхъ китайцевъ. Опорные пункты у насъ, повидимому, югъ Иманскаго уѣзда: это мѣстность около залива Св. Ольги и особенно около рудниковъ Тетюхэ. Иманскій же уѣздъ служитъ транзитнымъ путемъ движенія китайцевъ отъ рудниковъ Тетюхэ въ Маньчжурію и обратно. Граница этихъ путей идетъ черезъ перевалъ въ долину р. Фуданъ (д. Антоновка), р. Улахе и Марьяновскую волость по верхней Уссури. Далѣе пути разбиваются для перехода черезъ границу въ такихъ глухихъ

пунктахъ, какъ разъѣздъ Краевскій и п. Ново-Русановскій, д. Елизаветовка и Пантелеймоновка (около ст. Прохаско) и пос. Буссе. Проходятъ вѣроятно и черезъ ст. Донскую, и п. Марково и черезъ Павло-Федоровскій поселокъ (ст. Шмаковка). Весь путь до 400 верстъ можно сдѣлать, проходя мимо всѣхъ полицейскихъ пунктовъ. Этими путями идутъ чернорабочіе таежники, безбилетные и хунхузы. Другимъ болѣе культурнымъ и дорогимъ путемъ передвиженія все больше и больше начинаетъ пользоваться китайская и японская знать для сношенія между собой. Линія Уссурійской желѣзной дороги отъ Имана до Владивостока является наиболѣе быстрымъ и удобнымъ путемъ сообщенія сѣверо-восточной Маньчжуріи съ Китаемъ и Японіей. Кто часто ѣздитъ, тотъ знаетъ, какъ много во II классѣ желтолицыхъ пассажировъ и многіе изъ нихъ садятся на ст. Иманъ Транзитное движеніе черезъ нашу территорію растетъ и заслуживаетъ внимательнаго изученія и постояннаго наблюденія. Маньчжурія часто бываетъ очагомъ чумы и холеры. Нерѣдко бываютъ эти страшныя гостьи въ Среднемъ и Южномъ Китаѣ и въ Японіи. Эта то постоянная угрожаемость чумой (и холерой также) и дѣлаетъ пограничную полосу крайне важной въ санитарномъ отношеніи. Вмѣсто того, чтобы выкладывать въ минуту явной опасности милліоны, оцѣплять границу, выселять массами желтолицыхъ иностранцевъ и экстренными мѣрами, вызванными страхомъ смерти, пріостанавливать жизнь, гораздо полезнѣе и дешевле организовать постоянное санитарное наблюденіе за пограничной полосой, изучать и наблюдать жизнь и движеніе населенія въ этой полосѣ, слѣдить черезъ врачебные амбулаторіи за заболѣваемостью какъ своею, такъ и пограничнаго китайскаго населенія. Доступностью помощи, хорошимъ обращеніемъ и безплатностью, я не сомнѣваюсь, что врачи смогутъ привлечь на свои пріемы китайцевъ, т. к. китайское знахарство пользуется успѣхомъ все же главнымъ образомъ за неимѣніемъ лучшей медицинской помощи. Я имѣю предложить съѣзду слѣдующій проектъ резолюціи.

Первый Съѣздъ врачей Приамурскаго края, исходя: 1) изъ чрезвычайной важности постояннаго врачебно-санитарнаго надзора за пограничной съ Китаемъ полосой, чрезвычайной важности не только краевого, но и общегосударственнаго характера и 2) изъ хаотическаго состоянія и недостаточности врачебно-санитарнаго надзора въ краѣ вообще, и въ пограничной полосѣ въ частности надзора, осуществляемаго отрывочно разными вѣдомствами, признаетъ неотложнымъ дѣломъ выработку

и осуществленіе для всего Приамурскаго края единой, стройной врачебно-санитарной организаціи. При этомъ 1-й Съѣздъ врачей Приамурскаго края принимаетъ во вниманіе, что желательная организація не можетъ быть создана немедленно, и что постоянный санитарный надзоръ за пограничной полосой— дѣло совершенно неотложное, поэтому 1-й Съѣздъ Врачей Приамурскаго края проситъ Его Высокопревосходительство Главнаго Начальника края въ текущемъ 1913 году созвать краевое совѣщаніе для разработки вопроса, какъ осуществить въ настоящій моментъ и въ будущемъ врачебно-санитарный надзоръ за пограничной полосой".

Въ Иманскомъ уѣздѣ медицинская помощь, врачебная и фельдшерская, оказывается разными вѣдомствами: Министерствомъ Внутреннихъ Дѣлъ (сельская и уѣздная организація), Переселенческимъ вѣдомствомъ, Войсковымъ Управленіемъ Уссурійскаго казачьяго войска, Уссурійской желѣзной дорогой, военными врачами, Свято-Троицкимъ монастыремъ. Фабрично-заводской самостоятельной медицинской организаціи не существуетъ въ уѣздѣ. Во многихъ мѣстахъ параллельно работаетъ нѣсколько врачебныхъ пунктовъ, или рядомъ съ врачебной амбулаторіей имѣется фельдшерскій пунктъ другого вѣдомства. Вольно-практикующихъ врачей въ уѣздѣ не было. Вольно-практикующіе фельдшера были; особенно много вольно-практикующихъ фельдшеровъ изъ „ротныхъ" по деревнямъ. Я принимаю во вниманіе и обозначилъ на картѣ не число больницъ и амбулаторій, а число мѣстъ подачи врачебной и фельдшерской помощи. Такихъ пунктовъ было 19: 8 врачебной помощи и 11 пунктовъ только фельдшерской. Изъ 8-ми пунктовъ подачи врачебной помощи 6 находятся на линіи Уссурійской желѣзной дороги: 1) Спасское и ст. Евгеньевка, 2) ст. Уссури (с. Лутковское), 3) ст. Муравьевъ-Амурскій, 4) Иманъ, 5) Бочарово, 6) Бикинъ. Два врачебныхъ пункта находились въ долинѣ Имана: с. Саровка 50 верстъ отъ п. Иманъ и сельскій пунктъ въ д. Гончаровкѣ—58 верстъ отъ Имана. Вся долина верхней Уссури, Даубихе и Улахе съ истоками оставалась безъ врачебной помощи Разстоянія между врачебными пунктами вдоль линіи жел. дороги слѣдующія: 1) отъ ст. Евгеньевка до ближайшей лѣчебницы Никольскъ-Уссурійскаго уѣзда (около ст. Мучной)—39 верстъ, 2) отъ ст. Евгеньевка до ст. Уссури—104 версты, 3) отъ ст. Уссури до ст. Муравьевъ-Амурскій—50 верстъ, 4) отъ ст. Муравьевъ-Амурскій до ст. Иманъ—9 верстъ, 5) отъ ст.

Иманъ до ст. Бочарово 77 верстъ, 6) отъ ст. Бочарово до ст. Бикинъ 34 версты, 7) ст. Бикинъ находится на границѣ двухъ уѣздовъ. Изъ врачебныхъ пунктовъ другихъ уѣздовъ ни одинъ не можетъ оказывать своего дѣйствія въ предѣлахъ Иманскаго уѣзда. Яковлевская переселенческая больница находится въ разстояніи 45 и болѣе верстъ отъ селеній Иманскаго уѣзда во всѣ стороны. Ольгинская переселенческая и Беневская сельская находятся за хребтомъ Сихоте-Алиномъ и не имѣютъ дорогъ, кромѣ пѣшеходныхъ тропъ, въ Иманскій уѣздъ. Да и разстояніе ихъ отъ ближайшихъ селеній Иманскаго уѣзда очень велико. Такимъ образомъ, сѣть пунктовъ подачи врачебной помощи населенію въ Иманскомъ уѣздѣ очень рѣдка, и радіусъ участковъ чрезмѣрно великъ даже въ наиболѣе населенной части, близъ линіи желѣзной дороги. Пользуясь статистическими данными 1911 года и картой уѣзда, я попытался распредѣлить населеніе уѣзда по доступности врачебной помощи. Я взялъ четыре пояса: 1) населеніе, живущее въ раіонѣ 10 верстъ отъ врачебнаго пункта. Этому населенію врачебная помощь относительно легко доступна. По хорошей дорогѣ помощь дѣйствительно легко доступна: крестьянинъ съ утра можетъ поѣхать въ больницу и къ обѣду вернуться назадъ. При плохихъ же дорогахъ и въ распутицу крестьянину приходится все же иногда терять свой и лошадиный рабочій день. 2) Во второй раіонъ отношу населеніе, проживающее въ разстояніи 10—25 верстъ отъ врачебнаго пункта. Этому населенію врачебная помощь въ общемъ доступна, хотя при условіи плохихъ дорогъ за одинъ день не всегда можно обернуться туда и назадъ. 3) Въ третій раіонъ я отношу населеніе, проживающее въ разстояніи 25—50 верстъ отъ врачебнаго пункта. Этому населенію врачебная помощь доступна только въ исключительныхъ случаяхъ, т. к. совѣтъ врача обойдется уже слишкомъ дорого: не менѣе трехъ рабочихъ своихъ и трехъ лошадиныхъ дней. Въ страдное же время крестьянинъ, чтобы обезпечить всю семью хлѣбомъ, долженъ невольно жертвовать здоровьемъ и даже нерѣдко жизнью отдѣльныхъ членовъ своей семьи, оставляя ихъ безъ помощи въ болѣзняхъ. 4) Въ четвертый раіонъ отношу населеніе, живущее далѣе 50 верстъ отъ врачебнаго пункта. Эту часть населенія я считаю совершенно лишенной врачебной помощи. Результатъ моего вычисленія крайне неблагопріятенъ для Иманскаго уѣзда: въ 1-мъ раіонѣ живетъ 17,85 % населенія; во 2-мъ раіонѣ—27,2 %, т. е. населеніе, для ко-

тораго врачебная помощь болѣе или менѣе доступна—составляетъ меньшую половину всего населенія уѣзда, всего 45%. Въ 3-мъ раіонѣ живетъ 26,75% населенія; въ 4-мъ 28,2% всего населенія. Болѣе чѣмъ четверти населенія уѣзда врачебная помощь вовсе недоступна и болѣе чѣмъ половинѣ всего населенія почти что недоступна. По отдѣльнымъ волостямъ распредѣленіе населенія по доступности врачебной помощи представляется въ такомъ видѣ. Я беру 12 административныхъ величинъ уѣзда: п. Иманъ и 11 волостей. По обезпеченности врачебной помощью населенія я раздѣляю эти 12 единицъ на три разряда: 1) Съ болѣе или менѣе удовлетворительной постановкой дѣла я считаю такія единицы, гдѣ нѣтъ населенія, проживающаго отъ врачебнаго пункта далѣе 50 верстъ. 2) Неудовлетворительной постановкой дѣла я считаю тѣ единицы, въ которыхъ есть населеніе, проживающее не далѣе 25 верстъ отъ врачебнаго пункта при наличности также и населенія, проживающаго далѣе 50 верстъ. 3) Съ плохой постановкой дѣла я считаю единицы, въ которыхъ все населеніе живетъ далѣе 25 верстъ отъ врачебнаго пункта. Въ первый, болѣе или менѣе удовлетворительный разрядъ, входятъ 5 единицъ: п. Иманъ, Спасская, Саровская, Лутковская и Веденская волости. Во второй разрядъ съ неудовлетворительной постановкой врачебнаго дѣла попадаютъ три волости: Новопокровская, Тихоновская и Зеньковская. Въ третій разрядъ съ плохой постановкой врачебнаго дѣла (или, вѣрнѣе, внѣ врачебной помощи) входятъ четыре волости: Ракитнинская, Марьяновская и Чугуевская. Въ 1-й разрядъ опять придется меньшая половина населенія уѣзда—44,5%, во 2-й разрядъ съ неудовлетворительной постановкой дѣла—25% и въ 3-й разрядъ—30,5% населенія. Оффиціально Иманскій уѣздъ раздѣленъ на 4 врачебныхъ участка: Спасскій, Средне-Уссурійскій, Гончаровскій и Благовѣщенскій. Наиболѣе благополучный будетъ Спасскій участокъ, въ который входятъ Спасская, Хвалынская и Зеньковская волости. Вторымъ по благополучію, благодаря развитію дѣятельности переселенческаго вѣдомства, будетъ Гончаровскій участокъ.

Спасскій участокъ. Довольно плотно заселенный по обѣ стороны 70 верстнаго протяженія Уссурійской желѣзной дороги отъ р. Кнорринга до р. Краевскій. Всѣхъ селеній въ немъ 32. Жителей по даннымъ 1911 года болѣе 23 тыс., не считая гарнизона. Промышленность развита. На ст. Евгеньевка акціонерный цементный заводъ. На ст. Свіягино казенный лѣсообдѣлочный за-

водъ (бывшій Суворова). Много болѣе мелкихъ предпріятій. Сильно развита торговля особенно въ Спасской слободкѣ. Земледѣліе развито. Имѣется значительный избытокъ хлѣба, несмотря на то, что изъ удобныхъ надѣльныхъ земель еще только незначительная ($^1/_7$) часть распахана. Въ экономическомъ отношеніи Спасскій участокъ наиболѣе благополучный.

Только $25^1|_2$% населенія живетъ въ разстояніи до 10 верстъ отъ врачебнаго пункта. За то *въ раіонѣ болѣе или менѣе доступной врачебной помощи*, въ радіусѣ 25 верстъ живетъ болѣе $^2|_3$ всего населенія, по даннымъ 1911 года около 16 тыс. чел., не считая гарнизона. Въ раіонѣ до 50 вер., живетъ $^9|_{10}$ всего населенія и только около $2^1|_2$ тыс. лишены врачебной помощи изъ за дальности разстоянія. Въ с. Спасскомъ близъ ст. Евгеньевка находится сельская лѣчебница по штату всего на 6 коекъ съ собственнымъ зданіемъ. Въ дѣйствительности въ лѣчебницѣ всегда лежитъ больше больныхъ. Въ 1911 году среднее число ежедневно занятыхъ коекъ было вдвое болѣе штата, а именно 12,0. Въ участкѣ есть одинъ фельдшерскій пунктъ, а именно въ с. Зеньковкѣ (населеніе болѣе 2 тыс.) близъ ст. Свіягино. Фельдшерскимъ пунктомъ завѣдуетъ младшій уѣздный фельдшеръ безъ школьнаго образованія. Переселенческихъ лѣчебныхъ заведеній нѣтъ. Казачьихъ тоже. У промышленныхъ предпріятій нѣтъ своей особой организаціи. При ст. Евгеньевка ведетъ значительныя строительныя работы военное вѣдомство. Строительнымъ рабочимъ оказываютъ помощь военныя лѣчебныя заведенія. Для населенія Спасской слободки и с. Спасскаго (и для ближайшихъ селеній Спасской и Хвалынской волостей) военная медицина имѣетъ большое значеніе, какъ возможность выбора врача для лѣченія и возможность консультаціи врачей. На ст. Евгеньевка имѣется еще желѣзнодорожная больница. Дороги, исходящія лучеобразно изъ с. Спасскаго, сравнительно въ довольно удовлетворительномъ состояніи. Прочія дороги, особенно по глухимъ концамъ Зеньковской волости, плохи. С. Спасское, а, главнымъ образомъ, слободка, какъ торговые центры—съ большими базарами, притягиваетъ къ себѣ ежедневно массу народа. Перехожу къ оцѣнкѣ состоянія подачи врачебной помощи населенію въ Спасскомъ участкѣ. Но, прежде чѣмъ производить оцѣнку, я считаю долгомъ оговориться, что мѣрка, въ видѣ нормъ Европейской Россіи и земскихъ идеаловъ, пока совершенно еще непримѣнима въ Приморской области. За нормальный радіусъ пока приходится признавать

не $6^1|_2$—8 верстъ, какъ въ Московской губ., а 15—25 верстъ. Въ этихъ разстояніяхъ при лучшей и менѣе убогой постановкѣ сельско-врачебной части и лучшемъ состояніи дорогъ, напр. въ Иркутской губ., возможно въ большинствѣ случаевъ своевременно оказать хирургическую въ несчастныхъ случаяхъ и акушерскую помощь. Вотъ съ этимъ-то азіатскимъ нормальнымъ радіусомъ врачебнаго участка я и буду производить оцѣнку организаціи врачебной помощи населенію. Въ Спасской волости (нынѣ Спасская и Хвалынская) въ 20 селеніяхъ съ населеніемъ около 15 тыс. человѣкъ, организацію врачебной помощи населенію сравнительно можно признать удовлетворительной. Въ Зеньковской волости, съ 12 селеніями съ населеніемъ болѣе $8^1|_2$ тыс. жителей, организацію врачебной помощи населенію надо признать совершенно неудовлетворительной. Въ Спасской волости за предѣломъ 25 верстъ отъ врачебнаго пункта находится только дер. Нахимово (26 верстъ) съ населеніемъ около 300 чел. Пока здѣсь для приближенія врачебной помощи къ населенію надо работать надъ улучшеніемъ дорогъ, а не надъ сокращеніемъ радіуса. Совершенно иное положеніе населенія Зеньковской волости. Въ 25 верстномъ притяженіи Спасской лѣчебницы живетъ всего около 20% населенія, а 80% живетъ дальше 25 верстъ и около 30% далѣе 50 верстъ отъ пункта подачи врачебной помощи. Въ Московской губ. нормальнымъ населеніемъ врачебнаго участка считается $6^1|_2$ тыс. населенія. Переводя эту норму на азіатскій масштабъ, надо все же признать, что для Спасскаго участковаго врача будетъ вполнѣ достаточнымъ Спасской и Хвалынской волостей. Все населеніе этихъ волостей со слободкой и съ гарнизономъ въ настоящее время не менѣе 25 тыс. Зеньковская же волость должна отойти къ другому врачебному участку. Населеніе с. Зеньковки уже ассигновало значительную сумму на постройку въ с. Зеньковкѣ больницы. Учрежденіе новаго Зеньковскаго врачебнаго участка является вѣроятнымъ. Послѣ этой реформы во всей южной части уѣзда обезпеченность врачебной помощью населенія будетъ болѣе или менѣе удовлетворительна. Въ 10 верстномъ раіонѣ отъ Зеньковки окажется 63% населенія Зеньковской волости, а за предѣлами 25 верстъ всего три селенія, расположенныя близъ глухого разъѣзда Краевскій: Антоновка (26 вер.), Комаровка (27 вер.) и Русановка (28 вер.), т. е. около 22% всего населенія Зеньковской волости. Улучшенія положенія населенія этихъ селеній можно достигнуть

улучшеніемъ дорогъ или учрежденіемъ *хорошо оборудованнаго* фельдшерскаго пункта близъ разъѣзда Краевскаго. Современные самостоятельные фельдшерскіе пункты, по моему мнѣнію, очень плохая «затычка», и нерѣдко приносятъ болѣе вреда, чѣмъ пользы населенію. Но по вопросу о фельдшерахъ и о фельдшерскихъ пунктахъ будетъ докладывать другой товарищъ, сельскій врачъ, поэтому я ограничусь здѣсь только высказаннымъ мною мнѣніемъ. Я нахожу, что если нельзя хорошо оборудовать фельдшерскій пунктъ, если нельзя найти для завѣдыванія такимъ самостоятельнымъ фельдшерскимъ пунктомъ хорошихъ школьныхъ фельдшера или фельдшерицу-акушерку, то лучше въ такомъ случаѣ закрыть самостоятельные фельдшерскіе пункты. Въ Нижнеудинскомъ уѣздѣ Иркутской губ. почти нѣтъ сельскихъ самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ, а населеніе болѣе обезпечено медицинской помощью и обращаемость населенія выше.

Кандидатомъ на фельдшерскій пунктъ близъ раз. Краевскій является с. Комаровка Зеньковской волости, находящееся въ 6-ти вер. отъ раз. Краевскаго—въ 27 вер. отъ с. Зеньковки, верстахъ въ 20—25 отъ с. Успенки (будущій врачебный пунктъ) съ населеніемъ, по даннымъ 1911 года, въ 941 чел. Съ учрежденіемъ Зеньковскаго врачебнаго участка обезпеченность населенія Спасскаго участка врачебной помощью будетъ слѣдующая: въ 10 верстномъ раіонѣ около $^1|_2$ населенія (вмѣсто 25%), и за предѣлами 25 верстнаго круга—менѣе 10% (вмѣсто $30^1|_2$%). За предѣлами 50 верстнаго круга вовсе никого не будетъ.

Средне-Уссурійскій участокъ. Волости: Лутковская, Успенская, Марьяновская и Чугуевская; пространство его около 20 тыс. кв. верстъ, т. е. $^1|_8$ часть уѣзда. Чтобы попасть изъ Лутковки въ наиболѣе отдаленное селеніе Чугуевской волости (на уч. Ото III-й) въ д. Журавлевку, надо проѣхать 104 версты по желѣзной дорогѣ и 190 верстъ на лошадяхъ, т. е. около 300 верстъ.

Вліяніе врачебнаго пункта на отдаленныя волости Марьяновскую и Чугуевскую чисто теоретическое. Обѣ волости находятся цѣликомъ за предѣлами возможности обращаться за врачебной помощью. Въ Чугуевской волости 2, а въ Марьяновской 1 переселенческихъ фельдшерскихъ пункта. Успенская волость цѣликомъ лежитъ за предѣлами 25 верстнаго радіуса врачебныхъ участковъ, взятаго для Азіи, какъ норма. Третья часть населенія Успенской волости живетъ далѣе 50

верстъ отъ врачебнаго пункта. Такимъ образомъ, остается въ поясѣ фактическаго вліянія Лутковской лѣчебницы только Лутковская волость. Въ сферу вліянія попадаетъ еще около 3—4 тыс. казачьяго населенія. Казаки издавна составляютъ значительную часть всѣхъ посѣтителей Лутковской амбулаторіи и нерѣдко даже лежатъ въ лѣчебницѣ на койкахъ.

За предѣлами „нормальнаго для Азіи" радіуса въ 25 верстъ въ Лутковской волости живетъ 40% населенія въ 9 селеніяхъ, изъ нихъ 8 селеній въ раіонѣ ст. Прохаско и с. Пантелеймоновки. Состояніе дорогъ въ Лутковской волости очень плохое. Врачебный пунктъ въ с. Лутковскомъ (ст. Уссури) расположенъ неправильно: съ краю огромнаго участка и съ краю даже Лутковской волости. По размѣрамъ своей амбулаторной и стаціонарной работы Лутковская сельская лѣчебница вторая въ уѣздѣ (послѣ Спасской) *)—и одна изъ наиболѣе продуктивныхъ въ области. Вывожу изъ этого, что хотя Лутковская лѣчебница расположена и эксцентрически, но мѣсто для нее выбрано удобно. Переносъ ее въ другое, болѣе центральное въ участкѣ мѣсто, нежелателенъ. С. Лутковское, или, вѣрнѣе, поселеніе у ст. Уссури, находится на „бойкомъ мѣстѣ "у пересѣченія линіи Уссурійской ж. д. съ р. Уссури, тамъ, гдѣ рѣка еще даже судоходна, а выше на сотни верстъ сплавная, дающая много грузовъ. На ст. Уссури, въ казачьихъ селеніяхъ и с. Лутковкѣ, болѣе $3^1/_2$ тыс. жителей; кромѣ того, с. Лутковское—пограничный пунктъ.

Во всемъ Средне-Уссурійскомъ участкѣ (къ которому фактически принадлежитъ и южная часть Донского казачьяго округа) $29^1/_2$ тыс. сельскаго населенія и около $4^1/_2$ тыс. казачьяго населенія по даннымъ 1911 года. Другихъ пунктовъ подачи врачебной помощи, кромѣ сельскаго въ сел. Лутковскомъ, нѣтъ. Фельдшерскихъ пунктовъ 7: 1 сельскій въ с. Успенкѣ, три переселенческихъ въ с. Крыловкѣ, с. Самаркѣ и с. Чугуевкѣ, 1 монастырскій близъ с. Тихменево и 2 казачьихъ: въ ст. Донской и въ постѣ Павло Федоровскомъ (при ст. Шмаковка). На Уссурійской жел. дорогѣ нѣтъ ни врачебныхъ, ни фельдшерскихъ пунктовъ въ предѣлахъ Средне-Уссурійскаго участка. Военныхъ лѣчебныхъ заведеній и военныхъ врачей нѣтъ. Вольнопрактикующихъ врачей нѣтъ. Изъ этого вывожу, что населеніе Средне-Уссурійскаго участка, за исключеніемъ небольшой части его около ст. Уссури, нахо-

*) Послѣдніе годы Лутковская амбулаторія даже болѣе посѣщаема, чѣмъ Спасская.

дится внѣ врачебной помощи. Здѣсь царствутъ фельдшеризмъ со всѣми его плохими сторонами: пункты безъ лѣкарствъ и средствъ; фельдшера часто ротные безъ всякихъ знаній. Содержаніе фельдшера получаютъ скудное (въ п. Павло-Федоровскомъ менѣе 200 р.; да еще онъ обязанъ давать помѣщеніе для пункта!). Фельдшерамъ волей-неволей приходится или эксплоатировать невѣжественное населеніе, или заниматься коммерческими, посторонними медицинѣ, предпріятіями.

По деревнямъ живутъ вольнопрактикующіе фельдшера „изъ ротныхъ". Большую практику имѣютъ знахари и знахарки.

Распоряженіемъ Его Высокопревосходительства Главнаго Начальника края просьба крестьянъ с. Успенки объ учрежденіи врачебнаго пункта съ больницей удовлетворена. Въ с. Успенку переносится Гончаровская сельская лѣчебница. Средне-Уссурійскому врачу останется одна Лутковская волость, да около $4^1|_2$—$5^1|_2$ тыс. казаковъ, всего отъ 14 до 16 тыс. населенія. Успенскому врачу перейдетъ три волости съ населеніемъ болѣе 20 тыс. чел. по даннымъ 1911 года. Настоятельно и неотложно необходимо приблизить врачебную помощь къ населенію Чугуевской волости учрежденіемъ еще одного врачебнаго участка въ верховьяхъ р. Уссури. Для проведенія же хотя бы приблизительно „нормальнаго для Азіи" 25 верст. радіуса врачебнаго участка надо, кромѣ Успенскаго, учредить еще три врачебныхъ пункта въ с. Марьяновкѣ, с. Самаркѣ и с. Чугуевкѣ. Здѣсь было бы умѣстно доложить съѣзду о вредѣ для врачебнаго дѣла и для населенія междувѣдомственной черезполосицы и неумѣстной, при общей бѣдности во врачебной помощи, параллельной работы рядомъ разныхъ вѣдомствъ; это все существуетъ между сельской, переселенческой и казачьей медицинскими организаціями. Но я оставляю этотъ вопросъ, т. к. о немъ будетъ докладывать сельскій врачъ Фортунатовъ. Точно также я оставляю въ сторонѣ вопросъ о нуждахъ сельскихъ лѣчебницъ, т. к. эту тему взялъ на себя другой товарищъ—сельскій врачъ. Я остановлюсь только немного на размѣрахъ стаціонарной помощи населенію. Въ Иманскомъ уѣздѣ въ лѣчебныхъ заведеніяхъ сельскихъ, казачьихъ и переселенческихъ около 200 коекъ, т. е. койка на 450 чел. населенія. Но такое благополучіе только кажущееся. Сельское старожильческое населеніе, сосредоточенное въ Спасскомъ и Средне-Уссурійскомъ сельскихъ участкахъ, можетъ пользоваться стаціонарнымъ лѣченіемъ въ больницахъ только въ

исключительныхъ случаяхъ. Въ Спасскомъ участкѣ на 23 слишкомъ тысячи населенія 6 штатныхъ коекъ, т. е. 1 на 4 тысячи человѣкъ. Въ Средне-Уссурійскомъ на 30 тыс. населенія 6 коекъ: 1 на 5 тысячъ человѣкъ. *Стаціонарная помощь сельскому старожильческому населенію Иманскаго уѣзда* находится въ зачаточномъ состояніи.

Гончаровскій сельско-врачебный участокъ. Сюда входятъ волости: Веденская, Ракитнинская, Новопокровская и Саровская; прилегаетъ п. Иманъ, сѣверная часть Донского и южная часть Бикинскаго казачьихъ округовъ. Здѣсь уже случилось столкновеніе двухъ параллельно работающихъ врачебныхъ организацій. Министерство Внутреннихъ Дѣлъ для врачебнаго участка выбрало с. Гончаровку, а переселенческое управленіе для своей лѣчебницы въ 15 верстахъ отъ с. Гончаровки с. Котельное. Гончаровскій врачебный пунктъ работаетъ уже нѣсколько лѣтъ. Стаціонарной помощи за невозможностью найма подходящаго помѣщенія нѣтъ вовсе. Амбулаторія работаетъ слабо, т. к. Гончаровка является только геометрическимъ центромъ своего участка. Въ Гончаровкѣ не сходятся дороги, и экономическіе пути постановки населенія идутъ мимо Гончаровки. С. Котельное выбрано удачнѣе. Это волостное село. Больница отстроена вчернѣ, но еще не открыта. Переносъ въ Котельное Саровской переселенческой больницы долженъ состояться текущей осенью. Можно благодарить судьбу, что сельско-врачебная организація тяжеловѣсна въ вопросахъ постройки больницъ. Иначе, при общей крайней бѣдности на лѣчебныя заведенія, у насъ было бы двѣ больницы въ разстояніи 15 верстъ одна отъ другой, въ мѣстности со сравнительно рѣдкимъ населеніемъ. Въ настоящее время, какъ я уже выше докладывалъ, Гончаровскій участокъ переносится въ с. Успенку на р. Уссури. Разсматриваемый раіонъ надо разсматривать съ настоящаго центра этого раіона (п. Иманъ) и назвать его сѣверной частью Иманскаго уѣзда. Сюда же относится и Тихоновская волость, оффиціально составляющая Благовѣщенскій сельско-врачебный участокъ съ лѣчебницей на 6 коекъ въ с. Феодосьевкѣ при ст. Бочарово. Пространство этого сѣвернаго раіона около 35 тыс. кв. верстъ, населеніе, по даннымъ 1911 года, 34655 чел., т. е. ниже средняго для уѣзда по 1 чел. на 1 кв. версту. Экономическое положеніе еще неокрѣпшаго населенія незавидное. На душу, по даннымъ 1911 года, приходилось всего около 4 пуд. хлѣба. Пунктовъ подачи врачебной помощи шесть: ст. Му-

равьевъ-Амурскій, Иманъ, Бочарово, Бикинъ, Саровка и Гончаровка. Предполагается еще открытіе пункта въ с. Ракитномъ. На Иманѣ больница переселенческаго вѣдомства на 120 кроватей, казачья на 15 кроватей и сводный лазаретъ гарнизона въ п. Графскомъ; въ 9 верстахъ отъ Имана на ст. Муравьевъ-Амурскій желѣзнодорожная больница на 15 кроватей. Несмотря на это, на Иманѣ нерѣдко многіе не могутъ найти ни врачебной, ни санитарной помощи. Вся медицина вѣдомственная. Мелкій торговецъ, пришедшій на Дальній Востокъ искать счастья, рабочій самоходъ и ремесленникъ, пріѣхавшій на заработокъ, часто остаются безъ помощи во время болѣзней. Имъ приходится метаться изъ больницы въ больницу, всюду встрѣчая отказы, мыкаться по волостнымъ и сельскимъ правленіямъ, желѣзнодорожнымъ станціямъ, становымъ квартирамъ, ища помощи и защиты; приходится при этомъ голодать, терпѣть холодъ и нерѣдко умирать внѣ лѣчебныхъ заведеній. Такое положеніе дѣла совершенно нетерпимо, т. к. является тормозомъ колонизаціи нашего края. Малоземельные крестьяне земледѣльческихъ губерній Европейской Россіи уже признаны плохимъ колонизаціоннымъ элементомъ. Имано—Вакхскій раіонъ называютъ нерѣдко „ошибкой колонизаціи". Американскія богатства и австралійское и канадское благополучіе создали не субсидируемые и опекаемые, а сильные, если не матеріально, то своимъ духомъ и предпріимчивостью вольные колонисты, т. е. тѣ, кого какъ въ Средней Сибири, такъ и на Дальнемъ Востокѣ называютъ „самоходы". А они-то какъ разъ совершенно не обезпечены врачебной помощью на Дальнемъ Востокѣ. Надо вникнуть въ психологію самоходовъ и ихъ близкихъ, чтобы понять громадное значеніе съ точки зрѣнія успѣшной колонизаціи края *безплатной*, *хорошей и легко доступной помощи* для всего пришлаго населенія. Представьте себѣ слѣдующее: какой то мелкій торговецъ, поѣхавшій покупать или ловить рыбу на Дальній Востокъ, или плотникъ ушелъ туда же на заработокъ, а затѣмъ онъ пропалъ безъ вѣсти для своихъ близкихъ. Мѣсяца же 2—3 спустя черезъ какого либо земляка наконецъ станетъ извѣстно, что „Николай"-де умеръ, заболѣлъ горячкой, дня три таскался по больницамъ, встрѣчая всюду отказъ, такъ какъ онъ: 1) не мѣстный крестьянинъ, 2) не казакъ, 3) не переселенецъ, 4) не уплатилъ больничнаго сбора (если дѣло идетъ о городѣ). На четвертый день становой приставъ сжалился надъ нимъ и направилъ его въ такую то больницу, давъ ему на

дорогу денегъ, гдѣ этотъ самый „самоходъ“ Николай и „отдалъ Богу душу“. А еще послѣ, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, или черезъ годъ, придетъ начетъ черезъ мѣстную полицію, что за лѣченіе такого то Николая причитается по 2 рубля въ день, да еще за похороны 10—15 руб. и эту сумму взыщутъ. Въ окружности того мѣста, гдѣ произошелъ описанный случай съ „Николаемъ“ (а такихъ „Николаевъ“ сотни, если не тысячи!), уже пропадаетъ у людей охота искать счастья и заработка на Дальнемъ Востокѣ. Мелкій, но энергичный, съ иниціативой торговецъ или предприниматель предпочтетъ меньшую прибыль на родинѣ или работу въ „чужомъ дѣлѣ“ приказчикомъ. Семья его не пуститъ на Дальній Востокъ. А рабочій пойдетъ въ портовые города и столицы, гдѣ заработокъ хотя и меньше, но зато и „рискъ пропасть“ гораздо меньше. Тѣ же, кому по какой либо причинѣ не живется на родинѣ или вблизи нея, пойдутъ колонистами въ Сѣверную Америку, Канаду, Бразилію, Аргентину, Австралію и на пресловутые „Счастливые Острова“. А между тѣмъ по природнымъ богатствамъ въ Приамурьѣ можно жить не хуже, чѣмъ на „Счастливыхъ Островахъ“.

Совершенно необходимо, чтобы всѣ государственныя и общественныя лѣчебныя заведенія оказывали бы всему населенію какъ постоянному, такъ и пришлому помощь безплатно или во всякомъ случаѣ безденежно. Это дѣлать должны всѣ сельскія, переселенческія, казачьи и городскія лѣчебныя заведенія. Расходы же на лѣченіе этого посторонняго, главнымъ образомъ, пришлаго населенія должны быть отнесены на счетъ государственнаго казначейства и взяты изъ средствъ, ассигнованныхъ на колонизацію края. По дѣйствующему законодательству всѣ лица, находящіяся на государственной службѣ въ Приамурскомъ краѣ, пользуются безплатнымъ лѣченіемъ!.. Прибавлено только „въ лѣчебныхъ заведеніяхъ гражданскаго вѣдомства“. А въ этомъ-то и загвоздка. Во всемъ краѣ была только одна такая больница въ г. Николаевскѣ на Амурѣ (т. наз. Приказа Общественнаго Призрѣнія). Мелкіе чиновники, какъ то: почтово-телеграфные, корчемные, таможенные, остаются безъ помощи или должны изъ своего скуднаго содержанія платить за визитъ врача, платить за свидѣтельство о болѣзни, представляемое начальству, платить по таксѣ, да еще съ „сибирской надбавкой“ въ частную аптеку за лѣкарства, платить по 2 и болѣе рублей въ день за койку въ какой нибудь лѣчебницѣ. Все это крайне тяжелая картина! Я

предлагаю по этому вопросу слѣдующую резолюцію: «1-й Съѣздъ врачей Приамурскаго края признаетъ необходимымъ, для успѣшности колонизаціи края, введеніе принципа безплатности помощи всѣмъ обращающимся за таковой въ правительственныя и общественныя лѣчебныя заведенія безъ различія сословія, мѣста родины и занятій».

Возвращаюсь къ сѣверной части Иманскаго уѣзда. Оффиціально эта часть составляетъ два сельско-врачебныхъ участка, на дѣлѣ же обслуживается преимущественно переселенческимъ персоналомъ.

Такъ какъ мой докладъ уже слишкомъ затянулся, то мнѣ приходится сократить программу своего доклада и перейти къ обоснованіямъ положеній своего доклада. Я уже указалъ выше на столкновеніе двухъ больницъ по среднему теченію р. Иманъ (Гончаровка и Котельное). Подобное скопленіе больницъ есть на Иманѣ (тоже въ г. Никольскѣ-Уссурійскомъ). Въ недалекомъ будущемъ грозитъ произойти такое безплодное и вредное для населенія столкновеніе больницъ на ст. Уссури. Уссурійское казачье войско предполагаетъ съ переходомъ Имана на городовое положеніе перенести больницу въ ст. Донскую. Въ земскихъ губерніяхъ теперь вырабатывается прежде всего планъ организаціи медицинской помощи населенію, нормальная сѣть врачебныхъ участковъ. А затѣмъ уже по мѣрѣ матеріальной возможности этотъ планъ осуществляется въ дѣйствительности. У насъ же разныя вѣдомства дѣйствуютъ по разнымъ параллельнымъ планамъ, а часто и вовсе безъ плана. При наличности 4-хъ сельскихъ, 3-хъ переселенческихъ, одного казачьяго и 3-хъ желѣзнодорожныхъ участковыхъ врачей, всего 11 врачей—поставлено дѣло врачебной помощи населенію во всѣхъ вѣдомствахъ очень слабо, даже на Уссурійской ж. дорогѣ—неудовлетворительно. Между тѣмъ, общими усиліями даже существующія врачебныя силы могли бы быть использованы гораздо продуктивнѣе, чѣмъ теперь. Что такое переселенческая врачебная организація? На чьи средства она содержится? Для кого? Это правительственная организація; содержится на средства всей Россіи, какъ помощь Россіи своей колоніи на Дальнемъ Востокѣ. Это государственная надбавка къ бюджету колоніи. И эта надбавка въ Приморской области въ три или четыре раза больше мѣстнаго земскаго бюджета на врачебно-санитарное дѣло. Сельская медицина бѣдна; переселенческая богата; она даже позволяетъ себѣ такіе расходы, какъ на 2 тыс. рублей медикаментовъ на фельдшерскій пунктъ; этому же пункту по 100 руб. въ

мѣсяцъ на содержаніе фельдшерской амбулаторіи. А параллельно этому сельскій врачебный пунктъ съ 6-ю койками получаетъ въ мѣсяцъ на содержаніе только 125 рублей, а на медикаменты—500 руб. въ годъ. А сельскій фельдшерскій пунктъ на медикаменты 75 руб. въ годъ, а на содержаніе ничего, или вѣрнѣе „крохи съ докторскаго стола“ (изъ участковаго врачебнаго бюджета). У населенія невольно возникаютъ сравненія, пересуды, сплетни и жалобы. Мнѣ самому въ бытность врачемъ Средне-Уссурійскаго участка пришлось отписываться отъ жалобъ Генералъ-Губернатору на то, что на фельдшерскомъ пунктѣ нѣтъ лѣкарствъ, тогда какъ на сосѣднемъ переселенческомъ „такомъ же“ фельдшерскомъ пунктѣ, но находящемся въ вѣдѣніи другого врача—медикаментовъ сколько угодно! Новоселъ имѣетъ право на хорошую врачебную помощь. Чѣмъ дальше живетъ колонистъ, тѣмъ онъ полезнѣе для государства. А между тѣмъ онъ теряетъ право на помощь государства, въ новомъ, все же и послѣ 5 и даже 10 лѣтъ, для него краѣ. Сравненіе сельской и переселенческой медицины, сравненіе не всегда все же клонящееся въ пользу переселенческой,—вызываетъ у населенія недоумѣніе и ропотъ, особенно если съ крестьянина, какъ старожила, въ переселенческой больницѣ хотятъ взять плату. На общій земско-переселенческій бюджетъ можно было бы при разумной экономіи, но и безъ скупости, организовать довольно удовлетворительно врачебную и вообще медицинскую помощь населенію. Я лично высказываюсь за единую врачебную организацію. И съ моей точки зрѣнія безразлично, будетъ ли главенствовать въ Приморской области сельская (земская) медицина, а переселенческая упразднится или, вѣрнѣе, сольется съ сельской; или наоборотъ — сельскую влить въ переселенческую. Но такъ какъ работа переселенческаго вѣдомства—временная работа, а постоянная врачебная работа и охрана народнаго здравія относится къ функціямъ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ, то я считаю возможнымъ образованіе единой врачебной организаціи въ Приморской области только въ видѣ сельской, т. е. при Министерствѣ Внутреннихъ Дѣлъ, и передачу врачебнаго бюджета переселенческаго вѣдомства пока въ земскій бюджетъ (въ дальнѣйшей жизни края я допускаю передачу этихъ средствъ, этой «надбавки», въ распоряженіе мѣстныхъ самоуправленій). Въ докладѣ Съѣзду Врачей я считаю необходимымъ провести свою мысль безъ компромиссовъ, ярко. Организація, на подобіе земскихъ, должна быть

единая, *сельская*. Съ ней должна слиться, кромѣ переселенческой, еще казачья, слѣдовало бы слить и желѣзнодорожную, а также и промышленную, гдѣ она уже существуетъ, напр. на Сучанскихъ копяхъ, рудникахъ Тетюхэ, Амгунскомъ пріисковомъ раіонѣ. Всѣ врачи должны получить участки большаго или меньшаго размѣра въ зависимости отъ мѣстныхъ условій. Всѣ промышленныя и торговыя предпріятія, промыслы и подрядныя работы должны быть обложены особымъ сборомъ на организацію сельско-врачебнаго дѣла. За это сельская медицина принимаетъ на себя организацію помощи служащимъ и рабочимъ промышленныхъ и торговыхъ предпріятій.

Область должна быть раздѣлена на врачебные участки, гдѣ участковый врачъ во врачебно-санитарныхъ вопросахъ полный хозяинъ (въ рамкахъ закона понятно). Въ своемъ участкѣ онъ и школьный врачъ, и санитарный, какъ первая санитарная инстанція. Кромѣ сѣти участковыхъ врачей, должна быть еще *сѣть спеціально участковыхъ санитарныхъ врачей*, свободныхъ отъ лѣчебнаго дѣла, но за то: 1) обрабатывающихъ матеріалы, даваемые участковыми врачами, 2) изучающихъ географическія, естественно-историческія, климатическія, экономическія и спеціально санитарныя условія своего участка, 3) производящихъ въ лабораторіи спеціальныя санитарныя изслѣдованія, 4) производящихъ спеціальный санитарный надзоръ, напр., за фабриками, заводами, сплавомъ, рыбалками и пр., 5) являющихся консультантами въ санитарныхъ вопросахъ для участковыхъ врачей, 6) являющихся второй санитарной инстанціей. «Врачебныя отдѣленія настоящаго времени не приспособлены для такой работы и не смогутъ выполнить всего по завѣдыванію врачебнымъ дѣломъ въ области, превышающей своими размѣрами цѣлыя государства», скажутъ мнѣ мои оппоненты. Мнѣ они возразятъ, что въ Европейской Россіи въ каждой губерніи такую работу исполняетъ рядъ органовъ: губернскія и уѣздныя Земскія Управы. Да! Существуетъ мнѣніе, принимаемое многими за непреложную истину,—что именно *земства* возвели дѣло помощи народнымъ массамъ на ту высоту, которая вызвала удивленіе всей Европы на Дрезденской гигіенической выставкѣ. Я позволю себѣ внести поправку или, вѣрнѣе, попытаться влить въ это общепринимаемое мнѣніе о роли земствъ въ развитіи земской медицицы. Если просмотрѣть врачебные газеты и журналы за періодъ существованія земской медицины,—то страницы этихъ органовъ печати будутъ пестрить жалобами земскихъ врачей

на земства, письмами врачей, объясняющихъ свой уходъ съ земской службы такого-то земства элементарными правонарушеніями законныхъ правъ врачей,—вмѣшательствомъ земскихъ дѣятелей въ спеціальное врачебное дѣло, въ которомъ эти земцы такъ же компетентны, какъ и «командиры полковъ». Найдется большой матеріалъ по вопросу о «коллективныхъ выходахъ» врачей и фельдшерскаго персонала со службы земствъ. При словѣ «земство» наша мысль вводится въ обманъ понятіемъ, заложеннымъ въ этомъ словѣ, понятіемъ «самоуправленіе». Демократическая идея самоуправленія гипнотизируетъ нашу мысль, и мы забываемъ, что самоуправленіе самоуправленію рознь, что одно самоуправленіе отъ другого можетъ отличаться, какъ небо отъ земли. Намъ, врачамъ, никогда нельзя забывать, что эту работу, которая вызываетъ нынѣ удивленіе Европы, въ теченіе пятидесяти лѣтъ произвели *прежде всего* наши товарищи, скромные земскіе врачи, не оставившіе даже своихъ именъ исторіи. И наиболѣе энергичные дѣятели ихъ этихъ врачей были «бродячіе» земскіе врачи, переходящіе вслѣдствіе конфликтовъ изъ одного земства въ другое. Многіе изъ этихъ «бродячихъ» врачей погибли на эпидеміяхъ дифтерита, сыпного тифа и т. п. Часть, вслѣдствіе пагубнаго дѣйствія малокультурной деревни, въ концѣ концовъ опустилась иногда даже «на дно жизни». Часть разошлась на другіе роды врачебной службы. Немного ветерановъ этой коллективной земской работы осталось земскими врачами до конца своей дѣятельности. Въ лучшій періодъ земской работы у врачей между «земцами» находилось много друзей и помощниковъ. По мѣрѣ вырожденія земствъ, у врачей въ ихъ работѣ оставалось все меньше и меньше друзей и помощниковъ и становилось все больше и больше враговъ между земцами. И теперь на земскую службу трудно уже находить достаточный контингентъ врачей. Роль же земства въ развитіи земской медицины, какъ мнѣ кажется, была скорѣе въ видѣ тормоза въ работѣ земскихъ врачей. Можетъ быть, я допускаю это безъ всякой ироніи, тормозы и были необходимы для того, чтобы требованія и желанія земскихъ врачей привести въ соотвѣтствіе съ возможностью выполненія ихъ. Но все же это были только предохранительные тормозы, а не созидательная работа. Созидателемъ же былъ земскій врачъ безъ имени!

Я думаю, что и въ области сельской медицины надо вызвать къ жизни созидательную силу коллектива врачей. Въ

помощь врачебнымъ отдѣленіямъ (или другому государственному органу народнаго здравоохраненія послѣ реформы) въ областяхъ необходимо созывать съѣзды всѣхъ санитарныхъ, участковыхъ и больничныхъ врачей. Съѣзды должны созываться не менѣе 1 раза въ годъ, а въ экстренныхъ случаяхъ и чаще. Съѣзды должны быть совѣщательнымъ органомъ. Работоспособность съѣздовъ и вліяніе ихъ на дѣйствительную жизнь будетъ зависѣть, понятно, отъ подбора участковыхъ и прочихъ врачей. Но коллективная врачебная мысль будетъ всегда вѣрнѣе, чѣмъ мысли отдѣльныхъ врачей, въ томъ числѣ и мысль врачебныхъ отдѣленій. Но этого все же мало для такихъ пространствъ, какъ Приморская, Амурская области и Камчатская губернія. Необходимо создать по уѣздамъ врачебную коллективную мысль. На настоящемъ съѣздѣ выяснилось, что не только Южно-Уссурійскіе врачи не знаютъ своихъ Хабаровскихъ товарищей, что сельскіе не знаютъ переселенческихъ, но что даже и между собой ближайшіе сосѣди по участкамъ почти незнакомы. Надо создать поуѣздныя совѣщанія участковыхъ, больничныхъ и санитарныхъ врачей, созываемые нѣсколько разъ въ году. Первоначально у этихъ совѣщаній можетъ быть будетъ и немного работы. Но въ дальнѣйшемъ развитіи дѣла общеуѣздная работа будетъ велика, по какому бы направленію ни развилась мѣстная жизнь. Если во главѣ врачебнаго дѣла въ уѣздахъ появится земское самоуправленіе—эти врачебныя совѣщанія необходимы для всей черновой работы, какъ подготовляющіе матеріалы для докладовъ управѣ—Земскому собранію. Если осуществится проектъ реформы комиссіи пр. Рейна, то явятся санитарные уѣздные совѣты, гдѣ будутъ участвовать и крестьянскіе начальники, и волостные старшины, и податной инспекторъ, и инспекторъ народныхъ училищъ и т. д. Изъ врачей же предполагается всего три врача: уѣздный санитарный инспекторъ, уѣздный судебный врачъ и одинъ сельскій врачъ. Если въ нашихъ не земскихъ губерніяхъ уѣздный врачебно-санитарный инспекторъ ограничится лишь тѣмъ, что онъ мѣстное начальство надъ другими товарищами врачами, то ему не нужна будетъ помощь участковыхъ врачей. Если же уѣздный врачебно-санитарный инспекторъ захочетъ работать и двигать дѣло сельской медицины и санитаріи впередъ, онъ безъ помощи участковыхъ врачей будетъ, какъ безъ рукъ. Поуѣздныя совѣщанія врачей нужны въ особенности теперь; они останутся необходимыми и даже станутъ еще болѣе нужными по

осуществленіи предполагаемыхъ врачебно-санитарныхъ реформъ, а также и послѣ введенія земства. Я предлагаю Съѣзду слѣдующій проектъ резолюціи: «1-й Съѣздъ Врачей Приамурскаго края признаетъ вопросомъ чрезвычайной государственной важности установленіе въ краѣ планомѣрной и достаточной врачебной помощи всему населенію какъ постоянному, такъ и пришлому. Для согласованія работы по поданію врачебной помощи разныхъ вѣдомствъ, общественныхъ и частныхъ организацій, Съѣздъ признаетъ необходимымъ теперь же созвать въ каждой области разновѣдомственное совѣщаніе участковыхъ и больничныхъ врачей для выработки нормальной сѣти врачебныхъ участковъ, установленія минимума требованій къ лѣчебнымъ заведеніямъ и общихъ правилъ несенія врачебной и санитарной службы. При этомъ Съѣздъ находитъ нужнымъ замѣнить разныя существующія и работающія параллельно медицинскія организаціи, какъ то: сельская, переселенческая, казачья и пр.—единой врачебной организаціей. До введенія самоуправленія въ Сибирскихъ губерніяхъ Съѣздъ находитъ наиболѣе полезнымъ подчинить врачебныя организаціи въ областяхъ края—врачебнымъ отдѣленіямъ, какъ единственнымъ органамъ народнаго здравоохраненія. Для болѣе же продуктивной работы врачебныхъ отдѣленій въ этомъ направленіи Съѣздъ находитъ необходимымъ: 1) создать въ помощь врачебнымъ отдѣленіямъ ежегодные съѣзды участковыхъ, санитарныхъ и больничныхъ врачей и 2) созывать нѣсколько разъ въ году поуѣздныя совѣщанія тѣхъ же врачей». Заканчивая этимъ самую существенную часть своего доклада, за недостаткомъ времени, я не имѣю возможности доложить Съѣзду по другимъ вопросамъ, намѣченнымъ въ программѣ, а также снимаю съ очереди свой докладъ о постановкѣ судебно-медицинскаго дѣла въ Приморской области.

Иманскій Уѣздный Врачъ *О. И. Сомовъ.*

№ 14.

Докладъ врача Л. А. Короневскаго

Иманской Переселенческой больницы.

Къ вопросу о постановкѣ акушерской помощи сельскому населенію Приморской области.

Узнавъ изъ программы представленныхъ докладовъ, что на Съѣздѣ не будетъ затронутъ вопросъ объ акушерской помощи сельскому населенію Приморской области, я рѣшилъ, хотя бы вкратцѣ, затронуть этотъ вопросъ, чтобы не упустить возможности немного освѣтить его, пользуясь настоящимъ Съѣздомъ.

Всѣ присутствующіе товарищи конечно хорошо знаютъ, насколько онъ серьезенъ и важенъ, и я позволю себѣ остановиться, хотя бы кратко, на томъ, при какихъ условіяхъ проходятъ роды большинства сельскаго населенія, насколько это населеніе не обезпечено помощью, къ какимъ послѣдствіямъ ведетъ отсутствіе правильной акушерской помощи и какія мѣропріятія въ ближайшемъ будущемъ могутъ быть намѣчены съ цѣлью улучшенія постановки этого дѣла.

Если мы обратимся къ затронутому вопросу, то придется, къ сожалѣнію, сознаться, что сельское населеніе Приморской области не только не обезпечено акушерскою помощью, но, думаю, я не ошибусь, если скажу, что эта помощь почти совершенно отсутствуетъ. Единственное мѣсто, гдѣ роженица можетъ себѣ найти пріютъ, ту или другую необходимую помощь и послѣродовой уходъ,—это больницы сельскія и переселенческія, но тѣ и другія въ большинствѣ случаевъ не имѣютъ спеціальныхъ отдѣленій, при томъ ихъ слишкомъ мало и отъ большинства селеній онѣ настолько удалены, что воспользоваться или можетъ только очень незначительная часть сельскаго населенія, живущая неподалеку отъ больницъ.

Посмотримъ, въ какомъ же положеніи оказываются родящія женщины на отдаленныхъ отъ больницъ участкахъ. Эти

роженицы или остаются безъ всякой помощи, или пользуются при родоразрѣшеніи помощью грубыхъ и невѣжественныхъ деревенскихъ бабокъ, не только ничего не смыслящихъ въ дѣлѣ оказанія помощи роженицѣ и не могущихъ принести какую либо пользу, а только вредъ, т. к., помимо полнаго невѣжества, эти бабки всегда сами грязны и не соблюдаютъ самыхъ необходимыхъ правилъ чистоты при веденіи родовъ.

Не берусь рѣшить вопросъ, которое изъ двухъ золъ меньше, но, думаю, выигрываетъ та роженица, которая не прибѣгаетъ къ помощи подобныхъ бабокъ.

Каждому изъ товарищей извѣстны случаи тяжелыхъ осложненій, наступившихъ благодаря вмѣшательству этихъ невѣжественныхъ бабокъ. Не стану подробно остававливаться на казуистикѣ, а приведу лишь болѣе яркіе примѣры изъ своей практики. Въ одномъ случаѣ, въ Томскую Акушерско-гинекологическую клинику изъ ближайшей деревни была доставлена роженица съ затянувшимися родами. Изъ разспросовъ выяснилось, что для оказанія помощи была призвана бабушка, которая для ускоренія родовъ ножницами вскрыла пузырь, но роды не подвигались. При изслѣдованіи на головкѣ плода прощупывалась рана, проникающая до кости; случай оконченъ щипцами, и на извлеченной головкѣ обнаружена рана длиною въ нѣсколько сантиметровъ, плодъ мертвый. Въ другомъ случаѣ, съ постройки окружной психіатрической лѣчебницы въ ту же клинику доставлена роженица въ очень тяжеломъ состояніи, почти безъ пульса, при ощупываніи живота контуровъ матки найти не удается, плодъ прощупывается лежащимъ свободно въ брюшной полости. Была сдѣлана попытка приготовить къ операціи, но роженица, не дождавшись, черезъ нѣсколько минутъ умерла.

Изъ разспросовъ выяснилось, что роды вела бабка, во время родовъ выпала ручка, для вправленія которой она производила различныя манипуляціи. Послѣ долгихъ усилій это ей удалось, но одновременно съ этимъ изъ наружныхъ половыхъ частей пошла довольно обильно кровь.

Произведеннымъ вскрытіемъ установленъ разрывъ матки въ области нижняго сегмента, плодъ найденъ лежащимъ въ брюшной полости.

Эти два случая ясно доказываютъ, какой вредъ приноситъ неумѣло оказанная помощь въ лицѣ невѣжественныхъ бабокъ. Не стану приводить другихъ примѣровъ, скажу лишь, что за 11 лѣтъ моей службы и работы въ Томскомъ родиль-

номъ домѣ и акушерско-гинекологической клиникѣ Томскаго университета подобныхъ случаевъ было немало.

За 3 года службы въ переселенческой организаціи Приморской области, я по своей больницѣ не имѣю такихъ яркихъ случаевъ, но это я не могу объяснить отсутствіемъ таковыхъ, а объясняю тѣмъ, что случаи эти и не доходятъ до больницы, а гибнутъ на мѣстахъ. Объ этихъ случаяхъ мы, врачи, узнаемъ только впослѣдствіи или отъ участковыхъ фельдшеровъ, или отъ кого либо изъ населенія.

Скажу больше: не только такіе, но и вообще случаи ненормальныхъ родовъ изъ деревень доставляются въ больницу крайне рѣдко.

Я объясняю это тѣмъ, что деревня совершенно не имѣетъ младшаго медицинскаго персонала, подготовленнаго оказать акушерскую помощь на мѣстѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ своевременно усмотрѣть какія либо ненормальности и направить женщину ко времени родовъ для оказанія помощи въ ближайшую больницу.

Но если я не припомню такихъ яркихъ случаевъ, доставленныхъ въ больницу, то могу сказать, что случаевъ запоздалыхъ вызововъ къ роженицамъ было немало; сплошь и рядомъ приходилось пріѣзжать и заставать женщину мертвой.

Помимо случаевъ запоздалыхъ вызововъ не могу не указать на такіе, гдѣ смерть роженицы наступала до пріѣзда врача лишь потому, что въ данномъ случаѣ отсутствовала фельдшерица-акушерка, которая сама могла бы справиться съ наступившимъ осложненіемъ. Для примѣра приведу слѣдующій характерный случай: зимою прошлаго года я былъ вызванъ телеграммой участковаго фельдшера со станціи Бочарово и выѣхалъ съ первымъ отходящимъ поѣздомъ на участокъ Трехгорный (сел. Дмитро-Васильевка), расположенный въ 37 верстахъ отъ ст. Бочарово. Поѣздъ отходилъ вечеромъ, и я, несмотря на всѣ принятыя мною мѣры для ускоренія передвиженія, прибылъ на указанный участокъ лишь къ 8-ми или 9-ти часамъ утра, т. к. изъ 37-ми семь версть пришлось ѣхать безъ дороги. Мое присутствіе оказалось ненужнымъ, т. к. роженица за это время успѣла умереть.

А вмѣстѣ съ тѣмъ случай былъ очень простой и не окончился бы такъ печально, если бы на лицо была акушерка-фельдшерица или даже опытная акушерка. Смерть наступила отъ кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ, благодаря задержанію плаценты. Этотъ случай также достаточно ярокъ,

чтобы убѣдить, насколько важно наличіе помощи на мѣстахъ, т. е. въ деревнѣ.

А вѣдь такая операція, какъ удаленіе плаценты, не только можетъ быть произведена акушеркой-фельшерицей или акушеркой, но и закономъ предусмотрѣно право производства такихъ операцій младшимъ медицинскимъ персоналомъ въ отсутствіи врача Подобные же примѣры я могу привести изъ практики товарищей врачей по другимъ подраіонамъ. Такъ, въ Хабаровскомъ подраіонѣ, въ с. Дормидонтовка, въ 7-ми верстахъ отъ ст. того же имени, зимою прошлаго года жена почтосодержателя, молодая женщина, умерла отъ кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ вслѣдствіе задержанія плаценты. Второй точно такой же случай вскорѣ имѣлъ мѣсто въ 10-ти верстахъ отъ вышеназваннаго сел., въ деревнѣ Капитоновкѣ: женщина погибла тоже отъ задержанія плаценты.

Третій—въ сел. Добролюбовкѣ близъ ст. Розенгартовка: молодая женщина умерла отъ кровотеченія до родоразрѣшенія, повидимому отъ предлежанія плаценты. Изъ этого же раіона селеній за прошлую зиму въ Хабаровскую больницу доставлено 4 послѣродовыхъ съ тяжелой формой родильной горячки, изъ которыхъ 2 умерли.

Въ Иманскую переселенческую больницу также ежегодно доставляется по нѣсколько женщинъ съ тяжелыми формами послѣродовыхъ заболѣваній, изъ которыхъ добрая половина гибнетъ. Это та часть заболѣвшихъ, которая попадаетъ въ больницу, сколько же такихъ, которыя гибнутъ на мѣстахъ.

Въ подтвержденіе того, что сельское населеніе Приморской области не обезпечено акушерской помощью, я позволю себѣ привести нѣкоторыя цифровыя данныя. Все сельское населеніе Приморской области, равное приблизительно 265,000 человѣкъ, обслуживается сельской областной медициной и медицинской частью переселенческой организаціи.

Всего въ области имѣется 18 сельскихъ врачебныхъ участковъ, въ которыхъ функціонируютъ 14 сельскихъ лѣчебницъ съ 84 койками и 23 самостоятельныхъ фельдшерскихъ пункта, съ амбулаторіей въ 80,000 человѣкъ и 800 коечныхъ больныхъ, съ количествомъ больничныхъ дней, равнымъ 17,000.

Кромѣ того, въ области имѣется отъ переселенческой организаціи 8 больницъ и 29 самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ; больницы обслуживаются 11 врачами и 25-ю лицами фельдшерскаго персонала; фельдшерскіе пункты обслу-

живаются 33-мя лицами фельдшерскаго персонала. Указанныя больницы имѣютъ 420 коекъ съ количествомъ коечныхъ больныхъ за истекшій годъ, равнымъ 6,421, съ количествомъ больничныхъ дней 121,165 и амбулаторіей въ 152,478 человѣкъ; отмѣчу только, что изъ общаго количества стаціонарныхъ больныхъ случаевъ родоразрѣшеній, попавшихъ въ больницу, было 224, что составляетъ почти 9 родовъ на 1000 населенія, если принять цифру сельскаго населенія области въ 265,000 человѣкъ. Сравнивъ эту цифру съ цифрой рождаемости въ Приморской области, мы увидимъ, что $^{8}/_{10}$ всѣхъ родовъ проходятъ безъ всякой помощи.

Я считаю долгомъ оговориться, что мною не принято во вниманіе количество родовъ, проведенныхъ въ сельскихъ лѣчебницахъ, но, принимая во вниманіе незначительную цифру родовъ въ переселенческихъ больницахъ, располагающихъ болѣе значительнымъ количествомъ кроватей и имѣющихъ хотя и небольшія родильныя отдѣленія, полагаю, что въ сельскихъ больницахъ количество родовъ также не велико.

Приводя цифровыя данныя о количествѣ медицинскаго персонала, я долженъ указать на то, что, какъ въ организаціи сельской медицины, такъ и въ переселенческой—при больницахъ и на самостоятельныхъ пунктахъ, — преобладаютъ фельдшера и только изрѣдка—фельдшерицы-акушерки, да и тѣ въ большинствѣ случаевъ находятся при больницахъ; я по крайней мѣрѣ не знаю ни одного постояннаго фельдшерскаго пункта, гдѣ была бы фельдшерица-акушерка, всѣ онѣ замѣщены фельдшерами. Ясно, что при такой постановкѣ дѣла нельзя говорить о томъ, что населеніе хоть сколько нибудь обезпечено акушерской помощью.

Пунктовые фельдшера не только не могутъ оказать въ данномъ случаѣ помощи, но являются полными профанами въ этомъ дѣлѣ, т. к. этотъ предметъ ими не изучается. Положеніе такихъ фельдшеровъ подчасъ бываетъ тяжелымъ: обращаются за помощью, а онъ и представленія не имѣетъ объ этой помощи.

Вмѣстѣ съ тѣмъ я не могу не обратить вниманія товарищей на цифру акушерокъ-фельдшерицъ и акушерокъ, которыми обслуживается все сельское населеніе области: ихъ всего отъ 15 до 18 человѣкъ! Если эту цифру сопоставить съ громаднымъ пространствомъ, занимаемымъ областью, равнымъ приблизительно 672,000 кв. верстъ, количествомъ народона-

селенія и количествомъ родоразрѣшеній, то придется признать, что это лишь капля въ морѣ.

Чтобы составить представленіе о томъ, есть ли дѣйствительно нужда въ акушерской помощи, я, не приводя отдѣльныхъ цифръ рождаемости по годамъ, скажу лишь, что за 7 лѣтъ (съ 1905 по май мѣсяцъ 1911 года), по записямъ приходскихъ церковно-метрическихъ данныхъ о сельскомъ населеніи Приморской области количество родившихся выражается цифрой 5,351, наименьшее число родоразрѣшеній относится къ 1905 году и равняется 189 и наибольшее количество— къ 1910 г. и выражается цифрой 1,546.

Изъ вышеприведенныхъ цифръ мы видимъ, что на 1000 челов. населенія приходится почти 54 родоразрѣшенія. Приводя эти цифровыя данныя, я долженъ снова отмѣтить, что, несмотря на явную нужду въ акушерской помощи въ Иманскомъ подраіонѣ, да и вообще въ Приморскомъ раіонѣ, всѣ фельдшерскіе пункты замѣщены исключительно фельдшерами.

Невольно навязывается вопросъ: что же мѣшаетъ намъ, переселенческимъ врачамъ, устранить этотъ огромный недостатокъ и замѣнить фельдшеровъ акушерками-фельдшерицами.

Но отвѣтъ простъ: посадить на эти пункты фельдшерицъ-акушерокъ и возложить на нихъ всѣ обязанности, лежащія на фельдшерѣ, не представляется возможнымъ. Пунктовые фельдшера $^2/_3$ времени проводятъ въ разъѣздахъ и, если принять во вниманіе невозможное состояніе дорогъ въ области, а мѣстами и полное отсутствіе таковыхъ, въ особенности во время распутицы весной, осенью и въ дождливое время въ мѣстахъ, подверженныхъ наводненію, то станетъ ясно, что такая работа не по силамъ женщинѣ. Попытки такого замѣстительства бывали, но въ большинствѣ случаевъ отъ нихъ приходилось отказаться.

Несмотря на это, я лично думаю, что въ деревняхъ необходимо насадить, на ряду съ фельдшерами, также фельдшерицъ-акушерокъ или даже опытныхъ акушерокъ. Роль послѣднихъ будетъ не только оказывать раціональную акушерскую помощь сельскому населенію на мѣстахъ, но, ставъ ближе къ женщинѣ крестьянкѣ, путемъ постояннаго общенія акушерки-фельдшерицы и акушерки способствовали бы тому, что женщина своевременно обращалась бы за медицинской помощью въ особенности въ случаяхъ гинекологическихъ заболѣваній и акушерскихъ.

Теперь я коснусь вопроса о томъ, каковы результаты и

послѣдствія отсутствія этой помощи. Первое, о чемъ нужно упомянуть, это неминуемая гибель всѣхъ роженицъ съ болѣе или менѣе тяжелыми патологическими родами.

Второе—гибель плода при затянувшихся родахъ.

Третье—тяжелыя послѣродовыя заболѣванія, отъ которыхъ гибнетъ немалое количество родильницъ.

Четвертое—много послѣдовательныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, дѣлающихъ женщину калѣкой, неспособной къ крестьянскому труду на всю жизнь.

Я не стану перечислять этихъ заболѣваній, а остановлю вниманіе товарищей лишь на одномъ—это на пузырно-влагалищныхъ свищахъ, являющихся слѣдствіемъ долгодляющагося родового акта безъ оказанія своевременной помощи.

Эти женщины, пострадавшія отъ неоказанной имъ помощи, остаются страдалицами на всю жизнь, онѣ становятся въ тягость не только семьѣ, но и себѣ. Не менѣе тяжелы эти больныя и для врача, т. к. онѣ обращаются къ нему съ просьбой избавить ихъ отъ постигшаго несчастья, врачу приходится пытаться производить операцію, въ большинствѣ случаевъ неоднократно, но лишь въ рѣдкихъ, можно сказать даже въ исключительныхъ случаяхъ, удается избавить женщину отъ этого дефекта и то иногда лишь путемъ такой сложной и серьезной операціи, какъ пересадка мочеточниковъ.

Изъ приведеннаго мной въ этомъ краткомъ докладѣ можно все же составить представленіе о томъ, какъ поставлено дѣло акушерской помощи населенію деревень Приморской области.

Я, какъ переселенческій врачъ, не могу не отмѣтить, что переселенческая медицина въ краѣ еще молода. Не такъ давно, до 1900 г., переселенческая организація еще не имѣла ни одного врачебнаго пункта и лишь въ 1900 году былъ назначенъ первый постоянный врачъ.

Съ этого времени постепенно открывались больницы, и къ настоящему моменту медицинская часть переселенческой организаціи имѣетъ 8 больницъ и 29 фельдшерскихъ пунктовъ съ среднимъ суточнымъ пребываніемъ въ больницахъ 331 чел. коечныхъ больныхъ.

Итакъ, общая часть медицинскаго дѣла сравнительно быстрыми шагами двигалась впередъ, что же касается постановки акушерской помощи, то она почти ничѣмъ не отличается отъ того времени, когда въ организаціи совершенно отсутствовала медицинская помощь.

Остановивъ вниманіе Съѣзда на этомъ вопросѣ, я высказываю пожеланіе, чтобы Съѣздъ всесторонне обсудилъ его и вынесъ свою резолюцію.

Въ заключеніе я позволю себѣ высказать нѣкоторыя положенія, которыя могли бы лечь въ основу мѣропріятій по улучшенію въ ближайшемъ будущемъ постановки акушерской помощи сельскому населенію:

1) Необходимо въ селеніяхъ насадить, помимо школьныхъ фельдшеровъ, еще фельдшерицъ-акушерокъ или въ крайнемъ случаѣ опытныхъ акушерокъ.

2) Пункты эти должны быть на такихъ разстояніяхъ, чтобы фельдшерица-акушерка свободно могла бы объѣзжать прилегающія селенія и быстро прибыть для оказанія акушерской помощи.

3) На всѣхъ пунктахъ имѣть по 2 койки на случай пріема болѣе тяжелыхъ родоразрѣшеній.

4) Предоставить возможность и средства этимъ фельдшерицамъ въ тяжелыхъ случаяхъ, требующихъ больничнаго оперативнаго вмѣшательства, отправлять таковыхъ своевременно въ ближайшія больницы.

5) Необходимо имѣть при всѣхъ больницахъ какъ переселенческихъ, такъ и сельскихъ, хотя бы небольшія отдѣленія для роженицъ и родильницъ, въ центральныхъ же больницахъ переселенческаго вѣдомства отдѣленія эти должны быть болѣе широко оборудованы.

6) Необходимо приступить къ организаціи въ краѣ акушерскихъ учрежденій и медико-благотворительныхъ обществъ для охраны материнства и грудныхъ дѣтей.

7) Необходимо, какъ можно скорѣе, открыть въ краѣ акушерско-фельдшерскую школу.

Л. Короневскій.

№ 15.

Докторъ Н. Раковичъ.

Врачебно-санитарный надзоръ въ сельскихъ школахъ.

Просматривая программу занятій Съѣзда, я обратила вниманіе на полное отсутствіе докладовъ по одной, по моему мнѣнію, очень важной отрасли: по врачебно-санитарному надзору за школами въ селеніяхъ нашей окраины.

Врачебно-санитарный надзоръ за школами состоитъ въ выборѣ мѣста, разсмотрѣніи плана и вообще въ наблюденіи за постройкою новыхъ школъ, въ наблюденіи за санитарнымъ состояніемъ уже существующихъ школъ, за правильнымъ расположеніемъ и правильнымъ устройствомъ классной мебели, правильной разсадкою учениковъ по росту, зрѣнію и слуху, въ своевременномъ выдѣленіи изъ среды учениковъ заразныхъ больныхъ, въ недопущеніи пріема въ школу дѣтей съ заболѣваніями, могущими вредно отразиться на здоровьѣ остальныхъ учащихся, въ наблюденіи за правильнымъ распредѣленіемъ классныхъ и внѣклассныхъ занятій и за правильнымъ физическимъ развитіемъ учащихся. Все это требуетъ правильныхъ періодическихъ посѣщеній школы врачемъ.

Посмотримъ, имѣется ли что либо подобное въ нашихъ сельскихъ школахъ и возможно ли при современной постановкѣ дѣла, когда обязанности сельскаго школьнаго врача возложены на мѣстнаго участковаго сельскаго врача.

Въ день отрытія съѣзда представитель о-ва взаимопомощи учителей въ своей привѣтственной рѣчи между прочимъ сказалъ, что сельскія школы рѣдко видятъ фельдшеровъ и еще рѣже врачей, и эти слова прозвучали упрекомъ по адресу сельскихъ врачей.

Правда, сельскіе врачи рѣдко бываютъ въ школахъ, но разсмотримъ условія, отъ которыхъ это зависитъ.

Сельскій врачъ обыкновенно завѣдуетъ, правда, очень маленькою, на 6—8 кроватей, больничкою, которая всегда,

благодаря именно малому числу кроватей, бываетъ заполнена трудно-больными. Ежедневно въ утренніе часы врачъ обязанъ принимать амбулаторныхъ больныхъ, врачъ обязанъ также посѣщать на дому трудно-больныхъ и выѣзжать на эпидеміи. Можетъ ли врачъ при такихъ обстоятельствахъ имѣть правильный надзоръ за школами?

Для примѣра беру Никольскій участокъ, гдѣ я состою врачемъ.

Въ участкѣ 7 волостей съ 53 населенными пунктами, не считая заимокъ, съ 38 школами, причемъ число учащихся въ нѣкоторыхъ школахъ достигаетъ 80 и болѣе человѣкъ, а разстояніе нѣкоторыхъ селеній отъ мѣстожительства врача доходитъ до 100 и болѣе верстъ. При такомъ положеніи дѣла, если бы врачъ вздумалъ объѣхать всѣ школы участка, напр. въ началѣ учебнаго года, то на это потребовалось бы болѣе мѣсяца; кто же долженъ тогда вести амбулаторный пріемъ, слѣдить за больничкою, выѣзжать на эпидеміи и къ трудно-больнымъ? А вѣдь при правильной постановкѣ врачебно-санитарнаго надзора недостаточно объѣхать школы одинъ разъ въ годъ, выѣзды должны повторяться черезъ правильные промежутки времени.

Заѣзжать въ школы, какъ это рекомендуется нѣкоторыми, при случайныхъ посѣщеніяхъ селеній, я считая неимѣющимъ никакого практическаго значенія, такъ какъ бѣглый осмотръ школы и осмотръ нѣсколькихъ больныхъ учениковъ, обращающихся за врачебною помощью при этихъ наѣздахъ, не давая никакой реальной пользы, приносятъ даже вредъ, такъ какъ создаютъ иллюзію врачебно-санитарнаго надзора за школами.

Нужно еще прибавить, что и такіе случайные осмотры школъ не всегда возможны, если врачъ пріѣзжаетъ, напр., на эпидемію или даже къ единичному остро-заразному больному.

Такъ обстоитъ дѣло въ Никольскомъ участкѣ и думаю, что и въ другихъ сельскихъ медицинскихъ участкахъ оно въ такомъ же положеніи или очень немного лучше.

Все, что мною сказано выше, я говорила только для того, чтобы обратить вниманіе Съѣзда на полную невозможность совмѣщенія въ одномъ лицѣ сельскаго участковаго и сельскаго школьнаго врача, и что вслѣдствіе такого совмѣщенія врачебно-санитарный надзоръ за сельскими школами фактически не существуетъ, а между тѣмъ такой надзоръ необходимъ.

Благодаря отсутствію правильнаго надзора за санитарнымъ состояніемъ школъ и за физическимъ развитіемъ учащихся, часто разстраивается здоровье дѣтей, будущихъ гражданъ-работниковъ на пользу нашей далекой окраины.

Въ заключеніе позволю себѣ высказать пожеланіе, чтобы Съѣздъ вынесъ резолюцію о необходимости образованія особой должности сельскаго школьнаго врача, который посвящалъ бы все свое время школѣ и изученію ея жизни, не отвлекаясь никакими другими занятіями. Врачъ этотъ долженъ быть обязательнымъ членомъ школьныхъ строительныхъ комиссій и обязательнымъ членомъ педагогическихъ совѣтовъ сельскихъ школъ.

Н. Раковичъ.

№ 16.

Докладъ д-ра В. Е. Тищенко.

Краткія свѣдѣнія о состояніи медицинскаго дѣла въ Уссурійскомъ казачьемъ войскѣ.

Въ виду того, что предыдущіе докладчики по сельской медицинѣ врачи Сомовъ и Фортунатовъ черезчуръ мрачными красками обрисовали положеніе медицинскаго дѣла въ населеніи Уссурійскаго казачьяго войска, я прошу у васъ вниманія, дабы въ краткихъ чертахъ обрисовать это положеніе.

Населеніе Уссурійскаго казачьяго войска занимаетъ пограничную территорію между желѣзной дорогой, отъ Хабаровска до р. Краевскаго, и р.р. Уссури и Сунгачи, южные станичные округа расположены въ пространствѣ: западный берегъ оз. Ханка и граница, верстъ на 60 южнѣе ст. Пограничной. Весь раіонъ занимаетъ до 800 верстъ въ длину при средней глубинѣ въ 50 верстъ,—сѣверные округа меньше, южные больше. На этомъ раіонѣ разселено до 39 тыс. населенія, казачьяго и иногородняго. Иногороднее населеніе, около 5 тыс. человѣкъ, находится преимущественно въ пос. Иманъ. Къ сожалѣнію, я не имѣю сейчасъ подъ руками точныхъ статистическихъ данныхъ, и говорю только на память. Итакъ, казачьяго населенія около 34—35 тыс. въ указанномъ выше раіонѣ. По штатамъ войска медицинская часть находится въ такомъ составѣ: войсковой врачъ, пользующійся правами врачебнаго инспектора, въ г. Владивостокѣ—1, участковыхъ врачей—3: въ станицѣ Гленовской (ст. Вяземская), при немъ пріемный покой на 10 кроватей, въ пос. Иманъ—пріемный покой на 14 мѣстъ, въ ст. Гродеково—пріемный покой на 12 мѣстъ. При каждомъ пріемномъ покоѣ находится акушерка-фельдшерица и фельдшеръ. Итакъ, имѣется три акушерки-фельдшерицы, главная обязанность которыхъ—вести хозяйство пріемнаго покоя, наблюдать за довольствіемъ, бѣльемъ и пр. Фельдшеръ, состоящій при пріемномъ покоѣ, является вмѣстѣ съ тѣмъ и участковымъ разъѣзднымъ фельдшеромъ раіона, въ которомъ

находится пріемный покой. Кромѣ того, имѣется 12 самостоятельныхъ фельдшерскихъ участковъ, куда врачъ обязанъ наѣзжать не менѣе 1 раза въ 4 мѣсяца. Итакъ, создается такое положеніе. Участковый врачъ, завѣдывающій пріемнымъ покоемъ, имѣетъ участокъ разъѣздовъ до 300 верстъ въ длину при средней ширинѣ въ 50 верстъ; въ его участкѣ до 12—13 тыс. населенія. Участковый врачъ исполняетъ всѣ врачебно-санитарныя функціи по своему участку, онъ и врачъ лѣчебнаго заведенія, и разъѣздной для подачи помощи населенію, и школьный врачъ (надзоръ за санитарнымъ состояніемъ школъ, заразныя болѣзни учениковъ), и онъ же наблюдаетъ за санитарнымъ состояніемъ поселковъ, за промышленными и торговыми заведеніями въ участкѣ, онъ и судебно-медицинскій; бываетъ, что изъ за какого нибудь перегнившаго мертваго тѣла врача отрываютъ отъ его прямого живого дѣла на 7—10 дней, принимая во вниманіе большія пространства участка и неустройство путей сообщенія.

Фельдшера: въ войскѣ положено 12 штатныхъ фельдшеровъ, но въ виду того, что этого недостаточно, войско нанимаетъ еще трехъ фельдшеровъ. На каждаго фельдшера въ среднемъ приходится раіонъ въ 50×50 верстъ при населеніи въ 2,200 чел. Конечно, есть раіоны меньшіе и есть большіе, минимумъ населенія фельдшерскаго участка 450 чел., а максимумъ 4200 чел. Медикаменты, перевязочный матеріалъ и пр. фельдшера получаютъ отъ участковыхъ врачей на общія суммы войскового капитала, но кромѣ того нѣкоторыя станичныя общества отпускаютъ отъ себя на покупку медикаментовъ для участковъ фельдшеровъ отъ 25 руб. до 250 руб. въ годъ. Фельдшеръ составляетъ требованіе, посылаетъ его на утвержденіе участковому врачу и, получивъ приговоръ станичнаго общества, выписываетъ эти медикаменты и перевязочные и врачебные предметы изъ Хабаровска или Владивостока. Поэтому меня удивляетъ въ докладѣ д-ра Сомова заявленіе, что якобы на одномъ изъ участковъ былъ одинъ шприцъ, который ѣздилъ по всему врачебному участку. Докладчикъ д-ръ Сомовъ привелъ въ примѣръ еще казачьяго фельдшера на ст. Шмаковка, у котораго ничего не имѣется. Долженъ выяснить это обстоятельство: въ пос. Павло-Федоровскомъ близъ станціи Шмаковка поселковое общество, 2 или 3 года назадъ, само наняло себѣ фельдшера, запаснаго ротнаго фельдшера, входящаго въ составъ казаковъ этого же поселка, съ платою ему по 75 руб. въ годъ и безъ всякаго

пособія на медикаменты. Медикаменты по мѣрѣ возможности отпускаетъ ему врачъ Иманскаго участка и постепенно снабжаетъ инструментами. Такимъ образомъ, это фельдшеръ совершенно частный и онъ не можетъ быть примѣромъ дѣятельности участковыхъ фельдшеровъ войска. Я совсѣмъ не хочу сказать, чтобы у насъ въ войскѣ было изобиліе всего, нѣтъ: у насъ много дефектовъ по врачебной части, но не въ такой мѣрѣ, какъ это высказали предыдущіе докладчики.

Положеніе медицинскаго персонала: всѣ врачи состоятъ на дѣйствительной военной службѣ, получаютъ какъ военные врачи съ первыхъ лѣтъ службы по 121—128 руб. въ мѣсяцъ; со временемъ, въ зависимости отъ лѣтъ службы пребыванія на Дальнемъ Востокѣ, отъ чиновъ, содержаніе увеличивается, согласно дѣйствующимъ законоположеніямъ В. В. Акушерки-фельдшерицы—3 получаютъ жалованья съ квартирными по 81 рублю, главная дѣятельность ихъ мною ранѣе указана. Изъ общаго состава 12 штатныхъ фельдшеровъ въ настоящее время имѣется 8 окончившихъ фельдшерскія школы—Омскую центральную и Иркутскую военно-фельдшерскую. Остальные 4 и 3 вольнонаемныхъ изъ ротныхъ фельдшеровъ, но, благодаря продолжительной фельдшерской дѣятельности (одинъ служитъ болѣе 25 лѣтъ въ войскѣ), они пріобрѣли большую практическую опытность и пользуются большимъ довѣріемъ и почетомъ среди населенія. Такъ какъ штатные фельдшера состоятъ на дѣйствительной службѣ, то они получаютъ содержаніе, указанное въ пр. В. В. 1909 года № 210. Положеніе о врачебной части Уссурійскаго казачьяго войска: младшіе фельдшера 26 руб. въ мѣсяцъ, а старшіе—29 руб. въ мѣсяцъ на полномъ своемъ содержаніи. То же получаютъ и вольнонаемные фельдшера и, несмотря на такое мизерное содержаніе при массѣ работы, разъѣздовъ, всегда находятся желающіе занять эти мѣста. На врачебную часть, считая содержаніе врачей, акушерокъ, фельдшеровъ, содержаніе пріемныхъ покоевъ, покупку медикаментовъ и пр. войско расходуетъ до 39 тыс. рублей въ годъ, т. е. приблизительно 1 руб. на душу населенія на врачебную часть. Опять извиняюсь, что, не имѣя при себѣ точныхъ данныхъ, могу дать только приблизительныя свѣдѣнія. Предыдущіе докладчики ссылались на то, что къ нимъ часто обращались больные казачьяго населенія. Это весьма понятно: въ пос. Донскомъ на ст. Уссури у насъ имѣется фельдшерскій пунктъ, а рядомъ въ д. Лутковкѣ имѣется амбулаторія сельскаго врача. Конечно,

больной предпочитаетъ идти къ врачу; съ другой стороны и крестьяне с. Лутковскаго нерѣдко пользуются услугами казачьяго фельдшера. Въ этомъ краѣ такъ перемѣшаны населеніе сельское, казачье, переселенцы, что, вѣроятно, часто больные не знаютъ точно, куда ему обратиться. А вѣдь „боль врача ищетъ“, и больной идетъ, куда ему удобнѣе, напр. казакъ, работающій на желѣзной дорогѣ, идетъ лѣчиться или къ желѣзнодорожному врачу, или къ своему участковому; только что приписанный въ казаки переселенецъ тоже идетъ или къ переселенческому, или къ казачьему врачу.

Въ заключеніе долженъ сказать, что медицинское дѣло въ войскѣ не стоитъ на такомъ низкомъ уровнѣ, какъ его характеризовали предыдущіе докладчики и основываясь притомъ на словахъ фельдшеровъ. Наши пріемные покои обставлены лучше видѣнныхъ мною сельскихъ больницъ и по аптекѣ, и по инструментарію. Не спорю: въ нашемъ дѣлѣ есть масса недостатковъ, медицинская помощь населенію недостаточна, но войскомъ уже сдѣлано представленіе въ высшія сферы объ увеличеніи лицъ медицинскаго персонала—врачей, фельдшерицъ-акушерокъ, фельдшеровъ, поднятъ вопросъ о призрѣніи душевно-больныхъ въ войскѣ, конечно въ связи съ увеличеніемъ расходовъ на врачебную часть и я надѣюсь, что наши старанія не останутся «благими намѣреніями», но получатъ реальное осуществленіе.

Войсковой врачъ Уссурійскаго
казачьяго войска, Статскій Совѣтникъ *Тищенко*

№ 17.

Докладъ С. Д. Чечулина.

Краткій санитарный обзоръ постройки средней части Амурской желѣзной дороги и организація санитарнаго отдѣла этой постройки.

М. Г. и М. Г.

Я позволю себѣ предварительно сообщить самыя краткія данныя о протяженіи линіи, мѣстности, о ходѣ работъ, населеніи и другихъ нѣкоторыхъ условіяхъ постройки.

Таковыми данными я постараюсь обрисовать ту необычную постановку дѣла постройки, ту общую картину, при которой приходилось работать строителямъ, а врачебно-санитарной части рѣшать свои главныя задачи санитаріи.

Постройка средней части Амурской желѣзной дороги имѣетъ протяженіе по главной линіи 645 верстъ и по двумъ рельсовымъ вѣткамъ 141 вер. Кромѣ того, въ первую очередь строители устроили пять подъѣздныхъ полушоссированныхъ дорогъ общей длиной 278 верстъ. Эти колесныя дороги служили единственными артеріями, по которымъ происходила доставка всего необходимаго: и пищевыхъ продуктовъ, и инструментовъ, и матеріаловъ съ берега Амура на мѣсто постройки желѣзной дороги въ глубокую тайгу.

Линія, начинаясь отъ сѣверной своей точки станціи Керакъ (пятьдесятъ верстъ отъ поселка Джалинда на Амурѣ),— прошла къ юго-востоку водораздѣломъ рѣкъ Зеи и Амура, почти параллельно послѣднему.

На пути этомъ до появленія строителей не было ни одной деревни, ни одного селенія—на всемъ протяженіи 432 верстъ отъ Керака до рѣки Зеи, гдѣ теперь основанъ новый городъ Алексѣевскъ.

Ближайшими населенными пунктами являлись при нача-

лѣ 1910 г. небольшія казачьи Амурскія почтовыя станицы, отстоящія отъ работъ не ближе, чѣмъ пятьдесятъ верстъ по прямому направленію черезъ почти непроходимыя болота.

Отъ Керака до Алексѣевска дорога идетъ по глухой, дикой тайгѣ. Все это мѣсто представляетъ возвышенное болотистое плато, изрѣзанное изрѣдка небольшими горками и покрытое лѣсомъ.

Отъ Зеи линія проходитъ къ юго-востоку до рѣки Буреи на протяженіи 200 верстъ по плодородной Зейско-Буреинской равнинѣ, встрѣчая здѣсь восемь небольшихъ деревушекъ. Между деревушками лежатъ «мари». По болотистымъ «марямъ» въ 1910 году изыскатели ѣздили, во время періода дождей, на коротняхъ—родъ долбленыхъ малыхъ лодокъ, соединенныхъ попарно.

Отсутствіе населенныхъ мѣстъ, отсутствіе какихъ либо рынковъ, отсутствіе дорогъ, даже тропъ, почти полная непроходимость мѣстности—чрезвычайно затрудняли производство работъ. Все это ставило постройку въ совершенно необычныя условія,—особенно, если принять во вниманіе суровый климатъ и встрѣчающуюся по мѣстамъ гнѣздами—вѣчно мерзлую, никогда не оттаивающую почву. Строителямъ, прежде чѣмъ строить въ этой дикой мѣстности, приходилось подготовить условія жизни, возможныя для работъ. Постройку средней части Амурской желѣзной дороги слѣдуетъ раздѣлить на два періода: періодъ подготовительныхъ работъ до февраля 1911 года и съ февраля 1911 года—періодъ собственно постройки.

Подготовительныя работы начались въ Петербургѣ въ январѣ 1910 года—составленіемъ штата служащихъ, которые прибыли на Амуръ и приступили къ работѣ на мѣстахъ съ марта.

Пріѣхавшіе работники прокладывали просѣки для линіи и для подъѣздныхъ дорогъ въ глухой тайгѣ, проживая въ шалашахъ и палаткахъ. Весной десятаго года строители шли пѣшкомъ, зачастую перескакивая въ болотахъ съ кочки на кочку.

Эти піонеры съ большимъ трудомъ провозили вьюкомъ себѣ провіантъ, матеріалы и инструменты и до февраля одиннадцатаго года проживали въ палаткахъ.

Въ февралѣ одиннадцатаго года подготовительныя работы были закончены, линія была точно фиксирована и началась энергичная постройка.

Къ этому времени въ раіонѣ работъ начали устраиваться

въ тайгѣ и поселяне. Къ іюлю параллельно будущему полотну была вчернѣ закончена времянка, и по ней, хотя все же съ большимъ трудомъ, проѣзжали первыя телѣги. Къ іюлю закончили постройку рабочихъ становъ.

Съ осени одиннадцатаго года на протяженіи всей линіи по времянкѣ достаточно успѣшно ѣздили автомобили, которые не прекращали въ дальнѣйшемъ своего дѣйствія и зимой, обслуживая даже правильныя регулярныя движенія.

Въ двѣнадцатомъ году постройка была въ наивысшемъ разгарѣ. Служащіе къ этому времени стали жить довольно удовлетворительно въ новыхъ домахъ. Земляныя работы для полотна были закончены начерно, большинство мелкихъ мостовъ и трубъ полотна сооружены, а на мѣстахъ большихъ работъ сдѣланы обходы.

Въ январѣ 1913 года, т. е. черезъ два года послѣ начала постройки, укладка рельсоваго пути была закончена сплошь на протяженіи 492 верстъ главнаго пути и 111 верстъ вѣтокъ, т. е. отъ Керака до Бѣлогорья (въ 30 верстахъ отъ города Благовѣщенска, на лѣвомъ берегу рѣки Зеи).

Въ текущемъ году происходитъ укладка остальныхъ 153 верстъ главнаго пути и 30 верстъ вѣтокъ; отдѣлывается полотно; достраиваются два большихъ моста черезъ Зею и устанавливается съ ноября временное движеніе отъ Керака до Благовѣщенска.

Надо полагать, что полная работа постройки будетъ закончена къ осени четырнадцатаго года.

За эти три года на протяженіи линіи въ девяти мѣстахъ возникли значительные поселки съ городомъ Алексѣевскомъ во главѣ.

Въ этихъ пунктахъ имѣются церкви, школы, собранія, даже три театра, на каждомъ участкѣ по кинематографу, и вообще въ бывшей тайгѣ начала энергично проявляться общественная жизнь. Но вмѣстѣ съ здоровой общественной жизнью развилась и жизнь разгула и разврата. Большой заработокъ, дешевая контрабандная водка, близость Китая, оторванность отъ родныхъ и пожалуй тоска по родинѣ, дикость природы и суровыя условія жизни,—все это давало поводъ рабочимъ и даже зачастую служащимъ топить свою горькую участь въ водкѣ. Затѣмъ появились азартныя игры, и разгулъ, и развратъ: столовыя, пивныя, билліардныя, гостепріимные дома... Болѣзни, какъ послѣдствія водки, разгула, раз-

врата, какъ связанныя со всѣми подобными „домами“—давали много работы и заботъ санитарному персоналу постройки.

Чтобы совершить указанную выше большую работу постройки въ такой сравнительно короткій срокъ, нужна была громадная рабочая сила.

Подготовительныя работы десятаго года выяснили крайній недостатокъ рабочихъ рукъ среди мѣстнаго населенія Амурской области, и тогда же обнаружилась необходимость доставки рабочихъ изъ центра Россіи.

Почти полное (надо полагать, вслѣдствіе тяжелыхъ мѣстныхъ условій и недостатка капиталовъ) отсутствіе подрядчиковъ принудило всѣ работы, за очень небольшимъ исключеніемъ, вести хозяйственнымъ способомъ.

Хозяйственный отдѣлъ доставилъ изъ центральныхъ губерній въ 1911 году 8293 человѣка, въ 1912 г. 25061 рабочихъ и служащихъ и въ тринадцатомъ 8350 человѣкъ.

Эти, такъ называемые, контрактованные рабочіе, рабочіе мелкихъ рядчиковъ, а также сдѣльщики и коновозчики весной прибывали изъ Россіи по Амуру, а осенью отправлялись обратно. Насколько сильно было желаніе рабочихъ возвращаться осенью на родину, можно судить по тому, что осенью двѣнадцатаго года оставшіеся вслѣдствіе неожиданнаго ранняго рѣкостава рабочіе, несмотря на хорошій заработокъ, настояли на отправкѣ ихъ зимнимъ путемъ съ линіи дороги отъ ст. Гондатти черезъ Китай по Маньчжуріи на Цицикаръ.

Передвиженіе такой массы требовало детальной организаціи санитарнаго дѣла, дабы не привозить въ далекій край неспособныхъ, больныхъ работниковъ и не допускать заноса разныхъ эпидемическихъ заболѣваній. Санитарная организація была особенно необходима въ Амурскомъ краѣ, гдѣ ощущается значительный недостатокъ медицинскаго персонала.

Главный контингентъ населенія постройки составляютъ контрактовые рабочіе, затѣмъ идутъ рабочіе подрядчиковъ большихъ мостовъ, рабочіе мелкихъ рядчиковъ, сдѣльщики, арестанты и, наконецъ, служащіе постройки.

Арестанты работали на постройкѣ въ теченіе всѣхъ трехъ строительныхъ періодовъ. Количество арестантовъ было не постоянно. Лѣченіемъ арестанты обычно пользовались отъ тюремнаго вѣдомства и лишь тяжело больные и раненые помѣщались тюремнымъ вѣдомствомъ въ больницы постройки за плату.

