

ОТЧЕТНЫЙ СБОРНИК ДЕЗИНФЕКЦИОННОЙ СТАНЦИИ

(ДЕЗКАМЕРЫ)

ОДЕССКОГО ГУБЗДРАВОТДЕЛА

за 1918-1922 г.г.

Под редакцией Зав. Дезстанцией, ст. ассист. Одесск. Мед. И-та

Л. В. ГРОМАШЕВСКОГО.

1952 г.

2012

1972

1952 г.

~~0219~~

ИНВЕНТАР
№ 4808

Одесса, 1923 г.

4.48

0-417

ПЕРЕОБЛІК

614.48

0-

*Посвящается памяти жертв
профессионального дома — работ-
никам Дезстанции, павшим на
своем посту.*

1. Петровский А. Н., дезинфектор, умер 1/II. 1919 г. от сыпн. тифа
2. Величко А. К., " " 12/IV. " " " " "
3. Гинзбург М. М., " " 25/IV. " " " " "
4. Рабинович Н. С., врач, " 1/VI. " " " " "
5. Кобельт А. В., дезинфектор, " 13/VI. " " " " "
6. Пилковский М. К., " " 31/VIII. " " " холеры.
7. Тесельский А. А., " " 9/XII. " " " сыпн. тифа
8. Фролов М. М., дворник, " 13/XII. " " " " "
9. Гельфенбейн Н. Б., кучер-санитар, " 29/XII. 1920 " " " "
10. Зибелис Ш. Ш., дезинфектор, " 22/III. 1921 " " возвр. тифа.
11. Слободянюк А. Г., " " 10/IV. 1922 " " сыпн. "
12. Безносков Г. С., дворник, " 20/IV. " " " возвр. "
13. Зубанов Ф. И., кучер-санитар, " 30/IV. " " " " "
14. Цукеркандель А. Ш., сторож, " 28/V. " " " " "
15. Костынецкий И. И., кучер-санитар, " 15/VII. " " " сыпн. "
16. Тарнавский И. В., " " 12/IX. " " " возвр. "
17. Кац Л. А., кучер-санитар, умер в феврале 1921 г., оставил службу
1/XII 1920 года.
18. Волошин А. А., кучер-санитар, умер в марте 1921 г., оставил
службу 1/III 1921 года.
19. Фурман З. Н., кучер-санитар, умер в сентябре 1922 г., оставил
службу 22/VII 1922 года.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Основу настоящего Сборника составляют 3 доклада врачей И. Л. Дайлиса („Два года в Дезинфекционной Камере“), Л. В. Громашевского (Прошлое, настоящее и будущее Одесской Дезинфекционной Станции“) и С. В. Цыганова („Отчет о деятельности Одесской Дезинфекционной Станции за 1920-й год“), заслушанные в годичном заседании врачей Одесской Дезстанции 2 го апреля 1921 года, созванном при участии ряда приглашенных товарищей по случаю двухлетия учреждения института врачей Дезстанции. Затруднения материального свойства не дали возможности выпустить Сборник, как это предполагалось первоначально, в составе упомянутых трех статей, в течение 1921 года.

Это обстоятельство, естественно, требует включения в Сборник и „Отчета о деятельности Одесской Дезинфекционной Станции за 1921-й год“, составленного также С. В. Цыгановым.

Кроме того в Сборник включаются: 1) „Эпидемиологический обзор весенней эпидемии сыпного тифа в Одессе в 1918 году“, составленный Л. В. Громашевским и представленный в свое время б. Санитарному Бюро, как отчет об эпидемиологической работе Дезстанции за соответствующий период; 2) представленный им же на V-м Всероссийском Съезде Бактериологов и Эпидемиологов доклад „К вопросу об организации дезинфекционного дела“ и 3) отчет врача П. А. Капун о работе временного изолятора для бациллоносителей, организованного Дезстанцией на время холерной эпидемии 1919 года. Все эти 3 статьи не могли быть напечатаны ранее в зависимости от общих условий.

Наконец, в виду все затягивающегося осуществления самого выпуска Сборника, к которому мы приступаем лишь на самой границе между 1922 и 1923 годом, в него включается также отчет о деятельности Дезстанции за только что истекший год. Составление этого отчета взяла на себя Заместительница Заведующего Дезстанцией Б. И. Гандельсман.

В Сборник не могли войти по условиям недостатка места, времени и средств несколько работ, предпринятых рядом врачей Дезстанции и относящихся к последнему периоду нашей работы.

Руководящая идея во всех наших работах и деятельности сводилась к тому, что лишь улучшая технику, вводя квалифицированное руководство и объединяя в стенах Дезстанции ряд смежных областей технической противоэпидемической работы — мы стоим на правильном пути в области дезинфекционного дела. Этой идеей мы руководствовались в нашей повседневной работе, в наших организационных построениях. Ту же мысль мы проводим и в настоящем Сборнике и одновременно представляем на суд товарищей-читателей плоды нашей работы.

Мы не даем здесь ни крупных научных исследований в области дезинфекционного дела, ни разрешения тех или иных основных научных вопросов. В условиях тяжелого, в прямом смысле слова, физического труда, незнакомого другим врачевным группам, при постоянной перегруженности работой по борьбе с пандемиями, под ударами инфекций, то и дело прорывавших наш собственный фронт — не хватало сил, чтобы уделять должное внимание в этом направлении.

Мы даем лишь тот материал, который нам, объединенным работой, взаимным пониманием и единой целью, удалось собрать в немногие свободные от работы часы.

Мы, конечно, ни на минуту не забываем, что на каждом шагу наш труд, нередко в значительно более тяжелой форме, разделяли с нами все наши товарищи-сотрудники, весь персонал Дезстанции, проявивший во всей своей работе бесконечный героизм, сознательное и преданное отношение к своему делу.

Об этом говорят имена тех, памяти которых мы посвящаем свой труд.

Л. Громашевский.

Гор. Харьков.
4/1 1923 г.

Два года в Дезинфекционной Камере.

(Эпидемиолого-статистический отчет о работе врачей
дезинфекционных отрядов)

Врача И. Л. ДАЙЛИСА.