Общій санитарный надзоръ за арестантами въ раіонѣ отчужденія линіи лежитъ на персоналѣ санитарной службы.

Къ числу населенія постройки необходимо приходится причислить также населеніе, проживающее въ прилегающемъ къ отчужденію раіонѣ. Жители этого раіона, вслѣдствіе чрезвычайнаго недостатка врачебной силы области, не имѣли ни отъ какого вѣдомства ни санитарнаго надзора, ни врачебной помощи, потому то санитарному отдѣлу постройки приходилось обслуживать и тѣхъ, кто не имѣлъ прямого отношенія къ постройкѣ, дабы быть въ курсѣ болѣзней населенія данной мѣстности, смежной съ раіономъ отчужденія.

Точная регистрація населенія постройки не производилась, а свѣдѣнія давались участковыми врачами по даннымъ, собираемымъ ими ежемѣсячно отъ агентовъ хозяйственнаго отдѣла, отъ начальниковъ участковъ, подрядчиковъ, начальниковъ командъ, урядниковъ и приставовъ.

Эти данныя указываютъ, что количество населенія колебалось значительно. Въ среднемъ за 1910 годъ было 4700 человѣкъ—наименьшее количество въ январѣ 600, наибольшее въ августѣ 7000. Въ 1911 году среднее количество было 12500, при наибольшемъ числѣ до 24000—также въ августѣ. Наконецъ, 1912 годъ далъ среднее количество 34500, причемъ въ іюлѣ число населенія достигало наивысшаго: 59600 человѣкъ.

При наличіи тяжелыхъ условій жизни въ тайгѣ являлась необходимость предоставить пріѣзжающимъ рабочимъ болѣе удовлетворительныя помѣщенія.

Въ періодъ подготовительныхъ работъ въ мѣстахъ, требующихъ наибольшей затраты труда, устраивались станы съ бараками зимняго типа (модели которыхъ имѣются на выставкѣ). При такихъ станахъ строились хлѣбопекарни, кладовыя, ледники, склады, конюшни, бойни, столовыя и, въ виду частыхъ пожаровъ въ тайгѣ, имѣлись даже противопожарныя приспособленія. Въ виду отсутствія (на водораздѣлѣ) рѣкъ—устраивались бани, не рѣже, чѣмъ на десять верстъ одна баня.

Въ мѣстахъ меньшихъ работъ рабочіе помѣщались по полустанамъ въ баракахъ лѣтняго типа (модели на выставкѣ).

Въ случаяхъ мелкихъ работъ, не требовавшихъ продолжительнаго проживанія рабочихъ артелей, рабочіе жили въ переносныхъ палаткахъ типа Краснаго Креста или типа Зайковскаго (въ каркасныхъ палаткахъ).

Озаботившись о помѣщеніи, Управленіе постройки приняло мѣры къ снабженію и обезпеченію рабочихъ продуктами и всѣмъ необходимымъ. Устраивались отъ хозяйственнаго отдѣла склады продуктовъ и предметовъ первой необходимости. Склады эти въ нѣкоторыхъ случаяхъ сдавались извѣстнымъ фирмамъ при условіи продажи рабочимъ по установленной таксѣ.

Для продовольствія населенія постройки мясомъ всюду на линіи имѣлось большое количество убойнаго скота.

Бойни сооружались по одной на дистанцію, а за убоемъ слѣдилъ ветеринарный персоналъ постройки.

Больнымъ мѣстомъ съ санитарной точки зрѣнія являлось обезпеченіе населенія водой. Линія идетъ водораздѣломъ,—живыхъ текущихъ ключей встрѣчается мало; приходилось рыть колодцы и пользоваться почвенной водой. Вода въ большинствѣ случаевъ содержала много органическихъ примѣсей; рабочимъ рекомендовали пить только кипяченую воду. Отъ питья кипяченой воды рабочіе отказывались, почему очень часто страдали желудочно-кишечными заболѣваніями, которыя къ счастью не имѣли тяжелаго теченія. Вотъ, М. Г., краткія данныя, рисующія ту общую картину постройки, при которой приходилось работать строителямъ, а санитарной службѣ рѣшать ея главныя задачи.

Организовать санитарную сторону найма рабочихъ, ихъ проѣздъ на Амуръ и обратно на родину, слѣдить за санитарными условіями быта и жизни населенія постройки и лѣчить больныхъ раіона составляло главную задачу санитарной службы.

Нанятые въ Россіи контрактовые рабочіе свидѣтельствовались на мѣстахъ земскими и уѣздными врачами, причемъ процентъ брака былъ въ среднемъ 6%, и доходилъ, судя по спискамъ, до 12%.

По желѣзной дорогѣ контрактовые рабочіе слѣдовали въ спеціальныхъ поѣздахъ, причемъ за переѣздомъ ихъ по желѣзной дорогѣ слѣдили переселенческія и мѣстныя желѣзнодорожныя организаціи.

Въ Срѣтенскѣ и Хабаровскѣ рабочихъ встрѣчали агенты Хозяйственнаго отдѣла постройки вмѣстѣ съ медицинскимъ персоналомъ, который при осмотрѣ задерживалъ больныхъ, помѣщая ихъ или въ Срѣтенскія или Хабаровскія больницы. Число такихъ больныхъ было 0,17% отъ всего перемѣщающагося числа рабочихъ. На пароходахъ и баржахъ рабочіе

обслуживались фельдшерскимъ и студенческимъ персоналомъ постройки, а по прибытіи на берегъ Амура мѣстный персоналъ санитарной службы встрѣчалъ прибывшихъ и здѣсь производилъ детальный осмотръ. При этомъ осмотрѣ слабые рабочіе назначались на легкія работы, а нѣкоторые тяжелые больные—хроники немедля возвращались на родину.

Обратный путь рабочіе совершали по Амуру также въ сопровожденіи фельдшеровъ и студентовъ. Особую организацію пришлось устраивать для партіи оставшихся вслѣдствіе ранняго въ 1912 г. рѣкостава и отправлявшихся на Цицикаръ. Общая схема этой организаціи была такова. Партія была раздѣлена на 5 отрядовъ, по сто съ лишкомъ человѣкъ въ каждомъ. Рабочіе размѣщались по 4 человѣка на арбу. По ровному мѣсту и подъ гору рабочіе ѣхали на арбахъ, а въ горы обычно шли пѣшкомъ, облегчая лошадей, да кстати и сами грѣлись ходьбой (дѣло было уже въ ноябрѣ). Каждый отрядъ въ сто человѣкъ сопровождалъ фельдшеръ съ аптекой въ самостоятельной отдѣльной санитарной арбѣ, оборудованной для перевозки больного (сѣнникъ, двѣ шубы, катанки, одѣяла и пр.). Съ санитарной стороны этой экспедиціей завѣдывалъ докторъ постройки Маршадъ, который устроилъ три временныхъ пункта между Благовѣщенскомъ и Цицикаромъ.

Эта экспедиція пятисотъ русскихъ мужиковъ зимой черезъ Китай на протяженіи 400 верстъ представляетъ много интереса, но я не буду останавливаться на подробностяхъ.

Вся линія въ медико-санитарномъ отношеніи раздѣлена на участки, и ими завѣдывали врачи. Количество врачей измѣнялось соотвѣтственно населенію. Въ 10 году было 5 врачей на участкахъ, въ 11 году—13, въ двѣнадцатомъ 17. Въ рабочіе сезоны врачамъ помогали студенты и медички, каковыхъ было въ 10 и 11 годахъ по двое, а въ двѣнадцатомъ 17 человѣкъ.

Количество фельдшеровъ въ десятомъ—21 постоянныхъ и 6 сезонныхъ. Въ одиннадцатомъ 40 постоянныхъ и 11 лѣтнихъ и въ двѣнадцатомъ 41 постоянныхъ и 21 лѣтнихъ.

Акушерокъ-фельдшерицъ въ 11—три, въ 1912—семь.

Для лѣченія больныхъ функціонировали больницы:

Въ 10	году	4	на 105	кроватей.
Въ 11	»	8	» 163	»
Въ 12	»	10	» 400	»
Въ 13	»	10	» 425	»

Кромѣ того, на постройкѣ были фельдшерскіе пункты постоянные и временные:

Постоянныхъ было:

Въ 10 году 8 на 35 кроватей.
Въ 11 » 19 » 49 »
Въ 12 » 28 » 138 »
Въ 13 » 23 » 111 »

Временныхъ фельдшерскихъ пунктовъ было:

Въ 10 году 2 на 4 кровати.
Въ 11 » 5 » 12 »
Въ 12 » 7 » 14 »
Въ 13 » 7 » 14 »

А всего функціонировало кроватей:

Въ 10 году 144 при среднемъ населеніи 4700 чел.
Въ 11 » 276 при среднемъ населеніи 12000 чел.
Въ 12 » 642 при среднемъ населеніи 34500 чел.
Въ 13 » 540 кроватей*).

Общій расходъ по Санитарной службѣ средней части постройки Амурской желѣзной дороги выразился до 1 іюля 1913 года, т. е. за 3½ года, въ суммѣ 799.722 р. 66 коп.

А именно:

1) Содержаніе личнаго состава—врачи, фельдшера, больницы, канцеляріи и проч.: 362.488 руб. 07 коп.

2) Общіе расходы, наемъ помѣщенія, разъѣздные, ремонтъ, пищевое довольствіе: 337.560 руб. 98 коп.

3) Единовременные расходы: приспособленіе больницы, обзаведеніе, подъемные, инструменты, перевязочныя средства и медикаменты: 105.673 руб. 61 коп.

А всего израсходовано 799.722 руб. 66 коп. изъ ассигнованныхъ на періодъ всей постройки 1.170.180 рублей**).

Вотъ въ общемъ краткія данныя о санитарной части постройки средней части Амурской желѣзной дороги.

Постройку средней части Амурской желѣзной дороги за 3½ года ея существованія посѣщалъ четыре раза Приамур-

*) Въ общее число кроватей включено въ 11 году пятьдесятъ сверхъ комплекта, а въ 12 году сто сверхкомплектныхъ, устанавливаемыхъ въ рабочіе сезоны.

**) Сюда не входятъ суммы возведенія зданій, отопленія и ремонта ихъ, а также суммы, какъ тратившіяся на борьбу съ холерой, сибирской язвой и подготовку на борьбу съ чумой.

скій Генералъ-Губернаторъ, Его Высокопревосходительство Шталмейстеръ Двора Его Императорскаго Величества Н. Л. Гондатти. Со свойственной ему энергіей входя всегда въ детали постройки, онъ обращалъ вниманіе и на санитарную сторону дѣла, указывалъ недостатки, предлагалъ при необходимости расширенія и оказывалъ всюду помощь черезъ мѣстную администрацію, особенно черезъ ветер. часть Амурской области.

При первомъ своемъ объѣздѣ, состоя Начальникомъ Амурской Экспедиціи, Генералъ-Губернаторъ почти всю линію проѣхалъ—скорѣе протащился по тайгѣ—верхомъ въ теченіе 16 дней отъ Керака до Алексѣевска, куда прибылъ 8 октября. Ночевалъ такой высокій гость въ палаткахъ, причемъ одинъ разъ, за недостаткомъ прислуживающихъ, самъ лично топилъ желѣзную печку.

Этотъ фактъ наглядно рисуетъ тѣ неудобства, которыя приходилось терпѣть даже и такимъ почетнымъ гостямъ строителей въ первомъ періодѣ постройки дороги.

Много санитарныхъ неурядицъ на постройкѣ является результатомъ тяжелыхъ мѣстныхъ условій, и климата, и отдаленности отъ центровъ цивилизаціи. Къ этимъ центрамъ цивилизаціи, науки и общаго наилучшаго строя жизни—Амурская область вскорѣ и будетъ значительно приближена окончаніемъ постройки желѣзной дороги.

С. Чечулинъ.

№ 18.

Докладъ С. Д. Чечулина.

Болѣзненность и смертность на постройкѣ средней части Амурской желѣзной дороги за три года (1910, 1911 и 1912 г.г.).

М. Г. и М. Г.

При обсужденіи вопросовъ о болѣзненности и смертности среди населенія необходимо прежде всего ознакомиться, какимъ способомъ собирались статистическія данныя.

Точная регистрація населенія постройки—какъ указано было въ предыдущемъ докладѣ—не производилась вслѣдствіе крайне глухой мѣстности работъ и чрезвычайно подвижного населенія. Свѣдѣнія эти составлялись по даннымъ, собираемымъ участковыми врачами на мѣстахъ отъ начальниковъ участковъ, агентовъ хозяйственнаго отдѣла, подрядчиковъ, начальниковъ арестантскихъ командъ, урядниковъ и приставовъ. Данныя врачей по двумъ станціямъ (Талданъ и Ту) были санитарнымъ отдѣломъ провѣрены составленіемъ поименныхъ списковъ. Регистраціонная провѣрка показала, что приблизительныя данныя, собранныя врачами, были въ обоихъ случаяхъ меньше дѣйствительности на нѣсколько единицъ (въ Талданѣ на 21, а въ Ту на 5 человѣкъ). Увеличеніе чиселъ можно было вполнѣ объяснить быстрымъ ростомъ почти ежедневно прибывающаго населенія. Прилагаемыя таблицы указываютъ, что населеніе постройки значительно колебалось. Наименьшее количество было въ января 1910 года: всего 600 человѣкъ, maximum достигъ въ іюлѣ 1912 года до 59600 человѣкъ). Въ среднемъ ежемѣсячно было:

въ 1910 году 4708 человѣкъ,
въ 1911 году 12572 человѣка
и въ 1912 году въ самый разгаръ постройки въ мѣсяцъ 34632 человѣка.

Данныя о заболѣваемости по постройкѣ средней части

Амурской желѣзной дороги составлялись на основаніи обработки амбулаторныхъ книгъ и исторій болѣзней больницъ и пріемныхъ покоевъ. Веденіе карточной системы записи больныхъ—въ виду глухой мѣстности, чрезвычайной подвижности и колебанія населенія, частой смѣны медицинскаго персонала и невозможности при перемѣнѣ лицъ подробнаго ознакомленія съ дѣломъ записи—карточную систему пришлось замѣнить веденіемъ обычныхъ, закономъ установленныхъ, книгъ для амбулаторныхъ и стаціонарныхъ больныхъ. Такое веденіе книгъ является необходимымъ матеріаломъ для судебныхъ дѣлъ, такъ часто бывающихъ на постройкахъ желѣзныхъ дорогъ.

Всѣ записи о больныхъ ведутся въ книгахъ, которыя по окончаніи года или по закрытіи временнаго пріемнаго покоя отправляются въ санитарный отдѣлъ постройки. Здѣсь производится окончательная разработка и сравненіе съ ежемѣсячными вѣдомостями участковъ.

Свѣдѣнія о стаціонарныхъ больныхъ составляются по исторіямъ болѣзней и по ежемѣсячнымъ табелямъ продовольствія, табелямъ, которыя ежемѣсячно представляются съ линіи участковыми врачами въ санитарный отдѣлъ. Эти полученныя данныя провѣряются по окончаніи года по книгамъ и исторіямъ болѣзней.

Выборка о смертныхъ случаяхъ составляется на основаніи именныхъ списковъ, представляемыхъ ежемѣсячно участковыми врачами, а также по именнымъ карточкамъ объ умершихъ и полученнымъ телеграфнымъ сообщеніямъ съ линіи о случаяхъ скоропостижныхъ смертей.

На основаніи вышеописанныхъ данныхъ составлялись санитарнымъ отдѣломъ представляемыя при семъ таблицы движенія по мѣсяцамъ,—населенія, числа амбулаторныхъ больныхъ съ указаніемъ числа сдѣланныхъ ими визитовъ, таблицы движенія стаціонарныхъ больныхъ и числа смертныхъ исходовъ какъ вообще на линіи, такъ въ частности и среди стаціонарныхъ больныхъ.

Изъ приложенныхъ таблицъ усматривается, что наименьшая обращаемость была въ январѣ 1910 года въ Петербургѣ. Всего 16 больныхъ просило врачебныхъ совѣтовъ у медицинскаго персонала постройки амбулаторно и столько-же сдѣлало къ врачамъ визитовъ. Наибольшее число амбулаторныхъ больныхъ было въ сентябрѣ 1912 года—17662; съ этимъ совпадаетъ время наступленія раннихъ холодовъ въ 1912 году. Наибольшее число амбулаторныхъ посѣщеній па-

даетъ на іюль 1912 года, когда было сдѣлано 20012 визитовъ; это увеличеніе посѣщеній совпадаетъ съ массой энтеритовъ. Въ число амбулаторныхъ больныхъ внесены также больные, которыхъ врачи и фельдшера посѣщали на ихъ квартирахъ или въ баракахъ при своихъ періодическихъ объѣздахъ.

Всѣхъ больныхъ въ 1910 году было 11687 человѣкъ, сдѣлавшихъ 21141 посѣщеній; а въ среднемъ ежемѣсячно было 981 человѣкъ, что составляетъ 20,9% на среднее ежемѣсячное количество населенія этого года.

Въ 1911 году амбулаторныхъ больныхъ было 39746, или въ каждый мѣсяцъ 3312 больныхъ, что составляетъ 26,3% на среднее ежемѣсячное населеніе этого года. Количество визитовъ къ медицинскому персоналу за весь 1911 годъ было 58.624.

Наконецъ, въ 1912 году больныхъ было 113725, которые сдѣлали 141266 посѣщеній. На каждый мѣсяцъ въ среднемъ приходится 9477 больныхъ, что составляетъ 27,3% заболѣваній на ежемѣсячное населеніе 1912 года.

Изъ указаннаго числа больныхъ стаціонарнымъ лѣченіемъ пользовалось въ 1910 году 412 человѣкъ, которые провели въ больницѣ 7676 дней. Это число стаціонарныхъ больныхъ (412) составляетъ 3,5% отъ общаго числа больныхъ 1910 года, а относительно населенія составляетъ всего 0,7%. Такой незначительный процентъ объясняется позднимъ прибытіемъ рабочихъ на Амуръ и отсутствіемъ въ тайгѣ больницъ, а также и тѣмъ, что въ этотъ періодъ въ тайгѣ не было ни дѣтей, ни женщинъ, кромѣ того въ началѣ здоровье рабочихъ и служащихъ еще не успѣло расшататься.

Въ 1911 году стаціонарныхъ больныхъ зарегистрировано 3805 человѣкъ, которые провели въ больницахъ 39746 дней. Въ 1911 году число стаціонарныхъ больныхъ составляетъ 9,8% отъ общаго числа заболѣваній, а отъ общаго числа средняго ежемѣсячнаго количества населенія 2,5%.

Въ 1912 году стаціонарныхъ больныхъ было 10217, которые провели 118.110 больничныхъ дней. Стаціонарные больные этого года составляли 8,9% общаго числа заболѣвшихъ, а отъ средняго ежемѣсячнаго населенія составляли такъ же, какъ и въ 1911 году—2,5%. Этотъ процентъ показываетъ, что въ тайгѣ на сто человѣкъ населенія необходимо имѣть болѣе чѣмъ двѣ больничныя койки, что обычно считается вполнѣ достаточнымъ въ Европейской Россіи для фабрикъ и заводовъ.

Количество смертныхъ случаевъ было:

въ 1910 году 132 или 28 чел. на тысячу
въ 1811 году 314 т. е. 24 „ „
въ 1912 году 961 или 26 „ „

Указанныя цифры смертныхъ случаевъ надо признать чрезвычайно высокими, особенно, если принять во вниманіе съ одной стороны крайне незначительное количество дѣтей, смертность среди которыхъ такъ велика, а съ другой стороны, что средній возрастъ всѣхъ рабочихъ и служащихъ—40 лѣтъ —такой жизнеспособный періодъ человѣка.

Рядъ слѣдующихъ таблицъ представляетъ сравнительное распредѣленіе заболѣваній 1910, 11 и 12 годовъ по группамъ.

*Изъ разсмотрѣнія этихъ таблицъ можно придти къ слѣ*дующему заключенію:

1) Наибольшій процентъ заболѣваній падаетъ на IX группу (болѣзни органовъ и системъ). Такъ, въ 10 году эта группа составляла 48,1% общаго числа заболѣваній, въ 11 году процентъ этотъ поднялся до 55,2%, а въ 1912 году достигъ до 58,4%. Изъ этой группы больше всего падаетъ на страданія органовъ пищеваренія, затѣмъ идутъ болѣзни мышцъ, органовъ дыханія и меньше всего встрѣчается болѣзней слуха. Изъ девятой группы больничнымъ лѣченіемъ пользовалось въ 1910 году 2%, въ 1911 году и въ 1912 по 5%.

2) За девятой группой идутъ заразныя болѣзни. Таковыхъ было въ 1910 году 24,1%; въ 1911 году 17,2% и въ 1912 году 14,8% общаго числа заболѣваній. Среди заразныхъ болѣзней первое мѣсто занимаютъ ревматизмъ и гриппъ; затѣмъ идутъ лихорадки, гастроэнтеритъ, сифилисъ. Случаевъ послѣдняго заболѣванія было въ 1910 году—126, въ 1911 году—485 и въ 1912 году—1112. Форма заболѣванія была почти исключительно половая и пріобрѣталось въ гостепріимныхъ домикахъ и на китайской сторонѣ.

Изъ больныхъ, страдающихъ заразными болѣзнями, пользовалось въ больницахъ въ 1910 году 5%, въ 1911 году—15% и въ 1912 году 10%.

3) Третье мѣсто среди амбулаторныхъ больныхъ занимаютъ травматическія страданія VI группы заболѣваній. Травматическихъ болѣзней отъ общаго числа заболѣваній было въ 1910 году 11,1%, въ 1911 году 10,7% и въ 1912 году 10,7%.

Изъ больныхъ, получавшихъ травматическія поврежденія, пользовалось больничнымъ лѣченіемъ въ 1910 году 9%, въ

1911 году 25% и въ 1912 году 30%. Въ первый годъ травмы были менѣе тяжки, почему и въ больницахъ пользовалось меньшее число изъ всѣхъ подобныхъ больныхъ.

4) Остальныя группы заболѣваній идутъ въ слѣдующемъ порядкѣ:

		1910 г.	1911 г.	1912 г.	
II группа	—Общія незаразныя	4,1	6,1	6,7	Отъ общаго числа заболѣваній въ годъ.
VIII „	—Паразитарныя болѣзни	7,3	5,8	4,4	
VII „	—Отравленія . . .	2,7	1,8	1,9	
X „	—Женскія болѣзни .	1,1	1,7	1,9	
III „	—Новообразованія и опухоли . . .	0,6	0,73	0,6	
IV „	—Пороки развитія .	0,8	0,7	0,49	
V „	—Душевныя болѣзни	0,1	0,07	0,01	

Изъ всѣхъ этихъ больныхъ больничнымъ лѣченіемъ пользовались въ наибольшемъ процентномъ отношеніи страдающіе душевными болѣзнями (отъ 70 до 90%), причемъ отмѣчено, что чаще всего душевныя болѣзни развивались на почвѣ злоупотребленія алкоголемъ. Отъ употребленія алкоголя отмѣчается большее количество отравленій; такъ, въ 1910 году было 231 случай, въ 1911 году 678 и, наконецъ, въ 1912 году 2014 случаевъ.

5) Больничнымъ лѣченіемъ больше всего пользовались травматическіе больные, каковыхъ было въ 1910 году 31%, въ 1911 году 29% и въ 1912 году 38%, изъ числа стаціонарныхъ больныхъ. Затѣмъ въ больницахъ идутъ лица, страдающія болѣзнями IX группы (органовъ и системъ) и I группы—заразными болѣзнями. Заразныхъ больныхъ въ больницахъ было 31%—въ 1910 году—131 случай; въ 1911 году—28%—1021 случай и въ 1912 году—17%—1794 случая. Въ этой группѣ необходимо отмѣтить случаи холеры, оспы, брюшного тифа, дифтерита и кори въ 1910 году. Въ 1911 году среди заразныхъ болѣзней необходимо отмѣтить брюшной тифъ, оспу, дифтеритъ и др. болѣзни. Въ 1912 году брюшной тифъ имѣлъ наивысшее распространеніе, затѣмъ были случаи сибирской язвы, оспы, дифтерита, кори, скарлатины и проч.

Вотъ, г.г., въ краткихъ чертахъ обзоръ заболѣваній по группамъ болѣзней населенія постройки средней части Амурской желѣзной дороги за три года.

Въ заключеніе позвольте остановиться на разсмотрѣніи

смертныхъ случаевъ среди собственно служащихъ постройки болѣе высшаго ранга, такъ называемыхъ старшихъ агентовъ.

Для такого обзора составлена таблица по именному списку служащихъ.

Въ этотъ списокъ внесены высшіе агенты управленія, государственнаго контроля и жандармской полиціи по линіи: начальники участковъ, дистанцій, ихъ помощники, техники и счетоводы участковъ, врачи, фельдшера и студенты, линейные контролеры, начальники жандармскихъ отдѣленій и крупные подрядчики съ ихъ довѣренными.

Всего такихъ лицъ получилось 483. Далѣе въ спискѣ указано, сколько мѣсяцевъ прослужило данное лицо на постройкѣ, причемъ принималось въ расчетъ лишь время прибытія на работы (отпуски исключались) до укладки рельсоваго пути въ данномъ раіонѣ, такъ какъ таковой періодъ былъ самымъ тяжелымъ по условіямъ жизни и работъ. Общая сумма всѣхъ этихъ мѣсяцевъ службы равна 9383; такимъ образомъ, видно, что каждое лицо разсматриваемаго именного списка прослужило въ среднемъ 19 мѣсяцевъ.

Изъ перечисленныхъ старшихъ агентовъ за три года постройки умерло 38 человѣкъ. Изъ нихъ 27 отъ болѣзней (брюшной тифъ—8, туберкулезъ—6, воспаленіе легкихъ—4, кровоизліяніе—6, порокъ сердца—1, ракъ—1 и одинъ случай отъ острой быстротечной формы прогрессивнаго паралича), пять человѣкъ окончили самоубійствомъ и шесть было убито разбойниками съ цѣлью грабежа.

Такова картина разсчета съ жизнью скромныхъ тружениковъ постройки. При переводѣ данныхъ цифръ на тысячу получимъ 48 смертей. Раздѣливши 9383 мѣсяцевъ на 12, получимъ 782 годо-человѣкъ, а всего 38 смертныхъ исходовъ, по исчисленію на тысячу найдемъ 48. Число 48 чрезвычайно большое, особенно если принять во вниманіе средній сорокалѣтній возрастъ, который обычно даетъ въ годъ лишь 11—12 смертныхъ случаевъ на тысячу.

Изъ этой же таблицы видно, что среди 483 лицъ было 157 женатыхъ, которые жили съ женами на постройкѣ; изъ таковыхъ агентовъ умерло 17 человѣкъ. 70 было женатыхъ, но семьи жили въ Россіи, умерло на постройкѣ изъ нихъ 7. Изъ 26 вдовцовъ умерло 2, а изъ 230 холостыхъ умерло 12 человѣкъ, т. е. изъ холостыхъ умерло 5%, изъ женатыхъ и вдовцовъ 10%; это объясняется больше молодымъ возрастомъ холостыхъ.

Пять человѣкъ изъ 483 окончили жизнь самоубійствомъ, изъ нихъ одинъ фельдшеръ, 1 старшій техникъ телеграфа и три инженера (одинъ начальникъ участка, два начальника дистанціи). Наконецъ, шесть человѣкъ изъ 483 было убито, что составляетъ 8 человѣкъ на тысячу.

Такое количество смертныхъ исходовъ среди интеллигентныхъ людей, людей матеріально обезпеченныхъ, указываетъ на крайне тяжелыя условія жизни. Можно засвидѣтельствовать, что старшіе агенты прикладываютъ всѣ силы свои и энергію устроить себя и семью какъ можно лучше въ тайгѣ. Но условія жизни, дикость мѣстности, грабежи, убійства, болѣзни— „все“ это въ тайгѣ уноситъ людей быстро, неожиданно или совершенно истощаетъ жизненныя, нервныя силы ихъ и работники вскорѣ являются инвалидами.

С. Чечулинъ.

№ 19.

Докладъ А. А. Смирнова.

Раннее распознаваніе туберкулезныхъ заболѣваній при помощи антитоксическихъ средствъ.

Если у человѣка на кончикѣ пальца развивается panaritium, чисто мѣстный, строго ограниченный воспалительный процессъ, то мы нисколько не удивляемся, что такой человѣкъ весьма скоро начинаетъ производить впечатлѣніе тяжелаго больного: у него появляется лихорадка, головныя боли, головокруженіе, общая разбитость, угнетенное состояніе духа, безсонница, потеря аппетита, запоры и проч. Возбудитель болѣзни—стрептококкъ—быстро размножается внутри воспалительнаго фокуса. Продукты его жизнедѣятельности—токсины—поступаютъ въ кровь, разносятся ею по всему тѣлу, отравляютъ нѣкоторые органы, преимущественно нервную систему и тѣмъ вызываютъ вышеописанный отравный симптомокомплексъ.

Если бы насъ спросили, что сдѣлалось бы съ такимъ больнымъ, если бы panaritium у него продлился бы нѣсколько мѣсяцевъ, то мы не задумываясь отвѣтили бы, что онъ очень скоро погибъ бы отъ общаго истощенія. Къ счастью, этого не бываетъ или бываетъ чрезвычайно рѣдко. Обычно на 5—7 день, а при содѣйствіи ножа хирурга и раньше, гной находитъ себѣ выходъ черезъ кожу наружу. Съ опорожненіемъ гнойника токсины перестаютъ всасываться въ кровь, вслѣдствіе чего общее состояніе больного сразу улучшается, отравные симптомы быстро исчезаютъ и больной скоро выздоравливаетъ.

Представимъ себѣ теперь, что гдѣ нибудь въ тѣлѣ человѣка, напримѣръ въ бронхіальной железѣ, имѣется воспалительный фокусъ, который развивается не такъ бурно, какъ panaritium, а гораздо медленнѣе, исподволь, хронически, напр. туберкулезный бугорокъ. Возбудитель болѣзни—туберкулезная палочка—растетъ гораздо медленнѣе стрептококка, и продуктъ ея жизнедѣятельности—туберкулинъ—вырабатывается

соотвѣтственно этому въ меньшемъ количествѣ и повидимому менѣе ядовитъ, чѣмъ токсинъ стрептококка. Тѣмъ не менѣе онъ изо дня въ день поступаетъ въ общій кругъ кровообращенія и понемногу отравляетъ организмъ, главнымъ образомъ его нервную систему. Незамѣтно, исподволь, начинаютъ выясняться отравные симптомы скрытаго страданія. Появляется неврастенія, быстрая утомляемость, нерасположеніе къ труду, апатія, раздражительность, угнетенное состояніе духа, потливость, одышка, короткое дыханіе, чувство тяжести въ груди, летучія ревматическія боли то въ груди, то въ ногахъ, то въ рукахъ, сердцебіенія, боли въ области сердца, тяжесть подъ ложечкой послѣ ѣды, вздутіе живота, нарушается сонъ и аппетитъ, сонъ часто сопровождается кошмарными сновидѣніями, больной просыпается безъ ощущенія бодрости, напротивъ, ему еще хочется поспать, онъ не выспался, днемъ его тянетъ ко сну, появляются запоры, которые иногда чередуются съ поносами; у женщинъ и дѣвушекъ появляются аномаліи менструацій. Постепенно развивается картина общаго малокровія. Больной начинаетъ терять въ вѣсѣ.

Конечно, не у каждаго больного съ скрытымъ tbc. очагомъ наблюдается полностью весь вышеописанный отравный симптомокомплексъ. Иногда имѣется только одинъ или нѣсколько симптомовъ, иногда только одинъ изъ нѣсколькихъ симптомовъ обращаетъ на себя вниманіе больного. По мѣрѣ развитія болѣзни часто одинъ симптомъ смѣняется другимъ, болѣе доминирующимъ въ данный моментъ, и больной переходитъ отъ врача къ врачу, ища себѣ помощи, которой къ сожалѣнію очень часто не получаетъ. Врачи трактуютъ такого больного то какъ неврастеника, то какъ анэмика; одни врачи все вниманіе обращаютъ на сердце, другіе на желудочно-кишечный трактъ, третьи на ревматизмъ, четвертые на половую сферу, и т. д., и т. д. Но ни бромистые препараты, ни водолѣченіе, ни мышьякъ, ни сердечныя средства, ни всевозможныя слабительныя, ни гинекологическія манипуляціи, ни противоревматическія, ни излюбленныя за послѣднее время противомочекислыя средства обыкновенно пользы не приносятъ или въ лучшемъ случаѣ даютъ лишь нѣкоторое временное улучшеніе. Иногда упавшій духомъ больной перестаетъ обивать пороги врачей и уѣзжаетъ въ какую нибудь климатическую станцію на берегу моря. Часто это даетъ ему значительное улучшеніе здоровья, иногда даже кажущееся выздоровленіе. Но стоитъ лишь ему вернуться обратно, какъ рано

или позно обыкновенно болѣзнь снова возвращается, быстро или медленно прогрессируетъ и въ концѣ концовъ ведетъ къ туберкулезу того или другого органа (легкихъ, кишечника, почекъ и т. д.). Тогда болѣзнь его распознается легко и безошибочно по нахожденію tbc. палочекъ въ отдѣленіяхъ больного органа, но тогда уже къ сожалѣнію даже специфическое лѣченіе во многихъ случаяхъ не приноситъ пользы.

Г.г.! До сихъ поръ мы обычно ставимъ распознаваніе туберкулезнаго заболѣванія какого нибудь органа или по нахожденію tbc. палочекъ въ его отдѣляемомъ, или по характернымъ измѣненіямъ органа, напр. при бѣлой опухоли колѣннаго сустава, при tbc. кокситѣ, при костоѣдѣ позвоночника и и т. п. Но вѣдь эти характерныя измѣненія появляются не сразу, они развиваются исподволь и во всякомъ случаѣ являются не началомъ туберкулезнаго заболѣванія, а скорѣе концомъ его.

Начало заболѣванія обыкновенно ускользаетъ отъ нашего наблюденія, а если и попадаетъ подъ наше наблюденіе, то мы до тѣхъ поръ не можемъ опредѣлить истинный характеръ болѣзни, пока не разовьются вышеуказанныя характерныя измѣненія или пока микроскопъ не обнаружитъ намъ истиннаго виновника болѣзни.

Для большаго уясненія сущности вышесказаннаго, я, съ вашего позволенія, позволю себѣ провести нѣкоторую аналогію между туберкулезомъ и сифилисомъ.

Черезъ едва замѣтное, а иногда и незамѣтное поврежденіе кожи или слизистой оболочки возбудитель сифилиса внѣдрятся въ кожу или слизистую оболочку. Проходитъ нѣкоторое довольно продолжительное время (отъ 2 до 4 недѣль), прежде чѣмъ зараженіе проявится въ формѣ ulcus durum и тѣмъ обратитъ на себя вниманіе. Такой продолжительный срокъ инкубаціи или первый скрытый періодъ вѣроятно нуженъ былъ возбудителю сифилиса для первой мобилизаціи, послѣ чего лишь онъ вступаетъ въ борьбу съ организмомъ, оставаясь пока лишь чисто мѣстнымъ заболѣваніемъ. За это говорятъ наблюденія нѣкоторыхъ авторовъ, которые вырѣзывали твёрдый шанкръ въ предѣлахъ здоровой ткани и тѣмъ предупреждали развитіе общаго сифилиса. Первая схватка мобилизованнаго возбудителя сифилиса съ защитными силами организма часто даже безъ врачебнаго вмѣшательства оканчивается кажущейся побѣдой организма. Язва заживаетъ, остается лишь уплотнѣніе. Проходитъ еще нѣкоторое время (отъ 4

до 6 недѣль), въ теченіе котораго разбитый, но не уничтоженный возбудитель сифилиса энергично, но незамѣтно, мобилизуется. Познакомившись въ первой схваткѣ съ защитными силами организма, онъ, послѣ вторичной мобилизаціи, прорываетъ блокаду мѣстнаго очага и разсѣивается по организму, стараясь укрѣпиться во многихъ пунктахъ. Происходитъ, какъ принято выражаться, генерализація сифилиса. Между организмомъ и возбудителемъ сифилиса происходитъ отчаянная невидимая простымъ глазомъ борьба. Ослабѣвающій въ борьбѣ и отравляемый токсиномъ сифилиса организмъ реагируетъ повышеніемъ t°, головными болями, потерей аппетита, общей разбитостью. Если не знать о существованіи у такого больного первичнаго склероза, то врачъ долго не будетъ въ состояніи опредѣлить истинную причину происхожденія такого отравнаго симптомокомплекса. Ни одно изъ назначенныхъ имъ лѣкарствъ не принесетъ исцѣленія, въ лучшемъ случаѣ окажетъ лишь временное облегченіе. Въ концѣ концовъ—врагъ торжествуетъ побѣду. Доступныя зрѣнію мѣста его частичныхъ побѣдъ проявляются въ видѣ кожныхъ и слизистыхъ сифилидовъ. Только тогда выясняется истинный характеръ болѣзни и даетъ возможность примѣнить специфическое лѣченіе, которое сразу мѣняетъ шансы борьбы. Съ помощью специфическаго лѣченія организмъ одолѣваетъ заразу и отвоевываетъ обратно занятыя непріятелемъ позиціи. Безслѣдно исчезаютъ вторичные сифилиды, а вмѣстѣ съ ними и весь отравный симптомокомплексъ. Все какъ будто приходитъ въ норму, организмъ повидимому выздоровѣлъ. Но если лѣченіе не велось достаточно энергично, если врагъ былъ только разбитъ, а не уничтоженъ, то онъ рано или поздно опять мобилизуется и опять повторится прежняя картина. Въ этомъ періодѣ болѣзни бороться съ возбудителемъ сифилиса довольно легко, всѣ видимыя его проявленія обычно устраняются безслѣдно, а при достаточно энергичномъ лѣченіи возможно и полное выздоровленіе. Если же лѣченіе ведется недостаточно энергично, а примѣняется лишь симптоматически, то возбудитель сифилиса, изучившій защитныя силы организма, какъ бы перевооружается для новой мобилизаціи и тогда борьба вступаетъ въ новый фазисъ: наступаетъ третичный или гуммозный періодъ. Лучше вооруженный и изучившій своего уже нѣсколько ослабленнаго хозяина возбудитель сифилиса бьетъ его по мѣсту наименьшаго сопротивленія. Теперь онъ измѣнилъ тактику, онъ не развертываетъ широко фронтъ, какъ раньше, а атта-

куетъ одно или немного мѣстъ, но захватываетъ ихъ основательно, прочно тамъ укрѣпляется и производитъ въ немъ значительныя разрушенія, образуя т. назыв. гумму. Въ этомъ періодѣ борьба съ сифилисомъ гораздо труднѣе, часто специфическое лѣченіе совсѣмъ не даетъ успѣха, а въ случаѣ успѣха на мѣстѣ гуммы остается дефектъ ткани: заживленіе происходитъ на счетъ рубца.

Такова въ грубыхъ штрихахъ схема теченія сифилиса.

Если примѣнить эту схему къ туберкулезу, то получимъ слѣдующее: въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ, можно даже сказать почти во всѣхъ случаяхъ, зараженіе tbc. происходитъ въ дѣтствѣ, начиная со дня рожденія и кончая періодомъ полового созрѣванія. Зараженіе происходитъ главнымъ образомъ черезъ ротъ двумя способами: 1) непосредственно, благодаря соприкосновенію съ больнымъ открытой легочной чахоткой и 2) посредственно—черезъ зараженіе tbc. мокротой предметовъ, попадающихъ въ ротъ, будетъ ли это пища, пальцы, игрушки и т. п. Изо-рта tbc. зараза попадаетъ чаще всего въ бронхіальныя железы и тамъ локализируется. Этотъ моментъ соотвѣтствуетъ первичной язвѣ сифилиса. Въ бронхіальной железѣ tbc. зараза пребываетъ въ скрытомъ состояніи до болѣе благопріятнаго момента. Такой скрытый періодъ, соотвѣтствующій второму скрытому періоду сифилиса, можетъ тянуться неопредѣленно долгое время. Зараза медленно тлѣетъ, причемъ продукты жизнедѣятельности tbc. палочекъ попадаютъ въ общій кругъ кровообращенія и тѣмъ вызываютъ вышеописанный отравный симптомокомплексъ.

По мѣрѣ того, какъ зараза крѣпнетъ, а организмъ слабѣетъ, туберкулезная палочка дѣлаетъ попытку генерализоваться. Она поступаетъ въ кровь и, носясь вмѣстѣ съ нею, дѣлаетъ попытки гдѣ нибудь укрѣпиться, локализироваться, напр. въ суставахъ, костяхъ, легкихъ, кишечникѣ, железахъ и т. д. Между tbc. палочкой и защитными силами организма происходитъ отчаянный бой. Пытаясь внѣдриться, палочка энергично выдѣляетъ туберкулинъ и отравляетъ имъ сопротивляющіяся внѣдренію клѣтки, что выражается клинически болями разной степени интенсивности, но пока безъ объективныхъ измѣненій. Анатомически этотъ процессъ выражается разными степенями гипереміи и гиперплязіи, которыя, какъ и при вторичныхъ сифилидахъ, исчезаютъ безслѣдно, если побѣда остается за организмомъ. Тогда наступаетъ третій скрытый періодъ tbc., соотвѣтствующій третьему скрытому періоду

сифилиса. Tbc. палочка энергично мобилизуется, вступаетъ въ третій разъ въ бой съ организмомъ и въ случаѣ успѣха прочно локализируется, образуя т. наз. tbc. гранулему, соотвѣтствующую сифилитической гранулемѣ или гуммѣ. Tbc. гранулема сопровождается распадомъ ткани, посему въ случаѣ выздоровленія заживаетъ рубцомъ. Въ этомъ, т. е. третичномъ, періодѣ болѣзни—tbc. характеръ ея распознается легко, но къ сожалѣнію онъ меньше всего поддается лѣченію. И здѣсь, какъ и при сифилисѣ, симптоматическое лѣченіе не достигнетъ цѣли, пока врачъ не заподозритъ возможность скрытаго tbc. очага и соотвѣтственно этому не примѣнитъ специфическаго лѣченія, благодаря которому будутъ сразу достигнуты двѣ цѣли: 1) будетъ устраненъ отравный симптомъ или симптомокомплексъ, 2) будетъ поставлено раннее распознаваніе скрытаго tbc. А какъ часто съ большимъ основаніемъ можно заподозрить соучастіе скрытаго tbc., видно напр. изъ таблицъ Römer'a; къ концу 5-го года жизни реакція Pirquet положительна у 53%, на 8-мъ году у 75% и къ 14-му году жизни достигаетъ 95%. Распознаваніе скрытаго tbc. можно произвести двумя способами: 1) при помощи изопатическихъ средствъ, т. е. туберкулиновъ, примѣняя ихъ въ формѣ всѣмъ извѣстныхъ реакцій: a) глазной Calmett'a; b) кожной Pirquet; c) внутри-кожной—Mantoux и Автократова и d) подкожной или термальной реакціи Коха—или 2) при помощи антитоксическихъ средствъ, напр. сыворотки Марморека, иммунныхъ тѣлъ К. Шпенглера и т. п.

Изопатическія средства, т. е. туберкулины, примѣненные съ діагностическою цѣлью, вызываютъ реакцію организма на введенный ядъ, т. е. туберкулинъ. Иногда помимо нашего желанія, реакція на туберкулинъ не ограничивается мѣстомъ его примѣненія, а идетъ дальше, превращаясь въ очаговую и даже общую реакцію, что при нѣкоторыхъ условіяхъ можетъ причинить больному вредъ. Посему примѣненіе туберкулиновъ съ діагностическою цѣлью имѣетъ свои противопоказанія. Діагностическая и лѣчебная доза туберкулина далеко не одна и та-же: первая крѣпче второй въ нѣсколько десятковъ или сотенъ милліоновъ разъ. Во всякомъ случаѣ реакція организма на туберкулинъ есть реакція на ядъ, посему распознаваніе tbc. при помощи туберкулина есть распознаваніе ex nocentibus.

Совсѣмъ другое дѣло—антитоксическія средства. Здѣсь мы имѣемъ дѣло не съ ядомъ, а съ противоядіемъ, и первая

же діагностическая доза ихъ есть въ то же время и лѣчебная доза. Если при помощи одной или нѣсколькихъ дозъ антитоксическихъ средствъ мы достигнемъ обезъяденія организма и тѣмъ устранимъ отравные симптомы, то мы въ правѣ сказать, что такое распознаваніе есть распознаваніе ex juvantibus. Такой способъ распознаванія не имѣетъ противопоказаній, ибо онъ не можетъ повредить.

Но вернемся къ скрытымъ періодамъ теченія tbc. заразы. Если вы будете широко примѣнять съ діагностической (слѣд. и лѣчебной) цѣлью антитоксическія средства, вы будете положительно поражены, какое огромное количество болѣзней или симптомовъ болѣзни, не имѣющихъ повидимому никакого отношенія къ tbc., на самомъ дѣлѣ находятся въ прямой или косвенной зависимости отъ tbc. Въ прямой—если они вызваны исключительно tbc., въ косвенной—если основная точно діагносцированная болѣзнь осложнена скрытымъ tbc.

Желудочно-кишечныя разстройства грудныхъ дѣтей, плохое ихъ развитіе, плохой аппетитъ, плохой сонъ, капризы, потливость, упорныя экземы—часто поразительно быстро устраняются втираніемъ незначительныхъ дозъ „I. K.“, что свидѣтельствуетъ о ихъ tbc. происхожденіи. Особенно эффектно благотворное дѣйствіе „I. K.“ на упорныя дѣтскія экземы. Каждому изъ васъ, г.г., вѣроятно приходилось испытывать свое терпѣніе при лѣченіи этихъ дѣтскихъ экземъ. Вы безплодно истощаете весь извѣстный вамъ запасъ мазей, присыпокъ, смазываній, ваннъ и т. п., а экзема положительно издѣвается надъ вами, упорно не желая поддаваться вашему лѣченію. Попробуйте примѣнить втираніе „I. K.“ и вы будете поражены блестящимъ результатомъ лѣченія. У дѣтей болѣе поздняго возраста, дошкольнаго и школьнаго періода: ночной страхъ, ночное недержаніе мочи, школьныя головныя боли, запоры, плохой аппетитъ, блѣдность, невнимательность, плохая успѣшность, неврастенія, пляска св. Витта, предутреннія судорги въ икрахъ ногъ, перемежающіяся ревматическія боли въ большихъ суставахъ, въ груди и позвоночникѣ, носовыя кровотеченія, множественное увеличеніе лимфатическихъ желѣзъ, хроническій насморкъ, упорный кашель безъ объективныхъ на то данныхъ и т. д. и т. д.—часто являются отравными симптомами скрытаго tbc. и, какъ таковые, поразительно быстро устраняются примѣненіемъ антитоксическихъ средствъ.

Въ болѣе позднемъ возрастѣ, начиная съ періода поло-

вого развитія и до глубокой старости, гдѣ скорѣй можно говорить уже о вторичныхъ и третичныхъ, чѣмъ о первичныхъ явленіяхъ скрытаго tbc., отравный симптомокомплексъ значительно обширнѣе. Здѣсь мы встрѣчаемъ: головныя боли, головокруженія, сердцебіенія, носовыя кровотеченія, одышку, чувство недостатка воздуха, короткое дыханіе, боли въ груди, въ спинѣ, въ поясницѣ, въ лопаткахъ, подъ ложечкой, ревматическія боли въ рукахъ и ногахъ, общую слабость, быструю утомляемость, сонливость днемъ, безсонницу ночью, тревожныя спутанныя сновидѣнія, плохой аппетитъ, запоры, поносы, чередованіе запоровъ съ поносами, вздутіе живота послѣ пріема пищи, нервную отрыжку, урчаніе и боли въ животѣ, боли въ области сердца, потливость общую при малѣйшемъ физическомъ трудѣ, потливость холодныхъ рукъ и ногъ, потливость подмышекъ, ночной потъ, судороги въ икрахъ ногъ, болѣзненность Ахиллова сухожилія, общее малокровіе, истероневрастенію, ослабленіе памяти, аномаліи менструацій, ослабленіе или повышеніе полового аппетита и т. п. И эти отравные симптомы въ большинствѣ случаевъ прекрасно поддаются вліянію антитоксическихъ средствъ и тѣмъ свидѣтельствуютъ о tbc. причинѣ ихъ происхожденія.

Въ прекрасной книгѣ д-ра I. Hollos'a: „Симптоматологія и терапія скрытаго и маскированнаго tbc.“ приведены многочисленныя исторіи болѣзней, ярко иллюстрирующія все вышесказанное.

Д-ръ Вейнъ, приватъ-доцентъ Будапештскаго университета, вполнѣ подтверждая наблюденія д-ра Hollos'a, особенно подчеркиваетъ діагностическую цѣнность антитоксическихъ средствъ, особенно „I. K.“ К. Шпенглера.

Я работалъ только съ «I. K.» К. Шпенглера. Мои наблюденія, къ сожалѣнію. не многочисленны, но они вполнѣ подтверждаютъ наблюденія вышеуказанныхъ авторовъ, что дастъ мнѣ смѣлость горячо рекомендовать товарищамъ „I. K.“ Карла Шпенглера, какъ превосходное діагностическое и лѣчебное средство для возможно ранняго распознаванія и лѣченія tbc. заболѣваній.

Выводы.

1. Зараженіе tbc. въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ происходитъ въ дѣтствѣ.

2. Если при благопріятныхъ условіяхъ не наступаетъ

явнаго заболѣванія tbc., то зараза многіе годы можетъ гнѣздиться въ организмѣ въ скрытомъ состояніи.

3. Такое скрытое tbc. гнѣздо все время или періодически отравляетъ организмъ аутотуберкулинами, вызывая довольно сложный симптомокомплексъ отравныхъ явленій.

4. Распознаваніе скрытаго tbc. возможно двумя способами: 1) примѣненіемъ „изопатическихъ" средствъ, т. е. туберкулиновъ и 2) „гетеропатическихъ" средствъ, т. е. противосыворотокъ.

5. Изопатическія средства, т. е. туберкулины, вызываютъ мѣстную, очаговую и общую реакцію, посему примѣненіе ихъ, какъ небезопасное, имѣетъ цѣлый рядъ противопоказаній.

6. Гетеропатическія средства, т. е. противосыворотки, въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ безвредны, посему почти не имѣютъ противопоказаній.

7. Примѣненіемъ противосыворотокъ достигается одновременно діагностическій и лѣчебный эффектъ.

8. Изъ существующихъ доселѣ противосыворотокъ наибольшаго вниманія заслуживаетъ „I. K." Карла Шпенглера. Преимущества его: 1) дешевизна, 2) большое содержаніе „иммунныхъ тѣлъ", 3) удобство дозировки, 4) отсутствіе явленій анафилаксіи.

Литература.

1. **C. Spengler.** Tuberkulose und Syphilis Arbeiten. Davos 1911.
2. **Joseph Hollos.** Symptomatologie und Therapie der latenten und larvierten Tuberkulose. Wiesbaden 1911.
3. **Walter H. Fearis.** The treatment of tuberculosis by means of the immunesubtances (I. K.) therapy. London 1912.
4. **Felix Lukin.** I. K. Behandlung. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. B. XVIIII. H. 3. 1911.
5. **Sophie Fuchs-Wolfring.** Zur I. K. Behandlung. Wiesbaden. 1911.
6. **Emanuel Wein.** Ueber die Behandlung tuberkulöser Erkrankungsformen mit Marmoreks Serum. Oesterreichische Aerzte Zeitung. VI. Jahrgang № 9 и 10.
7. » » Meine Erfahrungen mit D-r Marmoreks Antituberculoseserum. Wiener Medicinische Wochenschrift. 1909. № 10.
8. » » Bestimmung und Behandlung der tuberkulösen Jnfection mittels antitoxischer Mittel. Wiener klinische Wochenschrift. 1912. № 3.

9. **G. Simon.** Erfahrungen mit der I. K. Bechandlung nach C. Spengler. Zeitschrift für Tuberkulose. 1909. Band XV. Heft 1.

10. **D. Kirschenblatt.** Bemerkungen zum Artikel G. Simon: Erfahrungen usw. Zeitschrift für Tuberkulose. 1909. Band. XV. Heft 3.

11 **P. Wallerstein** Ueber I. K. Berliner klinische Wochenschrift 1910. № 16.

12. **Ф. Автократовъ.** Лѣченіе туберкулеза иммунными тѣлами (I. K.) Карла Шпенглера. Врачебная газета. 1909 г. № 49 и 50.

13. **Dresdner.** Ueber Behandlung mit Carl Spenglers tuberkulose Jmmunkörper (I. K.). Münchener Medicinische Wochenschrift 1909. № 52.

14. **G. Simon.** Weiteres über I. K. Zeitschrift für Tuberkulose. 1910. B. XVI. H. 2.

15. **Antoin Poncet** et René Leriche. Le rhumatisme tuberculeux. Octave Doin et fils. Paris. 1909.

16. **I. Castaigne.** Le rhumatisme tuberculeux. Le journal médical français. № 5. 1912.

17. **I. Castaigne, F. X. Gouraud** et **A. A. Lavenant.** Traitement de la tuberculose rénale par les corps immunisants de Spengler. Le journal médical français. 1911. № 11.

18. **Dr. Nietner.** Jnaugural lecture on the modern combat against tuberculosis amongst children. The Lancet. 1912. November. 16.

19. **Gustav Heim.** Wie führt die Tuberkulose zu Siechtum und Tod. Tuberkulosis. 1912. № 3.

20. **Von Leube.** Ueber die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. Tuberkulosis. 1913. № 1.

21. **Iosef Hollós.** Die tuberkulöse Aetiologie der Menstruationsstörungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1912. № 51.

22. **Iosef Hollós.** Die latente Tuberkulose und Ihre Diagnose. Wiener Medizinische Wochenschrift. 1913. № 23 и 24.

№ 20.

Докладъ А. А. Смирнова.

Измѣненія формы туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ чахоточныхъ.

При производствѣ внутрикожной туберкулиновой реакціи по Mantoux или по Автократову, нѣкоторые авторы примѣняютъ сразу два туберкулина: на одну руку—старый Коховскій туберкулинъ (Т. О. А.), на другую—жемчужный туберкулинъ (Р. Т. О.). При этомъ возможны 4 результата: 1) оба туберкулина не дадутъ реакціи; 2) оба туберкулина дадутъ одинаково сильную реакцію; 3) одинъ туберкулинъ даетъ болѣе сильную реакцію, чѣмъ другой и 4) только одинъ изъ туберкулиновъ дастъ реакцію.

Если больной страдаетъ открытымъ легочнымъ туберкулезомъ съ нахожденіемъ туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ, то обыкновенно микроскопическая картина соотвѣтствуетъ даннымъ туберкулиновой реакціи, какъ бы подтверждая ихъ, т. е. при рѣзко положительной реакціи на старый Коховскій туберкулинъ мы находимъ въ мокротѣ типичную короткую палочку Коха (3—4 м.). Если же реакція рѣзко положительна на жемчужный туберкулинъ, то въ мокротѣ находимъ гораздо болѣе длинную палочку (5—8, иногда даже 10 м.). Кромѣ разницы въ длинѣ эти палочки довольно рѣзко отличаются другъ отъ друга своимъ отношеніемъ къ питательнымъ средамъ, способностью поглощать кислородъ, вирулентностью для животныхъ и т. п. Посему К. Шпенглеръ предлагаетъ принять два отдѣльныхъ типа человѣческой туберкулезной палочки: типъ I- короткая палочка—bacillus humano—brevis и типъ II—длинная палочка -bacillus humano—longus. Если больной реагируетъ одинаково сильно на тотъ и другой туберкулинъ, то въ его мокротѣ попадаются одновременно оба типа палочекъ. Если очень часто систематически изслѣдовать мокроту паціента, подвергнутаго специфическому лѣченію, то кромѣ измѣненій въ строеніи самихъ палочекъ, о чемъ сейчасъ

будетъ рѣчь, можно наблюдать преобладаніе то того, то другого типа (фиг. I).

Въ большинствѣ случаевъ мокрота чахоточнаго больного, не подвергавшагося лѣченію, содержитъ палочки, хорошо окрашивающіяся какъ по способу Ziehl - Neelsen'a, такъ и по способу Шпенглера. Палочка сплошь интенсивно окрашивается фуксиномъ въ темно-красный цвѣтъ, причемъ не удается увидѣть никакихъ деталей ея строенія. Если комочекъ мокроты растереть между двумя предметными стеклами и одно изъ нихъ окрасить по Ziehl-Neelsen'у, другое по Шпенглеру, то никакой разницы въ количествѣ палочекъ на томъ и другомъ препаратѣ не замѣчается. Оно и понятно: на каждомъ стеклѣ фиксировалась ровно половина растертаго комочка мокроты. Но по мѣрѣ того, какъ специфическое лѣченіе туберкулезнаго больного успѣшно подвигается впередъ, начинаетъ замѣчаться разница въ количествѣ палочекъ въ томъ и другомъ препаратѣ и наконецъ наступаетъ такой моментъ, когда въ препаратѣ, окрашенномъ по Ziehl-Neelsen'у вы больше не находите ни одной палочки, а въ препаратѣ, окрашенномъ по Шпенглеру, ихъ сколько угодно, иногда даже гораздо больше, чѣмъ было до начала лѣченія. Въ чемъ же дѣло? Отчего такая невѣроятная разница результатовъ изслѣдованія?

Объясненіе этого мы находимъ у К. Шпенглера. Защитныя силы организма, его иммунныя тѣла, будутъ ли они выработаны активно самимъ организмомъ или будутъ введены ему извнѣ, пассивно,—содержатъ *лизины*, которые въ первую очередь разрушаютъ жиро-восковую оболочку туберкулезной палочки. При систематическомъ ежедневномъ изслѣдованіи мокроты чахоточнаго больного, подвергнутаго специфическому лѣченію, окрашивая препараты по способу Шпенглера, а еще лучше по видоизмѣненію этого способа, предложенному Кронбергеромъ или Кирхенштейномъ, мы можемъ шагъ за шагомъ прослѣдить разрушеніе туберкулезной палочки.

Вмѣсто равномѣрно и интенсивно окрашенныхъ палочекъ, съ рѣзко очерченными контурами, начинаютъ попадаться палочки искривленныя, какъ бы зазубренныя или изъѣденныя; ярко окрашенныя мѣста въ нихъ чередуются съ слабо окрашенными, иногда еле видимыми мѣстами. Такъ какъ въ туберкулезной палочкѣ окрашивается только жиро-восковая оболочка ея, то очевидно, что оболочка мѣстами повреждена и утратила способность окрашиваться. Шпенглеръ называетъ такія формы: «hüllengeschädigte Stäbchen»—палочки съ

поврежденной оболочкой. Такія формы еще довольно хорошо окрашиваются по Ziehl-Neelsen'у (фиг. 2).

При дальнѣйшемъ разрушеніи оболочки палочка пріобрѣтаетъ форму четокъ: ярко окрашенныя зернышки чередуются съ совершенно неокрашенными мѣстами. Сама палочка еще не распалась: окрашенныя зернышки точно отвѣчаютъ величинѣ, формѣ и расположенію палочки, но связующее ихъ (т. е. зернышки) вещество уже больше не окрашивается, посему не видимо. Такія «*зернистыя*» палочки Шпенглеръ называетъ «Splitter-stäbchen», а Мухъ—«granulierte stäbchen». Онѣ очень плохо окрашиваются по способу Ziehl-Neelsen'а, а часто и совсѣмъ не окрашиваются (фиг. 3).

При рѣзко выраженной агглютинаціи палочки лежатъ большими кучами, сложенныя параллельно, какъ дрова въ полѣнницѣ. Зернистость ясно выражена. Но бываютъ случаи, гдѣ при рѣзко выраженной агглютинаціи идетъ такой бурный лизисъ, что больше уже невозможно различить ни зернистости, ни какихъ либо очертаній палочекъ. Въ такомъ случаѣ кучка агглютинированныхъ и совершенно разрушенныхъ палочекъ превращается въ однородное свѣтло-розовое пятно, которое Шпенглеръ называетъ „кляксой" (фиг. 4).

Затѣмъ исчезаетъ (растворяется) связующее вещество. Зернистая палочка распадается на отдѣльныя составлявшія ее зернышки, которыя теперь лежатъ свободно и изолированно въ полѣ зрѣнія, хорошо окрашенныя въ ярко-красный цвѣтъ; лежатъ они или одиночно, если распались изъ одной палочки, или большими кучами, если распались изъ кучки агглютинированныхъ палочекъ. Такія одиночныя красныя зернышки Шпенглеръ называетъ «Splitter'ами», а Мухъ—«granula» (фиг. 5).

По мѣрѣ выздоровленія больного эти «Splitter'ы» или «granula», представляющіе собою послѣднюю стадію распаденія туберкулезной палочки, утрачиваютъ способность окрашиваться фуксиномъ. Они еще хорошо видны подъ микроскопомъ, но уже въ видѣ «черныхъ точекъ»—«schwarze Splitter» К. Шпенглера— «черные шплиттеры». Черный цвѣтъ ихъ зависитъ вѣроятно отъ очень сильнаго преломленія проходящаго черезъ нихъ свѣта. Подобный феноменъ мы часто видимъ при слабомъ увеличеніи, когда въ жидкости находятся мельчайшіе пузырьки воздуха (фиг. 5).

Какова дальнѣйшая судьба черныхъ шплиттеровъ—за отсутствіемъ наблюденій сказать невозможно. Вѣроятно они растворяются лизинами.

Такова судьба постепеннаго распаденія и полнаго исчезновенія туберкулезной палочки въ организмѣ выздоравливающаго отъ туберкулеза.

Но бываетъ и другой исходъ. Если въ процессѣ выздоровленія наступаетъ остановка или даже ухудшеніе, то въ мокротѣ, доселѣ содержавшей „красные шплиттеры", появляются новыя формы. Чтобы лучше прослѣдить за ихъ появленіемъ и дальнѣйшимъ развитіемъ—поставимъ мокроту, содержащую красные шплиттеры, въ термостатъ и будемъ время отъ времени дѣлать изъ нея препараты. Черезъ 18 часовъ мы уже увидимъ, что красные шплиттеры нѣсколько набухли, сдѣлались крупнѣе, окрашиваются въ болѣе темно-красный цвѣтъ. Съ одной или съ обѣихъ сторонъ видно на нихъ свѣтло-розовое пупкообразное выпячиваніе, которое постепенно удлиняется, начинаетъ интенсивнѣе окрашиваться и—скоро красный шплиттеръ превращается или въ «барабанную палочку» или въ «веретено» (фиг. 6). Шплиттеры изъ распада humano-brevis прорастаютъ лишь съ одной стороны, т. е. въ формѣ «барабанной палочки», а шплиттеры изъ распада humano-longus—съ обѣихъ сторонъ, т. е. веретенообразно. Скоро на свободномъ концѣ отростка получается шарообразное вздутіе—молодая спора—окрашивающееся темнѣе, чѣмъ самъ отростокъ, благодаря чему проросшій шплиттеръ отъ humano-brevis принимаетъ форму «ручной гимнастической гири» (●—●), а шплиттеръ отъ humano-longus—видъ «рукоятки отъ ручного пресса» (●—●—●) (фиг. 7). Это молодыя новорожденныя формы (особи) туберкулезной палочки. Шпенглеръ называетъ ихъ „Jungformen" или „Kleinste Stäbchen". Длина ихъ въ 2—3 раза короче вполнѣ развитой формы. Дальнѣйшее ихъ развитіе происходитъ такъ: свѣтло-розовый отростокъ постепенно удлиняется и на немъ между основной и конечной спорами появляется новая спора, а затѣмъ между этой послѣдней и конечной спорой—еще новая спора (ф. 8). Получается впечатлѣніе, что съ момента развитія на молодомъ отросткѣ конечной споры—вся энергія роста какъ бы переходитъ на эту конечную спору: она образуетъ на себѣ жировосковую оболочку, постепенно переходящую и на отростокъ, она же содѣйствуетъ и образованію новыхъ промежуточныхъ споръ. Т. о. молодая палочка достигаетъ величины взрослой особи, причемъ палочка humano-brevis содержитъ 3—5 споръ, а humano-longus до 15 и даже до 17 споръ.

Литература.

1. **C. Spengler**. Tuberkulose und Siphilis Arbeiten. Davos. 1911.
2. **A. Kirchensfein**. Ein Beitrag zur Sporenfrage und Sporenfärbung der Tuberkuloseerreger. Centralblatt für Bacteriologie. 66 Band. 1912.
3. „ Zur Technick der Phagocytenfärbung am Sputum Tuberkulöser. Zeitschrift für Tuberkulose. Band XVIII. Heft. 4. 1912.
4. „ Über die Leistungsfähigkeit der Pikrinmethode C. Spengler's für die Färbung der Tuberkelbazillen. Zeitschrift für Tuberkulose. Band XIX. Heft. I. 1912.
5. „ Ein Beitrag zu den Strukturfärbemethoden der Tuberkuloseerreger. Zeitschrift für Tuberkulose. Band XIX. Heft. 4. 1912.
6. „ Einfluss der specifischen Therapie (I. K. C. Spengler's) auf die Entgiftung des tuberkulösen Organismus. Zeitschrift für Tuberkulose. Band XIX. Heft. 6. 1913.
7. „ Der Wechsel der Tuberkelbazillenformen im phtisischen Sputum. Corr. Blatt für Schweizer Ärzte. 1913. № 12.
8. „ Einige Richtigstellungen zu der Arbeit Böhm's: „über die verschiedenen Färbemethoden der Tuberkelbazillen und s. w.“. Centralblatt für Bakteriologie. Band 66. 1912.
9. **Fritz Lichtenhan**. Die neuere Forschung über die körnige Form des Tuberkuloseerregers. Corr. Blatt für Schweizer Aerzte. 1910. № 33.
10. **H. Kronberger**. Eine neue einfache Strukturfärbung für die echten Säurefesten, speziell für die Tuberkuloseerreger. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Band XVI. 1910.
11. **Ю. М. Лебедева и С. Н. Сажина**. О судьбѣ туберкулезной палочки въ здоровыхъ органахъ фтизиковъ. Новое въ медицинѣ. 1913. № 10.

Выводы:

1. Существуютъ два типа *человѣческой* туберкулезной палочки: 1) bacillus humano-brevis Koch, длиною около 3—4 μ. и 2) bacillus humano-longus Spengler, длиною 5—8 и даже 10 μ.

2. При разрушенiи туберкулезной палочки она распадается на «зернышки», которыя суть ничто иное, какъ «споры».

3. При благопріятныхъ условіяхъ споры «прорастаютъ», превращаясь такимъ образомъ снова въ туберкулезную палочку.

4. Прорастаніе споръ обоихъ типовъ палочекъ происходитъ типично, отлично для каждаго типа.

5. Вѣроятно въ случаяхъ «скрытаго туберкулеза» безъ клиническихъ проявленій болѣзни—туберкулезная зараза прозябаетъ въ очагѣ въ формѣ споръ.

6. Въ случаяхъ кажущагося выздоровленія отъ легочной чахотки, когда изъ мокроты исчезаютъ туберкулезныя палочки, всетаки возможно разсѣяніе заразы мокротой и другими отдѣленіями, если въ нихъ содержатся споры туберкулезной палочки.

7. Споры хорошо окрашиваются пикриновымъ методомъ д-ра Spengler'а или по его видоизмѣненію, предложенному Кронбергеромъ и Кирхенштейномъ.

А. Смирновъ.

№ 21.

Докладъ А. И. Малегина

Удскаго уѣзднаго врача

Въ организаціонное бюро третьяго съѣзда врачей Приамурскаго края.

За годъ службы моей Удскимъ уѣзднымъ врачемъ и врачемъ Николаевской на Амурѣ колоніи прокаженныхъ мнѣ пришлось быть отчасти свидѣтелемъ, отчасти участникомъ рѣдкаго случая констатированія удачнаго лѣченія и излѣченія у шести прокаженныхъ и рѣзкаго продолжающагося улучшенія у нѣкоторыхъ остающихся больныхъ ввѣренной мнѣ колоніи.

Объ улучшеніи теченія проказы у первыхъ шести мною еще въ концѣ истекшаго года доносилось по начальству.

23-го мая с. г. Его Превосходительство врачебный инспекторъ С. В. Виноградскій при ревизіи колоніи, послѣ совмѣстнаго со мной осмотра многихъ прокаженныхъ, нашелъ шестерыхъ изъ лѣчившихся свободными отъ явленій проказы и подлежащими выпискѣ изъ колоніи, о чемъ тогда же былъ составленъ актъ.

Въ виду чего я не лишнимъ считаю сообщить Съѣзду врачей вкратцѣ свѣдѣнія о началѣ и дальнѣйшемъ ходѣ принятаго въ здѣшней колоніи лѣченія.

Въ 1909 году, какъ мнѣ передалъ въ частной бесѣдѣ многоуважаемый настоящій врачебный инспекторъ Приморской области, ему на докладѣ Военному губернатору пришлось высказать сожалѣніе, что у Николаевской колоніи прокаженныхъ недостаетъ ассигнованій на лѣченіе. Присутствовавшій случайно и слышавшій это, гость Его Превосходительства князь Волконскій тутъ же пожертвовалъ лично господину инспектору на этотъ предметъ 200 рублей, которые тогда же были направлены моему предшественнику по должности и по завѣдыванію колоніей доктору Подкатову вмѣстѣ съ совѣтомъ въ

частномъ о желательности примѣненія въ лѣченіи прокаженныхъ подкожныхъ впрыскиваній средства швейцарскаго доктора Карла Шпенглера, которое сначала называлось Tuberculose „i. K.“, а теперь переименовано въ Herga „i. K.“.

Добывается это средство изъ крови животныхъ (кроликовъ?) послѣ прививокъ имъ лепрозныхъ бациллъ, добытыхъ изъ крови прокаженныхъ больныхъ. 1,0 оригинала средства разводится девятью частями дистиллированной воды съ лѣкарственной примѣсью по рецепту изобрѣтателя; 1,0 этого перваго разведенія разводится девятью частями той же жидкости и т. д. до семи разведеній.

Впрыскиваніе начинается съ двухъ десятыхъ шприца Праваца наименьшаго, то есть седьмого разведенія, повторяется черезъ три или четыре дня съ переходомъ па болѣе крѣпкое разведеніе VI и т. д., доходитъ до двухъ десятыхъ оригинала, потомъ 0,5 оригинала и оканчивается 1,0 оригинала.

Н. Я. Подкатовъ началъ лѣченіе средствомъ Шпенглера съ 8 октября 1909 года; къ 12-му декабря былъ законченъ одинъ курсъ впрыскиваній.

Впрыскиваніямъ подвергались всѣ наличные больные колоніи. Съ 2-го января 1910 года по 19-е января пройденъ второй курсъ, очевидно за отсутствіемъ достаточнаго количества леприна впрыскиванія оригиналомъ въ этотъ разъ не производилось. Съ 2-го марта и до 18-го мая 1910 года пройденъ третій курсъ. Съ 8-го іюня и по 12-е іюля произведенъ четвертый курсъ. На сей разъ впрыскиванія начаты съ оригинала и продолжались къ малымъ разведеніямъ, т. е. въ обратномъ порядкѣ. Съ 17-го сентября по 26-е ноября 1910 года повторенъ шестой курсъ по первой схемѣ. Съ 23-го декабря 1910 года и по 20-е января 1911 г. пройденъ седьмой курсъ, начиная опять съ оригинала.

За отсутствіемъ средства Шпенглера коллега Подкатовъ вздумалъ примѣнить впрыскиванія Сальварсана; результаты получились плачевные, получилось ухудшеніе, и средство это больше двухъ разъ никому не было впрыснуто и было въ Николаевской колоніи оставлено и, вѣроятно, навсегда. У больныхъ оставило оно послѣ себя очень нехорошую славу.

Съ 1-го февраля 1911 года и по 23-е марта были примѣнены подкожныя впрыскиванія Phosphacid'a; указаній на результаты въ записяхъ колоніи мнѣ добыть не удалось. Но изъ того факта, что эти впрыскиванія были оставлены послѣ

перваго же курса, можно думать, что они признаны непригодными.

Улучшенія отъ Шпенглеровскаго препарата были отмѣчены и врачемъ Подкатовымъ, и низшимъ медицинскимъ персоналомъ, и самыми больными.

Послѣ моего вступленія въ завѣдываніе колоніей меня больные настойчиво умоляли продолжать примѣненныя Шпенглеровскія впрыскиванія.

При первой-же представившейся мнѣ возможности я къ нимъ приступилъ.

Первый мой курсъ, начинающійся съ наименьшаго VII-го разведенія, начатъ 18-го октября, оконченъ 7-го декабря прошлаго года.

Съ 11-го января по 25-е февраля текущаго года пройденъ второй курсъ; полный курсъ за недостаткомъ средствъ пришлось изъ 30-ти человѣкъ закончить только у 13-ти больныхъ.

У больныхъ съ легкими проявленіями проказы улучшеніе рѣзко бросалось въ глаза. Пигментація и бугры на лицѣ и туловищѣ мало по малу исчезали, язвочки зарубцовывались и вновь не открывались, надбровныя дуги уменьшались въ своей припухлости, у шести совершенно исчезли, начали отростать брови, малокровіе проходило, общее питаніе видимо поднималось. Результатъ лѣченія — выписка изъ колоніи прокаженныхъ шестерыхъ больныхъ.

У другихъ прокаженныхъ съ болѣе легкой формой улучшеніе продолжается и уже есть человѣкъ пять, жаждущихъ съ нетерпѣніемъ своей очереди къ выпискѣ, которая въ дальнѣйшемъ, я думаю, не невозможна.

Больные съ тяжелыми проявленіями проказы тоже не лишены облегченія въ своей участи.

Боли ночного характера меньше, расходъ потребляемаго ими морфія сокращается, язвы очищаются и принимаютъ наклонность къ заживленію и нѣкоторыя зарубцовывались.

Микроскопическаго анализа носовой слизи мною не производилось. По моему мнѣнію, таковой при условіи настоящаго содержанія больныхъ всѣхъ вмѣстѣ безъ изоляціи, за неимѣніемъ помѣщенія, выздоравливающихъ отъ тяжелыхъ язвенныхъ больныхъ и не могъ-бы дать какой либо точки опоры для постановки факта выздоровленія. Бациллъ въ носовой слизи, я полагаю, подъ микроскопомъ можно опредѣлить не только у этихъ выписываемыхъ больныхъ, но и у нѣкото-

рыхъ здоровыхъ людей, входящихъ въ соприкосновеніе съ больными и дышащихъ съ ними однимъ воздухомъ.

Сказать, насколько прочно исчезновеніе симптомовъ проказы у выписанныхъ больныхъ—въ настоящее время нѣтъ возможности. Повторится ли она у нихъ? Отвѣтить тоже нельзя. Будетъ ли повтореніе вспышкой перенесеннаго заболѣванія или результатомъ новаго зараженія, полученнаго отъ совмѣстнаго сожитія съ язвенными товарищами по несчастью послѣ излѣченія? Это тоже можно уяснить себѣ только послѣ длительныхъ и массовыхъ наблюденій надъ дальнѣйшими аналогичными случаями.

Считаю необходимымъ отмѣтить, что всѣ случаи улучшенія—не чистые случаи лѣченія только впрыскиваніями средства доктора Шпенглера: помимо примѣненія Сальварсана и Phosphacida большинство больныхъ все время принимали внутрь Ol. hynocardi, за исключеніемъ двоихъ, которые не переносятъ его изъ за желудочныхъ разстройствъ, имъ причиняемыхъ. Я лично не вынесъ убѣжденія въ специфичности послѣдняго медикамента, но и отрицать оную не могу. Худая сторона лѣченія препаратомъ Шпенглера-- это его дороговизна: за флаконъ въ 60,0 пришлось уплатить 93 рубля, и неаккуратность въ высылкѣ; чѣмъ она вызывается—мнѣ неизвѣстно.

Въ заключеніе убѣдительно совѣтую товарищамъ попробовать длительное примѣненіе сказанныхъ впрыскиваній Lepra „i. K.“ на раскиданныхъ по здѣшнему краю, подлежащихъ домашней изоляціи, прокаженныхъ съ болѣе легкими формами проказы.

Удскій уѣздный врачъ *Малегинъ.*

1913 года 14 августа
№ 266.

№ 22.

Докладъ Я. Здравомыслова.

Полгода въ Пекинѣ и недѣля въ Токіо.

(Наблюденія изъ командировки).

I.

ВЪ КИТАѢ.

Прибывъ въ г. Пекинъ 19 октября 1912 г., я былъ откомандированъ оттуда 26 апрѣля 1913 года—другими словами, я пробылъ въ Пекинѣ нѣсколькими днями больше полугода.

Пребываніе въ Пекинѣ доставило мнѣ большую пользу въ смыслѣ расширенія общаго кругозора, а также и ознакомило съ постановкой военно-санитарнаго дѣла во всѣхъ главныхъ государствахъ и республикахъ земного шара. Присутствіе въ Пекинѣ охранныхъ отрядовъ Америки, Англіи, Франціи, Россіи, Германіи, Австро-Венгріи, Италіи и Японіи, наличность въ каждомъ изъ нихъ военныхъ врачей и лазаретовъ наглядно демонстрировало постановку дѣла и степень его развитія. Я имѣлъ возможность, которую и использовалъ, побывать и осмотрѣть каждый изъ иностранныхъ лазаретовъ, познакомиться съ врачами, всегда идущими навстрѣчу своимъ коллегамъ на почвѣ общихъ интересовъ своего дѣла. Въ постановкѣ лазарета каждаго охраннаго отряда какого-либо государства можно уловить отличительныя черты той или другой націи. Размѣры же самихъ лазаретовъ зависятъ исключительно отъ численности охранныхъ отрядовъ. Самыми значительными по величинѣ являются французскій и нѣмецкій госпитали—какъ тотъ, такъ и другой, обслуживая охранные отряды своихъ посольствъ, принимаютъ за опредѣленную плату и частныхъ больныхъ—главнымъ образомъ русскихъ, т. к. до октября 1912 г. русскій охранный отрядъ не имѣлъ собственнаго лазарета. Французскій госпиталь оказываетъ широкое

гостепріимство даже и китайцамъ, принимая ихъ и амбулаторно и стаціонарно. Другіе госпитали и лазареты обслуживаютъ преимущественно чиновъ своего отряда и членовъ своей колоніи. Французскій госпиталь имѣетъ во главѣ медицинскаго офицера въ чинѣ полковника доктора Hasare'а и двухъ его помощниковъ. Докторъ Hasare состоитъ въ то же время и врачемъ при русскомъ посольствѣ. Вся хозяйственная часть и аптека госпиталя находятся въ рукахъ сестеръ милосердія —монахинь ордена Бенедектинцевъ—онѣ же составляютъ и низшій персоналъ госпиталя. Палаты этого госпиталя отличаются той особенностью, что онѣ меньше всего напоминаютъ собою госпиталь или лазаретъ. Это скорѣе отдѣльные номера благоустроенной богатой гостиницы. Въ палатахъ перваго класса вы находите двуспальную кровать съ пологомъ, гарнитуръ мягкой мебели, зеркала, красивыя портьеры и обиліе цвѣтовъ. Аптека же съ вольнымъ отпускомъ лѣкарствъ, лабораторія и операціонная особымъ блескомъ не отличаются— особенно аптека, т. к. монахини часто, дѣлая рецептъ, отпускаютъ не то, что слѣдуетъ. Нѣмецкій госпиталь по величинѣ занимаетъ второе мѣсто, зато роскошно оборудованъ въ научномъ смыслѣ; образцово устроены хирургическая, бактеріологическая лабораторія и рентгеновскій кабинетъ. Постановка дѣла чисто клиническая. Изъ лазаретовъ же, обслуживающихъ исключительно нужды своего отряда, первое мѣсто занимаетъ американскій. Отрядъ американцевъ хотя и не превышаетъ роты, но лазаретъ ихъ снабженъ всѣми послѣдними усовершенствованіями. Особенное вниманіе обращено на венерическія заболѣванія и хирургію. Тутъ же и рентгеновскій кабинетъ, и лабораторія съ производствомъ реакціи Вассермана, аптека, снабженная всевозможными сыворотками и новѣйшими препаратами, хирургическая съ богатѣйшими наборами инструментовъ, двѣ просторныя замѣчательно чистыя общія палаты для больныхъ съ массивными кроватями. Больныхъ же на весь лазаретъ при моемъ посѣщеніи было только двое и то одинъ изъ нихъ былъ фельдшеръ того же лазарета. Лазаретъ англійскаго отряда по числу мѣстъ нѣсколько больше американскаго, но нѣсколько бѣднѣе оборудованъ—отсутствуетъ лабораторія, рентгеновскій кабинетъ, въ палатахъ хотя и очень чисто, но общій видъ значительно бѣднѣе американскаго. Зато при лазаретѣ англичане имѣютъ заводъ фруктовыхъ водъ, которымъ завѣдуетъ врачъ, стоящій во главѣ лазарета. Заводъ обслуживаетъ весь европейскій кварталъ Пекина. Лаза-

реты другихъ отрядовъ ничего особеннаго не представляютъ и устроены на очень ограниченное число мѣстъ, т. к. и отряды ихъ меньше.

Что же касается общей постановки санитарно-медицинской части въ иностранныхъ отрядахъ, то сразу обращаетъ вниманіе очень тщательное отношеніе къ мѣрамъ предосторожности и предупрежденія заболѣваемости. Нижніе чины иностранныхъ отрядовъ по сравненію съ русскими нижними чинами пользуются большею свободою отпусковъ и большимъ уваженіемъ къ ихъ личности. Сознавая всю опасность зараженія, они при малѣйшемъ подозрѣніи на заболѣванія сами спѣшатъ обратиться за медицинскою помощью. Не имѣя никакихъ запретовъ со стороны своего начальства относительно половой жизни—иностранные нижніе чины, по заведенному порядку, возвращаясь изъ отпуска, обязаны заходить въ околотокъ и отмѣчать въ особой книгѣ, имѣлъ ли сношеніе съ публичной женщиной или нѣтъ. За особой ширмой стоитъ рядъ мазей и спринцованій съ объяснительными табличками относительно ихъ употребленія Каждый имѣвшій сношеніе съ публичной женщиной, заходитъ за ширму и безъ всякой посторонней помощи принимаетъ рядъ профилактическихъ мѣръ противъ возможнаго зараженія.

Къ сожалѣнію, у насъ дѣло обстоитъ нѣсколько иначе. Въ цѣляхъ борьбы съ венерическими заболѣваніями и пьянствомъ начальство ограничиваетъ до минимума отпуски нижнимъ чинамъ, препятствуя тѣмъ самымъ частому посѣщенію публичныхъ домовъ. Но, несмотря на это, венерическія заболѣванія довольно часты. Долгое время не видѣвши женщины, солдаты, попавъ въ отпускъ или тайно отлучась, немедленно отправляются въ публичный домъ и, заразившись, скрываютъ свое заболѣваніе, опасаясь гнѣва своего начальства до тѣхъ поръ, когда уже нехватаетъ силъ нести службу. Для предупрежденія заболѣваемости конъюнктивитами отъ сильныхъ періодическихъ вѣтровъ, поднимающихъ облака пыли—иностранные нижніе чины снабжены очками-консервами, которые при отсутствіи пыли носятся поднятыми на фуражкѣ. Особенное вниманіе въ иностранныхъ отрядахъ обращено на спортъ для нижнихъ чиновъ. Всѣ нижніе чины играютъ въ футболъ. Каждый національный праздникъ устраиваются спортивныя состязанія, на которыя приглашаются и чины другихъ отрядовъ. Кромѣ того, ежегодно устраиваются международныя спортивныя состязанія для нижнихъ чиновъ всѣхъ

отрядовъ. Программа международныхъ состязаній состоитъ изъ стрѣльбы, бѣга, перетяжки каната и разныхъ гимнастическихъ упражненій. Въ стрѣльбѣ первое мѣсто занимаютъ американцы, русскіе же стоятъ на предпослѣднемъ мѣстѣ, послѣднее мѣсто занимаютъ нѣмцы. Что касается другихъ видовъ состязанія, то въ настоящемъ 1913 году русскіе взяля первый призъ за быстроту бѣга на дальность разстоянія —сдѣлавъ 26 верстъ за 2 часа. Въ прошломъ году русскіе перетянули канатъ, въ текущемъ же году на перетяжки каната были побѣждены французами, но съ большими потерями для побѣдителей, т. к. послѣ окончанія состязанія двое изъ числа побѣдителей упали безъ сознанія и были увезены въ госпиталь. Устраиваются также и скачки. Русскіе всегда получаютъ значительную часть первыхъ призовъ. Относительно обмундированія нижнихъ чиновъ иностранныхъ отрядовъ слѣдуетъ отмѣтить, что всѣ одѣты въ куртки или тужурки, брюки и ботинки, къ походной формѣ присоединяются гетры. Существуютъ особые костюмы нижнихъ чиновъ для спорта—короткіе матерчатые штаны до колѣнъ и фуфайки, ноги и руки остаются голыми. Пищевое довольствіе въ иностранныхъ отрядахъ раздѣляется на три разряда—отдѣльно для нижнихъ чиновъ, отдѣльно для унтеръ-офицеровъ и отдѣльно для офицеровъ. Утромъ въ 8 часовъ нижнимъ чинамъ даютъ кофе съ молокомъ и бѣлый хлѣбъ; въ 12 часовъ на завтракъ—супъ, жаркое и сладкое; въ 8 часовъ вечера обѣдъ изъ трехъ блюдъ и кофе. Столъ унтеръ-офицеровъ отличается отъ стола нижнихъ чиновъ большимъ числомъ блюдъ и ихъ разнообразіемъ. Столъ офицеровъ превосходитъ унтеръ-офицерскій столъ и столъ нижнихъ чиновъ не качествомъ приготовляемыхъ блюдъ, а ихъ численностью и разнообразіемъ. Такъ, напримѣръ, на повседневный обѣдъ офицерамъ подаютъ до 8-ми различныхъ блюдъ, вначалѣ закуска, затѣмъ супъ, 4 разныхъ жаркихъ, сладкія блюда, фрукты и кофе.

Жизнь нижнихъ чиновъ иностранныхъ отрядовъ обставлена большимъ комфортомъ. Особенно богато у американцевъ. Отдѣльно для нижнихъ чиновъ имѣется ванное заведеніе съ 8-ю ваннами и душами, всегда готовыми къ услугамъ нижнихъ чиновъ по ихъ желанію; особая парикмахерская; особая билліардная; особая читальня; особая „разговорная“ со столиками и прилавкомъ, за которымъ продаются папиросы, прохладительные и спиртные напитки—пиво, сода, виски. Въ другихъ отрядахъ нѣсколько бѣднѣе, чѣмъ у американ-

цевъ, но также для нижнихъ чиновъ существуютъ отдѣльныя помѣщенія для собранія и развлеченій. Нижніе чины иностранныхъ отрядовъ, служащіе по вольному найму, получаютъ значительное содержаніе. Такъ, напримѣръ, нижніе чины американскаго отряда получаютъ 16 американскихъ долларовъ въ мѣсяцъ, что на наши деньги составляетъ около 32 рублей. Такое содержаніе при казенной квартирѣ, столѣ и обмундированіи и казенномъ комфортѣ позволяетъ нижнему чину жить шире, чѣмъ иному русскому офицеру въ Россіи и вести жизнь культурнѣе и болѣе гигіенично. Содержаніе же американскихъ офицеровъ превышаетъ содержаніе русскихъ въ два—три раза. Среди американскихъ солдатъ часто можно встрѣтить говорящихъ по-русски—это русскіе эммигранты—большею частью евреи. Слѣдуетъ еще замѣтить, что отличительную черту постановки военно-санитарнаго дѣла рѣшительно во всѣхъ иностранныхъ отрядахъ, рѣзко отличающую ихъ отъ русскаго, представляетъ правовое положеніе военнаго врача. Во всѣхъ отрядахъ, какъ и въ ихъ государствахъ, военные врачи—называются не врачами, а медицинскими офицерами и пользуются не только равными служебными правами съ офицерами отрядовъ, но даже имѣютъ большія привилегіи, какъ вообще лица съ высшимъ образованіемъ. Ни въ одной странѣ, за исключеніемъ Китая, военные врачи не занимаютъ такого безправнаго положенія въ военной средѣ, какъ въ Россіи. Не считая военнаго врача правовымъ членомъ своего офицерскаго собранія, его члены позволяютъ себѣ третировать врача, какъ человѣка не ихъ среды и въ то же время какъ человѣка, состоящаго на службѣ исключительно для ихъ нуждъ и для интимныхъ услугъ—и при томъ человѣка, лишеннаго всякаго чувства собственнаго достоинства и уваженія. Въ Пекинѣ я, къ своему сожалѣнію, встрѣтился именно съ такимъ устарѣлымъ взглядомъ русскихъ офицеровъ на русскаго военнаго врача. До сихъ поръ я не упомянулъ еще ничего о постановкѣ военно-санитарнаго дѣла въ самомъ Китаѣ. Правильной военно-санитарной организаціи въ Китаѣ еще не существуетъ. Въ настоящее время она начинаетъ только нарождаться по образцу западно-европейскому. Народная медицина еще продолжаетъ занимать первое мѣсто въ подачѣ помощи какъ сельскому, такъ и городскому населенію.

Не буду подробно излагать своеобразные принципы и пріемы народныхъ китайскихъ врачей, т. к. это въ свое время успѣли сдѣлать д-ръ Корсаковъ въ своей диссертаціи „Меди-

цина Китая“ и д-ръ Віолинъ въ сочиненіи подъ одинаковымъ заглавіемъ. Отмѣчу только, что въ настоящее время, когда весь строй жизни Китая измѣняется на европейскій, европейская медицина начинаетъ все прочнѣе и прочнѣе укореняться въ средѣ китайцевъ.

Въ настоящее время уже существуетъ нѣсколько медицинскихъ школъ—колледжей для китайцевъ. Одна изъ такихъ школъ существуетъ въ Пекинѣ.

Преподаваніе въ ней ведется на китайскомъ языкѣ врачами англичанами и американцами. Школа эта содержится англиканскимъ миссіонерскимъ обществомъ и служитъ въ то же время цѣлямъ распространенія христіанства въ Китаѣ. Курсъ школы пятилѣтній, программа же немногимъ больше русскихъ фельдшерскихъ школъ.

Анатомію, физіологію, патологію и физику проходятъ только теоретически—за отсутствіемъ матеріала и средствъ,—т. к. въ Китаѣ невозможно получить трупа для демонстраціи студентамъ или для практическихъ занятій.

Среди населенія еще сильно развиты религіозныя вѣрованія въ загробную жизнь. Покойники сохраняются долгое время въ кумирняхъ и пользуются особымъ почитаніемъ.

Численность студентовъ этой школы очень невелика—всего во всей школѣ не болѣе 100 человѣкъ. Въ эту медицинскую школу принимаютъ молодыхъ людей, окончившихъ миссіонерскія общеобразовательныя школы. Плата за право ученія и интернатъ, въ виду благотворительно—просвѣтительнаго характера учрежденія, очень незначительна.

Колледжъ вслѣдствіе своего недавняго существованія очень бѣденъ палатами для помѣщенія больныхъ; раздѣленія клиникъ по спеціальностямъ еще не существуетъ.

При колледжѣ находятся химическая и бактеріологическая лабораторіи, рентгеновскій кабинетъ и операціонная.

Хорошо поставлена глазная клиника, при которой существуетъ мастерская для приготовленія спеціальныхъ стеколъ.

Медицинская помощь приходящимъ больнымъ китайцамъ оказывается за плату въ 2 тунзора; за двѣ копѣйки дается совѣтъ, лѣкарство и особые листки съ евангельскою проповѣдью на китайскомъ языкѣ. По окончаніи школы молодые врачи поступаютъ по своему усмотрѣнію на службу въ то или другое учрежденіе съ жалованіемъ 150—200 долларовъ въ мѣсяцъ. Часть ихъ по окончаніи школы поступаетъ по вольному найму и на военную службу.

Кромѣ того, много китайской молодежи обучается европейской медицинѣ въ Японіи и отчасти въ Европѣ.

Собственныхъ же городскихъ или общественныхъ больницъ, оборудованныхъ по европейскому типу, китайцы еще не имѣютъ.

Тѣ европейскія больницы, что существуютъ въ настоящее время въ Китаѣ, принадлежатъ европейскимъ миссіонерскимъ обществамъ. Представителями европейской медицины въ Китаѣ являются также и врачи—японцы, имѣющіе при своихъ амбулаторіяхъ также и особыя фанзы для помѣщенія больныхъ соотечественниковъ и китайцевъ.

Жилища самихъ китайцевъ страшно антисанитарны. Улицы туземнаго города часто бываютъ въ ширину уже сажени, очень грязны и воздухъ на улицахъ зараженъ нечистотами, которыя очень бережно накапливаются въ каждой фанзѣ, затѣмъ сушатся на солнцѣ и утилизируются для удобренія полей. Общій видъ построекъ—низенькія фанзы безъ стеклянныхъ оконъ. Передняя стѣна каждой фанзы представляетъ рядъ маленькихъ окошечекъ, заклеенныхъ папиросной бумагой. Такія помѣщенія зимою отапливаются жаровнями съ углями, обыкновенно дающими ужасный угаръ, къ которому китайцы привыкаютъ и переносятъ безъ головной боли. Освѣщеніе въ фанзахъ вездѣ керосиновое съ европейскими лампами; каждая фанза расположена въ срединѣ небольшого садика или дворика, окруженнаго со всѣхъ сторонъ стѣною. Поэтому улица китайскаго города представляетъ сплошной рядъ стѣнъ.

Въ Пекинѣ улицы освѣщены электричествомъ. Неприспособленность жилищъ къ зимѣ, которая въ Пекинѣ въ продолженіе двухъ мѣсяцевъ, декабря и января, бываетъ довольно сурова, морозы доходятъ до 18° —обусловливаетъ массу простудныхъ заболѣваній въ средѣ туземнаго населенія. Тѣ же морозы заставляютъ всю зиму днемъ и ночью быть одѣтыми въ теплое платье. Послѣднее обстоятельство при скученности населенія и бѣдности жизни способствуетъ почти поголовному развитію между китайцами накожныхъ заболѣваній самыхъ разнообразныхъ видовъ. Сильнѣйшая скученность населенія, бѣдность, недостатокъ питанія и тяжелая работа, повышенная заболѣваемость и смертность, а также и не прекращающіяся политическія волненія и смуты очень сильно ослабляютъ народный организмъ китайцевъ и ведутъ его къ вырожденію.

Переходъ къ еврейскому образу жизни и укладу мышленія съ уничтоженіемъ всѣхъ наслѣдственныхъ, создавшихся

въ теченіе многихъ вѣковъ религіозныхъ и нравственныхъ цѣнностей и идеаловъ,—еще быстрѣе, чѣмъ самые неблагопріятные физическіе факторы, ускоряетъ процессъ вырожденія китайцевъ, какъ націи.

Возможно, что этотъ процессъ вырожденія является только временнымъ, переходящимъ, какъ результатъ политическаго, экономическаго и религіознаго кризисовъ, переживаемыхъ современнымъ Китаемъ.

Отсутствіе всякой организаціи хоть сколько нибудь точной статистики не даетъ возможности цифровыми, документальными данными доказать то, что такъ очевидно, наглядно каждому, прожившему въ Китаѣ даже самое короткое время и успѣвшему побывать въ средѣ китайскаго населенія.

Отличительную черту характера современнаго китайца составляетъ его продажность.

Потерявъ нравственные устои своихъ предковъ и не усвоивъ европейскихъ,—современный китаецъ за деньги продаетъ все, что угодно—и свою родину, и государство, своихъ боговъ и предковъ, свою семью, жену и дѣтей. Интересно, что въ Китаѣ еще въ настоящее время можно покупать и продавать людей для работы и услугъ въ полную собственность. Продаютъ главнымъ образомъ женскій полъ. Дѣти въ возрастѣ до 10 лѣтъ продаются бѣдными родителями по 8—10 рублей за ребенка; болѣе взрослые—въ зависимости отъ умѣнія работать, а также и физической красоты.

Дѣвушки 15—18 лѣтъ стоятъ отъ 100 до 500 рублей. На югѣ Китая цѣны нѣсколько ниже.

Теряя свою индивидуальность, китаецъ становится самымъ внимательнымъ и услужливымъ слугою европейцевъ и ихъ подражателемъ.

И въ зависимости отъ того, у кого онъ объевропеился, онъ становится или англичаниномъ, или французомъ, или нѣмцемъ, или русскимъ. Въ общемъ при своемъ трудолюбіи, выносливости, стремленіи совершенствоваться,—китайскій народъ,—если ему дать время организоваться и реформироваться, еще сможетъ занять прочное положеніе въ ряду великихъ державъ.

II.

ВЪ ЯПОНІИ.

Получивъ при отъѣздѣ изъ Пекина семидневный отпускъ и имѣя еще восемь дней поверстнаго срока отъ Пекина до Никольска-Уссурійскаго, я отправился къ мѣсту новаго своего служенія моремъ съ цѣлью познакомиться по дорогѣ и съ Японіей. Маршрутъ былъ намѣченъ такой: Пекинъ, Тяньцзинъ, Танку, Нагасаки, Симоносеки, Кобе, Токіо, Цуруга, Владивостокъ, Никольскъ-Уссурійскій. Въ Нагасаки, Симоносеки и Кобе задерживался не болѣе полусутокъ, успѣвая въ это время осмотрѣть городъ, побывать въ лавкахъ и посѣтить наиболѣе интересныя мѣста, храмы, музеи и проч Изучая въ Пекинѣ англійскій языкъ—языкъ наиболѣе распространенный по всему юго-востоку—я свободно могъ объясняться съ японцами, служащими на пароходахъ, на желѣзной дорогѣ, гостиницахъ и въ магазинахъ. Правда, въ Нагасаки почти все японское населеніе отлично говоритъ по-русски, даже въ Кобе попадались рикши, понимающіе русскій языкъ, въ другихъ же мѣстахъ распространенъ исключительно англійскій языкъ. Замѣчательно, что въ Китаѣ и даже въ Японіи туземная интеллигенція при перепискѣ между собою довольно часто предпочитаетъ англійскій языкъ. Это явленіе объясняется трудностью запоминанія массы іероглифовъ. Каждый, обучающійся какой нибудь спеціальности, изучаетъ правописаніе 2—3 тысячъ іероглифовъ, имѣющихъ отношеніе къ его дѣлу; когда же приходится сталкиваться съ другою спеціальностью, то тутъ уже является затрудненіе прочитать написанное.

Въ Китаѣ же, гдѣ южане и сѣверяне говорятъ на разныхъ языкахъ и не понимаютъ другъ друга по-китайски, англійскій языкъ служитъ имъ для объясненія между собою. Прибывъ въ Токіо, я поспѣшилъ представиться нашему послу и сдѣлать визиты членамъ посольства и военной агентурѣ. Здѣсь въ Токіо я встрѣтилъ самый гостепріимный и радушный пріемъ какъ со стороны нашего посла Н. А. Малевскаго-Малевича и членовъ его посольства, такъ и со стороны военной агентуры въ лицѣ нашего военнаго агента генерала В. К. Самойлова. Благодаря любезному содѣйствію послѣдняго, я получилъ возможность познакомиться не только съ достопримѣчательными мѣстами Токіо и Іокогамы, но и заняться дѣломъ, интересующимъ меня и имѣющимъ отношеніе къ моей спеціальности. Желая выяснить для себя нѣкоторые

вопросы санитарной статистики и въ то же время дать мнѣ возможность дольше пробыть въ Токіо для лучшаго ознакомленія съ интересующимъ меня дѣломъ, генералъ Самойловъ испросилъ телеграммой разрѣшеніе задержать меня въ его распоряженіи на нѣсколько дней. Разрѣшеніе было получено, и я занялся ознакомленіемъ съ постановкой въ Японіи медицинскаго образованія и военно-санитарнаго дѣла. Военнымъ министромъ было дано разрѣшеніе на посѣщеніе и осмотръ военно-лѣчебныхъ заведеній и военно-медицинской школы. Тѣмъ временемъ, пока шла объ этомъ переписка, я успѣлъ посѣтить медицинскій факультетъ Токійскаго университета и его клиники. Медицинскихъ факультетовъ въ Японіи три: въ Токіо, Кіото и Фукуока. Постановка образованія по западно-европейскому образцу. Въ то время, какъ въ коммерческой жизни Японіи преобладаетъ англійскій языкъ, въ медицинскомъ мірѣ царитъ исключительно нѣмецкій языкъ. Хотя лекціи въ университетѣ и читаются на японскомъ языкѣ, но всѣ исторіи болѣзней въ клиникахъ, всѣ діагнозы и рецепты и назначенія пишутся только по-нѣмецки. Отличительную черту всѣхъ лабораторій, кабинетовъ и клиникъ университета составляютъ, прежде всего, чистота, простота и примѣненіе новѣйшихъ усовершенствованій техники. Входя въ любое помѣщеніе университета, вы обязаны снять свою обувь и надѣть спеціальныя туфли, предлагаемыя вамъ при входѣ. Это общепринятый обычай Японіи и примѣняется всюду—и въ частныхъ домахъ, и въ общественныхъ учрежденіяхъ, даже въ кинематографахъ и театрахъ. Вслѣдствіе этого полы всѣхъ помѣщеній отличаются идеальной чистотой. Входя въ помѣщеніе университета, вы встрѣчаете студентовъ и профессоровъ, часть которыхъ одѣта по-европейски, а большинство въ національномъ японскомъ костюмѣ—въ кимоно и въ досчатыхъ сандаліяхъ. Помѣщенія отличаются обиліемъ свѣта, воздуха; обстановка почти вездѣ очень скромная, но зато въ каждой лабораторіи и кабинетѣ вамъ покажутъ какую-нибудь новинку изъ области техники и ея примѣненія, будетъ-ли то или ультра-микроскопъ, или особый термометръ, измѣряющій t^0 при помощи двухъ проволочныхъ проводниковъ, особаго сплава изъ олова и мѣди, или особыя к. п. баночки, приспособленныя для собиранія и храненія изслѣдуемыхъ матеріаловъ и проч., и проч.

Изъ лабораторій лучше всего оборудованы бактеріологическія и гигіеническія. Изъ музеевъ очень хорошо поставленъ анатомическій. Здѣсь встрѣчается много очень красивыхъ,

чисто отработанныхъ препаратовъ, отлично сохраняемыхъ. Обращаютъ вниманіе препараты трупа, обратившагося въ жиро-воскъ, препаратъ муміи, коллекціи препаратовъ развитія и изнашиванія зубовъ, коллекціи череповъ, систематизированныя по расамъ. Особенно много айноскихъ череповъ. Смотритель музея, желая похвастаться богатствомъ своего музея, замѣтилъ, что ни въ одномъ мѣстѣ земного шара не имѣется столько айноскихъ череповъ, сколько собрано у нихъ въ этомъ музеѣ.

Что касается клиникъ, то расположены онѣ по павильонной системѣ, одноэтажныя, соединенныя другъ съ другомъ коридорами и длинными крытыми переходами.

При каждой клиникѣ—лабораторія и библіотека съ спеціальной литературой преимущественно на нѣмецкомъ языкѣ. Вездѣ на первомъ планѣ стоитъ бактеріологія. Надо помнить, что въ Японіи европейская медицина существуетъ не болѣе 50 лѣтъ, наибольшее развитіе получившая въ послѣднія десятилѣтія и выдвинувшая на міровую арену рядъ выдающихся ученыхъ бактеріологовъ, какъ Китазато, Хата, Шига, Футака и др.

На слѣдующій день послѣ осмотра университета я осматривалъ военно-медицинскую школу. Постановка дѣла въ этомъ учрежденіи ничего общаго съ нашей военно медицинской академіей не имѣетъ. Токійская военно-медицинская школа служитъ только для обновленія и усовершенствованія знаній военныхъ врачей, для спеціализированія по различнымъ отраслямъ медицины, для спеціальной подготовки къ занятію высшихъ военно-санитарныхъ должностей, для научной обработки медицинскаго матеріала и составленія картъ, учебниковъ и наставленій для обучающихся чиновъ медицинскаго департамента военнаго министерства.

Въ школѣ всего три курса. На первый общій курсъ, продолжительностью 6 мѣсяцевъ, командируются военные врачи и фармацевты въ количествѣ 70—90 человѣкъ для ознакомленія съ военно-медицинскимъ дѣломъ. Такихъ курсовъ въ теченіе года бываетъ два: одинъ начинается въ февралѣ, другой въ августѣ. Второй курсъ спеціальный, продолжительностью въ одинъ годъ, служитъ для усовершенствованія въ отдѣльныхъ спеціальностяхъ, и третій курсъ—курсъ штабъ-офицерской службы—продолжительностью въ 4 мѣсяца.

Школа находится подъ контролемъ директора медицинскаго бюро военнаго министерства. Слушатели перваго обща-

го курса состоятъ изъ врачей въ чинѣ капитана, лейтенанта и второго лейтенанта, а также и фармацевтовъ въ тѣхъ же чинахъ.

Число слушателей и срокъ ихъ прибытія въ школу опредѣляетъ военный министръ, который ставитъ объ этомъ въ извѣстность начальниковъ дивизій, которые въ свою очередь увѣдомляютъ объ этомъ дивизіонныхъ начальниковъ медицинскихъ офицеровъ своихъ дивизій для избранія медицинскихъ и фармацевтическихъ офицеровъ на предметъ прикомандированія къ школѣ. Второй курсъ для спеціально обучающихся комплектуется изъ числа окончившихъ общій курсъ съ особымъ отличіемъ. Они спеціализируются при школѣ, но въ случаѣ надобности могутъ командироваться начальникомъ школы и для занятій въ университетскія клиники и др. лѣчебныя заведенія. Штабъ-офицерскій курсъ комплектуется медицинскими офицерами въ чинѣ маіора. Слушатели живутъ внѣ школы; карты, книги, учебники, лабораторныя принадлежности и проч. покупаются или берутся для пользованія въ самой школѣ. Слушатели обязаны повиноваться правиламъ школы, поддерживать дисциплину и стремиться къ самоусовершенствованію. Предметы, читаемые въ школѣ: военная гигіена, военная бактеріологія, военная хирургія, курсъ «Х» лучей, военная зубоврачебная-хирургія, клиники внутреннихъ заболѣваній, офталмологія, клиника болѣзней носа, горла и уха, клиника кожныхъ, венерическихъ и мочеполовыхъ заболѣваній, тактика, топографія, курсъ штабъ-офицерской службы, курсъ международнаго права—положенія Женевской конвенціи объ Об. Краснаго Креста. Фармацевтамъ читаются: химія, курсъ гигіены, военная фармакопея, фармакологія и фармація, курсъ лабораторныхъ и хирургическихъ инструментовъ и аппаратовъ, курсъ международнаго права—положенія Женевской конвенціи объ Об. Краснаго Креста. При школѣ находятся соотвѣтствующія читаемымъ курсамъ лабораторіи и поликлиники и клиники, кромѣ того слушатели работаютъ и въ гарнизонной больницѣ, и въ Красномъ Крестѣ, и др. лѣчебныхъ заведеніяхъ. Изъ лабораторій обширнѣе и богаче всѣхъ обставлены гигіеническая и бактеріологическая; изъ кабинетовъ—рентгеновскій.

Въ слѣдующіе дни мною были осмотрѣны: Токійская гарнизонная больница и больница Краснаго Креста. Какъ одна, такъ и другая расположены по павильонной системѣ. Отдѣльные павильоны соединены коридорами. Между павильонами

разведены садики и цвѣтники. Вездѣ замѣчательная чистота и опрятность. Особое вниманіе обращено на борьбу съ инфекціей. Дезинфекціи подвергаются буквально всѣ предметы, находившіеся въ пользованіи больныхъ. Дезинфицируется бѣлье, одѣяла, подушки, матрацы, посуда и даже склянки изъ подъ лѣкарствъ передъ возвращеніемъ ихъ изъ палатъ въ аптеку. Для посуды и мелкихъ вещей имѣются спеціальныя передвижныя дезинфекціонныя камеры—съ двумя дверками на двухъ колесахъ. Такая передвижная камера, наполненная матеріалами, подлежащими дезинфекціи,—подвозится къ центральному паровому отдѣленію; труба отъ передвижной камеры соединяется гайками съ трубой, идущей отъ станціи: открывается кранъ и камера наполняется горячимъ паромъ. Температура и давленіе доводится до желаемой нормы. Горячій паръ проведенъ изъ центральной станціи по всѣмъ палатамъ. Въ хирургическихъ инструменты кипятятся на особыхъ змѣевикахъ при помощи проходящаго черезъ нихъ горячаго пара. При помощи такихъ же змѣевиковъ съ текучимъ паромъ, t^0 которыхъ регулируется по желанію системой крановъ, приготовляется вся пища на больничныхъ кухняхъ. На кухнѣ вы не видите ни печи, ни какого либо топлива. Стоитъ рядъ столовъ, нѣсколько желѣзныхъ баковъ и шкаповъ. По обстановкѣ и чистотѣ—это настоящія лабораторіи.

Паромъ же отапливаютъ всѣ больничныя помѣщенія. Въ каждой палатѣ обязательно имѣется горячая вода, проведенная въ умывальникъ. При обходѣ палатъ вы замѣчаете очень внимательное отношеніе къ болѣе или менѣе тяжело больнымъ. На кроватяхъ у изголовья такихъ больныхъ выставляется на желѣзномъ прутѣ опредѣленнаго цвѣта кружочекъ, который указываетъ и прислугѣ, и окружающимъ такого больного, что отношеніе къ нему должно быть самое внимательное, что его нельзя безпокоить и ему не разрѣшается вставать съ койки и онъ долженъ соблюдать опредѣленную діэту. Для развлеченія выздоравливающихъ больныхъ имѣются особыя просторныя залы, гдѣ больные могутъ развлекаться игрою въ шашки, шахматы, чтеніемъ газетъ и игрою на музыкальныхъ инструментахъ.

При гарнизонной больницѣ особенно богато поставлено хирургическое отдѣленіе. Въ числѣ другихъ отдѣленій обращаетъ вниманіе психіатрическое отдѣленіе, оборудованное по новѣйшимъ нѣмецкимъ моделямъ. При гарнизонной больницѣ существуетъ школа для фельдшерскихъ учениковъ, а при больницѣ Краснаго Креста школа для сестеръ милосердія.

Сестры милосердія' фельдшерицы и сидѣлки одѣты одинаково въ бѣлые халаты, но для отличія другъ отъ друга имъ полагается имѣть различной формы головные уборы, чепцы.

Сестры милосердія какъ обучающіяся, такъ и уже окончившія курсъ и служащія живутъ при больницѣ, гдѣ каждой отводится особое помѣщеніе. Для собраній и развлеченій сестеръ милосердія при больницѣ Краснаго Креста имѣется особое помѣщеніе изъ двухъ обширныхъ залъ; здѣсь на столахъ находятся новѣйшіе журналы и газеты, по стѣнамъ стоятъ особые шкапы съ библіотекой разнообразнаго содержанія; здѣсь вы обращаете вниманіе на присутствіе двухъ піанино, цѣлый рядъ скрипокъ и другихъ музыкальныхъ инструментовъ, около оконъ обиліе цвѣтовъ и акваріумъ.

Больница Краснаго Креста въ Токіо самая большая изъ существующихъ въ Японіи и наиболѣе богато оборудована. Палаты для больныхъ раздѣляются на два класса: первый — болѣе дорогой съ платой по 4 іены за отдѣльную комнату, столъ, прислугу и лѣченіе и второй классъ — болѣе дешевый, отчасти и безплатный — съ общими палатами. Вездѣ, на ряду съ примѣненіемъ самаго дорогого и усовершенствованнаго инструментарія, вы замѣчаете цѣлесообразное использованіе самаго простого, дешеваго матеріала. Обращаетъ вниманіе утилизація простой пивной бутылки зеленаго стекла. Въ бутылкахъ вырѣзывается дно, на стѣнкахъ наносятся дѣленія куб. сант., въ горлышко вставляется резиновая пробка съ стеклянной трубкой на которую надѣвается резиновая трубка и ирригаторъ. Бутылка вставляется въ проволочную сѣтку и помѣщается на штативѣ или на стѣнѣ и замѣняетъ собою инъекціонные сосуды. Ознакомившись съ постановкой медицинскаго образованія и съ постановкой больничнаго дѣла, я занялся ознакомленіемъ съ организаціей военно-санитарнаго дѣла. Организація военно-медицинскаго вѣдомства такова: вѣдомство состоитъ изъ военныхъ врачей и фармацевтовъ — тѣ и другіе имѣютъ чины, приравненные къ офицерскимъ. Военно-санитарные чины распредѣляются по военнымъ госпиталямъ и войсковымъ частямъ; они пополняются лицами, окончившими курсъ въ высшихъ медицинскихъ и фармацевтическихъ школахъ по прослуженіи ими 6 мѣсяцевъ въ войскахъ въ качествѣ кандидатовъ и по сдачѣ соотвѣтствующаго экзамена. Въ вѣдѣніи вѣдомства состоятъ также фельдшера, санитары и прислуга при войсковыхъ госпиталяхъ. Военно-медицинское

вѣдомство или иначе медицинскій департаментъ Военнаго Министерства находится подъ начальствомъ главнаго врача въ чинѣ генералъ-лейтенанта или генералъ-маіора и состоитъ изъ двухъ отдѣленій—санитарнаго и медицинскаго. Каждое изъ нихъ имѣетъ начальника военнаго врача въ чинѣ полковника или подполковника, 2-хъ дѣлопроизводителей въ чинѣ подполковника или маіора, также военныхъ врачей, и 4-хъ врачей въ чинѣ капитана. Отдѣленіе санитарное вѣдаетъ службой и обученіемъ военно-санитарныхъ частей, ихъ личнымъ составомъ и комплектованіемъ, пользованіемъ больныхъ, статистикой заболѣваній, разрабатываетъ мѣры пополненія санитарныхъ частей въ военное время, составляетъ санитарные отчеты и научныя работы въ области военной гигіены, имѣетъ наблюденіе за здоровьемъ войскъ, за гигіеническими условіями одежды, пищи, воды и помѣщеній, принимаетъ мѣры для предупрежденія эпидемій и борьбы съ ними. Санитарному отдѣленію подчинена Военно-Медицинская школа. Отдѣленіе медицинское вѣдаетъ госпитали, лазареты, войсковые больницы, слабосильныя команды, санитарные и госпитальные матеріалы и ихъ склады, персоналъ сестеръ милосердія, увольненіе отъ службы по слабости здоровья, опредѣленіе правъ на пенсію по болѣзни. Организація военно-санитарной части японской арміи въ военное время видоизмѣнена въ настоящее время слѣдующимъ образомъ: каждая дивизія дѣйствующей арміи будетъ имѣть 6 полевыхъ госпиталей, резервныхъ—впредь до совершенія ихъ организацій—4. Штатъ каждаго госпиталя: 13 офицеровъ, 24 унтеръ-офицера и 160 нижнихъ чиновъ; 18 двойныхъ ящиковъ съ медикаментами и перевязочнымъ матеріаломъ, 4 складныхъ операціонныхъ стола, 4 ацетиленовыхъ фонаря и 2 палатки, образцы которыхъ еще вырабатываются. Все имущество перевозится на 36 повозкахъ. По расчету одинъ полевой госпиталь можетъ принять 500 раненыхъ или больныхъ. Кромѣ того, при каждой дивизіи имѣется ея лазаретъ, дѣлаемый подвижнымъ—въ составѣ 3 офицерскихъ чиновъ, 222 нижнихъ чиновъ, 20 носилокъ; сверхъ того имѣются 2 роты санитаровъ-носильщиковъ, подъ командой маіора, каждая въ составѣ 3 офицеровъ, 222 нижнихъ чиновъ и 140 носилокъ (т. н. 40 японскаго образца) и 20 двуколокъ для перевозки раненыхъ. Всѣ вышеупомянутыя учрежденія снабжаются продовольствіемъ на 3 дня. Въ каждой санитарной ротѣ кромѣ того имѣются 4 обученныхъ сигналиста изъ санитарныхъ носильщиковъ. Въ новомъ положеніи

о военно-санитарныхъ учрежденіяхъ военнаго времени предусматривается, что при каждой командѣ носильщиковъ на батальонъ должно быть двѣ вьючныхъ лошади. Такъ какъ Японія участвуетъ въ числѣ державъ, подписавшихъ Женевскую конвенцію относительно Краснаго Креста, то въ военное время дѣятельное участіе въ дѣлѣ оказанія медицинской помощи принимаютъ и учрежденія о-ва Краснаго Креста. Они состоятъ изъ отрядовъ для подачи помощи раненымъ и больнымъ, подвижныхъ лазаретовъ для эвакуаціи раненыхъ и больныхъ, госпитальныхъ судовъ, госпиталей и лазаретовъ и складовъ матеріаловъ.

Согласно положенію предсѣдатель о-ва Краснаго Креста ежегодно къ 30 сентября новаго стиля представляетъ Военному и Морскому Министрамъ отчетъ о дѣятельности и программу съ предположеніемъ на слѣдующій годъ. Въ случаѣ войны или чрезвычайныхъ обстоятельствъ, предсѣдатель о-ва Краснаго Креста приступаетъ къ формированію учрежденій Краснаго Креста по приказанію и въ составѣ, утвержденномъ Военнымъ и Морскимъ Министрами Расформированіе учрежденій Краснаго Креста производится по приказанію тѣхъ же Министровъ. Служащіе Краснаго Креста подчиняются законамъ военнаго времени, они считаются нейтральными и не могутъ принимать участія въ войнѣ. При главной квартирѣ находится главный дѣлопроизводитель о-ва Краснаго Креста, подчиненный главному инспектору госпиталей и начальнику военныхъ сообщеній,— по морскимъ вопросамъ—начальнику Медицинскаго департамента Морского Министерства. Каждый отрядъ о-ва Краснаго Креста помогаетъ службѣ и дѣятельности соотвѣтствующихъ учрежденій военнаго и морского вѣдомствъ. Составъ отряда разсчитанъ для 100 больныхъ или раненыхъ—въ него входятъ два врача, одинъ фармацевтъ, 1 писарь, 2 старшихъ сестры и 20 младшихъ сестеръ. Всѣхъ отрядовъ въ военное время для сухопутныхъ войскъ—112, въ томъ числѣ 94 женскихъ и 18 мужскихъ; для флота отдѣльно 4 женскихъ отряда. Подвижные госпитали Краснаго Креста служатъ въ помощь военно-санитарнымъ транспортамъ для перевозки больныхъ и раненыхъ. Составъ одного госпиталя: начальникъ транспорта, врачъ, писарь, старшихъ сестеръ или братьевъ— два, старшихъ обозныхъ—3, надзирателей больныхъ—3, обозныхъ 120. Госпиталь можетъ служить для перевозки 30 больныхъ или раненыхъ. Такихъ госпиталей въ случаѣ войны формируется 3. Госпитальныя суда помогаютъ службѣ военно-

морского вѣдомства и служатъ для эвакуаціи раненыхъ и больныхъ, а такъ же потерпѣвшимъ кораблекрушеніе. Суда эти бываютъ двухъ разрядовъ: судно 1-го разряда можетъ пользовать 100 больныхъ или раненыхъ и перевозить 200; 2-го разряда можетъ пользовать 50 больныхъ и перевозить 100 человѣкъ. Составъ служащихъ судна 1-го разряда: дѣлопроизводитель 1, врачей 4, фармацевтовъ 1, писарей 2, помощниковъ фармацевтовъ 2, старшихъ сестеръ 2, старшихъ надзирателей больныхъ 2, младшихъ сестеръ 20, младшихъ надзирателей больныхъ 20. Составъ служащихъ судна 2 го разряда: дѣлопроизводитель 1, врачей 3, фармацевтовъ 1, писарей 1, помощникъ формацевта 1, старшихъ сестеръ 1, старшихъ надзирателей больныхъ 1, младшихъ сестеръ 10, младшихъ надзирателей больныхъ 10. Кромѣ того—повара, прачки, цирульники и проч. Въ военное время полагается имѣть 2 судна 1-го разряда и 2 судна 2-го разряда. Мѣстные госпитали и лазареты пользуютъ больныхъ большею частью въ безопасныхъ мѣстахъ въ тылу до окончательнаго выздоровленія. Всѣ служащіе въ о-вѣ Краснаго Креста должны быть готовы къ выступленію черезъ 3 сутокъ по объявленіи мобилизаціи. По мѣрѣ расширенія дѣятельности Краснаго Креста будутъ увеличиваться составъ и число отрядовъ учрежденій Краснаго Креста. Для практической подготовки въ дѣлѣ оказанія первой помощи на войнѣ и эвакуаціи больныхъ одновременно съ общими маневрами арміи и ея отдѣльныхъ частей устраиваются и военно-санитарные маневры. Прошлогодніе военно-санитарные маневры были произведены въ слѣдующемъ порядкѣ. Для обученія санитаровъ и носильщиковъ въ NN дивизіи въ концѣ мая было призвано изъ запаса 435 нижнихъ чиновъ—изъ числа знакомыхъ съ этимъ дѣломъ и 5 врачей, состоящихъ въ запасѣ; кромѣ того, было командировано отъ 4-хъ пѣхотныхъ и одного артиллерійскаго полка той же дивизіи 124 пѣхотныхъ и 8 артиллерійскихъ солдатъ дѣйствительной службы. Всего при одной дивизіи было сформировано 2 роты носильщиковъ, 1 отрядъ санитаровъ и рота при двуколкахъ для перевозки раненыхъ и больныхъ. Въ каждой ротѣ носильщиковъ было по 200 нижнихъ чиновъ, въ отрядѣ санитаровъ 150 и въ ротѣ обозныхъ 68 санитаровъ и 60 обозныхъ, послѣдніе были взяты отъ обознаго батальона вмѣстѣ съ лошадьми. Часть санитаровъ обучалась при дивизіонномъ лазаретѣ и была замѣнена для упражненія въ полѣ ротными носильщиками изъ полковъ дивизіи. Каждая рота носильщиковъ была подъ командой капитана при двухъ пору-

чикахъ или подпоручикахъ изъ числа офицеровъ дивизіи. Рота обозныхъ была подъ командой поручика обознаго батальона. При отрядѣ санитаровъ состояло 9 врачей; въ томъ числѣ 5 человѣкъ, призванныхъ изъ запаса. Весь отрядъ обучался подъ командой одного изъ маіоровъ, батальоннаго командира дивизіи, при одномъ адъютантѣ изъ числа младшихъ офицеровъ. Кромѣ того, за занятіями наблюдалъ дивизіонный врачъ при помощникѣ изъ полковыхъ старшихъ врачей. Упражненія состояли изъ теоретическаго и практическаго обученія людей подачѣ первой помощи, укладкѣ и поревозкѣ раненыхъ и уходу за ними,—послѣднее въ дивизіонномъ лазаретѣ. Обозъ упражнялся въ перевозкѣ запасныхъ, укладкѣ матеріаловъ и длинныхъ переходахъ (50 километровъ). Испытанныя новыя двуколки для перевозки раненыхъ оказались практичны. Каждая двуколка везется одной лошадью или 4 людьми. Обыкновенныя носилки подвѣшиваются на крючья съ пружинными рессорами, подвѣшенными на 2-хъ продольныхъ брусьяхъ, прикрѣпленныхъ къ вертикальнымъ стойкамъ. Снаружи и сверху двуколка покрыта парусиной. Въ крайности можно на каждыя носилки класть по 2 человѣка. Пружинныя рессоры уменьшаютъ толчки при ходѣ повозки. Высота четырехъ вертикальныхъ стоекъ 1 метръ, разстояніе между поперечными брусками $^1/_2$ метра, ширина платформы повозки—1,8 метра, длина 1,8 метра, высота надъ землей 0,8 метра. Носилки, на которыхъ приносятъ раненаго, вкладываются въ крючья и при движеніи даже по очень плохой дорогѣ держатся прочно и лежащіе люди не испытываютъ никакихъ неудобствъ. Для вентиляціи полы парусины можно поднимать. Верхъ наружнаго брезента сдѣланъ въ видѣ крыши. Такихъ повозокъ въ обозной ротѣ было 20, кромѣ того было 8 обыкновенныхъ двуколокъ-ящиковъ для перевозки матеріаловъ. Вышеописанныя санитарныя двуколки въ настоящее время заведены во всѣхъ дивизіяхъ, и японцы считаютъ типъ ихъ очень удачнымъ. Какъ я уже упомянулъ, врачи, только что окончившіе свое образованіе, поступаютъ въ войска не нижними чинами, какъ у насъ по новому уставу, а кандидатъ-врачами, т. е. фельдшерами. Военный министръ распредѣляетъ кандидатъ-врачей по полкамъ, гдѣ они учатся службѣ санитарныхъ офицеровъ въ теченіе 6 мѣсяцевъ, а кандидатъ-фармацевтовъ по гарнизоннымъ больницамъ. Старшій врачъ полка отвѣчаетъ за подготовку кандидатъ-врачей, а начальникъ гарнизонной больницы за образованіе кандидатъ-фармацевтовъ. По окончаніи

подготовки кандидатъ - врачи и фармацевты подвергаются экзамену въ комиссіи изъ военныхъ врачей въ чинѣ капитана и высшихъ чиновъ дивизіи. Результатъ экзамена представляется полковому командиру и въ Медицинскій департаментъ Военнаго Министерства. Выдержавшіе экзаменъ производятся изъ кандидатъ-врачей или фармацевтовъ въ поручики или подпоручики соотвѣтственно оказаннымъ успѣхамъ. Невыдержавшіе экзамена увольняются изъ кандидатъ-врачей до окончанія срока службы и назначаются фельдшерами или надзирателями больныхъ. Срокъ производства въ офицерскихъ чинахъ слѣдующій: изъ 1-го во 2-й чинъ офицеры производятся черезъ два года; изъ 2-го въ 3-й черезъ пять лѣтъ; изъ 3-го въ 4-й черезъ два года, изъ 4-го въ 5-й тоже, изъ 5-го въ 6-й черезъ три года, изъ 6-го въ 7-й тоже и 7-го въ полные генералы черезъ восемь лѣтъ. Предѣльный возрастъ санитарныхъ офицеровъ слѣдующій. Военный врачъ въ чинѣ генералъ-лейтенанта 62 года.

Въ чинѣ генералъ-маіора	 60	лѣтъ
„ „ полковника	 56	„
„ „ подполковника	 54	„
„ „ маіора	 52	„
„ „ капитана	 50	„
„ „ въ другихъ чинахъ	 47	„

Теперь я перехожу къ общему обзору санитарныхъ, гигіеническихъ мѣропріятій въ Японіи. Прежде всего обращаетъ вниманіе педантичное отношеніе каждаго японца—будетъ ли это представитель государства, чиновникъ, или частный предприниматель, коммерсантъ, или мелкій служащій, рабочій, рикша, гейша и проч. проч. къ чистотѣ, опрятности тѣла, одежды и жилища: особая обувь для улицы и для дома; идеальный порядокъ и чистота каждаго жилого помѣщенія; ежедневныя теплыя ванны для каждаго члена семейства въ каждой семьѣ; самое внимательное отношеніе къ состоянію здоровья, къ принятію мѣръ предосторожности и предохраненія отъ заболѣваній, а въ случаѣ послѣдняго къ тщательному лѣченію. Японецъ боится заболѣть, а если заболѣетъ, то очень любитъ лѣчиться. Но, несмотря на все это, заболѣваемость въ Японіи довольно высока—этому способствуетъ цѣлый рядъ особыхъ условій мѣстной жизни: —густота населенія, которая въ среднемъ въ настоящее время на 1 кв. километръ равняется 130 человѣкъ; скученность населенія увеличивается еще болѣе, т. к. вслѣдствіе особой горной природы страны часть

ся остается недоступной для поселенія; особенности характера земледѣльческой культуры—затопленіе полей водой, разработка почвы ручнымъ трудомъ по колѣна въ водѣ, сплошное удобреніе полей экскрементами, накопленіе и утилизація которыхъ отравляетъ воздухъ и жилища, и его окрестностей; тяжелый физическій трудъ при маломъ примѣненіи труда животныхъ. Японія—страна, гдѣ лошади показываются въ звѣринцахъ.

Растительная однообразная пища, богатая органическими кислотами—подрываетъ организмъ рабочаго населенія и сильно портитъ его зубы. Можно смѣло сказать, что у каждаго японца въ среднемъ возрастѣ вы увидите нѣсколько запломбированныхъ или вставленныхъ зубовъ, при этомъ даже самый обыкновенный носильщикъ, бой или рикша будутъ улыбаться вамъ исключительно золотыми пластинками или зубами. Частыя колебанія погоды и особое устройство жилища, мало приспособленное къ низкой температурѣ; усиленіе торговыхъ отношеній непосредственно съ тропическими странами; усиленіе индустріальной жизни; перемѣна культуры національной на европейскую—всѣ эти неблагопріятныя для здоровья населенія причины и вызываютъ высокую заболѣваемость. Японское правительство съ своей стороны принимаетъ всѣ зависящія отъ него мѣры къ уменьшенію заболѣваемости и самымъ внимательнымъ образомъ слѣдитъ за физическимъ состояніемъ населенія. Подробный обзоръ статистики болѣзней и смертности въ Японіи въ связи съ образомъ жизни японскаго народа сдѣланъ морскимъ военнымъ врачемъ П. И. Гомзяковымъ въ его отчетѣ о командировкѣ въ Японію, напечатанномъ въ журналѣ «Морской врачъ»: май—декабрь 1911 года и январь 1912 года. Приростъ населенія за послѣднее десятилѣтіе колеблется отъ 0,97 до 1,58 на 100. Среди болѣзней, вызывающихъ повышенную смертность населенія, на первомъ планѣ стоитъ туберкулезъ (10% всего числа смертей), затѣмъ слѣдуютъ заболѣванія нервной системы и пищеварительнаго аппарата.

Къ вышеперечисленнымъ явленіямъ, неблагопріятно вліяющимъ на состояніе народнаго здоровья, ослабляющимъ его силу, относится также и содержаніе несоразмѣрно большого числа войскъ.

Недавно военный министръ на запросъ одного изъ депутатовъ о воинской повинности—далъ довольно подробныя разъясненія, сопровождаемыя статистическими данными.

Сущность этихъ разъясненій слѣдующая. Нѣтъ никакихъ основаній къ опасеніямъ, высказаннымъ запрашивающимъ депутатомъ къ тому, что съ увеличеніемъ контингента призываемыхъ и пониженіемъ пока условныхъ качествъ призываемыхъ, сила арміи понижается. Увеличеніе контингента призываемыхъ естественно потребовало пониженія требованій, но это сдѣлано не въ ущербъ, ибо предѣлъ требованій далеко не прейденъ. Ростъ (понижающійся) новобранцевъ еще не служитъ показаніемъ, ибо физическія качества новобранцевъ зависятъ и отъ другихъ данныхъ, кромѣ того новѣйшая техника и условія веденія войны не требуютъ такого сильнаго напряженія, какъ ранѣе. Требуется общее равновѣсіе силъ и развитіе. Если въ призывъ 1899 года людей ростомъ выше 5 сяку 2 сунъ—(почти 2 фут. 2 д.) было 25% изъ числа „признанныхъ годными", которые составляли 66% всѣхъ призываемыхъ для осмотра, то въ 1910 г. число послѣднихъ было даже 70% и между ними людей ростомъ выше 5 сяку 2 сун. было даже 53%, что, наоборотъ, показываетъ улучшеніе качествъ контингента, хотя еще это не говоритъ объ общемъ физическомъ состояніи признаваемыхъ годными, но во всякомъ случаѣ въ настоящее время не признаются „годными" тѣ, которые негодны. По словамъ военнаго министра, дававшаго объясненіе, въ послѣдніе годы годныхъ бываетъ около 250 тысячъ, изъ нихъ принимается на дѣйствительную службу около 100 тысячъ (на дѣлѣ 105—110 тысячъ), остальные зачисляются въ рекрутскій резервъ, кромѣ 15 тысячъ (на дѣлѣ 18—20 тысячъ) обозныхъ 2-го разряда, получающихъ 3-хъ мѣсячное обученіе и поэтому отрываемыхъ на очень малое время отъ домашнихъ и полевыхъ работъ. Кромѣ того, ежегодно 69 тысячъ пѣхотныхъ солдатъ увольняются домой послѣ 2-хъ лѣтъ службы, поэтому нельзя сказать, чтобы воинская повинность была бы тягостна для населенія и не соотвѣтствовала бы его силамъ, съ чѣмъ нельзя не согласиться. Таблицы въ приложеніи даютъ цифровыя данныя призывовъ, отношеніе пропорціи подлежащихъ призыву людей къ числу мужского населенія страны. По даннымъ отчета, изъ числа молодыхъ людей, подлежащихъ призыву въ 1911 г., было осмотрѣно въ комиссіяхъ —405,099 человѣкъ по сравненію съ 1910 г. меньше на 27,329 человѣкъ. Изъ этого числа зачислены на дѣйствительную службу и въ рекрутскій резервъ 258,201 человѣкъ. Отчетъ не даетъ отдѣльно числа тѣхъ и другихъ, но по за-

явленію, сдѣланному военнымъ министромъ парламенту—на дѣйствительную службу зачислено 103,784 и въ рекрутскій резервъ 153,080, остальные недостающіе 1,337 человѣкъ поступили охотниками на 3 года службы; т. об. въ ряды арміи въ 1911 г. принято 105,121 человѣкъ, кромѣ того по газетнымъ свѣдѣніямъ—2,897 человѣкъ поступили одногодичными вольноопредѣляющимися и по даннымъ отчета солдатъ 6 недѣльнаго срока службы принято на службу 2,186 человѣкъ, изъ нихъ 1, 624 получили офицерскіе дипломы. Въ отчетѣ не имѣется цифры прошедшихъ 3-хъ мѣсячный срокъ обученія обозныхъ 2-го разряда и санитаровъ, но по заявленію военнаго министра въ парламентѣ— таковыхъ было около 15 тысячъ. Общее число признанныхъ годными къ военной службѣ, по заявленію военнаго министра въ парламентѣ—288,376 человѣкъ, изъ нихъ пройдетъ черезъ ряды арміи 123 тысячи и 153 тысячи получитъ обученіе, будучи въ рекрутскомъ резервѣ. По даннымъ отчета, въ ополченіе 2-го разряда зачислено 114,731 человѣкъ, признано негодными къ военной службѣ 24,702 и получили отставки 7,465 человѣкъ. Вышеприведенныя цифры мало разнятся отъ данныхъ 1910 года. По газетнымъ же свѣдѣніямъ, въ 1912 г. изъ числа подлежащихъ призыву въ этомъ году 473,554 человѣка (отчетъ не даетъ цифры подлежащихъ призыву, ограничиваясь числомъ осмотрѣнныхъ въ комиссіяхъ) было осмотрѣно въ комиссіяхъ 449,143 человѣка, изъ нихъ на дѣйствительную службу принято 103,813 человѣкъ, не считая охотниковъ, вольноопредѣляющихся и проч. и зачислено въ рекрутскій резервъ 153,183 человѣка. Всего же годныхъ къ военной службѣ было 315,280 человѣкъ. По физическимъ качествамъ признанные годными къ военной службѣ и зачисленные въ дѣйствительную службу и въ рекрутскій резервъ (кромѣ вольноопредѣляющихся, солдатъ 6 недѣльнаго и 3-хъ мѣсячнаго срока) осмотрѣнные въ комиссіяхъ люди распредѣляются слѣдующимъ образомъ.

Болѣе 5 сяку ростомъ.

КАТЕГОРІИ.	Вполнѣ крѣпкіе.	Крѣпкіе.	Менѣе крѣпкіе.	Итого.
Призывъ 1911 г.	148,120	61,564	48517	258,201
Призывъ 1910 г.	158,617	633,14	35576	257,507
Призывъ 1909 г.	160,455	66322	20,256	257,293

Въ армію на дѣйствительную службу зачислены главнымъ образомъ люди первой категоріи. Данныя показываютъ, что % отношенія ихъ становится все меньше, что не можетъ не отражаться на силѣ арміи, вопреки заявленіямъ успокоительнаго характера, сдѣланнымъ военнымъ министромъ въ парламентѣ. Что касается роста новобранцевъ, то здѣсь незамѣтно такого колебанія и % отношенія остается почти тотъ же.

Ростъ новобранцевъ.

Годы.	5,6 сяку.	5,5 сяку.	5,4 сяку.	5,3 сяку.	5,2 сяку.
1911	8,670	17,937	39,750	67,346	84,090
1910	8,871	18,888	41,154	70,826	89,998

и такъ далѣе.

Или въ % отношеніи къ общему числу осмотрѣнныхъ въ указанные годы: люди ростомъ 5,6 сяку—2%; ростомъ 5,5 сяку—4%; ростомъ 5,4 сяку—9%; ростомъ 5,3 сяку —16% и ростомъ 5,2 сяку—20%. Люди ростомъ менѣе 5,2 сяку въ мирное время обыкновенно не принимаются на службу, даже при наличіи другихъ физическихъ качествъ, въ войну же 1904—05 г.г. брали ростомъ отъ 4,9 сяку. Впрочемъ, въ мастеровые (нестроевые) принимаютъ людей и ростомъ до 5,2 сяку, но не менѣе 5 сяку, если они обладаютъ хорошими техническими познаніями. Во всякомъ случаѣ съ точки зрѣнія роста качества новобранцевъ не мѣняются, въ чемъ военный министръ былъ правъ въ своихъ объясненіяхъ, но, какъ выше сказано, общая физическая годность новобранцевъ понижается.

Таблица I.

ГОДЫ.	Число мужчинъ въ возрастѣ 20 лѣтъ.	Общее число мужского пола.	На тысячу % отношенія первыхъ ко второму.
1893	384.536	20.906.453	18,53
1894	385.342	21.122.899	18,43
1895	394.811	21.345.750	18,69
1896	431.483	21.561.023	20,21
1897	411.532	21.823.651	19,09
1898	432.432	22.074.242	19,81
1899	431.506	22.334.908	19,55
1900	427.686	22.617.853	19,15

ГОДЫ.	Число мужчинъ въ возрастѣ 20 лѣтъ.	Общее число мужского пола.	На тысячу % отношенія первыхъ ко второму.
1901	441.893	22.937.915	19,54
1902	435.766	23.243.675	19,00
1903	351.623	23.601.640	15,13
1904	420.233	23.836.409	17,81
1905	415.700	24 049.964	17,44
1906	410.949	24.314.790	17,09
1907	425.797	24.645.028	17,51
1908	454.806	25.046.380	18,45
1909	466.452	25.387.023	18,62
1910	439.141	25.383.872	17,30

Таблица II.

ГОДЫ.	Число молодыхъ людей, осмотрѣнныхъ въ комиссіяхъ.	Число людей ростомъ выше 5 сяку 2 сун.	На тысячу %% отношеніе.
1893	381.557	159.778	418,79
1894	379.706	160.025	421,44
1895	386.613	165.890	429,09
1896	423.178	189.849	448,63
1897	401.952	182.815	454,82
1898	421.652	189.318	456,91
1899	420.200	191.993	458,33
1900	412.796	193.325	468,33
1901	428.784	203.033	473,51
1902	431.093	206.692	479,76
1903	344.563	172.110	499,50
1904	468.031	203.844	499,65
1905	397.938	200.279	503,22
1906	397 814	206.059	517,98
1907	413.044	211.824	523,54
1908	437.221	238.837	523,39
1909	450.965	236.605	534,66
1910	432.428	229.637	533,64
1911	405 099	217.883	540,17
1912	449.143	244.277	543,87

Таблица III.

ГОДЫ.	Число молодыхъ людей, признанныхъ годными къ военной службѣ.	На тысячу %% отношеніе къ общему числу осмотрѣнныхъ (см. таблицу II).
1893	248.429	651,09
1994	248.424	654,25
1895	241.913	625,72
1896	286.638	677,35
1897	268.637	662,33
1898	281.987	668,77
1899	277.507	660,42
1900	268.081	649,43
1901	272.054	634,48
1902	273.428	634,27
1903	219.273	634,38
1904	278 580	642,74
1905	317.402	797,52
1906	253.224	632,54
1907	292.091	707.24
1908	304.715	696,94
1909	319.364	708,16
1910	303 925	706,12
1911	283 376	715,19
1912	315.280	701,96

Повышенная смертность населенія, слишкомъ незначительный приростъ населенія—въ смыслѣ избытка рожденій надъ смертностью, значительное пониженіе за послѣдніе годы физической годности новобранцевъ съ несомнѣнной ясностью указываютъ на процессъ ослабленія народнаго здоровья. Слишкомъ интенсивная жизнь народа за послѣднія десятилѣтія, рѣзкій переходъ отъ своеобразнаго національнаго бытія къ общеевропейскому, переломъ соціальный, культурный, экономическій и религіозный возродили Японію, какъ государство, поставивъ ее въ числѣ великихъ державъ, но въ то же время вызвали явленія вырожденія, какъ націи. Слѣдуетъ полагать, что замѣченное ослабленіе физическаго состоянія японскаго народа не будетъ долго прогрессировать; гарантіей этому служитъ развивающееся съ каждымъ днемъ самосознаніе Японіи и успѣхи, достигаемые ею въ области общей культуры. Изу-

ченіе заболѣваемости и борьбы съ ней энергичны и успѣшны. Особое вниманіе обращено на статистику, которая, какъ въ зеркалѣ, отражаетъ картину физическаго состоянія народа. Лѣченіе больныхъ ведется усовершенствованными способами и на высотѣ положенія. Санитарные осмотры, карантины, дезинфекція—прямо идеальны. Примѣромъ санитарныхъ мѣропріятій можно привести слѣдующій: когда въ Японію два года тому назадъ была завезена чума и были обнаружены первые случаи заболѣваній—японскіе врачи-санитары взяли въ карантинъ населеніе цѣлаго квартала, въ которомъ были обнаружены заболѣванія; площадь всего квартала была изолирована сплошными жестяными листами, врытыми въ землю на глубину $1^1/_2$ аршинъ—во избѣжаніе перехода крысъ подъ землею изъ одного квартала въ другой. Постройки зараженнаго квартала сожжены и мѣстность повозможности сдѣлана стерильной. Успѣхи Японіи въ развитіи какъ медицины, такъ и другихъ отраслей прикладныхъ знаній и науки настолько велики, что уже недалеко время, когда японцы могутъ оказаться превзошедшими своихъ учителей—европейцевъ.

Уже теперь у нихъ есть многое, чему можно и слѣдуетъ поучиться.

Въ заключеніе считаю долгомъ выразить свою глубокую благодарность и признательность его превосходительству генералу Владиміру Константиновичу Самойлову, русскому военному агенту въ Японіи, за его любезное содѣйствіе въ дѣлѣ ознакомленія съ интересовавшими меня вопросами и за радушное гостепріимство, оказанное имъ мнѣ.

Докторъ *Здравосмысловъ.*

№ 23.

Докладъ С. В. Виноградскаго.

Къ вопросу объ открытіи фельдшерской и фельдшерско-акушерской школы въ краѣ.

Вслѣдствіе предложенія Приамурскаго Генералъ-Губернатора Его Превосходительства Н. Л. Гондатти, имѣю честь внести на обсужденіе Съѣзда вопросъ о фельдшерской и фельдшерско-акушерской школѣ въ краѣ. Предоставляя рѣшеніе этого вопроса компетенціи Съѣзда врачей, Главный Начальникъ края желаетъ знать: можетъ ли служить достаточной гарантіей прочности и долговѣчности школы, если она будетъ находиться въ рукахъ, напр., общества врачей съ перемѣннымъ составомъ членовъ и президіума и не лучше ли будетъ учредить въ краѣ казенную школу съ интернатомъ для мѣстныхъ уроженцевъ, преимущественно изъ крестьянъ.

Поставленный вопросъ, въ случаѣ рѣшенія Съѣзда за казенную школу, вызываетъ второй вопросъ, въ виду возбуждаемыхъ ходатайствъ изъ городовъ Владивостока, Хабаровска и Благовѣщенска, не слѣдуетъ ли для всѣхъ областей края учредить одну центральную школу.

Не предрѣшая вопроса Съѣздомъ, я позволю себѣ доложить, какъ уполномоченный обществомъ врачей Южно-Уссурійскаго края: 1) что имъ сдѣлано по этому вопросу и 2) представленіе Военнаго Губернатора Амурской области о школѣ фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ, присланное мнѣ Канцеляріей Генералъ-Губернатора для доклада Съѣзду.

Раньше всего вопросъ о школѣ былъ возбужденъ обществомъ врачей Южно-Уссурійскаго края въ 1907 году, когда былъ утвержденъ прилагаемый къ моему докладу уставъ смѣшанной школы фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ общества врачей Южно-Уссурійскаго края въ городѣ Владивостокѣ.

Детальная разработка вопроса о возможности осуще-

ствленія открытія школы обществомъ была поручена таковымъ въ 1912 году избранной обществомъ комиссіи, по докладу которой въ засѣданіи общества 19 мая 1912 года было постановлено: открыть школу въ городѣ Владивостокѣ 1 сентября 1912 года, если будутъ отпущены средства, какъ пособіе школѣ, изъ общихъ остатковъ по земской смѣтѣ области въ размѣрѣ 8000 рублей, причемъ на первый курсъ предложено было принять 30 человѣкъ.

Озабочиваясь изысканіемъ средствъ на школу, комиссія обращалась въ городскія управы Владивостока, Никольска-Уссурійскаго, Хабаровска, Благовѣщенска, Харбина, въ мѣщанское Владивостокское общество, въ Биржевой Владивостокскій Комитетъ, въ Правленіе Общества приказчиковъ города Владивостока, къ Губернатору Камчатской области, къ завѣдующимъ переселенческимъ дѣломъ въ Амурской и Приморской областяхъ, въ Войсковыя Правленія Уссурійскаго и Амурскаго казачьихъ войскъ, въ Управленіе Восточной Китайской желѣзной дороги съ просьбой не отказать въ обсужденіи вопроса о возможности ассигнованія ежегоднаго или единовременнаго пособія учреждаемой школѣ и къ Приамурскому Генералъ-Губернатору о пособіи въ 8000 рублей по аналогіи съ Красноярской фельдшерской школой общества врачей Енисейской губерніи, получающаго ежегодно изъ земскихъ средствъ пособіе въ 6000 рублей, тогда какъ, содержимая всецѣло на земскій средства, Томская школа обходится въ 11520 рублей въ годъ

Сочувственно отнеслось только Владивостокское городское общественное самоуправленіе, ассигновавшее 1000 рублей ежегоднаго пособія школѣ; Хабаровская управа не отвѣтила, Никольская, за неимѣніемъ средствъ, просьбу отклонила; переселенческое управленіе изъ города Благовѣщенска посовѣтовало обратиться въ Главное Переселенческое Управленіе черезъ завѣдующаго Приморскимъ раіономъ; Общество Китайской Восточной дороги увѣдомило, что г. Помощникомъ Управляющаго дорогой по гражданской части положена слѣдующая резолюція: „отклонить“, о чемъ честь имѣю сообщить. Главный врачъ Ясенскій. Войсковое Правленіе Амурскаго войска увѣдомило, что недостатка въ замѣщеніи вакансій въ Амурскомъ казачьемъ войскѣ фельдшерскаго персонала пока не имѣлось, а потому не представляется надобности въ ассигнованіи пособія на учрежденіе стипендій при

школѣ фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ въ городѣ Владивостокѣ. Остальныя учрежденія ничего не отвѣтили.

10 іюня 1912 года за № 10368 изъ Канцеляріи Приамурскаго Генералъ-Губернатора Предсѣдателю Общества врачей Южно-Уссурійскаго края было сообщено, что Главный Начальникъ края не призналъ въ данное время возможнымъ отпускъ ежегоднаго пособія изъ общихъ остатковъ земской смѣты въ размѣрѣ 8000 рублей на содержаніе проектируемой во Владивостокѣ школы фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ.

Такимъ образомъ, за неимѣніемъ средствъ, вопросъ этотъ остается открытымъ и по-сейчасъ.

Кстати, въ концѣ ноября 1912 года былъ запросъ изъ Канцеляріи Генералъ-Губернатора Военному Губернатору Приморской области объ открытіи школы въ городѣ Хабаровскѣ, примѣнительно къ положенію о школѣ въ Архангельскѣ. Врачебное Отдѣленіе, въ виду отсутствія въ городѣ Хабаровскѣ достаточнаго клиническаго матеріала и учрежденій для нуждъ школы, ибо вопросъ былъ возбужденъ не городомъ, а частнымъ лицомъ, да еще при дальности разстоянія города Хабаровска отъ Врачебнаго Отдѣленія, отвѣтственнаго по закону за школу, не нашло возможнымъ дать свое согласіе на учрежденіе частной фельдшерско-акушерской школы въ городѣ Хабаровскѣ. Представленіе Военнаго Губернатора Амурской области отъ 20 мая 1912 года на запросъ Канцеляріи Генералъ-Губернатора о примѣненіи положенія о школѣ въ городѣ Архангельскѣ къ проектируемой къ открытію въ городѣ Хабаровскѣ школѣ гласитъ слѣдующее (см подлинное представленіе № 2338).

Итакъ, въ городѣ Благовѣщенскѣ беретъ на себя починъ устройства школы фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ городъ. Ему приходятъ на помощь мѣстное переселенческое управленіе и войсковое, какъ извѣстно уже, для города Владивостока въ таковой школѣ отказавшіе.

Такимъ образомъ, въ 1912—1913 г. г. по отношенію къ учрежеенію въ краѣ школы фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ было возбуждено самостоятельное ходатайство Обществомъ врачей Южно-Уссурійскаго края и даны два отвѣта интересовавшемуся этимъ дѣломъ г. Начальнику края отъ Военныхъ Губернаторовъ Амурской и Приморской областей. Такова исторія вопроса.

Недостатокъ времени не позволяетъ мнѣ подробно оста-

новиться на такомъ важномъ вопросѣ, какъ надлежащая постановка фельдшерскаго и акушерскаго образованія вообще.

Укажу лишь на выдающееся явленіе современной намъ жизни нашихъ медицинскихъ помощниковъ—это ихъ публичное заявленіе о недостаткѣ у нихъ знаній, о желаніи учиться, о стремленіи къ образованію. Говорю объ ихъ съѣздѣ по реформѣ фельдшерскаго и акушерскаго образованія въ Москвѣ въ 1911 году.

Неудовлетворительность постановки дѣла въ существующихъ школахъ, изъ которыхъ многія были признаны изъ рукъ вонъ плохими, дающими званія, а не знанія, заставили ихъ собраться и поговорить о реформѣ фельдшескаго и акушерскаго образованія вообще.

Высказанныя Съѣздомъ пожеланія должны имѣть въ виду учредители школъ и нашего края въ связи съ существующими законоположеніями о школахъ.

Только надлежащая постановка дѣла, дающая полную возможность выполнить учебные планы и программы при серьезномъ отношеніи и любви къ дѣлу могутъ дать знанія, а не званія.

Въ противномъ случаѣ и наши школы не минуютъ участи осужденныхъ на реформы съѣздомъ 1911 года.

Что касается повивальныхъ школъ типа 1901 года и циркуляра 1907 года съ выпускомъ повивальныхъ бабокъ 1-го и 2-го разрядовъ, то о таковыхъ существуютъ мнѣнія и за и противъ. По отношенію же къ нашему краю, въ которомъ Высочайше упразднены должности акушерокъ и замѣнены акушерками-фельдшерицами—этотъ вопросъ не представляетъ интереса.

Теперь о частной иниціативѣ въ дѣлѣ средне-медицинскаго образованія. Приведу резолюцію доктора Рачинскаго, принятую съѣздомъ помощниковъ врачей въ 1911 году, что частная иниціатива имѣетъ неоспоримыя заслуги, право на существованіе общества и государства и, по аналогичному вопросу, мнѣніе доктора Д. Н. Жбанкова, высказанное на послѣднемъ Пироговскомъ съѣздѣ, что онъ не согласенъ съ разрѣшеніемъ частнымъ организаціямъ открывать медицинскія школы всѣхъ типовъ; не слѣдуетъ, сказалъ онъ, создавать лавочки... Разрѣшеніе можетъ быть дано только общественнымъ организаціямъ.

Противники частныхъ медицинскихъ школъ базируются на „печальной фабрикаціи“, на „небрежной подготовкѣ“ въ

этихъ школахъ, а, главнымъ образомъ, на незначительности процента лицъ сельскаго неимущаго населенія въ этихъ школахъ

Въ Сибири есть фельдшерскія и фельдшерско-акушерскія школы: въ Омскѣ, Томскѣ, Красноярскѣ, Иркутскѣ Присланный мнѣ любезно докторомъ Н. В. Кирилловымъ отчетъ Красноярской фельдшерской школы за 1910 и 1911 учебн. годы Общества врачей Енисейской губерніи указываетъ, что наступилъ 23-й годъ ея существованія, что говоритъ за живучесть и частныхъ школъ.

Большинство школъ въ Европейской Россіи принадлежитъ земствамъ, но есть и казенныя школы, напримѣръ, въ Астрахани, Архангельскѣ и другихъ мѣстахъ.

У меня имѣются свѣдѣнія о Харьковской земской школѣ, о Житомірской, о Вятскихъ земскихъ школахъ, объ Астраханской и Красноярской. Я къ услугамъ г. г. членовъ Съѣзда, желающихъ получить какія либо свѣдѣнія о таковыхъ. Не лишнимъ считаю для рѣшенія поставленныхъ Съѣзду вопросовъ ознакомить г. г. членовъ Съѣзда съ проектомъ Высочайше утвержденной комиссіи по пересмотру врачебно-санитарнаго законодательства о фельдшерскомъ и акушерско-фельдшерскомъ образованіи. Проектъ положенія о фельдшерахъ и фельдшерицахъ въ главѣ о порядкѣ пріобрѣтенія званія и о фельдшерскихъ школахъ гражданскаго вѣдомства устанавливаетъ, что школы могутъ быть смѣшанными и отдѣльно для каждаго пола; учреждаются съ разрѣшенія окружной или губернской медицинской власти, могутъ быть учреждаемы правительственными или общественными установленіями, частными общественными организаціями и отдѣльными лицами Фельдшерская школа должна имѣть больницу для всякаго рода больныхъ, за исключеніемъ одержимыхъ душевными болѣзнями, служить клиникой для учащихся и не менѣе какъ на 60 кроватей, родильный пріютъ, амбулаторію, спеціальную лабораторію для химіи, гигіены и формаціи, физическій кабинетъ и учебныя пособія по анатоміи, зоологіи и ботаникѣ.

Къ поступленію допускаются лица обоего пола, окончившія въ городскихъ училищахъ по положенію 31 мая 1872 года или училищахъ по закону отъ 25 іюня 1912 года, лица мужского пола, окончившіе 4 класса правительственныхъ или пользующихся правами правительственныхъ гимназій или выдержавшіе соотвѣтственныя испытанія, а лица женскаго пола—окончившія

6 классовъ правительств. или пользующ. правами правит. гимназій. Въ школу принимаются лица не моложе 14 лѣтъ. Курсъ 4-годичный. По окончаніи курса должны пробыть 3 мѣсяца въ больницѣ и представить надлежащее удостовѣреніе.

Въ программу курсовъ входитъ еще законовѣдѣніе для фельдшеровъ, зубоврачеваніе, массажъ и врачебная гимнастика.

Оказаніе помощи въ отсутствіе врача предоставляется проектомъ новаго закона только лишь тѣмъ изъ фельдшеровъ, которые прослужили 3 года въ больницахъ перваго или второго разрядовъ.

На основаніи сообщеннаго мною имѣю честь поставить на разрѣшеніе Съѣзда слѣдующіе вопросы:

1) Возможно ли при настоящихъ условіяхъ постановки больничнаго и клиническаго дѣла въ обширномъ смыслѣ въ крупныхъ центрахъ края (Владивостокѣ, Хабаровскѣ, Благовѣщенскѣ) надѣяться, что общественныя организаціи (разумѣю городскія управленія и общества врачей) поставятъ школьное дѣло образованія фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ согласно предъявляемымъ закономъ требованій.

2) Не лучше-ли будетъ въ смыслѣ обезпеченности и надлежащей постановки дѣла ходатайствовать объ учрежденіи одной казенной центральной фельдшерской и фельдшерско-акушерской школы смѣшаннаго типа для края съ интернатомъ и гдѣ именно?

С. Виноградскій.

М. В. Д.

ВОЕННЫЙ
ГУБЕРНАТОРЪ
Амурской области.

По Врачебному Управл.

Мая 20 дня 1913 г.

№ 2338.

г. Благовѣщенскъ.

Копія съ копіи.

Приамурскому Генералъ-Губернатору.

Вслѣдствіе отношенія Канцеляріи Вашего Превосходительства отъ 29 ноября 1912 года за № 17208, по вопросу о примѣненіи опубликованнаго въ № 241 „Правительственнаго Вѣстника" за м. г. положенія о школѣ фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ въ г. Архангельскѣ къ проектируемой къ открытію въ г. Хабтровскѣ школѣ фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ, имѣю честь доложить, на благоусмотрѣніе Вашему Превосходительству слѣдующее:

Положеніе объ акушерско-фельдшерской и ветеринарной школѣ смѣшаннаго типа въ г. Архангельскѣ слѣдуетъ признать вполнѣ цѣлесообразнымъ и отвѣчающимъ также и мѣстнымъ нуждамъ нашей окраины, имѣя въ виду почти отсутствіе на Дальнемъ Востокѣ подготовленныхъ фельдшеровъ какъ медицинскихъ, такъ и ветеринарныхъ, а также акушерокъ-фельдшерицъ и отдаленность такихъ школъ отъ нашего края.

Вмѣстѣ съ симъ полагалъ бы, что мѣстомъ учрежденія этой школы долженъ былъ бы быть г. Благовѣщенскъ, а не г. Хабаровскъ, или какой либо другой городъ края, по слѣдующимъ соображеніямъ.

1) Благовѣщенскъ является центромъ трехъ областей (Забайкальской, Амурской и Приморской), не имѣющихъ подобныхъ школъ. Ближайшая школа, и только для акушерокъ-фельдшерицъ, имѣ-

ется въ г. Иркутскѣ, съ трудомъ обслуживающая Иркутскую губернію и Якутскую область.

2) Ко времени открытія предполагаемой школы г. Благовѣщенскъ будетъ соединенъ со всѣми сосѣдними областями желѣзнодорожными и водными путями.

3) Существующіе въ г. Благовѣщенскѣ съ большею продуктивностью въ теченіе уже десяти лѣтъ акушерскіе курсы при городскомъ родовспомогательномъ заведеніи могутъ быть легко преобразованы и расширены до акушерско-фельдшерской школы смѣшаннаго типа при мѣстныхъ городскихъ лѣчебницахъ и др. учрежденіяхъ. Городъ имѣетъ хорошо оборудованныя: больницу съ отдѣленіями: терапевтическимъ, хирургическимъ, венерическимъ, психіатрическимъ, родовспомогательнымъ и заразнымъ; городскую аптеку съ химико-бактеріологическою лабораторіею; лабораторію для изслѣдованія пищевыхъ продуктовъ; микроскопическую станцію, оспопрививательный институтъ и пастеровскую станцію. Наличіе и богатство (на всѣ эти учрежденія расходуется болѣе 150.000 рублей въ годъ) всѣхъ этихъ учрежденій вполнѣ обезпечиваютъ существованіе акушерско-фельдшерскимъ курсовъ въ Благовѣщенскѣ, какъ въ смыслѣ необходимаго научнаго матеріала для школы, такъ и преподавательскаго медицинскаго персонала. Наличіе въ городѣ достаточнаго количества среднихъ учебнихъ заведеній вполнѣ гарантируетъ будущія потребности школы въ преподавательскомъ персоналѣ по общеобразовательнымъ предметамъ.

Преобразованіе это тѣмъ болѣе легче будетъ осуществить, что существующіе курсы при мѣстномъ родовспомогательномъ городскомъ заведеніи по иниціативѣ директора этихъ курсовъ И. М. Хоммеръ имѣютъ быть въ скоромъ времени преобразованы городомъ въ акушерско-фельдшерскую школу смѣшаннаго типа.

Преобразованіе это и открытіе такой школы уже почти обезпечено, потому что дѣло задерживается только рѣшеніемъ вопроса о субсидіи со стороны правительства въ суммѣ 2000 руб., о чемъ предъ Вашимъ Превосходительствомъ возбуждается особое ходатайство. Остальныя средства на содержаніе акушерско-фельдшерской школы смѣшаннаго типа въ г. Благовѣщенскѣ ассигнуются городомъ, переселенческимъ управленіемъ и казачьимъ вѣдомствомъ.

4) Когда будетъ функціонировать эта проектируемая школа, то расширеніе ея отдѣленіемъ для ветеринарныхъ

фельдшеровъ уже не будетъ представлять особаго затрудненія, принимая во вниманіе наличіе въ городѣ достаточнаго числа ветеринарныхъ врачей. За Военнаго Губернатора, Вице-Губернаторъ Камеръ-Юнкеръ Высочайшаго Двора (подп.) Чаплинскій. Вр. и. д. Врачебнаго Инспектора (скрѣп.) Шабельскій. Вр. и. д. дѣлопроизводителя (свѣр.) Бусыгинъ. Съ копіей вѣрно. Дѣлопроизводитель Баландинъ.

№ 24.

Докладъ доктора медицины А. И. Блюмъ.

О вліяніи климатическихъ условій Приамурья на заболѣваемость и теченіе болѣзней.

Всѣмъ хорошо извѣстенъ давно установленный фактъ (хотя скорѣе эмпирически, чѣмъ научно разработанный), что физическое и психическое равновѣсіе каждаго человѣка находится въ полной зависимости отъ геологіи, топографіи занимаемой имъ мѣстности и связанныхъ съ нею климатическихъ условій. Не требуетъ доказательствъ также и то, что сейчасъ упомянутыя обстоятельства по конечному своему результату неодинаково отражаются на сохраненіи здоровья постоянныхъ аборигеновъ (уроженцевъ) этой мѣстности съ одной стороны и пришлаго люда съ другой стороны. И если эти обстоятельства подчасъ являются безразличными для первыхъ (акклиматизированныхъ), приспособившихъ свои органы къ борьбѣ съ климатомъ, то большей частью безпощадными для вторыхъ, не могущихъ акклиматизироваться, укорачивая срокъ земного ихъ пребыванія.

Вотъ этотъ печальный фактъ, играющій первую роль среди прочихъ тягостныхъ условій пребыванія въ Приамурскомъ краѣ и нашедшій себѣ подтвержденіе въ данныхъ, полученныхъ мною при составленіи врачебно-санитарнаго отчета постройки Восточной части Амурской желѣзной дороги, гдѣ за 1912 годъ пользовалось стаціонарно въ лѣчебныхъ заведеніяхъ ея 4213 человѣкъ, а амбулаторно 44798 ч., и заставляетъ меня выступить съ докладомъ о немъ на краевомъ Съѣздѣ врачей Дальняго Востока. Здѣсь же долженъ я упомянуть, что наличный составъ всѣхъ служащихъ съ ихъ семьями и рабочихъ на постройкѣ, расположившейся на пространствѣ въ 500 верстъ, въ лѣтніе мѣсяцы составляютъ 32000 человѣкъ (мѣстные аборигены постоянные 10000 чел., временные 12000

чел., контрактовые 10000 ч.), а въ остальные мѣсяцы отчетнаго года около 22000 чел. Причемъ, если въ % отношеніи всѣ служащіе, ихъ семьи и рабочіе дали заболѣваемость на 1000 чел. 14,0, выздоровленія на 1000 ч. 13,0, смертность на 1000 чел. 0,62, то контрактный людъ, привезенный изъ Европейской Россіи, далъ заболѣваемость на 1000 чел. 205,0, выздоровленія на 1000 ч. 188,0, смертность на 1000 чел. 8,2.

Отсюда даже въ маленькомъ примѣрѣ уже вытекаетъ громадная разница въ сохраненіи своего физическаго равновѣсія, несмотря на одинаковыя условія пребыванія въ Приамурскомъ краѣ, для всѣхъ, между постоянными и временными аборигенами Дальняго Востока.

Основаніемъ предварительнаго моего сообщенія служили мнѣ съ одной стороны: 1) данныя метеорологическихъ наблюденій раіона постройки, полученныя нашимъ санитарнымъ врачемъ, затѣмъ 2) топографія мѣстностей ея, нарисованная участковыми врачами и техническимъ надзоромъ, далѣе 3) наблюденія участковыхъ и больничныхъ врачей со мною во главѣ за возникновеніемъ и теченіемъ цѣлаго ряда заболѣваній и наконецъ 4) частныя свѣдѣнія отъ наблюденій за населеніемъ гражданскимъ и военнымъ и за учащейся молодежью. Послѣднія свѣдѣнія однако-же не претендуютъ быть причисленными къ аксіомѣ, такъ какъ статистическаго матеріала объ этомъ у меня запасъ не обильный.

Что касается роли и значенія метеорологическихъ данныхъ въ этомъ вопросѣ, то среднее барометрическое давленіе по мѣсяцамъ колеблется между 756,7 и 740,7, а ежедневное между 770,1 и 724,0. Само собою понятно, что это явленіе не можетъ не вліять на то или другое состояніе легочнаго аппарата, а главное сосудовъ, отсюда и на нервную систему. И чѣмъ слабѣе сосудистая система, тѣмъ скорѣе сказывается ея немощь. Вотъ почему у насъ на постройкѣ артеріосклерозъ такъ часто сопровождается кровоизліяніями и такъ много эмфизематиковъ.

Средняя температура воздуха, напримѣръ, въ апрѣлѣ с. г. 2,4, причемъ колебанія ежедневныя между +17,7 и —7,1 или въ маѣ при средней въ +6,7, ежедневныя колебанія между +24,6 и —1,7, а въ декабрѣ, когда царствуютъ морозы и общая средняя температура —30,5, ежедневныя колебанія между —18,0 и —41,1. Эти рѣзкія температурныя колебанія не мо-

гутъ не порождать простудныя заболѣванія, а вмѣстѣ съ тѣмъ располагать къ инфекціоннымъ заболѣваніямъ.

Хотя наши метеорологическія наблюденія обнимаютъ (къ сожалѣнію) сравнительно короткій срокъ времени (8 мѣсяцевъ), такъ какъ они начались болѣе или менѣе регулярно лишь въ октябрѣ 1912 года, однако же намъ уже о многомъ твердятъ и въ томъ числѣ, что вамъ и ранѣе было небезызвѣстно, а именно, что въ Приамурьѣ морозы и велики по градуснымъ измѣреніямъ, и продолжительны по числу мѣсяцевъ. И если они въ Приамурьѣ появляются уже въ октябрѣ мѣсяцѣ, то нерѣдко они наступаютъ и въ сентябрѣ, каковой фактъ имѣлъ мѣсто въ 1912 году, когда наши контрактные рабочіе по окончаніи своихъ работъ изъ-за ранняго ледостава должны были возвратиться съ линіи постройки въ Хабаровскъ (для слѣдованія въ Россію) подчасъ съ отморожеными частями тѣла, а въ большинствѣ случаевъ съ различными простудными болѣзнями.

Я нарочно нѣсколько остановился на этомъ фактѣ, желая вамъ подчеркнуть, что незнакомство и врачей постройки, и администраціи ея съ климатическими условіями края могло имѣть тяжкія послѣдствія, которыя къ счастью, благодаря принятымъ экстреннымъ мѣрамъ, превратились въ менѣе тяжкія.

Ясныхъ дней въ Приамурьѣ немало, но еще болѣе дней съ вѣтрами, причемъ январь, февраль, мартъ и апрѣль сплошь вѣтряные.

Это обстоятельство конечно не остается безразличнымъ для дыхательныхъ органовъ, сосудистой и нервной системъ человѣка. Если же мы сюда прибавимъ, что направленіе вѣтровъ крайне разнообразное въ теченіе дня, напр. въ ноябрѣ 23 числа его NE,S,WNW или въ декабрѣ NE,ESE,SSE и т. д., то отсюда скоро придемъ къ заключенію, что нужна большая приспособляемость со стороны человѣческаго организма, чтобы послѣдній безнаказанно могъ реагировать на быстрыя и разнообразныя раздраженія со стороны внѣшняго воздуха, скорость теченія каковаго къ тому измѣряется до 20 и болѣе метровъ въ секунду.

Вотъ вамъ условія, чтобы нормальныя легкія, но непривыкшія къ усиленной работѣ, предъявляемой вѣтрами, быстро сдѣлались немощными, а слабыя легкія совсѣмъ отказались функціонировать. Вотъ почему каждая болѣзнь здѣсь носитъ иной характеръ, протекая со всякими осложненіями со стороны всевозможныхъ органовъ.

Явленія эти, строго прослѣженныя наблюденіями въ стаціонарныхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ (постройки) среди взрослыхъ, нашли себѣ еще большій откликъ въ дѣтскихъ организмахъ. Вотъ почему въ раіонѣ постройки вы встрѣчаете среди мѣстныхъ аборигеновъ мало здоровыхъ людей, подходящихъ подъ типъ „здороваго сибиряка“ и вотъ почему смертность среди пришлаго люда такъ велика. Однако же это отмѣчается и внѣ раіона постройки. Возьмемъ любого юношу или ребенка, и если онъ не мѣстнаго рожденія, то онъ субъектъ слабаго тѣлосложенія и слабогрудый. Оно понятно и тѣмъ болѣе, что постоянные различнѣйшихъ направленій вѣтры и высушивающіе все встрѣчающееся па пути, дѣйствуютъ пагубно и на кровеносную систему, и на нервную систему и дыхательные органы, заставляя кровеносную систему усиленно и быстро реагировать на раздраженія, а нервную систему ей вторить (вотъ откуда якобы безпричинное потѣніе рукъ, ногъ и подчасъ тѣла, отмѣчаемое въ особенности у пріѣзжихъ аборигеновъ). Эти же вѣтры со своимъ непостоянствомъ въ направленіяхъ повинны и въ субъективной и объективной одышкѣ, сердцебіеніи и т. д.

Заканчивая на этомъ краткій обзоръ вопроса о значеніи и вліяніи метеорологическихъ наблюденій на возникновеніе и теченіе болѣзней, я, пройдя мимо вопроса объ осадкахъ и влажности воздуха, такъ какъ вездѣ ихъ бываетъ много и мало, хотя въ Приамурьѣ ужъ слишкомъ ихъ много, перехожу къ значенію топографіи въ интересующемъ насъ вопросѣ.

Если мы будемъ исходить только изъ раіона постройки линіи Амурской желѣзной дороги, то оказывается Амурская и Приморская области представляютъ собою въ большей своей части и сплошныя болота, и заболоченныя мѣста, и кочковатые луга, и мокрые кочковатые луга, пересѣкаемые множествомъ мелкихъ рѣчекъ, рѣчками и рѣками и отрогами горныхъ хребтовъ съ Хинганомъ во главѣ, покрытыми таежнымъ лѣсомъ.

Эта неприглядная топографическая картина вмѣстѣ съ тѣмъ уже очень неприглядна и вредна для здоровья людей, которые обязаны жить въ этихъ мѣстахъ. Не даромъ статистическія данныя и врачебные отчеты гласятъ, что какъ сами по себѣ болота и заболоченныя мѣста должны взять на себя вину въ появленіи ревматизма и мышцъ и суставовъ тѣмъ, что нарушаютъ нормальную функцію кожи и покрововъ, такъ и постоянныя испаренія этихъ болотъ и заболоченныхъ мѣстъ повинны въ постоянныхъ катарральныхъ явленіяхъ слизистыхъ

оболочекъ ротовой полости и дыхательныхъ путей, а отчасти и цынготныхъ явленій.

Если мы будемъ базироваться на наблюденіяхъ за теченіемъ болѣзней среди постоянныхъ и временныхъ аборигеновъ края по отчетамъ больничныхъ и участковыхъ врачей, то оказывается, что всякая болѣзнь имѣетъ здѣсь другое теченіе и неодинаково протекаетъ среди постоянныхъ и временныхъ аборигеновъ. Возьмемъ ли мы брюшной тифъ, какъ его начачало съ явленіями дизентерійными, такъ конецъ его съ явленіями со стороны почекъ, или осложненія его явленіями, характерными (какъ по температурной кривой, такъ и по бактеріологическимъ и бактеріоскопическимъ изслѣдованіямъ крови) для септицеміи, различно протекаетъ у постоянныхъ и у временныхъ аборигеновъ. Возьмемъ ли мы простую инфлюенцу, то она, во первыхъ, имѣетъ длительный характеръ, а во вторыхъ рецидивирующій съ промежутками въ нѣсколько дней и даже недѣль, когда человѣкъ чувствуетъ себя здоровымъ. И эта болѣзнь неодинаково течетъ у первыхъ и вторыхъ. Затѣмъ нигдѣ (кажется) не встрѣчается такъ много рожистаго аоспаленія носа, лица и головы, какъ здѣсь среди временныхъ вборигеновъ. Далѣе нигдѣ ангины не носятъ столь упорнаго характера среди пріѣзжихъ, проявляясь въ то же время въ видѣ жабы со всевозможными налетами (бактеріоскопически состоящими изъ симбіоза различныхъ бактерій). Нигдѣ нѣтъ столь обильной и разнообразной цынги. Нигдѣ чирьи, экзема такъ безцеремонно среди пріѣзжихъ не расползаются по всему тѣлу, какъ у насъ въ краѣ, появляясь подчасъ въ лѣтнее время въ результатѣ укусовъ безпощадно кусающей положительно все тѣло болотной мошкары и не покидая своего субстрата и на зиму; наконецъ, скарлатина, которая врядь ли еще гдѣ такъ часта въ формѣ, трудно отличимой отъ кори, а также безъ шелушенія.

Всѣ эти явленія, господа, вы всѣ не только подтвердите, но и навѣрно своими наблюденіями давно установили и въ настоящее время въ состояніи указать своеобразность картины и другихъ болѣзней,—это разъ, а во вторыхъ привести рядъ болѣзней sui generis, свойственныхъ Приамурью.

Если это такъ, то мы во всемъ этомъ главнымъ образомъ должны винить лишь внѣшнія обстоятельства (топографію и климатологію), вызывающія болѣзнь и ея особое теченіе. И если это такъ, то настало время детально изучить эти внѣшнія обстоятельства и по мѣрѣ возможности бороться съ

ними, такъ какъ по нашей статистикѣ исходъ всѣхъ вскользь упомянутыхъ болѣзней большею частью приводитъ человѣка либо къ ранней инвалидности, либо къ ранней смерти.

Отсюда явствуетъ, что подробное изученіе метеорологіи и климатологіи края и борьба съ нею должны получить право гражданства и существованія.

Дабы борьба была цѣлесообразнѣе, дабы она принесла желательные плоды, намъ, врачамъ, нужно было бы въ поискахъ за упорнымъ выясненіемъ врага и его силы объединиться на почвѣ всесторонняго научнаго изученія метеорологическихъ данныхъ и климатическихъ условій каждаго уголка края и въ ближайшемъ будущемъ на новомъ краевомъ Съѣздѣ врачей подѣлиться графически изложенными наблюденіями, результатъ каковыхъ немедленно сказался бы.

И вотъ, господа, если врачи всѣхъ вѣдомствъ края были бы согласны пойти навстрѣчу этому начинанію, то я позволилъ бы себѣ предложить слѣдующіе три тезиса:

1) Крайне необходимо подробное знакомство врачей всѣхъ вѣдомствъ съ топографіею и климатическими условіями каждой мѣстности края, 2) крайне необходимо подробное изученіе вліянія этихъ условій на заболѣваемость и теченіе болѣзней и 3) необходимо графически слѣдить за измѣненіями въ топографіи, геологіи и въ особенности климатическихъ условій мѣстности, такъ какъ дознано, что всякому фактору въ природѣ, а тѣмъ болѣе и климату, свойственно эмоціонное движеніе, благодаря которому страна мѣняетъ свой, такъ сказать, атмосферическій обликъ.

Если бы этимъ начинаніемъ прониклись бы не только врачи, но и другіе интеллигенты, разсѣянные по всѣму краю, и стали бы въ помощь врачамъ также изучать уголки занимаемой ими мѣстности края, то въ концѣ концовъ получилась бы графически нарисованная подробная медико-топографическая (и метеорологическая) картина, характерная для каждаго уголка Приамурья, которая, будучи въ свою очередь освѣщена врачебными санитарно-статистическими данными, дала бы возможность въ будущемъ каждому оріентироваться въ вопросѣ, насколько можетъ быть полезно для его здоровья или вредно пребываніе въ томъ или другомъ мѣстѣ нашего края *).

*) Необходимыя же для этой цѣли медико-статистическія данныя могли бы быть собраны при наличности особаго регистрирующаго учрежденія въ краѣ по типу Московской статистической организаціи или путемъ введенія

Съ другой стороны, картина эта, если бы борьба наша съ мѣстною климатологіею оказалось бы непосильною, должна будетъ привлечь громадный интересъ тѣхъ обществъ (малыхъ или большихъ), которыя надолго или на время будутъ эвакуировать въ завѣдомо нездоровыя мѣстности Приамурья служащихъ какъ постоянныхъ, такъ и временныхъ для эксплоатированія результатовъ цивилизаціи мѣстностей края, для эксплоатированія богатствъ нѣдръ земель Приамурья.

Итакъ, М. Г., возьмемся дружно за планомѣрное и подробное изученіе климатологіи нашего края, такъ какъ голосъ жизни властно диктуетъ необходимость вступить на путь санитарнаго оздоровленія Приамурскаго края.

Да будетъ сегодняшній день 27 августа 1913 года, день 3-го краевого Съѣзда врачей, началомъ той эры, когда по твердо установленнымъ научнымъ даннымъ каждый новый аборигенъ въ состояніи будетъ уже a priori судить, насколько можетъ быть полезно для его здоровья пребываніе въ Приамурскомъ краѣ.

Д-ръ мед. *Блюмъ.*

обязательной для врачей различныхъ вѣдомствъ формы регистраціи населенія, выработка каковой сама по себѣ уже можетъ служить программнымъ вопросомъ слѣдующаго краевого Съѣзда, а сводка данныхъ могла бы быть оставлена впредь до нарожденія упомянутой организаціи.

№ 26.

Докладъ А. К. Мольтрехта.

Къ вопросу о нуждахъ Приамурья въ спеціальныхъ глазныхъ лѣчебницахъ, убѣжищахъ и училищахъ для слѣпыхъ.

Борьба съ глазными болѣзнями и въ частности съ излѣчимой слѣпотой въ Россійской Имперіи централизована въ одномъ общемъ на всю необъятную страну благотворительномъ учрежденіи, а именно: въ дѣятельности Попечительства Императрицы Маріи Александровны о слѣпыхъ, состоящаго подъ Августѣйшимъ Ея Императорскаго Величества Государыни Императрицы Маріи Ѳеодоровны покровительствомъ. Не умаляя заслугъ земскихъ и губернскихъ больницъ въ борьбѣ со слѣпотой въ нѣкоторыхъ благоустроенныхъ губерніяхъ, слѣдуетъ подчеркнуть значеніе общей по всей Россіи регистраціи глазныхъ заболѣваній, въ частности въ самыхъ забытыхъ углахъ Имперіи, на которые спеціально направлено вниманіе Попечительства о слѣпыхъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ значеніе командированія глазныхъ летучихъ отрядовъ для оказанія оперативной помощи именно въ мало доступныхъ, по отсутствію путей сообщенія, окраинахъ, куда проникнуть образцовой земской организаціи еще не удалось. Этой обширной организаціей борьбы противъ одного общаго врага какъ въ самыхъ отдаленныхъ отъ культурныхъ центровъ мѣстахъ, такъ и въ центральныхъ губерніяхъ Европейской Россіи, пріютившей немало инородцевъ, особенно подверженныхъ заболѣванію трахомой, этой всеобъемлющей организаціей, требующей огромныхъ денежныхъ средствъ, гордится наша родина, ей завидуютъ иностранцы, въ особенности Австрія, Испанія, Соединенные Штаты и Канада, какъ неоднократно меня увѣряли товарищи-спеціалисты изъ названныхъ странъ. Неоднократно также иностранцы обращались съ ходатайствами въ Попечительство о слѣпыхъ о разрѣшеніи имъ участвовать въ качествѣ ассистентовъ въ экспедиціяхъ, такъ называемыхъ летучихъ глазныхъ отрядахъ,

высылаемыхъ ежегодно Попечительствомъ о слѣпыхъ во всѣ углы Имперіи и дающихъ огромный оперативный матеріалъ для обученія и пріобрѣтенія оперативной техники молодымъ окулистамъ. Попечительство о слѣпыхъ въ 1910 г. командировало, напримѣръ, по отчету, составленному профессоромъ Долгановымъ, 31 глазной отрядъ, которые приняли 70,039 больныхъ, сдѣлавшихъ 191,701 посѣщеній, и произвели 20,237 хирургическихъ глазныхъ операцій и оперативныхъ пособій; за 18 лѣтъ глазными отрядами было принято 870,091 больной и сдѣлано 279,367 операцій и оперативныхъ пособій.

Но Попечительство о слѣпыхъ не ограничивается командированіемъ отрядовъ, а содержитъ или субсидируетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и 159 постоянныхъ глазныхъ пунктовъ въ видѣ амбулаторій или лѣчебницъ съ постоянными кроватями Попечительства о слѣпыхъ; за симъ Попечительство о слѣпыхъ содержитъ собственныхъ своихъ лѣчебницъ 21 въ слѣдующихъ центрахъ: Астрахани, Вильнѣ, Воронежѣ, Вѣрномъ, Гомелѣ, Кишиневѣ, Ковнѣ, Муромѣ, Орлѣ, Псковѣ, Саратовѣ, Скобелевѣ, Ташкентѣ, Твери, Тифлисѣ, Уфѣ, Троицко-Сергіевскомъ посадѣ, Тулѣ, Ялтѣ, Ярославлѣ и Оренбургѣ. Помимо того, Попечительство о слѣпыхъ содержитъ 25 училищъ и мастерскихъ и 6 убѣжищъ въ разныхъ мѣстахъ Европейской Россіи.

Какъ ни плодотворна, по перечисленнымъ примѣрамъ, оказалась полезная дѣятельность Попечительства о слѣпыхъ, къ сожалѣнію, слѣдуетъ признать тѣмъ не менѣе борьбу Попечительства о слѣпыхъ противъ глазной заболѣваемости въ Россійской Имперіи совершенно недостаточнымъ палліативомъ, не искореняющимъ самыхъ причинъ заболѣванія глазными болѣзнями, самые зародыши заразы, какъ напримѣръ трахомы, и не обезпечивающимъ въ достаточной мѣрѣ здоровое населеніе страны отъ этого постояннаго страшнаго врага, ежегодно требующаго много тысячъ жертвъ. Строжайшія карантинныя мѣры въ Соединенныхъ Штатахъ какъ на Атлантическомъ, такъ и на Тихоокеанскомъ побережьѣ, болѣе вѣрнымъ образомъ достигаютъ намѣченную цѣль, чѣмъ наши хирургическія операціи печальныхъ «послѣдствій» трахомы: заворота внутрь глаза рѣсницъ и связанной съ помутненіемъ роговицы—слѣпотой. Во всѣхъ губерніяхъ и областяхъ Россіи—въ нашей средѣ,– почти во всѣхъ классахъ общества держится этотъ коренной врагъ, лишающій такъ много жизнерадостнаго народа свѣта Божія; но чаще всего ютится эта зараза въ юртахъ и фанзахъ инородческаго населенія, въ дымныхъ, грязныхъ хи-

жинахъ мордвы и чухны, черемисовъ и башкировъ, въ киргизскихъ и калмыцкихъ юртахъ, въ китайскихъ и корейскихъ фанзахъ; эти зародыши встрѣчаются какъ на гиляцкой рубахѣ изъ рыбьей шкуры, такъ и на роскошномъ сартовскомъ коврѣ, ютятся на далекомъ сѣверѣ въ дымномъ чумѣ самоѣда, въ берестяномъ балаганѣ якута, а также и на крайнемъ югѣ на художественныхъ персидскихъ издѣліяхъ, переходящихъ изъ рукъ въ руки, и счастливый покупатель рѣдкости пріобрѣтаетъ вмѣстѣ съ изящной вещицей зародыши вѣчнаго мрака. Дѣятельность летучихъ глазныхъ отрядовъ, носящая временный характеръ, какъ самое названіе говоритъ, является палліативомъ уже потому, что 6-недѣльная работа слишкомъ кратковременна, отчего и страдаетъ чрезмѣрной поспѣшностью, когда приходится принять до 3.000 больныхъ за полтора мѣсяца и въ то же время сдѣлать до 500 и больше операцій. Командируются обычно 1 или 2 спеціалиста, въ рѣдкихъ случаяхъ третій: студентъ или будущій окулистъ, только что окончившій университетскій курсъ. Вслѣдствіе спѣшной работы во многихъ случаяхъ и не приходится читать лекціи собравшимся земскимъ врачамъ и пріучать ихъ къ техникѣ глазныхъ операцій, на что особенно разсчитываетъ Попечительство о слѣпыхъ. Совершенно внѣ сферы дѣятельности Попечительства о слѣпыхъ остается призрѣніе школъ, близкое ознакомленіе съ нравами и обычаями инородцевъ, столь важное для привлеченія ихъ къ культурнымъ начинаніямъ и вмѣстѣ съ тѣмъ къ европейской медицинѣ; инородческій вопросъ въ Приамурьѣ особенно рѣзко выдѣляется на фонѣ многочисленныхъ другихъ наболѣвшихъ вопросовъ, занимающихъ настоящій Съѣздъ врачей. Не только вслѣдствіе эндемической въ средѣ нашихъ инородцевъ трахоматозной заразы, но и по обще-человѣческимъ соображеніямъ трагедія гибели многочисленныхъ племенъ, вытѣсненныхъ нами и вымирающихъ на нашихъ глазахъ отъ привезенной имъ нами заразы, какъ оспа, сифилисъ, туберкулезъ и отъ страшнѣйшаго яда—алкоголя, привозимаго имъ нами безпрепятственно, должна заставить насъ задуматься надъ участью забытыхъ нами, но живыхъ пока въ нашей средѣ morituri. Отношенія наши къ инородцамъ, какъ къ какимъ-то археологическимъ рѣдкостямъ или до историческимъ ископаемымъ, съ интересомъ чисто музейнымъ и коллекторскимъ, не ускользаютъ отъ чуткихъ инородцевъ; они это чувствуютъ и жалуются на небрежныя отношенія, между прочимъ, по части медицинской

помощи; необходимо относиться къ инородцамъ и туземцамъ— аборигенамъ, бывшимъ недавно еще полными владѣльцами родной земли, съ особенной деликатностью, причемъ вполнѣ возможно завоевать ихъ довѣріе къ русской медицинѣ, начиная съ лѣченія накожныхъ и глазныхъ заболѣваній. Крупное препятствіе представляетъ лишь ихъ отдаленность и раскинутый, часто бродячій образъ жизни. Такой бичъ человѣчества, какъ трахома, на западѣ уже искорененная вовсе, а въ Европейской Россіи не представляющая собою особенной опасности, здѣсь у гольдовъ и ороченовъ по верховьямъ Имана и прочихъ рѣкъ, берущихъ начало на западномъ склонѣ Сихота-Алина, кончается нерѣдко голодной смертью. Дѣло въ томъ, что ороченъ-охотникъ, потерявшій половину зрѣнія на оба глаза одновременно, не въ состояніи пропитаться охотой, а потерявшій $^3/_4$ зрѣнія даже и рыболовствомъ существовать не можетъ. Въ прежніе годы инородцы Сихота-Алина жили болѣе скучено; такъ, напримѣръ, 5 лѣтъ тому назадъ насчитывалось по верховьямъ рѣки Вакъ около тысячи человѣкъ, а въ данный моментъ осталось лишь 26 душъ, и эти немногіе раскинуты по тайгѣ въ стойбищахъ до 50 верстъ одно отъ другого, и когда начинаютъ слѣпнуть, ихъ жизнь виситъ на волоскѣ. По верховьямъ источниковъ рѣки Имана живетъ около 50 семействъ въ 150 верстахъ отъ ж. д. по участкамъ Вакумбе, Санчихеза и Ліулю, также на большомъ разстояніи отъ медицинской помощи. Совсѣмъ въ другомъ положеніи находятся туземцы по теченію Амура и его главнымъ притокамъ: они живутъ по берегамъ главной артеріи пароходнаго сообщенія и поэтому не должны ускользнуть отъ нашей регистраціи и терапіи. Возможно, что въ будущемъ, когда къ весьма рѣдкой сѣти сельскихъ лѣчебницъ присоединятся пріемные покои Управленія водныхъ путей по Амурскому бассейну, инородцы сами будутъ обращаться за медицинской помощью. Но регистрація глазныхъ болѣзней туземцевъ, стойбища которыхъ всюду разбросаны по островамъ и обыкновенно на большемъ разстояніи отъ русскихъ селеній, подлежитъ несомнѣнно спеціальной экспедиціи, равно какъ и задача оказать имъ дѣйствительную помощь отъ слѣпоты.

Позволю себѣ изложить теперь нѣкоторые моменты изъ исторіи вопроса объ оказаніи глазной помощи всему населенію Приморской области за послѣднія 10 лѣтъ. Командированный въ 1902 г. Совѣтомъ Попечительства о слѣпыхъ въ Приморскую область на 6 мѣсяцевъ со спеціальной цѣлью

регистраціи больныхъ глазными болѣзнями и оказанія имъ оперативной помощи, я началъ свою дѣятельность при условіяхъ, рѣзко отличающихся отъ условій настоящаго времени: численность крестьянскаго населенія не превышала 172 тысячъ душъ обоего пола, между тѣмъ какъ инородческаго населенія съ населеніемъ Камчатки включительно насчитывалось до 47.000 и городского населенія 93.816 человѣкъ. Всего населенія въ Приморской области вмѣстѣ съ Камчаткой было 312.541 человѣкъ.