Основная задача дезинфекционной камеры или, вернее, станции, — борьба с инфекционными заболеваниями. В переживаемое нами время, когда проведение в жизнь основных санитарно-гигиенических мероприятий сопряжено с чрезвычайными трудностями, а иногда даже невозможно, роль дезинфекционной станции в борьбе с инфекциями чрезвычайно важна и, можно смело сказать, она единственно ведет реальную борьбу с эпидемиями. Через нее проводится госпитализация инфекционных больных, и создание из нее специального эвакуационного пункта, через который исключительно должна проводиться эвакуация в госпиталя, тормозится из-за недостаточности транспортных средств; она проводит изоляцию окружающих, правда, не совсем широко из-за неприспособленности помещения и из-за общих условий жизни; в ее функции входит банно-дезинфекционное дело; наконец, ею единственно в городе проводятся дезинфекционные мероприятия на местах, в очагах, как с целью локализации заболеваний, так и с профилактической.

В мою задачу не входит обзор деятельности камеры эвакуационной, изоляционной и банно-дезинфекционной; это требует особой разработки. Я хочу представить только картину деятельности дезинфекционных отрядов с начала работы в них врачей по апрель 1921 г., т. е. за два года. До апреля 1919 года в камере было всего два врача-заведующий и помощник его; в дезинфекционных отрядах были исключительно дезинфекторы, правда, опытные, работавшие в камере в течение многих лет. Лишь в конце марта 1919 года, по инициативе заведующего камерой доктора Л. В. Громашевского, санитарным бюро б. Городской Управы были приглашены 5 врачей в отряды. В мае месяце 1919 года, существовавшее тогда санитарное бюро общества охранения здоровья еврейского населения „Озе“ в виду колоссальности эпидемии сыпного тифа и появления холеры организовало для района Молдаванки 5 дезинфекционных отрядов, которые были приданы дезинфекционной камере и помогали ей в работе на местах. Отряды „Озе“ существовали до мая 1920 г.

Два года работы врачей в дезкамере необходимо разделить на два периода. Первый, охватывающий собой год — с апреля 1919 по

апрель 1920 г. — прошел почти бесследно, не оставив достаточного материала для оценки их работы. Последняя велась, можно сказать, почти механически, и суть ее сводилась преимущественно к техническому производству дезинфекций на местах, без достаточного внимания в сущность работы и проведения эпидемиологических наблюдений, а главное, без фиксирования своей работы в той или иной форме на бумаге для разработки. Объясняется это, правда, колоссальностью работы (приходилось нередко выполнять в день 15—20 холерных адресов), а также недостаточной планомерностью работы врачей на первых порах. Лишь к концу первого года, по инициативе группы врачей, была проведена организация научного совещания врачей дезкамеры и работа их введена в научную колею. Одной из первых мер явилось создание, во 1-х, дезинфекционных карточек, в которых фиксируются все проходящие через руки врачей инфекционные случаи в виде ответов на ряд вопросов эпидемиологического характера и, во 2-х, месячной отчетности, которая дает картину как работы врачей в отрядах, так отчасти и хода эпидемий в городе в связи с принятыми мероприятиями. Карточка была введена с 1-го апреля 1920 г. и таким образом за последний год (2-й пребывания врачей в камере) можно создать более полную и отчетливую картину работы врачей отрядов, чем за 1919 г., и дать некоторые эпидемиологические данные.

В настоящей работе мы рассмотрим сначала общие данные о деятельности дезотрядов, а затем отдельно по инфекциям.

Общие данные.

В 1-й год работы врачей (с апреля 1919 по апрель 1920 года) выездов на дезинфекцию было произведено 10.335, за 2-й год 14.914, т. е. за два года 25.249 (кроме того 6391 — отрядами „Озе“). (см. таблицу 1).

Наибольшее количество выездов в 1919 г. было в мае и декабре, в 1920 г. — апреле и в 1921 г. — марте. Цифры выездов связаны главным образом с тремя инфекциями, приблизительно сменяющимися друг друга; главенствующие цифры принадлежат сыпному тифу, август — сентябрь 1920 г. связан с холерой, давшей значительную вспышку (см. диаграмму 1).

Из всего этого количества выездов дезинфекций было исполнено 15.281 (в том числе 3386 произведенных отрядами „Озе“) т. е. % исполнения равен 48,7%. В 1920-21 году было исполнено 7,100, а в 1919-20 г. — 8,181. Если мы из этого числа исключим работу „Озе“, эпидемиологически не оставившую следов, то получим следующие цифры: в 1919-20 г. — 5488 исполненных дезинфекций, в 1920-21 г. — 6,407 (см. таблицу 2).

Таким образом количество дезинфекций, произведенных отрядами дезкамеры как в 1919-20 так и в 1920-21 годах почти одинаково. Разница имеется в % исполнения. В 1919-20 г. этот % равен 53,3, в 1920/21 году — около 43,0. Это объясняется разным распределением инфекций в эти 2 года: в 1919-20 г. и значительно больше было больных сыпным тифом, и мы пережили большую вспышку холеры. Наибольший % исполнения дал апрель 1920 года в связи с колоссальным

Количество выездов на дезинфекции.

Название болезни	1919 год												1920 год					1921 г.			ВСЕГО				
	Апр.		Май		Июнь		Июль		Авг.		Сент.		Окт.		Нояб.		Дек.		Янв.	Февр.		Март			
Сыпной тиф	866	1160	604	402	41	121	204	381	1009	797	502	731	1719	1133	461	148	51	18	19	59	109	352	506	764	12157
Возврат. тиф	39	63	42	50	14	73	62	70	77	33	11	21	107	13	211	266	166	137	59	83	181	371	475	592	3333
Брюшной тиф	3	8	18	84	45	337	291	78	51	13	5	7	15	14	4	157	210	304	215	387	383	246	187	183	3281
Неоуред тиф	—	—	—	38	3	7	63	50	67	40	3	22	28	35	199	201	198	72	173	201	205	197	150	204	3222
Холера	—	1	—	52	561	299	61	7	2	2	2	55	21	7	8	13	50	34	—	—	—	—	—	—	1275
Оспа	8	18	16	8	3	2	4	5	9	7	—	9	27	30	22	15	17	11	16	43	48	51	63	84	515
Дифтерия	8	4	11	10	6	11	6	9	6	3	2	4	5	2	3	11	38	46	67	53	26	20	12	8	371
Скарлатина	—	2	—	1	2	3	14	10	12	3	2	2	4	6	9	36	54	84	119	196	103	87	57	43	849
Корь	5	1	3	3	2	4	6	4	2	1	—	—	2	2	3	7	3	7	10	12	18	6	2	1	104
Туберкулез	9	9	7	10	6	4	6	6	1	5	1	1	1	1	10	6	7	5	3	8	14	4	5	3	132
Сад	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	2	—	—	—	—	—	6
Друг. инф. заб.	3	2	7	6	2	3	4	8	3	—	—	2	15	14	14	9	8	8	13	28	20	23	26	28	246
Мероприятия	8	19	13	28	8	20	14	18	13	23	29	33	20	15	47	7	43	41	31	47	68	64	37	49	758
ВСЕГО	949	1287	730	692	799	884	735	646	1252	927	557	837	1964	1389	1027	1062	846	767	727	1117	1175	1421	1520	1959	25249