Въ 1912 г., 10 лѣтъ спустя, крестьянское населеніе въ Приморской области вмѣстѣ съ Камчаткой возросло до 245.400 человѣкъ; инородческое населеніе, включая китайцевъ и корейцевъ, возросло до 102.600 душъ, а городское населеніе увеличилось до 200 тысячъ человѣкъ. Въ общей сложности мы имѣемъ теперь дѣло съ населеніемъ въ 587.000 человѣкъ, противъ 312.541 человѣка въ 1902 г.—населеніе почти удвоилось. Пути сообщенія въ 1902 г. во многихъ мѣстахъ совершенно еще отсутствовали, цѣлые громадные раіоны, какъ Иманскій, Посьетскій, Улахинскій—пустовали или были заняты рѣдкими кочевниками-туземцами; лишь незначительныя площади распаханной земли обрабатывались корейцами. Заселеніе побережной полосы отъ Сучана до поста Св. Ольги лишь начиналось, а далѣе на сѣверъ до бухты Терней русскаго населенія еще не было, около Императорской гавани жили туземцы-орочены. Также долины рѣкъ Урми и Биры, теперешній Заамурскій переселенческій раіонъ, не были еще заселены. До 1902 г. оперативная помощь слѣпымъ крестьянамъ и инородцамъ была оказываема окулистомъ при Морскомъ госпиталѣ во Владивостокѣ—докторомъ медицины Бергеръ и старшимъ врачемъ Усс. ж. д. докторомъ Ланковскимъ, насколько число свободныхъ кроватей въ названныхъ лазаретахъ это позволяло, то есть въ весьма скромныхъ рамкахъ. Спеціальная глазная помощь систематически была оказываема лѣтомъ 1901 г., съ поддержкой со стороны Попечительства о слѣпыхъ, военнымъ врачемъ докторомъ Данченко, работавшимъ въ Свято-Троицкомъ Шмаковскомъ монастырѣ, въ Хабаровскѣ и Никольскѣ при ближайшемъ содѣйствіи со стороны глубоко чтимаго всѣмъ населеніемъ покойнаго генерала отъ инфантеріи Линевича, предсѣдателя Никольскаго Комитета Краснаго Креста; во время войны крестьянскому населенію оказывалась глазная оперативная помощь въ нѣкоторыхъ лазаретахъ Краснаго Креста; а послѣ войны постоянную помощь глазные

больные, подлежащіе операціи, находили въ завѣдываемой мною Владивостокской переселенческой больницѣ; также въ Хабаровской и Никольской переселенческихъ больницахъ за послѣдніе годы были произведены нѣкоторыя глазныя операціи. Тѣмъ не менѣе нужда въ спеціальной, областной глазной лѣчебницѣ со всѣми удобствами и спеціальными аппаратами для изслѣдованія и лѣченія глаза ощущается съ каждымъ годомъ послѣ Русско-Японской войны все болѣе и болѣе ясно. Пришедшая въ ветхость Владивостокская переселенческая больница не имѣетъ электрической энергіи и гигантскаго электромагнита Габа, столь необходимаго для удаленія желѣзныхъ и стальныхъ осколковъ изъ глаза, нельзя было поставить; этотъ электромагнитъ отсутствуетъ во всѣхъ военныхъ и въ морскомъ лазаретахъ, а также въ городской больницѣ города Владивостока. Сидероскопа для опредѣленія мѣстонахожденія желѣзнаго осколка я также ни въ одномъ госпиталѣ на Дальнемъ Востокѣ не находилъ. Въ другихъ больницахъ не оказалось спеціально подготовленныхъ для глазныхъ операцій и ухода за глазными больными медицинскаго персонала, да и врачей окулистовъ, могущихъ заняться крестьянской практикой въ широкомъ масштабѣ, не оказалось. Летучими глазными отрядами доктора Данченко въ 1901 г. и отрядомъ 1902 г., завѣдываемымъ мною, было принято глазныхъ больныхъ приблизительно половина принимаемаго обычно отрядами въ Европейской Россіи числа, то есть отъ 900—1500 больныхъ вмѣсто 2000—3000 въ густо населенныхъ губерніяхъ. Въ 1911 г. уже зарегистровано переселенческой организаціей на весь Приморскій переселенческій раіонъ 4333 глазныхъ заболѣванія, и кромѣ нихъ 23 случая неизлѣчимой слѣпоты; трахомы зарегистровано 864 случая, что составляетъ 20%.

Въ 1912 году переселенческой организаціей зарегистровано 4820 случаевъ заболѣваній, изъ нихъ 952 случая трахомы, а въ прочихъ больницахъ-амбулаторіяхъ всей области, кромѣ переселенческихъ, 10.933 глазныхъ больныхъ, изъ нихъ 1037 случаевъ трахомы; въ общей сложности въ прошломъ году принято глазныхъ больныхъ въ Приморской области 15.753, изъ нихъ больныхъ трахомой 1989, что составляетъ 12,5%, далѣе—воспаленіемъ вѣкъ 10.180 больныхъ, а прочими глазными болѣзнями 3.584 человѣкъ, слѣпыхъ зарегистровано 135.

Профессоръ Беллярминовъ насчитываетъ въ 1902 г.

путемъ сложнаго подсчета, частью по существовавшимъ фактическимъ цифровымъ даннымъ частью въ мало изслѣдованныхъ окраинахъ Россіи—по теоретическимъ соображеніямъ: 24 милліона глазныхъ заболѣваній, то есть 20% населенія; фактически обратилось въ 1902 г. въ Россіи за медицинской помощью 1.070.373 глазныхъ больныхъ или одинъ больной на 112 человѣкъ населенія. Согласно опредѣленію профессора Беллярминова для Европейской Россіи числа глазныхъ заболѣваній мы должны ожидать въ Приморской области съ полумилліоннымъ населеніемъ 100.000 глазныхъ больныхъ; зарегистровано 15.000, седьмая лишь часть страдающихъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, въ области глазами. Въ нѣкоторыхъ городахъ области найдется одинъ-другой спеціалистъ по глазнымъ болѣзнямъ, но на 300.000 крестьянскаго и 102 тысячи инородческаго населенія труды одного, двухъ спеціалистовъ, могущихъ отдаться всецѣло крестьянскому населенію, исчезаютъ почти безъ слѣда, такъ какъ это населеніе должно дать не менѣе 80.000 случаевъ глазныхъ заболѣваній при условіяхъ благоустроенныхъ западныхъ Россійскихъ губерній, а сколько на самомъ дѣлѣ страдаетъ глазами и слѣпнетъ на нашей окраинѣ, трудно предугадать. Инородческое населеніе даетъ въ общемъ огромный % трахомы въ Приморской области, едва ли менѣе 50% всего населенія; на Сахалинѣ, по подсчету спеціально занявшагося этимъ вопросомъ среди гиляковъ и айносовъ военнаго врача, цифра трахомы превышаетъ 50%. Отъ Камчатской окулистической экспедиціи, работавшей въ прошлое лѣто по берегамъ полуострова, свѣдѣній у меня пока не имѣется. Въ западной Сибири работалъ въ послѣдніе годы цѣлый рядъ летучихъ отрядовъ, командированныхъ Попечительствомъ о слѣпыхъ и Томскимъ университетомъ; въ Бійскомъ уѣздѣ Томской губ. въ 1908 г. глазными отрядами было принято 1443 больныхъ, въ Звенигородскомъ у. той-же губ. 2874 больныхъ, въ Акмолинской области 651 больной, въ Енисейской губ. 1248 больныхъ. Въ 1909 г. было принято въ Канскомъ у. Томской г. 1315 больныхъ; въ Якутской области было принято въ 1909 году 738 и въ 1910 г. 703 больныхъ глазами; отрядъ этотъ былъ командированъ Попечительствомъ о слѣпыхъ въ Олекминскъ и Якутскъ. Въ 1910 г. въ Барнаульскомъ у. летучимъ отрядомъ принято 3157 больныхъ, въ Кузнецкомъ у. Томской г. 1309 больныхъ. Такимъ образомъ, мы въ отчетахъ Попечительства о слѣпыхъ уже имѣемъ рядъ цифро-

выхъ данныхъ для сравненія съ заболѣваемостью въ нашей окраинѣ. Уже до 1908 г, а именно въ 1901 и 1902 г.г. работалъ глазной летучій отрядъ Попечительства съ докторомъ Франкъ-Каменецкимъ во главѣ въ Иркутской г., далѣе въ Иркутскѣ обширной безплатной практикой среди бѣднѣйшаго населенія занимался докторъ Зисманъ, а въ Красноярскѣ извѣстный дѣятель по борьбѣ съ глазными болѣзнями докторъ Крутовскій.

Перейду теперь къ особенно важной статьѣ среди глазныхъ заболѣваній, къ неизлѣчимой слѣпотѣ. Отношеніе числа слѣпыхъ къ численности населенія называется показателемъ слѣпоты, причемъ указывается число слѣпыхъ на 10.000 населенія. Показатель слѣпоты для Россіи по переписи 1886 г. въ 72 губ. съ Польшей и Кавказомъ включительно было установлено въ 21; при этой переписи было зарегистровано 189.872 слѣпыхъ обоего пола; 94.055 мужчинъ и 95.816 женщинъ.—Переписью 1897 г. былъ опредѣленъ новый показатель слѣпоты, а именно: 19,7; на 125 милліоновъ населенія было найдено 247.900 слѣпыхъ, изъ нихъ отъ рожденія 5,6% и ослѣпшихъ 14,1% по отношенію къ населенію. Въ этой переписи имѣются данныя не только по Европейской Россіи, но уже и по Сибири. По доктору Крутовскому общій показатель слѣпоты для Сибири исчисленъ въ 40,4, для Якутской области въ 124,5, а при переписи въ частности тунгусовъ показатель слѣпоты достигаетъ якобы ужасающей цифры 715,5.

Въ Голландіи въ то же время показатель слѣпоты опредѣленъ въ 4,5; въ Бельгіи 5,8; Швейцаріи 7,8; Италіи 7,8; Франціи 7,7; Швеціи 8,1; Германіи 8,1; Англіи 8,8; Австріи 9,1; Испаніи 14,8; Португаліи 21,9; Россіи 21 случай.

Впрочемъ, отдѣльныя губерніи Россіи даютъ показатель слѣпоты значительно превышающій среднюю норму въ 21, напримѣръ, въ Уфимской г. 35, Самарской 31, Саратовской 27, Симбирской 37, Казанской 45, Вятской 36.

Что касается причины слѣпоты, то въ Россіи большой % падаетъ на трахому: 21,4% противъ 1,9 во Франціи; отъ болѣзней роговицы 13,5%—во Франціи 8; отъ оспы 12,1%, а во Франціи 1,1%. Придерживаясь схемы профессора Беллярминова для вычисленія глазныхъ больныхъ, а системы Шимановскаго для вычисленія трахомы, докторъ Крутовскій для Енисейской губ. съ населеніемъ въ 1 милліонъ опредѣляетъ 200,000 глазныхъ больныхъ и 50,000 трахо-

матозныхъ, слѣдовательно въ Приморской области съ полумилліоннымъ населеніемъ мы можемъ ожидать 100,000 глазныхъ больныхъ и 25,000 трахоматозныхъ; фактически намъ стали извѣстны 15,753 глазныхъ больныхъ и почти 2,000 больныхъ трахомой, слѣдовательно двѣнадцатая часть зараженныхъ трахомой больныхъ, которые прячутся въ необъятной и мѣстами недоступной Приморской области.

Разсматривая вопросъ о призрѣніи неизлѣчимо слѣпыхъ, коихъ насчитывается въ настоящее время, по имѣющимся даннымъ, 135 человѣкъ, и объ устройствѣ ихъ въ особыхъ убѣжищахъ, слѣдуетъ подчеркнуть полную ихъ безпомощность, заброшенность въ медвѣжьихъ углахъ нашей полудикой, первобытной окраины. Не менѣе половины названнаго числа слѣпыхъ терпитъ всякія лишенія въ деревнѣ, родственники ихъ выставляютъ изъ своей хижины, и они бродятъ по крестьянскимъ дворамъ, проживая по недѣлѣ то здѣсь, то тамъ. Нѣкоторые слѣпые служатъ объектомъ промысла для родственниковъ, ихъ водятъ по городамъ, собирая милостыней до 50 руб. и болѣе въ мѣсяцъ. Про самыхъ слѣпыхъ эти предприниматели часто забываютъ, кормятъ ихъ самымъ мизернымъ образомъ и помѣщаютъ въ корейскихъ фанзахъ за городомъ, какъ мнѣ нерѣдко жаловались сами слѣпые. Помѣстить этихъ слѣпыхъ въ ближайшее убѣжище въ г. Иркутскѣ за послѣднія 10 лѣтъ удалось лишь въ одномъ случаѣ. По ходатайству уполномоченнаго Попечительствомъ о слѣпыхъ въ Приамурьѣ, управляющаго акцизными сборами Н. Г. Камбекъ удалось помѣстить въ Иркутской школѣ для слѣпыхъ одного мальчика, жителя Хабаровска, который въ данный моментъ демонстрируетъ на Хабаровской выставкѣ свои познанія и искусство.

Вслѣдствіи отдаленности Иркутска и почти полной невозможности устроить за плату слѣпыхъ Приморской области, въ виду постояннаго переполненія Иркутскаго убѣжища, считаю необходимымъ неотложно приступить въ Приморской области къ устройству своего убѣжища и спеціальнаго училища для обученія слѣпыхъ разному ремеслу и чтенію пластическихъ шрифтовъ. Едва ли тѣ 135 извѣстныхъ намъ въ Приморской области слѣпыхъ составляютъ больше десятой части фактически существующихъ въ нашей средѣ неизлѣчимо слѣпыхъ, ибо, принoравливая общій на всю Россію указатель слѣпоты, мы должны ждать въ Приморской области свыше 1000 человѣкъ слѣпыхъ.

Не лучше положенія неизлѣчимо-слѣпыхъ въ Приморской области положеніе излѣчимо слѣпыхъ и вообще всѣхъ глазныхъ больныхъ, главнымъ образомъ вслѣдствіе недостаточныхъ и, гдѣ они существуютъ, неисправныхъ путей сообщенія. Всякая язва роговицы, въ особенности ulcus serpens, должна попасть въ руки окулиста, чтобы спасти хоть нѣкоторое зрѣніе, въ первые три или пять дней; послѣ этого срока гальванокаустика огромной центральной язвы причинила бы чрезмѣрное бѣльмо и оптическая иридектомія (образованіе искусственнаго зрачка) на периферіи роговицы не дала бы никакого эффекта.

Всѣ металлическіе осколки, попавшіе въ глазъ, должны быть удалены по возможности въ первый же день, всякій случай острой глявкомы долженъ быть подвергнутъ операціи при первыхъ же острыхъ припадкахъ, ибо съ каждымъ припадкомъ зрѣніе падаетъ.

Несомнѣнно общая культурность данной области или среды, число школъ, гигіеническія условія, уровень развитія народа, пути сообщенія и т. п. являются главными регуляторами заболѣваемости глазами и въ частности слѣпоты, что доказано статистикой Европейскихъ государствъ.

За послѣднія 10 лѣтъ сѣть путей сообщенія Приморской области значительно расширилась, населеніе удвоилось, постепенно отпускаются изъ государственнаго казначейства все болѣе и болѣе солидныя денежныя средства на медицинское дѣло въ области; вниманіе всей Россіи въ настоящее время направлено на окраину. Переселенческое управленіе спѣшитъ заселять крайнюю свою область на Тихомъ океанѣ; страна готовится дать отпоръ притѣсняющимъ ее сосѣдямъ посредствомъ распространенія въ дикомъ краѣ культуры, этого главнаго и рѣшающаго фактора при выясненіи вопроса, чьей быть въ концѣ концовъ данной территоріи. Въ виду насущной потребности Приморской области въ спеціальной глазной лѣчебницѣ, имѣю честь предложить настоящему Съѣзду врачей войти съ ходатайствомъ черезъ посредство врачебнаго инспектора передъ Главнымъ Начальникомъ Края о закладкѣ фундамента, въ смыслѣ финансированія новаго въ краѣ учрежденія, столь необходимой лѣчебницы для глазныхъ больныхъ. Уже предыдущимъ Съѣздомъ врачей Приморской области въ 1901 г. была вынесена резолюція о необходимости устроить глазную лѣчебницу хотя бы на 10 коекъ.

Что касается мѣста для предполагаемой лѣчебницы и убѣжища для слѣпыхъ, въ 1903 г. уполномоченнымъ о слѣпыхъ въ Приамурьѣ былъ избранъ Хабаровскъ, какъ центръ Приамурья, и начаты переговоры съ городской управой и военнымъ вѣдомствомъ относительно участка на Военной горѣ. Дѣло кончилось ничѣмъ вслѣдствіе отсутствія необходимыхъ средствъ.

Послѣ войны былъ поднятъ вопросъ объ устройствѣ училища для слѣпыхъ поблизости отъ ремесленнаго училища въ г. Никольскѣ-Уссурійскомъ, въ надеждѣ воспользоваться силами учителей ремесленнаго училища для обученія слѣпыхъ различному ремеслу. Весной этого года мнѣ было предложено супругой Военнаго Губернатора воспользоваться для осуществленія изложеннаго плана участкомъ Владивостокскаго благотворительнаго общества на Сѣданкѣ, примыкающимъ къ дачѣ архіепископа; единственное построенное на этомъ участкѣ зданіе сгорѣло, и въ настоящее время великолѣпный во всѣхъ отношеніяхъ участокъ на берегу моря пустуетъ. Идею эту я всегда горячо защищалъ въ виду слѣдующихъ соображеній:

1) По сравненію съ пыльныхъ городомъ Никольскомъ-Уссурійскимъ берегъ моря является для больныхъ, въ частности для скрофулезныхъ и трахоматозныхъ дѣтей, настоящимъ курортомъ.

2) При лѣченіи глазныхъ болѣзней на общей конституціональной почвѣ, какъ артритѣ, туберкулезѣ, артеріосклерозѣ и т. п., морскія грязи и морская вода признаны весьма цѣннымъ терапевтическимъ средствомъ; также и трахома, въ мрачныхъ столичныхъ клиникахъ не поддающаяся медикаментозному лѣченію, удивительно быстро поправляется въ деревнѣ при молочной діетѣ и холодныхъ купаньяхъ.

3) Южно-Уссурійскій край значительно гуще населенъ, чѣмъ сѣверъ Приморской области, и Сѣданка является центромъ наиболѣе зараженныхъ трахомой Сучанскаго и Посьетскаго раіоновъ.

4) Расположеніе означеннаго мѣста рядомъ съ архіерейскимъ участкомъ и церковью играетъ важную роль, въ виду того, что во всѣхъ убѣжищахъ для слѣпыхъ въ Россіи принято богослуженіе 2 раза въ недѣлю или даже ежедневно.

Въ случаѣ, если осуществится намѣченная мысль, то надлежитъ мѣстному представителю Попечительства о слѣпыхъ просить принять званіе почетнаго члена Архіепископа Владивостокскаго и Камчатскаго Евсевія и Главнаго Начальника

края Шталмейстера Двора Его Величества Николая Львовича Гондатти, всегда принимавшаго самое горячее участіе въ дѣлахъ Попечительства о слѣпыхъ, особенно въ Иркутской г. Устройство областной глазной лѣчебницы однако не освободитъ администрацію области отъ необходимости командировать врачей окулистовъ по области, особенно съ цѣлью регистраціи трахоматозныхъ дѣтей въ сельскихъ школахъ, а также среди инородцевъ, которые служатъ вѣчнымъ очагомъ заразы и какъ кочующій элементъ разносятъ заразу; къ нимъ относятся и мелкіе торговцы-китайцы, проникающіе на 200 вер. отъ линіи ж. д. вглубь страны къ русскимъ новоселамъ. Учащихся, подлежащихъ призрѣнію по части трахомы, всего въ области насчитывается до 35.000, изъ коихъ школьниковъ начальныхъ училищъ 31000.

Кромѣ того, необходимо при крупныхъ лазаретахъ Приамурскаго края, особенно въ Хабаровскѣ и Благовѣщенскѣ, устроить глазныя отдѣленія, завѣдываемыя врачемъ-спеціалистомъ. Какъ единственный способъ борьбы противъ глазныхъ болѣзней, слѣдуетъ отвергнуть летучіе отряды, но какъ вспомогательныя силы они всегда будутъ имѣть немалую цѣну. Ординаторъ Томской глазной клиники докторъ Понизовскій пишетъ, критикуя борьбу въ Енисейской г. противъ трахомы, заразившей 50% всего населенія: „Нужна постоянная глазная помощь, только она одна можетъ не одну сотню паціентовъ возвратить въ кадръ рабочихъ и полезныхъ членовъ общества“. Также и докторъ Крутовскій по богатымъ своимъ цифровымъ даннымъ подтверждаетъ печальную роль летучихъ глазныхъ отрядовъ въ борьбѣ со слѣпотой и вызывающими ее причинами, отмѣчая слѣдующее: „Ясно для всякаго, задумывающагося надъ этимъ вопросомъ, что въ данномъ случаѣ помочь бѣдѣ летучими глазными отрядами нельзя, и ихъ помощь является маленькой, случайной и ничтожной каплей, которой думаютъ бороться съ огромнымъ бѣдствіемъ“.

На основаніи изложеннаго прихожу къ слѣдующимъ положеніямъ:

1) На основаніи собраннаго въ Приморской области статистическаго матеріала, на основаніи теоретическихъ соображеній, сравнивая опыты по западной Сибири и всей Россіи съ нуждами Приамурья по части оказанія помощи слѣпымъ, и на основаніи 11-лѣтняго личнаго опыта въ Приморской области, считая временную помощь, оказываемую летучими

отрядами, *недостаточной* для оказанія *дѣйствительной* помощи больному и предохраненія здороваго населенія.

2) Требуется неотложное устройство областной глазной лѣчебницы не менѣе чѣмъ на 20 безплатныхъ и 5 платныхъ коекъ.

3) Требуется надзоръ надъ глазной заболѣваемостью въ школахъ Приморской области.

4) Требуется окулистическій надзоръ надъ инородцами и мѣры для улучшенія быта вообще вымирающихъ туземцевъ, пріучая ихъ къ огородничеству, русской медицинѣ и прочимъ благамъ культуры.

5) Требуется командированіе по области глазныхъ отрядовъ съ цѣлью статистики и оперативной помощи на мѣстѣ въ отдаленныхъ углахъ.

6) Требуется устройство въ Приморской области убѣжища для слѣпыхъ, не менѣе чѣмъ на 40 мѣстъ, съ училищемъ для обученія слѣпыхъ разному ремеслу и чтенію пластическихъ шрифтовъ Брайля.

Изложивъ подробное положеніе неизлѣчимо и излѣчимо слѣпыхъ въ Приморской области, призываю Съѣздъ врачей на помощь для скорѣйшаго осуществленія мѣропріятій, могущихъ дать вполнѣ удовлетворительное разрѣшеніе наболѣвшаго вопроса оказанія помощи глазнымъ больнымъ области, и для созданія наиболѣе удобныхъ условій при выполненіи высокой задачи человѣколюбія—возвращенія свѣта слѣпымъ.

А. К. Мольтрехтъ.

№ 27.

Докладъ В. К. Арсеньева.

Лекція, прочитанная Директоромъ Гродековскаго Музея В. К. Арсеньевымъ въ г. Хабаровскѣ на Съѣздѣ врачей въ 1913 г.

Вымираніе инородцевъ Амурскаго края.

М.М. Г.Г.

Вымираніе инородцевъ—не новость въ литературѣ, и наши дикари не представляютъ исключенія въ эйкунемѣ человѣчества.

Я не буду перечислять всю литературу по этому вопросу—она многочисленна. Я укажу только на классическое произведеніе академика Шренка и на труды Якобія и Патканова, гдѣ можно найти тѣ статистическія данныя, которыя краснорѣчиво говорятъ о прогрессивномъ угасаніи сибирскихъ племенъ.

Подъ вліяніемъ надвигающихся на инородцевъ съ запада культуръ они быстро сходятъ со сцены жизни, уступая мѣсто болѣе сильнымъ китайцамъ и европейцамъ. Семь народовъ исчезли съ лица земли съ тѣхъ поръ, какъ появились русскіе на востокѣ Сибири.

Вспомнимъ, что сталось съ нѣкогда многочисленными омоками и шелагами, куда исчезли аргенты, арины, анаулы, ассаны и котты. Изъ послѣдняго племени Кастренъ засталъ въ живыхъ только пять человѣкъ, которые и доставили ему возможность изучить ихъ языкъ*). Еще въ XVIII столѣтіи омоки были такъ многочисленны, что отъ множества ихъ костровъ рѣки казались иллюминованными**), а въ 1896 году, т. е.

*) Смотр. Шренка. Объ инородцахъ Амурскаго Края. Изд. Императорской Академіи Наукъ. 1883 г., стран. 3-я Al. Castren, Versuch einer Jenissei-Ostjak. u. Kottischen Sprachlehre, herausgegeben von A. Schiefner St· Petersb.1858, p. V, VI.

**) Тамъ-же, стр. 2-я.

черезъ два поколѣнія по всей чукотской землѣ ихъ насчитывали уже только шесть человѣкъ и дѣтей, и взрослыхъ.

Порабощенныя дикія племена, мало способныя къ развитію, стараются уйти въ горы отъ пришельцевъ; но если имъ не удастся укрыться отъ своихъ враговъ, то начинается тотъ процессъ нравственнаго и физическаго упадка, который заканчивается вымираніемъ. Не имѣя силъ быстро подняться въ своемъ развитіи до уровня европейцевъ, подобные народы не успѣваютъ за ними, и тогда начинается процессъ разложенія.

Этотъ быстрый процессъ вымиранія констатируется и среди инородцевъ Амурскаго края. Возьмемъ для примѣра хотя бы орочей, которыхъ я ближе всего знаю. Въ половинѣ XIX столѣтія они были очень многочисленны. По ихъ словамъ, раньше ихъ было такъ много, что пока лебеди летѣли изъ Императорской Гавани до зал. св. Ольги, то отъ дыма, подымающагося изъ ихъ юртъ, изъ бѣлыхъ становились черными. И дѣйствительно, слѣды ихъ безчисленныхъ стойбищъ встрѣчаются по всему берегу моря и по долинамъ всѣхъ рѣкъ, составляющихъ бассейнъ Уссури.

Вотъ цифры, иллюстрирующія уменьшеніе населенія по годамъ среди орочей.

Въ 1881 году по отчетамъ начальниковъ уѣздовъ ихъ было 2998 человѣкъ.

Въ 1897 году по статистикѣ Браиловскаго орочей было 2407 чел. *) Разница 591 чел.

Въ 1906—1908 г. моя статистика=1727 чел. Разница 680 челов.

Въ 1909—1910 г. тоже моя статистика: орочей удэhе—959 ч. и орочей Императорской Гавани—427 человѣкъ, а всего 1386 чел. Разница 341 челов.

Если такъ будетъ продолжаться, то лѣтъ черезъ десять и этотъ народъ будетъ исчисляться единицами, какъ и омоки. Тоже самое можно сказать и про гиляковъ. Г-нъ Штернбергъ, посѣтившій этихъ инородцевъ въ 1910 году, былъ пораженъ, насколько сократилась ихъ численность въ теченіе послѣдняго десятилѣтія.

---

* Эта же цифра показана и у Г. Патканова. Смотр. Племенной составъ населенія Сибири. Том. I-ый., Зап. Импер. Русс. Геогр. Общ. по отдѣленію статистики. Т. XI. Вып. I-ый.

Здѣсь я подчеркну одно чрезвычайно важное обстоятельство—именно: вымираніе, которое мы видимъ у амурскихъ инородцевъ, совершенно не похоже на то вымираніе, которое наблюдалось въ Америкѣ и въ Австраліи. Въ Америкѣ дикарей просто избивали, а австралійское туземное населеніе настолько было отсталымъ и первобытнымъ, что каннибализмъ среди него былъ обычнымъ явленіемъ. Эти «осколки съ наковальни человѣчества» конечно не могли выдержать столкновенія съ европейцами. Къ тому же Австралія у англичанъ долгое время была мѣстомъ ссылки преступниковъ и притомъ наиболѣе тяжкихъ.

Такого вымиранія, какое наблюдалось у дикарей австралійской группы, наприм., среди тасманійцевъ, у нашихъ инородцевъ—нѣтъ. Первый признакъ прогрессивнаго вымиранія—это безплодіе женщинъ. У сибирскихъ инородцевъ дѣти есть, но смертность почти въ полтора раза превышаетъ число рожденій. Старики всѣ долговѣчны. Многіе изъ нихъ живутъ до ста лѣтъ и болѣе.

Въ 1908—1909 г.г. численность орочей въ Уссурійскомъ краѣ выражалась въ слѣдующихъ цифрахъ: 215 семействъ, состоящихъ изъ 532 мужчинъ, 423 женщинъ, у которыхъ было 772 ребенка, изъ числа которыхъ выжило только 294, а остальные 478—погибли*).

Изъ своихъ путешествій и изъ близкаго знакомства съ инородцами я вынесъ глубокое убѣжденіе, что вымираніе ихъ происходитъ отъ другихъ причинъ, главнымъ образомъ отъ того положенія, въ которомъ они очутились среди русскаго и китайскаго населенія, и отъ паденія ихъ общаго экономическаго благосостоянія. Сказать, что амурскіе инородцы неспособны къ развитію—было бы большой неправдой. Они потому только и не развиты, что заброшены, забыты. Скажу болѣе—они экономически порабощены! А извѣстно, что всякій духовно или экономически порабощенный народъ не только не можетъ прогрессироваться, но наоборотъ въ немъ наблюдается регрессъ, который быстро заканчивается вымираніемъ. Дикари сами не могутъ подняться до уровня европейцевъ и отстаютъ отъ нихъ все болѣе и болѣе и, если наши ино-

*) Изучающій гольдовъ И. А. Лопатинъ нашелъ иныя цифры. У него получилось, что на 33 семьи приходилось 33 ребенка, т. е. по одному ребенку на семью. Лопатинъ говоритъ, что въ 10 семьяхъ совсѣмъ не было дѣтей, 13 имѣли по одному ребенку и 10 семействъ по два ребенка.

родцы продвинулись немного впередъ, то этимъ они обязаны на сѣверѣ—американцамъ и на югѣ—китайцамъ.

Приходится часто слышать вопросы: Для чего намъ нужны инородцы? Зачѣмъ объ нихъ надо заботиться? Да вѣдь не они пришли къ русскимъ, а наоборотъ, русскіе пришли къ нимъ, захватили ихъ земли и ихъ рыболовныя угодья. Если бы можно было куда нибудь уйти, они, конечно, давно ушли бы.

Посмотрите,—кто указалъ нефть на Сахалинѣ—инородцы, кто указалъ золото—инородцы, кто указалъ самый низкій перевалъ черезъ горный хребетъ—инородцы, кто указалъ мѣста открытыя, чистыя, годныя для заселеній—инородцы, кто является проводниками въ безчисленныхъ экспедиціяхъ по Сибири—инородцы. Многія мѣста безъ помощи инородцевъ оставались бы навсегда непроходимыми. Однимъ изъ главныхъ богатствъ Сибири будетъ пушнина. Ежегодно отсюда вывозится мѣховъ на нѣсколько милліоновъ рублей. Главными охотниками за пушниной являются инородцы. Благодаря инородцамъ Россія ведетъ большую торговлю мѣхами чуть ли не со всѣмъ міромъ. Наконецъ, самый фактъ жизни этихъ людей гдѣ то въ глухой тайгѣ, въ тысячахъ верстъ отъ населенныхъ пунктовъ—является несомнѣнно полезнымъ.

Представьте себѣ, что вдругъ все инородческое населеніе Сибири почему либо сразу погибло. Это значило бы, что населенныя области превратились бы въ пустыни. Мириться съ вымираніемъ инородцевъ, значитъ мириться съ вымираніемъ большей части населенія Сибири. Вся разница только въ томъ, что такое обезлюденіе страны происходитъ не вдругъ, а постепенно.

Посмотримъ, какъ инородческій вопросъ стоитъ въ другихъ государствахъ.

Возьмемъ для примѣра Новую Зеландію. Теперь тамъ большинство метисовъ вслѣдствіе конкубината европейцевъ съ туземцами. Пятьдесятъ лѣтъ тому назадъ это была страна каннибаловъ—нынѣ это одна изъ самыхъ благоустроенныхъ и цвѣтущихъ странъ въ мірѣ.

Не помню, кто-то указалъ на Америку, какъ на примѣръ, гдѣ европейцы, вытѣснивъ дикарей, на земляхъ ихъ создали такое образцовое государство, какъ Сѣверо-Американскіе Соединенные Штаты.

Плохой, неудачный примѣръ! Извѣстно, что во всякую вновь открытую страну прежде всего идетъ ссыльный элементъ и искатели приключеній. Туземцы всегда терпятъ страшныя бѣдствія отъ такихъ завоевателей.

Въ Америкѣ было не вымираніе индѣйцевъ, а вырѣзаніе ихъ, избіеніе цѣлыхъ племенъ, причемъ уничтоженію подверглись не самыя жалкія и робкія племена, а наиболѣе свободолюбивыя, жизнеспособныя и гордыя. Это мрачное пятно навсегда останется на совѣсти европейцевъ. И только, когда образовались Сѣверо-Американскіе Штаты, какъ государство, рѣзня эта стала затихать. Вспомнимъ Авраама Линкольна и борьбу сѣверянъ съ южанами за освобожденіе негровъ. Этой войной была уже тогда рѣшена участь краснокожихъ въ благопріятномъ для нихъ смыслѣ. Впослѣдствіи имъ были отведены особыя индѣйскія территоріи, охраняемыя закономъ отъ всякаго посягательства со стороны промышленниковъ и капиталистовъ*).

Другой примѣръ. Въ Сѣверо-Западной Америкѣ (Аляска) не было сѣверныхъ оленей. Олень безплодныхъ пространствъ Barren-ground caribou (Pangifer groenlandicus) рѣзко отличается отъ европейско-азіатскаго Pangifer tarandus'а и водится къ сѣверо-востоку отъ р. Черчиль въ полосѣ безплодныхъ земель до Гренландіи включительно. Онъ малъ ростомъ и слабосиленъ. Количество этихъ животныхъ сильно уменьшилось вслѣдствіе усиленной за ними охоты. Американцы перевезли въ Аляску сибирскихъ оленей, долго работали надъ ихъ акклиматизаціей и улучшили породу путемъ искусственнаго отбора. Въ результатѣ новый американскій олень сталъ лучше, сильнѣе и крѣпче сибирскаго. Тогда всѣ сѣверные американскіе дикари изъ бродячихъ охотниковъ превратились въ оленеводовъ. Благодаря этому поднялось ихъ экономическое благосостояніе, бывшее дотолѣ въ большомъ упадкѣ.

По этому поводу Ратцель говоритъ:

„Благопріятное положеніе тѣхъ группъ индѣйцевъ, которые оказались подъ руководствомъ благонамѣренныхъ бѣлыхъ, блестящимъ образомъ опровергло предположеніе объ ихъ естественномъ самовымираніи“.

---

*) Въ настоящее время земли эти оцѣниваются милліардами рублей.

Нынѣ среди американскихъ индѣйцевъ есть лица, кончившія университеты*).

Нигдѣ въ настоящее время инородческій вопросъ не стоитъ такъ благопріятно, какъ у американцевъ!

Намъ остается только его скопировать.

Но оставимъ въ сторонѣ американскихъ индѣйцевъ и новозеландскихъ маори и обратимся къ нашимъ инородцамъ.

Наши инородцы быстро вымираютъ. Причинъ вымиранія много.

Прежде всего укажемъ: на прогрессивное обѣднѣніе стародавнихъ охотничьихъ и рыболовныхъ промысловъ дикарей. Тайга и рѣки стали давать меньше, а потребности къ жизни увеличились. Приходъ у нихъ не сталъ уравновѣшиваться съ расходомъ. Теперь у инородцевъ явилась потребность въ табакѣ, въ спичкахъ, чаѣ, соли и чумизѣ. Съ появленіемъ на инородческихъ рынкахъ китайской синей дабы начало падать производство одежды изъ крапивы и рыбьей кожи.

Вмѣсто берестовой шляпы и унтовъ они начинаютъ пріобрѣтать европейскіе и китайскіе головные уборы и европейскую обувь.

Объ оружіи и патронахъ и говорить нечего. Эти вещи продаются имъ по цѣнѣ, въ два и три раза превосходящей магазинную.

Юкола для инородцевъ то же самое, что для русскихъ хлѣбъ. Юколой они кормятся сами, кормятъ своихъ собакъ; выдѣланная кожа рыбъ идетъ на шитье обуви и одежды. Если ходъ рыбы былъ плохой, то инородцы терпятъ такую же нужду, какую терпятъ земледѣльцы, если годъ былъ неурожайный.

По подсчету самого дикаря ему на свою семью, состоящую изъ него самого, его жены, старухи матери и двухъ дѣтей (всего 5 человѣкъ) для круглаго оборота на весь годъ, кромѣ годового запаса рыбы и мяса, надо около 15 пуд. муки, 5 пуд. чумизы, 1 пудъ соли, 20 фун. табаку и 4 кирпича чаю. Кромѣ того, онъ долженъ купить патроны, топоръ, одежду, нитки, иголки. На все это ему надо около 200 руб. въ годъ. Эти двѣсти рублей онъ долженъ добыть на охотѣ и главнымъ образомъ соболеваніемъ.

---

*) Смотр. журналъ „Globus“ Послѣдній томъ. Статья о современномъ положеніи индѣйцевъ въ с. Америкѣ.

Введеніе законовъ о правильной охотѣ въ краѣ является желательнымъ ради спасенія тѣхъ-же инородцевъ отъ голода и вымиранія.

Другая причина вымиранія будетъ спиртъ и опій. Спиртъ на Амурѣ среди гольдовъ былъ извѣстенъ задолго до прихода русскихъ. Китайскіе купцы изъ Санъ-сина на большихъ лодкахъ спускались по р. Сунгари и выходили на Амуръ. Они везли съ собой спиртъ, дабу*), кремневыя ружья, порохъ, чай и друг. товары. Вслѣдъ за торговцами прибываютъ земледѣльцы, и въ краѣ появляются и настоящіе ханшинные заводы. Собственно говоря, каждая китайская фанза есть небольшой ханшинный заводъ, изготовляющій водку для своего употребленія и кредитованія сосѣднихъ инородцевъ.

Но особенно пьянство среди туземцевъ развилось въ послѣдніе годы. Спиртоносы, подъ видомъ скупщиковъ пушнины, проникали въ самыя глухія мѣста, гдѣ только жили инородцы, и тамъ, вдали отъ властей и всякаго надзора, спаивали туземцевъ и обирали ихъ начисто. Очень часто въ спиртъ они подмѣшивали разныя одурманивающія вещества, въ томъ числѣ и атропинъ. Интересны пріемы, къ которымъ прибѣгали скупщики пушнины, чтобы только съ толку сбить инородцевъ. Такъ, напримѣръ, иногда они нарочно за дешевую шкурку соболя платили большія деньги и понижали цѣну на темные мохнатые мѣха, иногда давали двойную плату въ темную, т. е. не видя соболя. Потерявъ деньги, въ этомъ случаѣ они сторицею наверстывали этотъ убытокъ на другой годъ или въ другомъ мѣстѣ**).

Въ литературѣ уже много говорилось объ эксплоатаціи инородцевъ китайцами,—я сдѣлаю маленькую поправку: не эксплоатація, а—порабощеніе***). Русскіе и американцы спаиваютъ инородцевъ водкой, китайцы пріучаютъ ихъ курить опій. Во всемъ Южно-Уссурійскомъ краѣ на побережьѣ моря почти всѣ орочи и почти всѣ гольды по Уссури заражены этой пагубной страстью.

Другими причинами вымиранія инородцевъ будутъ болѣзни, которыя занесли къ нимъ русскіе и китайцы и ко-

---

*) Синяя матерія, изъ которой рабочіе китайцы шьютъ себѣ одежду.

**) Случаи эти имѣли мѣсто въ 1906—1907 г.г. въ Зауссурійскомъ краѣ на р.р. Нимми, Нахтоку, Ботчи и Самарги.

***) Объ эксплоатаціи инородцевъ китайцами смотр. мой трудъ „*Китайцы въ Уссурійскомъ краѣ*“, напечатанный въ запискахъ Прим. Отд. Императ. Русск. Геогр. Общ. въ 1914 г.

торымъ они чрезвычайно подвержены. Особенно сильно свирѣпствуетъ среди нихъ оспа. Отъ оспы они вымираютъ страшно быстро. Въ теченіе нѣсколькихъ сутокъ отъ цѣлаго стойбища не остается ни одного человѣка. Главные распространители заразы—вода, грязь въ жилищѣ и грязь на тѣлѣ инородца и то обстоятельство, что здоровые люди, находясь подъ одной кровлей съ больными, имѣютъ постоянное съ ними общеніе. Затѣмъ они застуживаютъ оспу. Я былъ свидѣтелемъ, когда больные, чтобы облегчить свои страданія отъ оспенной горячки, катались въ снѣгу и обливались ледяною водою.

А какъ они хотятъ лѣчиться! Одинъ хромой верстъ десять гнался за нами и просилъ лѣкарства. Помню, лѣтъ десять тому назадъ нѣкоторые инородцы сами покупали детригъ и ланцеты и сами себѣ дѣлали прививки. Къ сожалѣнію, нѣкоторые изъ нихъ по невѣдѣнію дѣлали себѣ прививки уже тогда, когда чувствовали первые приступы болѣзни. А тутъ на грѣхъ явились еще и старовѣры. Они стали внушать инородцамъ о вредѣ оспопрививанія и указывали на случаи смертности многихъ привившихъ себѣ ядъ и случаи спасенія уклонившихся отъ него.

Вообще я долженъ сказать, что, по моимъ наблюденіямъ, инородцы раньше довѣрчивѣе относились къ русскимъ врачамъ потому, что въ лицѣ доктора они видѣли шамана, излѣчивающаго недуги. За послѣднее время наблюдается охлажденіе къ русской медицинѣ и переходъ къ китайской медицинѣ, основанной на мистицизмѣ, что ближе подходитъ подъ понятіе инородца.

Затѣмъ дикіе народы гибнутъ и отъ другихъ болѣзней, напримѣръ, отъ кори и чахотки. Корь страшна для нихъ своими осложненіями. Чахотки тоже раньше у нихъ не было. Инородцы прямо говорятъ, что эти болѣзни принесли къ нимъ русскіе. Организмъ европейца въ теченіе многихъ вѣковъ успѣлъ уже выработать иммунитетъ, привыкъ бороться съ этими болѣзнями и потому уже съ рожденіемъ въ немъ какъ бы заложено противоядіе. Для инородцевъ—это новыя болѣзни и потому всякое зараженіе для нихъ почти всегда смертельно.

Лѣтъ десять тому назадъ у тѣхъ туземцевъ, что живутъ въ глубинѣ горъ и лѣсовъ, венерическихъ болѣзней не было, но теперь и эти заболѣванія начинаютъ появляться, хотя очень рѣдко. Эти болѣзни занесли къ нимъ русскіе и китайцы.

Вслѣдствіе того, что они постоянно вращаются въ дыму и копоти и вслѣдствіе нечистоплотности, у нихъ развиты накожныя болѣзни, разныя глазныя болѣзни и особенно трахома. Трахомой поражены всѣ почти, въ особенности на р. Иманѣ и въ Императорской Гавани. Инородцы говорятъ, что раньше этой болѣзни у нихъ тоже не было и что принесли ее китайцы. Лѣчатъ они ее по китайскому способу медвѣжьей желчью. Насколько это успѣшно, я сказать не рѣшаюсь, могу только заявить, что выздоровѣвшихъ я не видѣлъ. Раньше трахоматозныхъ было значительно меньше— болѣзнь эта особенно распространилась за послѣднее десятилѣтіе.

Надо помнить, что инородческія стойбища съ ихъ болѣзнями являются очагами заразы и потому не безопасны и для насъ самихъ, живущихъ рядомъ съ ними.

Теперь перейду къ жилищамъ. Послѣднее время подъ давленіемъ русской администраціи инородцы стали жить въ деревянныхъ домахъ, отапливаемыхъ желѣзными печками. Въ нѣкоторыхъ станахъ жизнь въ домахъ русскаго типа являлась даже обязательствомъ. По моему мнѣнію, это ужасное зло. Въ самомъ дѣлѣ, представьте себѣ человѣка то сидящаго около накаленнаго докрасна камина, то спящаго въ лѣсу зимою безъ огня. Въ результатѣ у нихъ стали появляться ревматизмъ и такія простудныя заболѣванія, какъ плевритъ и воспаленіе легкихъ.

Русскіе домики совершенно не соотвѣтствуютъ жизни инородцевъ, занимающихся охотой и ведущихъ бродячій образъ жизни. Имъ нужны юрты или землянки первобытнаго типа съ отверстіями въ крышѣ для выхода дыма.

Прослѣдимъ жизнь инородца отъ самаго рожденія. Дней за десять до родовъ женщина не имѣетъ мѣста въ юртѣ. Мужъ ей устраиваетъ маленькую юрточку, похожую на собачью конуру. Тамъ, несмотря ни на какую погоду, помѣщается роженица. Къ ней никто не ходитъ. Мужъ жену не навѣщаетъ. Только старуха черезъ дверь (полотнище палатки) подаетъ дрова и пищу, но сама туда тоже не входитъ. Женщинѣ предоставляется самой разрѣшаться отъ бремени, какъ она знаетъ. Тотчасъ же послѣ родовъ женщина съ ребенкомъ переползаетъ въ другую такую же юрту, поставленную рядомъ, гдѣ она сидитъ еще 10 сутокъ. Ребенка мать обмываетъ

сама, обертываетъ его тряпками, мѣхомъ и сажаетъ въ сухія тальниковыя стружки. Только послѣ этого карантина женщина можетъ перейти въ общую юрту.

Теперь я постараюсь сдѣлать описаніе первобытной юрты, каковая сохранилась у многихъ тунгузскихъ инородцевъ и по сіе время.

Первобытная инородческая юрта представляетъ изъ себя двускатную крышу, поставленную непосредственно на землю. Чтобы корье не коробилось отъ сухости и жары, и чтобы его не сорвало вѣтромъ, его снаружи прижимаютъ лѣсомъ. Входы въ юрту сдѣланы съ обѣихъ сторонъ и завѣшаны или полотнищемъ палатки, или кускомъ коры или бересты. Вверху въ крышѣ оставлено отверстіе для выхода дыма.

Какъ только вы войдете въ дверь, вы непремѣнно должны согнуться и пролѣзть или вправо, или влѣво, иначе вы прямо попадете въ огонь. Костеръ расположенъ посрединѣ жилища Стоять въ юртѣ нельзя, надо или лежать, или сидѣть. По обѣ стороны вдоль огня положены берестяныя подстилки, устланными звѣровыми шкурами.

Высокою температурою эти юрты похвастаться не могутъ. Люди согрѣваются только лучистою топлотою костра. Я нарочно нѣсколько разъ измѣрялъ температуру жилого помѣщенія и каждый разъ получалъ:—24,—28,—26 С. и т. д. Снаружи въ это время было:—30 С.,—36 С.,—32 С., и въ этой температурѣ живутъ и женщины, и малыя дѣти; почти все время они сидятъ на корточкахъ у костра и грѣютъ на огнѣ свои руки.

Привыкая съ дѣтства къ холоду, инородцы закаляются и потому легко переносятъ стужу. Нерѣдко я видѣлъ зимой, какъ маленькія дѣти, въ легкой одежонкѣ, съ непокрытой головой, таскали изъ амбара мороженую рыбу. Такъ работали они цѣлый день, несмотря ни на вѣтеръ, ни на сильную стужу, только время отъ времени бѣгали въ юрту, чтобы погрѣть у огня свои озябшія рученки.

Въ 1907 году на рѣкѣ Кусумѣ однажды вечеромъ мы съ однимъ орочемъ ловили подо льдомъ рыбу. Погода была холодная, вѣтряная. На льду была сложена солома для факеловъ. Покончивъ работу, мы пошли въ юрту погрѣться у огня. Не пришелъ только орочъ. Часа черезъ два мы пошли

его разыскивать. Велико наше было изумленіе, когда мы нашли его спящимъ на соломѣ. Волосы его заиндевѣли, кожанную рубашку кое-гдѣ занесло снѣгомъ. Мы разбудили его. Онъ всталъ, какъ ни въ чемъ не было. Что онъ не озябъ, видно было изъ того, что онъ не дрожалъ и не подергивалъ плечами.

Когда инородецъ зимою гоняетъ соболя, то случается, что онъ такъ далеко уходитъ отъ бивака, что къ вечеру онъ не можетъ уже вернуться обратно и потому остается ночевать на открытомъ воздухѣ. Онъ остановится, осмотрится и гдѣ нибудь тутъ же ляжетъ подъ деревомъ. Какъ звѣрь, гдѣ застанетъ его ночь, тамъ онъ и уснетъ, а утромъ пойдетъ дальше. Помню, одинъ разъ мы нашли мѣсто, надъ которымъ остановились въ недоумѣніи—человѣкъ здѣсь спалъ или животное? Это было въ началѣ зимы. Во время наводненія вода подмыла берегъ и образовала пустоту, сверху нависла дерновина, русло обсохло. Здѣсь то подъ берегомъ и была видна лежка. Ни подстилки, ни слѣдовъ огня нигдѣ не было видно. Подошедшій проводникъ разсѣялъ наше недоразумѣніе. Ремешокъ, струганая палочка и обрывокъ тряпки свидѣтельствовали о томъ, чго здѣсь ночевалъ охотникъ.

Вотъ почему не домъ, а юрта соотвѣтствуетъ образу жизни дикаря охотника. Вотъ почему эскимосы строятъ себѣ жилища изъ снѣга, вотъ почему малаецъ живетъ въ легкой воздушной постройкѣ, похожей на палатку. Посмотрите на жилища коряковъ. Что можетъ быть остроумнѣе этой землянки съ воронкой на крышѣ и съ отверстіемъ для выхода дыма! *Жилища инородцевъ должны находиться въ полномъ соотвѣтствіи со всѣмъ укладомъ ихъ жизни.* Русская изба съ желѣзной печкой, если можно такъ выразиться, врывается диссонансомъ къ нимъ въ жизнь. Для того, чтобы инородцы могли безнаказанно жить въ домахъ съ печками, они въ корнѣ должны перемѣнить всю свою жизнь съ момента появленія ребенка на свѣтъ Божій до послѣдняго вздоха при старости,—а это не такъ легко!..

Есть народы, которые въ развитіи своемъ непремѣнно должны пройти черезъ всѣ ступени культуры отъ первобытнаго охотника, къ оленеводству, потомъ къ огородничеству и только тогда къ земледѣлію и сельскому хозяйству.

Здѣсь болѣе, чѣмъ гдѣ либо, рѣзкихъ скачковъ не бываетъ, и всякое нарушеніе послѣдовательности въ

развитіи для инородцевъ гибельно. Развратъ съ его послѣдствіями, разрушающими душу и тѣло, болѣзни и пьянство есть результатъ вторженія къ нимъ культуры запада, несоотвѣтствующей общему укладу ихъ жизни*).

Вспомнимъ, какъ англичане переселили австралійскихъ дикарей на островъ Ойстеръ-Ковъ, лучшій въ климатическомъ отношеніи, построивъ имъ дома и снабдивъ ихъ скотомъ, зерномъ и земледѣльческими орудіями. Началось быстрое вымираніе туземцевъ. Черезъ нѣсколько лѣтъ осталось ихъ не болѣе четверти. Тогда, чтобы спасти дикарей, англичане перевезли ихъ обратно на родину, но ничто не могло уже остановить вымиранія, и еще черезъ нѣсколько лѣтъ (1876 г.) погибли послѣдніе представители племени.

Описывая это, Уоллесъ говоритъ: „Мы видимъ здѣсь погибшій народъ, которому чужая культура не дала времени развиться".

Даже характеръ дикаря соотвѣтствуетъ той работѣ, которую онъ выполняетъ. Дайте дикарю какую хотите легкую и хорошо оплачиваемую работу, но, если только она будетъ систематичной, ежедневной, однообразной, въ одни и тѣ же часы дня, то вы увидите, что онъ начинаетъ скоро уставать, мучается и лицо его покрывается потомъ отъ внутреннихъ усилій. Онъ не лѣнивъ, но онъ не выдержитъ методичности и совершитъ побѣгъ, если его станутъ удерживать силою. Онъ готовъ работать въ десять разъ больше, но лишь бы эта работа была разнообразна и часто смѣняла бы одна другую. Посмотрите на инородца во время охоты за соболемъ.—Надо поражаться его терпѣнію и настойчивости. А рыбная ловля, а охота на ластоногихъ, ловля птицъ—на все это онъ тратитъ много времени, а еще болѣе физическихъ усилій.

При составленіи орочскаго словаря я всегда имѣлъ въ виду характеръ народа и, если они не убѣгали отъ меня, то только потому, что занятія свои съ ними я велъ между дѣломъ во время пути, на охотѣ, рыбной ловлѣ, при починкѣ лодки и т. д.

---

*) Иногда наблюдается непосредственный переходъ отъ бродячаго охотничьяго образа жизни прямо къ земледѣлію. Такъ, напримѣръ, подъ вліяніемъ китайцевъ орочи, обитавшіе въ Южно-Уссурійскомъ краѣ, и уссурійскіе гольды занялись огородничествомъ и земледѣліемъ и только послѣ этого завели у себя лошадей и рогатый скотъ.

Въ инородческій элементъ Южно-Уссурійскаго края (тазы) китайцы влили часть своей крови. Это принесло огромную пользу. Правда, чистый типъ туземца исчезъ, но зато новое поколѣніе съ малыхъ лѣтъ подъ руководствомъ китайцевъ стало привыкать къ новому хозяйству. Вмѣстѣ съ своею кровью китайцы влили въ инородцевъ любовь къ постоянному труду, любовь къ земледѣлію и скотоводству.

Если мы обратимся къ исторіи всѣхъ завоеваній, то всюду увидимъ грустную картину бѣдствій, терпимыхъ туземцами отъ пришельцевъ. Въ такомъ же положеніи очутились и наши инородцы. Тѣснимые переселенцами, они бросаютъ вѣками насиженныя мѣста и все дальше и дальше уходятъ въ горы. Такъ, напр., въ 1907 г. въ Императорской Гавани рабочіе лѣсной концессіи разграбили орочскіе балаганы и унесли всю муку, которая была отпущена на случай голодовки. Поставленные въ затрудненіе безрыбицей орочи очутились въ безвыходномъ положеніи. Зимой у нихъ былъ ужасный голодъ. Они ѣли собакъ и рыбью кожу, они разбрелись по тайгѣ и ѣли все, что попадалось имъ подъ руку, другіе ушли къ морю и ѣли остатки тука*) около японскихъ рыбалокъ. Въ особенно тяжеломъ положеніи очутились южно-уссурійскіе тазы, которые на несчастье свое стали осѣдлыми и потому безъ клочка земли, годной къ земледѣлію, они существовать болѣе не могутъ. Ни русскіе переселенцы, ни инородцы совершенно не были подготовлены къ встрѣчѣ между собою и встрѣча эта была потому не дружественна, а враждебна. Я знаю случаи, когда инородцы были разоряемы по семи разъ. Семь разъ они перемѣняли мѣсто, и семь разъ ихъ разоряли переселенцы; наконецъ, они обнищали и буквально жили подаяніями. Я знаю двѣ семьи, которыя завели у себя быковъ и занялись было огородничествомъ. Ихъ дважды разорили крестьяне, а быковъ убили. Тогда дикари рѣшили, что Богъ наказалъ ихъ за то, что они оставили жизнь отцовъ и дѣдовъ и сѣли на землю. Они бросили свои фанзы и ушли въ горы и опять занялись охотою и рыболовствомъ. Здѣсь мы видимъ печальное явленіе: тѣ, которые было осѣли, стали вновь бродячими**). Конечно, при такихъ условіяхъ инородцы жить не могутъ,

*) Тукъ варится изъ рыбы и идетъ на удобреніе полей.

**) Иногда наблюдается, что инородцы умышленно уклоняются отъ осѣдлаго образа жизни, чтобы не платить сельскихъ и волостныхъ сборовъ и не нести повинности натурою.

и вымираніе ихъ произойдетъ скорѣе, чѣмъ это можно предположить.

Четвертая причина вымиранія инородцевъ—это психически подавленное состояніе духа. Клапротъ отводитъ этому фактору первое мѣсто и считаетъ его главнѣйшей причиной угасанія инородцевъ на востокѣ Сибири. И въ самомъ дѣлѣ! Все, что имъ было дорого и свято—ихъ обычаи, шаманство, праздники, могилы отцовъ—все это подверглось осмѣянію со стороны пришельцевъ. Я самъ видѣлъ, когда крестьяне жгли гробницы инородцевъ. За исключеніемъ гиляковъ, всѣ приамурскіе инородцы хоронятъ покойниковъ на поверхности земли въ особыхъ гробахъ, сдѣланныхъ въ видѣ лодки. Надъ гробомъ ставится юрта, въ которую складывается все имущество покойнаго. Только въ случаѣ эпидемической болѣзни умершихъ закапывали глубоко въ землю. Надо было видѣть, какъ потомъ, послѣ сожженія гробницъ, туземцы со слезами на глазахъ палочками разбирали пепелъ и доставали изъ золы кольца, пуговицы и несгорѣвшія кости, чтобы предать ихъ погребенію въ другомъ мѣстѣ.

Случится ли бѣда у дикаря, онъ шаманилъ, и такъ или иначе находилъ успокоеніе. Нѣтъ удачи на охотѣ, онъ прибѣгалъ къ шаману. Шаманъ камланилъ и преподавалъ совѣты. Заболѣетъ ли кто въ семьѣ, опять звали шамана и, быть можетъ, шаманъ дѣйствительно помогалъ имъ. Нѣтъ сомнѣнія, что нѣкоторыя нервныя болѣзни излѣчивались гипнозомъ. Во всякомъ случаѣ, вѣра въ шаманство, если и не излѣчивала больныхъ, то въ значительной степени облегчала ихъ страданія.

Какъ только отъ инородцевъ стали отнимать шаманство, они растерялись, они почувствовали пустоту и въ душѣ ихъ произошелъ расколъ.

Одно крещеніе, обращеніе въ православіе при оставшихся анимистическимъ міровоззрѣніяхъ инородцевъ на природу есть тѣ же домики съ печами, вторгшіеся въ укладъ жизни первобытнаго охотника и звѣролова.

И такъ все! Возьмемъ хотя бы для примѣра лодки. Для постройки лодки инородцу не даютъ лѣса. Чтобы получить право срубить большое дерево, онъ долженъ пройти черезъ цѣлый рядъ мытарствъ. Ему нужно живое дерево, а ему даютъ плав-

никъ. А плавникъ онъ взять не можетъ, и вотъ почему. По представленію инородца, естественной смерти нѣтъ. Смерть можетъ быть только насильственной. Она возможна лишь отъ козней чорта. Вотъ почему охотникъ, найдя въ тайгѣ мертваго соболя, какъ бы онъ дорогъ ни былъ, никогда его не тронетъ и поспѣшно уѣдетъ въ другое мѣсто. То же самое и мертвое дерево. Если онъ сдѣлаетъ лодку изъ плавника, онъ утонетъ. Даже живое дерево въ видахъ этого рубится особымъ образомъ и при этомъ читаются заклинанія.

Теперь оставимъ въ сторонѣ бродячихъ инородцевъ и еще разъ обратимся къ южно-уссурійскимъ тазамъ и амурскимъ гольдамъ.

Въ настоящее время тѣ и другіе стали заводить у себя свиней, куръ, лошадей и другую живность. Многіе изъ нихъ около своихъ фанзъ имѣютъ уже и огороды и потому они должны быть причислены къ разряду осѣдлыхъ.

Инородцы эти интересуются японскимъ и китайскимъ императоромъ и совершенно неимѣютъ понятія о русскомъ Государѣ; они знаютъ исторію Китая, знаютъ китайскихъ героевъ. китайскія пѣсни и—ничего русскаго! Развѣ это нормально!?

Всѣ они въ одинъ голосъ просятъ дать имъ „билеты", думая, что это спасетъ ихъ отъ разоренія. Часто такіе виды на жительство они никакъ получить не могутъ. Крестьяне гонятъ ихъ съ земли, какъ безпаспортныхъ, въ городахъ ихъ арестовываютъ, какъ безбилетныхъ. Случилось, что одна ороченка умерла въ Хабаровскѣ. Явилось затрудненіе, гдѣ и какъ ее хоронить? На русскомъ кладбищѣ ее хоронить было нельзя, потому что она была не православная, а на иностранномъ нельзя было хоронить потому, что она русская подданная.—Ее похоронили гдѣ то за кладбищемъ. Развѣ это нормально!?..

Прежде всего инородцы нуждаются во врачебной помощи и прежде всего необходимо организовать правильную поголовную прививку оспы. Другой мѣрой для поддержанія инородцевъ во время безрыбицы или неудачной охоты будетъ устройство магазиновъ (складовъ), въ которыхъ они могли бы достать себѣ по дешевой цѣнѣ продовольствіе и предметы первой необходимости.

Третьей насущной потребностью инородцевъ являются хорошія школы. Тѣ инородческія школы, которыя я видѣлъ во многихъ стойбищахъ—все, что угодно, только не школы. Это какія-то холодныя, грязныя мазанки. Общежитіе для дѣтей еще хуже. Любая инородческая юрта въ десять разъ чище и опрятнѣе. Первое желаніе, какое является при посѣщеніи такой школы, это выйти скорѣе на улицу. Не мудрено, что дѣти не хотятъ посѣщать школъ, и родители имъ въ этомъ сочувствуютъ. До сихъ поръ инородцы не видѣли отъ школъ ничего хорошаго. Подборъ учителей совершенно не соотвѣтствуетъ своему назначенію, и сплошь и рядомъ китайскіе купцы, живущіе въ инородческихъ стойбищахъ, культурнѣе и развитѣе, чѣмъ учителя. Жалованье этихъ учителей до того ничтожное, что на него можетъ пойти только такой человѣкъ, которому, какъ говорится, дѣваться некуда.

Я не знаю, сколько лѣтъ существуютъ такія школы, но увѣренъ, что школы эти въ томъ видѣ, какъ онѣ есть сейчасъ—приносятъ болѣе вреда, чѣмъ пользы.

У инородцевъ развилось къ школамъ враждебное отношеніе.

Я предложилъ бы сдѣлать нѣсколькихъ фельдшеровъ и фельдшерицъ и нѣсколькихъ учителей изъ числа тѣхъ же инородцевъ. Опасенія, что они уйдутъ отъ своего народа и станутъ жить въ городахъ, не должны имѣть мѣста, потому что: 1) перемѣщеніе фельдшеровъ зависитъ отъ Окружнаго Медицинскаго Инспектора, а 2) потому, что и сами они этого не пожелаютъ.

Профессоръ Н. И. Прохоровъ въ Якутской области встрѣтилъ въ одномъ изъ стойбищъ якутку, окончившую Благовѣщенскую женскую гимназію. На предложеніе поселиться въ городѣ она отвѣтила отказомъ и при этомъ подчеркнула, что ея долгъ быть со своимъ народомъ и помогать ему. Тоже самое я услышалъ и отъ одного тунгуса, окончившаго Хабаровское реальное училище

Наши инородцы болѣютъ тѣломъ и духовно. Они младшіе наши братья. Вѣдь и мы были когда то въ такомъ же фазисѣ развитія, какъ и они. Благодаря счастливому стеченію обстоятельствъ мы опередили ихъ—и только!

Для меня понятно, когда крестьяне жмутъ и разоряютъ инородцевъ, для меня понятно, когда переселенецъ говоритъ: пусть вымираютъ и, чѣмъ скорѣе, тѣмъ лучше! Но я никакъ не могу понять, какъ такую фразу можетъ говорить человѣкъ интеллигентный и образованный!? А такія фразы я слышалъ довольно часто. На это возразить можно было бы еще очень многое.

Какъ же практически помочь инородцамъ?

Прежде всего надо оградить ихъ отъ пьянства, во вторыхъ организовать медицинскую помощь. Организовать не такъ, какъ это было раньше. Въ самомъ дѣлѣ!? Что можетъ сдѣлать одинъ врачъ на всю Камчатку, Анадырь и Чукотскій полуостровъ!? И. Тюшовъ былъ правъ, когда вмѣсто лѣченія людей онъ занялся наукой.

Для того, чтобы спасти инородцевъ отъ окончательнаго вымиранія, много предположеній дѣлать нельзя.—Тутъ есть только одинъ исходъ: земельные и рыболовные надѣлы осѣдлыхъ инородцевъ (тазы и гольды) и отводъ охотничьей территоріи бродячимъ такъ, какъ это сдѣлано у американцевъ, предоставивъ инородцамъ развиваться самимъ изъ рыболововъ и охотниковъ въ огородники и земледѣльцы, помогая осторожно примѣрами и отнюдь ихъ не насилуя.

Надо торопиться, а то придется и намъ сказать то же, что сказалъ и Уоллесъ относительно вымершихъ тасманійцевъ:

«Это были народы съ зачатками прогресса, которые тогда встрѣтили возможность развитія, когда было уже слишкомъ поздно!?».

В. Арсеньевъ.

№ 28.

Докладъ А. И. Эбергардта.

Біологическій методъ Abderhalden'а для распознаванія беременности.

Въ истекшемъ 1912 году практическая медицина обогатилась новымъ діагностическимъ методомъ, которому суждено занять выдающееся мѣсто почти во всѣхъ спеціальностяхъ медицинской науки.

Реакція Abderhalden'а является результатомъ сложной системы біологическихъ опытовъ и имѣетъ въ своей основѣ стройную теорію о крайне разнообразномъ химическомъ строеніи нашихъ органовъ, ихъ простѣйшихъ элементовъ-клѣточекъ и продуктовъ жизнедѣятельности послѣднихъ.

Согласно этой теоріи, каждая клѣтка извѣстной группы въ своей основѣ имѣетъ химическій субстратъ, совершенно отличный отъ такого же субстрата клѣтокъ другой группы, кровь же является защитительной средой противъ возможнаго вреднаго вліянія элементовъ различныхъ клѣтокъ другъ на друга. Защитныя свойства въ видѣ ферментовъ заключаются впрочемъ уже въ самихъ клѣткахъ. Благодаря внутриклѣточнымъ ферментамъ, основной матеріалъ каждой клѣточки можетъ попасть въ кровь лишь въ переработанномъ видѣ, т. е. въ томъ видѣ, въ которомъ онъ не является уже чуждымъ веществомъ для крови и для клѣтокъ другихъ группъ. Кровь лишь воспринимаетъ эти продукты, какъ безвредные, не измѣняя ихъ въ дальнѣйшемъ. Иначе обстоитъ дѣло въ томъ случаѣ, если случайно въ кровь попадаетъ клѣточный матеріалъ, не подвергнутый внутриклѣточнымъ ферментативнымъ процессамъ. Кровь является здѣсь активной средой, которая должна измѣнить, обезвредить этотъ матеріалъ. Она должна сконцентрировать въ себѣ самой тѣ ферменты, которые необходимы для обезвреживанія этихъ чуждыхъ веществъ по отношенію къ другимъ клѣткамъ. Теорія эта, основанная на

первоначальномъ точномъ опытѣ, находитъ себѣ блестящее подтвержденіе въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ Abderhalden'a.

Abderhalden показалъ, что если ввести въ организмъ животнаго совершенно чуждыя ему вещества, въ крови этого животнаго появляются ферменты, которые его расщепляютъ, измѣняютъ и обезвреживаютъ.

Если собакѣ ввести подъ кожу или въ кровь тростниковый сахаръ, то въ крови можно оптическимъ путемъ обнаружить ферменты, расщепляющіе этотъ сахаръ на его компоненты: виноградный и плодовый сахаръ. Практически это опредѣляется способностью смѣси изъ сыворотки такой собаки съ растворомъ сахара измѣнять сторону вращенія поляризаціоннаго луча. Появленіе такихъ же ферментовъ обнаруживается въ сывороткѣ животныхъ, если имъ вводить подъ кожу или въ кровь чужеродные бѣлки, жиры, нуклеиновую кислоту и другія фосфоросодержащія вещества.

Эти открытія, послужившія основой изложенной теоріи, имѣли, однако, то общее, что въ организмъ животнаго вводились извнѣ совершенно чуждыя ему вещества.

Естественнымъ образомъ у изслѣдователя зародилась мысль, не происходятъ ли аналогичные процессы расщепленія случайно попадающихъ въ кровь естественныхъ продуктовъ жизнедѣятельности самаго организма.

Abderhalden избралъ объектомъ своихъ изслѣдованій беременность, какъ наиболѣе подходящій физіологическій актъ, при которомъ случайное попаданіе въ кровь частицъ послѣда въ видѣ клѣтокъ хоріона имѣетъ болѣе постоянный характеръ.

Опытъ блестяще оправдалъ теоретическія предположенія; кровь беременныхъ женщинъ реагируетъ на попаданіе этихъ чуждыхъ ей и всѣмъ прочимъ тканямъ элементовъ образованіемъ такихъ же специфическихъ ферментовъ, какъ и при искусственномъ введеніи чужеродныхъ веществъ въ организмъ животныхъ. Ферменты эти имѣютъ характеръ специфическихъ расщепляющихъ бродилъ по отношенію къ плацентарному бѣлку.

При взаимодѣйствіи плацентарнаго пептона и сыворотки беременной при условіяхъ температуры человѣческаго тѣла въ поляризаціонномъ аппаратѣ отмѣчается отклоненіе поляризаціоннаго луча, обнаруживающее происшедшее расщепленіе плацентарнаго пептона.

Abderhalden продѣлалъ для контроля тотъ же опытъ въ иномъ видоизмѣненіи, пользуясь методомъ діализа.

Какъ извѣстно, способностью проходить черезъ животную перепонку обладаютъ лишь продукты расщепленія бѣлковыхъ веществъ, самъ же коллоидальный бѣлокъ неспособенъ къ діализу.

Смѣшавъ кусочки обезкровленной плаценты съ сывороткой беременной женщины и подвергнувъ смѣсь діализу въ дистиллированную воду при тѣхъ же условіяхъ температуры человѣческаго тѣла, Abderhalden блестяще подтвердилъ свой первоначальный опытъ съ отклоненіемъ поляризаціоннаго луча.

Черезъ 12—16 часовъ въ дистиллированной водѣ, при помощи біуретовой реакціи, легко можно было доказать наличность діализа бѣлковыхъ веществъ, слѣдовательно фактъ происшедшаго расщепленія плацентарнаго бѣлка.

Этими опытами была доказана способность организма вырабатывать ферменты противъ продуктовъ его собственной жизнедѣятельности.

Открытіе Abderhalden'а нашло себѣ вскорѣ подтвержденіе въ послѣдовавшихъ повѣрочныхъ опытахъ другихъ изслѣдователей.

Оказалось, что при беременности далеко зашедшей, реакція между плацентарнымъ бѣлкомъ и испытуемой сывороткой даетъ положительный результатъ безъ исключенія. Оказалось, что реакція эта даетъ положительный результатъ даже въ самыхъ раннихъ стадіяхъ беременности и при внѣматочной беременности,—обстоятельство, имѣющее уже чисто практическій интересъ діагностическаго свойства. Съ тѣхъ поръ вопросъ этотъ перешелъ въ плоскость практическихъ изысканій. Цѣль этихъ изысканій вылилась въ задачу: насколько реакція Abderhalden'а специфична и насколько ею можно руководиться во врачебной дѣятельности.

Большинство изслѣдователей нашло, что реакція дѣйствительно специфична и позволяетъ опредѣлить беременность уже въ ранней стадіи ея развитія.

Въ противовѣсъ этимъ изслѣдованіямъ появились, однако, сообщенія, что реакція расщепленія бѣлка наблюдалась и съ сывороткой небеременныхъ и даже съ сывороткой мужчинъ

Такіе ошибочные результаты наблюдались нѣкоторыми авторами даже въ 10% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ. Эти отрицательныя данныя, казалось, должны были совершенно обезцѣнить практическое значеніе реакціи, такъ какъ доказывали, что здѣсь мы имѣемъ дѣло не со специфическими

ферментами въ крови, а лишь съ ферментами, расщепляющими вообще бѣлковыя вещества, слѣдовательно съ протеолитическими ферментами.

Возникшій по этому поводу споръ не можетъ считаться вполнѣ разрѣшеннымъ и въ настоящее время, однако, теоретическія данныя и безграничный потокъ изслѣдованій, продолжающихся и по сіе время, доказываетъ, что опубликованныя отрицательныя данныя касаются не существа реакціи, а лишь ея технической стороны.

Оба видоизмѣненія реакціи: поляризаціонный и путемъ діализа, отличаются крайне сложной техникой. Поляризаціонный методъ не получилъ вовсе распространенія, вслѣдствіе дороговизны связанныхъ съ его примѣненіемъ приборовъ и большой сложности выполненія, въ сравненіи съ методомъ діализа. Этотъ второй методъ, однако, также требуетъ большой технической сноровки и осмотрительности, и въ этомъ-то заключается причина тѣхъ неудачъ, которыя постигли часть изслѣдователей. Выполненіе реакціи на первый взглядъ просто:

Разрѣзанную на кусочки плаценту промываютъ въ водѣ до обезкровливанія, затѣмъ повторно кипятятъ до исчезновенія въ отварѣ Біуретовой реакціи или реакціи съ предложеннымъ Abderhalden'омъ особенно чувствительнымъ реактивомъ на бѣлокъ Nynhydrin'омъ.

Кусочекъ плаценты около 1 грамма, расщипанный, бросаютъ затѣмъ въ диффузіонную гильзу изъ рыбьяго пузыря, обливаютъ 1—2 к. с. испытуемой сыворотки; такимъ образомъ приготовленную гильзу опускаютъ въ цилиндръ съ 20 к. с. дистиллированной воды; содержимое гильзы и поверхность воды въ цилиндрѣ покрываютъ для предохраненія отъ случайнаго разложенія слоемъ толуола. Цилиндръ съ гильзой помѣщаютъ въ термостатъ на 12—16 часовъ, а затѣмъ съ 10 к. с. діализата продѣлываютъ реакцію біуретовую или съ Ninhydrin'омъ. Въ случаѣ отрицательнаго результата послѣ непродолжительнаго кипяченія не получается никакого окрашиванія жидкости; въ случаѣ же положительнаго результата получается фіолетовое окрашиваніе.

Простая на первый взглядъ реакція заключаетъ въ себѣ, однако, большое количество деталей, несоблюденіе которыхъ ведетъ къ ложнымъ результатамъ.

1. Плаценту рекомендуется брать молодую, 3—4 мѣсячную, въ видахъ большей нѣжности ткани, способствующей лучшему пропитыванію ея сывороткой.

2. Плацента должна быть основательно отмыта отъ крови, такъ какъ случайно не отмытая кровь, вступая въ соединеніе съ неочищенный сывороткой, даетъ продукты, діализирующіе черезъ животную перепонку.

3. Плацента должна обязательно кипятиться до исчезновенія въ водѣ реакціи на бѣлокъ, въ противномъ случаѣ она можетъ содержать сама вещества, способныя къ діализу.

4. Передъ каждымъ употребленіемъ жидкость, въ которой хранятся куски плаценты, должна контролироваться на содержаніе бѣлковыхъ веществъ, такъ какъ съ теченіемъ времени часть бѣлковыхъ веществъ плаценты переходитъ въ растворъ.

5. Сыворотка испытуемая не должна обнаруживать признаковъ наступившаго гемолиза, такъ какъ иначе она можетъ содержать посторонніе ферменты, происшедшіе изъ распавшихся эритроцитовъ.

6. Диффузіонныя гильзы должны употребляться лишь послѣ ихъ провѣрки на способность діализировать пептонъ, такъ какъ часто поры ихъ оказываются непроходимыми для бѣлковыхъ веществъ; во избѣжаніе закупорки этихъ поръ, провѣрочныя гильзы должны храниться подъ слоемъ толуола, въ дистиллированной водѣ.

7. Самое производство реакціи связано съ соблюденіемъ самыхъ педантичныхъ условій чистоты примѣняемой посуды и растворовъ.

Большинство перечисленныхъ деталей контролируется двумя повѣрочными реакціями на діализъ—одной плаценты и одной испытуемой сыворотки безъ плаценты.

При точномъ соблюденіи всѣхъ этихъ правилъ, большинство изслѣдователей получило положительные результаты лишь съ сывороткой беременныхъ и ни разу не получило положительнаго результата съ сывороткой другихъ больныхъ и мужчинъ.

Abderhalden первый же обратилъ вниманіе на опубликованные неблагопріятные результаты изслѣдователей. При повѣрочномъ испытаніи въ первомъ же случаѣ онъ доказалъ, что авторъ, опубликовавшій свои изслѣдованія, пользовался негодной плацентой, какъ матеріаломъ для реакціи. На счетъ несовершенства техники склонны отнести и другіе авторы неправильные результаты реакціи нѣкоторыхъ изслѣдователей.

Мнѣ пришлось изслѣдовать по методу діализа кровь въ 32 случаяхъ, любезно представленныхъ мнѣ д-ромъ Піонтковскимъ изъ родильнаго отдѣленія городской больницы и

д-ромъ Гласекомъ съ его амбулаторнаго пріема. Въ это же число вошли и случаи контрольнаго изслѣдованія крови завѣдомо небеременныхъ женщинъ и мужчинъ.

Всѣ изслѣдованные случаи и полученные результаты изслѣдованій представляются въ слѣдующемъ видѣ:

Клиническій діагнозъ.	Количест. случаевъ.	РЕЗУЛЬТАТЪ ИЗСЛѢДОВАНІЙ.		Замѣчанія.
		Діализатъ изъ плаценты + сыворотки.	Діализатъ изъ одной сыворотки (контроль).	
Graviditas extrauterina	1	+	—	Закончилось внутреннимъ кровотеченіемъ на 4-мъ мѣсяцѣ
Graviditas normal.	10	+	—	3 случая—9 мѣсячной беременности, 2 случая - 3 мѣсячной, 1 случ 4 мѣсячной и 4 1½—2 мѣсяч.
Спорныхъ беременностей.	3	—	—	Въ одномъ случаѣ впослѣдствіи констатированъ Tumor ovarii.
Pyosalpinx	1	—	—	
Hydrosalpinx.	1	—	—	
Myoma uteri.	1	—	—	
Cysta ovarii dextr.	1	+	—	
Нормальная кровь (женщ.).	1	—	—	
Нормальная кровь (муж.).	11	—	—	
„	1	+	—	
„	1	+	—	

Какъ видно изъ перечня, кровь завѣдомо беременныхъ во всѣхъ періодахъ беременности и случай внѣматочной беременности—дали положительный результатъ. 3 случая клинически спорныхъ беременностей—всѣ три послѣ однократнаго

отсутствія мѣсячныхъ—дали отрицательный результатъ. Въ одномъ изъ этихъ трехъ случаевъ уже вскорѣ обнаружилось отсутствіе беременности и наличность Tumor'a ovarii относительно же остальныхъ двухъ случаевъ дальнѣйшихъ; свѣдѣній пока не имѣется. Изъ четырехъ гинекологическихъ случаевъ—одинъ случай кисты яичника далъ положительный результатъ, остальные—отрицательный.

Изъ 14-ти контрольныхъ сыворотокъ лишь въ двухъ случаяхъ получился слабо положительный результатъ, однако, въ одномъ изъ этихъ случаевъ наблюдалось также слабое окрашиваніе съ Ninhydrin'омъ контрольнаго діализата изъ одной сыворотки испытуемаго.

О % отношеніи числа ошибочныхъ результатовъ въ моихъ изслѣдованіяхъ пока говорить не приходится, въ виду невыясненности клиническаго діагноза въ сомнительныхъ случаяхъ. Интересенъ лишь положительный результатъ реакціи Abderhalden'a въ случаѣ кисты яичника, который какъ будто умаляетъ специфическое значеніе полученныхъ результатовъ. Случай этотъ подлежитъ, однако, еще наблюденію въ смыслѣ наличности беременности, такъ какъ у больной была однократная задержка мѣсячныхъ.

Два случая положительнаго результата реакціи у мужчинъ я съ увѣренностью отношу на счетъ не вполнѣ еще усвоенной технической стороны реакціи, такъ какъ она требуетъ педантичнаго соблюденія всѣхъ перечисленныхъ выше тонкостей, что достигается лишь продолжительнымъ опытомъ. Во всякомъ случаѣ, полученные мною результаты согласуются въ общихъ чертахъ съ установленнымъ прочими изслѣдователями положеніями, что реакція Abderhalden'a даетъ съ сывороткой беременныхъ женщинъ положительный результатъ, какъ правило.

Въ заключеніе для полной характеристики разбираемой реакціи нельзя не отмѣтить, что насколько широки тѣ теоритическіе горизонты, которые открываются въ біологіи теоріей Abderhalden'a, настолько же обширно, повидимому, и практическое значеніе этого открытія. Abderhalden самъ увѣренъ, что ему удастся при помощи открытыхъ имъ ферментативныхъ процессовъ объяснить сущность важнѣйшей проблемы акушерства-эклямпсіи. „Можно думать", говоритъ онъ, „что при эклямпсіи повышено или наоборотъ замедлено разрушеніе въ крови чуждыхъ ей клѣточныхъ элементовъ; можетъ быть, разрушеніе здѣсь идетъ совсѣмъ по особому типу.

Возможно далѣе, что причина эклямпсіи заключается въ томъ, что единовременно въ кровь попадаетъ слишкомъ большое количество клѣточныхъ элементовъ. Можетъ быть, наконецъ, сами клѣтки хоріона имѣютъ здѣсь иное строеніе, и при разрушеніи ихъ въ крови образуются такіе продукты, которые вредятъ всему организму."

Изъ этихъ словъ мы видимъ, что новый біологическій методъ ставитъ, наконець, на практическую почву тѣ теоретическія предположенія, которыя занимаютъ умы акушеровъ въ теченіе уже многихъ столѣтій.

Нельзя обойти далѣе молчаніемъ того обстоятельства, что многими біологами и клиницистами выдвигается на очередь и другой вопросъ: нельзя ли при помощи метода Abderhalden'a объяснить многія темныя до сихъ поръ заболѣванія органовъ внутренней секреціи нашего тѣла, особенно тѣ, которыя имѣютъ характеръ „диссекреціи" и „гиперсекреціи" и поставить распознаваніе этихъ наитруднѣйшихъ для діагностики страданій на точную почву объективнаго лабораторнаго изслѣдованія.

Въ литературѣ имѣются уже указанія на попытку нѣкоторыхъ изслѣдователей примѣнить методъ Abderhalden'a при Базедовой болѣзни, панкреатическомъ діабетѣ, заболѣваніяхъ thymus, поджелудочной железы, печени и т д.—и повидимому съ благопріятнымъ результатомъ.

Если къ этому прибавить, что реакція Abderhalden'a примѣняется съ довольно хорошимъ результатомъ и при распознаваніи злокачественныхъ новообразованій внутреннихъ органовъ, какъ ракъ и саркома, то станетъ яснымъ, какія широкія перспективы открываетъ методъ Abderhalden'a въ теоретической и практической медицинѣ и какъ разъ въ тѣхъ отдѣлахъ ея, которые отличаются наибольшей запутанностью существующихъ гипотезъ и полнымъ отсутствіемъ діагностическихъ данныхъ, которыя могли бы способствовать раннему распознаванію, а слѣдовательно и своевременному лѣченію отмѣченныхъ болѣзненныхъ состояній.

Методъ Abderhalden'a открываетъ новую эру въ біологіи, остается лишь пожелать нѣкотораго упрощенія его технической стороны, чтобы онъ могъ стать достояніемъ каждаго практическаго врача и сослужить службу нашему общему лѣчебному дѣлу.

А. Эбергардтъ.

№ 29.

Докладъ А. Б. Моисеева.

Опытъ скарлатинной вакцинаціи въ переселенческой практикѣ.

Скарлатина должна быть названа одною изъ наиболѣе коварныхъ дѣтскихъ болѣзней. Эта характеристика болѣзни въ совершенно одинаковой степени должна быть отнесена какъ къ самой природѣ ея, такъ и къ ея діагностикѣ, къ ея теченію, къ ея профилактикѣ, къ ея терапіи.

Возбудитель болѣзни и его біологическія свойства совершенно неизвѣстны намъ. Отсутствіе опредѣленнаго типа ея начала и теченія иногда очень затрудняетъ установленіе діагноза.

А съ профилактикой и лѣченіемъ болѣзни дѣло обстоитъ совсѣмъ плохо. Изъ моего доклада объ инфекціонныхъ болѣзняхъ у дѣтей и въ частности о кори вы уже слышали, что въ условіяхъ переселенческой жизни и работы переселенческаго врача зачастую плохо обстоитъ дѣло тамъ, гдѣ всюду оно обстоитъ хорошо. Можно себѣ представить послѣ этого, какъ должна протекать скарлатина у переселенцевъ, какова должна быть борьба съ этой болѣзнью, зачастую дающая очень печальные результаты среди осѣдлаго, зажиточнаго и спокойно живущаго населенія.

Къ счастью для переселенцевъ, скарлатина въ ихъ средѣ какъ во время движенія, такъ и при водвореніи на участкахъ, до сихъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, не принимала характера особенно широкой эпидеміи. Этому несомнѣнно въ значительной мѣрѣ способствуетъ издавна установленное и узаконенное инструкціями правило немедленной строгой изоляціи изъ вагоновъ заболѣвшихъ скарлатиной и закарантинированіемъ ихъ родственниковъ и ближайшихъ сосѣдей. Отчеты восточнаго раіона передвиженія переселенцевъ показываютъ всего зарегистрованныхъ скарлатинныхъ въ пути мимо Иркутска за періодъ 1908—1910 г.—122 случая.

Всѣ больницы Приморскаго переселенческаго раіона за четыре года 1909—1912 имѣли на своихъ койкахъ всего 175 больныхъ скарлатиной. Все это сравнительно незначительныя количества, особенно, если ихъ сопоставить съ другого рода инфекціонными и даже неинфекціонными заболѣваніями у переселенцевъ.

Но эти же количества становятся значительными, если принять во вниманіе, что изъ 175 скарлатинныхъ умерло 46 человѣкъ, что составитъ процентъ смертности отъ этой болѣзни 38%.

Это въ больницахъ. А вотъ позволю себѣ иллюстрировать примѣромъ, какова бываетъ смертность отъ скарлатины у переселенцевъ внѣ больницы, на участкахъ.

Весной 1909 года изъ Хабаровска выѣхала партія переселенцевъ для водворенія на участкѣ „Гармахта", занимающемъ берегъ рѣки „Куръ" въ двухстахъ верстахъ отъ Хабаровска.

Скарлатинныхъ больныхъ въ то время на пунктѣ не было. Осмотрѣнные при посадкѣ на пароходъ переселенцы также были всѣ здоровы Но, несмотря на это, дня черезъ 4 послѣ высадки переселенцевъ на берегъ 12 изъ общаго ихъ количества въ 19 дѣтей быстро одинъ за другимъ заболѣли скарлатиной и всѣ 12 умерли. Вызванная фельдшерица успѣла застать только двухъ живыхъ—умирающихъ.

Принимая во вниманіе вышеизложенныя затруднительныя условія по борьбѣ со скарлатиной среди переселенцевъ, особенно на пунктахъ остановки и при водвореніи ихъ на участки, гдѣ обычныхъ въ этомъ случаѣ мѣръ изоляціи и дезинфекціи въ должной мѣрѣ совершенно не представлялось возможнымъ провести, я еще съ весны 1909 года, ознакомившись по литературнымъ даннымъ съ методомъ прививки предохранительной по скарлатинѣ стрептококковой вакцины Габричевскаго, сталъ примѣнять ихъ какъ у себя въ больницѣ, такъ и на пунктахъ.

Первыя прививки начали производить дѣтямъ, которыя больше всего рисковали заболѣть, дѣтямъ—родственникамъ больныхъ скарлатиной' зачастую такимъ даже, которыхъ вмѣстѣ съ родственниками волей—неволей приходилось помѣщать въ заразные бараки къ заболѣвшимъ сочленамъ семьи. Въ такихъ случаяхъ я всегда на ряду съ вакцинаціей производилъ также впрыскиваніе Мозеровской противоскарлатинной сыворотки въ количествѣ 30—40 кубиковъ на ребенка.

Такимъ образомъ, за періодъ движенія переселенцевъ 1909 года я произвелъ до 20 вакцинацій дѣтямъ въ возрастѣ отъ 2-хъ до 10-ти лѣтъ. Вакцинація въ такихъ случаяхъ всегда была троекратной съ недѣльными на каждый разъ промежутками.

Изъ 20-ти привитыхъ ни одинъ не заболѣлъ, несмотря на то, что вслѣдствіе особыхъ условій проживанія переселенцевъ на пунктѣ, вакцинированныхъ, какъ я уже сказалъ, приходилось помѣщать вмѣстѣ съ братишками и сестрами, которые находились въ стадіи шелушенія отъ скарлатины.

Ободренный такими успѣхами, я сталъ предлагать прививки вакцины Габричевскаго всѣмъ дѣтямъ переселенцевъ и служащихъ пункта.

Охотниковъ до прививокъ изъ переселенческихъ бараковъ находилось немного, всего за лѣто 1909 года—22 ребенка, которымъ удалось лишь однократно привить вакцину. Служащіе охотно соглашались на прививку ихъ дѣтямъ вакцины даже повторно и въ третій разъ, такъ какъ въ Хабаровскѣ, да и на пунктѣ въ это время была значительно выражена эпидемія скарлатины.

Всего за 1909 годъ мною было произведено 128 прививокъ 64 дѣтямъ, изъ которыхъ было:

первично привитыхъ 24
повторно привитыхъ 16
получившихъ 3 прививки 24

Въ 1910 году, точной регистраціи привитымъ не велось, и я думаю, что количество дѣтей, привитыхъ на пунктѣ, не превышало 30.

Въ 1911 году, за отсутствіемъ эпидеміи среди переселенцевъ, предохранительныя прививки совсѣмъ не примѣнялись.

Зимой 1911 и 12 г. въ г. Хабаровскѣ была значительная эпидемія скарлатины, и я изъ опасенія переноса заразы въ переселенческіе бараки началъ широко примѣнять прививки среди переселенцевъ, служащихъ пункта и въ дѣтскомъ переселенческомъ пріютѣ.

Всего было сдѣлано за этотъ періодъ прививокъ 589—364 дѣтямъ.

Изъ нихъ первично привитыхъ . . 190
повторно „ . . 123
по три раза „ . . 43

Всѣ предохранительныя скарлатинныя прививки на пунктѣ дали, по моему, очень хорошій результатъ. Только благодаря имъ, мнѣ кажется, пунктъ занимаетъ особое счастливое положеніе по отношенію къ скарлатинѣ въ городѣ, гдѣ таковая не переводится и превращается въ эпидемію чуть ли не каждую зиму.

Особенно убѣдительнымъ по благодѣтельному вліянію прививокъ мнѣ кажется примѣръ вакцинаціи въ дѣтскомъ пріютѣ имени Н. Л. Гондатти, находящемся на пунктѣ.

Въ мартѣ—апрѣлѣ 1912 года, послѣ того, какъ прививки были уже закончены, къ 40 находящимся тамъ дѣтямъ было доставлено еще новыхъ 5 сиротъ—дѣтей переселенцевъ. Имъ по причинѣ чисто случайной, къ сожалѣнію, прививки своевременно не было сдѣлано. И вотъ изъ числа этихъ 5 дѣтей въ маѣ 1912 года трое заболѣли скарлатиной и въ такой сильной степени, что двое изъ нихъ умерли. Никто изъ остальныхъ 42 дѣтей пріюта не заболѣлъ, несмотря на то, что дѣти въ пріютѣ живутъ довольно скученно, и никакой дезинфекціи произведено не было.

Вакцинація производилась исключительно на пунктѣ. На поселкахъ въ этомъ не встрѣчалось особенной надобности, такъ какъ скарлатина тамъ ограничивалась лишь спорадическими случаями, требовавшими еще провѣрки въ діагнозѣ, который на участкѣ устанавливался фельдшеромъ.

Ранней весной текущаго года на переселенческихъ участкахъ и отчасти въ старожильческихъ селеніяхъ Вяземской волости—Лермонтовское, Пушкино, Котиково, Виноградовка, появилась значительная эпидемія скарлатины. Какъ удалось выяснить впослѣдствіи, эпидемія была занесена въ поселки отъ желѣзно-дорожныхъ служащихъ разъѣздовъ и станцій, лежавшихъ близъ этихъ поселковъ. А внутри селеній главными и очень ясными источниками скарлатинной инфекціи служили школы. Вслѣдствіе этого школы всѣ пришлось закрыть на продолжительное время, т. е. пришлось принять мѣру, которая лишила дѣтей почти всей половины 1912—1913 учебнаго года.

А такъ какъ эта мѣра, связанная съ такимъ тормозомъ въ школьномъ образованіи, оказалась къ тому же и малодѣйствительной, то я и рѣшилъ перенести на деревню практиковавшійся мною методъ скарлатинной профилактики на пунктѣ.

Раньше я затруднялся это сдѣлать по соображенію слѣдующаго характера. До самаго послѣдняго времени всѣ прививки вакцины Габричевскаго я старался производить лично самъ и никогда не довѣрялъ этого дѣла фельдшерскому персоналу. А такъ какъ, занятый въ больницѣ, я совершенно не имѣю свободнаго времени для выѣзда съ этой цѣлью въ деревни, то и рѣшилъ на первыхъ порахъ по борьбѣ съ указанной эпидеміей скарлатины ограничиться изоляціей заболѣвшихъ, возможной дезинфекціей хотя выздоровѣвшихъ дѣтей и прочими старыми методами борьбы, съ каковой цѣлью мною былъ приглашенъ на помощь постоянному фельдшеру Лермонтовскаго участка еще одинъ временный эпидемическій фельдшеръ.

Недѣйствительность всѣхъ указанныхъ мѣропріятій сказывалась въ томъ, что случаи новыхъ заболѣваній скарлатиной въ указанныхъ селеніяхъ не прекращались вплоть до іюня мѣсяца. А въ 20-хъ числахъ іюля я получилъ телеграмму изъ селенія „Роскошь", лежащаго въ одной верстѣ отъ разъѣзда «Гедике», за подписью «сельское общество», по которой переселенцы вызывали меня вслѣдствіе внезапнаго заболѣванія многихъ дѣтей въ ихъ поселкѣ.

Выѣхавши въ тотъ же день въ «Роскошь», я дѣйствительно констатировалъ тамъ 18 дѣтей, заболѣвшихъ скарлатиной на протяженіи 3—4 послѣднихъ дней.

Эпидемія была занесена изъ сосѣдняго поселка «Котиково» или изъ разъѣзда «Гедике», гдѣ болѣло и умерло нѣсколько дѣтей служащихъ желѣзно-дорожныхъ.

Внезапное и широкое распространеніе эпидеміи очень встревожило переселенцевъ и они стали соглашаться на предложенную мною мѣру вакцинаціи здоровыхъ дѣтей. Дѣло было организовано слѣдующимъ образомъ: опытный больничный фельдшеръ, нѣсколько лѣтъ помогавшій мнѣ при скарлатинныхъ прививкахъ, съ этой цѣлью былъ командированъ на завтра же въ селеніе «Роскошь», а фельдшеру Лермонтовскаго участка послѣ предварительнаго соотвѣтствующаго руководства одновременно поручено объѣхать всѣ селенія, гдѣ еще наблюдалась скарлатина и произвести тамъ прививку. Такимъ образомъ было сдѣлано прививокъ въ селеніяхъ:

Роскошь . . . 91 человѣку въ возрастѣ отъ 1 до 17 лѣтъ.
Виноградовка . 62 „

Котиково . . 60 человѣкъ.
Пушкино . . 50 „

Всего . . . 263-мъ,
получившимъ въ общей сложности 430 прививокъ.