Таблица 1.

Количество исполненных дезинфекций по инфекциям и месяцам.

Название болезни	1919 г												1920 г												1921 г.			ВСЕГО
	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.	Янв.	Февр.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.	Янв.	Февр.	Март				
Сыпной тиф	417	609	377	244	25	88	119	281	428	392	182	244	893	625	257	85	31	10	10	20	52	154	230	403	6166			
Воэвратный тиф	26	30	22	23	5	51	42	49	21	9	5	—	57	68	106	121	78	57	18	18	52	91	124	236	1309			
Брюшной тиф	—	2	11	41	39	218	191	58	19	6	—	2	11	9	22	54	101	149	62	79	82	58	60	58	1332			
Неопредел. тиф	—	—	—	16	6	3	38	23	35	12	—	—	16	22	74	102	92	33	58	55	75	70	43	64	832			
Холера	—	1	—	43	453	196	41	4	2	—	—	10	16	7	6	11	41	25	—	—	—	—	—	—	856			
Оспа	4	6	5	5	—	2	2	3	3	1	—	3	15	14	14	7	9	3	7	14	15	23	25	32	212			
Дифтерия	5	2	6	5	4	6	5	9	4	—	2	—	4	1	1	5	17	20	26	13	12	7	1	2	167			
Скарлатина	—	—	—	1	2	2	9	8	6	2	—	1	3	2	4	21	25	53	46	54	36	35	11	9	330			
Корь	1	—	3	1	1	3	4	2	2	—	—	—	2	1	—	5	3	4	6	1	4	1	—	—	44			
Туберкулез	5	7	4	7	4	3	4	3	—	2	1	1	1	1	8	4	3	4	2	5	10	1	2	2	84			
Сал	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	2	—	—	—	—	—	5			
Друг. инф. забол.	—	1	4	5	—	3	3	3	1	—	—	—	8	3	4	3	3	2	4	2	4	8	3	6	70			
Меропиятия	7	10	12	20	5	18	6	8	6	16	16	19	22	15	25	35	30	31	20	25	52	47	22	31	498			
ВСЕГО	465	668	444	411	544	593	459	451	527	440	206	280	1048	763	521	455	434	391	261	286	394	495	511	843	11895			

Таблица 2.

под'емом кривой сыпного тифа: исполняемость дезинфекций при преобладании этих наиболее серьезных инфекций, естественно, оказывается наибольшей (см. диаграмму 2).

Дезинфекционные отряды обслуживают весь город, захватывая окраины и пригороды (Дальние и Ближние Мельницы, Большой Фонтан, поля орошения, Кривая Балка и пр.). Главное количество работы падает на город, при чем наиболее пораженной частью является Молдаванка, наиболее загрязненный, наиболее скученный, наиболее голодающий район. Так, выездов было в 1920-21 году:

	В город	На Молдаванку		В город	На Молдаванку
Сыпной тиф	1559	1744	Холера	52	30
Возврати. тиф	555	929	Оспа	112	136
Брюшной тиф	724	886	Дифтерия	145	76
Неопред. тиф	514	863	Скарлатина	273	261

Исполненных дезинфекций было в 1920—21 г.:

	В городе	На Молдаванке		В городе	На Молдаванке
Сыпной тиф	1122	1189	Холера	44	18
Возврати. тиф	258	483	Оспа	49	78
Брюшной тиф	340	321	Дифтерия	64	38
Неопред. тиф	225	306	Скарлатина	139	131

Из этих двух табличек явствует, что, кроме холеры, пощадившей в 1920-21 году Молдаванку, и дифтерии, — все инфекции дают обильную жатву на Молдаванке*). При этом оба санитарных участка, Петропавловский и Михайловский, дают приблизительно одинаковое количество и выездов, и исполненных дезинфекций. В городском районе на первом месте по количеству работы стоит Александровский, на втором Херсонский.

Имеются как в городе, так и на Молдаванке особенно „фатальные“ улицы, где инфекционные заболевания разного рода (тифы) являются постоянными и куда выезды на дезинфекцию производятся почти ежедневно. Конечно, причина этому — невероятная загрязненность домов этих улиц, скученность населения, полное отсутствие всяких необходимых санитарно-гигиенических условий и в связи с этим полная невозможность проведения каких-либо рациональных мер по борьбе с этим сплошным очагом. Такими улицами в первую очередь являются Госпитальная и Болгарская (Михайловский I участок), Средняя и Картамышевская (Петропавловский участок), Большая и Малая Арнаутские улицы (город). (См. табл. 3).

Цифры, представленные в данном отчете, не вполне совпадают с цифрами статистического подотдела. Зависит это прежде всего от слабо до недавнего времени налаженной связи между дезкамерой и этим под'отделом. Лишь с ноября месяца 1920 года удалось такую связь установить, и с этого времени расхождение в цифрах — небольшое и уже зависящее от недостаточности отрядов в дезкамере.

Термин „исполненные дезинфекции“ не обозначает исключительно дезинфекцию самое по себе; под этим подразумевается ряд ме-

*) Сюда не входят цифры выездов и произведенных дезинфекций отрядов „Озе“, работавших исключительно на Молдаванке.

роприятий эпидемиологического характера, заканчивающийся дезинфекцией. Здесь и обнаружение новых больных, и госпитализация их, и изоляция окружающих, и отбирание проб на бациллоношение, и связь с различными противоэпидемическими организациями и пр. И все это проводилось энергично персоналом дезкамеры. Центральной функцией, конечно, являлось производство дезинфекций на местах.

Распределение инфекционных заболеваний по улицам.

Название улиц	Сыпной тиф		Возврат. тиф		Брюшной тиф		Неопред. тиф	
	выезды	исполн. дезинф.	выезды	исполн. дезинф.	выезды	исполн. дезинф.	выезды	исполн. дезинф.
Госпитальная . . .	259	152	129	52	174	39	121	60
Болгарская	230	140	126	69	75	39	95	58
Средняя	201	99	113	43	128	37	90	29
Картамышевская	207	63	97	47	49	31	67	28
Б. Арнаутская . .	159	89	64	26	87	16	48	29
М. Арнаутская . .	162	99	74	37	64	22	43	27

Таблица 3.

Способов дезинфекции в нашем распоряжении имелось несколько, и мы ими пользовались, индивидуализируя каждое заболевание, каждый случай. Основная форма и наиболее применяемая — дезинфекция вещей в паровом аппарате, т. е. забор всех зараженных вещей в дезкамеру. Такой способ дезинфекции является во всех случаях, при всех заболеваниях наиболее надежным, ибо 120° температуры и две атмосферы давления (мощность аппарата дезкамеры) безусловно убивают всех микробов, даже спорообразующих. Таким образом, этот способ применялся при всех инфекциях и в огромном % всех случаев. Так, в 1920-21 годах — в 3972 случаях (в 62%) вещи были взяты; не взяты за ненадобностью — в 1090 случаях (17%) и „заразных“ вещей не оказалось в 1345 сл. (21%).

Из химических способов дезинфекции наиболее частой являлась пульверизация помещения и заразных вещей (мебели) мыльно-крезоловым раствором или нафтолизолом, когда он был. Применение этого именно препарата связано с эпидемиями сыпного и возвратного тифов, при которых он, как противопаразитарный, действителен (см. дальше). Этот способ применялся в 1919-20 году — в 5200 случаях, в 1920-21 — в 4861 сл.

При других заболеваниях (брюшной тиф, холера и пр.), при которых необходимо применение дезинфицирующих средств, мы употребляли в соответствующих случаях сулему, именно пульверизацию 1% раствором ее. Таких дезинфекций в 1919-20 году было произведено 639, в 1920-21 г. — 800.

Далее, в случаях кишечных инфекций (брюшной тиф, холера, дизентерия), для производства дезинфекций в уборных, применялось 20% известковое молоко или 4% эмульсия хлорной извести.

Наконец, применялись и газовые дезинфекции, при чем для целей дезинсекционных (сыпной и возвратный тиф, оспа) — сернистый ангидрид (сжигание серничков), для дезинфекционных формальдегид (пары формалина). Всего серных дезинфекций было произведено в 1919-20 г. — 52, в 1920-21 — 332. Увеличение количества серных дезинфекций в 1920-21 г. объясняется значительно усилившейся загрязненностью населения, в

особенности района Молдаванки, где больше всего применялась сера (из 332 сл. в 196 сл. на Молдаванке) и кроме того большим числом отказов от выдачи вещей в камеру для дезинфекции паром. Отказ этот обуславливался длительной задержкой вещей в камере, в связи с невозможностью их продезинфицировать срочно из-за недостатка топлива. Формалиновых дезинфекций было произведено в 1919-20 г.—58 и в 1920 г.—157. Увеличение это зависело от повышения заболеваемости дифтерией и скарлатиной.

Всего количество продезинфицированных комнат в 1919-20 году равнялось (с мероприятиями) — 7832, в 1920-21 году (без мероприятий) — 5135, при чем вся квартира (не менее 3-х комнат) дезинфицировалась в 126 случаях, 2 комнаты в квартире — в 244 сл., 1 комната — в 3669 сл. и часть комнаты — в 601 случ.; уборные при квартирах — в 429 сл., общие дворовые отхожие места — 215 сл. Было несколько случаев дезинфекции конюшен (сап), сараев и пр.

Важными сопутствующими дезинфекции эпидемиологическими мероприятиями являлись купанье или купанье с одновременной дезинсекцией одежды лиц, соприкасавшихся с больными. Для этого или выдавались билеты в баню на Ремесленной 48, находившуюся в ведении камеры, или такие лица направлялись в специальную дезинфекционную баню при дезкамере (последняя в виду частой недостачи воды в водопроводе работала крайне нерегулярно). За 1920-21 год по отчетам было выдано врачами камеры 4851 билет. Другим моментом связанным с дезинфекцией являлась изоляция лиц окружающих больного. Таковая производилась или в госпиталь № 10 (Новосельская, 64), куда направлялись лица из холерных, оспенных, дифтерийных и скарлатинозных очагов, или в барак при дезкамере, где изолировались лица из сыпно-тифозных или возвратно-тифозных квартир. В 1919-20 году в бараке камеры было изолировано 1307 человек; в 1920-21 году — 1004. В госпиталь № 10 в 1920-21 г. было направлено для изоляции врачами дезкамеры 64 человека подозрительных на бациллоношение по холере, 109 лиц из квартир, где были заболевания оспой, 14 — дифтерией и 13 — скарлатиной.

Как было уже выше упомянуто, врачами камеры проводились и мероприятия эпидемиологического характера, с дезинфекцией не связанные. Во главу таких мероприятий надо поставить госпитализацию обнаруженных больных. Имеющиеся за 1920-21 год данные показывают, что врачами дезкамеры было обнаружено новых больных 629 в квартирах, куда врачи отрядов были направлены для производства дезинфекции и 381 — в других квартирах, куда они попадали при обходе дома для обнаружения больных или при выяснении случаев из опроса жильцов. Наибольшее количество из них было сыпно-тифозных — 462; возвратно-тифозных было 190, брюшно-тифозных 117, больных невыясненным тифозным заболеванием — 129, оспой — 10, дифтерией — 14 и скарлатиной — 59. Из этого числа было госпитализировано: больных сыпным тифом — 141 (31%), возвратным тифом — 83 (44%), брюшным тифом — 37 (31,5%), невыясненным тифом — 83 (59%), оспой, — 7 (70%), дифтерией — 1 (7%) и скарлатиной 3 (5%). В неодинаковой удачности госпитализации играет роль район: городской район дал значительно меньший % госпитализации (из 545 — 111, т.-е. 20%), чем Молдаванка (из 168 госпитализированы 131, т.-е. 79%).