Всѣхъ здоровыхъ дѣтей удалось привить только въ селеніи „Роскошь", гдѣ фельдшеръ жилъ безвыѣздно, наблюдалъ за вакцинированными, измѣрялъ имъ температуру и проч.

Результатъ этой вакцинаціи вышелъ очень хорошимъ. Послѣ начала прививокъ и до сего времени ни въ селеніи „Роскошь", ни во всѣхъ ближайшихъ селеніяхъ не было ни одного случая заболѣванія скарлатиной, тогда какъ на сосѣднихъ станціяхъ и разъѣздахъ желѣзной дороги, которые могутъ быть названы контрольными (по желѣзной дорогѣ методъ вакцинаціи не примѣнялся) еще до сихъ поръ наблюдаются вспышки скарлатины.

Крестьяне очень довѣрчиво относятся къ методу стрептококковой вакцинаціи и сравниваютъ ее съ оспенной.

Только реакція послѣ прививки, особенно, если она выражена въ сильной степени, пугаетъ иногда переселенцевъ и на вторичную въ такихъ случаяхъ прививку долго приходится убѣждать родителей и встрѣчать сильное сопротивленіе со стороны дѣтей.

Въ общей сложности на пунктѣ и на участкахъ до сихъ поръ мною сдѣлано 1177 прививокъ 721 человѣку.

Каковы-же общіе результаты ихъ?

Къ сожалѣнію, изъ общаго количества привитыхъ дѣтей мнѣ удалось прослѣдить самому непосредственно и черезъ посредство фельдшеровъ лишь немного больше половины привитыхъ, вслѣдствіе кратковременнаго пребыванія переселенцевъ на пунктѣ (3—4 зимнихъ мѣсяца).

Но постоянно находящіяся на глазахъ дѣти пріюта и служащихъ пункта, всѣ получившія по крайней мѣрѣ по 2 предохранительныхъ прививки, прослѣжены вполнѣ надежно. Изъ нихъ за весь 4-хъ лѣтній періодъ времени заболѣло только 3 человѣка—мальчикъ 6-ти лѣтъ и дѣвочка 8-ми лѣтъ—С-ы и третья Т. Н-ая, дочь чиновника, живущаго близъ пункта.

Первые—мальчикъ и дѣвочка—заболѣли черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ прививки, которая по какой то случайной причинѣ была имъ сдѣлана всего 1 разъ. Дѣвочка Т. заболѣла черезъ $2^1/_2$ года послѣ 2-хъ—кратной прививки.

Во всѣхъ трехъ случаяхъ болѣзнь протекла очень легко безъ всякихъ осложненій. Другихъ случаевъ заболѣванія привитыхъ у меня не было, несмотря на то, что эпидемія скарлатины въ городѣ тянется вотъ уже нѣсколько лѣтъ съ небольшими перерывами на лѣтніе мѣсяцы.

Вакцина выписывалась мною неизмѣнно изъ института экспериментальной медицины и запасы ея очень часто освѣжались.

Дозировка употреблялась слѣдующая:

отъ	2	до	5	лѣтъ	не болѣе . . .	0,3.
„	5	„	10	„	„ „ . . .	0,5.
„	10	„	15	„	„ „ . . .	0,7.

Въ дозировкѣ вакцины при повторныхъ прививкахъ я всегда считался съ реакціей послѣ первой прививки и въ зависимости отъ нея оставлялъ дозу прежнюю, или увеличивалъ ее въ полтора или два раза.

Прививка всегда производилась Люеровскимъ 2-хъ граммовымъ шприцемъ. Мѣстомъ прививки старался выбирать подкожную клѣтчатку груди и живота съ такимъ разсчетомъ, чтобы послѣдовательный мѣстный реактивно-воспалительный процессъ не приходился на поясѣ. Кожа дезинфецировалась однократными смазываніями іода. На мѣсто укола прикладывалась коллодійная ватка.

Въ чемъ выражалась реакція послѣ прививокъ?

Въ этомъ случаѣ съ особенной тщательностью проведены наблюденія надъ дѣтьми пріюта, въ общемъ свыше 73 человѣкъ.

Мѣстная реакція почти у всѣхъ выражалась въ очень слабой формѣ. Только у немногихъ замѣтна была краснота и незначительная опухоль. На боль въ мѣстахъ укола жаловалось больше половины.

Повышеніе температуры наблюдалось почти у всѣхъ привитыхъ, причемъ это повышеніе выразилось въ разной степени: отъ 4 десятыхъ выше нормы до температуры 39,3 у 3—4 дѣтей 6—8 лѣтняго возраста. Но въ общемъ температура лишь у немногихъ превышала 38 градусовъ. Наибольшее повышеніе температуры наблюдалось въ первый вечеръ и ночь послѣ утренней прививки. Къ слѣдующему утру температура почти доходила до нормальной, а къ вечеру снова повышалась, но въ значительно меньшей степени, чѣмъ наканунѣ. Высокая температура у 6-ти дѣтей въ первую и

вторую ночь послѣ прививки сопровождалась очень безпокойнымъ состояніемъ, бредомъ, метаніемъ по постели, спрыгиваніемъ съ постели и проч.

Изъ внѣшнихъ проявленій вакцинной реакціи у 21-го наблюдалась на 2-й—3-й день легкая ангина и языкъ, напоминающій слегка языкъ скарлатинныхъ:—«малиновый». Къ перечисленнымъ симптомамъ у трехъ наблюдалась легкая сыпь по всему тѣлу, напоминавшая краснуху и исчезнувшая черезъ три дня безъ всякаго слѣда и шелушенія. Бурно протекла реакція у одной дѣвочки 10 лѣтъ С. Д—зъ. Назавтра послѣ прививки къ вечеру ее вырвало однократно, температура поднялась до 39,3, по всему тѣлу выступила рѣзкая скарлатинная сыпь. Въ зѣвѣ появилась катаральная ангина.

По первому впечатлѣнію можно было думать, что здѣсь имѣлось дѣло съ настоящей скарлатиной. Но послѣдующее теченіе доказало, что это былъ лишь цѣлый реактивный симптомокомплексъ, названный по прив.-доц. Виноградову „вакцинскарлатиной“.

Высыпаніе, цвѣтеніе и поблѣднѣніе сыпи закончилось въ 2—3 дня. «Малиновый» языкъ наблюдался сразу безъ предварительной стадіи съ налетомъ, какъ то бываетъ у скарлатинныхъ. Шелушенія никакого не было. Кромѣ этого случая съ дѣвочкой, которая въ первомъ реактивномъ періодѣ пролежала два дня въ постели, всѣ остальныя дѣти выглядѣли совершенно здоровыми, играли и ни на что не жаловались, кромѣ, какъ я указалъ на нѣкоторыхъ, боли на мѣстѣ укола.

Въ заключеніе позволю вамъ привести коротенькую справку по литературѣ вопроса.

Честь открытія вакцины по скарлатинѣ принадлежитъ русскому бактеріологу Георгію Норбертовичу Габричевскому, умершему 23 марта 1907 г. Ко дню кончины его было сдѣлано всего лишь 2000 вакцинацій. Но уже въ 1909 г. докторъ Невѣдомскій, первый сдѣлавшій сводку всѣхъ данныхъ по скарлатинной вакцинаціи, сообщилъ IX совѣщанію врачей Воронежской губ. о 19843 лицахъ, коимъ была сдѣлана прививка. Изъ нихъ заболѣло 307, т. е. процентъ заболѣваемости среди привитыхъ равенъ 1,5%. Докторъ Невѣдомскій приходитъ къ положительнымъ результатамъ.

Къ такимъ же положительнымъ результатамъ на основаніи своихъ наблюденій надъ прививками приходитъ пода-

вляющее большинство земскихъ врачей. Незначительное меньшинство или воздерживается отъ заключенія, или въ своихъ выводахъ ссылается на то, что прививки безусловно не опасны, и что прививать вакцину слѣдуетъ и должно, гдѣ только возможно и гдѣ, главнымъ образомъ, никакихъ другихъ надежныхъ мѣръ борьбы примѣнить невозможно.

Отсюда и понятно, что лишь въ земской обстановкѣ до сихъ поръ примѣнялась вакцинація. Города же не признаютъ пока этой еще не совсѣмъ выясненной мѣры борьбы.

Насколько мнѣ извѣстно, лишь въ Москвѣ въ крупномъ масштабѣ примѣнялись скарлатинныя прививки и съ результатами безусловно положительными.

Но въ общемъ представители медицины городской и медицины экспериментальной въ лучшемъ случаѣ относятся къ прививкамъ безразлично, въ худшемъ рѣзко-отрицательно.

Изъ земскихъ врачей лишь только два въ 1909 году высказались рѣзко-отрицательно о прививкахъ—докторъ Стрѣлковъ (Вытегра) и докторъ Зелюкинъ.

Но вотъ что пишетъ представитель научной медицины профессоръ Гамалѣя о скарлатинныхъ прививкахъ въ іюльской книжкѣ «Вѣстника общественной гигіены, судебной и практической медицины», основываясь главнымъ образомъ на экспериментальныхъ работахъ Bernhardt'a, который вызвалъ скарлатину у обезьяны въ Берлинскомъ институтѣ инфекціонныхъ болѣзней заразнымъ матеріаломъ, лишеннымъ стрептококковъ:

1) Въ пользу стрептококковой вакцинаціи и серотерапіи скарлатины нѣтъ никакихъ убѣдительныхъ доказательствъ.

2) Стрептококковая этіологія скарлатины вполнѣ опровергнута.

3) Всѣ эксперименты на людяхъ со стрептококковыми вакцинами и сыворотками должны быть немедленно прекращены; эти средства должны вернуться въ лабораторіи и оправдать свои права на существованіе путемъ опытовъ на обезьянахъ.

Это пишетъ ученый въ лабораторіи въ то время, какъ практика жизни даетъ совершенно иные результаты. Комиссія Харьковскаго медицинскаго общества, располагавшая 58000 прививокъ, высказывается за ихъ цѣлесообразность. Также высказывается положительно по этому вопросу и находитъ прививки желательными Областной Съѣздъ врачей юга Россіи. Правда, то было въ 1910 году. Но вотъ уже

и послѣ указаннаго заявленія Гамалѣя много земскихъ врачей пишутъ вполнѣ благопріятные отзывы о прививкахъ и рекомендуютъ примѣнять ихъ, какъ мѣру, единственно вѣрную и единственно возможную въ сельской практикѣ.

Лично я, на основаніи своего небольшого опыта, воздерживаюсь отъ категорической похвалы прививкамъ, но, думаю, что это дѣйствительно единственная мѣра борьбы со скарлатиной въ нашей деревнѣ. Ее безусловно слѣдуетъ примѣнять и, примѣняя, въ виду новизны вопроса и не вполнѣ яснаго результата, продолжать изучать вопросъ на практикѣ.

Самъ Г. Н. Габричевскій, предлагая вниманію врачей вакцину противъ скарлатины, сказалъ, что отвѣтить о пользѣ ея должна лишь практика жизни.

А. Моисеевъ.

ПРОТОКОЛЫ ЗАСѢДАНІЙ

1-го Съѣзда врачей Приамурскаго края

1913-го года.

Протоколъ 1-го засѣданія

1-го Съѣзда врачей Приамурскаго края 24-го августа 1913 г.

Засѣданіе открыто въ 6 час. 45 мин. вечера.

Предсѣдатель Организаціоннаго Бюро д-ръ А. А. Смирновъ проситъ присутствующихъ намѣтить записками 3-хъ лицъ въ президіумъ Съѣзда.

На засѣданіи присутствовало 46 членовъ Съѣзда: Афанасьевъ, Бѣжаницкая, Барановъ, Баженовъ, Виноградскій, Вейсъ, Вишневскій, Вибе, Ганъ, Германъ, Громовъ, Гласекъ, Галка, Евтихіевъ, Зандау, Кальнинъ, Короневскій, Кирилловъ, Козловскій, Конъ, Кудрявцевъ, Лупандинъ, Моисеевъ, Мольтрехтъ, Неводничанскій, Недлеръ, Обтемперанскій, Петинъ, Подпахъ, Пѣтуховъ, Піонтковскій, Покровскій, Раковичъ, Спицынъ, Служалекъ, Смирновъ, Сомовъ, Токаревъ, Тищенко, Филиппова, Фриденштейнъ, Фіалковскій, Харуцкій, Шахъ-Назаровъ, Щербачевъ, Юдинъ.

Записками въ президіумъ выбраны: Предсѣдателемъ—С В. Виноградскій—35 записокъ. Товарищами его: Н. В. Кирилловъ—33 записки и С. И. Петинъ,—37 записокъ.

Согласно предложенію Организаціоннаго Бюро, Съѣздъ утвердилъ Секретарями К. А. Покровскаго и А. И. Эбергардта.

Послѣ этого съ краткими отвѣтными рѣчами обратились къ Съѣзду Предсѣдатель и его Товарищи, благодаря за оказанную имъ честь.

Первымъ выслушивается докладъ д-ра Фіалковскаго на тему: „Современные принципы борьбы съ алкоголизмомъ“.

Среди доклада, по предложенію Предсѣдателя, Съѣздомъ обсуждается вопросъ о сокращеніи срока для докладовъ.

Съѣздъ рѣшаетъ не ограничивать времени для докладовъ.

Докладчикъ д-ръ Фіалковскій доканчиваетъ чтеніе доклада.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика за интересный докладъ, подтверждаетъ правильность статистическихъ данныхъ, приведенныхъ докладчикомъ. Важность затронутой темы несомнѣнна, такъ какъ процессъ алкоголизаціи постояннаго и пришлаго населенія зашелъ далеко.

Передъ открытіемъ преній Секретаремъ Съѣзда К. А. Покровскимъ, въ порядкѣ дня, возбуждается вопросъ о доставленіи секретаріату аутореферетовъ оппонентами.

Съѣздомъ вопросъ рѣшается въ положительномъ смыслѣ.

Д-ръ В. В. Гласекъ спрашиваетъ докладчика о примѣненіи скополямина и о дозировкѣ его.

Д-ръ И. П. Кудрявцевъ находитъ наиболѣе важной профилактику алкоголизма, а также разсмотрѣніе причинъ широкой алкоголизаціи населенія края, дѣло же лѣченія алкоголизма въ этомъ случаѣ отходитъ на второй планъ.

Д-ръ Н. В. Кирилловъ. Статистическія данныя автора требуютъ провѣрки; есть неточности; не надо забывать о подвижномъ элементѣ населенія—пришлыхъ рабочихъ; нѣкоторые, попавшіе въ группу абстинентовъ, на дѣлѣ пьютъ, напр., корейцы, китайцы. Спорно также положеніе докладчика, что здѣсь пьянство болѣе развито, чѣмъ въ Россіи. Нельзя пьянаго сажать вмѣстѣ съ преступникомъ. По отношенію къ служащимъ, наприм., на желѣзной дорогѣ, можно согласиться съ временнымъ лишеніемъ свободы, помѣщая таковыхъ въ спеціальные павильоны, но эта мѣра общая, а не спеціально для нашего края. Слѣдуетъ вести широкую пропаганду противъ алкоголя и прежде всего вести такую въ школахъ. Слѣдовало бы и у насъ ввести «Армію Спасенія», на подобіе заграничной организаціи для борьбы съ алкоголизмомъ.

Д-ръ О. И. Сомовъ обращаетъ вниманіе на то, что населенію края зачастую предлагается водка сквернаго качества— сивуха, гдѣ высокъ % вредныхъ примѣсей. Этимъ вызывается необходимость установленія спеціальнаго контроля.

Д-ръ К. А. Покровскій. Значительная часть бюджета нашего составляется изъ косвенныхъ налоговъ, среди которыхъ виднѣйшее мѣсто принадлежитъ алкоголю, т. е. доходамъ отъ винной монополіи. Внѣ перестройки всей системы обложенія и рѣчи быть не можетъ объ успѣшной борьбѣ съ алкоголизмомъ, но рѣшеніе этого вопроса относится уже къ компетенціи законодательныхъ учрежденій, почему рекомендую Съѣзду возбудить соотвѣтствующее ходатайство.

Д-ръ Ф. Ф. Неводничанскій. Въ южныхъ селеніяхъ Приморской области развито невѣроятное пьянство среди казаковъ; водку они достаютъ путемъ контрабанды; добытую водку они и сами пьютъ, и продаютъ Данныя эти не заре-

гистрованы, а потому въ этомъ отношеніи и у докладчика отмѣчаю пробѣлъ. Нужны не лѣчебныя мѣры, а энергичная борьба съ контрабандой. Для выработки различныхъ мѣръ борьбы съ алкоголизмомъ предлагаю выбрать особую комиссію. Говорить о спаиваніи арміи въ настоящее время нельзя, принимаются энергичныя мѣры противъ пьянства.

Д-ръ Д. О. Шахъ-Назаровъ указываетъ на высокій % алкоголизма среди анамнестическихъ данныхъ у паціентовъ окружной военно-психіатрической лѣчебницы.

Д-ръ Блаутъ-Блачевъ считаетъ, что пьянство рѣзче выражено среди городского населенія, чѣмъ среди сельскаго населенія.

Д-ръ И. П. Кудрявцевъ. Главной причиной пьянства у переселенцевъ-новоселовъ является поселеніе ихъ въ мѣстахъ, мало пригодныхъ для земледѣльческой культуры, что ведетъ къ обостренію процесса борьбы за существованіе, требуетъ громадной затраты какъ наличныхъ матеріальныхъ средствъ новоселовъ, такъ и душевной энергіи; надломленная непосильной борьбой индивидуальность ищетъ компенсаціи въ алкоголѣ.

Д-ръ Н. В. Кирилловъ. Мнѣніе д-ра Кудрядцева требуетъ свидѣтельскихъ показаній. Предлагаю такого рода формулировку вопроса: «считая потребленіе алкоголя въ краѣ слишкомъ высокимъ, находя, что населеніе пограничной полосы дѣйствительно отравляется алкоголемъ, Съѣздъ находитъ нужнымъ обратить вниманіе администраціи на необходимость организаціи планомѣрной борьбы и предлагаетъ построить зданія для помѣщенія алкоголиковъ и принудительнаго лѣченія ихъ; необходимо, чтобы пропаганда велась какъ въ школахъ, такъ и въ церквахъ и вообще среди населенія, причемъ всякія просвѣтительныя начинанія этого рода должны поощряться».

Д-ръ А. Б. Германъ. Намѣчаемыя мѣропріятія не исчерпываютъ практической стороны вопроса. Населеніе здѣсь крайне разнообразное, вопросъ самъ по себѣ сложенъ, сейчасъ нельзя ничего точно формулировать. Необходимо выбрать комиссію для подробнаго разсмотрѣнія вопроса, и пусть эта комиссія намѣтитъ рядъ мѣръ.

Докладчикъ д-ръ Фіалковскій отвѣчаетъ д-ру Гласеку:

Относительно дозы скополямина: первоначально я даю $^1/_2$ милгм. внутрь для испытанія на идіосинкразію. Если ея нѣтъ, то въ дальнѣйшемъ какъ внутрь, такъ подъ кожу, отъ этой дозы постепенное повышеніе и наконецъ уменьшеніе. Относительно максимальной дозы могу указать, что я довожу въ нѣкоторыхъ случаяхъ до дозъ, превышающихъ въ 2—3 раза дозы, указанныя въ фармокопеѣ. Былъ между прочимъ у меня одинъ случай, когда больной съ цѣлью самоотравленія принялъ 0,01 скополямина и, хотя признаки отравленія были очень тяжелые, больной былъ спасенъ.

Д-ру Кудрявцеву относительно спеціальныхъ причинъ алкоголизма—я на нихъ указалъ въ своемъ докладѣ.

Д-ру Кириллову: на предложеніе д-ра Кириллова лишать алкоголиковъ желѣзнодорожныхъ служащихъ свободы съ цѣлью лѣченія,—я не допускаю даже мысли, что Съѣздъ врачей можетъ рекомендовать лишать душевно-здоровыхъ людей свободы по какому бы то ни было поводу. 2-ое предложеніе д-ра Кириллова: распространять въ деревняхъ книги полубожественнаго содержанія я отношу къ той же категоріи предложеній, какія вынесъ Московскій съѣздъ противъ алкоголизма, который—предложилъ съ цѣлью борьбы противъ алкоголизма строить какъ можно больше церквей. 3-е предложеніе д-ра Кириллова—учредить въ Россіи организацію, напоминающую организацію заграничной «Арміи спасенія»; думаю, что «Армія спасенія» является изуродованнымъ общественнымъ движеніемъ, почему рекомендовать эту организацію Съѣздъ врачей не можетъ.

Д-ру Неводничанскому: я думаю, что армія является разсадникомъ алкоголизма, потому что нѣсколько лѣтъ тому назадъ были произведены статистическія изслѣдованія, указанныя въ докладѣ. Какъ вопросъ этотъ обстоитъ въ войскахъ Приамурскаго Округа, я не знаю.

Предсѣдатель ставитъ на баллотировку предложеніе д-ра Германа, каковое Съѣздомъ принято 24 голосами противъ 16.

Въ комиссію намѣчены д-ра: Фіалковскій, Германъ, Лупандинъ, Тищенко, Сомовъ и президіумъ.

Объявляется перерывъ на 10 минутъ.

Послѣ перерыва заслушанъ докладъ д-ра Петина „Pneumonia pestica“.

Послѣ прочтенія доклада слово дается д-ру Фіалковскому.

Д-ръ Фіалковскій: Изъ русскихъ газетъ я узналъ, что на Лондонскомъ международномъ конгрессѣ врачей 1913 года заклеймлена дѣятельность русскихъ врачей въ

Маньчжуріи во время эпидеміи чумы 1910 и 1911 г., причемъ конгрессомъ признано, что русскіе врачи, работавшіе на чумѣ въ Маньчжуріи, проявили невѣжество и жестокосердіе. Предлагаю Съѣзду принять слѣдующую формулировку:

„Краевой Съѣздъ врачей Приамурья, которому хорошо извѣстны условія борьбы съ чумой въ Маньчжуріи въ 1910 и 1911 г.г., подчеркиваетъ вполнѣ самоотверженную борьбу съ чумой всѣхъ вообще русскихъ врачей Маньчжуріи, въ томъ числѣ и врачей города Харбина, свидѣтельствуетъ о вполнѣ раціональной постановкѣ этой борьбы, удостовѣряетъ, что борьба эта велась на строго научныхъ основаніяхъ, что врачи были вполнѣ на высотѣ своего призванія и протестуетъ поэтому противъ постановленія Всемірнаго конгресса врачей въ Лондонѣ въ 1913 году, который вынесъ совершенно незаслуженное порицаніе этимъ врачамъ.»

«Вмѣстѣ съ тѣмъ краевой Съѣздъ выражаетъ свое негодованіе противъ того лица, которое ввело конгрессъ въ заблужденіе своими неправильными сообщеніями о дѣятельности русскихъ врачей въ Маньчжуріи во время чумы.»

Д-ръ Покровскій: Мнѣ симпатична та горячность, каковую проявилъ д-ръ Фіалковскій, выступая на защиту добраго имени русскаго врача. Но Съѣзду, полагаю, приличествуетъ на первомъ мѣстѣ ставить интересы истины, справедливости. Рѣшенію Съѣзда должно предшествовать тщательное ознакомленіе съ подлинными документами, т. е. протоколами Лондонскаго Съѣзда 1913 г., почему я предлагаю возложить выясненіе этого вопроса на особую комиссію, куда м. б. д-ръ Фіалковскій и передастъ имѣющіеся въ его распоряженіи матеріалы.

Д-ръ Петинъ: Д-ръ Менье умеръ у меня на рукахъ, завѣщалъ мнѣ свой термометръ Фаренгейта; чрезъ мои руки шли письма д-ра Менье, и я дезинфецировалъ ихъ сулемой; многія письма д-ръ Менье рвалъ; за три часа до смерти д-ръ Менье вручилъ мнѣ свое послѣднее письмо, адресованное женѣ и дѣтямъ. Въ письмѣ этомъ не было сказано ни слова о русскомъ товарищѣ, заботившемся о немъ.

Д-ръ Ву копировалъ всѣ наши мѣропріятія по борьбѣ съ чумой въ Фудзядзянѣ, а въ Мукденѣ онъ самъ же впервые бросилъ обвиненіе русскимъ врачамъ, повторивъ его впослѣдствіи, въ 1913 г., на Лондонскомъ конгрессѣ.

Предсѣдатель предлагаетъ Съѣзду на баллотировку

предложеніе д-ра Покровскаго объ образованіи комиссіи, что Съѣздъ принимаетъ.

По предложенію Предсѣдателя, Съѣздъ почтилъ вставаніемъ память безвременно-погибшихъ на борьбѣ съ чумой въ Маньчуріи д-ра В. М. Михеля, ж. врача М. А. Лебедевой, студ. И. В. Мамонтова и студ. Л. М. Бѣляева.

Д-ръ Неводничанскій: Есть ли близость между бубонной и легочной чумой.

Д-ръ Петинъ: Опытами американскихъ и англійскихъ врачей установлено, что распыляемая ткань чумного бубона, попадая въ легочныя альвеолы, вызываетъ тамъ процессъ, какъ при легочной чумѣ, а соотвѣтствующимъ образомъ втираемая въ кожу ткань изъ органа, добытаго отъ субъекта съ легочной формой чумы, вызываетъ припуханіе ближайшихъ лимфатическихъ железъ.

Объявляется перерывъ.

Послѣ перерыва Съѣздъ, по предложенію Предсѣдателя, рѣшилъ выразить сочувствіе тяжело-больному Секретарю организаціоннаго Бюро д-ру Я. Х. Берзину, лишенному возможности принять участіе въ работахъ Съѣзда, на подготовку котораго онъ положилъ столько труда.

Въ 11 час. 15 мин. вечера заслушанъ докладъ д-ра Е. Н. Филипповой: «Мѣропріятія для борьбы съ чумой и холерой на водныхъ путяхъ Амурскаго бассейна въ 1911 году».

Пренія по этому докладу предлагается вести въ связи съ докладомъ д-ра Германа въ одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій.

Засѣданіе Съѣзда объявляется закрытымъ.

Протоколъ 2-го засѣданія

1-го съѣзда врачей Приамурскаго края 25-го августа 1913 года.

Д-ръ М. Н. Каценелленбогенъ читаетъ свой докладъ: „Очеркъ санитарнаго и врачебнаго состоянія города Николаевска и тяготѣющаго къ нему раіона—по 12 лѣтнимъ наблюденіямъ“.

Предсѣдатель. Несмотря на всю сознаваемую нами важность надлежащей постановки и надлежащаго освѣщенія медицинскаго дѣла въ городахъ, настоящій докладъ является единственнымъ изъ области городской медицины, и заполнить этотъ пробѣлъ мы не въ состояніи; постараемся же особенно внимательно разобраться въ матеріалѣ, сообщенномъ докладчикомъ. Даю слово доктору Гласеку.

Д-ръ В. В. Гласекъ. Обращаю вниманіе Съѣзда на громадный (20%) процентъ эклямпсіи въ гор. Николаевскѣ. Безусловно это связано съ алкоголизмомъ, который, вызывая нефритъ, тѣмъ самымъ способствуетъ развитію симптомокомплекса эклямпсіи.

Д-ръ Н. В. Кирилловъ. Вполнѣ раздѣляю мнѣніе докладчика, что краевые Съѣзды врачей желательно сдѣлать періодическими. Важно, что иниціатива исходитъ отъ врача, уже много послужившаго медицинѣ. Интересенъ вопросъ о вымираніи инородцевъ; не заносятъ ли они въ городъ различныя болѣзни? Желательны медицинскія наблюденія въ мѣстахъ жительства инородцевъ. Необходимо поднять вопросъ объ учрежденіи карантиновъ для охраненія здоровья берегового населенія гор. Николаевска. Необходимы доклады о проституціи въ краѣ и о проказѣ.

К. Р. Вейсъ. Изъ доклада видно, что въ лепрозоріи былъ случай, когда тамъ держали полтора года здороваго человѣка. Надо прекратить это насиліе.

Д-ръ К. С. Фіалковскій. Заслушанный докладъ нельзя назвать докладомъ, это вопль культурнаго человѣка, попавшаго въ среду дикихъ людей, въ невозможную обста-

новку. Это похоже на анекдотъ:—полиціймейстеръ въ роли предсѣдателя больничнаго совѣта, уѣздный начальникъ на роляхъ завѣдывающаго лепрозоріей, безграмотный ротный фельдшеръ въ роли санитарнаго врача, помѣщеніе здороваго человѣка въ могилу для живыхъ людей, лепрозорію. Это сплошные ужасы, глумленіе надъ беззащитными людьми, наукой, медициной и врачами. Съѣздъ долженъ реагировать на это, вынеся приблизительно слѣдующую резолюцію: Краевой Съѣздъ констатируетъ полное отсутствіе раціональной помощи населенію Николаевскаго раіона, дефекты больничнаго дѣла, дѣла призрѣнія прокаженныхъ, отсутствіе медицинской помощи рабочимъ рыбныхъ промысловъ, недопустимое и чрезвычайно вредное для дѣла подчиненіе медицинскихъ учрежденій и врачей представителямъ низшей администраціи, противозаконныя дѣйствія этихъ лицъ при помѣщеніи здоровыхъ людей въ лепрозорію. Послѣднее является слѣдствіемъ бѣдности и забитости населенія, почему край нуждается въ немедленномъ проведеніи въ жизнь тѣхъ общественныхъ организацій, которыя имѣются уже въ Россіи, именно земскихъ самоуправленій.

Женщина—врачъ Н. Н. Раковичъ. Насильственное помѣщеніе лепрозныхъ больныхъ въ лепрозоріи—возмутительно.

Ю. Ю. Служалекъ. Больница въ гор. Николаевскѣ построена безъ предварительнаго совѣщанія съ врачами. Необходимо Съѣзду заявить, чтобы хотя въ переселенческомъ дѣлѣ осуществилось это предварительное ознакомленіе врачей съ планами и смѣтами на больничныя постройки.

Д-ръ Г. А. Конъ. Совѣтъ врача необходимъ даже при постройкахъ всякихъ зданій, не только больницъ.

Докладчикъ. Мнѣ извѣстно, что во Владивостокѣ наблюдали 18% заболѣванія эклямпсіей. Алкоголизмомъ нельзя вполнѣ объяснить такой высокой заболѣваемости, тутъ играютъ роль и чисто мѣстныя условія жизни. Холера занесена къ намъ дважды и оба раза снизу.

Учрежденіе карантина въ Николаевскомъ порту нужно, но въ карантинахъ нуждается и вся область. Мы не имѣемъ оффиціальной, зарегистированной, русской проституціи, за то неоффиціальная процвѣтаетъ. Всякая сахалинская семья—сплошной публичный домъ. Думаю, что вопросъ о проказѣ слѣдуетъ внести программнымъ вопросомъ на слѣдующій Съѣздъ.

Предсѣдатель. Нѣкоторые изъ недочетовъ, указанныхъ докладчикомъ при описаніи санитарнаго неустройства г. Николаевска, мы можемъ наблюдать и въ другихъ городахъ края; такіе факты, какъ отсутствіе санитарныхъ институтовъ, санитарныхъ организацій даже въ такомъ крупномъ городѣ, какъ Хабаровскъ, а съ другой стороны неприглашеніе врача на совѣтъ по поводу предстоящей постройки больницы—слѣдовало бы отмѣтить въ резолюціи. Въ качествѣ областного инспектора могу засвидѣтельствовать небрежное, невнимательное отношеніе николаевскаго самоуправленія къ нуждамъ больничнаго дѣла. О лепрозоріи могу сообщить слѣдующее: имъ завѣдываетъ уѣздный врачъ, живетъ онъ въ четырехъ верстамъ отъ лепрозоріи, получаетъ разъѣздныхъ 20 рублей. Полуторагодовое пребываніе здороваго человѣка въ лепрозоріи можетъ быть объяснено неполной освѣдомленностью врача въ дифференціальной діагностикѣ проказы отъ сифилиса, почему обвинять врача нельзя. Послѣдніе годы вообще не было насильственнаго помѣщенія больныхъ въ лепрозорію; нынѣ больные помѣщаются послѣ предварительнаго освидѣтельствованія ихъ врачемъ, и помѣщеніе ихъ въ больницу-лепрозорію отнюдь не имѣетъ характера принудительности. Лѣченіе лепрозныхъ больныхъ поставлено хорошо. Отъ д-ра Шпенглера изъ Давоса лѣчебницей выписана дорогая антилепрозная сыворотка. Больные просятъ примѣнять это средство; врачами отмѣчается явное благотворное ея дѣйствіе. Отъ фосфацида не видали никакой пользы, равно какъ и отъ сальварсана. Штаты лепрозоріи уже представлены въ государственную думу, утвержденіе ихъ—дѣло времени.

Въ виду возбужденнаго нѣкоторыми членами Съѣзда (Кирилловымъ, Германомъ) вопроса о порядкѣ выработки и разсмотрѣнія резолюцій Съѣзда, Предсѣдатель ставитъ на баллотировку слѣдующее предложеніе:

„Желательно ли, чтобы президіумъ занялся формулировкой резолюцій Съѣзда и предложилъ бы ихъ на разсмотрѣніе Съѣзда въ пленарномъ его засѣданіи въ послѣдній день".

За . . . . 37.

Противъ . . 3.

Затѣмъ ставится на баллотировку обратное предложеніе:

„Желательно ли выносить резолюціи сейчасъ же послѣ докладовъ". За 3, остальные противъ.

Баллотируется 3-е предложеніе:

„Послѣ каждаго доклада намѣчаются положенія, кото-

рыми президіумъ руководствуется при окончательной формулировкѣ резолюціи, которая и предлагается на разсмотрѣніе пленарному засѣданію Съѣзда".

Большинство: за.

Предсѣдатель читаетъ отвѣтную телеграмму Начальника края Шталмейстера Н. Л. Гондатти:

„Охотно принимаю на себя званіе Почетнаго Предсѣдателя Съѣзда, твердо убѣжденный, что со своей стороны сдѣлаю все зависящее отъ меня, чтобы постановленія Съѣзда, направленныя къ улучшенію врачебно-санитарнаго дѣла въ краѣ, были какъ можно скорѣе проведены въ жизнь".

Почетный Предсѣдатель Съѣзда *Гондатти.*

Объявляется перерывъ.

Послѣ перерыва читается докладъ докторовъ А. И. Эбергардта и С. И. Бѣлохвостова:

„Вода центральной части города Хабаровска въ лѣтнее время".

Д-ръ Покровскій. Имѣя въ виду указываемые докладчиками дефекты водоснабженія, казалось бы естественнымъ ходатайствовать о закрытіи колодцевъ съ недоброкачественной водой, указать на необходимость прекратить загрязненіе почвы нечистотами; на ряду съ качественнымъ улучшеніемъ водоснабженія г. Хабаровска можно было бы рекомендовать городу, съ цѣлью его оздоровленія, введеніе канализаціи—комбинированной или съ системой біологическихъ фильтровъ, или же съ полями орошенія.

Д-ръ Германъ проситъ докладчика сообщить, какимъ путемъ очищается вода въ водопроводѣ.

Д-ръ Эбергардтъ предлагаетъ Съѣзду высказать пожеланіе введенія системы фильтровъ.

Д-ръ Смирновъ. Ваше пожеланіе въ Хабаровскѣ уже осуществляется: городомъ, около водокачки, строятся фильтры американской системы мощностью на 200,000 ведеръ въ сутки.

Затѣмъ заслушивается докладъ д-ра А. Б. Германа:

„Врачебно-санитарный надзоръ на рѣкахъ Амурскаго бассейна".

Предсѣдатель. Амуръ съ его притоками является и являлся важнѣйшимъ воднымъ путемъ края, и всѣмъ намъ извѣстно его огромное значеніе въ исторіи заселенія и въ экономикѣ края. Большая цифра пассажирскаго движенія, немалое постоянное населеніе пароходовъ, баржей и плотовъ и тѣсная связь, устанавливаемая самымъ характеромъ воднаго

сообщенія какъ съ сосѣднимъ Китаемъ, такъ и съ прибрежными селеніями—все это говоритъ за своевременность установленія и необходимость широкаго и планомѣрнаго развитія санитарнаго надзора, въ связи съ подробнымъ изученіемъ самой обстановки, въ какой протекаетъ жизнь этого огромнаго цѣлаго, именуемаго Амуромъ, за періодъ навигаціи. Хорошій примѣръ мы имѣемъ въ Волжской водной санитарной организаціи, членомъ которой является и самъ уважаемый докладчикъ. Предлагаю высказываться.

Д-ръ Сомовъ. Какія суммы тратятся правительствомъ на врачебно-санитарный надзоръ на рѣкахъ Амурскаго бассейна?

Д-ръ Германъ. Около 19 тысячъ рублей.

Д-ръ Кирилловъ. Входитъ ли въ кругъ обязанностей вашихъ надзоръ за санитарнымъ состояніемъ праваго берега Амура?

Д-ръ Германъ. Мы получили право изучать санитарныя условія жизни населенія праваго берега Амура, и въ кругъ обязанностей нашихъ входитъ надзоръ за заносомъ заразы съ праваго берега.

Д-ръ Кирилловъ. Въ виду тѣсной органической связи рѣки съ ея берегами, является необходимость въ установленіи обмѣна всякаго рода свѣдѣніями между вѣдомствами, вѣдающими здравоохраненіе берегового населенія, и врачебно-санитарнымъ институтомъ Округа Путей Сообщенія, представителемъ котораго является д-ръ Германъ.

Далѣе заслушивается докладъ д-ра Ф. Ф. Неводничанскаго:

„Лѣчебныя грязи Амурскаго залива“, сопровождаемый демонстраціей образчиковъ грязей.

Д-ръ Кирилловъ: Желательно намъ эмансипироваться въ отношеніи курортовъ отъ японцевъ; починъ въ этомъ дѣлѣ принадлежитъ д-ру Неводничанскому.

Предсѣдатель: Курортное дѣло въ краѣ еще только начинаетъ развиваться; будущее курортнаго дѣла обезпечивается природными богатствами края; они лишь ждутъ капиталовъ и человѣческой энергіи, которая одна только и можетъ привести ихъ на высоту заграничныхъ курортовъ. Нѣтъ сомнѣнія, что это должно совпасть съ общимъ оживленіемъ жизни края, съ улучшеніемъ путей сообщенія, заселеніемъ края и т. д. Поблагодаримъ докладчика за его интересное сообщеніе.

Слѣдующимъ заслушанъ докладъ д-ра А. Б. Моисеева: „Причины и слѣдствія высокой дѣтской смертности у переселенцевъ".

Послѣ доклада возбуждается вопросъ и рѣшается Съѣздомъ въ положительномъ смыслѣ объ обсужденіи доклада д-ра Моисеева теперъ же.

Д-ръ Покровскій: 1) Меня интересуютъ способы собиранія тѣхъ цифръ, которыми оперировалъ докладчикъ. Если есть регистрація на мѣстахъ, какого она типа:—посемейная, подворная; случайная или же постоянная; кто является лицомъ регистрирующимъ?

2) Не могъ ли докладчикъ подмѣтить факта запоздалаго обращенія къ медицинской помощи?

3) Чѣмъ объясняетъ докладчикъ высокій процентъ осложненія кори пнеймоніей и высокій процентъ смертности дѣтей отъ этого осложненія?

Д-ръ Вейсъ: Выслушавъ съ большимъ интересомъ докладъ товарища Моисеева, я хотѣлъ бы воспользоваться этимъ не столько для возраженія (противъ статистическихъ цифровыхъ данныхъ спорить не приходится), сколько для того, чтобы подѣлиться со Съѣздомъ своими личными наблюденіями о дѣтской заболѣваемости и смертности среди дѣтей горнорабочаго населенія казенныхъ Сучанскихъ копей—вопросъ, о которомъ, къ сожалѣнію, за неимѣніемъ времени и вслѣдствіе другихъ причинъ, я не могъ представить Съѣзду отдѣльнаго сообщенія.

Съ товарищемъ Моисеевымъ я несогласенъ только въ одномъ: по моему, все таки на первомъ планѣ стоитъ смертность дѣтей отъ гастро-энтерита, а потомъ уже отъ другихъ болѣзней, особенно кори съ ея осложненіями, а не наоборотъ. Допускаю, что до прибытія переселенцевъ на мѣста водворенія, заболѣваемость корью, въ силу тѣсноты въ пути и при возможности простуды, можетъ быть очень велика, что однако сейчасъ же отпадаетъ по водвореніи. Условія же для заболѣванія гастро-энтеритомъ остаются почти одинаково скверными и неизмѣнными какъ въ пути, такъ и на мѣстахъ.

То же самое почти мнѣ, въ теченіе $10^1/_2$ лѣтъ, приходилось наблюдать здѣсь, среди горнорабочаго населенія Сучанскихъ копей, т. е., что гастро-энтеритъ уноситъ всегда гораздо больше жертвъ, чѣмъ корь, несмотря на тѣсноту размѣщенія рабочихъ, но параллельно съ этимъ гораздо лучшія

можно сказать, хорошія условія питанія какъ самыхъ рабочихъ, такъ и ихъ семей.

Несмотря на это, смертность дѣтишекъ отъ болѣзней желудочно-кишечнаго тракта была крайне велика. Въ лѣтніе мѣсяцы, чуть не ежедневно проносимые на кладбище гробики, а иногда по два, мучили мою совѣсть и заставляли сильно задумываться надъ способами, могущими прекратить или уменьшить это грустное явленіе. Опытъ мой, сдѣланный въ этомъ направленіи, сравнительно не великъ, но результаты его такъ разительны, что я не могу воздержаться, чтобы не подѣлиться имъ съ товарищами.

Сучанскія копи, на которыхъ я служу, состоятъ изъ двухъ главныхъ шахтъ съ расположенными кругомъ нихъ рабочими поселками. Разстояніе между ними $3^1/_2$ версты. Всего населенія отъ 3 до 4 тысячъ. На одной изъ шахтъ, № 1, работы въ настоящее время незначительны, рабочихъ мало, но тамъ сосредоточена вся администрація, и тамъ же находится больница на 10 кроватей, вмѣщающая до 15 человѣкъ. На шахтѣ № 2, въ $3^1/_2$ верстахъ отъ первой, работы идутъ усиленно, съ добычей до 14 милліоновъ пудовъ угля въ годъ. Тутъ сосредоточены почти всѣ рабочіе, и тутъ же имѣется пріемный покой для амбулаторнаго пріема, при одномъ фельдшерѣ и одной фельдшерицѣ - акушеркѣ. Количество амбулаторныхъ больныхъ здѣсь доходитъ до 2000 въ мѣсяцъ, т. е. почти до 70 въ день. До августа мѣсяца прошлаго года пріемъ больныхъ велъ фельдшеръ, я же выѣзжалъ туда только по каждому вызову больныхъ, по вызову фельдшера и по собственной иниціативѣ. Въ общемъ выѣзжать приходилось почти каждый день, иногда и по нѣсколько разъ. Главное вниманіе мною было обращено на стаціонарныхъ больныхъ, амбулаторію при больницѣ, а потомъ уже на пріемный покой при шахтѣ № 2. Несмотря на то, что черезъ мои руки проходили многіе и всѣ тяжело больные при шахтѣ № 2, всѣхъ амбулаторныхъ больныхъ я не зналъ. И въ этомъ то я усмотрѣлъ свою ошибку и рѣшилъ съ августа мѣсяца прошлаго года исправить ее. Это исправленіе ошибки заключалось въ томъ, что веденіе амбулаторіи при пріемномъ покоѣ я взялъ въ свои руки и съ указаннаго срока ежедневно посѣщалъ ее, принималъ всѣхъ больныхъ, а больницѣ уже посвящалъ оставшееся время. При такомъ способѣ я имѣлъ возможность употребить все свое вліяніе на матерей больныхъ дѣтей. Я ихъ усовѣщевалъ, уговаривалъ, стыдилъ, подчасъ

былъ рѣзокъ съ ними, разъяснялъ имъ пользу методическаго лѣченія, а главнымъ образомъ пользу соблюденія строгой, по указанію врача, діеты. Вначалѣ подобный образъ дѣйствія не достигалъ никакихъ результатовъ и разбивался о косность населенія. Родители больныхъ дѣтей смѣялись надо мной, ругали меня и въ болъшинствѣ случаевъ совершенно игнорировали мои діететическія предписанія. Въ виду существованія у меня карточной системы, мнѣ легко было слѣдить за своевременнымъ посѣщеніемъ амбулаторіи и если она матерями больныхъ дѣтей посѣщалась неаккуратно, мною употреблялись опять таки всѣ усилія, чтобы пріучить хотя бы къ этому.

Къ лѣтнему сезону этого года результатъ въ этомъ направленіи былъ достигнутъ почти полный, и только нѣкоторыя матери, въ видѣ исключенія, оставались глухи къ моимъ совѣтамъ. Сожалѣю, что не имѣю съ собой цифровыхъ данныхъ, но могу сказать утвердительно, что дѣтская смертность въ это только лѣто отъ гастро-энтерита была минимальна и выразилась лишь въ нѣсколькихъ единичныхъ случаяхъ. Приписываю я это исключительно своему нравственному воздѣйствію на матерей, такъ какъ терапія мною примѣнялась почти та же, что ранѣе моимъ фельдшеромъ, могу сказать—моимъ ученикомъ. Этотъ фельдшеръ, относясь вполнѣ добросовѣстно къ своимъ обязанностямъ, все таки не имѣлъ у населенія должнаго авторитета и относился къ дѣлу болѣе оффиціально, чѣмъ я.

Заканчивая на этомъ свое краткое поверхностное собщеніе, долженъ, въ общихъ словахъ, высказать свой взглядъ на этотъ предметъ:

1) Въ важномъ дѣлѣ пониженія процента дѣтской смертности большую роль играетъ постоянное близкое общеніе врача съ населеніемъ, чему въ большой степени поможетъ сокращеніе до минимума радіуса дѣятельности врача и врачебныхъ пунктовъ.

2) Для той же цѣли необходимо повышеніе умственнаго развитія населенія всѣми возможными способами: устройствомъ новыхъ министерскихъ школъ съ библіотеками для народа, читаленъ, въ фабричныхъ центрахъ—народныхъ домовъ, общедоступныхъ чтеній по возможности съ демонстраціей картинъ, распространеніемъ популярныхъ брошюръ и пр.

Д-ръ Фіалковскій: Страшную смертность дѣтей переселенцевъ во время пути отъ кори я объясняю тѣмъ, что корь обязательно осложняется простудными заболѣваніями боль-

ныхъ дѣтей именно бронхитами. Послѣдніе зависятъ отъ дефектовъ перевозки переселенцевъ по желѣзнымъ дорогамъ. Отъ этихъ дефектовъ происходятъ и массовыя заболѣванія дѣтей гастро-энтеритами. Въ виду этого, Съѣздъ долженъ отмѣтить это и постановить, что условія перевозки должны быть улучшены. Въ частности, я полагаю, что необходимо устроить помощь въ пути дѣтямъ переселенцевъ въ видѣ организаціи «капли молока», т. е. выдавать стерилизованное молоко дѣтямъ; быть можетъ, возможно было бы выдѣлить маленькихъ дѣтей, во время пути, въ отдѣльный вагонъ, приспособленный для этой цѣли, причемъ обязанности нянь можетъ нести часть матерей.

Д-ръ Кирилловъ: По поводу замѣчанія, сдѣланнаго докторомъ Покровскимъ, согласенъ, что статистика наша несовершенна; даже спеціалисту-статистику Меньщикову приходилось довольствоваться данными, полученными путемъ опроса чуть ли не третьихъ лицъ; было бы желательно улучшить дѣло это; можно было бы пользоваться анамнестическими данными отъ женщинъ, въ возрастѣ 40—45 лѣтъ и установить этимъ путемъ % смертности ихъ дѣтей; что касается улучшенія обстановки, въ которой совершается передвиженіе переселенцевъ изъ Россіи на Дальній Востокъ, то здѣсь возможны частичныя улучшенія въ самомъ устройствѣ вагоновъ для переселенцевъ: должна быть улучшена вентиляція, безъ образованія сквозняковъ; вагоны должны отапливаться; въ умывальныхъ комнаткахъ, отдѣленныхъ отъ клозетовъ, должна быть горячая вода; процессъ стирки дѣтскаго бѣлья въ пути долженъ быть упорядоченъ и приспособленъ къ нуждамъ переселенцевъ. Предлагаемыя докладчикомъ стаціонарныя учрежденія, „ворота“, не достигнутъ намѣченной цѣли; вещи, какъ распространители инфекціи, не играютъ доминирующей роли въ дѣлѣ диссеминаціи заразы.

Докладчикъ: Главная причина дѣтской смертности— корь; въ вагонахъ переселенцевъ корь легко осложняется пнеймоніей; корь лѣтняя не такъ опасна, какъ корь весенняя. Согласенъ съ д-ромъ Покровскимъ, что цифры, полученныя Меньщиковымъ, не заслуживаютъ абсолютнаго довѣрія, но извѣстную вѣроятность онѣ даютъ. Переселенцы, въ случаяхъ заболѣванія дѣтей инфекціонными болѣзнями, всячески скрываютъ заболѣвшихъ отъ медиковъ, боясь задержки въ пути; медикамъ самимъ уже приходится разыскивать заболѣвшихъ въ пути.

Д-ръ Петинъ. По поводу утвержденія докладчика, что главная причина дѣтской смертности у переселенцовъ въ пути— корь, дѣлаю поправку: дѣти ихъ умираютъ отъ пнеймоніи, а не отъ кори. Коревыхъ больныхъ я не считаю нужнымъ изолировать. Вообще же, по поводу дѣтской смертности, долженъ сказать, что процессы различнаго характера, разыгрывающіеся въ желудочно-кишечномъ трактѣ дѣтей, играютъ немалую роль въ увеличеніи числа смертей въ дѣтскомъ возрастѣ. Необходимо поэтому обратить должное вниманіе на улучшеніе пищевого режима дѣтей переселенцевъ.

Докладчикъ. 46,6% смертности дѣтей отъ гриппозной пнеймоніи въ Софійской больницѣ въ Москвѣ указываютъ на важность осложненій, возникающихъ у дѣтей со стороны дыхательныхъ путей.

Д-ръ Петинъ. Вскрывая въ Харбинѣ дѣтскіе трупики, я находилъ всегда крупозную пнеймонію у дѣтей переселенцевъ.

Предсѣдатель. Какъ бы то ни было, несомнѣнно установленъ фактъ, чрезвычайно важный для нашей окраины: волна переселенцевъ, которая, казалось бы, должна была доходить цѣликомъ до мѣста назначенія, убываетъ въ своей силѣ и величинѣ, вслѣдствіе неблагопріятныхъ условій самаго транспорта; эти 30% смертности дѣтей, эти дѣтскіе трупики заставляютъ насъ высказать вполнѣ опредѣленное пожеланіе, чтобы въ первую голову улучшены были и средства перевозки переселенцевъ, и подачи помощи имъ въ пути, и условія продовольствія переселенцевъ въ пути.

Регистрація же заболѣваній и смертности у новоселовъ можетъ быть улучшена лишь въ связи съ общимъ улучшеніемъ регистраціи населенія края. Поблагодаримъ же докладчика за его крайне интересный, вызвавшій оживленный обмѣнъ мнѣній, докладъ.

Засѣданіе закрывается.

Протоколъ 3-го засѣданія

1-го съѣзда врачей Приамурскаго края 26-го августа 1913 года.

Первымъ заслушанъ докладъ д-ра П. А. Щербачева: «Къ вопросу о законодательствѣ о душевно-больныхъ».

Предсѣдатель предлагаетъ высказаться д-ру Фортунатову: Транспортировка душевно-больныхъ, буйныхъ, въ томъ видѣ, какъ она обставлена теперь—слишкомъ примитивна съ одной стороны, пока она совершается на территоріи уѣзда, и слишкомъ перегружена всякаго рода формальностями, разъ больного приходится перевозить далѣе по желѣзной дорогѣ: надо предупредить дорогу за 24 часа, чтобы вамъ было оставлено купе, надо 4-хъ провожатыхъ и одного фельдшера.

Д-ръ Фіалковскій. Относительно законовъ о душевно-больныхъ необходимо добавить слѣдующее: необходимо разрѣшеніе общаго вопроса о призрѣніи и лѣченіи душевнобольныхъ во всей Россіи. Что касается регламентаціи внутренней жизни заведеній для душевно-больныхъ, то эти больницы необходимы, но они должны быть утверждаемы не законодательнымъ порядкомъ, а высшими медицинскими учрежденіями. Относительно организаціи психіатрической помощи населенію края, необходимо учрежденіе центральной больницы для призрѣнія хрониковъ, опасныхъ для себя и для окружающихъ; кромѣ этой больницы, въ нѣсколькихъ пунктахъ края должны существовать мѣстныя больницы, назначенныя для призрѣнія острыхъ больныхъ. При дальнѣйшихъ преніяхъ, на упрекъ, что я считаю окружныя больницы идеальными, я возражаю, что многія земскія больницы лучше казенныхъ окружныхъ, но и послѣднія вполнѣ отвѣчаютъ современнымъ научнымъ требованіямъ лѣченія и призрѣнія душевно больныхъ. На возраженія, что окружныя лѣчебницы страдаютъ отъ казенщины, я заявилъ, что такое мнѣніе можетъ быть только у тѣхъ, кто совершенно незнакомъ съ постановкой дѣла въ окружныхъ лѣчебницахъ. Въ нихъ уже нѣтъ потому казенщины, что онѣ управляются коллегіей врачей.

Д-ръ Щербачевъ. При сравненіи окружныхъ психіатрическихъ лѣчебницъ съ земскими психіатрическими лѣчебницами, нельзя не отмѣтить, что послѣднія представляютъ собою типъ болѣе высокій, болѣе приспособленный къ условіямъ жизни. Отмѣчу еще, что крайне желательно избѣжать перегруженія психіатрической окружной лѣчебницы хрониками, и наоборотъ—желательно помѣщеніе въ лѣчебницу острыхъ больныхъ. Отвѣтственность за неправильное принятіе больного въ лѣчебницу не такъ ужъ велика, какъ можетъ казаться, да и не такъ много сомнительныхъ въ отношеніи діагноза случаевъ въ родѣ, напр., случаевъ алкогольной дегенераціи. Предлагаю Съѣзду передать на обсужденіе редакціонной комиссіи мою резолюцію (Принято).

Слѣдуетъ рядъ докладовъ по сельской медицинѣ; рѣшено обсуждать ихъ въ совокупности.

1. Докладъ д-ра Е. А. Фортунатова. «Объ организаціи медицинской помощи въ Средне-Уссурійскомъ врачебномъ участкѣ и, въ связи съ этимъ, о взаимоотношеніяхъ сельской, переселенческой и казачьей медицины».

2. Д-ръ О. И. Сомовъ. «Организація медицинской помощи и врачебно-санитарное дѣло въ Иманскомъ уѣздѣ».

Докладчикъ вручаетъ предсѣдателю 3 проекта своихъ резолюцій:

1) I-й Съѣздъ врачей Приамурскаго края, исходя: 1) изъ чрезвычайной важности постояннаго врачебно-санитарнаго надзора за пограничной съ Китаемъ полосой, чрезвычайной важности не только мѣстнаго краевого, но и общегосударственнаго характера, 2) изъ хаотическаго состоянія и недостаточности врачебно-санитарнаго надзора въ краѣ вообще и пограничной полосѣ въ частности, надзора, осуществляемаго отрывочно разными вѣдомствами, признаетъ необходимымъ сдѣлать выработку и осуществленіе для всего Приамурскаго края единой, стройной врачебно-санитарной организаціи. При этомъ Съѣздъ принимаетъ во вниманіе, что желательная организація не можетъ быть создана немедленно, и что постоянный санитарный надзоръ за пограничной полосой —дѣло совершенно неотложное. Поэтому Съѣздъ врачей Приамурскаго края проситъ Его Высокопревосходительство Главнаго Начальника края въ текущемъ 1913 году созвать краевое врачебное междувѣдомственное совѣщаніе для разработки вопроса, какъ осуществить въ настоящій моментъ и въ будущемъ врачебно-санитарный надзоръ за пограничной полосой.

2) I-й Съѣздъ врачей Приамурскаго края признаетъ вопросомъ государственной важности установленіе въ краѣ планомѣрной и достаточной врачебной помощи всему населенію какъ постоянному, такъ и пришлому. Для согласованія работы по поданію врачебной помощи разныхъ вѣдомствъ, общественныхъ и частныхъ организацій, Съѣздъ признаетъ необходимымъ теперь же созвать въ каждой области междувѣдомственное совѣщаніе участковыхъ и больничныхъ врачей для выработки нормальной сѣти врачебныхъ участковъ и установленія минимума требованій къ лѣчебнымъ заведеніямъ.

При этомъ Съѣздъ находитъ нужнымъ замѣнить разныя существующія и работающія параллельно медицинскія организаціи, какъ сельскія, переселенческія, казачьи и проч., единой врачебной организаціей.

До введенія самоуправленія въ Сибирскихъ губерніяхъ Съѣздъ находитъ наиболѣе полезнымъ подчинить врачебныя организаціи въ областяхъ края врачебнымъ отдѣленіямъ, какъ единственнымъ органамъ народнаго здравоохраненія. Для болѣе же продуктивной работы врачебныхъ отдѣленій въ этомъ направленіи Съѣздъ находитъ необходимымъ: 1) создать въ помощь врачебнымъ отдѣленіямъ ежегодные съѣзды участковыхъ, санитарныхъ и больничныхъ врачей и 2) созывать нѣсколько разъ въ году уѣздныя совѣщанія такихъ же врачей.

3) 1-й Съѣздъ врачей Приамурскаго края признаетъ необходимымъ для успѣшности колонизаціи края введеніе безплатной помощи всѣмъ обращающимся за таковой въ правительственныя и общественныя лѣчебныя заведенія безъ различія сословія, мѣста родины ихъ и занятій.

4) 1-й Съѣздъ врачей Приамурскаго края, исходя изъ значительнаго числа смертныхъ случаевъ роженицъ и прочихъ острыхъ больныхъ вслѣдствіе запаздыванія пріѣзда медицинской помощи изъ-за небрежной подачи лошадей медицинскому персоналу, проситъ объ изданіи распоряженія о быстрой подачѣ лошадей медицинскому персоналу внѣ очереди и даже при разгонѣ лошадей, во всѣхъ экстренныхъ случаяхъ, по примѣру, какъ это уже существуетъ въ Енисейской и Иркутской губерніяхъ.

Предсѣдатель передъ тѣмъ, какъ объявить перерывъ, даетъ слово д-ру Кириллову.

Д-ръ Н. В. Кирилловъ. Вниманію настоящаго собранія предлагаю пачку корней жень-шеня, любезно предоставленныхъ въ распоряженіе Съѣзда однимъ изъ переселенческихъ

чиновниковъ (г. Колюбакинымъ), и банку варенья изъ морской капусты. Желающіе изслѣдовать лабораторнымъ и клиническимъ путемъ дѣйствіе жень-шеня благоволятъ взять для изслѣдованія нужное имъ количество корней и записать свои фамиліи и адресъ въ секретаріатѣ.

Д-ръ С. И. Петинъ, изъ Харбина, взялъ 2 корня жень-шеня, д-ръ Блаутъ-Блачевъ, изъ Владивостока, взялъ 6 корней жень-шеня.

Послѣ краткаго перерыва заслушиваются два доклада подъ рядъ и два краткихъ сообщенія.

1. Докладъ д-ра Г. А. Конъ: „О затрудненіяхъ, испытываемыхъ сельскими врачами вслѣдствіе неудовлетворительнаго состава сельскаго фельдшерскаго персонала, и о тѣсной связи этого явленія съ недостаточной оплатой фельдшерскаго труда“.

2. Докладъ д-ра Л. А. Короневскаго: „Къ вопросу о постановкѣ акушерской помощи сельскому населенію Приморской области“.

3. Краткое сообщеніе женщины-врача Н. Н. Раковичъ: „Врачебно-санитарный надзоръ въ сельскихъ школахъ“:

„Просматривая программу занятій Съѣзда, я замѣтила полное отсутствіе докладовъ по одной очень важной, по моему мнѣнію, отрасли медицины—по врачебно-санитарному надзору за школами въ селеніяхъ нашей окраины и потому позволяю себѣ занять на нѣсколько минутъ вниманіе уважаемыхъ товарищей этимъ вопросомъ.

Врачебно-санитарный надзоръ за школами состоитъ въ выборѣ мѣста, разсмотрѣніи плана и вообще въ наблюденіи за постройкою новыхъ школъ, въ наблюденіи за санитарнымъ состояніемъ уже существующихъ школъ, за правильнымъ расположеніемъ въ классѣ и цѣлесообразнымъ устройствомъ классной мебели, правильною разсадкою учениковъ сообразно ихъ росту, зрѣнію и слуху, въ своевременномъ выдѣленіи изъ среды учащихся заразныхъ больныхъ, въ недопущеніи пріема въ школу дѣтей съ заболѣваніями, могущими вредно отразиться на здоровьѣ остальныхъ учениковъ, въ наблюденіи за правильнымъ распредѣленіемъ классныхъ и внѣклассныхъ занятій и за правильнымъ физическимъ развитіемъ учениковъ.

Для того, чтобы работа школьнаго врача была плодотворна, необходимы правильныя періодическія посѣщенія школы,

Посмотримъ, имѣется ли что либо подобное въ нашихъ сельскихъ школахъ и возможно ли это при современной постановкѣ дѣла, когда обязанности школьнаго врача возложены на мѣстнаго участковаго сельскаго врача.

Въ день открытія Съѣзда представитель о-ва взаимопомощи учителей въ своей привѣтственной рѣчи между прочимъ сказалъ, что сельскія школы рѣдко видятъ фельдшеровъ и еще рѣже врачей, и эти слова прозвучали упрекомъ по адресу сельскихъ врачей.

Правда, сельскіе врачи рѣдко бываютъ въ школахъ, но разсмотримъ обстоятельства, отъ которыхъ это зависитъ.

Сельскій врачъ обыкновенно завѣдуетъ, правда, очень маленькою (на 6—10 кроватей) больничкою, которая всегда, благодаря именно малому числу кроватей, бываетъ заполнена трудно-больными.

Ежедневно въ утренніе часы сельскій врачъ обязанъ принимать амбулаторныхъ больныхъ. Врачъ обязанъ выѣзжать по вызовамъ въ селенія къ трудно-больнымъ и на эпидеміи.

Можетъ ли сельскій врачъ при добросовѣстномъ отношеніи къ дѣлу имѣть правильный надзоръ за школами? Для примѣра я беру Никольскій участокъ, гдѣ я состою врачемъ и позволяю себѣ думать, что и въ другихъ участкахъ дѣло обстоитъ такъ же или немногимъ лучше.

Въ Никольскомъ участкѣ 48 населенныхъ пунктовъ, если не считать заимокъ, съ 38 школами, причемъ число учениковъ въ нѣкоторыхъ школахъ доходитъ до 80 и болѣе человѣкъ, а разстояніе нѣкоторыхъ селеній отъ мѣстожительства врача бываетъ 100 и болѣе верстъ (Богословка Раздольнинской волости 111 верстъ).

Если бы врачъ захотѣлъ объѣхать всѣ 38 школъ своего участка, напр., въ началѣ учебнаго года (а такое посѣщеніе школъ врачемъ въ дѣйствительности является крайне важнымъ), то, при томъ состояніи путей сообщенія, какое наблюдается повсюду на Дальнемъ Востокѣ, на это потребовалось бы болѣе мѣсяца. Кто же велъ бы тогда амбулаторію, слѣдилъ за стаціонарными больными, кто подалъ бы помощь роженицѣ при неправильныхъ родахъ, произвелъ бы неотложную операцію, если бы это было не въ томъ селеніи, гдѣ врачъ осматриваетъ школу. Вѣдь нельзя же сдѣлать распоряженіе, чтобы на время осмотра школъ не было неотложныхъ случаевъ.

А вѣдь для правильной постановки врачебно-санитарнаго надзора мало объѣзжать школы одинъ разъ въ годъ, а необходимо посѣщать черезъ правильные промежутки времени.

Заѣзжать въ школы при случайныхъ посѣщеніяхъ селеній я считаю неимѣющимъ никакого практическаго значенія, такъ какъ однократный бѣглый осмотръ школъ и осмотръ нѣсколькихъ больныхъ учениковъ, обращающихся за помощью при этихъ наѣздахъ, не давая никакой реальной пользы, приноситъ по моему даже вредъ, создавая иллюзію врачебно-санитарнаго надзора.

Прибавлю еще, что и такія случайныя посѣщенія школъ не всегда возможны, такъ какъ врачъ часто попадаетъ въ селеніе вслѣдствіе вызова на эпидемію или къ единичному заразному больному.

Все сказанное мною выше клонитъ къ выясненію полной невозможности совмѣщенія въ одномъ лицѣ участковаго сельскаго врача и сельскаго школьнаго врача, такъ какъ при такомъ положеніи врачебно-санитарный надзоръ за школами является фиктивнымъ, а между тѣмъ строгое проведеніе его является безусловно необходимымъ.

Благодаря отсутствію врачебно-санитарнаго надзора за школами и за физическимъ развитіемъ учениковъ сельскихъ школъ часто разстраивается, а иногда и окончательно подрывается здоровье дѣтей, будущихъ гражданъ, работниковъ на пользу нашей родины.

Въ заключеніе позволю себѣ предложить Съѣзду слѣдующее положеніе: необходимо образованіе особой должности сельскаго школьнаго врача, который посвящалъ бы все свое время изученію жизни школы, не отвлекаясь другими служебными обязанностями.

Врачъ этотъ долженъ быть обязательнымъ членомъ строительныхъ комиссій при постройкѣ новыхъ школъ и участвовать въ составленіи расписанія классныхъ и внѣклассныхъ занятій".

4. Д-ръ В. Е. Тищенко: «Краткія свѣдѣнія о состояніи медицинскаго дѣла въ Уссурійскомъ казачьемъ войскѣ».

М.м. Г.г.

Сельская врачебная помощь въ краѣ, какъ вы видѣли изъ предыдущихъ докладовъ, близко соприкасается съ врачебной частью казачьяго населенія. Въ обоихъ докладахъ я замѣтилъ много неточностей относительно постановки меди-

цинской части въ Уссурійскомъ казачьемъ войскѣ Не желая утомлять вашего вниманія возраженіемъ на мелкія неточности докладовъ, позволяю себѣ въ общихъ чертахъ нарисовать положеніе медицинской части въ Уссурійскомъ казачьемъ войскѣ. Населеніе войска занимаетъ раіонъ длиною до 800 верстъ, при средней ширинѣ въ 50 верстъ. Раіонъ тянется по пограничной линіи между желѣзной дорогой и р. Уссури и ея притокомъ Сунгачей, до озера Ханка, затѣмъ, къ юго-западу отъ озера Ханка, черезъ желѣзную дорогу до юго-западной границы края. Населеніе войска съ постороннимъ элементомъ —до 40 тысячъ, число казачьяго—36 тысячъ. Врачебный персоналъ: 1 войсковой врачъ, живущій во Владивостокѣ и, на правахъ врачебнаго инспектора, занятый административной дѣятельностью; при немъ амбулаторія для казаковъ, живущихъ во Владивостокѣ и въ пос. Чичагово, близъ ст. Надеждинской; участковыхъ врачей 3: 1-й на Иманѣ, участокъ длиною до 300 вер., при врачѣ пріемный покой на 14 мѣстъ, при 10 тыс. населенія; 2-й на ст. Вяземской, пріемный покой на 10 мѣстъ; участ. 300 вер. при 10 тыс. населенія; 3-й на ст. Гродеково, пріемный покой на 12 мѣстъ; участокъ до 200 вер. длиною, населенія 16 тыс. Итакъ на 36 тыс. казачьяго населенія имѣется 36 больничныхъ мѣстъ. Участковые врачи ведутъ пріемные покои, принимаютъ амбулаторныхъ, ѣздятъ по вызовамъ къ больнымъ, на судебно-медицинскія вскрытія и осмотры. Обязаны не менѣе 4 разъ въ годъ объѣхать свой участокъ для санитарнаго осмотра состоянія поселковъ, находящихся въ нихъ промышленныхъ и торговыхъ предпріятій, для осмотра школъ и учащихся въ нихъ, для провѣрки привитія оспы. По пути они осматриваютъ фельдшерскіе пункты, правильность записи амбулаторныхъ книгъ и расхода медикаментовъ фельдшерами. На такіе объѣзды нерѣдко уходитъ, вслѣдствіе бездорожья края и стихійныхъ условій, до 20—25 дней. Пріемный покой въ это время остается на акушерку-фельдшерицу и фельдшера. Жалованье врачей — какъ военнымъ врачамъ, по чинамъ и по должностямъ. Фельдшерицъ-акушерокъ три при вышеназванныхъ пріемныхъ покояхъ; обязанности ихъ сводятся, главнымъ образомъ, къ веденію хозяйства пріемныхъ покоевъ и оказанію помощи поступающимъ въ пріемный покой женщинамъ. Жалованья съ квартирными онѣ получаютъ по 81 руб. съ коп.; замѣнять ихъ могутъ и акушерки, но при жалованьѣ въ 51 руб. Фельдшеровъ штатныхъ 12; изъ нихъ старшихъ 4, млад-

шихъ 8, вольнонаемныхъ на правахъ младшихъ 3; фельдшера получаютъ жалованья: старшіе 29 руб. въ мѣсяцъ, младшіе 26 руб., куда входятъ и квартирныя деньги. Изъ общаго числа фельдшеровъ — 7 школьныхъ, остальные — ротные. Школьные фельдшера,—войсковые стипендіаты, поступающіе въ войско для отбытія воинской повинности и для выслуги стипендіи на 7 лѣтъ. Стипендіаты обучаются въ Омской центральной фельдшерской школѣ или въ Иркутской военно-фельдшерской школѣ, но такъ какъ въ Иркутской школѣ не проходятъ женскія и дѣтскія болѣзни, то этихъ фельдшеровъ нельзя сразу назначать на пункты, а необходимо на полгода, годъ, оставлять при пріемныхъ покояхъ для практическаго изученія подачи помощи въ этихъ болѣзняхъ. Самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ 12; медикаменты на нихъ получаются отъ соотвѣтственныхъ врачебныхъ участковъ, и недостатокъ медикаментовъ зависитъ отъ нерадѣнія фельдшера. Фельдшерскіе участки въ среднемъ до 50 верстъ длины при такой же ширинѣ. Населеніе, смотря по густотѣ его, отъ 800 до 4000 чел. Есть еще одинъ участокъ около ст. Шмаковка; поселковое общество пос. Павло-Федоровскаго нанимаетъ само фельдшера за 75 руб. въ годъ и отпускаетъ ему на медикаменты 60 руб. въ годъ. Этому фельдшеру войсковое правленіе доплачиваетъ 120 руб. въ годъ. На содержаніе всей врачебно-санитарной части, т. е. жалованье персоналу, содержаніе пріемныхъ покоевъ и больныхъ, покупку медикаментовъ, инструментовъ, заведеніе и пополненіе школьныхъ аптечекъ— расходуется изъ войскового капитала 40 съ небольшимъ тысячъ рублей въ годъ, т. е. по 1 руб. на душу населенія. Вотъ краткій очеркъ постановки медицинскаго дѣла въ войскѣ, но проектъ реорганизаціи дѣла и увеличеніе штатовъ персонала внесенъ уже въ Военный Совѣтъ.

Предсѣдатель предлагаетъ желающимъ высказаться.

Д-ръ А. Б. Моисеевъ. Проведеніе въ жизнь закона 1-го іюня 1912 года я считаю такимъ шагомъ впередъ, что на осуществленіи его слѣдуетъ настаивать теперь же, не ожидая результатовъ работъ всякихъ мѣстныхъ комиссій.

Предсѣдатель читаетъ законъ 1-го іюня 1912 г. по просьбѣ нѣкоторыхъ членовъ Съѣзда.

Д-ра Покровскій и Фіалковскій предлагаютъ Съѣзду высказаться за введеніе земства въ краѣ, причемъ д-ръ К. А. Покровскій предлагаетъ Съѣзду передать въ редакціонную комиссію слѣдующую составленную имъ резолюцію:

„Наличность междувѣдомственныхъ треній въ дѣлѣ подачи медицинской помощи населенію края заставляетъ Съѣздъ выразить сожалѣніе по поводу отсутствія въ краѣ земскаго самоуправленія, которое, какъ показываетъ опытъ, является необходимымъ условіемъ созданія и развитія медицинскаго дѣла.

Д-ръ Сомовъ. „Я не врагъ развитія самоуправленія, но считаю долгомъ сказать по поводу увлеченія земствомъ. Земскія врачебно-санитарныя организаціи, какъ не только образцовая Московская, но и худшія, напр. Пермская, Олонецкая—достойны удивленія, уваженія и подражанія. Въ нихъ забота не одного земства, но и врачей. А у насъ что-же можетъ получиться изъ земства. Д-ръ Каценеленбогенъ описалъ общую картину жизни въ г. Николаевскѣ на Амурѣ. Одинъ товарищъ назвалъ даже это воплемъ. Санитарный врачъ отслужилъ въ 1911 г. только три мѣсяца и вслѣдствіе оскорбленій уѣхалъ. Николаевскіе общественные дѣятеля, *многіе бывшіе сахалинцы*, вмѣсто врача санитарное дѣло сначала передали фельдшеру, а затѣмъ вовсе упразднили. Въ городахъ же Приамурья—болѣе культурный элементъ, чѣмъ въ уѣздахъ. А между тѣмъ не только въ Николаевскѣ, но и въ другихъ городахъ—Владивостокѣ и въ Хабаровскѣ нѣтъ санитарныхъ врачей. Я слышалъ, что въ Хабаровскѣ часть гласныхъ предлагала дать санитарному врачу разной величины жалованье, въ зависимости отъ того, будетъ или не будетъ санитарный врачъ составлять протоколы. Чего же послѣ этого ожидать отъ уѣздовъ и деревни, гдѣ наиболѣе культурнымъ слоемъ являются стодесятинники, старожилы, пользующіеся почти крѣпостнымъ трудомъ корейцевъ. Сельскіе врачи хорошо знаютъ эту среду. Земство вводить у насъ рано. Я въ настоящее время не сельскій врачъ, но былъ таковымъ. И если бы я былъ сельскимъ врачемъ и было бы введено земство, я въ тотъ же день подалъ бы въ отставку“.

Д-ръ Поздневъ. Наши резолюціи и ходатайства могутъ оказаться безрезультатными; вспомнимъ постановленія Пироговскаго Съѣзда по возбужденію ходатайствъ; во всякомъ случаѣ, путь этотъ ненадеженъ, но существуютъ съѣзды междувѣдомственные, съ болѣе спеціальными, узкими задачами, но зато болѣе осуществимыми; результатами работъ такихъ Съѣздовъ могъ бы воспользоваться краевой Съѣздъ, каковой, думаю, нѣтъ надобности и возможности созывать чаще, чѣмъ разъ въ 3 года.

Д-ръ Шахъ-Назаровъ. Высказываюсь по поводу доклада д-ра Кона, который черезчуръ сгустилъ краски,

характеризуя дѣятельность фельдшеровъ. Нельзя же чернить цѣлую корпорацію фельдшеровъ. Не думаю, что всегда и вездѣ будетъ осуществима и удачна мысль о замѣнѣ фельдшеровъ—фельдшерицами-акушерками. Фельдшерскій персоналъ нуждается, по моему, лишь въ повышеніи уровня своихъ знаній.

Д-ръ Конъ. Я признаю, что среди фельдшеровъ, въ частности ротныхъ, есть хорошіе люди; приписываемаго мнѣ д-ромъ Шахъ-Назаровымъ огульнаго обвиненія по адресу фельдшерской корпораціи я не бросалъ и не желаю бросать. Дѣло поправимо лишь путемъ увеличенія фельдшерскаго содержанія, ибо хорошихъ работниковъ нельзя имѣть иначе, какъ за хорошія деньги.

Д-ръ Моисеевъ. Не понимаю, какимъ путемъ д-ръ Фортунатовъ разсчитываетъ осуществить свои пожеланія, высказанныя имъ въ концѣ его доклада?

Д-ръ Кирилловъ. Обвиненіе въ междувѣдомственныхъ треніяхъ, во всякомъ случаѣ, не касается переселенческой медицины, ибо представители заинтересованныхъ вѣдомствъ приглашаются на совѣщаніе по поводу обсужденія смѣтъ; не оспариваю факта близкаго сосѣдства двухъ больницъ различныхъ вѣдомствъ, но въ этомъ опять таки невиновато переселенческое управленіе. Что касается средствъ, расходуемыхъ государствомъ на переселенческую организацію и все переселенческое дѣло, то не надо забывать, что государство оказываетъ эту помощь экономически наиболѣе слабымъ группамъ населенія; оставляя безъ разсмотрѣнія вопросъ о цѣлесообразности этого, я присоединяюсь къ пожеланію, высказанному другимъ переселенческимъ врачемъ А. Б. Моисеевымъ, о скорѣйшемъ проведеніи въ жизнь закона 1-го іюня 1912 года.

По поводу доклада д-ра Короневскаго думаю, что въ виду необезпеченности населенія акушерской помощью, слѣдуетъ диссеминировать акушерскую помощь и насадить побольше маленькихъ родильныхъ пріютовъ. Кромѣ того, какъ общую мѣру, касающуюся всѣхъ докладовъ, нынѣ сдѣланныхъ, предлагаю Съѣзду въ резолютивной части упомянуть о необходимости введенія санитарной организаціи въ краѣ.

Д-ръ Моисеевъ. Въ виду сложности вопросовъ, здѣсь затрогиваемыхъ, предлагаю, въ интересахъ самого дѣла, передать ихъ на предварительное обсужденіе и разработку въ особую комиссію.

Д-ръ Сомовъ. Переселенческая медицинская организація, мыслимая какъ нѣчто отдѣльное, самодовлѣющее, не имѣетъ подъ собой почвы, обрѣчена, думаю я, на увяданіе и должна будетъ въ будущемъ войти, слиться съ другими организаціями во что-нибудь цѣлое.

Предсѣдатель. Интересы сельской медицины, съ которой я сроднился, близки мнѣ, близки мнѣ также тѣ незамѣтные скромные труженики-герои, которые работаютъ годами въ глуши, въ невозможныхъ условіяхъ, рискуютъ зачастую своимъ здоровьемъ, платятся здоровьемъ и жизнью своихъ дѣтей. Нужно ли говорить, какъ малы ассигнованія на сельскую медицину? И нѣтъ ничего удивительнаго, что мы, представители сельской медицины, стоящіе въ сторонѣ и въ отдаленіи отъ распоряженія кредитами, ищемъ ближе возможныхъ компенсацій, въ родѣ тѣхъ, какія предлагаетъ Съѣзду д-ръ Фортунатовъ. Вполнѣ раздѣляю мнѣнія д-ра Сомова, д-ра Фортунатова и другихъ, и прошу вѣрить моему объективному отношенію къ вопросу о необходимости объединенія медицинскаго дѣла въ краѣ въ формѣ сосредоточенія кредитовъ въ краевомъ врачебномъ управленіи. Это явится шагомъ впередъ въ той разноголосицѣ и чрезполосицѣ, какая наблюдается въ медицинскомъ дѣлѣ, какъ то выяснилось за три дня занятій Съѣзда. Благодарю отъ себя и предлагаю Съѣзду выразить благодарность докладчикамъ, освѣтившимъ наше больное мѣсто—состояніе сельской медицины въ краѣ.

(Продолжительные аплодисменты).

Засѣданіе закрывается.

Протоколъ 4-го засѣданія

1-го Съѣзда врачей Приамурскаго края 27-го августа 1913 г.

Утреннее засѣданіе.

Предсѣдателемъ разрѣшено обсуждать вопросъ о созывѣ слѣдующаго краевого Съѣзда. Послѣ краткаго обмѣна мнѣній рѣшено ходатайствовать о разрѣшеніи слѣдующаго Съѣзда во Владивостокѣ черезъ годъ.

Каценеленбогенъ и Фортунатовъ высказываютъ пожеланіе, чтобы организаціонное бюро слѣдующаго Съѣзда озаботились приглашеніемъ сѣверныхъ товарищей съ такимъ разсчетомъ, чтобы они могли поспѣть ко времени открытія засѣданій Съѣзда.

Д-ръ Лемкуль вноситъ предложеніе, чтобы организаціоннымъ бюро по созыву слѣдующаго Съѣзда въ качествѣ полноправныхъ членовъ были привлечены врачи и изъ другихъ городовъ края, не только изъ Владивостока.

Д-ра Покровскій и Гласекъ поддерживаютъ предложеніе д-ра Лемкуля, которое и принимается большинствомъ Съѣзда.

Д-ръ С. Д. Чечулинъ читаетъ Съѣзду свои два доклада:

1) „Краткій санитарный обзоръ постройки средней части Амурской ж. д. и организація санитарнаго отдѣла этой постройки".

2) „Болѣзненность и смертность на постройкѣ Средней части Амурской ж. д. за три года (1910, 1911, 1912 г.г.)".

Предсѣдатель предлагаетъ высказаться.

Д-ръ Сомовъ. Передвиженія большихъ массъ народа представляютъ собою всегда крупное санитарное явленіе и возбуждаютъ глубокій санитарный интересъ. Съѣзду уже было доложено объ одномъ такомъ явленіи: о передвиженіи переселенцевъ—д-ромъ Моисеевымъ. Д-ръ Моисеевъ, дѣлая выводъ изъ своего доклада, предложилъ такую крупную, дорогую и стѣснительную для всѣхъ мѣру, какъ сухопутный карантинъ

между Европейскою и Азіатскою частью Россіи. Предполагая, что тѣ тяжелыя послѣдствія (большая смертность дѣтей, главнымъ образомъ, отъ кори), которыми сопровождается передвиженіе переселенцевъ, зависятъ отъ неудовлетворительности организаціи передвиженія, я прошу многоуважаемаго докладчика, д-ра Чечулина, дополнить нарисованную имъ картину передвиженія русскихъ рабочихъ свѣдѣніями: 1) о числѣ дней пути русскаго рабочаго по желѣзной дорогѣ и 2) объ утеряхъ въ пути въ рабочихъ поѣздахъ, т. е. много ли по пути заболѣло.

3) Изъ докладовъ д-ра Кона, Короневскаго и другихъ вчера выяснилась желательность приглашенія вмѣсто фельдшеровъ — фельшерицъ-акушерокъ и предложено было поэтому повысить ихъ содержаніе. Изъ этихъ же докладовъ и преній и по личному опыту я знаю, что фельдшерицы-акушерки не идутъ на службу въ нашъ край, особенно на самостоятельные пункты. Ѣхать въ нашъ край лучшимъ нашимъ помощницамъ, столь цѣннымъ работницамъ, мѣшаетъ не одно малое содержаніе. Половина нашихъ помощницъ работаютъ, главнымъ образомъ, изъ за идеи и сознанія долга. Сейчасъ изъ доклада д-ра Чечулина выяснилось, что и у нихъ очень малъ процентъ фельдшерицъ-акушерокъ между фельдшерскимъ персоналомъ. Я прошу глубокоуважаемаго докладчика сообщить, какія были на Средней части Амурской ж. д. матеріальныя условія службы фельдшерицъ-акушерокъ и узнать мнѣніе докладчика: не идутъ фельдшерицы-акушерки на службу вслѣдствіе ли матеріальной необезпеченности службы или тяжелыхъ моральныхъ условій жизни и службы въ нашемъ краѣ? Я думаю—послѣднее—главная причина, почему мы лишаемся столь цѣнныхъ помощницъ. Я вовсе не хочу огуломъ клеймить фельдшеровъ, въ томъ числѣ и ротныхъ. Я встрѣчалъ образцовыхъ работниковъ, людей долга, стремящихся къ усовершенствованію и пополненію знаній не только между школьными, но и ротными фельдшерами и разницу между двумя этими категоріями помощниковъ не считаю существенной. Не одно только тяжелое экономическое положеніе (въ ст. Павло-Федоровской фельдшеръ получаетъ менѣе 200 руб. въ годъ, безъ квартирныхъ), но и моральныя условія жизни—тяжелый гнетъ для всего фельдшерскаго персонала. Надо чѣмъ либо улучшить жизнь фельдшерскаго персонала, и я предлагаю Съѣзду высказаться за періодическія командировки фельдшерскаго персонала для обновленія и пополненія знаній.

Д-ръ Гласекъ. Меня интересуетъ, какъ обстоитъ дѣло съ оперативной помощью на Средней части Амурской ж. д, сколько сдѣлано операцій, какой процентъ падаетъ на женщинъ, оперированныхъ по поводу тазовыхъ процессовъ, и т. д. Я знакомъ съ постановкой этого дѣла на Восточной части Амурской ж. д. Здѣсь хирургическая помощь поставлена солидно: количество обращающихся къ стаціонарному лѣченію подчасъ такъ велико, что пріемный покой, съ вѣдома старшаго врача, направляетъ больныхъ ко мнѣ въ Красный Крестъ.

Д-ръ Кирилловъ. Интересно было бы узнать отъ докладчика, какъ обстоитъ дѣло съ желтымъ трудомъ на постройкѣ Средней части Амурской ж. д. и каковы его вліянія.

Д-ръ Фіалковскій. Меня интересуетъ степень развитія алкоголизма на постройкѣ и вліяніе его на заболѣваемость душевными болѣзнями.

Д-ръ Смирновъ. Прошу докладчика разъяснить мнѣ, каково вліяніе климатическихъ условій на теченіе туберкулезныхъ процессовъ въ предѣлахъ постройки Средней части Амурской ж. д.

Докладчикъ. Для того, чтобы иллюстрировать условія, въ которыхъ протекала работа медичекъ, приведу слѣдующія данныя: жалованье онѣ получали 100 руб. въ мѣсяцъ, плюсъ безплатный проѣздъ, плюсъ пособіе въ размѣрѣ мѣсячнаго жалованья; съ матеріальной стороны какъ будто бы ничего, но нравственная атмосфера, въ которой работали медички, очевидно была тяжела, изъ 8—двѣ не выдержали и должны были уѣхать; у обѣихъ имѣлись при отъѣздѣ явленія истерическаго невроза.

Что касается условій транспорта рабочихъ, то, попадая на постройку пароходомъ, рабочіе весной затратили на рѣчной путь 48 тыс. дней, а осенью 70 тыс. дней.; на содержаніе въ пути получали суточныхъ 25 коп. до Иркутска и 40 коп. послѣ Иркутска. Весной 1912 г. ими потрачено на водный путь 110 тысячъ дней. Умерло въ дорогѣ мало: 2, 5 и 40, послѣдняя цифра объясняется тѣмъ, что при пожарѣ парохода 40 чел. утонуло.

Д-ру Гласеку скажу, что большую часть гинекологическихъ больныхъ лѣчили у себя въ больницѣ; 7% общаго числа падаетъ на гинекологическія заболѣванія. Услугами Краснаго Креста пользуемся и мы въ Благовѣщенскѣ.

Д-ру Кириллову долженъ сказать, что желтый трудъ на постройкѣ Средней части Амурской ж. д. не примѣнялся.

Д-ру Фіалковскому. Единичные случаи отравленія алкоголемъ наблюдались. Китайская водка попадала къ намъ контрабанднымъ путемъ. Но думаю, что алкоголизація временнаго и постояннаго населенія постройки не отразилась на цифрѣ душевныхъ заболѣваній, какъ это можно видѣть изъ слѣдующихъ цифръ: процентъ случаевъ душевныхъ болѣзней по отношенію къ общему числу больныхъ составлялъ:

Въ 1910 г. . . . . 0,1%.
Въ 1911 г. . . . . 0,7%.
Въ 1912 г. . . . . 0,01%.

Д-ру Смирнову. Да, мы наблюдали на постройкѣ случаи обострившагося туберкулезнаго процесса.

Предсѣдатель. Не желаетъ ли кто задать докладчику какихъ либо вопросовъ?

Д-ръ Блаутъ-Блачевъ. Сколько было у васъ случаевъ сибирской язвы? Кто осматривалъ мясо?

Д-ръ Сомовъ. Не замѣчалось ли у васъ осѣданія пришлаго люда?

Д-ръ Раковичъ. Насколько великъ заработокъ рабочаго, и правда ли, что у васъ практиковалась выдача на руки ограниченнаго количества заработанныхъ денегъ?

Д-ръ Галка. Прошу докладчика сообщить, какой способъ зараженія сифилисомъ чаще наблюдался вами—половой или внѣполовой?

Докладчикъ д-ръ Чечулинъ.

Д-ру Сомову скажу немногое. Изъ 6000 рабочихъ 1911 года 5800 снова пришли въ 1912 г. (всего же работало около 20000 чел.). Осѣдаетъ на землѣ изъ нихъ мало.

Д-ру Блаутъ-Блачеву. Сибирской язвы у насъ было 17 случаевъ. Осмотръ мяса производился подъ наблюденіемъ ветеринарныхъ врачей.

Д-ру Раковичъ: Нѣкоторые изъ рабочихъ везли домой болѣе 300 руб. Выдавая на руки рабочимъ около 3-хъ руб., остальное дорога удерживала за собой, дожидаясь лишь приказанія рабочаго перевести извѣстную сумму денегъ по извѣстному адресу; рабочіе пользовались даже телеграфомъ для перевода денегъ; этимъ путемъ обезпечивалась рабочему воз-

можность сбереженій. Я не наводилъ справокъ въ учрежденіяхъ почтово-телегр. вѣдомства и не могу привести всю сумму переводовъ рабочихъ заработковъ за тотъ или другой годъ.

Д-ру Галка скажу, что внѣполовое зараженіе сифилисомъ у насъ на постройкѣ наблюдалось рѣдко.

Д-ръ Покровскій. Въ виду того, что здѣсь уже допущена извѣстная оцѣнка движенія рабочихъ изъ Россіи на Дальній Востокъ, и д-ръ Сомовъ даже пытался установить извѣстное, хотя бы и незначительное колонизирующее значеніе за этимъ ввозомъ „бѣлаго труда", предлагаю Съѣзду передать на разсмотрѣніе редакціонной комиссіи слѣдующую резолюцію:

Работа на постройкѣ Амурской ж. д., привлекая изъ *Европейской Россіи* экономически слабыя группы населенія, является для нихъ лишь одной изъ формъ подсобнаго промысла, а потому нельзя разсматривать рабочихъ на постройкѣ, какъ среду, способную выдѣлить болѣе или менѣе значительный кадръ переселенцевъ; значеніе этихъ пришлыхъ группъ населенія можно приравнять къ значенію былыхъ „ходоковъ".

Предсѣдатель. Въ докладѣ, сейчасъ только что прочитанномъ, имѣются интересныя данныя о поступательномъ движеніи русской культуры на Дальній Востокъ. Въ какихъ тяжелыхъ условіяхъ приходилось работать, легко можно понять, если вспомнить, что даже высокопоставленное лицо пробиралось чрезъ тайгу, гдѣ на лошади, а гдѣ пѣшкомъ. Имя его всѣмъ извѣстно, ибо это былъ Начальникъ Края Николай Львовичъ Гондатти.

Мы видимъ, что группы рабочихъ, вслѣдствіе ранняго ледостава, должны были попадать на родину чрезъ Цицикаръ, совершая путь до него частью пѣшкомъ, частью на телѣгахъ. Санитарно-врачебная организація оказалась на высотѣ возложенной на нее задачи. Уже изъ приведенныхъ намъ краткихъ данныхъ можно видѣть, что ростъ травматизма на постройкѣ за 3 года обусловливается лишь постепеннымъ усложненіемъ характера самихъ работъ, начавшихся проведеніемъ времянки и заканчивавшихся работами въ кессонахъ, тоннеляхъ и т. д. Если значительныя волны рабочаго люда не выдѣляютъ изъ себя переселенческихъ группъ болѣе или менѣе замѣтныхъ, не надо забывать о томъ, что мѣстность, прилегающая къ постройкѣ, уже болѣе или менѣе обслѣдована, сама линія уже скоро откроется для временнаго дви-

женія, и тогда воочію можно будетъ увидѣть, какъ будетъ пріобщенъ къ культурѣ этотъ богатый обширный край. Принесемъ же нашу благодарность докладчику, открывшему намъ столь интересную картину постепеннаго мирнаго завоеванія края, гдѣ за изслѣдователемъ идетъ топографъ, за топографомъ рядъ техниковъ, а съ ними первыя волны рабочаго люда и первыя зачатки медицинской организаціи, за 3 года гигантски выросшія и блестяще выполнившія свою культурную миссію.

Затѣмъ д-ръ А. А. Смирновъ читаетъ два своихъ доклада:

1) „Раннее распознаваніе туберкулезныхъ заболѣваній при помощи антитоксическихъ средствъ".

2) „Измѣненія формы туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ чахоточныхъ".

Предсѣдатель предлагаетъ желающимъ высказаться.

Д-ръ Гласекъ. 70% женщинъ является съ такими же симптомами, какіе авторъ докладовъ объясняетъ скрытой формой туберкулеза, а мы, гинекологи, скрытой формой гонорреи.

Д-ръ Сомовъ. Глубокоуважаемый товарищъ положилъ много труда на изученіе и борьбу со столь страшнымъ врагомъ человѣчества, какъ туберкулезная палочка. Въ своемъ докладѣ онъ доложилъ много новаго, интереснаго и важнаго. Но въ докладѣ д-ръ Смирновъ изложилъ только ясныя и опредѣленныя данныя. Между тѣмъ во время своихъ микроскопическихъ работъ докладчикъ могъ встрѣчать еще и другія явленія изъ жизни туберкулезной палочки, которыя за неполной выясненностью не внесъ пока въ свой докладъ. Вотъ къ этому и относятся мои вопросы: 1) Туберкулезная палочка есть живой организмъ, имѣетъ свою сложную жизнь, которая очень важна для борьбы съ этимъ страшнымъ врагомъ, но очень трудна для изученія. У туберкулезной палочки должны быть свои болѣзни, въ зависимости отъ которыхъ болѣзнь человѣческаго организма принимаетъ то или другое теченіе. Наблюденія и изслѣдованія болѣзней туберкулезной палочки могутъ въ будущемъ объяснить случаи самоизлѣченія организма отъ чахотки и указать путь для лѣченія. Изслѣдуя массу препаратовъ туберкулезной мокроты, какъ спеціалистъ, не встрѣчалъ ли докладчикъ уродливыхъ морфологическихъ болѣзненныхъ формъ палочки?

Въ старыхъ лабораторныхъ культурахъ не встрѣчалъ ли докладчикъ уродливыхъ дегенеративныхъ формъ туберкулезной палочки, представляющихъ большой интересъ для изу-

ченія жизни и болѣзней нашихъ микроскопическихъ враговъ? Я, лично, во время своихъ случайныхъ и отрывочныхъ работъ по бактеріологіи, встрѣчалъ въ старыхъ лабораторныхъ культурахъ формы другихъ нашихъ враговъ, а именно—сибирской язвы и холеры.