Связь с противоэпидемическими организациями все время, несмотря на все попытки в этом направлении, налаживалась крайне туго. Лишь единичные госпиталю регулярно давали сведения о всех вновь поступающих инфекционных больных, да некоторые эпидемические

врачи. С ноября же месяца, по инициативе врачей камеры, удалось наладить связь с санитарно-статистическим подотделом путем ежедневной присылки последним в дезкамеру сведений о зарегистрированных новых больных.

Связь с противоэпидемическими организациями нужно рассматривать с двух точек зрения: 1) связи врачей дезкамеры с этими организациями и 2) связи организаций с дезкамерой. Первый род связи заключался, главным образом, в передаче через камеру или лично санитарным или эпидемическим или школьно-санитарным врачам различных сообщений санитарно-эпидемиологического характера. В виду плохой налаженности такой связи всего за 1920-21 г. было сделано сообщений врачами камеры лично эпидемическим врачам 143, санитарным врачам—27 и школьно-санитарным врачам—29. Через камеру же послано 2333 сообщения. Второй род связи заключается в требованиях со стороны противоэпидемических органов о посылке дезкамерой карет для перевозки инфекционных больных или дезинфекционных отрядов на места.

По данным 7905 карточек наибольшее количество вызовов производится эвакуаторами дезкамеры (25,5%), обязанностью которых является вызов на дезинфекцию после эвакуации каждого инфекционного больного. Госпиталями всеми сообщено о 2825 случаях, (25,7%). Наиболее аккуратными являлись 1-я и 3-ья Советские больницы и госпитали №№ 1 и 5, которые довольно регулярно посылали сведения о всех поступающих за день инфекционных больных. С другими больницами и госпиталями связи наладить не удалось, в виду упорного игнорирования последними всех просьб и распоряжений относительно сообщения в дезкамеру о поступающих больных (см. табл. 4).

Количество вызовов на дезинфекцию.

Название болезни	Совет. больницы		Госпиталь		Другие инфекц. госп.	Эпид. и рай. он. врачи	Посторон. лица	Часные врачи	"Озе"	Сан. Статистич. подд.	Врачи отрядов	Эвакуаторы дезкам.
	1-я	3-я	№ 1	№ 5								
Сыпной тиф	214	409	184	44	3	226	430	147	229	113	99	926
Возвратный тиф	86	309	95	30	2	44	52	18	16	188	27	293
Брюшной тиф	29	189	201	20	2	71	43	12	3	483	9	335
Неопредел. тиф	6	471	135	8	9	28	33	3	5	131	5	268
Холера	13	2	—	—	—	26	15	2	1	—	—	56
Оспа	95	—	—	—	—	16	18	6	2	58	5	38
Дифтерия	72	—	1	—	—	10	37	9	1	34	4	8
Скарлатина	179	—	—	—	—	37	110	48	1	38	10	63
Корь	5	1	—	—	—	3	15	6	—	—	—	7
Туберкулез	—	—	—	—	—	—	32	4	—	—	2	5
Дизентерия	5	—	—	—	—	1	6	—	—	4	—	7
Другие заболев.	6	—	—	—	—	2	14	—	2	70	2	6
ВСЕГО	710	1381	616	102	16	464	805	254	260	1119	163	2015

Таблица 4.

Здесь интересно рассмотреть вопрос о своевременности доставки сведений об инфекционных больных. Конечно, наиболее своевременным является вызов эвакуаторов, так как в таких случаях имеются свежие больные, и дезинфекция уместна. Эвакуаторы, как правило, дают сведения о вывезенных ими больных в тот же день. Для других

же организаций (госпиталей) — обычное извещение — через сутки после поступления больного. В довольно большом % случаев мы имеем запаздывание, доходящее даже до 2 х недель после начала заболевания. Такие запоздалые сообщения получают, главным образом, из санитарно-статистического подотдела, оперирующего сообщениями с мест (уведомительными карточками, талонами) районных и иногда вольнопрактикующих врачей

Быстрота исполнения дезинфекций находится, главным образом, в зависимости от количества имеющихся в камере отрядов и, поэтому, варьирует. По некоторым заболеваниям, как холера, дезинфекция считалась наиболее экстренной, и выезды для производства ее совершались возможно быстрее. В эпидемию 1920-21 г. были даже организованы дневные дежурства отрядов, которые немедленно выезжали на случаи.

Наибольшее же число дезинфекций исполнялось на следующий день после вызова — 2708 (55,8%); в день вызова дезинфекция была произведена в 281 случаях (5,8%). (См. диаграмму 3).

Неисполненные вызовы на дезинфекцию делятся на две категории: окончательно неисполненные, ликвидированные случаи без производства дезинфекции по той или иной причине и отложенные, повторно посещаемые и в результате или исполненные или вовсе не исполненные. В свою очередь обе категории, по номенклатуре выработанной совещанием врачей дезкамеры, делятся на несколько групп. Так, неисполненные, на основании причин не выполнения, делятся на 4 груп-

Количество выездов на дезинфекцию после вызовов.

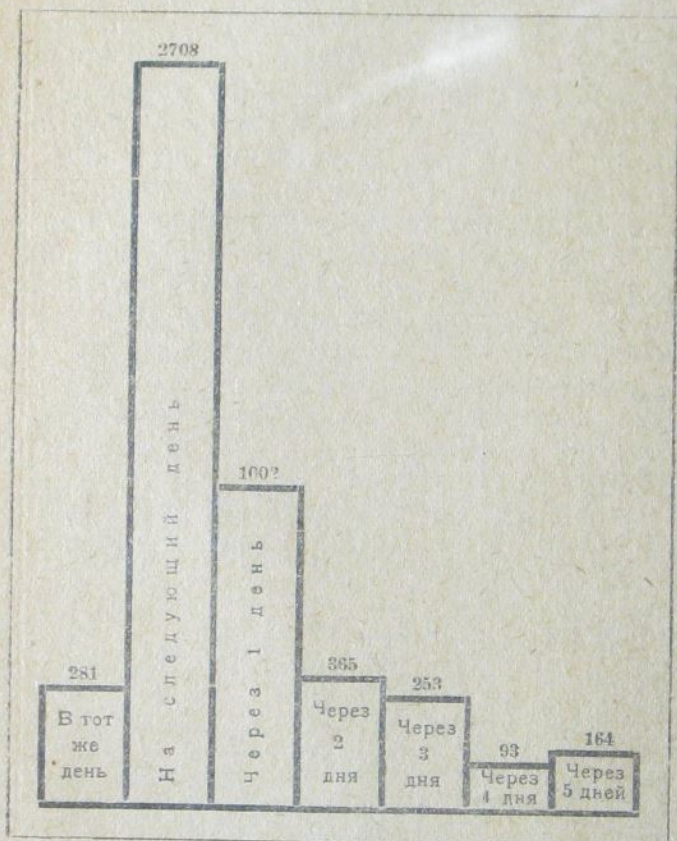


Диаграмма 3.

пы: 1) дезинфекция не нужна, т.е. случаи, при которых врач отряда считает производство дезинфекции не нужной (подробности дальше), 2) дезинфекция произведена собственными средствами, 3) вторичный вызов, т.е. случаи, при которых вызовы на дезинфекцию были произведены различными лицами, и адреса попали в различные отряды и 4) отказались от дезинфекции. Вторая категория — отложенные — делятся на: 1) квартира заперта, т.е. случаи, при которых приезжавший отряд заставал квартиру запертой и принужден был приезжать вторично, 2) хозяев или взрослых не было дома, 3) не розыскан, 4) в квартире больной, 5) в квартире покойник, 6) не приготовились, 7) дезинфекция не закончена, 8) дезинфекция отложена до эвакуации окружающих и 9) дезинфекция отложена до выяснения диагноза.

В дальнейшем необходимо будет остановиться на каждой группе; предварительно же рассмотрим некоторые общие положения.

К сожалению, за 1919-20 год мы обладаем очень скудными сведениями, и данные отчета не могут дать нам ясной картины. Можно только выяснить, что неисполненных вызовов на дезинфекцию было 980 (по двум разрядам — «произведено собственными средствами» и «отказались», согласно старым камерским делениям) и отложенных — 3847. В 1920-21 г. не исполнено было 3075 вызовов и отложено 5431.

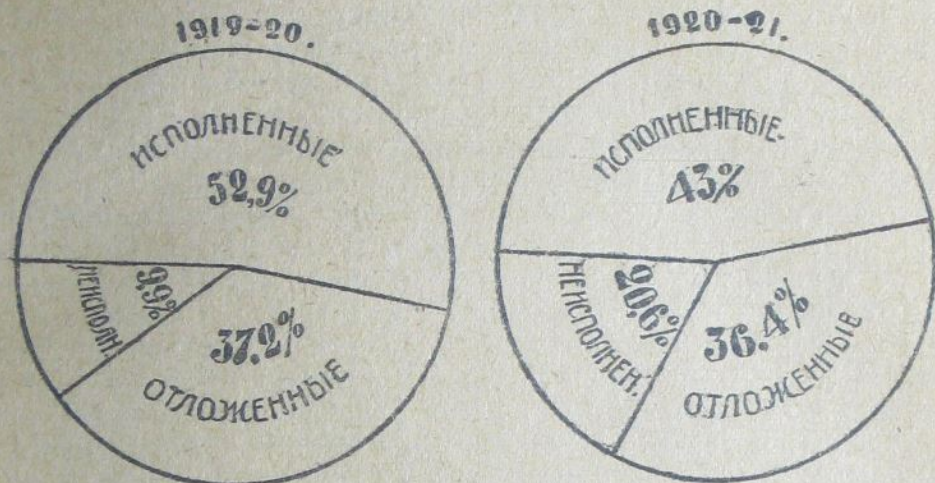


Диаграмма 4.

Из диаграммы 4 видно, что % исполнения в 1920-21 г. понизился на 10% за счет, главным образом, неисполненных дезинфекций, при чем это обстоятельство, как это будет ясно в дальнейшем, зависит от преваляирования брюшного и неопределенного тифов в этом году.

15,7% (9,9% в 1919-20 г. и 20,6% в 1920-21 году) всех полученных вызовов было по тем или иным причинам неисполнено. Причины эти распределяются следующим образом: в 50,1% дезинфекция оказалась ненужной, в 21,2% дезинфекция была произведена собственными средствами, в 14,4% — повторный вызов и в 14,3% — отказались (см. диаграмму 5).

Огромный % всех неисполненных вызовов зависит от ненужности дезинфекции. Причины ненужности самые различные и подводить их под общий шаблон невозможно; их необходимо будет отметить при разборе отдельных инфекций. Интересно отметить значительный подъем кривой «ненужности» с октября 1920 г., несомненно основанный на установлении связи с санитарно-статистическим подотделом Губздрава; причины же этому 1) неправильность диагноза, записываемого на талонах часто очень поспешно, при первом и, часто, единственном посещении больного, и 2) запоздание выездов в зависимости как от запаздывания сведений, так и от недостаточного количества дезотрядов.

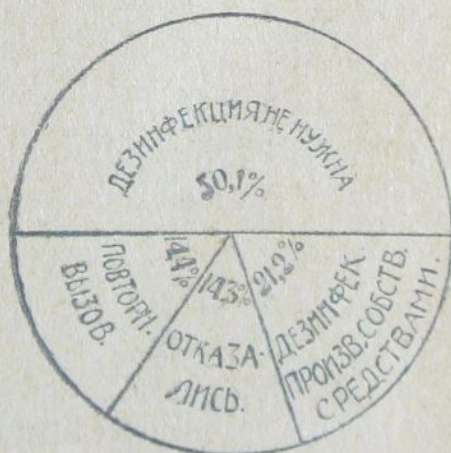


Диаграмма 5.

Случаев, при которых дезинфекция была произведена собственными средствами, в 1920—21 г. было 652, или 21,2%.