Д-ръ Блаутъ-Блачевъ. На ряду съ „I. K." Шпенглера примѣняли ли вы и другія средства?

Д-ръ Вейсъ. Предлагаю Съѣзду просить докладчика представить будущему Съѣзду докладъ по этому же интересному и злободневному вопросу.

Докладчикъ д-ръ Смирновъ.

Д-ру Гласеку. Возможно, что мой докладъ оставилъ въ нѣкоторыхъ слушателяхъ впечатлѣніе, что я смотрю на міръ Божій черезъ туберкулезные очки и въ нѣкоторомъ родѣ страдаю туберкулезнымъ дальтонизмомъ. Но это, г.г., совсѣмъ не такъ. Несомнѣнно, всякій ядъ, будетъ ли это „гонотоксинъ", либо другой, вызываетъ у больного свойственный ему отравный симптомокомплексъ, который можетъ оказаться во многомъ весьма сходнымъ съ нарисованнымъ мною отравнымъ симптомокомлексомъ при скрытомъ туберкулезѣ. Цѣль моего насотящаго доклада—обратить вниманіе товарищей на печальный, но точно установленный въ наукѣ фактъ, что 96% населенія носитъ въ себѣ скрытые очаги туберкулезной заразы. Пусть это заставитъ васъ задуматься надъ тѣми больными, у которыхъ вамъ не удается выяснить діагнозъ или у которыхъ назначенное вами лѣченіе не приноситъ пользы.

Д-ру Сомову долженъ сказать, что я не считаю себя уже въ такой степени опытнымъ бактеріологомъ, чтобы брать на себя смѣлость опредѣленно вырѣшить поставленный имъ вопросъ. Но въ мокротѣ нѣкоторыхъ чахоточныхъ больныхъ я дѣйствительно наблюдалъ вѣтвистыя формы туберкулезныхъ палочекъ (ramificatio), а дальнѣйшее наблюденіе показало, что болѣзнь у нихъ протекала особенно неблагопріятно, совершенно не поддавалась лѣченію и быстро вела къ летальному исходу.

Д-ру Блаутъ-Блачеву. Да, я примѣнялъ и „I. K." Шпенглера и другія средства.

Д-ру Вейсъ. Я очень польщенъ оцѣнкой, которую вы даете мнѣ; поскольку литература и жизнь дастъ что либо новаго, я охотно подѣлюсь съ товарищами на слѣдующемъ краевомъ Съѣздѣ.

Предсѣдатель. Предлагаю Съѣзду поблагодарить докладчика за его блестящій докладъ.

Вечернее засѣданіе

27 августа 1913 года.

Предсѣдательствуетъ д-ръ Петинъ.

Присутствуютъ почти тѣ-же члены Съѣзда, какъ и на утреннемъ засѣданіи.

Прочитывается краткое сообщеніе о проказѣ и дѣятельности лепрозоріи Удскаго уѣзднаго врача А. И. Малегина.

Предсѣдатель открываетъ пренія.

Д-ръ Смирновъ. На лепрозоріи отпускаются нищенскія средства. Лепрозоріи должны содержаться на правительственныя средства.

Д-ръ Фіалковскій. Близкое участіе сельско-полицейской власти въ жизни лепрозоріи должно быть замѣнено такимъ же близкимъ участіемъ органовъ врачебнаго управленія.

Д-ръ Смирновъ. Необходимо подтвердить постановленіе 1-го областного Съѣзда о малой заразительности проказы.

Затѣмъ прочитывается докладъ д-ра Я. И. Здравомыслова: „Полгода въ Пекинѣ и недѣля въ Токіо".

Предсѣдатель открываетъ пренія.

Д-ръ Поздневъ. Предлагаю постановить, чтобы всѣ доклады, поступающіе на Съѣздъ, предварительно просматривались бы въ бюро.

Прочитанный докладъ не имѣетъ отношенія къ медицинскому дѣлу въ краѣ.

Предсѣдатель д-ръ Петинъ предлагаетъ на будущее время установить, чтобы всѣми представлялись не только доклады, но и краткое ихъ содержаніе, которое, въ случаѣ недостатка времени, и читалось бы на Съѣздѣ.

Д-ръ Лемкуль. Полагаю, что теперь же необходимо намѣтить программные вопросы для слѣдующаго Съѣзда.

Большинствомъ голосовъ рѣшено, чтобы организаціонное бюро будущаго Съѣзда приняло къ свѣдѣнію всѣ вышеизложенныя соображенія г.г. членовъ Съѣзда.

Объявляется перерывъ.

Послѣ перерыва предсѣдательское мѣсто занимаетъ д-ръ Виноградскій и Съѣздъ приступаетъ къ обсужденію резолюцій, выработанныхъ президіумомъ.

По докладу объ алкоголизмѣ, послѣ прочтенія резолюцій въ редакціи президіума, слово проситъ д-ръ Фіалковскій.

Д-ръ Фіалковскій. Не понимаю, почему президіумъ воздержался отъ болѣе широкой постановки вопроса, умолчавъ о томъ, что корни алкоголя—въ тѣхъ условіяхъ, объ измѣненіи которыхъ хлопочетъ *даже наиболѣе умѣренная часть русскаго общества.* Въ виду того, что такая узость резолюцій мѣняетъ самую сущность дѣла, предлагаю Съѣзду просить поставить на баллотировку мои предложенія.

Д-ръ Сомовъ. Въ данномъ пунктѣ два предложенія: 1) Законодательство противъ пьянства, 2) Общества трезвости. Эти два вопроса надо поставить и баллотировать отдѣльно. Я за общество трезвости, но противъ законодательства противъ пьянства, когда предложеніе столь неопредѣленно... Безъ раздѣленія—я при баллотировкѣ вынужденъ буду голосовать невольно противъ общества трезвости.

Большинство Съѣзда высказывается за желательность баллотировки въ отдѣльности предложеній д-ра Фіалковскаго, по пунктамъ; принятыми оказываются: введеніе въ резолюцію, пунктъ 1-й и пунктъ 2-й подлинной резолюціи Съѣзда въ редакціи д-ра Фіалковскаго, дальнѣйшее въ редакціи президіума.

По вопросу о чумѣ.

Резолюція президіума пополнена д-ромъ Петинымъ, добавленіе котораго Съѣздъ принимаетъ цѣликомъ, а именно слова:

«Для постояннаго наблюденія и руководства указанными карантинами и сѣтью обсерваціонныхъ пунктовъ долженъ быть устроенъ во Владивостокѣ бактеріологическій институтъ съ врачемъ спеціалистомъ во главѣ».

Цѣликомъ предложенныя президіумомъ резолюціи приняты по вопросамъ: 1) о санитаріи водныхъ путей, 2) о положеніи городской медицины, 3) о водоснабженіи и канализаціи, 4) о курортахъ края.

По вопросу о проказѣ.

Съѣздомъ резолюція президіума дополнена пунктомъ вторымъ:

«Насильственное помѣщеніе лепрозныхъ больныхъ въ лепрозоріи Съѣздъ признаетъ недопустимымъ».

Слѣдующая резолюція по вопросу о надзорѣ за здоровьемъ школьниковъ принята въ редакціи президіума.

По вопросу о сельской медицинѣ по предложенію предсѣдателя открываются пренія.

Д-ръ Сомовъ. Вопросы мелкіе, частные, какъ бы профессіональные, одной группы врачей, часто являются вопро-

сами большой важности, краевыми. О реформахъ переселенческой медицины предложенія внесъ въ конкретной формѣ сельскій врачъ Фортунатовъ. Переселенческіе же молчатъ или даже противъ. Но это не значитъ, что вопросы, затронутые Фортунатовымъ, не имѣютъ краевого значенія. Не только отдѣльнымъ сельскимъ врачамъ, сосѣдямъ переселенческихъ, но даже всякому мыслящему жителю края ясно видно ненормальное положеніе переселенческаго врача. Зачисленіе врачей на государственную службу и приданіе имъ этимъ большей независимости отъ неспеціалистовъ крайне важно для успѣшнаго развитія общаго врачебно-санитарнаго дѣла въ краѣ, и это вовсе не бытовой вопросъ, къ чему хотѣли свести дѣло нѣкоторые члены Съѣзды.

Д-ръ Поздневъ предлагаетъ передать вопросъ о нормальной медицинской сѣти на обсужденіе междувѣдомственныхъ комиссій въ уѣздахъ. Его предложеніе поддержано д-ромъ Сомовымъ и другими. Съѣздомъ вопросъ о нормальной медицинской сѣти принятъ въ окончательной формѣ въ видѣ пункта 1-го резолюціи.

Пунктъ 2-й. Читается проектъ резолюціи президіума и проектъ секретаря Покровскаго.

Д-ръ Сомовъ. Я обращаю вниманіе Съѣзда, что по этому вопросу есть рядъ другихъ вполнѣ опредѣленныхъ, конкретныхъ, могущихъ получить болѣе быстрое осуществленіе и крайне важныхъ предложеній д-ра Фортунатова, которыя необходимо обсудить каждое въ отдѣльности. Къ этому вопросу относится и мой проектъ резолюціи по поводу моего доклада: предложеніе сліянія всѣхъ организацій въ одно цѣлое.

Второй пунктъ принятъ въ резолюціи президіума.

Въ качествѣ пункта 3-го цѣликомъ принимается резолюція, предложенная д-ромъ Покровскимъ.

Пунктъ 4-й принятъ въ редакціи президіума.

Къ пункту 5-му принято дополненіе д-ра Кона: „Въ виду чего Съѣздъ рекомендуетъ улучшить матеріальное положеніе фельдшерскаго персонала“.

Пунктъ 6-й принимается въ неизмѣненной редакціи президіума. Выброшены по предложенію д-ра Сомова лишь слова о бездорожьѣ.

Д-ръ Сомовъ. Я за то, чтобы выкинуть слова о бездорожьѣ. Такая вставка обидна для нашихъ глубокоуважаемыхъ и цѣнныхъ помощницъ, фельдшерицъ-акушерокъ. Я

знаю тысячи примѣровъ, когда фельдшерицы-акушерки, исполняя свой долгъ, ѣздили въ телѣгахъ при бездорожьѣ и даже верхомъ. Случаевъ же отказа отъ исполненія долга изъ за бездорожья я не знаю. Д-ръ Кирилловъ говоритъ, что Съѣзду надо обратить вниманіе на плохія дороги; онъ полагаетъ, что сдѣлать это необходимо съ практической цѣлью улучшенія путей сообщенія, тѣсно связанныхъ съ развитіемъ врачебно-санитарнаго дѣла. Но вѣдь есть еще много подобныхъ же вопросовъ. Между тѣмъ мой проектъ резолюціи о подачѣ лошадей въ связи съ запаздываніемъ медицинской помощи и смертью роженицъ, по настоянію д-ра Кириллова, отклоненъ отъ обсужденія, какъ мелкій, не краевой вопросъ. Отклонены и другіе, не менѣе важные, но для краевого Съѣзда неинтересные вопросы, напр. о запасномъ врачѣ, о свободномъ днѣ, объ удешевленіи медикаментовъ. Я согласенъ, что краевому Съѣзду нельзя на это терять времени; кромѣ того, я внесъ проектъ резолюціи объ областныхъ съѣздахъ участковыхъ врачей разныхъ вѣдомствъ и поуѣздныхъ частныхъ совѣщаній тѣхъ же врачей, но въ резолюціи, предложенныя президіумомъ, эти мои крайне важныя предложенія почему-то тоже не вошли.

Пунктъ 7-й дополненъ словами: „въ виду чего рекомендуется имѣть достаточное число запасныхъ фельдшеровъ и акушерокъ“.

По вопросу о дѣтской смертности внесено дополненіе д-ра Моисеева: „Съѣздъ обращаетъ вниманіе на ненормальную постановку санитарнаго дѣла при перевозкѣ переселенцевъ на Дальній Востокъ».

Засѣданіе закрывается.

Протоколъ 5-го засѣданія

1-го Съѣзда врачей Приамурскаго края 28-го августа 1913 года.

Утреннее засѣданіе.

Предсѣдательствуетъ д-ръ Н. В. Кирилловъ.

На очереди докладъ д-ра С. В. Виноградскаго.

„Къ вопросу объ открытіи фельдшерской и фельдшерско-акушерской школы въ краѣ“.

Д-ръ Поздневъ. Необходима правительственная школа, а не частная, не общественная, т. к. лишь правительственную школу можно считать учрежденіемъ устойчивымъ. Южно-Уссурійское о-во врачей много хлопотало объ открытіи такой школы и не имѣло успѣха. Кромѣ того, не отрицая своевременности необходимости открытія школы, не надо забывать, скажу я, того обстоятельства, что мы вѣдь не обезпечимъ себя ничѣмъ, чтобы I-й же выпускъ этой школы не разбрелся по лучшимъ мѣстамъ. Гдѣ гарантія, что выпускные изъ школы фельдшера и фельдшерицы-акушерки останутся служить здѣсь же въ краѣ?

Д-ръ Покровскій. Школы, содержимыя на средства городовъ, на средства земствъ, не уступаютъ и даже превосходятъ казенныя школы; вспомнимъ Старо-Екатерининскіе курсы фельдшерицъ-акушерокъ въ Москвѣ, фельдшерскую школу въ Саратовѣ. Обезпеченіе такихъ школъ достаточнымъ числомъ коекъ можетъ быть достигнуто путемъ соглашенія. Правительству, если оно не пожелаетъ затрачивать большихъ денегъ сразу, все равно придется наравнѣ съ частными организаціями войти въ соглашеніе съ городскимъ самоуправленіемъ. Въ виду того, что Южно-Уссурійское о-во врачей уже имѣетъ небольшой фондъ на школу, предлагаю поддержать это общество и ходатайствовать о выдачѣ ему пособія на устройство фельдшерско-акушерской школы во Владивостокѣ.

Д-ръ Гласекъ. Мы слыхали, что есть теченіе за то, чтобы школа была въ Благовѣщенскѣ, гдѣ она могла-бы быть

обслуживаема персоналомъ курсовъ д-ра Хоммера. Насколько я знакомъ съ постановкой дѣла на курсахъ д-ра Хоммера для сестеръ милосердія—это можно назвать чѣмъ угодно, но отнюдь не аргументомъ въ пользу открытія школы въ Благовѣщенскѣ. Съ такимъ же правомъ можно было-бы указать на Хабаровскъ, какъ на пунктъ, пригодный для созданія въ немъ школы. Владивостокъ, помимо прочихъ соображеній, удобенъ тѣмъ, что тамъ же живетъ и областной врачебный инспекторъ.

Д-ръ Кирилловъ. На сдѣланное здѣсь замѣчаніе, что нѣтъ гарантій удержать окончившихъ школу здѣсь же въ краѣ, задамъ вопросъ: можно-ли обойтись выписными фельдшерицами-акушерками? Конечно, нельзя: и онѣ теряются, выходятъ замужъ и пр.; съ другой стороны, привлекая мѣстныхъ жительницъ въ школу, можно было бы, напр., путемъ стипендій удержать ихъ здѣсь; нѣкоторыя же останутся, хотя бы и не служа, въ семьяхъ, въ силу того, что ихъ родственники живутъ здѣсь же, и будутъ вносить въ окружающую среду культурные взгляды; почему не привлекать въ школу дѣтей инородцевъ?

Д-ра Недлеръ и Городковъ высказываются за школу правительственнаго типа.

Д-ръ Покровскій предлагаетъ резолюцію, которая съ двумя поправками д-ра Лемкуля пріобрѣтаетъ окончательный видъ и принимается большинствомъ Съѣзда.

Предсѣдательствованіе беретъ на себя д-ръ Виноградскій.

На очереди докладъ д-ра Блюма: «О вліяніи климатическихъ условій Приамурья на заболѣваемость и теченіе болѣзней».

Открываются пренія.

Д-ръ Кирилловъ. При сводкѣ метеорологическихъ данныхъ, полученныхъ вами съ различныхъ пунктовъ постройки желѣзной дороги, приводили-ли вы къ 0 (нулю) температуры и уровню моря барометрическое давленіе ихъ? Амплитуды барометра одинаковы по всему земному шару. Что касается приведенныхъ вами цифръ, указывающихъ на рѣзкія суточныя колебанія температуры, то вѣдь мы имѣемъ противъ нихъ превосходное средство въ видѣ періодическаго прогрѣванія и перегрѣванія тѣла: вспомнимъ японскія горячія ванны, обязательныя для нихъ. Къ этому перегрѣванію стремится и русскій человѣкъ съ его паровой баней. Пожеланія ваши о

широкомъ изученіи климатическихъ условій края найдутъ себѣ разрѣшеніе, думаю, со стороны спеціалистовъ.

Д-ръ Шахъ-Назаровъ. Не понимаю той зависимости, которую устанавливаетъ докладчикъ между повышеніемъ или пониженіемъ барометрическаго давленія и кровоизліяніями у артеріосклеротиковъ: вѣдь барометрическое давленіе повышается не только снаружи сосудовъ, но на такую же самую величину и извнутри, и тѣмъ самымъ выравнивается апріорное неблагопріятное вліяніе барометрическихъ колебаній, занимающее докладчика.

Д-ръ Блюмъ. Докладъ мой носилъ характеръ предварительнаго сообщенія и, какъ таковой, естественно могъ не освѣтить деталей въ достаточной степени. Если мнѣ удалось хотя нѣсколько задержать вниманіе г.г. членовъ Съѣзда на затронутой темѣ, я хотѣлъ бы лишь одного еще, именно, чтобы резолютивная часть моего сообщенія нашла себѣ отраженіе въ резолюціяхъ Съѣзда.

Предсѣдатель. Интересный вопросъ о вліяніи климатическихъ условій на заболѣваемость и теченіе болѣзней освѣщенъ докладчикомъ въ такой мѣрѣ, что мы должны присоединиться къ высказаннымъ имъ пожеланіямъ. Правда, есть и особыя учрежденія, вѣдающія вопросы метеорологіи, въ Благовѣщенскѣ, Владивостокѣ, которыя изучаютъ вопросъ этотъ всесторонне, а не при случаѣ, какъ врачи; что же касается регистрирующаго учрежденія, то таковое намѣчено Съѣздомъ въ формѣ санитарной организаціи края.

Поблагодаримъ же докладчика за его интересное сообщеніе, вводящее насъ въ сферу вопросовъ, такъ или иначе связанныхъ съ оздоровленіемъ края.

На очереди докладъ д-ра Борхарда: «Краевая физикотерапія».

Преній по существу доклада не возникло.

Затѣмъ заслушанъ докладъ д-ра А. К. Мольтрехта: „Къ вопросу о нуждахъ Приамурья въ спеціальныхъ глазныхъ лѣчебницахъ, убѣжищахъ и училищахъ для слѣпыхъ“.

По поводу доклада высказываются:

Д-ръ Сомовъ. Выясняется желательность командировокъ врачей края для освѣженія знаній по офтальмологіи. Этимъ путемъ мы скорѣе всего обезпечимъ, какъ показываетъ опытъ земствъ центральной Россіи, населенію надлежащую помощь въ неотложныхъ случаяхъ.

Д-ръ Городковъ. Инородцы живутъ очень грязно. Ихъ очаги допускаютъ скопленіе дыма въ жиломъ помѣщеніи, и это не можетъ не отразиться на наружныхъ частяхъ глаза.

Д-ръ Покровскій. Не возражая д-ру Мольтрехту по существу, я задаю себѣ такой вопросъ: если нужда въ окулистической помощи такъ велика, то вѣдь одна глазная больница на край—это капля въ морѣ; опытъ Казанской губ. показываетъ, что глазникъ—спеціалистъ всегда оцѣнивается населеніемъ по достоинству, но его ждутъ годами люди, живущіе въ 100—150 верстахъ отъ университетскаго города; значитъ необходимо, чтобы тѣмъ или инымъ путемъ спеціальная помощь была приближена къ нуждающимся въ ней группамъ населенія края.

Д-ръ Мольтрехтъ. Десять лѣтъ тому назадъ Съѣздъ врачей постановилъ, что необходимо устроить спеціальную глазную лѣчебницу. Устройство особыхъ глазныхъ отдѣленій при больницахъ осуществимо лишь на ряду съ предварительными командировками врачей для практики къ офтальмологу: вѣдь не всякій же врачъ сумѣетъ сдѣлать прижиганіе язвы роговицы гальванокаутеромъ; вѣдь заболѣванія передней камеры, хрусталика, опухоли глаза и орбиты, все это говоритъ о необходимости учрежденія спеціальной лѣчебницы (аплодисменты).

Предсѣдатель объявляетъ перерывъ до вечера.

Вечернее засѣданіе.

Предсѣдательствуетъ д-ръ С. В. Виноградскій.

Читается и принимается резолюція президіума по докладу д-ра Мольтрехта.

На очереди докладъ подполковника В. К. Арсеньева: „Къ вопросу о вымираніи инородцевъ въ краѣ“.

Открываются пренія.

Д-ръ Покровскій. Велика ли рождаемость у инородцевъ?

Докладчикъ. Да, она высока, насколько я могу судить.

Д-ръ Гласекъ. Много ли роженицъ и родильницъ умираетъ?

Докладчикъ. Сами инородцы говорятъ, что рѣдко.

Д-ръ Городковъ. Инородцы недовѣрчиво относятся къ оспопрививанію, можетъ быть поэтому у нихъ такъ сильна оспа.

Докладчикъ. Здѣсь надо учитывать вліяніе старообрядцевъ.

Д-ръ Мольтрехтъ. Самый важный вопросъ для туземцевъ это—профилактика.

Д-ръ Кирилловъ. Вопросъ объ инородцахъ поднимался на 2-мъ Съѣздѣ врачей. Надо изъ ихъ же среды создать фельдшеровъ и врачей; нашимъ же врачамъ, не пользующимся довѣріемъ инородцевъ, трудно ихъ лѣчить.

Докладчикъ. Прививать инородцамъ культуру надо не совѣтомъ, а тѣмъ болѣе не силой, а примѣромъ.

Д-ръ Покровскій предлагаетъ свою резолюцію по поводу доклада подполковника В. К. Арсеньева.

Съѣздомъ резолюція д-ра Покровскаго принята безъ поправокъ большинствомъ всѣхъ противъ 1-го (Н. В. Кириллова), полагающаго, что она непримѣнима къ сѣверу края, т. е. къ большинству инородцевъ.

Д-ръ А. И. Эбергардтъ читаетъ докладъ: „Біологическій методъ Abderhalden'а для распознаванія беременности" и демонстрируетъ производство этого способа.

Пренія.

Д-ръ Гласекъ приводитъ около 10 случаевъ изъ собственной практики, въ которыхъ діагнозъ беременности былъ безошибочно установленъ д-ромъ Эбергардтомъ по методу Abderhalden'а, причемъ клинически сомнительные изъ нихъ (ранніе случаи внѣматочной беременности) были вскорѣ документально подтверждены путемъ оперативнаго вмѣшательства.

Далѣе читаетъ докладъ д-ръ А. Б. Моисеевъ: „Опытъ скарлатинной вакцинаціи въ переселенческой практикѣ."

Пренія.

Д-ръ Филиппова. Не замѣчалъ ли докладчикъ побочнаго вліянія прививокъ на случайныя сопутствующія заболѣванія—рожистыя и ревматическія.

Докладчикъ. Не наблюдалъ.

Д-ръ Фортунатовъ. Изслѣдовалась ли моча у паціентовъ вашихъ на бѣлокъ.

Докладчикъ. Нѣтъ.

Д-ръ Лемкуль. Не разъ медицинскія общества въ Россіи отвергали положительное значеніе противо-скарлатинныхъ прививокъ.

Д-ръ Вейсъ. Доступная ли цѣна прививокъ?

Докладчикъ. При массовыхъ—около 1 коп. прививка.

Предсѣдатель предлагаетъ, въ виду окончанія занятій Съѣзда, вносить поправки къ резолюціямъ Съѣзда.

Д-ръ Фортунатовъ. Прошу поставить на баллотировку съ предварительнымъ обсужденіемъ проекты моихъ резолюцій.

Съѣздъ принимаетъ три поправки д-ра Фортунатова въ ихъ неизмѣненномъ видѣ, и онѣ образуютъ въ отдѣлѣ сельской медицины пункты восьмой, девятый и десятый.

Далѣе принята цѣликомъ резолюція, предложенная докторомъ А А. Смирновымъ по вопросу о туберкулезѣ.

По вопросу о противоскарлатинныхъ прививкахъ Съѣздомъ принята резолюція д-ра А. Б. Моисеева.

Д-ръ Шахъ-Назаровъ вноситъ поправку, дополняющую конецъ резолюціи д-ра Щербачева.—Принято.

Д-ръ Поздневъ предлагаетъ Съѣзду выразить пожеланіе, чтобы врачи черезъ каждые три года обязательно командировались для обновленія знаній на повторительные курсы. Съѣздъ принимаетъ пожеланіе.

Прочитываются резолюціи Съѣзда въ окончательной редакціи.

РЕЗОЛЮЦІИ,

вынесенныя 1-мъ Съѣздомъ врачей Приамурскаго края, состоявшимся въ гор. Хабаровскѣ

23—28 августа 1913 года.

1. По вопросу объ алкоголизмѣ.

Краевой Съѣздъ врачей, принимая во вниманіе чрезмѣрное развитіе алкоголизма среди населенія края, считаетъ необходимымъ возможно скорое проведеніе въ жизнь слѣдующихъ мѣропріятій:

1) Подробное статистическое обслѣдованіе этого вопроса въ тѣхъ областяхъ края, гдѣ алкоголизмъ развитъ сильнѣе всего, именно: Никольскаго раіона, раіона Амурской дороги и пограничной полосы.

2) Проведеніе въ жизнь правительственныхъ мѣропріятій какъ въ формѣ спеціальныхъ законовъ противъ пьянства, такъ и въ учрежденіи повсемѣстно комитетовъ по борьбѣ съ алкоголизмомъ при органахъ городскихъ самоуправленій и общественныхъ учрежденіяхъ.

3) Завести въ городахъ и при крупныхъ желѣзнодорожныхъ станціяхъ особыя помѣщенія (камеры) для вытрезвленія пьяныхъ.

4) Имѣть при крупныхъ больницахъ отдѣленія для лѣченія алкоголиковъ.

5) Рекомендуетъ самую широкую пропаганду въ дѣлѣ борьбы съ алкоголизмомъ путемъ:

а) Распространенія таблицъ, листковъ, брошюръ книгъ въ школахъ, библіотекахъ, общественныхъ мѣстахъ, путемъ пастырскаго увѣщанія и проповѣдей.

б) Устройства постоянныхъ и подвижныхъ музеевъ по гигіенѣ, алкоголизму, туберкулезу и сифилису.

Съѣздъ обращаетъ вниманіе на проникаціе чрезъ пограничную полосу ханшина, содержащаго въ себѣ вредныя примѣси.

2. По вопросу о чумѣ.

Въ виду того, что заносъ чумы изъ Китая и холеры изъ Кореи и Японіи является постоянной угрозой краю, Съѣздъ настаиваетъ на скорѣйшемъ устройствѣ морскихъ карантиновъ во Владивостокѣ и Николаевскѣ на Амурѣ и сѣти постоянно дѣйствующихъ обсерваціонныхъ пунктовъ по сухопутной границѣ. Для постояннаго наблюденія и руководства указанными карантинами и сѣтью обсерваціонныхъ пунктовъ долженъ быть устроенъ во Владивостокѣ бактеріологическій институтъ съ врачемъ спеціалистомъ во главѣ.

3. По вопросу о постановкѣ врачебно-санитарнаго дѣла по рѣкамъ Амурскаго бассейна.

Съѣздъ отмѣчаетъ недостаточно широкую постановку этого дѣла и крайне малое ассигнованіе на текущія надобности санитарной организаціи и лабораторіи въ частности.

4. По вопросу о положеніи городской медицины.

Скорбя объ отсутствіи городскихъ санитарныхъ врачей на Съѣздѣ и случайномъ характерѣ постановки санитаріи даже въ городахъ края, Съѣздъ считаетъ необходимымъ немедленно приступить къ надлежащей организаціи спеціальнаго санитарнаго надзора, отсутствующаго какъ въ городахъ, такъ и на крупныхъ промыслахъ и консервныхъ заводахъ, имѣющихъ государственное значеніе и дающихъ большіе доходы казнѣ, а равно и въ прочихъ крупныхъ промышленныхъ центрахъ. Санитарная организація края должна быть построена на основахъ территоріальности и децентрализаціи, введена въ отдѣльныхъ крупныхъ экономическихъ раіонахъ, каковые: Хабаровскъ, Владивостокъ, Николаевскъ на Амурѣ, Никольскъ-Уссурійскій, Иманъ и пр. Детальную разработку вопроса Съѣздъ ставитъ программнымъ вопросомъ слѣдующаго Съѣзда.

5. По вопросу о водоснабженіи и канализаціи.

Въ виду эндемичности въ краѣ брюшного тифа, отсутствія канализаціи и недоброкачественности питьевой воды въ городахъ, Съѣздъ указываетъ на необходимость спѣшить съ устройствомъ канализаціи и водопроводовъ, при широкой финансовой поддержкѣ со стороны правительства.

6. По вопросу о курортахъ края.

Природныя богатства края даютъ возможность устроить рядъ мѣстныхъ курортовъ, грязелѣчебницъ, морскихъ купаній, санаторій, термъ; поэтому, желая избавить населеніе края отъ необходимости пользоваться чужеземными курортами, Съѣздъ рекомендуетъ поощрять устройство и оборудованіе таковыхъ въ краѣ.

7. По вопросу о проказѣ.

1) Съѣздъ констатируетъ фактъ, что новыхъ очаговъ проказы въ краѣ за послѣднія 20 лѣтъ не обнаруживается, рекомендуетъ для зарегистрованныхъ прокаженныхъ не жалѣть средствъ на специфическое лѣченіе проказы дорогими противосыворотками, во вниманіе къ тяжелой участи заживо-погребенныхъ въ лепрозоріи жертвъ этого недуга.

2) Насильственное помѣщеніе лепрозныхъ больныхъ въ лепрозоріи Съѣздъ признаетъ недопустимымъ.

3) Съѣздъ выражаетъ пожеланіе, чтобы содержаніе лепрозорій было отнесено на общегосударственный счетъ.

8. По вопросу о надзорѣ за здоровьемъ школьниковъ.

Въ виду отсутствія санитарной организаціи, школы края, быстро возросшія въ числѣ за послѣдніе годы, остаются безъ санитарнаго наблюденія. Детальную разработку этого вопроса Съѣздъ ставитъ программнымъ вопросомъ слѣдующаго Съѣзда.

9. По вопросу о сельской медицинѣ.

1) Выработку нормальной медицинской сѣти края Съѣздъ ставитъ программнымъ вопросомъ слѣдующаго Съѣзда и вмѣстѣ съ тѣмъ выражаетъ пожеланіе о созывѣ на мѣстахъ, въ уѣздахъ, междувѣдомственныхъ комиссій, съ участіемъ врачей, для выработки нормальной медицинской сѣти.

2) Находя, что лѣчебныя учрежденія края являются важными агентами санитарной организаціи по учету заболѣваемости и смертности населенія, Съѣздъ обращаетъ вниманіе на убогую постановку сельскаго медицинскаго дѣла у старожиловъ, а въ особенности на территоріи Уссурійскаго и Амурскаго казачьихъ войскъ, находитъ необходимымъ раздѣ-

леніе края на территоріальные врачебные участки, съ безплатной подачей помощи всему населенію, постоянному и пришлому; при этомъ Съѣздъ выражаетъ пожеланіе о скорѣйшемъ проведеніи въ жизнь закона 1-го Іюня 1912 года.

3) Наличность междувѣдомственныхъ треній въ дѣлѣ подачи медицинской помощи населенію края заставляетъ Съѣздъ выразить сожалѣніе по поводу отсутствія въ краѣ земскаго самоуправленія, которое, какъ показываетъ опытъ, является необходимымъ условіемъ развитія медицинскаго дѣла.

4) Крупные промыслы края должны быть обезпечены самостоятельными врачебными пунктами.

5) Низкая оплата труда препятствуетъ привлеченію хорошихъ работниковъ на фельдшерскія мѣста, въ виду чего Съѣздъ рекомендуетъ улучшить матеріальное положеніе фельдшерскаго персонала.

6) Констатируя отсутствіе правильной акушерской помощи населенію края, Съѣздъ рекомендуетъ на самостоятельныхъ пунктахъ имѣть акушерокъ-фельдшерицъ, предоставляя въ ихъ распоряженіе пріютъ для роженицъ на двѣ койки.

7) Низшій медицинскій персоналъ по очереди, черезъ каждые три года, командируется на повторительные курсы въ одну изъ фельдшерско-акушерскихъ школъ, въ виду чего рекомендуется имѣть достаточное число запасныхъ фельдшеровъ и акушерокъ.

8) Участковому врачу должны быть подчинены всѣ фельдшерскіе пункты въ участкѣ, какого бы вѣдомства они ни были, а также всѣ заводскіе, монастырскіе и др. фельдшерскіе пункты.

9) Въ виду слабой платежеспособности и малочисленности населенія, необходимо, чтобы переселенческое вѣдомство помогало бы средствами и участкамъ со старожильческимъ населеніемъ, Уссурійское же казачье войско должно участвовать въ расходахъ по лѣченію казаковъ по дѣйствительной стоимости таковаго.

10) Переселенческимъ врачамъ должны быть предоставлены права государственной службы и на нихъ всецѣло должна быть возложена организація медицинской помощи въ ихъ участкахъ, для чего долженъ быть уничтоженъ § 45 инструкціи завѣдывающимъ водвореніемъ переселенцевъ.

10. По вопросу о дѣтской смертности.

Въ виду того, что успѣшное заселеніе края зависитъ, между прочимъ, отъ пониженія дѣтской смертности переселенцевъ, которая особенно высока въ пути, Съѣздъ отмѣчаетъ тяжелыя условія передвиженія переселенцевъ на Дальній Востокъ и обращаетъ вниманіе на ненормальную постановку санитарнаго дѣла по перевозкѣ переселенцевъ на Дальній Востокъ и для улучшенія этого на первомъ планѣ рекомендуетъ предоставленіе переселенцамъ спеціально-устроенныхъ вагоновъ 4-го класса съ проведенной теплой водой, прачечной, ретирадами съ подвѣсными ведрами и отдѣльными отъ нихъ умывальными комнатками.

11. По вопросу о душевно-больныхъ.

1) По докладу д-ра Щербачева постановлено обратиться во 2-ю подкомиссію Высочайше утвержденной междувѣдомственной комиссіи по пересмотру врачебно-санитарнаго законодательства съ указаніемъ, что правила о психіатрическихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ могутъ быть выработаны лишь послѣ рѣшенія основныхъ вопросовъ по лѣченію и призрѣнію душевно-больныхъ.

Такъ какъ въ настоящее время психіатрическая помощь въ Приморской области не можетъ удовлетворить насущной потребности, то желательно, чтобы Никольскъ-Уссурійская психіатрическая лѣчебница служила главнымъ образомъ для лѣченія острыхъ больныхъ, а не для призрѣнія спокойныхъ хрониковъ. Желательна скорѣйшая постройка проектируемой окружной больницы въ Приамурьѣ.

2) Имѣя въ виду разнообразныя и особенно тяжелыя условія жизни края, не могущія не отражаться на общемъ благосостояніи населенія, Съѣздъ врачей считаетъ необходимымъ произвести точную регистрацію душевно-больныхъ; съ этой цѣлью Съѣздъ врачей рекомендуетъ врачамъ всѣхъ вѣдомствъ производить регистрацію душевно-больныхъ.

12. По вопросу о туберкулезѣ.

Въ виду широкаго распространенія туберкулеза вообще, а въ Приамурскомъ краѣ въ особенности, желательно систематическое изученіе его распространенія не только мѣстными

отдѣлами Всероссійской лиги для борьбы съ туберкулезомъ, но и всѣми практическими врачами. Такъ какъ въ практическомъ отношеніи весьма важно возможно раннее распознаваніе туберкулеза, то весьма желательно широкое ознакомленіе практическихъ врачей съ методами ранняго распознаванія скрытаго туберкулеза.

Съѣздъ выражаетъ пожеланіе, чтобы мѣстныя отдѣленія туберкулезной лиги широко пропагандировали среди врачей эти методы, а вопросъ о туберкулезѣ вообще сдѣлать программнымъ вопросомъ ближайшаго краеваго Съѣзда врачей.

13. По вопросу объ открытіи въ краѣ фельдшерско-акушерской школы.

Съѣздъ врачей Приамурскаго края, выслушавъ докладъ д-ра Виноградскаго, полагаетъ, что созданіе фельдшерско-акушерской школы въ краѣ является необходимымъ.

Неотложнымъ является устройство краевой школы фельдшеровъ и фельдшерицъ-акушерокъ при обществѣ врачей Южно-Уссурійскаго края во Владивостокѣ съ соотвѣтствующей субсидіей отъ казны.

14. По вопросу о глазныхъ больницахъ.

Съѣздъ, выслушавъ докладъ д-ра Мольтрехта, признаетъ желательнымъ устройство глазной лѣчебницы на 20 кроватей и убѣжища для слѣпыхъ съ училищемъ для обученія слѣпыхъ разнымъ ремесламъ, а также командированіе участковыхъ сельскихъ врачей для усовершенствованія въ офтальмологіи.

15. По вопросу о вымираніи инородцевъ.

Имѣя въ виду большую рождаемость у инородцевъ, Съѣздъ врачей, заслушавъ докладъ подполковника В. К. Арсеньева, признаетъ устраненіе нижеперечисленныхъ факторовъ вымиранія инородцевъ въ высокой степени важнымъ въ цѣляхъ заселенія края:

1) Нарушеніе привычнаго уклада жизни.

2) Эпидемическія болѣзни, алкоголизмъ, сифилисъ.

3) Голодовки.

4) Недобросовѣстная эксплоатація инородцевъ китайцами и русскими.

Для чего предлагаетъ: а) предоставить инородцамъ извѣстную территорію для поселенія, оказывая имъ финансовую поддержку въ періоды кризисовъ и голодовокъ, б) обезпечить ихъ врачебной помощью, в) знакомство съ зачатками культуры проводить на родномъ имъ нарѣчіи, безъ принужденія, г) выдѣлить изъ намѣчаемой санитарной организаціи отдѣлъ, спеціально посвященный медико-статистическому изученію инородцевъ.

16. По вопросу о противо-скарлатинныхъ прививкахъ.

Съѣздъ врачей, выслушавъ докладъ д-ра Моисеева и обсудивъ его, находитъ возможнымъ рекомендовать: 1) производство скарлатинной вакцинаціи по Габричевскому, 2) собирать статистическій матеріалъ по этому вопросу для освѣщенія его на слѣдующемъ краевомъ Съѣздѣ врачей Приамурскаго края.

17. По вопросу о командировкахъ врачей для усовершенствованія.

Съѣздъ выражаетъ пожеланіе, чтобы, въ цѣляхъ качественнаго повышенія врачебной помощи населенію края, врачи края командировались одинъ разъ въ каждые три года на повторительные курсы.

Закрытіе Съѣзда.

28 Августа 1913 г.

Всѣ доклады исчерпаны. Резолюціи вынесены. Работа Съѣзда закончена. Участники Съѣзда, утомленные интенсивной работой, подавленные обиліемъ сырого матеріала, часто недостаточно освѣщеннаго преніями, которыя не могли развернуться во всей полнотѣ частью изъ-за крайняго недостатка времени, частью изъ-за нѣкоторой неувѣренности въ себѣ г.г. оппонентовъ, не привыкшихъ къ выступленіямъ въ многолюдныхъ собраніяхъ, чувствуютъ себя неудовлетворенными. Чувствуется, что осталось что-то недосказанное, недоконченное... Хочется услышать краткое резюме только-что пережитого и услышать бодрящій призывъ къ дальнѣйшей дружной совмѣстной работѣ.

Праздникъ науки былъ-бы не полонъ, если-бы на прощанье онъ не былъ согрѣтъ ласковымъ словомъ и теплымъ привѣтомъ изъ устъ руководителей Съѣзда... И начались рѣчи...

Одной изъ первыхъ рѣчей была рѣчь предсѣдателя организаціоннаго бюро д-ра Смирнова.

«Подводя итогъ пережитому за послѣднюю недѣлю—началъ свою рѣчь д-ръ Смирновъ—организаціонное бюро съ глубокимъ удовлетвореніемъ констатируетъ фактъ, что дѣйствительность не только воплотила наши надежды, но и превзошла ихъ. Явившіеся на Съѣздъ товарищи представили цѣлый рядъ докладовъ, не только широко освѣтившихъ программные вопросы, но и оставившихъ слѣдующему Съѣзду нѣкоторое наслѣдіе въ формѣ директивъ для выработки программныхъ вопросовъ.

«Идея созыва настоящаго Съѣзда встрѣтила горячее сочувствіе товарищей, а духовное удовлетвореніе, при совмѣстной работѣ на Съѣздѣ, вызвало горячее желаніе сдѣлать эти Съѣзды болѣе частыми, придать имъ характеръ правильной періодичности. Работа Съѣзда шла дружно, въ высокой степени интенсивно, чему много способствовали какъ интересъ докладовъ, подлежащихъ обсужденію, такъ и удачный выборъ

президіума, умѣло руководившаго занятіями Не могу при этомъ не выразить своего глубокаго уваженія къ безпредѣльной энергіи и работоспособности нашего уважаемаго секретаря К. А. Покровскаго, а передъ его изумительной способностью быстро резюмировать и составлять исчерпывающія резолюціи я положительно преклоняюсь».

Рѣчь предсѣдателя организаціоннаго бюро была встрѣчена шумными аплодисментами.

Послѣ него произнесъ рѣчь предсѣдатель Съѣзда д-ръ Виноградскій:

«Первый краевой Съѣздъ врачей окончилъ свои занятія. На немъ разсмотрѣны были нами многіе важные для края врачебно-санитарные вопросы: по алкоголизму, чумѣ, туберкулезу, по постановкѣ врачебно-санитарнаго дѣла въ городахъ и селеніяхъ, врачебной помощи рабочимъ, переселенцамъ и инородцамъ. Вездѣ внесена была забота о лучшей постановкѣ дѣла, не забыли о душевно-больныхъ, о прокаженныхъ, о глазныхъ больныхъ и объ акушерской помощи. Обсужденъ вопросъ о постановкѣ фельдшерско-акушерскаго образованія въ краѣ, объ открытіи школы фельдшеровъ и фельдшерицъ во Владивостокѣ.

«Мы, врачи, пришли сюда со своими запросами и нуждами. Ничего не скрывая, отмѣтили и нашу тяжелую службу, и неустройства, и минусы. Въ этомъ болѣе чѣмъ громадное значеніе нашего Съѣзда. Сойдясь, мы увидѣли, что не ослабли въ наукѣ, не потеряли и лучшихъ завѣтовъ санитаріи, что и на нашей далекой окраинѣ есть спеціалисты, такіе же, какъ и въ центрѣ, есть люди, любящіе науку. Вся эта работа до утомленія, въ теченіе 6 дней, есть сплошной подвигъ любви къ страждущему человѣчеству. Эта любовь объединяетъ насъ въ совмѣстной работѣ.

«Позвольте пожелать, чтобы она была основой и дальнѣйшей нашей какъ врачебной, такъ и врачебно-санитарной дѣятельности на пользу нашей далекой окраины».

Затѣмъ предсѣдатель заявилъ: «Въ виду того, что мы избрали Главнаго Начальника края Николая Львовича Гондатти почетнымъ предсѣдателемъ нашего Съѣзда, я предлагаю по телеграфу сообщить ему о результатахъ нашей работы. Предлагаю послать ему такую телеграмму:

1-й Съѣздъ врачей извѣщаетъ своего почетнаго предсѣдателя, что въ теченіе 5 дней на Съѣздѣ обсуждено до 30 до

кладовъ, вынесено болѣе 17 резолюцій, для проведенія которыхъ въ жизнь Съѣздъ еще разъ проситъ содѣйствія Вашего Высокопревосходительства».

Предложеніе единогласно принимается.

Д-ръ Смирновъ заявляетъ: «Предлагаю поблагодарить за предоставленіе безплатнаго пользованія заломъ городского дома для Съѣзда городского голову И. И. Еремѣева, такъ скромно сидящаго въ настоящее время въ заднихъ рядахъ».

Всѣ обращаются къ городскому головѣ и аплодируютъ.

Городской голова встаетъ: «Господа, я очень благодаренъ вамъ и радъ случаю засвидѣтельствовать свое уваженіе. Я очень извиняюсь, что не могъ быть на открытіи вашего Съѣзда, но сложившіяся обстоятельства помѣшали этому. Къ величайшему сожалѣнію не могъ я также участвовать въ вашихъ засѣданіяхъ и слѣдить за вашей работой: другія дѣла отвлекали меня. На вашихъ глазахъ, здѣсь же рядомъ съ вами, я работалъ въ другихъ комиссіяхъ. Еще разъ извиняюсь.

„Дай Богъ Съѣзду успѣха въ его плодотворной дѣятельноети, а также и будущимъ вашимъ Съѣздамъ».

Слова городского головы И. И. Еремѣева покрываются аплодисментами.

Далѣе Съѣздъ, по предложенію предсѣдателя Съѣзда, приноситъ благодарность организаціонному бюро за труды, понесенные по организаціи Съѣзда врачей, военному и переселенческому вѣдомству за принятіе товарищей, прибывшихъ на Съѣздъ, предсѣдателю хабаровскаго медицинскаго общества д-ру Піонтковскому, а также всѣмъ учрежденіямъ, оказавшимъ то или иное содѣйствіе Съѣзду и всѣмъ, принимавшимъ въ немъ участіе.

Въ заключеніе всѣхъ предложеній предсѣдатель говоритъ: „Глубоко благодарю товарищей за незаслуженный выборъ меня въ предсѣдатели. Я допускалъ много ошибокъ благодаря неопытности, такъ какъ не приходилось раньше руководить такимъ большимъ собраніемъ. Прошу товарищей извинить меня“.

Раздаются оживленные аплодисменты.

Затѣмъ произноситъ рѣчь д-ръ Кирилловъ:

„Я не выполнилъ еще обязанности своей принести вамъ, глубокоуважаемые товарищи, благодарность за назначеніе въ президіумъ. Я предполагалъ выступать рядовымъ работникомъ и вносить непосредственно въ разработку отдѣльныхъ вопросовъ запасъ своихъ наблюденій. Но вамъ угодно было своимъ

вотумомъ наложить на меня повинность сидѣть за руководящимъ столомъ, что обязывало меня молчать, позволять себѣ высказываться послѣ всѣхъ; между тѣмъ по многимъ вопросамъ пренія шли не въ объемѣ всѣхъ фактовъ, которые надо было принять во вниманіе для обсужденія, и послѣдующія указанія не могли въ достаточной степени яркости служить для обоснованности и полноты резолюцій.

„Конечно, главной виной того, что мы не могли системно освѣтить многихъ важныхъ сторонъ санитарно-общественнаго дѣла и медицинскихъ запросовъ населенія края, является двѣнадцатилѣтній перерывъ преемственности созыва нашихъ Съѣздовъ; мы потеряли связь между отдѣльными работниками края и надо много времени теперь на Съѣздѣ затрачивать на взаимное ознакомленіе, на установленіе телеграфныхъ нитей по отдѣльнымъ положеніямъ между принципіальными представителями научныхъ и общественно-санитарныхъ теорій, но и товарищеское общеніе имѣетъ громадное значеніе, какъ залогъ успѣха будущаго Съѣзда.

«Я, съ своей стороны, долженъ признаться, что, несмотря на горячее желаніе вмѣшиваться часто въ обсужденіе многихъ вопросовъ, не внесъ многаго того, что въ правѣ вы ожидать отъ долголѣтне пребывающаго въ краѣ спеціалиста. Для полемической формы выясненія вопросовъ требовалась бы предварительная разработка ихъ группами врачей на мѣстахъ, чтобы соединенными силами отстаивать взгляды на генеральномъ конгрессѣ, гдѣ рѣшаются научные вопросы, подвергать арифметическому голосованію и выносить резолюціи со штемпелемъ большинства. Между тѣмъ у насъ въ краѣ существующія медицинскія общества не только не печатаютъ своихъ трудовъ, но даже, несмотря на неоднократныя предложенія редактора Сибирской врачебной газеты печатать безплатно протоколы и отчеты засѣданій, не находятъ возможнымъ использовать и такой путь общенія между товарищами: на настоящій Съѣздъ ни одно врачебное общество не внесло доклада о попыткѣ общенія, объ установленіи взаимодѣйствія. При такихъ условіяхъ изолированному работнику, проживающему въ глуши, какъ приходится мнѣ, нѣтъ благопріятныхъ условій на Съѣздѣ браться за разсмотрѣніе принципіальныхъ вопросовъ, руководящихъ положеній, когда надо по существу копаться предварительно на мелочахъ. А для такой работы Съѣздъ по краткости времени не соотвѣтствененъ. Поэтому постороннему глазу, а чрезъ нѣкоторое время и намъ, участ-

никамъ, покажется мало продуктивнымъ настоящій Съѣздъ, такъ какъ ему въ своихъ резолюціяхъ не удалось исчерпать и ярко выдѣлить дѣйствительно насущныя нужды момента для края, а намѣчены многія потребности не пропорціонально, въ зависимости отъ случайныхъ горячѣе представленныхъ докладовъ.

„Но въ томъ не наша вина. Мы горѣли желаніемъ работы объединенной. Вмѣстѣ съ вами я почувствовалъ себя молодымъ, способнымъ о деталяхъ спорить съ живѣйшимъ интересомъ. Благодарю васъ за тѣ эмоціи, что мы втѣстѣ пережили. До слѣдующей встрѣчи съ накопленнымъ опытомъ".

Раздаются оживленные аплодисменты.

Д-ръ Смирновъ вноситъ предложеніе:

«Г.г. участники Съѣзда! Принесемъ благодарность нашему президіуму въ полномъ его составѣ, за умѣлое руководительство работой Съѣзда, особенно трудной въ виду тѣхъ недочетовъ, которые произошли отчасти по винѣ организаціоннаго бюро, отчасти по независящимъ отъ бюро обстоятельствамъ".

Дружные аплодисменты.

Когда все стихаетъ, предсѣдатель громко произноситъ:

„Добраго здоровья! До будущаго нашего праздника—второго Съѣзда".

„Объявляю 1-й краевой Съѣздъ врачей Приамурья—закрытымъ".

Подъ громкіе аплодисменты всѣ начинаютъ расходиться.

Предсѣдатель *С. Виноградскій.*

Секретарь *К. Покровскій.*

СПИСОКЪ

членовъ 1-го Съѣзда врачей Приамурскаго края 23—28-го августа 1913 года.

	Фамилія, имя и отчество.	Должность.	Мѣсто жительства.
1	**Афанасьева** Зинаида Александровна.	Ординаторъ Владивостокской городской больницы.	Владивостокъ.
2	**Баженовъ** Андрей Андреевичъ.	Переселенческій врачъ.	
3	**Барановъ.**	Младшій врачъ 12 Сибирскаго Стрѣлковаго полка.	Владивостокъ.
4	**Берзинъ** Яковъ Христофоровичъ.	Ординаторъ Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.	Хабаровскъ.
5	**Блаутъ-Блачевъ** Петръ Порфирьевичъ.		Владивостокъ.
6	**Блюмъ** Андрей Иннокентьевичъ	Старшій врачъ постройки Восточной части Амурской ж. д.	Хабаровскъ.
7	**Борхардъ** Григорій Вольдемаровичъ.	Сельскій врачъ.	Село Владимиро-Александровское на Сучанѣ.
8	**Бѣжаницкая** Людмила Ильинична.	Переселенческій врачъ.	Село Яковлевка Спасскаго уѣз.
9	**Васильева** Параскева Яковлевна.	Полицейскій врачъ.	Владивостокъ.

10	**Вейсъ** Карлъ Робертовичъ.	Рудничный врачъ.	Сучанъ.
11	**Вибе** Вольдемаръ Давидовичъ.	Старшій врачъ 7 Сибирскаго Стрѣлковаго полка.	Владивостокъ.
12	**Виноградскій** Сергѣй Васильевичъ.	Врачебный инспекторъ Приморской об.	Владивостокъ.
13	**Вишневскій** Павелъ Николаевичъ.	Младшій ординаторъ Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.	Хабаровскъ.
14	**Газе** Владиміръ Евгеньевичъ.	Младшій дѣлопроизводитель Приамурскаго Окружнаго Военно-Санитарнаго Управленія.	Хабаровскъ.
15	**Галка** Полина Абрамовна.	Вольно-практикующій врачъ.	Хабаровскъ.
16	**Германъ** Александръ Богдановичъ.	Старшій врачъ управленія водныхъ путей Амурскаго бассейна.	Благовѣщенскъ.
17	**Ганъ.**		
18	**Гинце** Германъ Германовичъ.	Провизоръ.	Хабаровскъ.
19	**Гласекъ** Владиславъ Владиславовичъ.	Главный врачъ Хабаровской общины Краснаго Креста.	Хабаровскъ.
20	**Городковъ.**	Сельскій врачъ.	С. Вознесенское на Амурѣ.
21	**Громовъ** Смарагдъ Валеріановичъ.	Переселенческій врачъ.	Никол.-Уссур.
22	**Евтихіевъ** Федоръ Евтихіевичъ.	Переселенческій врачъ.	Никол.-Уссур.
23	**Зандау** Викторъ Федоровичъ.	Провизоръ.	Хабаровскъ.

24	**Здравомысловъ** Яковъ Ивановичъ.	Младшій врачъ Анучинской дисциплинарной роты.	С. Анучино.
25	**Каценеленбогенъ** Михаилъ Николаевичъ.	Николаевскій городовой врачъ.	Николаевскъ на Амурѣ.
26	**Кальнинъ** Христіанъ Христіановичъ.	Флагманскій врачъ Амурской рѣчной флотиліи.	Хабаровскъ.
27	**Кирилловъ** Николай Васильевичъ.	Врачъ при управленіи Приморскаго переселенческаго раіона.	Владивостокъ.
28	**Козловскій** Николай Алексѣевичъ.	Старшій врачъ 4 Владивостокскаго крѣпостного Артиллерійскаго полка.	Владивостокъ.
29	**Конъ** Генрихъ Адольфовичъ.	Сельскій врачъ.	С. Черниговка.
30	**Коппель** Христіанъ Петровичъ.	Хабаровскій уѣздный врачъ.	Хабаровскъ.
31	**Короневскій** Левъ Аароновичъ.	Переселенческій врачъ.	Иманъ.
32	**Кудрявцевъ** Илья Петровичъ.	Участковый врачъ.	Село Спасское.
33	**Лемкуль** Владиміръ Карловичъ.	Врачъ Сибирскаго флотскаго экипажа.	Владивостокъ.
34	**Ликандеръ** Владиміръ Владиміровичъ.	Санитарный врачъ г. Хабаровска.	Хабаровскъ.
35	**Лукошковъ** Петръ Васильевичъ.	Ординаторъ Хабаровской городской больницы.	Хабаровскъ.
36	**Лупандинъ** Викторъ Александровичъ.	Переселенческій врачъ.	Село Котельное Иманскаго уѣз.
37	**Малегинъ** Александръ Ивановичъ.	Удскій уѣздный врачъ.	Николаевскъ на Амурѣ.

38	**Минкевичъ-Петровскій** Феодосій Афанасьевичъ.	Младшій ординаторъ Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.	Хабаровскъ.
39	**Моисеевъ** Александръ Борисовичъ.	Завѣдывающій Хабаровской переселенческой больницей.	Хабаровскъ.
40	**Мольтрехъ** Арнольдъ Карловичъ.	Завѣдывающій Владивостокской переселенческой больницей.	Владивостокъ.
41	**Неводничанскій** Фелиціанъ Францевичъ.	Старшій врачъ Владивостокскаго мѣстнаго лазарета.	Владивостокъ
42	**Недлеръ** Александръ Германовичъ.	Старшій дѣлопроизводитель Приамурскаго Окружнаго военно-санитарнаго управленія.	Хабаровскъ.
43	**Обтемперанскій** Леонидъ Ивановичъ.	Старшій врачъ 36 Сибирскаго стрѣлковаго полка.	Владивостокъ
44	**Павпертовъ** Алексѣй Андреевичъ.	Корпусный врачъ 5 Сибирскаго корпуса.	Хабаровскъ
45	**Петинъ** Сергѣй Ивановичъ.	Прозекторъ центральной больницы К. В. ж. д.	Харбинъ.
46	**Піонтковскій** Леонидъ Федоровичъ.	Главный врачъ Хабаровской городской больницы.	Хабаровскъ.
47	**Подпахъ** Яковъ Павловичъ.	Вольно-практикующій врачъ.	Хабаровскъ.
48	**Поздневъ** Сергѣй Петровичъ.	Участковый врачъ Уссурійскаго отдѣленія Кит. Вост. ж. д.	Владивостокъ.
49	**Покровскій** Константинъ Алексѣевичъ.	Санитарный врачъ постройки Восточной части Амурской ж. д.	Хабаровскъ.

50	**Пѣтуховъ** Михаилъ Васильевичъ.	Старшій врачъ 6 Сибирской Стрѣлковой Артиллерійской бригады.	Хабаровскъ.
51	**Раковичъ** Надежда Николаевна.	Участковый врачъ.	Никол.-Уссур.
51	**Рійкъ** Фридрихъ Карловичъ.	Провизоръ.	Хабаровскъ.
53	**Служалекъ** Юліанъ Юліановичъ.	Завѣдывающій Иманской переселенческой больницей.	Иманъ.
54	**Смирновъ** Александръ Андреевичъ.	Врачъ Хабаровской больницы Уссурійскаго отдѣленія К. В. ж. д.	Хабаровскъ.
55	**Соковъ** Павелъ Александровичъ.	Мл. врачъ 9-го Сибирскаго стрѣлковаго полка.	Владивостокъ.
56	**Сомовъ.** Осипъ Ивановичъ.	Иманскій уѣздный врачъ.	Иманъ.
57	**Спицынъ** Александръ Васильевичъ.	Младшій врачъ 23 Сибирскаго стрѣлковаго полка.	Хабаровскъ.
58	**Тищенко** Владиміръ Николаевичъ.	Войсковой врачъ Уссурійскаго казачьяго войска.	Владивостокъ.
59	**Токаревъ** Николай Николаевичъ.	Ординаторъ Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.	Хабаровскъ.
60	**Филиппова** Евгенія Николаевна.	Санитарный врачъ Хабаровскаго уч водныхъ путей Амурскаго бассейна.	Хабаровскъ.
61	**Фіалковскій** Константинъ Станиславовичъ.	Врачъ центральной больницы К. В. ж. д.	Харбинъ.

62	**Фортунатовъ** Евгеній Алексѣевичъ.	Участковый врачъ.	Село Лутковка Иманскаго уѣз.
63	**Фриденштейнъ** Вернеръ Александровичъ.	Участковый врачъ Уссурійскаго отдѣленія К. В. ж. д.	Хабаровскъ.
64	**Харуцкій** Николай Осиповичъ.	Помощникъ врачебно-санитарнаго Инспектора Приамурскаго военнаго округа.	Хабаровскъ.
65	**Чечулинъ** Сергѣй Дмитріевичъ.	Старшій врачъ постройки Средней части Амурской ж. д.	Благовѣщенскъ.
66	**Шахъ-Назаровъ** Даніилъ Осиповичъ.	Младшій ординаторъ психіатрическаго отдѣленія Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.	Хабаровскъ.
67	**Щербачевъ** Павелъ Александровичъ.	Завѣдывающій Никольскъ-Ус. психіатрической лѣчебницей.	Никольскъ-Ус.
68	**Эбергардтъ** Адольфъ Ивановичъ.	Завѣдывающій лабораторіями Хабаровскаго мѣстнаго лазарета.	Хабаровскъ.
69	**Юдинъ** Иванъ Ивановичъ.	Младшій дѣлопроизводитель Приамурскаго Окружнаго военно-санитарнаго управленія.	Хабаровскъ.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДОКЛАДЫ,

представленные по окончаніи занятій Съѣзда.

Сельская медицина въ Приморской области

за 1911 годъ.

На основаніи данныхъ областного статистическаго комитета, Приморская область занимаетъ пространство въ 672,927 кв. верстъ съ 523,840 д. постояннаго населенія. На одну кв. версту приходится 0,73 чел.

Въ Европейской же Россіи, наприм., губерніи Полтавская, Черниговская и Херсонская занимаютъ пространство отъ 43,000– 62,000 кв. верстъ каждая.

Полагая въ среднемъ 50,000 кв. верстъ на губернію, мы видимъ, что пространство Приморской области можетъ вмѣстить 13 слишкомъ губерній.

Въ каждой изъ губерній Европейской Россіи насчитывается отъ $1^1/_2$ до 3-хъ милліоновъ жителей. У насъ, слѣдовательно, на пространствѣ 13 слишкомъ губерній—лишь $^3/_4$ того количества, которое населяетъ одну губернію Европейской Россіи.

Такъ какъ сельская медицина содержится на суммы губернскаго земскаго сбора, то эту малонаселенность и разнообразность населенія нельзя забывать при разсмотрѣніи постановки сельскаго медицинскаго дѣла въ области и дѣятельности сельскихъ врачебныхъ участковъ.

Малое количество земскихъ плательщиковъ, громадныя разстоянія населенныхъ мѣстъ одного отъ другого, при отсутствіи во многихъ мѣстахъ какихъ либо сносныхъ путей сообщенія, повторяемъ, необходимо имѣть въ виду и при критическомъ отношеніи къ сельской медицинѣ въ краѣ, чтобы быть безпристрастнымъ въ своихъ сужденіяхъ.

На основаніи нижеприведеннаго, для молодого русскаго края, насчитывающаго немногимъ болѣе 50 лѣтъ своего существованія, я бы сказалъ, что сдѣлано много, особенно за послѣдніе два года.

Второй, такъ сказать, предпосылкой началу изложенія будетъ нѣкольско словъ о земской и сельской медицинѣ вообще.

Земская медицина отличается отъ своей „младшей сестры", какъ принято называть сельскую медицину, и качественно, и количественно.

Въ земствахъ вѣдаютъ врачебно-санитарное дѣло мѣстные органы самоуправленія: уѣздныя, земскія и губернскія управы; въ неземскихъ губерніяхъ какъ организаціонная, такъ и хозяйственная часть централизована въ губернскихъ и областныхъ правленіяхъ—въ частности во врачебныхъ отдѣленіяхъ правленій.

Въ земскихъ губерніяхъ нѣтъ такого формализма въ испрошеніи кредитовъ, въ денежныхъ отчетностяхъ, исключеніи инвентаря и пр., и пр.; въ земскихъ губерніяхъ нѣтъ зафиксированныхъ смѣтою расходовъ на живое, врачебно-санитарное дѣло.

Въ количественномъ отношеніи въ земствахъ врачей больше, больницъ и больничныхъ коекъ больше, содержаніе служащихъ обезпеченнѣе и они лучше обставлены для продуктивности работы; средства на все отпускаются не такъ скудно, какъ въ неземскихъ губерніяхъ.

Больше ассигнуется и на медикаменты и на принятіе мѣръ по борьбѣ съ эпидеміями.

Вотъ тѣ разницы, которыя указаны въ земской медицинской литературѣ и которыя слѣдуетъ принимать во вниманіе для сравнительной оцѣнки постановки сельскаго врачебнаго дѣла въ Приморской области.

Приморская область съ главнымъ областнымъ, портовымъ и безуѣзднымъ городомъ Владивостокомъ въ административномъ отношеніи раздѣлена на пять уѣздовъ: Никольскъ-Уссурійскій, Иманскій, Ольгинскій, Хабаровскій и Удскій.

Климатъ области лѣтомъ жаркій, съ обильными въ видѣ ливней осадками, а потому сырой. Зимой холодный, съ вѣтрами, сухой. Средняя годовая $t^0 = +5$.

Въ медицинскомъ отношеніи область, закономъ 21 іюня 1910 года, раздѣлена на 19 врачебныхъ участковъ. До этого года было только 12, т. е. новыми штатами образовано еще 7 новыхъ врачебныхъ участковъ.

По этимъ штатамъ положено: содержаніе сельскому врачу 2,000 руб., фельдшеру и фельдшерицѣ-акушеркѣ по 600 руб.

Врачамъ $^2/_3$ оклада идутъ въ жалованье, а слѣдовательно и въ пенсію, фельдшерамъ же и фельдшерицамъ все содержаніе обращено въ жалованье, а слѣдовательно идетъ и въ пенсію. Въ 4-хъ уѣздахъ для вызванныхъ сюда или переведенныхъ на службу 3 года считается за 4 года службы; въ Удскомъ уѣздѣ 2 года за 3. Черезъ пять лѣтъ службы назначается прибавка къ жалованью 25%, а еще черезъ 5 лѣтъ другая такая же прибавка. Въ Удскомъ уѣздѣ 3 пятилѣтки. Выслуженныя прибавки врачамъ идутъ въ пенсію, низшему же медицинскому персоналу къ пенсіи не присчитываются.

Кредитъ на содержаніе лѣчебницъ вычисленъ на шестикроватную лѣчебницу въ каждомъ участкѣ въ суммѣ 1,500 р.

На медикаменты назначено 500 руб. для врачебнаго и 75 руб. для фельдшерскаго пункта.

На оспенный матеріалъ отпускается 1,000 рублей на область. Изъ этого кредита пріобрѣтаются вакцины и лѣчебныя сыворотки.

На инструменты по 100 руб. на лѣчебницу, на канцелярію по 30 руб.

Разъѣзды по участкамъ безплатные. Эпидемическій кредитъ проектированъ въ порядкѣ сверхштатнаго отпуска властью губернскаго начальства. Равнымъ образомъ и штатныя ассигнованія кредита на содержаніе лѣчебницъ рекомендовано замѣнять исчисленіемъ въ размѣрѣ дѣйствительной надобности при испрошеніи кредитовъ на сельскую врачебную часть по проектамъ смѣтъ земскихъ повинностей на каждое слѣдующее трехлѣтіе. Штатами предусмотрѣны также и научныя командировки врачей на 4 мѣсяца съ сохраненіемъ содержанія и выдачею пособія.

Никольскъ-Уссурійскій уѣздъ.

Въ медицинскомъ отношеніи Никольскъ-Уссурійскій уѣздъ раздѣляется на 7 врачебныхъ участковъ: никольскій, ханкайскій, черниговскій, ивановскій, посьетскій, раздольнинскій и григорьевскій (функціонируютъ пока 6; раздольнинскій врачебный участокъ пока не устроенъ).

Характеристика врачебныхъ участковъ видна изъ слѣдующей таблицы (см. стр. 446).

Названіе участковъ.	Въ составъ уч. входятъ.	Наибольшій и наименьшій радіусы участка.	Приблиз. количество населенія.	Число населенныхъ мѣстъ.
1. Ник.-Уссурійскій .	Суйфунская, Раздольнинская, Покровская, Борисовская и часть Михайловской.	122 вер.— 7 вер.	13348	24
2. Ханкайскій	Ханкайская, Хорольская, Жариковская.	78 вер.— 3 вер.	19000	27
3. Черниговскій . . .	Черниговская вол.	55 вер.—21 вер.	15876	15
4. Григорьевскій . . .	Григорьевская, Вознесенская, часть Михайловской.	26 вер.— 9 вер.	10000	7
5. Ивановскій	Ивановская, Осиновская, Сысоевская.	400 вер.—50 вер.	23877	12
6. Посьетскій	Янчихинская, Адиминская.	190 вер.—30 вер.	12000	20

Всего въ настоящее время въ уѣздѣ 6 сельскихъ лѣчебницъ.

Въ посьетскую можно помѣстить 8 человѣкъ, черниговская выстроена на 10, но въ нее можно помѣстить 16 ч., равно ивановская и ханкайская можетъ принять болѣе 6 чел. и никольская 10 человѣкъ.

Всего въ 6 лѣчебницахъ можно считать 56 коекъ, а по штатамъ 30.

1. Никольскъ-уссурійская сельская лѣчебница помѣщается въ гор. Никольскѣ-Уссурійскомъ, на Николаевской улицѣ, въ спеціально выстроенномъ для нея каменномъ одноэтажномъ домѣ на отведенномъ подъ больницу довольно просторномъ участкѣ земли съ садомъ и мѣстомъ для огорода. При больницѣ построенъ каменный ледникъ и имѣется одноэтажное деревянное, выстроенное по типу избы съ одной комнатой, въ ней же и кухня, зданіе, предназначавшееся сначала подъ покойницкую, потомъ подъ квартиру акушерки, но имѣющее быть приспособленнымъ для бани. Система постройки главнаго зданія—съ боковымъ коридоромъ. Въ немъ 3 палаты для больныхъ, маленькая ожидальня, кабинетъ врача, аптека, комната для фельдшера и комната для клозета и ванны,

Кухня помѣщается въ подвальномъ этажѣ зданія и иногда заливается на двѣ четверти отъ пола водой. При кухнѣ комната для прислуги. Въ подвальномъ этажѣ при кухнѣ чуланъ и съ отдѣльнымъ ходомъ помѣщеніе, гдѣ устроенъ кубъ для дистиллированной воды. На дворѣ есть каменный ледникъ. Заразнаго отдѣленія при больницѣ нѣтъ. Нѣтъ квартиры для врача и фельдшерицы. Прислуги при больницѣ двое, получавшихъ до 35 руб. въ мѣсяцъ. Врачъ нанимаетъ небольшую квартиру близъ лѣчебницы. За 5 небольшихъ комнатъ плата 50 руб. въ мѣсяцъ.

Цѣны на предметы первой необходимости въ Никольскѣ-Уссурійскомъ: мясо 5 руб. 20 к.; рыба 3—5 руб. пудъ; яйца 2—3 руб. сотня; керосинъ 4 руб. 50 к.—5 р. 50 к. Служащій медицинскій персоналъ состоитъ изъ врача, фельдшера и фельдшерицы-акушерки. Къ больницѣ прикомандирована и уѣздная акушерка. Крестьяне лѣчатся безплатно. Выдача лѣкарствъ безплатная. Съ неземскихъ плательщиковъ за коечное лѣченіе установлена плата по 50 коп. въ сутки, а со служащихъ различныхъ вѣдомствъ по табели М. В. Д. на 1912 годъ по 2 руб. въ сутки.

Къ Никольскъ-Уссурійскому врачебному участку относятся фельдшерскіе пункты въ Раздольномъ, Кневичахъ, Борисовкѣ и Покровкѣ.

2. Ханкайская сельская лѣчебница находится въ 103 в. отъ города Никольска-Уссурійскаго по бывшему почтовому тракту отъ Никольска, а отъ станціи Гродеково въ 60 верстахъ по новому почтовому тракту, въ селѣ Камень-Рыболовѣ, расположенномъ на берегу громаднаго, въ 60 верстъ длиною, озера Ханка, западный берегъ котораго принадлежитъ Китаю. Деревня расположена на живописномъ высокомъ берегу озера.

Расчищенный, съ устроенными въ немъ дорожками, лѣсъ, называемый паркомъ, въ западной части деревни, расположенный на обрывистомъ берегу озера, со спускомъ къ мельницѣ Токмакова, представляетъ украшеніе Камень-Рыболова и любимое мѣсто прогулокъ жителей. Въ лѣсу поставленъ памятникъ въ видѣ креста надъ чугунною плитою казаку Эпову. На памятникѣ надпись: „За благо родного края“.

Невдалекѣ отъ парка сельская лѣчебница въ наемномъ, за 400 руб. въ годъ, домѣ вахмистра Мазуркевича. Лучшихъ помѣщеній для нея въ деревнѣ не нашлось. Зданіе деревянное,

ветхое, покосившееся. Состоитъ изъ 6 комнатъ и кухни. Палатъ 3. Одна комната фельдшеру, 1 подъ пріемную и аптеку и 1 акушеркѣ. Волость на содержаніе лѣчебницы ничего не даетъ. Въ лѣчебницѣ 4 голландскимъ печи и одна кухонная съ плитою. При лѣчебницѣ есть садикъ и огородъ. На дворѣ баня, амбаръ и ледникъ. Больница устроена на 6 кроватей. Заразнаго отдѣленія нѣтъ. Квартиры врачу также. Дровъ выходитъ 32—35 саженъ. Цѣны на дрова отъ 1—5½ руб. за погонную сажень. Мясо 14—20 коп., молоко 10 коп., масло 45—60 к., мука 1 р. 10 к. Прислуги—сторожъ и кухарка. Плата обоимъ 30 руб. Въ участкѣ два фельдшерскихъ пункта: въ Хоролѣ и въ Жариковѣ. Въ деревнѣ есть почтово-телеграфная контора. Имѣетъ быть казачья стоянка. Общество: мѣстныя власти. При больницѣ врачъ, фельдшеръ и акушерка. Наемная маленькая изба здѣсь стоитъ 15—20 р. въ мѣсяцъ, да и то съ трудомъ можно найти.

3. Черниговская сельская лѣчебница находится въ сел. Черниговкѣ, въ 3 верстахъ отъ станціи „Мучная“ Уссур. жел. дороги. Построена въ 1908—1909 г.г. на отведенной крестьянами десятинѣ земли. Каменное одноэтажное зданіе, стоимостью болѣе 15,000 рублей, подъ желѣзной крышей. Система постройки—съ боковымъ коридоромъ. Въ ней помѣщаются: амбулаторія и аптека, она же пріемная, комнаты для фельдшера и акушерки, кухня, обслуживающая нужды больницы и служащихъ, и ванная. Всего 13 комнатъ. Палатъ 7: двѣ изолированныхъ для заразныхъ. При лѣчебницѣ построены: каменный ледникъ, деревянный домикъ для прачечной, старый сарай-амбаръ и деревянный футляръ для дезинфекціонной камеры Геліосъ. Квартиры врачу нѣтъ.

При больницѣ въ 1910 году былъ устроенъ стараніями фельдшера порядочный огородъ. Кухня устроена надъ колодцемъ, изъ котораго маленькимъ насосомъ въ кухнѣ же и выкачивается вода, снабжающая всю больницу. Вода очень хорошаго качества, но поломки колодца часты. Отхожія мѣста съ выносными банками. Проектировано ихъ замѣнить огневымъ клозетомъ системы А. А. Головщикова.

Лѣчебница построена на 10 кроватей, изъ нихъ 4 для заразныхъ. Бѣлья достаточно. Кроватей 12. Посуда эмалированная. Столики полированные. Стирка производится ручнымъ способомъ. Освѣщеніе керосиновыми лампами.

Больные получаютъ чай съ сахаромъ, обѣдъ и что остается отъ обѣда къ ужину. При лѣчебницѣ врачъ, фельд-

шеръ и акушерка-фельдшерица. Прислути въ лѣчебницѣ 3: мужчина и 2 женщины.

На постройку лѣчебницы изъ земскихъ суммъ было отпущено 5,000 руб., остальныя деньги дали черниговскіе крестьяне. Село Черниговка очень разбросанное, много зелени. Улицы широкія. Въ селѣ есть базарная площадь. Имѣются очень хорошіе магазины извѣстныхъ здѣсь лучшихъ фирмъ: Чурина и Кунста и Альберса. Все необходимое для жизненнаго обихода можно достать на мѣстѣ. Крестьяне малороссы, зажиточные: надѣлъ былъ по 100 десятинъ на душу. Скота у нихъ много. Земля черноземъ. Сѣютъ, главнымъ образомъ, яровую пшеницу, гречиху, овесъ и ячмень. Цѣны на предметы первой необходимости: мука - 1 р. 10 к., мясо— 14 к., молоко—10 к. бутылка, дрова—17—24 р. куб; керосинъ—5 р. Прислуга 12—15 руб.

4. Григорьевскій врачебный участокъ въ с. Григорьевкѣ въ 45 верст. отъ Никольска-Уссурійскаго, только что начинаетъ функціонировать. Есть врачъ, фельдшеръ и акушерка. Нанимается помѣщеніе подъ сельскую лѣчебницу съ приспособленіемъ за счетъ домовладѣльца. Въ участкѣ дѣйствуетъ амбулаторія (3,615 больныхъ, оспопривитыхъ 820). 16 сентября 1911 г. открытъ при врачебномъ участкѣ фельдшерскій пунктъ въ с. Вознесенкѣ.

5. Ивановская сельская лѣчебница находится въ с. Ивановскомъ въ 55 верстахъ отъ гор. Никольска-Уссурійскаго и въ 12 верстахъ отъ станціи «Ипполитовка» Уссур. жел. дор. Открыта 14 октября 1909 года. Зданіе деревянное, съ боковымъ коридоромъ. Въ немъ три палаты для больныхъ (до 12 человѣкъ), прихожая, ожидальня, аптека, перевязочная, операціонная, ванная, клозетъ съ выноснымъ судномъ, есть комната для фельдшера и кухня съ комнаткой для прислуги. Главный недостатокъ помѣщенія— плохіе цементные полы въ трехъ палатахъ, коридорѣ, ожидальной и ванной.

Унтермарковскихъ печей 8, одна кухонная и 2 плиты. Зданіе крайне холодное и нуждается въ капитальномъ ремонтѣ.

При лѣчебницѣ имѣется деревянный сарай и построенная хозяйственнымъ способомъ баня, ледникъ и выгребная яма. При лѣчебницѣ 3 десятины свободной земли. Заразнаго отдѣленія нѣтъ. Квартиры врачу также. Таковая разрѣшена постройкой, но за неассигнованіемъ кредита къ ней не приступали. При лѣчебницѣ врачъ, фельдшеръ и акушерка-фельдшерица. Прислуги 2. Цѣны на продукты: мясо 5 р. 50 к.,

мука 1 р., молоко 10 к., дрова 12—15 руб. кубъ; прислуга 10 р., поденщикъ 1 р. въ день. Характеръ мѣстности и народонаселенія такой же, какъ въ Черниговскомъ уч.

Въ д. Осиновкѣ и Сысоевкѣ фельдшерскіе пункты, съ пособіями отъ сельскихъ обществъ по 120 руб. въ годъ каждый, относятся къ Ивановскому врачебному участку.

По отношенію къ Ивановскому сельскому врачебному участку слѣдуетъ отмѣтить особо выдающуюся хирургическую дѣятельность таковаго благодаря сельскому врачу Бѣляеву.

6. Посьетскій врачебный участокъ находится въ с. Ново-Кіевскомъ, въ 16 верстахъ отъ бухты Посьетъ, куда лѣтомъ ходятъ срочные пароходы изъ Владивостока. На пароходѣ надо ѣхать по морю часовъ 10 до Посьета. Участокъ прилегаетъ къ сѣверной Кореѣ, а потому можетъ считаться по преимуществу инородческимъ, т. к. много корейцевъ, принявшихъ русское подданство, образовали здѣсь свои поселенія, которыя называютъ корейскими деревнями. Занятіе жителей: земледѣліе и доставка товаровъ съ пароходныхъ пристаней.

Сельская лѣчебница помѣщается въ бывшемъ арестномъ домѣ: деревянномъ одноэтажномъ съ желѣзными рѣшетками въ окнахъ зданіи, стоящемъ одиноко, около горы, при въѣздѣ въ село.

Крыша течетъ. Стѣны мѣстами сгнили и отъ ливней промокаютъ насквозь. Полъ мѣстами также сгнилъ, вслѣдствіе сырости, отъ разрушенія грибкомъ. Центральный входъ въ зданіе ведетъ въ просторный, широкій, свѣтлый коридоръ, служащій ожидальней. Направо, ближе къ входу, большая комната пріемной и аптеки. Дальше отъ входа, направо же, комната для женской палаты на 4 койки, черезъ которую входъ въ комнату акушерки. Налѣво, противъ пріемной, кухня; черезъ нее входъ въ комнату фельдшера. Противъ женской палаты входъ въ мужскую на 4 койки, а дальше въ маленькую комнату служителя.

Помѣщеніе представляетъ собою какъ бы квартиру, въ которой размѣщены и больные, и служащіе. Воздухъ не имѣетъ специфическаго больничнаго запаха.

На пожертвованныя населеніемъ для нуждъ больницы деньги и на плату за лѣченіе съ неземскихъ плательщиковъ (50 коп. въ сутки) пріобрѣтены койки, бѣлье и необходимая обстановка для больныхъ, обита больничная палата мальтоидомъ и картономъ. Больные, главнымъ образомъ, корейцы.

Владѣющій восточными языками штатный школьный фельдшеръ Пакъ является очень полезнымъ при оказаніи врачебной помощи китайцамъ и корейцамъ. На постройку новой лѣчебницы крестьяне ассигновали 4000 рублей. Планъ для новой лѣчебницы выработанъ врачебнымъ отдѣленіемъ съ участіемъ сельскаго врача. Участокъ земли подъ лѣчебницу отведенъ обществомъ. Вопросъ о постройкѣ зданія для новокіевской сельской лѣчебницы рѣшенъ. Кредитъ внесенъ въ смѣту.

Для врача, съ разрѣшенія главнаго начальника края, купленъ въ с. Новокіевскомъ домъ со всѣми необходимыми надворными постройками и садомъ. При лѣчебницѣ врачъ, фельдшеръ и акушерка. Прислуги—двое.

Фельдшерскій пунктъ къ этому врачебному участку открытъ въ с. Адими. Цѣны на предметы первой необходимости слѣдующія: мясо 6 р., яйца 2 р. 50 к. сотня, дрова 6 р. 50 к. и 6 р., молоко 10 к. бутылка, фунтъ хлѣба 6 к.

Село Новокіевское представляетъ изъ себя видъ дачной загородной мѣстности на живописномъ берегу Посьетскаго залива. Это военный поселокъ съ казенными зданіями для войскъ. Здѣсь же имѣется военный лазаретъ на 75 коекъ. Въ селѣ много зелени, а въ центрѣ небольшой общественный скверъ. Много лавокъ и торговыхъ заведеній. Имѣется магазинъ извѣстной здѣсь фирмы Кунста и Альберса.

Оспопрививаніе въ Никольскъ-Уссурійскомъ уѣздѣ производится сельскимъ медицинскимъ персоналомъ и наемными отъ волостей, обычно за 120 руб. въ годъ, оспопрививателями. Всего оспопрививателей въ уѣздѣ 8: въ Ханкайскомъ участкѣ 3; въ Черниговскомъ 1; въ Ивановскомъ 2; въ Посьетскомъ 2; въ Никольскъ-Уссурійскомъ оспопрививателей нѣтъ.

Кромѣ того въ 1911 году занимались оспопрививаніемъ эпидемическіе фельдшера, на которыхъ былъ отпущенъ главнымъ начальникомъ края кредитъ для обслуживанія нуждъ по борьбѣ съ эпидеміями и на оспопрививаніе.

Всѣми привито оспы по Никольскъ-Уссурійскому уѣзду въ 1911 году—10197.

Своего телятника въ области нѣтъ. Детритъ выписывался изъ гор. Орла, отъ Живописцева.

Эпидемическія заболѣванія обнаруживались въ амбулаторіяхъ или свѣдѣнія получались отъ сельскихъ властей, сельскихъ священниковъ, крестьянскихъ начальниковъ и приставовъ. Часто эти свѣдѣнія бывали ложны, заставляя врача проѣзжать сотни верстъ понапрасну. Поэтому нельзя не при-

вѣтствовать введенное новыми штатами усиленіе фельдшерскаго персонала на 17 человѣкъ, для образованія новыхъ фельдшерскихъ пунктовъ въ области.

Ежегодный эпидемическій кредитъ, вносимый въ смѣту, очень небольшой: всего 700 руб. въ годъ на всю область.

Соображеніями министерства при новыхъ штатахъ расходъ денегъ на эпидеміи отнесенъ къ сверхштатнымъ расходамъ, очевидно въ потребномъ количествѣ.

Врачебный надзоръ за школами вообще случайный. Врачи приглашаются во время дѣтскихъ эпидемій. Въ Черниговскомъ участкѣ врачемъ обращено особенное вниманіе на неудовлетворительность школьныхъ помѣщеній. Школьные планы совѣщательному присутствію врачебнаго отдѣленія не представлялись, равнымъ образомъ сельскіе врачи для осмотровъ мѣстности подъ школы не приглашались. Въ нѣкоторыхъ селахъ есть удовлетворительныя зданія для школъ: въ Черниговкѣ 2-этажное, въ Посьетскомъ участкѣ каменное одноэтажное, стоившее, какъ говорятъ, крестьянамъ до 18,000 руб.

Медикаменты для участковыхъ сельскихъ лѣчебницъ и фельдшерскихъ пунктовъ высылаются врачебнымъ отдѣленіемъ по каталогамъ врачей изъ склада Келлера во Владивостокѣ, лѣчебныя сыворотки изъ мѣстнаго склада Вальдекеръ и Пеппель, причемъ ассигнуемая на врачебные пункты сумма въ 500 руб., а на фельдшерскіе въ 75 руб. почти всѣми врачами признана недостаточной.

Сельскій медицинскій персоналъ Никольскъ-Уссурійскаго уѣзда состоитъ изъ 6 врачей; седьмой сельскій врачъ и врачебный участокъ долженъ быть въ с. Раздольномъ, но штатами спроектировано возложить обязанности седьмого сельскаго врача уѣзда безвозмездно на уѣзднаго врача, что немыслимо при постоянныхъ разъѣздахъ уѣзднаго врача по слѣдственнымъ дѣламъ по громадному Ник.-Уссурійскому уѣзду. А потому является необходимымъ ходатайствовать объ учрежденіи новой штатной должности сельскаго врача и низшаго медицинскаго персонала въ с. Раздольномъ.

Фельдшеровъ всего 6 при врачахъ и 10 пунктовыхъ, фельдшерицъ и акушерокъ 6. Изъ 16 фельдшеровъ 6 школьныхъ, остальные ротные. Фельдшерицъ-акушерокъ всего три изъ шести.

Жизнь не позволяетъ держаться въ рамкахъ прежнихъ штатовъ, очень ограниченныхъ и несогласованныхъ съ мѣстными условіями, а потому расходъ на сельскую врачебную

часть неизбѣжно долженъ былъ выйти по нѣкоторымъ участкамъ изъ предѣловъ штатныхъ ассигнованій. За 1911 годъ онъ выразился по каждому участку Никольскъ-Уссурійскаго уѣзда въ слѣдующихъ цифрахъ:

Предметы расхода.	НАЗВАНІЕ УЧАСТКОВЪ.										
	Ник.-Уссурійск.		Ханкайскій.		Черниговскій.		Ивановскій.		Посьетскій.		Григорьевскій.
Наемъ помѣщеній	казен.		400	—	к	а	зе	н	но	е.	Врачебный участокъ началъ функціонировать въ 1912 г.
Пища	734	59	420	—	640	33	589	53	579	52	
Отопленіе	436	—	170	—	433	50	170	25	299	—	
Освѣщеніе	90	—	80	—	90	11	45	08	43	30	
Прочіе расходы: мойка, вода, очистка, ремонтъ	191	13	120	—	102	71	255	70	297	78	
Содержаніе фельдш. пунктовъ	2700	—	1350	—	—	—	1389	—	675	—	1560 р. 1 к.
Содержаніе врачей	2000	—	2000	—	2000	—	2000	—	2000	—	
Остальн. медиц. персоналъ .	1200	—	950	—	1200	—	1200	—	1100	-	
Прислуга	407	50	360	—	394	—	250	90	360	—	
Медикаменты	507	—	500	—	559	73	954	05	500	—	
Инструменты	—	—	—	—	3	15	4	82	—	—	
На канцелярію и библіотеку	30	—	30	—	30	—	1	56	30	—	
Разъѣзды	б	е	з	п	л	а	т	н	ы	е	
Расходы не вошедшіе въ рубрики	—	—	—	—	807	15	702	65	—	—	
Итого . . .	5589	22	5030	—	5533	15	5741	88	5209	60	
ВСЕГО	8289	22	6380	—	5533	68	7833	88	5884	60	1560 р. 1 к.

Исключивъ содержаніе фельдшерскихъ пунктовъ и расходы по нимъ, а также экстраординарные расходы на постройки, пріобрѣтеніе инвентаря и проч. и принявъ во вниманіе стоимость содержанія служащихъ во врачебныхъ участкахъ при больницахъ, стоимость содержанія одного больного въ сутки выразится по участкамъ въ слѣдующихъ цифрахъ:

Никольскій—2 руб. 41 коп.; Ханкайскій—3 р. 64 к.; Черниговскій—2 р. 66 к.; Ивановскій– 2 р. 60 к.; Посьетскій—2 р. 62 к.

Такимъ образомъ, всего на сельскую медицинскую часть, не считая небольшихъ расходовъ сельскихъ обществъ на наемъ помѣщеній подъ фельдшерскіе пункты, по Никольскъ-Уссурійскому уѣз. расходуется 35481 р. 4 к. Съ развитіемъ же дѣятельности Григорьевскаго врачебнаго участка расходъ несомнѣнно повысится до 40,500 руб.

Сравнительная же дѣятельность сельскихъ врачебныхъ участковъ уѣзда видна изъ слѣдующей таблицы:

	Никольская лѣчебница	Ханкайская лѣчебница.	Черниговская лѣчебница.	Ивановская лѣчебница.	Посьетская лѣчебница.
	По шести штатныхъ кроватей въ каждой.				
Коечныхъ больныхъ . .	86	80	117	158	82
Роженицъ	—	—	3	—	2
Общее число дней, проведен. коечн.	2307	1382	2078	2206	1986
Среднее число ежедневно занятыхъ коекъ . . .	6 3	3,7	5,7	6	5,4
Число умершихъ	10	2	7	5	1
Число операцій	20	1	11	215	—
Общее число амбулаторныхъ	4634	843	4812	6976	4517
Сдѣлано ими повторныхъ посѣщеній	2205	—	2122	2323	8586
Число квартирныхъ . . .	—	30	306	97	—
Число эпидемич.	—	—	634	919	114
Число родовспом. у врачей	4	2	3	2	—
У акушерокъ	6	—	22	19	36
Число амбулаторн. у фельдшеровъ	—	11243	—	3400	387
Число оспопривит. . . .	801	1023	1221	2992	4160
Число ревакцинированныхъ	270	84	1887	—	832

Сельскіе врачи области по дальности разстояній отъ мѣстожительства уѣзднаго врача, а иногда вслѣдствіе отсутствія сообщенія изъ-за распутицы съ уѣзднымъ городомъ, приглашались и для судебно-медицинскихъ вскрытій и освидѣтельствованій.

Судебно-медицинская дѣятельность врачей Никольскъ-Уссурійскаго уѣзда за 1911 г. выразилась въ слѣдующихъ цифрахъ:

Число вскрытій: Черниговскій и Ивановскій—6; Ханкайскій—3 и Посьетскій—7; освидѣтельствованій: Ханкайскій—21 и Посьетскій—20 освидѣтельствованій.

Изъ вышеприведеннаго слѣдуетъ общее заключеніе, что при проведеніи въ жинь новаго закона съ половины 1910 г. по устройству сельско-врачебной части въ области, съ открытіемъ врачебнаго пункта въ Григорьевкѣ, фельдшерскихъ пунктовъ въ Адими, Кневичахъ, Вознесенскомъ и Раздольномъ, организація медицинской помощи населенію Никольскъ-Уссурійскаго уѣзда стала удовлетворительнѣе.

Для успѣха дѣла желательна и въ остальномъ населеніи отзывчивость къ устройству у себя лѣчебницъ и фельдшерскихъ пунктовъ, которую мы встрѣчаемъ въ нѣкоторыхъ обществахъ: Черниговскомъ, Ивановскомъ, Новокіевскомъ и Янчихинскомъ и, какъ увидимъ далѣе, Спасскомъ.

Несмотря на тяжелыя условія жизни въ глуши, въ плохихъ наемныхъ квартирахъ, невозможныя, благодаря ливнямъ, дороги и убогую обстановку лѣчебницъ,—скромные и великіе труженики въ лицѣ сельскихъ врачей всетаки завоевываютъ мало по малу симпатіи и довѣріе мѣстнаго населенія.

Въ частности, для улучшенія сельскаго медицинскаго дѣла въ Никольскъ-Уссурійскомъ уѣздѣ въ первую очередь и немедля должны быть рѣшены слѣдующіе, выдвигаемые самою жизнью, вопросы:

1) капитальный ремонтъ Ивановской лѣчебницы;

2) улучшеніе возможнымъ ремонтомъ ханкайской сельской лѣчебницы;

3) постройка заразнаго отдѣленія при никольской сельской лѣчебницѣ;

4) ассигнованіе денегъ для найма соотвѣтствующихъ помѣщеній для фельдшерскихъ пунктовъ;

5) увеличеніе кредитовъ на медикаменты и перевязочныя средства;

6) ассигнованіе денегъ на наемъ двухъ эпидемическихъ фельдшеровъ для уѣзда;

7) образованіе новой должности сельск. врача Раздольнинскаго участка, за невозможностью возложенія обязанностей сельскаго на уѣзднаго врача.

Иманскій уѣздъ.

Уѣздъ безъ уѣзднаго города: Иманъ—это большой поселокъ на землѣ казачьяго Уссурійскаго войска, дающій порядочный доходъ казакамъ, находится близъ станціи Уссурійской желѣзной дороги того же названія. Управленіе казачье. Врачебно-санитарная часть въ вѣдѣніи казаковъ. Въ поселкѣ имѣется небольшая войсковая больница, которая, между прочимъ, не обязана принимать пришлый, поселившійся на Иманѣ людъ. Центръ Имана—торговая площадь въ низинѣ, часто заливается разливомъ рѣки Имана во время весеннихъ и лѣтнихъ ливней.

Въ Иманѣ живутъ: начальникъ уѣзда и иманскій уѣздный врачъ, завѣдывающій сельской амбулаторіей. Есть переселенческая больница на 120 кроватей.

Желательно объявленіе Имана городомъ и введеніе въ немъ городского общественнаго управленія. Расположеніе Имана на казачьихъ земляхъ врядъ ли можетъ препятствовать этому, такъ какъ въ западной Россіи есть уѣздные города, возникшіе на частновладѣльческихъ земляхъ.

Настоящее же положеніе дѣла создаетъ то, что военное вѣдомство, т. е. управленіе Уссурійскаго казачьяго войска, вѣдаетъ гражданскою врачебно-санитарною частью и медико-полицейскою, такъ какъ населеніе состоитъ изъ пришлаго, неказачьяго торговаго и промышленнаго люда.

Въ Иманскомъ уѣздѣ въ настоящее время 4 сельско-врачебныхъ участка: Спасскій, Лутковскій, Гончаровскій и Благовѣщенскій.