Одной из неприятных рубрик неисполненных дезинфекций, наряду с рядом рубрик отложенных, как „квартира заперта“, „хозяев не было дома“ и пр., является „повторный вызов“. Этому способствует не совсем определенное прикрепление (за их недостаточностью) отрядов к районам города. За 1920—21 г. таких лишних выездов было 449 (14,4%). Касаясь организаций, производивших вызовы, надо отметить, что обычная комбинация такова: 1-ый вызов произведен эвакуатором, вывозившим больного, 2-й — больницей или госпиталем (здесь, конечно, играет роль промежуток времени между первым и вторым вызовом); со времени связи с сан-статистическим п/о — 1-ый вызов — госпиталя, 2-й — сан-статист. п/о. Имеется довольно большое количество случаев дублирования сведений об одном и том же больном (1-я и 3-я Совбольницы).

Наконец, четвертая рубрика неисполненных адресов — „отказались“ — дала 434 случая (14,3%). По отношению к числу исполненных адресов процент (6%) не большой. Обычные отметки: „отказались дать вещи“, „отказались от эвакуации“, „категорически отказались от дезинфекции“ (23 сл.). В большинстве случаев причина отказа — нежелание дать в камеру свои вещи по тем или иным соображениям. Одни из боязни, что им попортят вещи („вот, мол, соседка рассказывала, что вещи портят“), другие — что им вещи не вернут („говорят, что вещи пропадают“), третьи — потому что им спать не на чем и т. д., а в общем — „если суждено, то сделаете или не сделаете дезинфекцию, все равно заболеем; а если бог не захочет — не заболеем“. Отказ от предложения эвакуироваться в изоляционный барак мотивируется „холодом“, „есть не дают“, „из квартиры ни за что не уйдем“, без причины или из боязни, что их обкрадут. Большая часть всех случаев отказов (61,9%) падает на Молдаванку.

Карточки „отложенных“ случаев дают не вполне удовлетворительный материал. Если еще случаи обнаружения в посещенной квартире больных отмечались подробнее других, в остальных случаях откладывания дезинфекции подчеркивалась лишь соответствующая фраза и затем случай переводился, как единица, в отчет. Совершенно пропал материал по неразысканным адресам; в этих случаях имеется лишь отметка о лицах или учреждениях, производивших вызовы. А между тем во многих случаях врачами отрядов производились розыски больных, справки по госпиталям и пр.

Всего за 1920—21 год отложенных дезинфекций было 5431 (36,5%). Цифра эта в % отношении приблизительно одинакова с цифрой 1919-20 г. — 37,2%. По месяцам наибольшее количество падает на апрель 1920 г. — 627 сл., в связи с общим подъемом кривой выездов и сыпного тифа; подъем кривой в ноябре месяце, как и кривой неисполненных вызовов, зависит от организации связи с сан-статистическим п/о. В громадном проценте выездов по адресам подотдела на квартирах обнаруживались больные, и дезинфекция откладывалась, или с определением срока вторичного приезда, или до сообщения.

Большим препятствием к своевременному выполнению дезинфекций является обнаружение квартир запертыми или отсутствие хозяев или взрослых дома. Приходится по 2—3 раза ездить по одному и тому же адресу, пока дезинфекция не будет исполнена; в некоторых случаях, после 2-го и 3-го посещения вызов приходилось считать ликвидированным без дезинфекции, в виду невозможности производства таковой. Таким образом 1236 зарегистрированных выездов произведены на 672 случая заболеваний; из них в 270 случаях дезинфекция

в результате была произведена, в остальных, после повторных посещений, так или иначе случай был признан ликвидированным (таблицы 5 и 6).

Данных о неразысканных случаях очень мало. В карточках нет указаний, предпринимались ли попытки разыскать место жительства больных путем справок в госпиталях у больных или у лиц вызывавших, а между тем такие розыски производились почти как правило и

„Квартира заперта“.

	Выездов	Случаев	Исполн.	Дезин. не нужна	Дез. произ. соб. средствами	Отказ	До выясн. обстоят.	Остались невыяснен.
Сыпной тиф	457	251	124	10	8	4	—	105
Возвратный тиф	244	97	46	7	2	2	—	40
Брюшной тиф	210	127	14	10	1	—	—	102
Неопред. тиф	227	126	38	8	4	16	—	60
Холера	5	3	2	—	—	—	—	1
Оспа	28	19	12	2	—	—	—	5
Дифтерия	17	17	14	2	—	—	1	—
Скарлатина	48	32	20	3	4	—	1	4
ВСЕГО	1236	672	270	42	79	22	2	317

Таблица 5.

„Взрослых не было дома“.

	Выездов	Случаев	Исполн.	Дезин. не нужна	Дез. произ. соб. средне.	Отказ	Остались невыяснен.
Сыпной тиф	109	78	53	5	—	4	16
Возвратный тиф	48	28	12	6	—	5	5
Брюшной тиф	47	35	14	4	2	4	11
Неопредел. тиф	42	25	12	3	3	2	5
Холера	1	1	1	—	—	—	—
Оспа	9	7	6	—	—	—	1
Дифтерия	9	6	6	—	—	—	—
Скарлатина	14	9	5	2	—	—	2
ВСЕГО	279	189	109	20	5	15	40

Таблица 6.

во многих случаях удавалось выяснить правильные адреса, по которым затем отряды выезжали и производили дезинфекции. Это, главным образом, проводилось по отношению к сыпному тифу, холере, оспе, дифтерии. Из сопоставления карточек и книги нарядов удалось выяснить такой результат лишь в 32 случаях.

На основании 795 карточек удалось составить таблицу 7, по которой можно выяснить, чьими вызовами создаются неразысканные

случаи. Первенство в этом отношении надо отдать больницам и госпиталям. Главная причина этого — недостаточно внимательное отношение регистрирующего персонала, отчасти же умышленное скрывание больными места своего жительства. Связь с санитарно-статистическим п/о значительно увеличила число неразысканных случаев (небрежность персонала, неразборчивость почерка на талонах, неправильные адреса на талонах и пр.).

„Не разыскано“.