Составъ участковъ слѣдующій:

Названіе участка.	Въ составъ его входятъ.	Наибольшій и наименьш. радіусы.	Приблизительное количество народонаселенія.	Число населенныхъ мѣстъ.
Спасскій	Спасская и Зеньковская волости.	69—12	21,711	32
Лутковскій	Лутковская, Успенская и Марьяновская.	140—40	24,193	46
Гончаровскій	Введенская, Саровская и Ново-Покровская.	175—35	20,111	48
Благовѣщенскій . . .	Тихоновская.	69—1	6,724	20

1. Спасская лѣчебница помѣщается въ казенномъ зданіи въ с. Спасскомъ, находящемся въ одной верстѣ отъ станціи Евгеньевка Уссурійской желѣзной дороги. Зданіе деревянное, одноэтажное, съ боковымъ коридоромъ. Типъ постройки точно такой же, какъ въ с. Владиміро-Александровскомъ Ольгинскаго уѣзда. Въ лѣчебницѣ 4 палаты, операціонная, комната для фельдшерицы-акушерки, ожидальня, аптека и кухня. Казенныхъ денегъ на ея постройку было отпущено 6000 р. Въ настоящее время оконченъ ремонтъ съ капитальною пристройкою для квартиры фельдшеру, перестройкой кухни, прибавленіемъ кладовой и комнатки для прислуги; выстроены: заразное отдѣленіе, погребъ, прачечная съ баней, колодезь и ограда Деньги на это ассигновала Спасская волость въ суммѣ 7714 р. При лѣчебницѣ врачъ, два фельдшера и фельдшерица-акушерка. Прислуги трое: сторожъ, прачка и кухарка. Мѣстныя цѣны на предметы первой необходимости слѣдующія: мука 1 р. 20 к., мясо 14—16 к., молоко 8—10 к., масло 45 к., дрова 16—20 р. кубъ, керосинъ 2 р. 40., мытье бѣлья— 9 рублей въ мѣсяцъ, погребеніе 10—12 р., очистка ямы 14 р. 50 к. Система продовольствія больныхъ трактирная.

Село Спасское большое, разбросанное. Крестьяне малороссы, живутъ въ достаткѣ. Съ образовавшейся близъ вокзала „Слободки“ общество получаетъ болѣе 25,000 рублей. «Слободка» представляетъ изъ себя часть уѣзднаго городка съ магазинами, лавками, фотографіями, гостиницей для пріѣзжающихъ и даже зданіемъ для цирка. Въ центрѣ села построенъ Народный домъ. Къ вокзалу спасовцы провели шоссе, которое обошлось имъ, какъ говорятъ, 25,000 руб. Недалеко отъ слободки военный поселокъ съ казармами и лазаретомъ военнаго вѣдомства. Имѣется желѣзнодорожная больница на четыре койки.

Въ общемъ пунктъ бойкій и не скучный. Кромѣ сельской лѣчебницы во врачебномъ участкѣ имѣется фельдшерскій пунктъ въ с. Зеньковкѣ.

2. Лутковская сельская лѣчебница въ с. Лутковскомъ близъ ст. Уссури Уссурійской желѣзной дороги. Въ 1911 г. помѣщалась въ наемномъ домѣ кр. Гончарова за 600 р. въ годъ. Зданіе двухъэтажное, деревянное. Половину дома занимали хозяева. Расположена была въ четырехъ комнатахъ, изъ которыхъ 3 палаты для больныхъ, а четвертая для аптеки и пріемной. Кромѣ четырехъ комнатъ имѣлась кухня и коридоръ (нижній этажъ). Въ верхнемъ этажѣ помѣщались фельд-

шеръ и акушерка. Контрактъ на лѣчебницу былъ заключенъ съ 4 іюня 1909 г. на три года. На содержаніе лѣчебницы крестьяне не давали ни копѣйки. При лѣчебницѣ были 2 прислуги: кухарка и служитель. За совершенной непригодностью помѣщенія подъ лѣчебницу, таковая съ 1 августа 1912 года переведена въ приспособленный подъ лѣчебницу домъ крестьянина Гавриленко съ платой по 700 р. въ годъ. Больница на 6 кроватей, но можно помѣстить и больше.

Мѣстныя цѣны на продукты: мясо 6 р., мука 1 р. 50 к., молоко 10—15 к,, дрова 16 кубъ, керосинъ 2 р. 90 к. и т. д. Въ участкѣ есть сельскій фельдшерскій пунктъ въ селѣ Успенка. Кромѣ того, имѣются фельдшерскіе пункты въ с. Крыловкѣ (переселенческій), въ Троицкомъ монастырѣ (монастырскій) и въ станицѣ Донской, казачьяго Уссурійскаго войска.

Медицинскій персоналъ лѣчебницы: врачъ, фельдшеръ и фельдшерица-акушерка. Квартиры врачу нѣтъ. Заразнаго отдѣленія при больницѣ также нѣтъ.

3. Гончаровская сельская лѣчебница помѣщается въ наемномъ крестьянскомъ домѣ—избѣ, которая сѣнями раздѣляется на двѣ половины: въ одной кухня, а въ другой, разгороженной досчатой перегородкой на двѣ комнаты, собственно лѣчебница. Никакихъ другихъ хозяйственныхъ службъ при больницѣ нѣтъ. Нѣтъ ни операціонной, ни ванной, ни перевязочной, ни служительской. И это былъ единственный наилучшій домъ, который можно было нанять подъ сельскую лѣчебницу. При лѣчебницѣ врачъ и фельдшеръ. Пунктъ открытъ съ половины 1911 года.

Село Гончаровское находится въ 60 верстахъ отъ Имана. При частыхъ разливахъ р. Имана дорога туда дѣлается непроѣзжей, что создаетъ полную невозможность доставать пищевые продукты. При участкѣ былъ фельдшерскій пунктъ въ селѣ Введенкѣ, но за отказомъ крестьянъ принять какое-нибудь участіе въ устройствѣ пункта—закрытъ.

4. Благовѣщенскій врачебный участокъ открытъ въ 1911 г. въ с. Феодосьевкѣ, недалеко отъ с. Благовѣщенки и близъ ст. Бочарово Уссурійскій желѣзной дороги. Подъ лечебницу наняты два крестьянскихъ домика въ разныхъ мѣстахъ села. Одинъ домъ помѣщается ближе къ станціи, въ 200—250 саж. отъ центра села. Въ немъ размѣщаются: аптека, она же пріемная, 2 палаты для больныхъ, кухня,

комната фельдшеру и имѣется уголъ для служителя. При домѣ сарай и ледникъ. Другой домъ находится въ центрѣ села. Въ немъ 1 палата, кухня, уголъ для сторожа и ванная; можетъ служить пока изоляціоннымъ помѣщеніемъ за неимѣніемъ лучшаго.

При лѣчебницѣ врачъ и фельдшеръ. Прислуги три.

Цѣны на предметы первой необходимости: мука 1 р. 70 к., мясо 5 р. 50 к.—8 р., рыба 2 р. 40 к.—4 руб., молоко 10—15 к., масло 45—48 к., керосинъ 2 р. 70 к.

Фельдшерскихъ пунктовъ при участкѣ нѣтъ.

Оспопрививаніе въ уѣздѣ производится наличнымъ медицинскимъ персоналомъ и двумя оспопрививателями въ Спасскомъ участкѣ.

За 1911 г. привито оспы 3672.

Эпидеміи въ Иманскомъ уѣздѣ, куда, главнымъ образомъ, направляются переселенцы, часто требуютъ экстренныхъ мѣръ борьбы: командированій медицинскаго персонала и ассигнованій на медикаменты и дезинфекціонныя средства. До 1909 года свилъ себѣ гнѣздо въ Иманскомъ уѣздѣ сыпной тифъ. Въ 1910—1911 г.г. наблюдалась эпидемія цынги.

Расходъ на сельскую медицину за 1911 годъ выразился въ слѣдующихъ цифрахъ:

Предметы расхода.	НАЗВАНІЕ УЧАСТКОВЪ.							
	Спасскій.		Лутковскій.		Гончаровскій.		Благовѣщенскій.	
Наемъ помѣщеній	казе	н.	600	—	190	—	260	—
Пища больныхъ	1078	52	325	—	107	52	46	22
„ прислуги	—	—	—	—	—	—	—	—
Отопленіе	448	50	239	62	110	—	58	—
Освѣщеніе	128	14	53	22	20	—	40	29
Обувь и одежда	—	—	—	—	92	32	—	—
На обстановку и др. расходы .	—	—	—	—	350	81	—	—
Мойка, вода, частное погребеніе и проч.	838	30	139	29	28	90	27	93
Содержаніе фельдш. пункт. . .	675	—	680	10	—	—	—	—
Содержаніе врачей	2000	—	2000	—	2000	—	2000	—

Предметы расхода.	НАЗВАНІЕ УЧАСТКОВЪ.							
	Спасскій.		Лутковскій.		Гончаровскій.		Благовѣщенскій	
Остальн. медиц. перс.	1200	—	1200	—	600	—	600	—
Прислуги	453	83	536	91	155	—	214	—
Медикаменты	500	—	500	—	433	39	500	—
Перевязочные матеріалы . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Инструменты	100	—	—	—	334	48	—	—
На канцелярію	30	.	30	—	—	.	30	—
Разъѣзды	бе	з	п	л	а	т	н	о.
Оспопрививаніе	—	—	—	—	—	—	—	—
Борьба съ эпидем.	—	—	—	—	—	—	—	—
Отправка на лѣченіе душ.-больн. и укушен. бѣшен. животными . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Итого . .	6777	29	5624	05	4390	49	3776	44
Всего . . .	7452	29	6304	15	4390	49	3776	44

„Итого“ означаетъ содержаніе врачебныхъ пунктовъ, а „всего“—общую сумму расхода съ фельдшерскими пунктами.

Судебная дѣятельность сельскихъ врачей въ Иманскомъ уѣздѣ выразилась въ 2 вскрытіяхъ и 28 освидѣтельствованіяхъ въ Спасскомъ участкѣ и 1 вскрытіи и 34 освидѣтельствованіяхъ въ Лутковскомъ участкѣ.

Стоимость содержанія одного больного въ сутки во врачебныхъ участкахъ Иманскаго уѣзда выразилась:

Спасскій—1 руб. 58 коп., Лутковскій—4 руб. 83 коп., Гончаровскій—43 руб. 04 коп., Благовѣщенскій—56 р. 36 к.

Изъ приведенныхъ цифръ стоимость содержанія одного коечного больного въ Гончаровскомъ и Благовѣщенскомъ участкахъ несомнѣнно слѣдуетъ тотъ выводъ, что лѣчебницы вовсе не принимаютъ стаціонарныхъ больныхъ. Причина этому —полное отсутствіе какихъ либо сносныхъ помѣщеній въ деревняхъ подъ сельскія лѣчебницы. Эта причина указываетъ и на неотложную нужду въ постройкѣ казенныхъ зданій для сельскихъ лѣчебницъ въ упомянутыхъ участкахъ.

Такимъ образомъ, всего на сельскую врачебную часть по Иманскому уѣзду, считая и стоимость содержанія амбулаторіи на Иманѣ, расходуется приблизительно 26.625.

Дѣятельность лѣчебницъ.

	Спасская.	Лутковская.	Гончаровская.	Благовѣщенская.
Число кроватей	6	6	6	6
Коечныхъ больныхъ	256	77	16	7
Роженицъ	—	—	1	—
Общее число дней, проведенныхъ коечн. больн.	4279	1164	102	67
Среднее число ежедневно занятыхъ коекъ	12,0	3,0	0,27	0,2
Число умершихъ	19	5	—	—
„ операцій	79	—	49	—
Общее число амбулаторныхъ	8279	4273	1758	1249
„ „ повторн. посѣщеній	1602	667	1027	384
Число квартирныхъ	—	—	110	150
„ эпидемическихъ	338	968	31	—
„ родовспоможеній у врачей	2	2	—	4
„ „ у акушерокъ	12	3	—	—
Число амбулаторныхъ у ф-ровъ	3275	714	1033	—
„ оспопривитыхъ	2013	1089	448	122
„ ревакциниров.	150	393	—	44

Изъ вышеизложеннаго слѣдуетъ, что для лучшей постановки сельскаго врачебнаго дѣла въ Иманскомъ уѣздѣ неотложно необходимы: 1) постройка двухъ сельскихъ лѣчебницъ Гончаровскаго и Благовѣщенскаго участковъ; 2) уничтоженіе оспенниковъ въ Спасскомъ участкѣ и замѣна ихъ фельдшерами, которые могли бы быть использованы по борьбѣ съ заразными болѣзнями въ Иманскомъ уѣздѣ; 3) организація врачебной помощи населенію переселенческимъ управленіемъ

въ с. Котельномъ, постройкой тамъ новой больницы, невдалекѣ отъ с. Гончаровки, выдвигаетъ вопросъ о возможности переноса Гончаровскаго участка въ д. Гоголевку.

Ольгинскій уѣздъ.

Въ Ольгинскомъ уѣздѣ, съ необъявленнымъ еще уѣзднымъ городомъ поста св. Ольги, отъ котораго уѣздъ и получилъ свое названіе, въ настоящее время функціонируютъ 4 сельскихъ врачебныхъ участка: Ольгинскій, Сучанскій, Беневскій и Шкотовскій.

Собственно Ольгинскій врачебный участокъ обслуживается переселенческою медицинскою организаціею въ переданномъ временно переселенческому управленію зданіи сельской лѣчебницы.

Составъ участковъ слѣдующій:

Наименованіе участковъ.	Въ составъ участка входятъ.	Наибольшій и наименьшій радіусы.	Приблизит. количество населенія.	Число населенныхъ мѣстъ.
Ольгинскій	Маргаритовская волость.	960—70	17.000	150
Сучанскій	Сучанская, Фроловская и Ново-Литовская.	80—28	11.088	47
Беневскій	Часть Маргаритовской вол. и Кіевская.	110—37	6.000	25
Шкотовскій . . .	Цемухинская, Ново-Нѣжинская и Петровская.	62—21	15.570	51

1. Ольгинская сельская лѣчебница помѣщается въ центрѣ поста св. Ольги, деревянное одноэтажное зданіе такого же плана, какъ и Сучанская сельская лѣчебница. Число больничныхъ коекъ въ ней до 15.

Переселенческимъ вѣдомствомъ на больничномъ участкѣ построены слѣдующія зданія: фанза для заразныхъ больныхъ, баня съ дезинфекціонной камерой и прачечная. Возведено зданіе подъ квартиру переселенческаго врача, гдѣ временно размѣщены: аптека, амбулаторія и квартира фельдшерицы.

Въ 1911 г. заложено два новыхъ зданія, изъ которыхъ одно почти закончено; въ немъ должны помѣщаться: аптека,

амбулаторія и акушерско-гинекологическое отдѣленіе съ квартирой фельдшерицы. Другое зданіе предполагается подъ чумный баракъ и будетъ служить заразнымъ отдѣленіемъ. При больницѣ врачъ, фельдшеръ и фельдшерица. Прислуги 9 человѣкъ: экономка, кухарка, прачка, 2 сидѣлки, водовозъ и 3 сторожа. Цѣны на предметы первой необходимости: мясо 6 руб. 25 коп.—6 руб. 80 коп, мука пшеничная 3 руб. 20 коп., ржаная 1 руб. 60 коп., яйца 2—3 руб. сотня; молоко 10 15 коп.; керосинъ 5 руб. 20 коп.

Къ участку относятся два фельдшерскихъ пункта: Милоградовскій и Фурмановскій.

2. Лѣчебница Сучанскаго врачебнаго участка находится въ с. Владиміро-Александровскомъ, въ 16 верстахъ отъ бухты „Находка". Лѣтнее сообщеніе - пароходомъ изъ Владивостока. Ѣхать надо 16 часовъ.

С. Владиміро-Александровское расположено на берегу р. Сучана въ живописной, богатой зеленью, мѣстности. По рѣкѣ Сучану подходятъ къ селу съ моря шаланды съ товарами. Пароходы заходить не могутъ.

Лѣчебница на 6 кроватей, построена въ центрѣ села, близъ горы. Деревянное зданіе съ боковымъ коридоромъ, имѣетъ 5 палатъ для больныхъ, ожидальню, аптеку, комнату акушерки и кухню. Одна палата обращена въ пріемную. Въ настоящее время закончена постройка заразнаго барака размѣрами 27×12 арш. Квартиры врачу и фельдшеру нѣтъ. Клозетъ близъ аптеки выносной системы. Ванная еще не устроена. При лѣчебницѣ врачъ, фельдшеръ и акушерка. Прислуги 2-ое.

Къ врачебному участку относится Фроловскій фельдшерскій пунктъ.

3. Беневская сельская лѣчебница въ с. Беневскомъ. Помѣщается къ домѣ, купленномъ обществомъ у крестьянина Гринько на пособіе отъ переселенческаго управленіи. Состоитъ изъ 3-хъ комнатъ съ кухней. Въ настоящее время производится ремонтъ его и приспособленіе подъ лѣчебницу. Заразнаго отдѣленія нѣтъ. Казенной квартиры для врача нѣтъ. Для фельдшера отдѣлана одна комната въ небольшомъ домѣ при лѣчебницѣ. Прислуга—1 служитель. Цѣна на продукты: масла и мяса достать нельзя, дрова 8 руб. кубъ при хозяйственномъ способѣ заготовленія, молоко 10—15 к., яйца 15—20 к., капуста 5—6 к. кочанъ. Прочіе продукты доставляются изъ Владивосотка съ надбавкою 45—50 коп. на

пудъ за доставку, причемъ, вслѣдствіе невозможныхъ путей сообщенія, доставка продуктовъ иногда мѣсяцами прекращается и на мѣстѣ ничего достать нельзя.

4. Шкотовскій врачебный участокъ пока еще безъ лѣчебницы. Въ немъ арендуется помѣщеніе для амбулаторнаго пріема сельскимъ врачемъ: 2 комнаты и передняя. При амбулаторіи врачъ и фельдшеръ и одна прислуга Вопросъ о постройкѣ лѣчебницы былъ возбужденъ съ образованіемъ врачебнаго участка, но за неассигнованіемъ денегъ на постройку и отказомъ шкотовскаго сельскаго общества отъ пособія въ 5.000 руб. отъ переселенческаго управленія, остается пока открытымъ.

Сельскихъ фельдшерскихъ пунктовъ въ участкѣ нѣтъ.

Дѣятельность лѣчебницъ и Шкотовской амбулаторіи.

	Ольгинская.	Сучанская.	Беневская.	Шкотовская амбулаторія.
Число кроватей	40	6	6	—
Коечныхъ больныхъ	345	141	8	—
Роженицъ	16	2	—	—
Общее число дней, проведенныхъ коечными	10,186	2051	81	—
Среднее число ежедневно занятыхъ коекъ	28,0	5,6	—	—
Число умершихъ	10	10	—	—
Число операцій	—	49	60	—
Общее число амбулаторныхъ	5558	5132	2923	3065
Число сдѣланныхъ ими повторныхъ посѣщеній	—	700	680	835
Число квартирныхъ	—	127	189	1180
„ эпидемическихъ	—	387	78	449
„ родовспоможеній у врачей . .	33	12	—	4
„ „ у акушерокъ	—	32	—	1
Число амбулаторныхъ у фельдшеровъ .	1702	361	2075	—
„ оспопривитыхъ	613	830	236	2360
„ ревакцинированныхъ	66	24	52	1009

Расходъ на сельскую медицину по участкамъ выразился въ слѣдующихъ цифрахъ:

	Ольгинскій.		Сучанскій.		Беневскій.		Штоковскій.	
Наемъ помѣщеній	к а		з е н		н ы	я.	360	—
Пища больныхъ	—	—	615	30	32	40	—	—
„ прислуги	—	—	—	—	—	—	—	—
Отопленіе	—	—	300	—	148	—	180	—
Освѣщеніе	—	—	60	—	55	90	35	—
Обувь и одежда	—	—	—	—	—	—	—	—
На обстановку и др.	—	—	—	—	473	70	—	—
Мойка, вода, чистка, погребеніе и пр.	—	—	200	—	—	—	45	—
Содержаніе фельдшерск. пункта	1350	—	675	—	—	—	—	—
Содержаніе врачей	—	—	2000	—	2000	—	2000	—
Остальн. медиц. персоналъ	—	—	1200	—	600	—	600	—
Прислуги	—	—	360	—	180	—	300	—
Медикаменты	208	—	819	—	500	—	—	—
Перевязочные матеріалы	—	—	—	—	—	—	—	—
Инструменты	—	—	52	—	100	—	—	—
На канцелярію и библіотеку	—	—	30	—	30	—	—	—
Разъѣзды	б е з		п	л	а т		н ы	е
Оспопрививаніе	—	—	1900 р. на постройку зараз. бар.	—	—	—	—	—
Борьба съ эпидеміями	—	—		—	—	—	—	—
Отправка больныхъ	—	—		—	—	—	—	—
Итого на врач. пункт.	20,140	—	5636	30	4120	—	3490	—
Всего	20,140	—	6311	30	4120	—	3490	—

Стоимость содержанія одного коечнаго больного выразилась: въ ольгинской лѣчебницѣ—1 руб. 97 коп., въ сучанской—2 руб. 77 коп., въ беневской—50 руб. 86 коп.

Громадная цифра стоимости содержанія одного коечнаго больного въ Беневскомъ сельскомъ врачебномъ участкѣ объясняется полной его неустроенностью за недавнимъ открытіемъ. Такимъ образомъ, общая стоимость сельско-врачебной части по Ольгинскому уѣзду выразилась въ суммѣ 13.921 р. изъ земскихъ средствъ и 20.140 р. изъ переселенческихъ.

Оспопрививаніе въ уѣздѣ производилось сельскимъ медицинскимъ персоналомъ и переселенческаго вѣдомства.

Всего привито оспы за 1911 годъ—4.039.

На сучанскихъ каменноугольныхъ копяхъ горнаго вѣдомства имѣется своя медицинская организація: больница, врачъ и фельдшера, равно въ мѣстности Тетюхе на цинковыхъ копяхъ—акціонернаго горно-промышленнаго общества.

Судебно-медицинская дѣятельность сельскихъ врачей за 1911 годъ выразилась въ слѣдующемъ:

Въ Сучанскомъ участкѣ: вскрытій—22, освидѣтельствованій—58; въ Беневскомъ участкѣ: вскрытій—1; въ Шкотовскомъ участкѣ: вскрытій—16, освидѣтельствованій—32.

Въ Ольгинскомъ участкѣ судебно-медицинская обязанность исполняется ольгинскимъ уѣзднымъ врачемъ.

Изъ вышеизложеннаго, по отношенію къ Ольгинскому уѣзду, вытекаютъ слѣдующія необходимыя мѣропріятія для улучшенія постановки сельскаго врачебнаго дѣла: 1) постройка сельской лѣчебницы въ Шкотовѣ; 2) постройка заразнаго отдѣленія въ Беневскомъ и отдѣльно аптеки съ пріемной.

Слишкомъ ограниченные кредиты на сельско-врачебную часть области не позволяютъ желать большаго.

Хабаровскій уѣздъ.

Въ Хабаровскомъ уѣздѣ 2 сельскихъ врачебныхъ участка: Кіинскій въ сел. Сергіе-Михайловскомъ, близъ ст. Вѣрин. Уссурійской ж. д., и Вознесенскій въ с. Вознесенскомъ отъ Хабаровска внизъ по р. Амуру, на его берегу, въ 287 верстахъ отъ Хабаровска. Фельдшерскихъ пунктовъ 5: въ гор. Хабаровскѣ при николо-александровскомъ волостномъ правленіи; въ с. Вятскомъ, въ 76 верстахъ отъ Хабаровска по Амуру; въ с. Троицкомъ въ 187 вер. по Амуру; въ сел. Нижне-Тамбовскомъ въ 448 вер. по Амуру и въ с. Покровкѣ, Тунгусской вол., за Амуромъ.

Составъ врачебныхъ участковъ слѣдующій:

Названіе участковъ.	Въ составъ участка входятъ.	Наибольшій и наименьшій радіусы.	Приблизит. количество населенія.	Число населенныхъ мѣстъ.
Кіинскій . . .	Кіинская волость, Николо-Александровск., Вяземская, Лермонтовская.	200—23	23668	67
Вознесенскій .	Большая часть Троицкой и Нижне-Тамбовская.	275—105	5536	18 русскихъ и 124 инородч. стойбища.

1. Кіинская сельская лѣчебница построена недалеко отъ вокзала въ началѣ села на отведенномъ крестьянами участкѣ земли, размѣромъ въ 1 десятину. Деревянное подъ желѣзной крышей зданіе съ центральнымъ коридоромъ длиною 8, шириною 5 саж., а высотою $4^1/_2$ арш. Въ ней три палаты подъ больныхъ, одна подъ пріемную, одна подъ кухню, гдѣ устроена только плита и $1^1/_2$ комнаты подъ помѣщеніе фельдшера, такъ какъ $^1/_2$ комнаты отошло подъ помѣщеніе аптеки, расположенной въ концѣ коридора. Парадный ходъ въ центрѣ зданія, а черный выходъ напротивъ. Рядомъ съ кухней 2 выносныхъ клозета и маленькая комната для ванны. Лѣчебница построена крестьянами. Врачебное отдѣленіе въ возмѣщеніе расхода платило имъ изъ земскихъ средствъ 50 р. въ мѣсяцъ арендныхъ денегъ. При лѣчебницѣ есть ледникъ и амбаръ. Въ особомъ сарайчикѣ на дворѣ сложена русская печь. Квартиры врачу и акушеркѣ нѣтъ. За неимѣніемъ какого-либо помѣщенія для своей квартиры, врачъ живетъ въ г. Хабаровскѣ, наѣзжая 2 раза въ недѣлю въ участокъ. При лѣчебницѣ 2 фельдшера и акушерка. Прислуги 2 человѣка: сторожъ и кухарка.

Мѣстныя цѣны на предметы первой необходимости: мука 1 р. 55 к. 2 р. 30 к., мясо 8 р., керосинъ 2 р. 80 к., молоко 15 к., яйца 15—30 к. и т. д. Въ селѣ есть китайскія лавочки, но хорошихъ магазиновъ нѣтъ. Изъ служащихъ живутъ: священникъ и волостной старшина. – Раньше жилъ ветеринарный врачъ.

2. Вознесенская сельская лѣчебница помѣщается въ наемномъ, 400 руб., крестьянскомъ домѣ, состоящемъ изъ 4-хъ комнатъ и кухни. Въ одной изъ комнатъ живетъ фельдшеръ, одна предназначена подъ амбулаторію и аптеку. Какихъ-

либо другихъ помѣщеній въ этомъ, небольшомъ изъ 24—26 дворовъ селѣ для лѣчебницы найти было невозможно. Ѣзда къ больнымъ совершается на лодкахъ по Амуру, иногда съ опасностью для жизни во время вѣтра и большихъ волнъ.

Перебравшійся на другую сторону врачъ или фельдшеръ, благодаря волненію рѣки, долженъ проводить время въ гиляцкихъ стойбищахъ часто по нѣскольку дней, пока Амуръ не утихнетъ.

Случалось медицинскому персоналу по 6 дней сидѣть на одной „юколѣ" безъ хлѣба. Гиляки питаются вяленой, несоленой рыбой, кетой, заготовляемой для себя и сабакъ и называемой „юколой".

Въ деревнѣ очень трудно достать для больныхъ мясо, молоко, яйца, а прислугу приходится приглашать изъ Хабаровска.

Больныхъ острыми заболѣваніями крестьяне не рѣшаются везти десятки верстъ на лодкахъ въ лѣчебницу и требуютъ къ себѣ врача. Села на берегу Амура рѣдки одно отъ другого верстахъ въ 70 и болѣе.

Пять лѣтъ тому назадъ вознесенская сельская лѣчебница помѣщалась въ с. Нижне-Тамбовскомъ, но послѣ пожара села была переведена въ с. Вознесенское. По центральности село Нижне-Тамбавское должно быть выбрано мѣстомъ постройки лѣчебницы съ квартирою врачу въ будущемъ.

Дѣятельность сельскихъ лѣчебницъ Хабаровскаго уѣзда выразилась въ слѣдующемъ:

	Кінскій участокъ.	Вознесенскій участ.
Число кроватей	6	6
Коечныхъ больныхъ	6	25
Роженицъ	—	—
Общее число дней, проведенныхъ коечными	752	443
Среднее число ежедневно занятыхъ коекъ	2,07	1,21
Число умершихъ	1	2
„ операцій	—	—
Общее число амбулаторныхъ . . .	2631	2947

	Кінскій участокъ.	Вознесенскій участ.
„ „ повторн. посѣщеній .	1000	1908
„ „ квартирныхъ	26	193
„ „ эпидемическихъ . .	79	77
Родовспоможеній у врачей	—	6
„ у акушерокъ . .	6	—
Амбулаторныхъ у фельдшеровъ . .	500	2588
Оспопривитыхъ	3066	2358
Ревакцинированныхъ	1068	417
Освидѣтельствованій	26	—

Расходы на сельскую медицину въ 1911 г. выразились въ слѣдующемъ:

Предметы расхода.	Названіе уч. Кінск. участокъ.	Вознесен. участокъ.
Наемъ помѣщеній	—	400
Пища больныхъ и прислуги	639	211.10
Отопленіе	150	140
Освѣщеніе	135	84
Обувь и одежда	—	—
На обзаведеніе и др. расходы, мойка, очистка, погребеніе	216	64.32
Содержаніе фельдш. пунктовъ	1350	2025
„ врачей	2000	2000
„ остального медицин. персонала .	1200	600
Содержаніе прислуги	360	202
Медикаменты и перевяз. матер.	500	352.94
Инструменты	100	100
На канцеляр. и библіотеку	30	30
Разъѣзды	безп	латные.
Итого безъ фельдш. пунк . . .	5330	4184.36
Всего	6680	6209.36

Удскій уѣздъ.

Удскій уѣздъ съ уѣзднымъ городомъ Николаевскомъ на Амурѣ, находящемся въ 903 верстахъ отъ гор. Хабаровска и не доѣзжая 40 верстъ до впаденія Амура въ Татарскій проливъ, раздѣленъ на 2 сельско-врачебныхъ участка: Больше-Михайловскій и Николаевскій, отнесенный проектомъ штатовъ 1910 года въ завѣдываніе удскаго уѣзднаго врача. Кромѣ врачебныхъ пунктовъ, въ Удскомъ уѣздѣ имѣется сельскій фельдшерскій пунктъ въ сел. Маріинско-Успенскомъ.

Составъ участковъ слѣдующій:

Названіе участковъ.	Въ составъ ихъ входятъ.	Наибольшій и наименьшій радіусъ.	Приблизит. количество населенія.	Число населенныхъ мѣстъ.
Больше-Михайлов врачебный уч. .	Большая часть Б.-Михайловской и Маріинско-Успенская вол.	216—46	4000	50 населен. мѣстъ и стойбищъ.
Николаевскій . . .	Часть Б.-Михайловской и Сергіевской волости.	400—12	17961	85

Сельскихъ лѣчебницъ въ Удскомъ уѣздѣ одна—въ селѣ Больше-Михайловскомъ, въ 790 верстахъ отъ гор. Хабаровска на берегу Амура. Помѣщается въ одноэтажномъ деревянномъ наемномъ за 520 руб. зданіи. Въ немъ имѣются женская и мужская палаты, аптека, перевязочная, прихожая, кухня и амбулаторія съ отгороженнымъ кабинетомъ для врача. Заразнаго отдѣленія при лѣчебницѣ нѣтъ. Квартиръ для медицинскаго персонала также нѣтъ. Прислуги одинъ человѣкъ. Цѣна на предметы первой необходимости: мясо 10—12 руб. пудъ, мука 2 руб. 20 коп. пудъ, молоко 20 к. бут., масло 50 к. ф. и т. д. Сѣверо-восточной границей участка служитъ стойбище Чильба, съ юго-запада участокъ граничитъ Убдыльскимъ проливомъ, съ юго-востока стойбищемъ Пуля на р. Ай. Южное стойбище Больба находится въ 216½ в. отъ с. Больше-Михайловскаго. Ѣзда лѣтомъ на лодкахъ, зимой на собакахъ.

Николаевскій сельскій врачебный участокъ по штатамъ 21 іюня 1910 г. долженъ обслуживаться безвозмездно удскимъ уѣзднымъ врачемъ и уѣзднымъ медицинскимъ персоналомъ, что, разумѣется, немыслимо по причинѣ огромнаго разъѣзднаго раіона для уѣзднаго врача.

Дѣятельность больше-михайловской сельской лѣчебницы за 1911 г. выразилась въ слѣдующемъ:

Число кроватей	6
Коечныхъ больныхъ	36
Роженицъ	1
Общее число дней, проведен. коечными	451
Среднее число ежедневно занятыхъ коекъ	1,23
Число умершихъ	2
„ операцій	1
Общее число амбулаторныхъ	2581
Повторныхъ	4071
Число эпидемическихъ	97
„ родовспоможеній у врачей	4
„ „ „ акушерокъ	20
„ амбулаторныхъ у ф-ровъ	510
Повторныхъ	1436
Оспопривитыхъ	160
Ревакцинированныхъ	353
Вскрытій	11
Освидѣтельствованій	29

Расходъ на сельскую врачебную часть выразился въ слѣдующемъ:

Больше-Михайловскій врачебный участокъ.

	Руб.	К.
Наемъ помѣщеній	250	—
Пища больныхъ	258	60
Отопленіе	80	—
Освѣщеніе	35	31
На обзаведеніе и др. расходы, мойка, чистка, погребеніе и проч.	90	76
Содержаніе фельдш. пунктовъ	675	—
„ врачей	2000	—
„ остального медиц. персонала	600	—
„ прислуги	240	—
Медикаменты и перевязочныя средства	489	15
На канцелярію и библіотеку	30	—
Разъѣзды	Безплатн.	
ИТОГО	4748	82

Оспопрививаніе въ уѣздѣ производилось наличнымъ медицинскимъ персоналомъ; оспенниковъ въ уѣздѣ нѣтъ.

Для борьбы съ эпидеміями командировался уѣзднымъ врачемъ низшій медицинскій уѣздный персоналъ.

Для улучшенія дѣла постановки сельской врачебной части въ Удскомъ уѣздѣ, при ограниченности кредитовъ въ данноевремя, можно пожелать: 1) образованіе 2-го сельско-врачебнаго участка съ штатною должностью сельскаго врача, фельдшера и фельдшерицы-акушерки въ Сергіевской волости; 2) постройку казеннаго зданія для сельской лѣчебницы въ селѣ Больше-Михайловскомъ съ квартирами врачу и низшему медицинскому персоналу.

Штатные кредиты на сельскую врачебную часть по дѣйствовавшей до 1-го іюля 1910 года смѣтѣ были исчислены въ 53,440 руб. для сельскихъ врачебныхъ участковъ всей области; кромѣ того, на психіатрическую лѣчебницу и лепрозорію 16,785 руб.; 1,000 руб. переселенческой организаціи за лѣченіе старожиловъ; 5,000 руб. на постройку черниговской сельской лѣчебницы и 130 руб. на пособіе укушеннымъ бѣшеными животными, всего 75,355 руб., что составитъ болѣе 25% общ. земск. расходовъ (300,111).

Послѣдовавшимъ образованіемъ новыхъ врачебныхъ участковъ и введеніемъ новыхъ штатовъ разрѣшено къ отпуску ежегодно еще 57,495 руб. Это большой шагъ впередъ для развитія медицинской помощи населенію.

Прежними назначеніями, которыми должны были руководствоваться лѣчебницы, полагалось: 1,260 руб. на наемъ помѣщенія для лѣчебницы на 6 коекъ съ отопленіемъ, освѣщеніемъ и содержаніемъ больныхъ; 300 руб. на медикаменты, 100 руб. на инструменты и починку ихъ и 30 руб. на канцелярскіе расходы. Всего на лѣчебницу 1690 руб.

На основаніи представленной выше дѣятельности всѣхъ сельскихъ врачебныхъ участковъ въ области по послѣднему штатному назначенію (всѣ мѣста врачей и фельдшеровъ въ области заняты, чего никогда въ Приморской области не было), позволительно сдѣлать слѣдующіе выводы: 1) за 51 годъ существованія Приморской области по отношенію къ сельской медицинѣ сдѣлано многое; 2) въ предѣлахъ очень ограниченныхъ кредитовъ чего нибудь лучшаго ожидать было нельзя; 3) дѣятельность нѣкоторыхъ врачебныхъ участковъ въ области рѣзко свидѣтельствуетъ, что живое дѣло нельзя удержать въ

предѣлахъ однообразной нормы штатныхъ ассигнованій; 4) большое значеніе для развитія сельской медицины имѣютъ предложенія министерства (во мнѣніи М. В. Д.): а) составлять смѣтныя исчисленія потребныхъ расходовъ на каждый участокъ по трехлѣтней сложности, б) открывать новыя должности врачей и фельдшеровъ предварительною властью министра внутреннихъ дѣлъ, не ожидая утвержденія законодательными учрежденіями, в) отпускать средства на эпидеміи мѣстною гражданскою властью и г) командировать сельскихъ врачей для усовершенствованія на 4 мѣсяца съ сохраненіемъ содержанія.

Изъ суммъ для сельской врачебной части области отпускаются кредиты на содержаніе никольской сельской психіатрической лѣчебницы и на содержаніе лепрозоріи близъ города Николаевска для призрѣнія прокаженныхъ. На первую отпускается ежегодно 10,400 рублей, а на вторую 6,385 руб.

Никольскъ-Уссурійская психіатрическая лѣчебница.

Для призрѣнія и лѣченія душевно-больныхъ въ Приморской области учреждена психіатрическая лѣчебница въ гор. Никольскѣ-Уссурійскомъ на 15 кроватей.

Мысль объ устройствѣ психіатрической лѣчебницы для Приморской области принадлежитъ бывшему военному губернатору А. М. Колюбакину, которымъ въ 1897 г. былъ поднятъ вопросъ о приспособленіи въ г. Никольскѣ-Уссурійскомъ части зданія санитарной станціи въ крѣпости подъ временное отдѣленіе душевнобольныхъ на 12 человѣкъ. Но за отказомъ военнаго вѣдомства отъ участія въ содержаніи проектированнаго отдѣленія, несмотря на сочувствіе г. главноуполномоченнаго общ. Краснаго Креста сѣверо-восточнаго раіона, мысль эта не могла получить осуществленія.

Пришлось А. М. Колюбакину обратиться къ частной благотворительности и образовать подъ своимъ предсѣдательствомъ комитетъ для организаціи дѣла лѣчебной помощи душевнобольнымъ. Для завѣдыванія будущей лѣчебницей приглашенъ былъ спеціалистъ-психіатръ врачъ Краснаго Креста П. А. Щербачевъ, который и въ настоящее время не покидаетъ своего поста, какъ завѣдывающій возникшей при его содѣйствіи больницей.

Нанято было помѣщеніе въ домѣ наслѣдниковъ Знаменской въ гор. Никольскѣ, и 22 ноября 1904 года состоялось засѣданіе попечительнаго комитета лѣчебницы, въ которомъ отмѣчена отзывчивость и сочувствіе общества идеѣ. Въ одно только это засѣданіе было собрано пожертвованій около 2,300 рублей.

Къ 1 января 1905 года совѣтъ по управленію лѣчебницей уже располагалъ суммою въ 9,965 руб. 82 коп.

Въ ноябрѣ же 1904 г. было сдѣлано представленіе приамурскому генералъ-губернатору о внесеніи въ земскую смѣту 14,840 руб. и объ утвержденіи штата лѣчебницы.

15 декабря 1904 г. состоялось открытіе лѣчебницы въ пріобрѣтенномъ 11 декабря въ собственность обществомъ попеченія о душевнобольныхъ домѣ н-ковъ Знаменской за 6,344 руб.

Преосвященный Евсевій, архіепископъ владивостокскій и камчатскій, благословилъ открытіе лѣчебницы пожертвованнымъ имъ для лѣчебницы образомъ Св. Николая.

Такъ было положено начало призрѣнію душевнобольныхъ въ Приморской области обществомъ попеченія о нихъ, которое выработало и уставъ, дѣйствующій и по настоящее время.

Приамурскій генералъ-губернаторъ 23 ноября 1905 г. возбудилъ ходатайство о принятіи расхода по содержанію никольскъ-уссурійской психіатрической лѣчебницы на земскія средства.

М-во вн. дѣлъ отнеслось сочувственно къ этому ходатайству и при составленіи земской смѣты на трехлѣтіе 1906—1908 г.г. внесло 10,000 руб къ условному отпуску на содержаніе лѣчебницы. При этомъ министерство нашло болѣе цѣлесообразнымъ отпускъ денегъ обусловить передачею участка земли и зданій лѣчебницы съ инвентаремъ въ полную собственность министерства, а лѣчебницу включить въ число учрежденій Приморской области.

18 декабря 1907 г. была составлена дарственная запись на передачу зданій никольскъ-уссурійской лѣчебницы и участка земли въ собственность министерства внутреннихъ дѣлъ.

Устроенная на 15 кроватей, вслѣдствіе усиленнаго спроса на призрѣніе душевнобольныхъ, лѣчебница должна была расширить свою дѣятельность. Въ 1906 г. среднее суточное число больныхъ дошло до 26; въ 1907 г. до 31; въ 1908 г. до 33, а въ нѣкоторые дни доходило до 40. Собственный домъ и небольшой флигель при немъ оказались недостаточны-

ми. Общество вынуждено было нанять подъ лѣчебницу сосѣдній домъ Эпова, расходы возросли до 16,000 слишкомъ.

Лѣчебница могла функціонировать благодаря пособіямъ, выдаваемымъ генералъ-губернаторомъ. Увеличеніе больныхъ, слабый притокъ пожертвованій и возрастаніе расходовъ въ 1908 году поставили лѣчебницу въ критическое положеніе. Ей угрожало закрытіе.

Для предупрежденія этого нежелательнаго явленія м-во вн. дѣлъ, по соглашенію съ министромъ финансовъ и государственнымъ контролемъ, отпустило изъ кредита 30,000 земскаго трехлѣтія 1906—1908 г.г. 6,205 руб. и изъ того же источника погасило выданныя генералъ-губернаторомъ ссуды въ суммѣ 17,000 рублей.

Въ обезпеченіе лѣчебницы кредитами на содержаніе въ 1909—1911 г.г. министерство внутреннихъ дѣлъ озаботилось внесеніемъ въ проектъ земской смѣты приамурскаго генералъ-губернаторства на указанное трехлѣтіе соотвѣтствующихъ ассигнованій къ условному отпуску.

Главное управленіе по дѣламъ мѣстнаго хозяйства 24-го апрѣля 1909 г. представило проектъ учрежденія: 1) штатовъ ник.-уссур. психіатрической лѣчебницы; 2) расхода на содержаніе ея въ 1906—1908 г.г., причемъ соображенія министерства представляютъ составленіе смѣтъ врачу лѣчебницы, а утвержденіе ихъ общему присутствію приморскаго областного правленія.

Расходъ лѣчебницы въ 1906 г. выразился въ 15,832 р. 16 к., въ 1907 г. 16,422 р. 44 к., въ 1908 г. въ 16,093 р. 63 коп, почему м-во вн. дѣлъ разрѣшило для психіатр. лѣчебницы 10,400 р. въ годъ изъ земскихъ суммъ—съ 1 іюля 1909 г.

Штаты на 15 кроватей выразились въ слѣдующемъ видѣ:

	Слѣдуетъ въ годъ.		Классы должности.	Пенсіи.
	Одному.	Всего.		
Врачъ	2400	2400	VII	По медиц. положен.
Фельдшеръ и фельдшерица .	500	1000		
На наемъ прислуги	—	1980		
На хозяйств. расх.	—	5020		
	—	10400		

1. Изъ показаннаго оклада $^2/_3$ составляетъ жалованье, $^1/_3$ столовыя. Фельдшеру и фельдшерицѣ все содержаніе производится въ видѣ жалованья.

2. Фельдшеръ и фельдшерица и прислуга пользуются квартирами и столомъ при лѣчебницѣ.

3. Опредѣленіе численнаго состава прислуги и размѣра ея жалованья, а равно распредѣленіе суммы, назначенной на хозяйственные расходы по отдѣльнымъ статьямъ, производится врачемъ лѣчебницы и утверждается общимъ присутствіемъ приморскаго областного правленія.

4. Плата за сверхштатныхъ больныхъ, размѣры которой опредѣлены приморскимъ областнымъ правленіемъ, а равно пожертвованія въ пользу лѣчебницы поступаютъ въ спеціальныя средства, расходуемыя на нужды заведенія съ разрѣшенія названнаго областного правленія.

Движеніе больныхъ въ никольскъ-уссурійской психіатрической лѣчебницѣ за послѣднія 7 лѣтъ выражается въ слѣдующихъ цифрахъ:

Годы.	Состояло.	Поступило.	Выбыло.	Умерло.	Состояло къ 1-му янв. слѣд. года.	Число проведенныхъ дней.
1905	2	43	22	2	21	5164
1906	21	65	44	16	26	9455
1907	26	86	77	2	33	11505
1908	33	71	67	7	30	12031
1909	30	47	39	7	31	10354
1910	31	53	44	6	34	12517
1911	34	58	40	9	43	14067

Средняя стоимость содержанія одного больного выразилась:

Въ 1905 году . . . . въ 2 р. 30 к
„ 1906 „ . . . . . „ 1 „ 68 „
„ 1907 „ . . . . . „ 1 „ 43 „
„ 1908 „ . . . . . „ 1 „ 34 „
„ 1909 „ . . . . . „ 1 „ 50 „
„ 1910 „ . . . . . „ 1 „ 47 „
„ 1911 „ . . . . . „ 1 „ 43 „

Составъ поступавшихъ больныхъ по мѣсту жительства былъ слѣдующій:

	Владивостокъ.	Ник.-Ус. уѣздъ.	Прочіе уѣзды.	Друг. губ.
1905	8	36	1	—
1906	25	40	—	—
1907	16	58	2	10
1908	12	30	3	26
1909	15	16	8	8
1910	18	9	20	—
1911	12	16	17	14

Участокъ земли, занимаемый лѣчебницей, находится въ городѣ Никольскѣ-Уссурійскомъ, на углу Матюнинской и Линевичевской улицъ, и до декабря 1910 года былъ площадью въ 985 кв саженъ. На этомъ пространствѣ къ фасаду, обсаженному деревьями, съ садикомъ во дворѣ, построены два одноэтажныхъ зданія, составляющихъ собственно психіатрическую лѣчебницу.

Одно зданіе каменное съ четырьмя палатами, изъ которыхъ одна служитъ столовой, служительской, комнатой старшему надзирателю и кабинетомъ врача. Въ центрѣ зданія былъ устроенъ выносной системы клозетъ Все зданіе имѣло видъ частной квартиры безъ рѣшетокъ въ окнанъ и темныхъ изоляторовъ.

Другое зданіе маленькое, деревянное, въ видѣ флигеля, въ садикѣ Въ немъ помѣщаются двѣ палаты, аптека и небольшая съ плитой кухня. Въ этомъ зданіи содержатся тихіе и выздоравливающіе На дворѣ былъ сгнившій сарай для дровъ, сгнившая баня, заваливающійся ледникъ, которые въ настоящее время уничтожены.

Такъ какъ, несмотря на штатное число 15, въ лѣчебницу по-неволѣ приходилось принимать до 40 человѣкъ, то больницѣ пришлось нанять сосѣдній деревянный домъ подъ женское отдѣленіе съ платой по 480 рублей въ годъ

Въ женскомъ отдѣленіи 3 палаты, 1 маленькая комната для сидѣлокъ, комната для фельдшерицъ и больничная кухня.

При больницѣ до настоящаго года не было квартиры ни врачу, ни фельдшеру.

Доходы лѣчебницы въ 1909 году составились:

1. Изъ пособія общества попеченія о душевнобольныхъ — 6509 р. 5 к., изъ которыхъ 4729 р. 26 к. употреблены въ

расходъ 1909 года, а остальные пошли въ уплату расходовъ за 1908 г.

2. Изъ земскаго пособія въ 5200 руб.

3. Изъ платы за лѣченіе—7632 р 10 коп.

Въ 1909 году было израсходовано—15,563 48 к.

Столъ для больныхъ обошелся въ 33 коп. на человѣка.

На 1910 годъ смѣта была утверждена въ суммѣ—16026 р. 87 к.

Кромѣ этого, въ смѣту внесенъ былъ кредитъ въ 2000 р. на пристройку къ главному корпусу одной палаты еще и выноса ретирада изъ центра зданія больницы.

Расходъ за 1911 годъ выразился въ 24,120 р. 60 к.

Служительскій персоналъ до 1910 г. состоялъ изъ 7 человѣкъ, изъ нихъ старшій получалъ 40 руб., остальные по 18, постепенно доходя до 25 руб, какъ поощреніе за службу. Сидѣлокъ было 3, получающихъ отъ 12 до 20 рублей. Поваръ получалъ 30 руб. въ мѣсяцъ

Въ помощь лѣчебницѣ по призрѣнію душевно-больныхъ возбуждался въ 1900 году вопросъ объ устройствѣ колоніи близъ города Никольска для душевно-больныхъ. Городомъ указывалось на 2 участка земли, но вопросъ, по недостатку средствъ, остается и по-сейчасъ открытымъ.

Въ 1910 году 7 декабря былъ купленъ обществомъ попеченія о душевно-больныхъ съ торговъ сосѣдній, арендуемый больницею, участокъ земли вмѣстѣ съ домомъ, гдѣ помѣщается женское отдѣленіе за 4805 рублей. Участокъ площадью въ 980 кв. саженъ. На покупку его изъ спеціальныхъ средствъ лѣчебницы было взято 2000 рублей.

Къ декабрю 1910 года вчернѣ была закончена пристройка къ главному зданію лѣчебницы въ 24,22 кв. саж.

Эта пристройка увеличила помѣщеніе на 1 палату для больныхъ въ 7×14 арш. и дала возможность вынести клозетъ изъ середины зданія и увеличить помѣщеніе для служащихъ.

Въ 1911 году общество попеченія о душевно-больныхъ приступило къ постройкѣ новыхъ каменныхъ зданій для нуждъ лѣчебницы, площадью въ 268,3 кв. саж.

Выстроены и отдѣланы: 1) мужское отдѣленіе съ 5-ю палатами, столовой, заломъ, кабинетомъ врача, дежурной, умывальной, буфетной, комнатой для служителя и клозетомъ на 2 очка съ проведенной водой, въ 96 кв. саж.; 2) такое же женское отдѣленіе съ 4-мя палатами въ 67,80 кв. саж.;

3) зданіе кухни, бани и квартиры фельдшерицы въ 42,50 кв. саж. и 4) зданіе для врача и фельдшера въ 62 кв. саж.

Отопленіе во всѣхъ зданіяхъ центральное. Предполагается устройство электрическаго освѣщенія. Кромѣ того, произведенъ ремонтъ старыхъ зданій, кухни и поставленъ заборъ вокругъ всего участка. Съ утвержденія ожидаемыхъ новыхъ штатовъ лѣчебница можетъ вмѣщать до 60 штатныхъ больныхъ, и дѣло призрѣнія душевно-больныхъ области, такимъ образомъ, можно считать значительно улучшеннымъ.

Николаевская больница для прокаженныхъ.

(Лепрозорія).

Николаевская лепрозорія находится въ 4-хъ верстахъ отъ города, при большой дорогѣ, ведущей на мысъ Чныррахъ, на склонѣ къ рѣкѣ Амуру и въ двухъ верстахъ отъ мѣстности, отведенной военному вѣдомству. Начата была постройкой въ 1896 году, а окончена въ 1901 году. Состоитъ изъ шести деревянныхъ зданій: два зданія для помѣщенія больныхъ, одно для прачечной и бани, одно зданіе для церкви, амбулаторіи и аптеки, одно подъ квартиры фельдшеру и сестрѣ милосердія и одно для рабочихъ. Службы состоятъ изъ конюшни, амбара и ледника.

Обращаясь къ исторіи возникновенія здѣсь лепрозоріи, видимъ, что начало попеченію о прокаженныхъ въ Примор ской области положено бывшимъ приамурскимъ генер. губернаторомъ ген.-лейтенантомъ Духовскимъ въ 1893 г.

Въ 1894 году вышеуказанное мѣсто было отведено городомъ Николаевскомъ подъ постройку больницы для прокаженныхъ.

Въ этомъ году были построены четыре деревянныхъ одноэтажныхъ зданія, изъ которыхъ два по 8×5 кв. саж. для больныхъ, одно въ 3×3 кв. саж. для надзирателя и одно въ 2×2 кв. саж. для бани, была возведена ограда и расчищено мѣсто подъ огородъ.

Всего на эти постройки генералъ-губернаторомъ было отпущено въ 1893 и 1894 г.г. 2000 рублей.

Расходы на довольствіе больныхъ приказано было разверстать между волостями по количеству поступающихъ изъ волостей въ колонію больныхъ.

Штатныхъ ассигнованій до марта 1900 года никакихъ не было.

Лепрозорія существовала на деньги, получаемыя отъ волостей, на частныя пожертвованія, сборы со спектаклей— помощь николаевскаго дамскаго кружка—и энергическую заботу о несчастныхъ съ 1899 года уполномоченнаго въ Приамурскомъ краѣ отъ общества борьбы съ заразными болѣзнями состоящаго подъ покровительствомъ принцессы Евгеніи Максиміановны Ольденбургской д. с. с. Неудачина.

Въ октябрѣ 1896 г. зданія были готовы къ пріему больныхъ. Въ мартѣ 1900 года былъ отпущенъ кредитъ на содержаніе лепрозоріи по земской смѣтѣ изъ суммъ губернскаго земскаго сбора, каковой отпускъ производится и въ настоящее время въ размѣрѣ 5735 руб. на содержаніе лепрозоріи и 600 руб. на фельдшера, а всего 6385 рублей въ годъ. Къ этому времени относится и прекращеніе платы за больныхъ обществами.

Въ 1906 году уполномоченному д. с. с. Неудачину было отпущено принцемъ Ольденбургскимъ 16,000 рублей въ упорядоченіе и стремительныя работы по больницѣ.

Изъ этихъ денегъ 10480 рублей пошли на постройку дома для больныхъ (7 саж.×4×5 саж.) и бани съ прачечной (6×4×5 саж.), ремонтъ старыхъ зданій, постройку ограды вокругъ больницы и кладбища.

Работы всѣ велись трудами каторжныхъ съ острова Сахалина.

Въ этомъ же году были построены домъ для служащихъ и зданіе для прислуги.

Въ 1898 году для завѣдыванія дѣлами лепрозоріи военнымъ губернаторомъ Приморской области былъ учрежденъ комитетъ подъ предсѣдательствомъ начальника Удскаго округа, окружнаго и городового врачей, полиціймейстера города Николаевска и члена городской управы.

Служба въ лепрозоріи какъ тогда, такъ и теперь была и есть вольнонаемная.

За малое вознагражденіе трудно было найти фельдшера и прислугу.

Только съ 1902 года уходъ за прокаженными приняла на себя сестра милосердія Александро-Ксеніинской общины въ городѣ Хабаровскѣ.

По ходатайству комитета было увеличено жалованье служащимъ, достигшее въ настоящее время до 75 рублей фельдшеру и сестрѣ милосердія.

Съ основанія лѣчебницы врачи то окружный, то городовой, то уѣздный получали и получаютъ лишь 20 руб. въ мѣсяцъ на разъѣзды, относя службу безвозмездно.

Въ 1903 году были построены амбаръ, ледникъ и баня на 4000 руб., отпущенныхъ обществомъ борьбы съ заразными болѣзнями.

Амбаръ—размѣромъ въ 6×3 кв. саж., крытъ желѣзомъ; ледникъ съ колодцемъ для стока въ 3×2½ кв. саж. и баня въ 3×3 кв. саж.

Бывшая баня съ прачечной на эти деньги передѣлана въ жилое помѣщеніе и куплено двѣ лошади.

Въ 1903 году начатъ разработкою проектъ штатовъ.

Въ 1904 году у лѣчебницы былъ свой скотъ: коровы и быки, были свои овощи, хотя и нехватившіе на всю зиму.

До 13 іюля 1906 года для работъ въ лѣчебницѣ находились ссыльно-каторжные.

Съ этого времени комитетъ сталъ нанимать на службу частныхъ лицъ по 30—35 руб. въ мѣсяцъ.

Въ 1906 году лепрозоріей сталъ завѣдывать уѣздный врачъ Подкатовъ, исполняющій обязанности до сего времени.

Въ 1907 года, несмотря на экономное и хозяйственное веденіе дѣла, образовался перерасходъ по лепрозоріи въ 1182 руб. 60 коп.

Въ 1908 г. перерасходъ выразился въ 1887 р. 36 к.

Въ 1909 г. израсходовано на содержаніе 9971 р. 88 к.

Тоже, въ 1910 г. 10607 р. 98 к.

„ „ 1911 „ 11640 „ 78 „

Зданія подъ мужское и женское отдѣленіе ветхи, страшно загрязнены, какъ неоштукатуренныя, и подлежатъ замѣнѣ новыми.

Кухня и прачечная, помѣщеніе для служителей за ветхостью негодны и подлежатъ сносу.

Остаются сносными: домъ, гдѣ помѣщается домовая церковь для больныхъ, помѣщеніе сестры милосердія и фельдшера и надворныя постройки.

Съ самаго начала дѣятельности лепрозоріи и до настоящаго времени поступило больныхъ:

Въ 1896 году	9
„ 1897 „	6
„ 1899 „	5
„ 1900 „	3
„ 1901 „	15

Въ 1902	„	5
„ 1903	„	7
„ 1904	„	4
„ 1905	„	3
„ 1906	„	2
„ 1907	„	16
„ 1908	„	7
„ 1909	„	9
„ 1910	„	3
„ 1911	„	4

Въ настоящее время въ лепрозоріи 30 человѣкъ.

Кромѣ того, врачами Амурскаго бассейна обнаружены 14 человѣкъ подозрительныхъ по лепрѣ, живущихъ въ селеніяхъ по Амуру, въ отведенныхъ для нихъ крестьянами изоляціонныхъ избахъ и находящихся подъ наблюденіемъ врачей.

Такимъ образомъ, всего зарегистрованныхъ въ настоящее время больныхъ проказою пока, до окончанія подробнаго изслѣдованія распространенія ея особо командированнымъ врачемъ,—считается 44 человѣка.

Всего съ 1896 года зарегистровано 112, изъ нихъ 68 умерло въ больницѣ.

Выше приведенныя цифры говорятъ за довольно значительное распространеніе проказы въ Приморской области и, какъ показываютъ скорбные листы больныхъ, въ особенности по берегамъ Амура.

Чаще упоминаются села Вознесенское, Средне-Тамбовское, а потомъ Троицкое, Малмыжъ, Маго, Маріинское и гиляцкія стойбища.

Въ настоящее время для надлежащей и правильной постановки дѣла призрѣнія прокаженныхъ постановлено перенести лепрозную больницу на мѣсто будущей колоніи для прокаженныхъ на лѣвый берегъ Амура, не доѣзжая до с. Нижне-Тамбовскаго изъ Хабаровска, въ мѣстность, извѣстную подъ именемъ Эшароновской дачи.

Проекты построекъ выработаны съ участіемъ командированнаго для изслѣдованія проказы на берегахъ Амура доктора Андреева и недавно представлены.

Ходатайство же о штатахъ лепрозоріи представлено въ 1909 году въ іюлѣ съ ежегоднымъ ассигнованіемъ 24,640 рублей и единовременнымъ въ 10,360 руб.

———— *С. Виногрдскій.*

ОЧЕРКЪ

развитія медицинскаго дѣла въ Приморскомъ переселенческомъ раіонѣ.

Приморскій переселенческій раіонъ охватываетъ, кромѣ Приморской области въ настоящихъ ея предѣлахъ, еще области Сахалинскую и восточную часть Амурской, но фактически интересъ колонизаціи сосредоточивается въ Уссурійскомъ краѣ и по теченію Амура съ его притоками: Куромъ и Бирой, состоящей въ чертѣ территоріи Амурской области, но отнесенной къ Приморскому раіону, такъ какъ эта мѣстность въ экономическомъ отношеніи тяготѣетъ къ Хабаровску.

По существу, переселеніе въ Приморскую область началось съ 1855 года, когда энергичными распоряженіями Графа Муравьева-Амурскаго было образовано нѣсколько селеній вдоль Амура Къ 1860 году въ Софійско-Хабаровской округѣ состояло четыре селенія и въ Удской—13. Лишь въ 1863 году впервые было образовано село въ Уссурійскомъ краѣ, и число деревень въ Софійскомъ округѣ умножилось до 13-ти, а всѣхъ русскихъ селеній съ Удской округой было 27. Послѣ сего быстро стали умножаться села вдоль р. Уссури около озера Ханки и глубже на югъ, такъ что къ 1870 году въ Уссурійскомъ краѣ было 25 селеній, въ Софійской округѣ 17, въ Удской 16, а всего 58. Переселеніе шло исключительно сухимъ путемъ.

Въ началѣ восьмидесятыхъ годовъ прошлаго столѣтія установились правильныя пароходныя сообщенія между Одессой и Уссурійскимъ краемъ. Къ 1883 году въ Уссурійскомъ краѣ считалось 50 селеній, въ коихъ, вмѣстѣ съ 17-ю селеніями Софійской округи и 16-ю Удской, проживало до 7000 человѣкъ русскаго населенія, составленнаго преимущественно выходцами изъ Забайкалья и поселенцами, выпускаемыми изъ сахалинской каторги, пополнявшей свои кадры при посредствѣ пароходовъ Добровольнаго флота еще

съ 1879-го года; оставались также въ краѣ въ большомъ числѣ запасные нижніе чины арміи и флота.

Въ 1883 году была начата организованная перевозка переселенцевъ моремъ и была образована спеціальная канцелярія завѣдывающаго переселеніемъ во Владивостокѣ, какъ входномъ портѣ Амурскаго края. Съ этой даты, собственно говоря, и начинается историческая эпоха колонизаціи, подлежащая болѣе детальному разсмотрѣнію. Доставка колонистовъ моремъ продолжалась до 1902 года. За это время перевезено около 55,000 человѣкъ, каковые и осѣли въ Южно-Уссурійскомъ краѣ и вдоль Уссурійской желѣзной дороги. Число новыхъ селеній быстро увеличилось, и къ 1902 году крупныхъ русскихъ селеній въ краѣ было 149.

По мѣрѣ того, какъ подвигалось строительство Великаго Сибирскаго пути, все увеличивалось число сухопутныхъ добровольцевъ-переселенцевъ, такъ какъ имъ приходилось испытывать все менѣе дорожныхъ мытарствъ: прежде изъ центральной Россіи достигали Уссурійскаго края на четвертый и даже пятый годъ, а на рубежѣ XX-го столѣтія по желѣзной дорогѣ доѣзжали до Срѣтенска и сплавлялись до Хабаровска въ теченіе трехъ-четырехъ мѣсяцевъ. Съ окончаніемъ Китайской Восточной дороги движеніе еще болѣе увеличилось, упростилось, и край сталъ получать переселенцевъ изъ Кіева съ большей скоростью, чѣмъ черезъ Одессу: морской путь поглощалъ отъ 42-хъ до 50-ти дней, а желѣзно-дорожный въ спеціальныхъ переселенческихъ поѣздахъ требовалъ около 39-ти дней.

Война съ Японіей въ 1904—5-мъ годахъ прервала приливъ переселенцевъ, начавшихъ давать до 10,000 человѣкъ въ годъ. Послѣ войны дѣло переселенія, какъ тѣсно связанное съ интересомъ созданія интенсивнаго сельскаго хозяйства въ новомъ краѣ, было передано изъ министерства внутреннихъ дѣлъ въ вѣдѣніе главнаго управленія землеустройства и земледѣлія и было поставлено на болѣе широкихъ основаніяхъ. За время съ 1906-го по 1913-й годъ въ Приморскій переселенческій раіонъ приселено до 140,000 человѣкъ, т. е. почти въ полтора раза болѣе, чѣмъ за весь предыдущій періодъ.

Такимъ образомъ на 1-е января 1913 года въ раіонѣ состояло вмѣстѣ съ естественнымъ приростомъ населенія около 250,000 русскихъ переселенцевъ. Въ этомъ числѣ старожиловъ стодесятинниковъ—110,000 человѣкъ, а изъ

прочаго числа переселенцевъ выдѣлить новоселовъ, какъ категорію лицъ, пробывшихъ въ краѣ по водвореніи не болѣе трехъ или пяти лѣтъ, въ настоящемъ очеркѣ невозможно потому, что медицинская переселенческая организація фактически работала и работаетъ на занятыхъ пунктахъ для всѣхъ категорій населенія, не сокращая своей дѣятельности, хотя-бы новоселы отодвинулись значительно вглубь края.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію постепеннаго хода развитія врачебно-продовольственной помощи переселенцамъ, необходимо коснуться, хотя бы поверхностно, дѣла организаціи врачебныхъ учрежденій области вообще. На первыхъ порахъ въ краѣ работали лишь военные медицинскіе чины, и въ военно-лѣчебныя заведенія свободно принимали всѣхъ нуждающихся. Городъ Владивостокъ получилъ городового врача гражданскаго вѣдомства лишь въ 1885 году. Когда первому завѣдывающему переселеніемъ—Ф. Ф. Буссе понадобилось принимать во Владивостокѣ прибывшую партію переселенцевъ, то для осмотра сходившихъ съ парохода пассажировъ онъ пригласилъ врача морского вѣдомства и тяжелыхъ больныхъ отправилъ для лѣченія въ морской госпиталь. Позже, съ устройствомъ бараковъ на Владивостокскомъ переселенческомъ пунктѣ, онъ устроилъ околодокъ для пользованія болѣе легкихъ больныхъ переселенцевъ при баракахъ и для наблюденія за ними пригласилъ морского врача съ вознагражденіемъ по 25 рублей въ недѣлю и морского-же фельдшера съ платою по 15-ти рублей въ недѣлю. Этотъ околодокъ снабжался небольшой аптечкой на время пребыванія переселенцевъ во Владивостокѣ, а изъ числа амбулаторныхъ больныхъ, оказавшихся болѣе тяжелыми—всегда направлялъ въ морской Госпиталь. Въ 1886-мъ году этимъ околодкомъ завѣдывалъ уже городовой гражданскій врачъ Мякотинъ, устроившій въ переселенческихъ баракахъ временную больничку на 15 кроватей; въ этой больницѣ пришлось содержать больныхъ брюшнымъ тифомъ; вѣроятно обстановка была несоотвѣтственно скудная, потому что 30-го октября погибъ отъ брюшного тифа самъ врачъ; впрочемъ, онъ могъ заразиться и на собственной квартирѣ, при которой онъ имѣлъ безплатную амбулаторію для всѣхъ горожанъ.

Прибывающіе съ пароходовъ переселенцы во Владивостокѣ проживали обыкновенно не болѣе мѣсяца, такъ какъ осѣдали по селеніямъ въ ближайшей къ городу зонѣ, по направленію

къ Никольску и озеру Ханка или къ Сучану. Обыкновенно партіи прибывали весною и осенью; о времени прихода пароходовъ было извѣстно заранѣе, и вновь прибывающихъ встрѣчали старожилы, являвшіеся проводниками и руководителями при выборѣ новыхъ мѣстъ вольнаго заселенія. Но, несмотря на близость мѣстъ осѣданія новоселовъ, сообщеніе съ первыми селеніями было чрезвычайно затруднительно, переѣздъ отъ Владивостока до Камень-Рыболова совершался при благопріятныхъ условіяхъ въ теченіе двухъ недѣль, а до поста Св. Ольги отъ Владивостока, на протяженіи 480 верстъ, требовалось 22 дня. Во время ливней, въ концѣ лѣта и въ началѣ осени, быки отъ Никольска до Черниговки, на протяженіи 80 верстъ, шли болѣе недѣли. Съ отливомъ главной массы переселенцевъ изъ Владивостока на мѣста обыкновенно околодокъ при баракахъ закрывался, и остававшихся больныхъ переводили, для продолженія лѣченія, въ морской госпиталь, такъ какъ городская больница во Владивостокѣ появилась лишь въ 1895-мъ году.

На врачебно-продовольственную помощь затрачивалось въ первые годы отъ 400 до 2,000 рублей въ годъ, хотя, кромѣ лѣченія, доставлялось и усиленное питаніе ослабѣвшимъ и выздоравливающимъ; къ тому же лѣченіемъ успѣвали пользоваться, кромѣ прибывшихъ съ парохода, и пріѣзжіе изъ деревень новоселы; послѣдніе спѣшили случаемъ воспользоваться помощью въ городѣ, въ виду отсутствія медицинскихъ учрежденій въ провинціи, кромѣ нѣсколькихъ, значительно удаленныхъ, военныхъ лазаретовъ въ постахъ Анучино, Раздольное и пр.

Въ виду усиленія волны переселенцевъ уже не казенно-коштныхъ, а добровольно-слѣдующихъ со значительнымъ личнымъ обезпеченіемъ, переселенческіе бараки во Владивостокѣ постепенно расширялись и обстраивались. Кромѣ первоначально затраченныхъ 50,000 руб., ко времени окончанія начатой постройки Уссурійской желѣзной дороги было ассигновано на строительное дѣло еще 95,000 рублей.

Ко дню закладки Уссурійской желѣзно-дорожной колеи, въ Приморской области, въ ея современныхъ границахъ, т. е. безъ сѣверныхъ округъ, состояло всего 75,000 человѣкъ, не считая 6,000 такъ сказать, ходоковъ; но въ этомъ числѣ было около 14.000 туземныхъ инородцевъ и болѣе 20,000 иностранцевъ, корейцевъ и китайцевъ, тянувшихся къ намъ какъ ради выгодныхъ операцій по продажѣ лошадей и рога-

таго скота прибывающимъ въ край новоселамъ, такъ и ради заработковъ въ городѣ и на желѣзной дорогѣ въ строительные сезоны. Для всего населенія въ это время состояло лишь 3 гражданскихъ больницы съ 67-ю койками, а военныхъ было 19 лазаретовъ съ 535-ю койками, считая въ томъ числѣ и морской госпиталь.

Къ 1895 году, кромѣ расширенныхъ помѣщеній для служащихъ Владивостокскаго переселенческаго пункта, въ новыхъ баракахъ удалось развернуть временную больницу на 40 кроватей. Въ этомъ году Владивостокъ посѣтила третья холера, унесшая изъ 141 болѣвшихъ 101 жертву, тогда какъ первая холерная эпидемія въ 1886 году погубила лишь 1% человѣкъ, а вторая въ 1890 году 259 человѣкъ изъ 374 болѣвшихъ (преимущественно корейцевъ).

Впрочемъ, холерою переселенцы не болѣли, но наличіе таковой угрозы позволяло направить больше средствъ на улучшеніе врачебной части.

Переселенцы, прибывающіе въ край, болѣли вообще преимущественно эпидемическими болѣзнями. Пароходы Добровольнаго флота въ Одессѣ не могли устраивать строгаго карантинированія своихъ будущихъ пассажировъ и, несмотря на тщательный осмотръ переселенцевъ при ихъ посадкѣ, рѣдко пароходъ благополучно прибывалъ въ конечный портъ, а обычно, уже въ Красномъ морѣ, обнаруживались заболѣванія дифтеритомъ, корью, скарлатиной или оспой, а затѣмъ скоро для изоляціи заболѣвшихъ нехватало на пароходѣ отдѣльныхъ помѣщеній и приходилось больныхъ съ матерями оставлять въ трюмахъ при семьяхъ; результатомъ этого являлась усиленная заболѣваемость и смертность почти исключительно среди дѣтей до 8 ми лѣтняго возраста. Такимъ образомъ, всего на 55,000 переселенцевъ, прибывшихъ моремъ, за 43 дня морского перехода, въ среднемъ выводѣ умерло съ 1883 по 1902-й годъ 1191 человѣкъ, а родилось за это время лишь 219 дѣтей; приведя эти цифры къ годовому періоду, получаемъ коэффиціентъ рождаемости на тысячу — 31,3 и коэффиціентъ смертности 170,1.

Вліяніе пароходной скученности и всеобщаго разноса инфекціи обычно продолжалось и на берегу и въ первые дни уносило значительныя жертвы. Такъ, за время пребыванія во владивостокскихъ баракахъ вновь прибывающихъ моремъ переселенцевъ, съ 1883-го по 1902-й годъ, умерло 587 человѣкъ, а родилось 344; относя эти цифры въ годовому пе-

ріоду, получаемъ 49,1 на 1000 родившихся и 83,9 умершихъ, при предположеніи, что въ среднемъ выводѣ прибывающіе проживали по полтора мѣсяца въ баракамъ ранѣе отправки въ деревню.

Конечно, эти цифры недостаточно обоснованы, такъ какъ несомнѣнно, что съ началомъ эксплоатаціи Уссурійской желѣзной дороги облегчилось сообщеніе Владивостока съ заселяемыми деревнями, и многіе переселенцы, спѣша захватить лучшія мѣста, не находили возможности проживаться во Владивостокѣ ради лѣченія и карантинированія заразныхъ больныхъ и часто тайкомъ увозили на вокзалъ завернутыхъ въ тряпки дѣтей, пораженныхъ инфекціонными болѣзнями, умиравшихъ иногда въ поѣздѣ въ теченіе первыхъ сутокъ по выѣздѣ изъ Владивостока. Такими обстоятельствами понижали уровень региструемой смертности, поражавшей при водвореніи переселенцевъ. Но на мѣстахъ быстро дефицитъ покрывался естественнымъ приростомъ. Эпидемическія заболѣванія въ селеніяхъ скоро прекращались благодаря невольной «изоляціи» какъ вслѣдствіе большихъ разстояній между селами, такъ и вслѣдствіе широкой планировки улицъ и усадебъ въ самихъ деревняхъ, раскиданности строеній примѣнительно къ топографіи заболоченной мѣстности или по этнографическимъ причинамъ —желанію выходцевъ изъ разнохарактерныхъ губерній садиться отдѣльными группами.

При этомъ высокая рождаемость обусловливалась ненормальностью состава населенія: въ общемъ числѣ по области женщинъ оказывалось значительно менѣе, нежели мужчинъ; во Владивостокѣ долго считалась женщинъ одна шестая часть всего населенія. Переселенцы, при полученіи даже стодесятиннаго надѣла на семью, болѣе интересовались передвигать съ родины рабочую силу — мужчинъ, а позже—при нарѣзкѣ земли по мужскимъ душамъ - тѣмъ болѣе. Поэтому, при общемъ недостаткѣ женщинъ, въ краѣ наблюдались крайне ранніе браки, вдовы быстро вступали во второе замужество; женщины вообще были освобождены отъ тяжелыхъ работъ, къ которымъ привыкли на родинѣ, и могли отдаться исключительно воспитанію дѣтей.

Въ первый годъ по прибытіи въ край, послѣ почти поголовной потери грудныхъ дѣтей, отмѣчается наивысшая рождаемость, какая бывала въ прежніе годы послѣ эпидемій оспы или скарлатины, дифтерита въ отдѣльныхъ волостяхъ и даже уѣздахъ Европейской Россіи до введенія земской меди-

цины. Ф. Ф. Буссе пытался вести возможно точную регистрацію движенія населенія въ Южно-Уссурійскомъ округѣ. По его записямъ, основаннымъ частью на метрическихъ приходскихъ данныхъ, частью посемейныхъ спискахъ, прошедшихъ чрезъ полицейскія инстанціи, получились такіе выводы: въ первое время новоселы давали рождаемость до 59 на 1000; за 1887 годъ на 8,000 населенія насчитано родившихся 446 и умершихъ 284, т. е. около 53 и 35 на тысячу; за время съ 1 апрѣля 1888 г. по 1 апрѣля 1889 г. на 10,733 чел. населенія приходилось 533 родившихся и 120 умершихъ, т. е. на тысячу 53 родившихся и менѣе 12 умершихъ. Въ 1892 году считалось въ Южно-Уссурійскомъ краѣ новоселовъ 18,933 человѣка, изъ нихъ 10,008 мужчинъ и 8925 женщинъ; съ 1 апрѣля 1892 года по 1 апрѣля 1893 года родилось 960 и умерло 268, т е. на 15,953 ч. списочнаго населенія приходовъ приходится коэффиціентъ на тысячу около 60 родившихся и 17 умершихъ. Въ то время была возможность вести учетъ населенія на мѣстахъ, такъ какъ населеніе было мало подвижно, не отлучалось на отхожіе заработки Впрочемъ, уже тогда намѣтилась черезполосица селеній чисто крестьянскихъ и казачьихъ, а между ними оказались вкрапленными еще корейскія селенія и китайскія фанзы, а на Сучанѣ—поселья „таховскія", т е. окитаившихся мѣстныхъ туземныхъ инородцевъ (аборигеновъ орочей). Конечно, въ церковно-приходскихъ отчетахъ въ смѣшанныхъ приходахъ не выдѣляли строго крестьянъ. Во всякомъ случаѣ приростъ естественный оказывался въ предѣлахъ отъ 25 до 44 на тысячу. Такъ вычислены слѣдующія данныя:

ГОДЫ:	Родилось.			Умерло.		
	мужч.	женщ.	Всего.	мужч.	женщ.	Всего.
1894 . . .	1091	1008	2103	716	582	1298
1895 . . .	820	1019	2009	371	348	719
1896 . . .	1182	1085	2267	413	347	760
1897 . . .	1189	987	2176	464	387	851
Итого.	—	—	8555	—	—	3628

Эти итоги надо отнести приблизительно къ 160 тысячамъ населенія. Такимъ образомъ, вычисляется коэффиціентъ рождаемости около 52 (такъ какъ надо вычесть изъ общей суммы показанныхъ родившихся—крестившихся взрослыхъ корейцевъ), а коэффиціентъ смертности—ниже 24, показатель же прироста—выше 26.

Остановиться на этихъ цифрахъ приходится потому, что за позднѣйшее время такихъ крупныхъ повѣрокъ роста населенія не встрѣчается

Съ окончаніемъ постройки Уссурійской желѣзной дороги населеніе становится чрезвычайно подвижнымъ; отмѣчается. періодическіе отливы на зиму и приливъ весною корейцевъ, китайцевъ; смѣшеніе жительства въ городахъ и селахъ многихъ крестьянъ; фактическое пребываніе многихъ неприписныхъ, добровольно пріѣхавшихъ въ край, каковы семьи солдатъ и матросовъ, служащіе желѣзной дороги или торговыхъ фирмъ.

Статистическій Комитетъ области пытается подводить итоги населенію; но экспедиціонный методъ частичнаго описанія селеній для повѣрки полицейскихъ свѣдѣній не устанавливается, и потому приходится весьма осторожно брать публикуемыя въ годовыхъ обзорахъ данныя, тѣмъ болѣе, что они пріурочиваются къ 1-му января, а не къ средней цифрѣ населенія за годъ. Чтобы дальнѣйшія соображенія пріобрѣли значеніе сравнительно съ данными иныхъ раіоновъ, необходимо обратить вниманіе на все населеніе Приморской области въ настоящихъ размѣрахъ территоріи какъ въ его настоящей статикѣ, такъ и въ динамикѣ за предыдущія 20 лѣтъ. По внесеніи необходимыхъ поправокъ въ оффиціальныя цифры, получаемъ слѣдующую таблицу:

Годы.	Города.	Села.	ВСЕГО.	Мѣстныхъ русскихъ крестьянъ.	Прочихъ русскихъ (мѣщанъ, ссыльно-пос., купц., чиновн. кромѣ военныхъ).	Иностранцевъ.	Туземцевъ и корейцевъ—крестьянъ.	Казаковъ.
Абсолютныя цифры средняго годового состава въ тысячахъ.								
1891 . . .	30	70	100	21	4	45	20	10
1896 . . .	45	105	150	35	10	60	30	15
1901 . . .	80	170	250	75	25	98	30	22
1906 . . .	140	210	350	102	80	108	30	30
1911 . . .	260	350	550	235	138	110	32	35

Тоже самое въ процентахъ.

1891 . . .	30	70	100	21	4	45	20	10
1896 . . .	30	70	100	23	7	40	20	10
1901 . . .	32	68	100	30	10	39	12	9
1906 . . .	33	67	100	29	23	30	9	9
1911 . . .	36	64	100	43	25	20	6	6

Конечно, городское населеніе въ приведенныхъ графахъ фактически включаетъ и часть временно прибывающихъ на заработки крестьянъ, а равно часть иностранцевъ-рабочихъ, лишь проходящихъ черезъ города и разсѣивающихся по селеніямъ области; но для нашей цѣли эта поправка не имѣетъ существеннаго значенія, такъ какъ во время пребыванія въ городахъ именно временные рабочіе и могутъ разсчитывать на медицинскую помощь. По существу въ краѣ растетъ число городскихъ поселковъ, какъ Спасское, Шкотово, Иманъ и др., и въ нихъ накопляются жители мастеровые, не пользующіеся землею; съ другой стороны въ гор. Никольскѣ до сихъ поръ значительная часть жителей *занимается полеводствомъ*. Строго разграничить городскихъ жителей области отъ сельскихъ трудно. Но такое дѣленіе хотя бы приблизительно показано ради удобства обозрѣнія развитія врачебнаго дѣла въ краѣ.

Спеціально сельская медицина появилась очень поздно. Первые два сельскихъ врача—въ Никольскѣ и Камень-Рыболовѣ фактически явились на мѣстахъ въ 1893 году, а въ слѣдующемъ году прибавился еще одинъ—на Сучанѣ. Холера 1895 года позволила возбудить ходатайство объ усиленіи сельской врачебной части; врачей назначили съ 1897 г. еще 4, не считая 3 командировочныхъ, и стали устраивать сначала въ наемныхъ, а позже и въ спеціальныхъ зданіяхъ сельскія лѣчебницы на 6 кроватей каждая, съ ассигновкой до 1200 руб. на врачебный участокъ. Вспомогательный фельдшерскій и акушерскій персоналъ всегда превышалъ число врачей въ три раза, и обыкновенно былъ на мѣстахъ, а врачебныя вакансіи на половину пустовали. Ко времени проведенія Маньчжурской желѣзной дороги еще усилили штатъ сельскихъ врачей—до 10, но не всѣхъ снабдили лѣчебницами, такъ какъ ранѣе построенныя больнички поглощали средства

болѣе принятой «нормы» участка. Въ 1910 году прибавленъ еще одинъ сельско-врачебный участокъ, а въ 1911 г. число ихъ доведено до 16. Но часть сельскихъ врачей живетъ въ городахъ: въ Никольскѣ—два, въ Хабаровскѣ— одинъ, а часть остается безъ больницъ. Въ настоящее время считается 14 сельскихъ лѣчебницъ съ 84 кроватями, 18 сельскихъ врачебныхъ участковъ, 23 самостоятельныхъ фельдшерскихъ пункта. Эта областная врачебная сѣть считаетъ въ своемъ вѣдѣніи 265 слишкомъ тысячъ сельскаго населенія, расходуетъ до 90 тысячъ рублей въ годъ, принимаетъ до 80 тысячъ амбулаторныхъ больныхъ и до 800 стаціонарныхъ больныхъ съ 17,000 коечными днями.

Переселенческая медицина имѣетъ болѣе длинную и плодотворную исторію. Правда, вначалѣ переселенческая организація устанавливала лишь пропускныя врачебныя заставы, такъ сказать, только «по движенію», на сезонъ проѣзда черезъ узловые пункты переселенцевъ. Но рядомъ съ чисто лѣчебною помощью были установлены и питательные пункты въ предупрежденіе развитія дезинтеріи, тифовъ, эпидемическаго дѣтскаго поноса; развертывался пріемный лагерь сравнительно на широкую ногу, въ размѣрѣ дѣйствительной потребности, а не по напередъ указанной «нормѣ», такъ какъ правильно предвидѣть, какія понадобятся средства на противуэпидемическія мѣропріятія было невозможно, но, по отъѣздѣ вглубь края, переселенцы были предоставляемы собственной заботѣ въ дѣлѣ лѣченія, а предупредительной медицины еще не было вовсе. На первыхъ порахъ населеніе стало обращаться за лѣкарствами къ корейскимъ и китайскимъ врачевателямъ. Такой порядокъ удержался во многихъ мѣстахъ и по введеніи института сельской медицины, такъ какъ аптеки сельско-врачебныхъ пунктовъ были скудны.

Собственно первый постоянный переселенческій врачъ былъ назначенъ въ 1900 году, во время боксерскаго возстанія. Въ этотъ періодъ владивостокскіе бараки получили удовлетворительную операціонную, устроенную на средства Краснаго Креста. Въ этомъ же году были отстроены спеціальныя больничныя зданія въ Хабаровскѣ, и былъ расширенъ тамъ пріемный для переселенцевъ пунктъ, начавшій свои дѣйствія еще въ 1899 году для двигавшихся Амуромъ новоселовъ. Равнымъ образомъ, улучшены постройки и на Никольскомъ пунктѣ, начатыя еще съ 1895 года Съ 1901 г. владивостокская и хабаровская больницы стали функціони-

ровать круглый годъ, подавая помощь для пріѣзжихъ изъ деревень въ города новоселовъ. Сверхъ того, были усилены періодическіе объѣзды новосельческихъ селеній, такъ какъ сельскіе врачи не успѣвали знакомиться на мѣстахъ со вновь возникающими селеніями. Появленіе холеры въ 1902 году заставило экстренно пріобрѣсти одно изъ лучшихъ бывшихъ на Иманѣ зданій и обратить его въ больницу для переселенцевъ, оставленную и на зиму.

Такимъ образомъ, къ 1903 году переселенческихъ больницъ уже было 4: во Владивостокѣ на 15 коекъ, на Иманѣ на 10 и въ Никольскѣ на 6, всего на 47 постоянныхъ кроватей; лѣтомъ эти больницы быстро расширялись походнымъ порядкомъ, обращая въ больничныя отдѣленія или нѣкоторые остановочные бараки, или выставляя палатки; такое расширеніе давало въ Хабаровскѣ и Владивостокѣ еще до 40 коекъ.

Въ 1903 году былъ открытъ сверхъ больничныхъ пунктовъ еще фельдшерскій пунктъ въ с. Многоудобномъ близъ Шкотова, а позднѣе также и въ с. Зеньковкѣ. При фельдшерскихъ пунктахъ были палаты на двѣ кровати.

На время войны сократилась дѣятельность переселенческихъ лѣчебныхъ учрежденій, такъ какъ часть медицинскаго персонала перешла въ Красный Крестъ, который занялъ частью зданія переселенческихъ пунктовъ, достроилъ новые пункты и службы, учучшилъ оборудованіе, а съ ликвидаціей дѣла передалъ всѣ свои постройки—преимущественно на Никольскомъ пунктѣ—и нѣкоторые остатки своихъ запасовъ лѣкарствъ и питательныхъ средствъ—консервовъ—въ переселенческую организацію.

1906 годъ прошелъ въ затишьѣ по сравненію съ послѣдующими годами, но обнаружилъ тенденцію къ рѣзкому повороту въ дѣлѣ оказанія врачебно-продовольственной помощи: необходимость реформированія дѣла на новыхъ началахъ. До сихъ поръ расходовалось на врачебно-продовольственную помощь до 18,500 рублей въ годъ: такой максимумъ пришелся на 1902 годъ; всего же на этотъ предметъ съ 1883 года по 1906-й истрачено около 150,000 рублей, т. е. въ среднемъ по 6,200 руб. въ годъ. Впрочемъ, въ эту цифру не входитъ расходъ на постройки на пунктахъ, составляющій за тѣ же 23 года сумму до 200,000 рублей. Но, если сложить обѣ эти цифры, то средній годовой расходъ будетъ только около 15,000 рублей.

Въ 1906 году потребовалось уже 62,000 руб. на вра-

чебно-продовольственное дѣло, считая около 13,000 руб. и на строительную часть.

Такая повышенная цифра явилась слѣдствіемъ того, что число амбулаторныхъ за годъ дошло до 20,000 пріемовъ, тогда какъ ранѣе держалось всегда ниже 2,000 въ среднемъ за 23 года, давъ максимумъ въ 1903 году менѣе 7,000 визитацій.

Равнымъ образомъ увеличился расходъ и на содержаніе стаціонарныхъ больныхъ, такъ какъ они дали болѣе 18,000 коечныхъ дней за годъ, хотя число ихъ было ниже, чѣмъ въ 1902 году: 457 челов. противъ 675, но случаи были тяжелѣе, напримѣръ—сыпной тифъ, и требовали болѣе продолжительнаго пребыванія на кровати.

Весною 1907 года выпала на долю переселенческой организаціи раіона исключительная работа. Лучше всего объ этомъ можетъ свидѣтельствовать цифра расхода, достигшая за годъ 222,000 рублей, считая около 38,000 рублей на постройки. Прежде всего напряженная работа потребовалась на амбулаторный пріемъ, такъ какъ число визитацій было почти въ 62,000. Спеціальный персоналъ пришлось быстро увеличивать. Отъ предыдущаго года оставалось 10 фельдшеровъ и 10 фельдшерицъ при 4 врачахъ, а къ концу года было 6 врачей съ 26 фельдшерами; число стаціонарныхъ больныхъ было за годъ 4,525; ими проведено *75,000 коечныхъ дней;* особенно много прибывало тифозныхъ больныхъ въ концѣ года – въ ноябрѣ и въ декабрѣ. Подъ больницы пришлось обращать многіе спѣшно приспособленные бараки, такъ какъ больныхъ накопилось къ концу года до 500 человѣкъ, на 105 штатныхъ мѣстъ. Лѣтомъ избытокъ больныхъ можно было держать въ арендованныхъ вагонахъ-теплушкахъ, въ отдѣльныхъ палаткахъ, а на зиму требовались правильно отапливаемыя помѣщенія. Для размѣщенія паціентовъ въ баракахъ пришлось прибѣгнуть къ «трюмному» распредѣленію содержавшихся больныхъ; для сего строились двухъэтажныя разборныя деревянныя кровати, подобно корабельнымъ—«трюмнымъ», и на нихъ укладывались тѣ семьи, въ которыхъ были случаи скарлатины, кори, дифтерита, для карантина и наблюденія, а позднѣе на нихъ же оставляли и больныхъ въ семейной обстановкѣ; еще позже такія же койки, широкія и узкія, пришлось ставить и въ чисто больничныхъ отдѣленіяхъ—сперва для выздоравливающихъ, затѣмъ для однородныхъ больныхъ возвратнымъ тифомъ во время отсутствія приступа, а наконецъ и для тяжелыхъ

больныхъ, привозимыхъ ночами съ поѣзда. Такія накопленія больныхъ были во Владивостокѣ, на Иманѣ, куда направлялась главная масса переселенцевъ,—и въ Никольскѣ, какъ узловомъ пунктѣ, куда отсылали по желѣзной дорогѣ заболѣвшихъ и изъ деревень, напримѣръ, Зеньковки, лѣсопилки Суворова и др., такъ какъ преобладала еще организація исключительной помощи по „движенію", а не на мѣстахъ фактическаго водворенія. Впрочемъ, въ концѣ года былъ выработанъ соединенными совѣщаніями областной, переселенческой и военной администраціи широкій планъ открытія новыхъ медицинскихъ пунктовъ какъ для казаковъ, такъ и для прочихъ поселянъ на исчисленную проектомъ сумму въ 76,000 рублей, а въ началѣ 1908 года съ продолженіемъ эпидеміи было ассигновано отъ Главнаго Переселенческаго Управленія 100,000 рублей на быстрое осуществленіе намѣченнаго. Сверхъ того, спѣшно переселенческія больницы получили возможность построить новыя приспособленныя помѣщенія: на постройки на 1908 годъ было дано свыше 103,000 рублей. Вся сумма расходовъ 1908 года на врачебно-продовольственную помощь выразилась почти въ 380,000 рублей отъ переселенческаго вѣдомства, не считая еще 150,000 рублей, потраченныхъ представителями общеземской организаціи для той же цѣли въ краѣ.

Въ 1908 году оборудованныхъ больницъ переселенческой организаціи въ раіонѣ было уже 6 съ 352 койками, съ 9-ю врачами и 35-ю фельдшерами, а самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ—15. Станціонарныхъ больныхъ за годъ принято 4874, и ими проведено на койкѣ свыше 119000 дней; для ухода за больными и обслуживанія больницъ состояло 50 служителей, не считая временно нанимаемыхъ и оплаченныхъ, такъ сказать „сдѣльно", санитаровъ изъ среды больныхъ-выздоравливающихъ, дежурившихъ или помогавшихъ своимъ сосѣдямъ; такая система „взаимнаго ухода" преимущественно практиковалась въ заразныхъ отдѣленіяхъ. Первая половина 1890 года была самымъ критическимъ временемъ напряженной работы медицинскаго персонала, потому что помѣщенія приходилось для больницъ занимать случайныя—отъ города, отъ военнаго вѣдомства, въ частныхъ наемныхъ зданіяхъ, весьма разбросанныя, а въ то же время тому же персоналу требовалось неослабно наблюдать за проходящими поѣздами, чтобы извлекать тифозныхъ и передавать желѣзнодорожному вѣдомству №№ вагоновъ, подлежащихъ дезинфекціи. Главное вни-

маніе было направлено на то, чтобы «никому въ пріемѣ не отказать»; ради сего амбулаторія работала почти безъ перерыва отъ восхода солнца до полуночи, времени пробѣга пассажирскихъ поѣздовъ; ради сего принимали всѣхъ въ амбулаторіи безплатно съ выдачей лѣкарствъ и на койку клали всѣхъ подозрительныхъ на тифъ, хотя бы они не имѣли при себѣ документовъ, или оказывались бы неимѣющими прямого отношенія къ переселенію, напримѣръ, старожиловъ, мѣщанъ, ссыльно-поселенцевъ—сахалинцевъ, массы бродившихъ безъ работы «харбинцевъ». Приходилось переселенческой организаціи взять на себя задачу неограниченнаго «нормой» вылавливанія заразныхъ по тѣмъ соображеніямъ, что вѣдомству на себя необходимо было перенести отвѣтственность за послѣдствія необычнаго передвиженія массъ, ищущихъ упроченія на новыхъ надѣлахъ, и требовалось оградить посаженныхъ на мѣста отъ запоса къ нимъ все новыхъ инфекцій вдобавокъ къ тѣмъ, которыя успѣли проскользнуть при первомъ водвореніи, благодаря нетерпѣливому стремленію новоселовъ захватывать въ образуемыхъ селахъ усадьбы возможно ранѣе, безъ задержки въ больницахъ недомогающихъ членовъ семьи; къ тому же требовалось оздоровить города, такъ какъ они вовсе не имѣли заразныхъ отдѣленій больницъ, и изъ своихъ амбулаторій отсылали тифозныхъ больныхъ, прибывающихъ изъ ночлежекъ, искать себѣ больницъ «сельскихъ».

До постройки собственныхъ больничныхъ павильоновъ, переселенческая организація испытывала наибольшія затрудненія на Иманѣ по недостатку какихъ бы то ни было помѣщеній: пришлось организовать эвакуацію части больныхъ въ переселенческія же больницы въ Хабаровскѣ и Никольскѣ. Но все же въ глухихъ селеніяхъ по Иману и Ваку сплошное новосельческое населеніе въ сырыхъ жилищахъ дало рѣзкую заболѣваемость и смертность, сначала отъ тифовъ—сыпного, возвратнаго, брюшного, а позже отъ цынги. Только та эластичность расходовъ на врачебно-продовольственную помощь, которую практиковало переселенческое вѣдомство, позволила подать возможно скорѣе пособіе, хотя мѣстные рынки не могли доставить для быстро увеличившагося новосельческаго населенія даже предметовъ первой необходимости, какъ муки, капусты, и эти запасы пришлось транспортировать изъ Харбина въ значительномъ количествѣ.

Управленіе раіона въ описываемое критическое время было уполномочено производить необходимые расходы въ мѣрѣ

фактической надобности даже изъ суммъ иного назначенія, такъ что траты этой эпохи покрывались дополнительными ассигнованіями въ теченіе послѣдующаго года.

Уже въ теченіе 1907 года чрезъ переселенческіе медицинскіе пункты прошло 1025 случаевъ тифозныхъ заболѣваній, а въ 1908 году число ихъ по регистраціи на переселенческихъ пунктахъ оказалось немного ниже 900. Конечно, это не характеризуетъ сей заболѣваемости переселенческаго элемента населенія раіона, такъ какъ нѣкоторыя лица продѣлали тифъ у себя въ селеніи, причемъ болѣли цѣлыми семьями, а кромѣ того болѣе четвертой части пользованыхъ въ переселенческихъ больницахъ слѣдуетъ отнести на долю прочихъ разрядовъ населенія, хотя слѣдуетъ подчеркнуть, что старожилы сравнительно рѣдко заболѣвали, и при томъ исключительно тѣ изъ нихъ, что посѣщали города и ночевали въ притонахъ, полныхъ клоповъ и другихъ паразитовъ, напримѣръ, платяныхъ вшей. Болѣвшихъ цынгой зарегистровано переселенческими агентами 579. Но мелкихъ пунктовъ было въ началѣ года мало, и въ регистрацію попали далеко не всѣ болѣвшіе. Врачи и фельдшерицы общеземской организаціи, работавшіе по Иману и Вяку, на мѣстахъ нашли съ мая по августъ еще около 130 тифозныхъ, преимущественно болѣвшихъ брюшнымъ тифомъ, и около 500 цынготныхъ.

Вѣроятно, фактически цифру болѣвшихъ надо значительно увеличить, судя по позднѣе собраннымъ даннымъ. Движеніе переселенцевъ 1907—1908 годовъ было столь громадно, новоселы спѣшили на мѣста столь стремительно, что регистрація не могла быть правильно поставлена. Лишь съ 1909 года стали централизоваться болѣе системныя свѣдѣнія въ Управленіи раіона. Но за годы 1906—1908 вѣдомство постановило собрать возможно полныя данныя путемъ статистическаго опроса на мѣстахъ. По карточкѣ, выработанной статистикомъ А. А. Меньщиковымъ, разработаны были полученные отвѣты, и по нимъ удалось установить слѣдующія цифры. За три года опрошено новоселовъ водворенія 1906 года свыше 6.500 человѣкъ, за 1907 —свыше 39.000, за 1908—12.000; у нихъ умершихъ оказалось, по памяти, ко времени опроса, въ пути въ желѣзнодорожныхъ вагонахъ—650 человѣкъ, на участкѣ—3685, а всего 4308 человѣкъ. Такимъ образомъ, для указаннаго населенія статистикомъ исчисленъ указатель смертности на 1000 чел. населенія въ годъ для группы 1906г.—33,8, для группы 1907—45 и для группы 1908 г.—48. Глав-

нымъ образомъ неблагополучными оказались селенія по Иману и Ваку, образованныя крестьянами не на преднамѣченныхъ предварительными изысканіями увалахъ, а въ низовьяхъ близъ береговъ рѣки, часто затопляемыхъ.

Несмотря на сравнительно низкую цифру смертности въ пути по приведеннымъ показаніямъ, слѣдуетъ отмѣтить, что дальневосточнымъ переселенцамъ выпало на долю по всему долгому велико-сибирскому и маньчжурскому пути собирать всѣ встрѣчныя инфекціи и культивировать ихъ въ теплушкахъ, неприспособленныхъ для передвиженія семейныхъ пассажировъ съ больными членами въ семьѣ. Слабая смертность въ пути по сравненію съ бывшимъ пароходнымъ кругосвѣтнымъ движеніемъ объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что больныхъ переселенцевъ изъ вагоновъ на узловыхъ станціяхъ по возможности извлекаютъ и помѣщаютъ въ больницы, устроенныя «по линіи движенія». Но этотъ методъ санитарнаго наблюденія за переселенцами не спасаетъ ихъ отъ переноса инфекцій на дальнія разстоянія, такъ какъ въ вагонахъ остаются въ инкубаціонномъ періодѣ больные, не проявляющіе видимыхъ признаковъ заболѣванія еще въ теченіе недѣль и прибывающіе на мѣста и даже въ села въ развитой формѣ заразной болѣзни, сами не подозрѣвая о томъ.

Конечно, только некультурность самого населенія заставляла пугаться переселенческихъ больницъ какъ въ пути, такъ и въ конечныхъ пунктахъ; многія семьи были сильно встревожены необходимостью раздѣляться на мелкія части и безпокоились о судьбѣ отсталыхъ, взятыхъ въ болѣзненномъ состояніи изъ вагона во встрѣчныя больницы; приходилось для нихъ наводить справки и иногда передавать печальныя извѣстія, что больной погибъ отъ тифа; по сему поводу необходимо было подробно объяснять. что не надо было задерживать больного въ душномъ вагонѣ лишнихъ два—три дня въ состояніи перемоганія, на сухояденіи, а отпустить ранѣе въ больницу; но съ потерей умершихъ обычно крестьяне, какъ истые фаталисты, быстро мирились, сѣтуя прежде всего на то, что погибъ хранитель багажа въ баракѣ, если то былъ подростокъ или старикъ; о гибели малыхъ дѣтей почти не выражали сожалѣнія, но о смерти главы семьи или мальчиковъ до приписки горевали шумно, глубоко. Возвращеніе отсталыхъ по выздоровленіи всегда привѣтствовалось съ особеннымъ интересомъ и такихъ пассажировъ осаждали вопросами объ оставшихся въ Красноярскѣ, Омскѣ, Челябинскѣ

или Маньчжуріи. Всѣ отзывались съ полнымъ довѣріемъ и благодарностью за ласковое и внимательное отношеніе фельдшерицъ въ больницахъ по „движенію“.

Итакъ, движеніе по желѣзной дорогѣ сопряжено фактически съ меньшимъ рискомъ для переселенцевъ, нежели то было при морскомъ пути. Годы 1907 и 1908 были исключительными по чрезмѣрному движенію ищущихъ новыхъ мѣстъ, по неподготовленности больницъ, перевозочныхъ средствъ— приспособленныхъ теплушекъ, и по обилію заразныхъ болѣзней въ Сибири (по пути слѣдованія переселенцевъ) послѣ недавней войны, разстроившей нормальное теченіе многихъ сторонъ жизни.

Съ 1909 года не имѣется точныхъ цифровыхъ данныхъ о смертности переселяющихся въ пути, но ежегодно прибываютъ больные корью, скарлатиной, дифтеритомъ, даже оспою, заносятся эти болѣзни частью и въ селенія, проскальзывая отъ дозора врачебнаго, но процентъ смертности держится на низкой цифрѣ, эпидеміи не требуютъ той массы жертвъ, какая принесена въ 1907—1908 годахъ. Лучше всего объ этомъ можно судить не по личнымъ впечатлѣніямъ работающаго персонала, хотя и таковыя достаточно убѣдительны, а по записямъ приходскихъ метрикъ самаго слабаго въ санитарномъ отношеніи участка—Иманскаго. Этотъ подраіонъ въ рядѣ лѣтъ подвергался періодическимъ наводненіямъ, лишавшимъ населеніе и огородовъ и полей, оставлявшимъ въ ихъ жилищахъ на всю зиму и весну сырость; результатомъ такихъ стихійныхъ испытаній являлись повторныя цынготныя эпидеміи: въ 1909 году и въ слѣдующемъ были сотни заболѣваній, а въ 1911 году число ихъ превысило даже 1,000. Спеціально командированный эпидемическій отрядъ, ведшій борьбу системно устроенными питательными пунктами, имѣлъ возможность собрать на мѣстахъ свѣдѣнія о смертности подраіона, какъ косвенномъ показателѣ благополучія и прочности заселья. Изъ собранныхъ данныхъ интересна слѣдующая сводка:

Годы.	По записямъ церковныхъ метрикъ:						Приростъ.
	Родившихся.			Умершихъ.			
	Мальч.	Дѣвоч.	Всего.	Мужч.	Женщ.	Всего.	
1905	102	87	189	40	24	64	125
1906	132	133	265	51	44	95	170
1907	275	267	542	324	259	583	—
1908	490	488	976	332	258	590	388
1909	641	633	1274	229	170	399	875
1910	796	750	1546	370	225	595	951
1911 (по май) . .	286	271	557	99	55	154	403
Итого . . .	2722	2629	5351	1445	1035	2480	2871

При детальномъ ознакомленіи съ приведенными цифрами видно, что не только многіе родившіеся въ 1907—1908 годахъ зарегистрованы лишь чрезъ два года и позднѣе послѣ рожденія, такъ какъ у прихожанъ не было возможности привезти ребенка на Иманъ къ церкви и не находилось средствъ оплатить требу крещенія. Еще болѣе несоотвѣтствія замѣчается въ записяхъ умершихъ, потому что часть семей выѣхала совершенно изъ селеній послѣ смерти работниковъ, а часть объясняетъ матеріальными же мотивами запозданіе въ исполненіи обязанности «запечатыванія гроба» своихъ родственниковъ и спѣшила это выполнить лишь по отношенію къ старшимъ по возрасту покойникамъ ради «покоя» ихъ. Рядомъ съ этимъ отмѣчается значительное число погребенныхъ младенцевъ, крещеныхъ повитухою и, по мнѣнію крестьянъ, вовсе неподлежащихъ церковной регистраціи.

Но если и принять во вниманіе эти дефекты записей метрическихъ, то всетаки мы получаемъ утѣшительные итоги естественнаго роста населенія въ новомъ краѣ, и лишь одинъ сезонъ 1907—1908 г. выдѣляется особо тяжелыми потерями неприспособившагося къ новымъ условіямъ элемента, погибавшаго преимущественно отъ инфекціонныхъ заболѣваній, эпидемически прошедшихъ полосой по всему Сибирскому пути.

Въ результатѣ, за періодъ почти въ семь лѣтъ, на общую сумму населенія въ описываемомъ подраіонѣ въ 107.000 человѣкъ приходится рожденій 5351 и смертей 2480. Если даже повысить указатели до 54 на тысячу въ рождаемости и до 25 на тысячу въ смертности, все же приростъ выразится въ 29 на тысячу.

Число заразныхъ болѣзней по всей области за 1905 годъ составляло среди амбулаторно принятыхъ врачами около 15.000 человѣкъ, за 1906 годъ уже болѣе 23.000 человѣкъ; изъ нихъ 3300 было принято въ больницахъ области съ 256 смертными исходами. За 1907 годъ въ амбулаторіяхъ отмѣчено свыше 40.000 заразныхъ и пользовано въ больницахъ до 8.000 (изъ нихъ 588 чел. со смертными исходами). За 1908 годъ среди амбулаторныхъ отмѣчено заразныхъ болѣе 48.000, и изъ нихъ принято въ больницы болѣе 7700 (съ 554 умершими. Позже улучшились методы регистраціи, воспиталось въ населеніи довѣріе къ больничному содержанію тяжелыхъ больныхъ, и хотя цифра заразныхъ изъ года въ годъ почти сохраняется на одной высотѣ, но фактически все менѣе населеніе вынуждено держать заразныхъ у себя по домамъ,

больницы доступнѣе, стали ближе къ населенію, расширили заразныя отдѣленія, и регистрація въ глухихъ мѣстностяхъ все болѣе улучшается, благодарная большему числу поселковыхъ пріемныхъ покоевъ. Въ 1905 и 1906 годахъ въ больницахъ заразные больные составляли всего 28—35% всего числа стаціонарныхъ; ихъ пріучили къ больничному содержанію госпитали Краснаго Креста, функціонировавшіе для всего населенія области. За 1907 годъ число заразныхъ въ больницахъ составило 48% отъ всѣхъ стаціонарныхъ, хотя значительная часть больныхъ перенесла тифы въ своихъ квартирахъ за отсутствіемъ мѣстъ въ больницахъ. Въ 1908 году процентъ заразныхъ въ больницахъ упалъ до 44, а позже установился ниже 30. Конечно, дѣти старожиловъ или новоселовъ, успѣвающихъ промелькнуть мимо санитарныхъ загражденій, продѣлываютъ коклюши, крупозныя пневмоніи, корь, даже дифтеритъ въ своихъ жилищахъ; только болѣе близкія къ больницамъ деревни несутъ въ затяжныхъ формахъ болѣзни ребятъ въ амбулаторію. Равнымъ образомъ массы эпидемическихъ лѣтнихъ поносовъ въ континентальныхъ селахъ, какъ и дезинтеріи, проходятъ въ домахъ, такъ какъ стѣсняются крестьяне, особенно въ лѣтнее время, отлучаться отъ своихъ огородовъ, покосовъ, хозяйства—ухода за скотомъ или птицей, и дорожатъ каждымъ лишнимъ подросткомъ въ домѣ, боясь, чтобы въ переселенческой больницѣ не задерживали по спадѣ «жара» ради карантинныхъ цѣлей. Также точно туберкулезные сидятъ въ избахъ, какъ и трахоматозные, находя всегда для себя неотложныя хозяйственныя работы. Поэтому дѣйствительной заболѣваемости населенія мы не можемъ опредѣлить. Хотя при первой переселенческой переписи 1908 года и былъ поставленъ вопросъ о числѣ болѣвшихъ-лежачихъ, терявшихъ временно работоспособность или требовавшихъ за собою спеціальнаго ухода, но перепись не дала положительныхъ выводовъ, кромѣ условно интересныхъ данныхъ относительно новоселовъ по ихъ личнымъ воспоминаніямъ, напримѣръ, что переселенцевъ 1906 года болѣло 30, 1907 года—72, новоселовъ 1908 года—100 человѣкъ на 1000. Заболѣваемость далеко не улавливается для всего населенія уже потому, что инородцы, особенно корейцы и китайцы, широко пользуются своею національною помощью и даже при эпидемическихъ заболѣваніяхъ даютъ большую смертность, отмѣчаемую случайно по поднятымъ (выброшеннымъ ими) трупамъ, но не идутъ въ больницы. Такія явленія свидѣтельствуютъ о

разносѣ инфекцій по краю инородцами, для которыхъ еще не найдено санитарныхъ нормъ; въ особенности рѣзко это отмѣчается во время холерныхъ вспышекъ, и грозило краю во время харбинской чумы 1911 года.

Благодаря этому обстоятельству, рѣшено было переселенческой организаціи удержать за собою опеку надъ новоселами не только въ теченіе пяти лѣтъ по водвореніи, а и впредь на неопредѣленное время, и распространить свою заботливость на прочіе элементы населенія, чтобы оздоровленіемъ ихъ повышать средній уровень санитарнаго строя въ краѣ, какъ обезпеченія здоровья и для новоселовъ, вновь еще прибывающихъ. Исходя изъ указанныхъ соображеній, переселенческое вѣдомство начало устраивать врачебные пункты въ центрахъ глухихъ селеній, какъ въ Яковлевкѣ, въ Котельномъ, въ Ракитномъ,—и раскидываетъ все шире сѣть фельдшерскихъ пріемныхъ покоевъ. Правда, мысль о подачѣ помощи прежде всего доброкачественной—при оборудованной аптекѣ, при наличіи постоянно функціонирующихъ, стаціонарныхъ на пунктѣ, фельдшеровъ,—временно оставлена, такъ какъ на Дальнемъ Востокѣ трудно подыскивать работоспособный персоналъ въ достаточномъ количествѣ. Поэтому преобладаетъ пока для фельдшеровъ система разъѣздная, потому что на пунктахъ обычно имѣется не по два лица фельдшерской подготовки, а по одному. Но рядомъ съ этимъ улучшаются поселковыя больницы и для нихъ выработанъ постепенно осуществляемый планъ построекъ, удовлетворительно разрѣшающій задачу дать населенію, призванному изъ себя выдѣлить въ ближайшемъ будущемъ классъ, такъ сказать, помѣщиковъ, болѣе культурныхъ хуторянъ,—доступную раціональную медицинскую помощь. Уже въ 1901—1902 годахъ переселенческія больницы имѣли энергичныхъ врачей, получавшихъ возможность часто отлучаться въ столицы для подновленія своихъ знаній и примѣненія у постели больного новыхъ методовъ лѣченія. Прежде всего шла хирургическая помощь населенію. Вскорѣ былъ приглашенъ на службу также окулистъ, производившій періодическіе объѣзды селеній и направлявшій нуждающихся въ операціяхъ въ больницу. Въ больницахъ вездѣ прилагались первыя усилія къ устройству операціонной комнаты съ непроницаемымъ поломъ (вначалѣ подъ линолеумъ), съ покрытыми масляной красной стѣнами, безъ угловъ у печей и подоконниковъ, для возможности поддерживать готовность для полостныхъ операцій. Съ этой цѣлью заводился

большой стерилизаторъ, а позднѣе автоклавы. Число хирургическихъ операцій рано стало приближать по дѣятельности переселенческія больницы къ городскимъ, каковы Владивостокская или Хабаровская: уже въ 1907 году достигло 150 случаевъ, а позднѣе 400. На помощь переселенческимъ врачамъ приглашались лучшіе городскіе консультанты-хирурги. Вслѣдъ за благоустройствомъ хирургическихъ отдѣленій шла забота о дезинфекціонныхъ камерахъ для заразныхъ отдѣленій больницъ. Во Владивостокѣ первыя камеры были по системѣ бочекъ надъ котлами подъ навѣсомъ еще съ девяностыхъ годовъ прошлаго столѣтія; но въ началѣ новаго вѣка построены паровыя или формалиновыя, а въ послѣднее время всѣ больницы снабжены камерами «Геліосъ»; Никольскій пунктъ имѣетъ сверхъ того паро-формалиновую камеру системы Таранухина, цѣною въ 6,000 руб., въ спеціальномъ зданіи.

Затѣмъ, отличительной чертой лѣчебной дѣятельности въ переселенческой организаціи была постановка аптечнаго дѣла. Больнымъ выдавались лѣкарства щедрой рукой по сравненію съ тѣми гомеопатическими порціями, какія были практикуемы въ краѣ (по неволѣ) сельской медициной. Къ нормальнымъ порціямъ лѣкарствъ, какія приняты въ частной практикѣ и всякій разъ соотвѣтствуютъ дѣйствительной возможности получить исцѣленіе или существенное облегченіе, пріучилъ населеніе Красный Крестъ, работавшій въ раіонѣ въ китайскіе безпорядки и въ японскую войну. Съ 1907 года переселенческія больницы сочли обязанностью выдавать широко и безплатно посуду, чтобы насытить въ населеніи нужду въ таковой при отсутствіи на мѣстѣ стеклянныхъ заводовъ. Ассигновка на медикаменты въ 1906 году составляла всего менѣе 3,000 рублей, а за слѣдующій годъ уже потребовалось 9,000 рублей, хотя оставалась часть запасныхъ медикаментовъ отъ Краснаго Креста; а на 1908 годъ пошло медикаментовъ, перевязочныхъ средствъ, аптечныхъ принадлежностей, матеріаловъ и хирургическихъ инструментовъ почти на 23,000 рублей. Съ послѣдующаго года эти расходы увеличиваются до 40,000 рублей. Такимъ образомъ, цѣна одного рецепта пріема амбулаторнаго обходится въ среднемъ отъ 43 до 60 коп., въ зависимости отъ общаго числа пріемовъ на пунктѣ за годъ; на нѣкоторыхъ фельдшерскихъ пунктахъ стоимость рецепта—пріема поднимается до 1 руб. 60 коп. Дешевизна рецепта въ 1906 году—16 коп. объясняется остатками лѣкарствъ безъ цѣны, а главнымъ образомъ малымъ развитіемъ

сѣти фельдшерскихъ пунктовъ, потребовавшихъ вновь болѣе дорогого оборудованія въ послѣдующіе годы.

Вообще на постройки больницъ израсходовано еще по существу скромная сумма, если судить о ней по практикѣ земствъ или городовъ. Обычно считается нормой тратить на больничную койку при первоначальной постройкѣ съ оборудованіемъ, обстановкой и инвентаремъ не менѣе 2000 рублей.

Во Владивостокѣ морской госпиталь или городская больница потратили на постройку съ оборудованіемъ не менѣе 3000 руб. на каждую койку. Для переселенческой организаціи можно принять, что до 1906 года было обстроено 77 кроватой больничныхъ; послѣ этого времени до 1913 года истрачено на новыя постройки съ ремонтомъ прежнихъ почти 400.000 рублей, а число кроватей въ больницахъ увеличилось на 400 же мѣстъ; такимъ образомъ, на одну штатную койку употреблено по 1000 рублей.

Конечно, въ зависимости отъ такого скромнаго размѣра затратъ стоитъ то обстоятельство, что больницы не имѣютъ водопроводовъ, канализаціи, центральнаго отопленія, электрическаго освѣщенія. Въ этомъ отношеніи дѣлаются частичныя улучшенія въ городахъ для отдѣльныхъ болѣе важныхъ зданій, какъ въ Никольскѣ, Хабаровскѣ, но частью серьезныя улучшенія ставятся на очередь и въ мелкихъ пунктахъ, напримѣръ въ Ольгѣ поставлена ванна съ нагрѣвателемъ-колонкой, и мѣстнымъ для барака водопроводомъ, со спускомъ грязныхъ водъ въ рядъ отстойныхъ колодцевъ; тамъ же поставлены огневые клозеты-вентиляторы и строится мусоросожигательная печь съ сушилкой для бѣлья.

Оборудованіе переселенческія больницы получаютъ изъ смѣты текущихъ расходовъ, и изъ года въ годъ увеличиваютъ свой инвентарь, какъ и улучшаютъ обстановку. Исключеніе составляетъ Владивостокская больница, помѣщающаяся въ старыхъ баракахъ и при томъ на временно предоставленной въ пользованіе вѣдомства территоріи, какъ подлежащая сносу и возстановленію на новомъ участкѣ, на что въ текущемъ году уже отпущена часть средствъ (50.000 рублей). Равнымъ образомъ предназначается къ переносу и госпитальный городокъ Никольскаго пункта, такъ какъ его земельный участокъ отчуждается подъ желѣзную дорогу. Конечно, новая больница желательна уже въ болѣе совершенномъ видѣ, ибо вполнѣ выяснилась необходимость продолжить существованіе Никольской больницы въ роли центральной, какъ бы губернской, для зна-

чительнаго раіона: здѣсь сама жизнь вызвала къ осуществленію такія спеціальныя учрежденія, какъ отдѣленіе психіатрическое (въ виду дороговизны содержанія переселенцевъ, нуждающихся въ спеціальномъ призрѣніи, въ бывшей прежде получастной психіатрической лѣчебницѣ, къ тому же обычно переполненной)—или дѣтскій пріютъ, начавшій свое существованіе съ 1908 года. Этотъ пріютъ вскорѣ получилъ особую ассигновку въ суммѣ 12.000 рублей въ годъ, и воспитываетъ до 50 дѣтей, отсылая часть ихъ въ школы; число мѣстъ въ пріютѣ рѣдко позволяетъ дѣлать пріемъ новыхъ сиротъ, и многія просьбы новоселовъ о принятіи нуждающихся остаются безъ удовлетворенія, особенно калѣкъ—слѣпыхъ, глухихъ и пр.

Уссурійскій край такъ великъ, такъ быстро создаетъ самостоятельнаго типа новые центры экономической жизни, что скоро потребуется дѣленіе на новыя дробныя единицы крупной самостоятельности—губерніи. Никольскъ — узловой центръ, сохранитъ важное значеніе, и въ немъ больница можетъ обслуживаться лучшими спеціалистами—хирургами, для которыхъ соотвѣтствовать будетъ спеціальная обстановка, напр., рентгеновскій кабинетъ.

Впрочемъ, спеціально для надобностей переселенческаго дѣла никольская больница по существу должна носить характеръ обсерваціонной; если идетъ рѣчь о расширеніи и улучшеніи ея, то въ интересахъ взаимодѣйствія сельско-врачебной и переселенческой сѣтей, въ видахъ широко понимаемыхъ задачъ колонизаціи.

Но хотя города и впредь будутъ усиленно вызывать на заработки переселенцевъ и заставятъ тамъ же искать помощи въ болѣзняхъ, для поселковъ, вдали отъ желѣзной дороги, постепенно планомѣрно создаются новыя больницы. Для такихъ больницъ предположено давать строеній на 20 кроватей до 240 квадратныхъ саженъ, считая въ этой суммѣ площадей и квартиры служащаго персонала. Кромѣ Ольги и Яковлевки (взамѣнъ Анучина—для селеній по Даубихэ и Улахэ) такія больницы обстраиваются въ сел. Ракитномъ и Котельномъ, а въ 1910 году была временная больница по случаю эпидеміи въ сел. по р. Иману—Саровкѣ: эта больница съ перерывами работала до послѣдняго времени—перевода ея въ Котельное. Сверхъ того, намѣчена больница въ сел. Александровскомъ въ центрѣ группы вновь возникшихъ поселковъ по р. Бирѣ въ Заамурскомъ подраіонѣ. Изъ фельдшерскихъ пун-

ктовъ только Петровичевскій, Курскій, Бирскій, Анучинскій и Сѣверо-Сахалинскій имѣютъ казенныя спеціальныя зданія для пріемныхъ покоевъ, а прочія помѣщаются въ наемныхъ помѣщеніяхъ, иногда устраиваемыхъ хозяевами по предлагаемому плану съ субсидіей въ видѣ арендной платы впередъ.

Въ общемъ дефекты построекъ—временнаго характера (напр., обиліе насѣкомыхъ до производства штукатурки) постепенно сглаживаются. Въ глазахъ населенія выдѣляется особенно характерно заботливость переселенческаго вѣдомства о своихъ учрежденіяхъ, почему со многими недостатками легко мирятся и рабочій персоналъ, и пользующіеся обыватели.

Если въ переселенческія больницы и попадаютъ платные больные изъ „прочихъ" слоевъ населенія, то для нихъ особыхъ удобствъ не предоставляется, а содержатся всѣ наравнѣ, различаясь по характеру заболѣванія и по требованіямъ теченія самой болѣзни. Лишь карантинированнымъ разрѣшается собственная одежда и содержатся они въ баракахъ съ нарами или въ китайско-корейскаго типа „фанзѣ", имѣющей нагрѣваемый „канъ"—нары во всю длину помѣщенія. Хотя такая „фанза" примѣнена была въ посту св. Ольги, но ея положительныя качества для содержанія больныхъ корью или перенесшихъ другія длительныя инфекціи оказались очевидными для всѣхъ пользовавшихся: на тепломъ „канѣ" протекали легко не только дѣтскія болѣзни, обычно требующія высокой температуры помѣщенія, но и многія заболѣванія взрослыхъ ревматиковъ, а равнымъ образомъ хорошо себя чувствовали на немъ и хроники, даже туберкулезные, отъ пріема каковыхъ часто больница не можетъ отказаться. Типъ фанзовой постройки оказался особенно полезнымъ ранней весной, а также во время продолжительныхъ дождей, и по соотвѣтствію мѣстнымъ климатическимъ условіямъ можетъ быть рекомендованъ для болѣе широкаго назначенія, особенно для остановочныхъ пунктовъ.

Вообще переселенческія больницы построены по барачной системѣ. Это обстоятельство вызывалось необходимостью быстрѣе получать отдѣльныя готовыя зданія для пріема больныхъ, постепенностью расширенія учрежденій. Вслѣдствіе такой практики больничные кварталы-городки разрастаются на широкой площади, иногда въ нѣсколько десятинъ, приведеніе каковой въ соотвѣтственный видъ требуетъ приложенія особыхъ затратъ и затягивается на большое время.

Всѣ больницы заводили свой инвентарь по соглашенію

подраіоннаго врача съ расходчикомъ кредита—подраіоннымъ чиновникомъ. Но при этомъ наличіе имущества въ отдѣльныхъ больницахъ не согласовано съ какимъ либо опредѣленнымъ комплектомъ. Послѣдній до сихъ поръ еще не вырабатывался, такъ какъ на первой очереди стояли всегда, такъ сказать, неотложныя нужды дня, по возможности удовлетворявшіяся немедленно по предъявленіи тѣми предметами, которые оказывались въ краѣ подъ рукою. Во всякомъ случаѣ заводился спеціальный инвентарь, чтобы не было остановки въ обезпеченіи требуемаго ухода за больными.

Развивая больничное дѣло въ краѣ, вѣдомство обращало заботы и на готовность обезпечить планомѣрность борьбы съ эпидемическими заболѣваніями. Для сего, кромѣ ряда фельдшерскихъ пунктовъ среди новоселовъ, а отчасти даже и въ старожильческихъ селеніяхъ (напр. Петровкѣ, Душкиной, Анучинѣ, Чугуевкѣ, Феодосьевкѣ, Крыловкѣ, Петровичахъ, Дежневкѣ), переселенческая организація открываетъ врачебные пункты въ центрахъ новосельческаго населенія, какъ въ Яковлевкѣ, Ольгѣ, Саровкѣ, Котельномъ (по Иману), въ Ракитномъ; сверхъ того, вѣдомство помогаетъ сельскимъ больницамъ областной организаціи, чаще принимающимъ новоселовъ (каковы въ Беневскомъ и на Сучанѣ во Владиміро-Александровскомъ), нѣкоторымъ фельдшерскимъ пунктамъ (напр. Милоградовскому и Фурмановскому),—отпускомъ медикаментовъ и части денежныхъ средствъ; помимо того вѣдомство вошло въ соглашеніе съ горнопромышленнымъ товариществомъ „Тетюхэ“ по оказанію медицинской помощи переселенцамъ, обращающимся въ горную больницу.

Прилагая такимъ образомъ усилія къ увеличенію сѣти пунктовъ подачи медицинскаго пособія населенію, вѣдомство располагаетъ значительно развитой системой наблюдателей за санитарнымъ состояніемъ населенія и опорными пунктами для устройства временныхъ больничекъ въ случаѣ появленія эпидемическихъ заболѣваній. Сверхъ того, при обнаруженіи особенно тяжелыхъ массовыхъ заболѣваній, вѣдомство назначаетъ спеціальные отряды для подачи помощи на мѣстахъ какъ лѣчебной, такъ и предупредительной—устройствомъ питательныхъ пунктовъ или раздачей нуждающимся продуктовъ питанія.

Но для вполнѣ успѣшной борьбы съ болѣе грозными эпидеміями такой сѣти медицинскихъ участковъ еще недостаточно, въ виду несвязанности многихъ селеній путями сообще-

нія, которые позволяли бы быстро получать въ имѣющихся центрахъ свѣдѣнія о появленіи болѣзни и выслать туда помощь.

Во-первыхъ, эта недостаточность видна по состоянію дѣла оспопрививанія. Какъ свидѣтельствуетъ прилагаемая таблица, предохранительному оспопрививанію подвергаются видимо не всѣ рождающіеся въ краѣ. Выдѣлить спеціально новоселовъ изъ общей массы населенія невозможно, такъ какъ переселенческій медицинскій персоналъ прививаетъ всѣхъ обращающихся, но часть новоселовъ отходитъ на заработки въ старожильческія села, города, въ пункты, гдѣ вакцинація еще не изъята изъ рукъ малограмотныхъ оспенниковъ, не передана всецѣло фельдшерскому персоналу.

Во-вторыхъ, край всегда живетъ подъ страхомъ заноса болѣе грозныхъ эпидемій, каковы чума и холера. Уже въ холерную эпидемію 1902 года болѣзнь была занесена въ нѣсколько новосельческихъ деревень и нашла себѣ обильную жатву, такъ какъ въ результатѣ поразила 1603 чел. съ 56 процентами смертности: эта эпидемія была занесена изъ Харбина въ серединѣ іюля мѣсяца и дала наибольшіе взрывы въ серединѣ августа; но можетъ случиться заносъ болѣе ранній, и тогда борьба осложнится. Такъ, въ 1909 году холера появилась въ Николаевскѣ; благопріятно, что это случилось уже глубокой осенью въ концѣ навигаціи; въ инкубаціонномъ періодѣ болѣзни одинъ переселенецъ успѣлъ доѣхать изъ Николаевска въ село Саровку на Иманѣ; только присутствіе тамъ школьнаго переселенческаго фельдшера позволило быстро констатировать характеръ неожиданнаго заболѣванія и принять надлежащія мѣры, такъ что дѣло ограничилось одной жертвой и болѣе никто изъ ухаживающихъ не заразился; но лѣтомъ могли случиться множественные случаи заноса и въ мелкія селенія, а въ домахъ холера отъ человѣка къ человѣку передавалась во Владивостокѣ даже въ декабрѣ въ нѣкоторые годы (въ 1909 году всего болѣло холерой 148 человѣкъ съ 95 смертными исходами; въ 1910 году болѣло 493 чел. и умерло изъ нихъ 296). Еще большій переполохъ въ селеніяхъ можетъ вызвать эпидемія чумная, если бы произошелъ ея заносъ. Въ 1911 году предупредительная организація, по случаю существованія чумной эпидеміи въ Маньчжуріи, потребовала пересмотра многихъ сторонъ санитарныхъ учрежденій края и вызвала значительный расходъ на усиленіе готовности окраины къ борьбѣ съ эпидеміей. Распоряженіемъ Главнаго Начальника Края Шталмейстера Н. Л. Гондатти часть спеці-

альныхъ средствъ—до 25.000 руб. была передана переселенческой организаціи, причемъ эти добавочныя суммы позволили при больницахъ устроить лабораторіи для бактеріологическаго анализа, завести лучшія дезинфекціонныя камеры, и осуществить постройку спеціальныхъ „чумныхъ", вѣрнѣе назвать, „изоляціонныхъ" бараковъ въ Никольскѣ, Яковлевкѣ и Ольгѣ. Но при этомъ обнаружилась необходимость согласованныхъ дѣйствій самостоятельно работающихъ организацій—казачьей, желѣзнодорожной, городской, сельской, областной. Въ этомъ направленіи работа еще составляетъ ближайшую задачу предполагаемаго Съѣзда врачей во время предстоящей Хабаровской Выставки.

Въ настоящее время въ раіонѣ функціонируютъ съ 1 января 1913 года 7 врачебныхъ пунктовъ, 29 фельдшерскихъ постоянныхъ и 4 временныхъ.

ПРИЛОЖЕНІЯ.

Приложеніе № 1.

ТАБЛИЦА

роста учрежденій подачи медицинской помощи въ Приморской области.

ГОДЫ.	Число врачей.			Число больницъ.		Число коекъ въ больницахъ.		Принято больныхъ въ тысячахъ.				Всего населенія въ области въ тысячахъ душъ.	Проценты къ населенію.			Процентъ умершихъ въ больницахъ.
		Въ томъ числѣ.						Амбулаторныхъ.		Стаціонарныхъ.						
	Всего гражданскихъ.	Сельскихъ.	Переселенческихъ.	Всѣхъ.	Въ томъ числѣ переселенческихъ.	Всѣхъ.	Въ томъ числѣ переселенческихъ.	Всего.	Въ томъ числѣ заразныхъ.	Всего.	Въ томъ числѣ умершихъ.		Амбулаторныхъ.	Заразныхъ.	Стаціонарныхъ.	
1891	17	—	—	4	1	77	15	11	2.7	2	0,1	100	11%	2,7	2	6,1
1896	25	3	—	13	2	220	20	20	5.2	6	0,3	150	13%	3,5	4	4,8
1901	41	8	2	42	2	511	30	80	19	6.7	0,4	250	32%	7,6	2,7	5,9
1906	63	10	4	43	4	519	46	130	25	9.5	0,5	350	37%	7,1	2,7	5,8
1911	94	16	8	74	6	1207	425	315	53	19.7	1,1	550	57%	9,5	3,6	6,2

Съ теченіемъ времени число обращающихся къ раціональной помощи въ амбулаторіи врачей и фельдшеровъ въ области прогрессивно увеличивается и доходитъ до 57% всего населенія, т. е. болѣе половины жителей подвергается осмотру. Рядомъ съ этимъ точнѣе становится регистрація заболѣваемости населенія и большее число инфекціонныхъ страданій проходитъ подъ врачебнымъ или фельдшерскимъ наблюденіемъ. Число пользующихся стаціонарно въ больницахъ увеличивается не столь рѣзко (по процентному отношенію ко всему населенію); число же смертныхъ случаевъ въ больницѣ даетъ незначительныя колебанія въ отдѣльные годы.

Приложеніе № 2.

СПИСОКЪ

медицинскихъ пунктовъ переселенческой организаціи Приморскаго раіона.

Названіе пунктовъ.	Годы.	Число принятыхъ больныхъ.		
		Стаціонарныхъ.		Амбулаторныхъ.
		Человѣкъ.	Дней на койкѣ.	
I. Владивостокъ	1883	5	106	176
	84	34	609	541
	85	10	177	1299
	86	7	110	857
	87	115	961	483
	88	79	410	275
	89	283	1038	472
	90	102	718	262
	91	149	1829	209
	92	206	2647	456
	93	334	3598	884
	94	245	2400	735
	95	112	1012	486
	96	243	2279	371
	97	179	1488	328
	98	335	3753	783
	99	675	12081	1386
	1900	452	9328	1453
	01	103	1251	1391
	02	252	5249	1774
	03	234	9769	2010
	04	—	—	—
	05	—	—	—
	06	89	1445	721
	07	806	16266	3776
	08	462	12410	1960

Названіе пунктовъ.	Годы.	Число принятыхъ больныхъ.		
		Стаціонарныхъ.		Амбулаторныхъ.
		Человѣкъ.	Дней на койкѣ.	
	09	368	8009	3520
	1910	370	8117	4443
	11	481	9784	3825
	12	620	9797	7928
II. Никольскъ-Уссурійск.	1903	39	528	351
	04	50	1182	316
	05	—	—	—
	06	80	698	2623
	07	1416	23643	29254
	08	1256	31906	6601
	09	1069	27207	6008
	1910	987	24443	7040
	11	883	23162	7614
	12	998	20300	8904
III. Хабаровскій	1901	225	2128	382
	02	327	3442	434
	03	125	2145	856
	04	103	2263	541
	05	174	4249	828
	06	320	5943	1729
	07	638	9647	4482
	08	946	27566	6137
	09	1193	22653	5502
	1910	1192	23538	4854
	11	1325	23907	5463
	12	2198	34050	9087
IV. Иманскій	1902	4	47	581
	03	180	3375	2346
	04	151	3704	2109
	05	—	—	—
	06	279	4556	4701
	07	1437	25379	14839
	08	1817	39137	15592

Названіе пунктовъ.	Годы.	Число принятыхъ больныхъ. Стаціонарныхъ. Человѣкъ.	Дней на койкѣ.	Амбулаторныхъ.
	09	1063	26415	12415
	1910	1121	23390	10710
	11	1129	25163	15218
	12	1018	23470	13933
V. Зеньковскій . . .	1904	2	10	1676
	05	—	—	2558
	09	—	—	2668
	1910	—	—	3174
VI. Петровскій . . .	1904	—	—	1052
	05	—	—	1033
	06	—	—	1638
	07	—	—	2306
	08	—	—	3311
	09	—	—	3540
	1910	—	—	4428
	11	—	—	3792
	12	—	—	4483
VII. Многоудобинскій .	1904	14	152	642
VIII. Феодосьевскій . .	1904	—	—	806
	07	—	—	1435
	08	—	—	4580
	09	—	—	4596
	1910	—	—	5482
Силанскій	11	—	—	5891
	12	—	—	4809
IX. Анучинскій . . .	1907	94	2156	3422
	08	237	5049	4549
	09	290	6111	4145
	1910	—	—	4467
	11	—	—	2474
	12	—	—	2206

Названіе пунктовъ.	Годы.	Число принятыхъ больныхъ.		
		Стаціонарныхъ.		Амбулаторныхъ.
		Человѣкъ.	Дней на койкѣ.	
X. Лермонтовскій . .	1907	—	—	950
	08	—	—	4658
	09	—	—	3706
	1910	—	—	2513
	11	—	—	2686
	12	—	—	3120
XI. Беневскій	1907	—	—	1320
Кіевскій	08	—	—	783
	09	—	—	1926
	10	—	—	833
	11	—	—	714
	12	—	—	1163
XII. Котельнинскій . .	1907	—	—	3302
	08	—	—	4476
	09	—	—	3491
	10	—	—	4829
Ново-Покровскій .	11	—	—	4698
	12	—	—	6441
XIII. Жариковскій . . .	1907	—	—	2024
Руссовскій . . .	08	4	62	8087
	09	—	—	6007
	10	—	—	4314
	11	—	—	4676
	12	—	—	2305
XIV. Душкинскій . . .	1908	—	—	658
	09	—	—	3351
	10	4	40	2135
	11	—	—	2861
	12	—	—	3293
XV. Дежневскій . . .	1908	—	—	1083
	09	—	—	1204
	10	—	—	1834

Названіе пунктовъ.	Годы.	Число принятыхъ больныхъ.		
		Стаціонарныхъ.		Амбулаторныхъ.
		Человѣкъ.	Дней на койкѣ.	
XVI. Ольгинскій . . .	1908	159	2751	7302
	09	393	9272	16183
	10	482	11489	12989
	11	361	10186	10135
	12	653	17364	13188
XVII. Хорскій	1908	—	—	2203
	09	—	—	1081
	10	—	—	2684
Святогорскій . .	11	—	—	3410
	12	—	—	3065
XVIII. Крыловскій . . .	1908	—	—	2818
	09	—	—	3504
	10	—	—	3665
	11	—	—	3645
	12	—	—	4578
XIX. Ракитный	1908	—	—	1451
	09	—	—	2995
	10	—	—	4330
	11	132	1738	6882
	12	417	4910	7628
XX. Саровскій	1908	—	—	1854
	09	—	—	3401
	10	—	—	6311
	11	143	2229	6322
	12	267	6201	6456
XXI. Надаровскій . .	1908	—	—	500
XXII. Крутобережный .	1908	—	—	953
XXIII. Гончаровскій . .	1908	—	—	1125

Названіе пунктовъ.	Годы.	Число принятыхъ больныхъ. Стаціонарныхъ. Человѣкъ.	Дней на койкѣ.	Амбулаторныхъ.
XXIV. Чернышевскій .	1908	4	22	959
	09	—	—	3552
	10	—	—	3868
	11	—	—	3475
	12	—	—	3290
XXV. Яковлевскій . .	1908	—	—	1078
	09	—	—	3662
	10	336	7475	4669
	11	243	4492	3720
	12	258	5073	3880
XXVI. Фудинскій . . .	1908	—	—	853
XXVII. Самарскій . . .	1909	—	—	1943
Улахинскій . .	10	—	—	2740
	11	—	—	1422
	12	—	—	2416
XXVIII. Уборка	1909	—	—	1932
XXIX. Петровичевскій .	1909	—	—	3795
	10	—	—	2415
	11	—	—	2548
	12	—	—	3635
XXX. Бровничанскій .	1909	—	—	438
	10	—	—	2786
	11	—	—	3029
	12	—	—	3375
XXXI. Николаевскій .	1909	—	—	1500
	10	—	—	
	11	—	—	
XXXII. Сахалинскій . .	12	—	—	

Названіе пунктовъ.	Годы.	Число принятыхъ больныхъ.		
		Стаціонарныхъ.		Амбулаторныхъ.
		Человѣкъ.	Дней на койкѣ.	
XXXIII. Тернейскій и разъѣздной Милоградовскій	1910	—	—	6655
	11	—	—	2206
Велико-Кемскій . .	12	—	—	494
XXXIV. Богопольскій . .	1911	—	—	2230
	12	—	—	3574
XXXV. Фурмановскій . .	1911	—	—	1055
	12	—	—	1163
XXXVI. Джигитскій . . .	1911	—	—	730
	12	—	—	508
XXXVII. Курскій (Восторгово)	1911	—	—	2057
	12	—	—	2095
XXXVIII. Бирскій (Александ.)	1911	—	—	1599
	12	—	—	2997
XXXIX. Капитоновскій . .	1911	—	—	444
	12	—	—	3234
XL. Князе-Волконское .	1911	—	—	2025
	12	—	—	2669
XLI. Ново-Крещенскій .	1911	—	—	4630
	12	—	—	5834
XLII. Чугуевскій . . .	1912	—	—	4887
XLIII. Любитовскій . . .	1912	—	—	3892
XLIV. Бикинскій	1912	—	—	255
XLV. Посьетскій (Пеняжино)	1912	—	—	693

Приложеніе № 3.

ТАБЛИЦА

движенія амбулаторныхъ больныхъ въ Приморскомъ переселенческомъ раіонѣ.

МѢСЯЦЫ.	1906 г.	1907 г.	1908 г.	1909 г.	1910 г.	1911 г.	1912 г.
	ЧИСЛО ВИЗИТАЦІЙ.						
Январь . .	711	1309	5713	7336	6654	7766	10822
Февраль . .	688	1372	6915	6745	8047	7508	11401
Мартъ . . .	677	1476	8289	7035	9777	10074	11466
Апрѣль . .	527	3010	7990	8878	9086	12965	13683
Май	1200	10805	8998	10572	12183	13835	13543
Іюнь	1441	15225	6550	11264	10498	11686	14316
Іюль	1420	14619	7082	11764	10653	11567	15840
Августъ . .	1115	5822	6893	9971	12532	11193	14749
Сентябрь .	741	5601	4778	8115	9770	8425	11711
Октябрь . .	894	5088	6400	8018	8946	9551	11423
Ноябрь . .	892	3964	7946	8227	7175	9441	11528
Декабрь . .	1056	4634	5437	6641	8847	8479	11996
Итого . . .	11412	72925	82991	104566	114168	122494	152478 *)

Число по годамъ.	
Амбулаторій.	Число лицъ фельдшерск. персонала.
1906— 8	10
1907—10	26
1908—21	50
1909—27	59
1910—29	52
1911—31	55
1912—37	61

Амбулаторіи получили значительное развитіе съ весны 1907 года, когда рѣзко усилилось движеніе въ край переселенцевъ съ семьями; сначала были расширены амбулаторіи на пріемныхъ, остановочныхъ

*) Въ 1912 году еще было 1500 амбулаторныхъ по Николаевскому подраіону, не разнесенныхъ помѣсячно и по болѣзнямъ.

пунктахъ—въ Никольскѣ, Иманѣ, Владивостокѣ, Хабаровскѣ, Анучинѣ, а затѣмъ сѣть пріемныхъ фельдшерскихъ покоевъ стала образовываться среди осѣвшихъ новоселовъ въ мѣстахъ ихъ новаго жительства. Въ 1913 году имѣется кромѣ 8 больничныхъ амбулаторій (Хабаровскъ, Иманъ, Ново-Покровка, Ракитное, Никольскъ, Яковлевка, Владивостокъ, Ольга) 29 фельдшерскихъ пріемныхъ покоевъ. Кромѣ новоселовъ амбуторная безплатная помощь оказывается и старожиламъ (до 16% общаго числа пріемовъ); пользуются въ нихъ и прочіе элементы населенія.

Въ общій списокъ амбулаторныхъ входятъ и принятые при разъѣздахъ медицинскаго персонала или на временныхъ эпидемическихъ пунктахъ.

Приложеніе № 4.

ТАБЛИЦА

движенія стаціонарныхъ больныхъ въ Приморскомъ переселенческомъ раіонѣ.

МѢСЯЦЫ.	1906 г.		1907 г.		1908 г.		1909 г.		1910 г.		1911 г.		1912 г.	
	Число больныхъ.	Число дней.	Число больныхъ.	Число дней.	Число больныхъ.	Число дней.	Число больныхъ.	Число дней.	Число больныхъ.	Число дней.	Число больныхъ.	Число дней.	Число больныхъ.	Число дней.
Остатокъ на 1-е Января	37	—	33	—	373	—	232	—	260	—	251	—	268	—
Январь . . .	34	1068	60	1352	638	14679	319	8007	213	8862	287	7711	254	10410
Февраль . . .	69	1210	177	1401	465	13091	375	7556	312	8329	320	7866	438	10177
Мартъ	86	1543	130	1712	457	8659	443	8765	381	10330	347	9495	463	10538
Апрѣль . . .	82	1407	173	2068	617	9976	473	8600	476	9129	321	7970	652	11756
Май	75	1036	266	3405	516	13353	738	10327	459	9533	398	8848	642	11226
Іюнь	67	949	452	5424	464	11259	686	10059	451	8255	424	8509	653	10862
Іюль	72	996	710	10211	378	10584	646	8090	423	7866	419	8354	644	11282
Августъ . . .	81	1135	541	8922	290	8834	516	7865	370	7457	442	8186	484	9176
Сентябрь . .	59	806	439	8519	228	6607	328	7188	306	6862	384	7590	400	8626
Октябрь . . .	39	489	502	9914	298	7550	386	7122	298	7414	403	8097	445	8732
Ноябрь . . .	52	674	534	10310	287	7626	366	7667	273	7151	392	8740	388	8698
Декабрь . . .	58	688	608	11693	236	7179	374	8225	270	7303	383	9296	422	9682
Итого . .	811	11971	4525	75031	4874	119377	4331	99471	4492	98491	4167	100661	6421	121165

Годы.	Число больницъ	Число въ нихъ коекъ.
1906	4	46
1907	4	105
1908	6	352
1909	6	365
1910	6	365
1911	7	425
1912	8	465

Въ 1907 году фактически пришлось къ концу года содержать свыше 300 коечныхъ больныхъ, частью въ различныхъ наемныхъ помѣщеніяхъ и временныхъ баракахъ.

Среди пользованныхъ въ больницахъ съ 1907 года съ развитіемъ хирургической дѣятельности отмѣчается до 13% старожиловъ и прочихъ элементовъ населенія; повышеніе числа коечныхъ больныхъ въ 1907 году зависѣло отъ прибытія массы новыхъ переселенцевъ, больныхъ тифомъ или съ дѣтьми, пораженными дифтеритомъ, корью, скарлатиной, даже оспой; въ послѣдующіе годы больницы наполнялись съ усиленіемъ движенія ходоковъ и переселенцевъ ранней весной; обычно заразныхъ больныхъ и ихъ карантинируемыя семьи приходится задерживать до половины лѣта.

Приложеніе № 5.

РАСПРЕДѢЛЕНІЕ ЗАРАЗНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ

по Приморскому переселенческому раіону за 1908—1912 годы по даннымъ амбулаторіи.

БОЛѢЗНИ.	Число случаевъ за годы.					Итого.	Итого въ %%.
	1908	1909	1910	1911	1912		
Оспа натуральная	76	69	34	135	19	333	4,3
Оспа вѣтреная	—	57	72	66	95	290	3,8
Корь	247	564	610	497	1229	3147	40,8
Скарлатина	38	99	107	68	312	624	8,1
Коклюшъ	65	411	642	754	1406	3278	42,4
Гриппъ	1227	3400	3298	4214	6005	18144	235,4
Дифтеритъ	40	1500	108	133	157	1938	25,1
Тифъ брюшной	291	150	307	176	372	1296	16,8
„ сыпной	257	52	121	18	7	449	5,8
„ возвратный	293	15	8	—	—	316	4,1
„ неопредѣленный	89	124	175	20	208	616	8,0
Дизентерія	296	1240	1094	1571	1322	5523	71,5
Эпидем. гастроэнтеритъ	636	1529	1132	1000	835	5132	66,4
Холера мѣстная	—	25	75	1	—	101	1,3
„ азіатская	—	—	3	—	—	3	0,0
Заушница	119	169	247	184	347	1066	13,8
Рожа	146	115	137	194	238	830	10,7
Остеомієлитъ	15	32	48	36	38	169	2,2
Гнилистое и гнойное зараженіе	3	18	15	5	10	51	0,6
Острый сочлен. ревматизмъ	748	1148	1337	2720	2654	8607	111,5

БОЛѢЗНИ.	Число случаевъ за годы.					Итого.	Итого въ %%.
	1908	1909	1910	1911	1912		
Цынга	1579	705	349	2058	1145	5836	75,6
Проказа	—	2	—	—	1	3	—
Сибирская язва	—	3	3	5	3	14	0,2
Сапъ	—	2	—	—	—	2	—
Водобоязнь	1	6	—	1	—	8	0,1
Крупозная пневмонія	269	2997	363	236	466	4331	55,8
Бугорчатка легкихъ	174	525	442	431	535	2107	27,3
Бугорчатка проч. орг. и ткан	122	138	313	77	301	951	12,4
Сифилисъ первичный	—	—	—	—	—	—	—
„ кондилом.	467	934	797	610	946	3754	48,6
„ гуммозный	—	—	—	—	—	—	—
Венерическія заболѣван.	152	483	175	548	832	2190	28,4
Перемежающаяся лихорадка	840	1499	1469	821	1188	5817	75,5
Проч. общія заразныя болѣзни . . .	—	—	174	11	112	297	3,8
Итого	8190	13011	13655	16584	20783	77223	1000,5

По имѣющимся записямъ не всѣ придерживаются одинаковой номенклатуры; напр., за 1911 годъ по отчету числится лишь одинъ случай эпидемическаго гастроэнтерита, т. к. дѣтскіе лѣтніе поносы оказались отнесенными въ графу мѣстныхъ заболѣваній кишечника; этотъ пробѣлъ для сравненія съ прочимъ годомъ пополненъ отнесеніемъ 1000 случаевъ изъ мѣстныхъ страданій въ графу общихъ заразныхъ. За 1909 годъ числится большое число крупозныхъ воспаленій легкаго; сюда попали катаральныя пневмоніи дѣтей, сопровождающія корь, коклюшъ и волосные бронхиты. Діагнозъ «гриппъ» часто покрываетъ тифъ неопредѣленный или ангину фолликулярную.

Просматривая ряды вычисленныхъ процентовъ, видимъ, что первое мѣсто среди заразныхъ болѣзней принадлежитъ гриппу—23,5%; второе—острому сочленовному ревматизму—

11,1%; далѣе идутъ цынга—7,6%, перемежающаяся лихорадка—7,5%, дизентерія 7,2%, эпидемическій гастроэнтеритъ—6,6%, крупозная пнеймонія—5,6%, сифилисъ 4,9%, коклюшъ—4,2%, корь—4,1%, бугорчатка—4,0%, тифы—3,4%, венерическія заболѣванія—2,8% и дифтеритъ—2,5%. Изъ прочихъ заразныхъ болѣзней заушница и рожа даютъ болѣе одного процента заболѣваній. Приблизительно такое соотношеніе инфекцій повторяется изъ года въ годъ.

Приложеніе № 6.

ТЕЧЕНІЕ ТИФОЗНОЙ ЭПИДЕМІИ

по записямъ амбулаторій больницъ Приморскаго переселенческаго раіона въ 1907—1908 годахъ.

Мѣсяцы.	Тифы—заболѣло.				Тифы—умерло.			
	Брюшной.	Возвратный.	Сыпной.	Всего.	Брюшной.	Возвратный.	Сыпной	Всего.
1907 годъ.								
Январь . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Февраль . . .	2	—	2	4	—	—	—	—
Мартъ . . .	2	3	1	6	—	—	—	—
Апрѣль . . .	7	17	4	28	—	—	—	—
Май	13	13	16	42	1	—	2	3
Іюнь	19	79	5	103	2	1	—	3
Іюль	21	53	7	81	2	—	1	3
Августъ . . .	29	63	5	97	3	2	—	5
Сентябрь . . .	34	45	—	79	3	—	—	3
Октябрь . . .	68	65	—	133	8	2	—	10
Ноябрь . . .	76	65	—	141	11	3	—	14
Декабрь . . .	118	141	52	311	19	2	4	25
За годъ	389	545	92	1025	49	10	7	66

Мѣсяцы.	Тифы—заболѣло.				Тифы—умерло.			
	Брюшной.	Возвратный.	Сыпной.	Всего.	Брюшной.	Возвратный.	Сыпной.	Всего.
1908 годъ.								
Январь . .	75	142	106	323	8	9	12	29
Февраль . . .	52	101	105	258	4	4	13	21
Мартъ . . .	45	15	16	76	3	2	4	9
Апрѣль . . .	15	6	6	27	5	3	—	8
Май	15	5	11	31	7	—	—	7
Іюнь	8	4	9	21	1	—	—	1
Іюль	22	12	2	36	3	—	—	3
Августъ . . .	9	1	—	10	2	—	—	2
Сентябрь . . .	19	—	—	19	2	—	—	2
Октябрь . . .	15	—	1	16	2	—	—	2
Ноябрь . . .	12	3	1	16	—	—	—	—
Декабрь . . .	4	4	—	8	—	—	—	—
За годъ	291	293	257	841	37	18	29	84
Всего за 2 года	680	838	349	1867	86	28	36	150

Процентъ смертности отъ брюшного тифа: 12,6
" " " возвратн. " 3,3
" " " сыпного " 10,3
Въ общемъ 8,0%

Зарегистрированы лишь болѣе тяжелые случаи, попавшіе въ больницы на излѣченіе. Многіе болѣли въ своихъ домахъ. Врачи предполагаютъ, что въ одномъ Владивостокѣ было до 3000 случаевъ возвратнаго тифа.

Приложеніе № 7.

ДВИЖЕНІЕ КОЕЧНЫХЪ БОЛЬНЫХЪ

въ больницахъ Приморскаго переселенческаго раіона за 1912 годъ.

Больницы.	Оставалось на 1-е января 1912 г.	Въ теченіе 1912 г. стаціонарныхъ больныхъ.			Осталось на 1-е января 1913 года.
		Пользовалось.		Умерло.	
		Человѣкъ.	Дней.	Человѣкъ.	
Хабаровская . .	75	2198	34050	185	106
Иманская	69	1010	23470	68	64
Владивостокская	28	620	9797	49	20
Ольгинская . . .	19	653	17364	20	34
Яковлевская . .	24	258	5073	14	21
Никольская . . .	53	9988	20300	61	43
Ракитнинская . .	—	417	4910	15	12
Котельнинская .	—	267	6271	6	4
Итого	268	6421	121165	418	304

Среднее суточное число больныхъ въ больницахъ 331 чел., при максимумѣ до 485 чел. и минимумѣ 255 чел.

Среднее пребываніе одного больного на койкѣ 19 дней. Новоселовъ пользовано—84,5 %, старожиловъ и проч.—15,5 %.

Процентъ смертности въ больницахъ—6,5 %.

Приложеніе № 8.

ТАБЛИЦА

успѣшности оспопрививанія по Приморской области.

ГОДЫ.	Число вакцинированныхъ.	Число жителей въ тысячахъ.	Число родившихся.	Процентъ привитыхъ къ числу родившихся.
1890	3.000	100	5000	60
1895	4.000	150	6000	67
1900	6.000	230	8000	75
1902	15.000	260	9300	166
1905	10.000	320	10500	100
1906	20.000	350	11800	182
1907	21.000	410	13000	162
1908	24.000	460	15000	160
1910	23.000	510	16000	144
1911	44.000	550	17000	259

Цифры привитыхъ—валовыя, безъ отмѣтки провѣренныхъ привитыхъ, безъ выдѣленія ревакцинированныхъ; даже фельдшерскій персоналъ часто подъ ревакцинаціей разумѣетъ повторную прививку ребенку, у коего оспа по предыдущей прививкѣ вовсе не принялась; изъ цифры населенія исключены войска; рождаемость показана по полицейскимъ даннымъ, ниже дѣйствительной. Детритъ расходуется привозный, на сумму до 4000 рублей; для всего края возможно устроить спеціальный телятникъ.

Приложеніе № 9.

Приморскій переселенческій раіонъ.

ИНВЕНТАРЬ ПЕРЕСЕЛЕНЧЕСКИХЪ БОЛЬНИЦЪ

(стоимость въ рубляхъ).

	БОЛЬНИЦЫ.								
	Хабаровская.	Иманская.	Никольс.-Уссурійс.	Владивостокск.	Котельнинская.	Ракитинская.	Яковлевская.	Ольгинская.	Всего.
	120	120	80	40	20	20	25	40	465
Мебель и обувь	7679	1972	4217	1974	285	180	763	2200	19200
Бѣлье и обстановка . . .	6489	3472	7331	1215	720	390	598	2000	22145
Прочія хозяйств. вещи .	4524	1107	194	235	293	120	202	1400	8075
Автоклавъ	360	429	629	429	—	—	50	225	2122
Проч. медицинскіе инструменты	3285	1908	341	1500	676	100	950	1075	10835
Перегонный кубъ и кипятильникъ Борю . . .	290	110	300	300	—	—	100	600	1700
Аптечныя принадлежности	694	400	770	100	100	100	200	200	2564
Предметы ухода за больными	1007	3807	600	400	160	200	250	300	6724
Дезинфекціонная камера .	1500	670	6485	670	—	—	370	670	10365
Микроскопъ и лабораторія	1163	241	280	170	—	—	170	260	2284
Итого . . .	27111	14096	22227	7033	2254	1110	3678	8970	86479

Общаго типа оборудованія переселенческихъ больницъ предметами снаряженія хозяйственнаго и снабженія спеціально медицинскаго не вырабатывалось; каждая больница пріобрѣтала по мѣрѣ надобности то, что можно было достать возможно быстрѣе въ краѣ; въ старыхъ больницахъ сохранилась часть вещей безъ цѣны отъ Краснаго Креста.

Приложеніе № 11.

РАСХОДЫ ВРАЧЕБНО-ПРОДОВОЛЬСТВЕННАГО КРЕДИТА

по Приморскому переселенческому раіону.

Годы.	Жалованье врачебному персоналу и проч. вольнонаемнымъ больничнымъ служащимъ.	Питаніе больныхъ.	Медицинскіе инструменты и аптечныя принадлежности.	Прочіе расходы медицинскихъ пунктовъ, остановочн. и регистраціонно-административ. пунктовъ.	Расходы продовольственные.	Постройка и ремонтъ.	Всего.
1906	14288	7252	1169	25633	640	12885	61867
1907	37926	29785	9749	101994	4477	37701	221632
1908	98821	52067	32882	83259	8733	103347	379109
1909	110598	38212	38973	119817	9431	41148	358179
1910	121997	42181	35167	107568	8693	42452	358058
1911	127260	51973	35513	159422	7107	66763	448038
1912	129754	53526	38986	189707	11529	86574	510076

Приложеніе № 12.

Переселенческія больницы и фельдшерскіе пункты въ 1912 году обслуживали 404 селенія; за годъ пользовано въ 8 больницахъ на 465 коекъ:

Ходоковъ	336,	ими проведено	7447	дней	въ больницѣ
Переселенцевъ	5088	„ „	98198	„	„
Старожиловъ .	495	„ „	7193	„	„
Прочихъ	502	„ „	8327	„	„

Оказано пособіе въ 7 врачебныхъ и 33 фельдшерскихъ амбулаторіяхъ:

	Первой визитаціи. Врачебн.	Первой визитаціи. Фельд.	Второй визитаціи. Врачебн.	Второй визитаціи. Фельд.	ВСЕГО.
Ходоковъ	2161+	168	1277+	65	3.671
Переселенцевъ	31395+	56992	11899+	10467	110.753
Старожиловъ...	3148+	14188	2013+	4855	24.201
Прочихъ	5512+	3107	3547+	1687	13.853
Итого ...	42216+	74455	18736+	17071	152.478

Тѣ же таблицы въ процентахъ:

	Стаціонарно больныхъ пользовано:	Ими проведено въ больницѣ дней:
Ходоковъ	5,2%	6,1%
Переселенцевъ	79,3%	81,0%
Старожиловъ	7,7%	5,9%
Прочихъ.....	7,8%	7,0%
Итого.....	100	100

Амбулаторныхъ принято:

	Первой визитаціи. У врач.	Первой визитаціи. У фельдш.	Повторной. У врач.	Повторной. У фельдш.	ВСЕГО.
Ходоковъ	5,1%	0,2%	6,8	0,4	2,4
Переселенцевъ .	74,4	76,8	63,5	61,3	72,6
Старожиловъ ..	7,4	19,1	10,7	28,5	15,8
Прочихъ	13,1	4,1	19,0	9,8	9,9
Итого ...	100	100	100	100	100

Если отнести показанныя цифры къ общему числу обслуживаемаго переселенческими медицинскими пунктами населенія—246.778 чел. (въ томъ числѣ по смѣшаннымъ тер-

риторіальнымъ участкамъ новоселовъ со стодесятинниками— около 11% старожиловъ), то получаются такія сопоставленія:

Стаціонарно пользовалось лѣченіемъ 2,6% населенія

Амбулаторное пособіе получило: у врачей 17,1%

у фельдш. 30,1%

Всего.. 47,2%, т. е. менѣе половины населенія посѣтили амбулаторію или осмотрѣны во время объѣздовъ; фактически число таковыхъ, обращавшихся къ медицинской помощи, надо считать ниже одной трети населенія, такъ какъ регистрируются болѣзни, и обыватели, живущіе ближе къ пункту, въ теченіе года обращаются нѣсколько разъ съ различными болѣзнями и записываются какъ вновь прибывшіе.

Обращаемость повторная въ амбулаторіи у населенія невелика, такъ какъ большинство далеко живетъ отъ пункта и довольствуется однократнымъ посѣщеніемъ или ложится въ больницу. Число повторныхъ визитацій составляетъ лишь одну третью часть первоначальныхъ посѣщеній.

Изъ числа амбулаторныхъ больныхъ (116.671 чел.) въ больницу принято 5,5% (6421 чел.).

Приложеніе № 13.

ТАБЛИЦА

заболѣваемости и смертности въ больницахъ Приморской области (гражданскихъ) за 6 лѣтъ.

БОЛѢЗНИ.	1906 г.		1907 г.		1908 г.		1909 г.		1910 г.		1911 г.		Сумма за 6 лѣтъ.		Та же сумма въ % къ общ. числу.		Та же сумма въ % по болѣзнямъ.	
	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.
Общія заразныя	3321	256	7965	586	7741	554	5477	479	5211	615	5827	510	35545	3000	364,0	526,4	1000	82,1
Изъ нихъ цынга	31	3	22	—	655	32	55	—	64	1	109	5	936	41	9,9	7,2	1000	42,6
Общія незаразныя	96	6	148	6	316	13	279	6	330	7	283	6	1452	44	14,9	7,8	1000	3,3
Новообразованія	100	13	130	17	231	25	225	23	185	23	341	43	1212	144	12,3	25,4	1000	12,0
Паразитарныя	56	—	114	—	111	—	156	—	155	2	137	—	729	2	7.5	0,3	1000	2,8
Душевныя	115	18	160	4	162	9	135	13	115	7	173	17	860	68	8,8	12,0	1000	78,2
Травм. поврежденія	1728	93	1836	90	1872	93	1912	76	2204	91	2476	106	12028	549	123,8	96,4	1000	45,7
Отравленія	265	13	298	34	260	34	363	23	377	29	333	29	1896	162	19,3	28,5	1000	85,3
Пороки развитія	47	1	82	4	120	3	133	1	121	4	230	7	733	20	7,5	3,4	1000	28,1
Орган. мозга	64	25	51	19	67	29	122	45	120	36	166	56	590	211	6,0	37,1	1000	35,1
Нервныя	166	1	254	13	267	8	322	5	311	1	365	3	1685	31	17,0	5,4	1000	18,9
Кровообращенія	148	16	230	49	261	34	328	46	379	59	421	60	1767	264	17,9	46,6	1000	146,7
Орг. дыханія	472	29	790	59	731	55	996	55	852	53	1082	65	4923	316	50,7	55,7	1000	63,3
„ пищеваренія	854	28	1283	55	1220	52	1439	61	1558	95	1610	65	7964	356	81,8	62,7	1000	44,5
„ мочевыхъ	177	24	310	56	271	55	312	47	329	47	416	29	1815	258	18.7	45,6	1000	14,3
„ мужскихъ половыхъ	71	—	64	—	79	3	111	—	75	1	76	—	476	4	5,0	0,7	1000	8,2
„ женскихъ „	217	—	361	5	598	6	618	4	711	3	714	4	3219	22	33,2	4,0	1000	6,8
Костомышечн.	2[illegible]7	1	387	1	449	2	511	3	496	2	532	2	2612	11	26,8	2,0	1000	4,2
Кожи и клѣтчатки	537	4	640	14	612	4	752	5	768	11	888	8	4197	46	43,1	8,2	1000	10,9
Глазъ	175	4	278	—	388	—	522	1	451	—	463	—	2277	5	23 5	0,8	1000	2,2
Уха	42	1	56	—	63	1	82	—	59	—	104	3	406	5	4,2	0,8	1000	12,4
Беременныхъ и послѣрод.	91	2	228	9	358	5	394	3	346	10	498	8	1915	37	19,7	6,5	1000	18,8
Неопредѣленныя	144	13	171	18	236	13	498	39	432	10	504	27	1945	120	19,9	21,1	1000	61,2
Роды	337	—	657	2	997	1	1282	—	1684	5	1978	5	6935	13	71,3	2,3	1000	1,8
На испытаніи	68	—	39	1	37	—	57	—	132	1	99	—	432	2	4,4	0,3	1000	4,8
ВСЕГО { пользовано и умерло	9518	548	16512	1042	17430	999	17026	936	17401	1112	19721	1053	97608	5690	1000	1000	1000	58,3
ВСЕГО { % смертности	—	5,8	—	6,3	—	5,7	—	5,5	—	6,4	—	5,3	—	5,8				

Цифры одного года недостаточно велики, чтобы по нимъ можно было сдѣлать основательные выводы, поэтому суммированы данныя за нѣсколько лѣтъ. Наивысшая заболѣваемость заразными болѣзнями—болѣе одной трети всѣхъ больныхъ. Хирургическія поврежденія (ушибы, раны) составляютъ около одной восьмой части общаго числа больныхъ. Роженицы лишь 7% (не болѣе десятой части дѣйствительнаго числа родильницъ). Смертность—высшая среди заразныхъ больныхъ: болѣе половины всѣхъ случаевъ смерти вызывается заразными болѣзнями.

Приложеніе № 14.

ТАБЛИЦА

Заболѣваемости и смертности въ больницахъ переселенческихъ Приморской области за 4 года.

Названіе болѣзней.	1909 г.		1910 г.		1911 г.		1912 г.		ВСЕГО.		ВСЕГО. Въ процентахъ.			
	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.
I. Общія заразныя болѣзни.														
Оспа натуральная	16	5	11	1	29	6	17	8	73	20	3,6	2	100	28
Оспа вѣтреная	8	—	8	—	14	1	18	—	48	1	2,4	0,1	100	2
Корь	256	48	229	36	150	15	498	89	1133	188	59	17	100	17
Скарлатина . .	39	13	28	6	34	5	74	22	175	46	8	4	100	38
Коклюшъ . . .	14	—	12	—	7	1	45	2	78	3	4	0,3	100	4
Гриппъ	143	4	130	1	185	1	329	3	787	9	41	0,8	100	1
Дифтеритъ . .	75	15	31	3	16	3	49	16	171	37	8	3	100	22
Тифъ брюшной	189	19	223	11	71	8	208	20	691	58	36	5	100	8
„ сыпной .	44	6	61	11	1	—	5	2	111	19	6	1,7	100	17
Тифъ возвратный	2	—	5	—	—	—	—	—	7	—	0,3	—	—	—
Тифъ неопредѣленный . . .	52	3	36	1	25	2	24	1	137	7	7	0,6	100	5
Дизентерія . .	107	9	103	9	52	4	58	6	320	28	17	2,5	100	9
Эпидем. гастроэнтер. . . .	47	5	12	—	2	1	1	1	62	7	3	0,6	100	11
Холера туземная	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	0,0	0,1	100	100
„ азіатская	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	100	100
Заушница эпидемическая .	6	—	7	—	12	—	21	1	46	1	2	0,1	100	2
Рожа	22	2	35	4	45	4	79	8	181	18	10	1,7	100	10
Остеомієлитъ .	12	—	13	—	15	1	28	—	68	1	3	0,1	100	2
Гнилостн. и гнойное зараженіе (послѣродовая горячка)	3	2	1	—	1	1	2	2	7	5	0,3	0,4	100	71
Острый сочленовный ревматизмъ . . .	74	1	82	1	72	1	80	—	308	3	1,6	0,3	100	1
Цынга	35	—	51	1	95	2	108	2	289	5	15	0,4	100	2
Чума	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Проказа . . .	1	—	—	—	1	—	1	—	3	—	0,1	—	—	—
Сибирская язва	2	--	1	1	2	—	2	—	7	1	0,3	0,1	100	14
Сапъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Названіе болѣзней.	1909 г.		1910 г.		1911 г.		1912 г.		ВСЕГО.		Въ процентахъ.			
	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.
Водобоязнь (только развивш. формы)	1	1	—	—	1	1	—	—	2	2	0,1	0,2	100	100
Крупозная пневмон.	72	12	45	4	55	7	124	20	296	43	15	4	100	14
Бугорчатка легкихъ	120	40	85	21	117	33	108	30	430	124	22	11	100	29
Бугорчатка проч. орган. и ткан.	36	4	86	6	31	4	44	3	197	17	10	1,6	100	18
Б. Сифилисъ	168	1	151	2	161	6	206	—	686	9	35	0,8	100	5
Венерическія .	30	—	47	—	90	—	139	—	306	—	15	—	—	—
В. Перемежающаяся лихорадка	23	—	12	—	13	—	46	—	94	—	4	—	—	—
Прочія общія заразныя болѣзни	3	—	1	—	—	—	25	—	29	—	1	—	—	—
Итого заразныхъ болѣзней . .	1601	190	1507	120	1408	107	2339	236	6855	653	346	59	100	9,8
II. Рахитизмъ .	4	—	3	—	5	—	—	—	12	—	0,6	—	—	—
Анэмія и блѣдная немочь .	83	1	72	1	49	6	59	2	263	4	14	0,4	100	1
Золотуха . .	31	1	27	2	16	—	62	1	136	2	7	0,2	100	1
Куриная слѣпота	9	—	1	—	1	—	—	—	10	—	0,5	—	—	—
Дѣтскій маразмъ	4	2	3	—	1	—	6	1	14	3	0,7	0,3	100	21
Старческ. дряхлость	11	1	10	1	9	4	12	2	42	8	2	0,7	100	19
Проч. общ. незаразн. болѣзни	9	1	5	—	29	—	10	—	33	1	2	0,1	100	3
III. Новообраз. злокач. опухоли	33	6	30	6	27	3	47	10	137	25	7	2	100	19
Доброкачествен. опухоли . . .	34	1	31	—	50	—	46	—	161	1	8	0,1	100	1
IV. Паразит. бол. глисты кишеч.	11	—	6	—	5	—	14	—	36	—	2	—	—	—
Эхинококкъ . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Трихинозъ . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Актиномикозъ .	1	—	2	1	—	—	—	—	3	1	0,1	0,1	100	33
Чесотка . . .	33	—	23	—	17	—	25	—	98	—	5	—	—	—
Прочія паразит. болѣзни . . .	25	—	20	—	50	—	32	—	87	—	4	—	—	—
V. Душевныя болѣзни	30	4	36	1	47	3	31	2	144	10	7	1	100	7
VI. Травматич. .	384	8	504	6	451	6	596	21	1875	41	90	4	100	22
VII. Отравленія	12	1	19	1	14	1	25	1	65	4	3	0,4	100	6
VIII. Пороки развитія . . .	45	1	35	2	52	1	48	1	176	4	9	0,4	100	2
IX. А. Болѣзни мозга	36	5	32	4	56	10	32	11	151	30	7	3	100	20
Б. Болѣзни нервн. системы . . .	76	1	86	1	143	1	143	1	408	4	22	0,4	100	1

Названіе болѣзней.	1909 г.		1910 г.		1911 г.		1912 г.		ВСЕГО.		Въ процентахъ.			
	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.	Заболѣло.	Умерло.
В. Болѣзни сердца	112	13	97	9	132	21	148	18	459	61	25	5	100	14
Г. Болѣзни дыхательн. органовъ	285	18	227	20	337	4	417	47	1206	89	64	9	100	7
Д. Болѣзни органовъ пищеваренія . . .	319	19	280	19	574	23	761	38	1874	99	98	9	100	5
Е. Болѣзни мочевыхъ органовъ	65	14	51	15	80	9	94	16	280	54	15	5	100	19
Ж. Бол. мужск. полов. органовъ	35	—	60	1	28	—	47	—	168	1	8	0,1	100	0,6
З. Болѣз. женск. пол. органовъ	157	—	241	4	203	—	254	—	825	—	44	—	—	—
И. Болѣз. костн.-мышечн. системы	144	2	137	2	167	2	160	—	518	4	27	—	—	0,8
I. Болѣз. кожи .	232	2	210	3	204	1	295	2	911	8	48	0,7	100	0,8
К. Трахома . .	96	—	61	—	67	—	91	—	315	—	16	—	—	—
Проч. болѣзни глазъ . . .	283	1	238	—	179	—	219	1	914	2	48	0,2	100	0,2
А. Болѣз. уха .	48	—	32	—	29	1	45	1	152	2	8	0,2	100	0,1
Х. Бол. берем. и послѣродов. .	67	1	78	2	113	3	96	3	344	9	17	0,8	100	3
XI. Болѣзни не вошедшія въ номенклатуру	21	1	37	4	28	2	23	2	109	9	5	0,8	100	9
Роды	90	—	143	—	168	1	224	1	622	2	32	0,2	100	0,3
Итого .	4446	294	4368	225	4124	209	6421	418	19359	1146	1000	100	100	57
Операцій наркоз.	247	—	318	—	275	—	269	—	1109	—	—	—	—	—
Операцій мѣстн. анэст.	885	—	1467	—	801	—	751	—	3904	—	—	—	—	—

Заболѣваемость заразными болѣзнями среди пользованныхъ въ переселенческихъ больницахъ составляетъ болѣе $^1/_3$ общаго числа стаціонарныхъ больныхъ (34,6%); смертность отъ заразныхъ болѣзней даетъ почти 10%: особенно высока смертность отъ кори по абсолютнымъ цифрамъ и даже по относительному проценту (17%); значительны показатели смертности отъ бугорчатки легкихъ (29%), дифтерита (22%), скарлатины (38%) и брюшного тифа (8%). Число родильницъ въ больницахъ и оперативныхъ случаевъ замѣтно прогрессируетъ.

Приморскій переселенческій раіонъ.

СВОДНАЯ ТА

роста дѣятельности врачебно-продовольствен

ГОДЫ.	Число всѣхъ пріемовъ амбулаторныхъ больныхъ.	Число стаціонарныхъ.		Общій расходъ на врачебно-продовольств. помощь. Руб.	Въ томъ числѣ на медикаменты. Руб.	Число прибывшихъ переселенцевъ за годъ.	Общее число переселенцевъ въ Уссурійскомъ краѣ въ круглыхъ цифрахъ.	Расходъ прибыв ленца Общій вр чебно-пр довольст кредитъ Руб.
		Больныхъ.	Дней.					
1883	176	5	106	3488	45	1693	7273	2.06
1884	541	34	609	2161	243	1948	9000	1.11
1885	1299	10	177	2146	142	2707	11700	0.79
1886	857	7	110	3268	165	3017	14700	1.08
1887	483	115	961	2061	96	1178	15900	1.75
1888	275	79	410	714	18	490	16400	1.46
1889	472	283	1038	1309	110	2308	18700	0.57
1890	262	102	718	833	30	1138	19900	0.73
1891	209	149	1829	935	53	797	20700	1.17
1892	456	206	2647	1279	97	2342	23000	0.55
1893	884	334	3598	4420	189	2950	26000	1.46
1894	735	245	2400	3811	230	3651	29700	1.04
1895	486	112	1012	4382	130	1919	31700	2.28
1896	371	243	2279	3076	247	2154	34000	1.43
1897	328	179	1488	4233	180	3003	37000	1.42
1898	783	335	3753	4447	250	5102	42000	0.87
1899	1386	675	12081	10455	800	9156	51200	1.1
1900	1453	452	9328	19457	1300	11542	63000	1.68
1901	1773	328	3379	17121	2000	10711	75000	1.60
1902	2789	583	8638	20310	2100	6643	82000	2.00
1903	5563	578	15817	43639	1600	9059	92000	4.83
1904	4660	318	7301	33122	1450	362	92500	91.50
1905	1861	174	4249	27766	360	689	93500	40.30
1906	11412	811	11971	48982	2800	8169	102000	6.00
1907	72925	4525	75031	183931	9000	61722	165000	2.98
1908	82991	5247	119377	275762	32882	22370	1883000	12.33
1909	104566	4331	99471	316831	38973	23771	205000	13.33
1910	114168	4492	98491	315606	35167	16770	220000	14.33
1911	122494	4771	100661	381263	35513	12352	255000	30 87
1912	153978	6421	121165	423502	38986	11516	250000	36.77
Итого .	693214	36146	710095	2095701	205186	241230	250000	8.69

ПРИМѢЧАНІЕ: До 1893 года въ краѣ не было сельскихъ врачей и фактичес
переселенцамъ за время пребыванія ихъ на Владивостокскомъ
старые переселенцы и пользоваться случаемъ получать на умн
вая изъ временной для пріѣзжающихъ постепенно переходила

Таблица № 15.

БЛИЦА

наго отдѣла съ 1883 по 1912 г.

на одного шаго переселенца за годъ.		Расходъ на одного прибывшаго переселенца въ краѣ.		Процентное отношеніе чиселъ.			
				Амбулаторныхъ визитацій.		Сумма стаціонарныхъ дней.	
На медикаменты. Руб.		Общій. Руб.	На медикаменты. Руб.	Къ числу прибывшихъ за послѣдній годъ.	Къ числу всѣхъ переселенц. въ краѣ.	Къ числу прибывшихъ за послѣдній годъ.	Къ числу всѣхъ переселенцевъ въ краѣ.
0.04		0.48	0.01	10	2	6	1
0.13		0.24	0.03	28	6	31	7
0.05		0.18	0.01	48	11	6	1
0.06		0.22	0.01	28	6	4	1
0.08		0.13	0.01	41	2	81	6
0.004		0.04	0.001	56	2	84	2
0.05		0.07	0.06	20	3	45	5
0.03		0.04	0.002	23	1	63	3
0.07		0.05	0.003	26	1	229	9
0.04		0.05	0.004	19	2	113	11
0.06		0.17	0.01	29	3	122	14
0.06		0.13	0.01	20	2	66	8
0.07		0.14	0.004	25	1	53	3
0.12		0.09	0.01	17	1	105	6
0.06		0.12	0.004	11	1	495	4
0.05		0.11	0.01	15	2	73	9
0.09		0.20	0.02	15	2	143	24
0.11		0.31	0.02	12	2	81	15
0.19		0.23	0.03	16	2	32	5
0.32		0.25	0.03	42	3	130	11
0.18		0.47	0.02	61	6	175	17
4.01		0.36	0.02	1288	5	2017	8
0.52		0.30	0.004	270	2	617	5
0.34		0.48	0.03	140	12.3	146	11
0.15		1.12	0.05	117	47.7	121	45
1.47		1.47	0.17	371	47.0	529	63
1.64		1.55	0.19	445	52.4	419	48
2.10		1.43	0.16	681	52.8	681	45
2.88		1.62	0.15	991	53.4	815	43
3.38		1.69	0.16	1337	64.2	1052	48
0.82		8.38	0.82	—	277.2 за 30 лѣтъ 9.2 за годъ.	—	—

ки медицинская помощь оказывалась лишь вновь прибывающимъ пунктѣ. Позже стали чаще пріѣзжать ко встрѣчѣ новыхъ партій жающихся переселенческихъ пунктахъ врачебную помощь, каковъ постоянную—для всего сельскаго населенія.

Къ 130 стр.

ТАБЛИЦА

физико-химическаго, бактеріологическаго и микроскопическаго изслѣдованія двадцати одной пробы воды.

№№ ПРОБЪ ВОДЫ.			Мѣсяцъ и день пробы воды.	Состояніе погоды.	ФИЗИЧЕСКІЯ СВОЙСТВА. ВЪ НЕФИЛЬТРОВАННОЙ ВОДѢ. Температура воды въ источникѣ по цельсію.	Цвѣтъ.	Прозрачность.	Запахъ.	Гніеніе по „Spitta".	ХИМИЧЕСКІЯ СВОЙСТВА И СОСТАВЪ. Нефильтрованная вода. Реакція.	ВЪ ФИЛЬТРОВАННОЙ ВОДѢ. КОЛИЧЕСТВО МИЛЛИГРАММЪ ВЪ ЛИТРѢ ВОДЫ. Взвѣшеннаго вещества. Высушенныя при температурѣ 110 гр. ц.	Послѣ прокаливанія.	Плотный остатокъ. Высушенныя при 110 градусахъ.	При прокаливаніи.	Потеря при прокаливаніи.	Потеря при прокаливаніи въ %.	Кремнекислота.	Окиси: желѣза и алюминія.	Окись кальція.	Окись магнія.	Хлоръ.	Сѣрная кислота.	Азотная кислота.	Калориметрически. Аммiакъ.	Азотистая кислота.	Окисляемость по „Kubel'ю" въ миллиграммахъ кислорода.	Жесткость общая по Винклеру въ нѣмецкихъ градусахъ.	Количество колоній на желатинѣ въ 1 к. с. воды.	Coli—титръ.	ПОДЪ МИКРОСКОПОМЪ.
Н О Р М А.					—	Безъ цвѣта.	5 сант.	Безъ запаха.	Нѣтъ.	Нейтральная.	—	—	500—1000			—	—	—	200	200	30	90	10	Слѣды	Нѣтъ.	4,5	20,0	1000	100	
ИЗЪ РѢКИ АМУРА.	1	Вода изъ крана Амурской магистрали.	19 іюля 1913 года.	Ясная, безоблачная. Барометрическое давленіе—755 мм.	18	Желтоватый	23 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Съ щелочнымъ оттѣнкомъ.	14,0	12,5	65,6	43,5	22,1	33,7%	15,5	8,5	14,3	23,5	3,55	—	—	0,1	—	12,83	2,63	96	1,0	1) Synedra acus.; 2) Eudorina elegans; 3) Detritus; 4) Незначительное количество подвижныхъ бактерій.
	2	Вода изъ Амура на уровнѣ водопроводной станціи—глубокая.			24,75 гр.	Тоже.	22 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Нейтральная.	46,2	37,5	64,8	43,5	21,3	33%	17,3	10,7	13,1	20,3	10,65	—	—	0,1	—	14,8	2,6	286	1,0	1) Synura uvella; 2) Eudorina elegans; 3) Navicula (водоросль); 4) Glaucoma scyntilans; 5) Dynobrion sertularia.
	3	Тоже поверхность.			24,5	Тоже.	21 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Съ щелочнымъ оттѣнкомъ.	56,6	14,3	61,6	35,1	26,5	43%	11,1	6,9	11,1	17,5	10,65	—	—	0,1	—	13,36	2,68	540	0,1	1) Synedra acus.; 2) Navicula cryptocephala; 3) Eudorina elegans; 4) Glaucoma scyntilans; 5) Spirilum; 6) Diatorn.
	4	Вода изъ Амура на уровнѣ рѣчки Плюснинки.			24,5	Безъ цвѣта.	13 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Слабощелочная.	82,8	29,5	89,0	60,3	28,7	32,3%	27,5	2,5	11,5	9,9	7,1	—	—	1,0	—	13,28	2,45	8504	0,1	1) Synedra acus.; 2) Daphaia pulet.; 3) Detritus; 4) Песокъ.
	5	Вода изъ Амура на уровнѣ рѣчки Чердымовки.			24,75	Желтый.	3,5 с.	Затхлый.	Есть.	Ясно-щелочная.	199,2	159,1	390,8	66,4	224,4	83,2%	25,5	15,5	19,5	14,5	17,75	Слѣды	—	1,4	27,0	15,32	3,25	63648	0,1	1) Synedra acus.; 2) Navicula cryptocephala; 3) Navicula (водоросль); 4) Actihoptris sol.; 5) Detritus.
	6	Вода изъ Амура ниже городской больницы поверхностно.			24,5	Тоже.	15 с.	Тоже.	Есть.	Щелочная.	37,2	27,3	71,2	48,7	22,5	31,6%	11,9	11,9	11,9	21,1	12,53	Слѣды	—	0,1	—	18,27	2,3	1622	0,1	1) Detritus; 2) Synura uvella; 3) Glaucoma scyntilans; 4) Diatoma vulgaris; 5) Paramaec. (инфузоріи).
	7	Тоже глубокая.			24,4	Безъ цвѣта.	15 с.	Безъ запаха.	Нѣтъ.	Нейтральная.	71,0	30,3	64,0	41,0	23,0	33%	4,3	1,5	13,9	11,5	14,2	—	—	0,1	—	12,75	2,3	1000	1,0	1) Synedra acus.; 2) Synura uvella; 3) Eudorina elegans; 4) Navicula (водоросль); 5) Detritus.
ИЗЪ ГОРОДСКОГО ВОДОПРОВОДА.	8	Вода изъ водопроводной станціи бассейнъ № 1; сюда накачивается вода изъ Амура.	22 іюля 1913 года.	Ясная, безоблачная. Барометрическое давленіе 752,5 мм.	18,0	Желтоватый.	35,5 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Съ щелочнымъ оттѣнкомъ.	28,2	15,5	68,0	39,5	28,5	42%	17,5	9,5	14,3	18,5	7,1	—	—	0,1	—	13,3	2,8	134	0,1	1) Synedra acus.; 2) Eisenhydroxyde; 3) Подвижныя бактеріи по 2—5 въ полѣ зрѣнія; 4) Detritus.
	9	Тоже бассейнъ № 2—здѣсь вода отстаивается.			19,0	Тоже.	35,5 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Тоже.	16,2	13,5	78,5	51,5	27,0	34,1%	11,5	10,5	13,5	15,9	7,1	—	—	0,1	—	12,42	3,1	108	0,1	1) Synedra acus.; 2) Detritus; 3) Бактеріи по 2—5 въ полѣ зрѣнія.
	10	Тоже бассейнъ № 3—отсюда вода поступаетъ въ городъ.			20,0	Чуть-желтоватый.	35,0 с.	Легкій запахъ ила.	Нѣтъ.	Тоже.	14,0	6,3	76,0	43,5	32,5	43%	8,5	4,5	17,5	12,9	7,1	—	—	0,1	—	12,9	2,68	118	1,0	1) Synedra acus.; 2) Detritus; 3) Бактеріи по 5—10 въ полѣ зрѣнія.
	11	Вода изъ водоразборной будки № 14 по рѣчкѣ Плюснинкѣ.			14,0	Безъ цвѣта.	Выше 40,0 с.	Безъ запаха.	Нѣтъ.	Тоже.	8,0	6,7	74,0	55,5	18,5	33,7%	10,5	3,7	13,9	17,5	7,1	—	—	0,1	—	12,8	2,8	50	1,0	1) Synedra acus; 2) Мельчайшій песочекъ; 3) Бактеріи по 2—5 въ полѣ зрѣнія.
	12	Вода изъ крана лабораторіи Хабаровскаго Мѣстнаго Лазарета.			14,0	Желтоватый.	37,0 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Нейтральная.	23,0	15,0	63,0	42,4	26,0	32%	13,75	4,5	15,95	5,95	10,65	—	—	0,3	—	11,49	2,48	94	1,0	1) Synedra acus.; 2) Synura uvella; 3) Eudorina elegans; 4) Мельчайшій песокъ.
ИЗЪ ЧАСТНЫХЪ ВОДОПРОВОДОВЪ.	13	Вода изъ водокачки для кадетскаго корпуса, бассейнъ № 1; сюда накачивается вода.	30 іюля 1913 года.	Ясная, безоблачная. Барометрическое давленіе 750 мм.	18,0	Тоже.	20,0 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Щелочная.	88,0	23,5	103,2	43,5	59,7	15%	15,5	18,7	25,8	31,8	17.75	—	—	0,4	—	11,66	3,93	104	1,0	1) Synura uvella; 2) Glaucoma scyntillans; 3) Schwefeleisen 4) Масса бактерій; 5) Песокъ мельчайшій.
	14	Тоже бассейнъ № 2; вода, прошедшая черезъ фильтръ.			18,0	Тоже.	28,0 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Тоже.	74,0	11,9	136,4	85,9	50,5	37%	21,9	19,9	38,4	59,4	14,2	—	—	0,2	—	10,5	7,35	92	1,0	1) Glaucoma scyntilans; 2) Paramaec. (инфузоріи); 3) Eisenhydroxyde; 4) Cladothrix dichotoma.
	15	Вода изъ крана въ зданіи Кадетскаго корпуса.			14,0	Тоже.	Выше 40,0 с.	Тоже.	Нѣтъ.	Съ щелочнымъ оттѣнкомъ.	59,4	6,7	86,8	53,9	32,9	38,2%	13,5	16,7	31,7	32,2	17,75	—	—	0,1	—	11,66	3,3	58	1,0	1) Synedra acus; 2) Navicula cryptocephala; 3) Detritus; 4) Мельчайшій песокъ.
	16	Вода изъ бассейна водокачки для желѣзнодорожной станціи.			14,0	Тоже.	16,0 с.	Пахнетъ иломъ.	Нѣтъ.	Щелочная.	83,0	8,5	79,0	50,5	19,5	24,7%	6,5	3,5	22,5	20,9	17,75	—	—	0,3	—	12,7	3,68	1036	0,1	1) Synura uvella; 2) Glaucoma scyntillans; 3) Starkekurve-von pisum sativum; 4) Sphaerot. natans; 5) Schwefeleisen.
ИЗЪ КОЛОДЦЕВЪ.	17	Вода изъ колодца на углу рѣчки Чердымовки и Поповской улицы.	30 іюля 1913 года.	Ясная, безоблачная. Барометрическое давленіе 750 мм.	12,0	Тоже.	Выше 40,0 с.	Сильно-затхлый.	Есть.	Рѣзко-щелочная.	88,0	11,5	316,0	226,5	89,5	28,3%	36,3	7,5	73,5	71,5	71,0	50,06	Слѣды	0,4	—	12,43	26,28	91	0,1	1) Glaucoma scyntillans; 2) Crenotrix polispora; 3) Gallionella ferruginea; 4) Detritus.
	18	Тоже на углу Чердымовки и Корсаковской улицы.			5,0	Безъ цвѣта.	Выше 40,0 с.	Затхлый.	Есть.	Ясно-щелочная.	93,0	31,5	292,8	249,5	43,3	15%	18,3	6,5	93,5	85,9	2 ,3	109,86	—	0,3	—	4,7	26,4	46	0,1	1) Glaucoma scyntillans; 2) Schwefeleisen; 3) Waschblau; 4) Уголь; 5) Starkekorn von solanum tuberosum.
	19	Тоже на углу Чердымовки и Лисуновской улицы.			5,0	Тоже.	Выше 40,0 с.	Тоже.	Есть черезъ 10 ч.	Щелочная.	62,2	24,3	380,0	239,1	140,9	37%	26,3	17,5	89,4	97,0	118,25	53,06	—	0,4	—	6,4	27,3	36	0,1	1) Cladotrix dichotoma; 2) Eisenhydroxyde; 3) Beggiatoa alba; 4) Paramaec. (инфузоріи).
	20	Тоже на углу Плюснинки и Хабаровской улицы.			4,5	Тоже.	Выше 40,0 с.	Тоже.	Есть.	Съ щелочнымъ оттѣнкомъ.	71,0	17,15	1465,2	818,2	646,5	44,1%	83,1	4,7	218,7	291,7	568,0	Слѣды	—	0,4	38,0	7,75	42,0	56	0,1	1) Glaucoma scyntillans; 2) Euglena; 3) Waschblau; 4) Schwefeleisen; 5) Steinkasle; 6) Papierfaser.
	21	Тоже на углу Плюснинки и Корсаковской улицы.			4,5	Тоже.	Выше 40,0 с.	Безъ запаха.	Нѣтъ.	Щелочная.	53,2	3,5	210,0	176,5	33,5	15,2%	18,5	5,5	92,5	74,5	17,75	—	—	0,2	—	5,58	20,38	76	0,1	1) Glaucoma scyntillans; 2) Euglena viridis; 3) Beggiatoa alba; 4) Cladotrix dichotoma; 5) Eisenhydroxyd.