	1 Советск. больница	3 Советск. больница	Госпиталь № 1	Госпиталь № 5	„Озе“	Эпидемич. врачи	Вольнопр. врачи	Эвакуато- ры	Посторон. лица	Санит.-ста- тистич. п/о
Сыпной тиф . .	40	90	22	10	26	16	4	6	8	31
Возвратный тиф	19	66	15	18	—	—	—	—	—	61
Брюшной тиф .	10	39	15	5	—	—	1	5	—	48
Неопредел. тиф	1	82	15	9	—	—	—	1	—	39
Холера	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—
Оспа	17	—	—	—	—	—	1	—	—	7
Дифтерия	14	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Скарлатина . . .	19	—	—	—	—	1	2	—	—	20
ВСЕГО . .	122	278	67	42	26	18	8	12	8	214

Таблица 7.

„В квартире больные“.

	1 Советск. больница	3 Советск. больница	Госпиталь № 1	Госпиталь № 5	„Озе“	Эпидемич. врачи	Вольнопр. врачи	Эвакуато- ры	Посторон. лица	Санит.-ста- тистич. п/о
Сыпной тиф . .	10	61	9	2	51	32	8	52	30	25
Возвратный тиф	10	40	14	—	4	12	—	34	—	132
Брюшной тиф .	1	9	9	—	—	2	2	5	—	169
Неопредел. тиф	—	35	7	—	—	11	—	27	—	67
Холера	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Оспа	6	—	—	—	—	—	1	—	1	22
Дифтерия	7	—	—	—	1	—	2	—	1	15
Скарлатина . . .	1	—	—	—	—	4	—	2	2	45
ВСЕГО . .	35	145	39	2	56	62	13	120	34	475

Таблица 8.

Случаев, при которых в квартирах, предназначенных для дезинфекции, обнаруживались больные в 1920-21 было 1656. Нужно отметить резкий подъем кривой обнаружения больных с октября месяца — времени организации связи с санитарно-статистическим п/о (смотри табл. 8). Это вполне понятно: в статистику попадают сведения о всех обнаруживаемых больных (уведомительные карточки, талоны), главным образом, или, вернее, в большом числе от лечащих врачей районов (врачей раймедпомощи), которые регистрируют лежащих на дому боль-

ных. Вообще надо сказать, что могут быть два положения: 1-е, когда отряд застает в квартире того, еще не оправившегося, больного, по поводу заболевания которого и был вызов на дезинфекцию и 2-е, когда застает другого больного. При вышеуказанном условии — вызовах через статистический подотдел — обычно обнаруживается тот же больной. Выезды по сообщениям больниц и госпиталей в большинстве дают обнаружение уже других больных в семье. Я говорю „в большинстве“, ибо имеются случаи обнаружения в квартире больных, выписавшихся из больниц еще больными и мотивирующих свою выписку неблагоприятными условиями пребывания там (холод, плохая пища и пр.). Таких случаев, правда, очень мало: — зарегистрировано всего 11 (6 — сыпнотифозных — вызов эвакуаторов, 3 — неопределен. тиф — вызов 3 Сов. б-цы, 1 скарлатина — вызов 1 Сов. б-цы и 1 брюшной тиф — вызов 3 Сов. б-цы). В последнее время коллегией врачей дезкамеры выработан *modus* повторных посещений таких случаев с целью наблюдения за правильностью текущей дезинфекции и своевременного производства заключительной. Таким образом очаги периодически посещаются, часто по 3 — 4 и больше раз, до момента возможности их ликвидации. Особенно большое количество таких повторных посещений дает Молдаванка, идущая во всех случаях, связанных с эпидемиями, впереди всех районов. Процент случаев, закончившихся производством заключительной дезинфекции, различен для различных инфекций: при сыпном тифе на 280 случаев исполнено 96, при *recurrens'e* на 246 — 54, а при брюшном тифе на 198 сл. всего 12. При разборе отдельных инфекций этого вопроса придется еще коснуться.

Рубрики „не приготовились“ и „до эвакуации окружающих“ означают подготовительный стадий к производству дезинфекции. „Не приготовились“ обычно означает, что назначена дезинфекция серой или формалином, и для этого необходимы некоторые приготовления: вынесение из комнаты портящихся вещей, отопление комнаты до необходимой t° , подготовка материала и проч.. „До эвакуации окружающих“ означает необходимость посылки карет за эвакуируемыми в барак для купанья и дезинсекции одежды или для изоляции до окончания дезинфекции. Таких отложенных по этим причинам случаев за 1920-21 г. было 487 „не приготовились“ и 85 „до эвакуации окружающих“. В этих случаях % исполнения, конечно, большой: в 34 сл. с отметкой „не приготовились“ и 6 случаях с отметкой „до эвакуации“ нет указаний на производство дезинфекции, и лишь в 18 сл. первой категории и 3-х случ. второй были отказы от дезинфекции, в остальных случаях этой группы дезинфекция была произведена.

Дезинфекций, отложенных „до выяснения обстоятельств или диагноза“, за 1920-21 г. было 43; из них 11 при дифтерии, где вопрос шел о бациллоношении. Дальше мы коснемся и этих цифр.

Переходим теперь к рассмотрению работы по отдельным инфекциям.

Сыпной тиф.

Во весь отчетный период в дезкамере, за исключением некоторых моментов, связанных с холерой, центром внимания, главной задачей, являлась борьба с эпидемией сыпного тифа — той пандемией, которая страшной грозой пронеслась по всей стране и отголоски которой с довольно большой силой мы чувствуем и до настоящего времени. Задача эта при современных условиях чрезвычайно трудна и оказалась не решенной даже в таком, бывшем недавно наиболее благоустроенном в санитарном смысле, городе, как Одесса. Причин этого очень много, и главная в том, что мы бедны, что нет возможности даже помыться, нет возможности постирать белье, и заедает нас вошь. Конечно, мы со своими дезаппаратами и гидропультами были жалкими пигмеями, пытавшимися этими инструментиками побороть чудовище в 3 миллиметра величиной. Правда, во многих случаях нам удавалось локализовать отдельные случаи, не дать развиваться им в крупные очаги, но изжить эпидемию, уничтожить возможности заражения не было не только в силах наших, но и всей противоэпидемической организации. И нам ясно и очевидно, что только улучшение всего быта, в частности, общих санитарных условий, создаст возможность ликвидации этой, становящейся эндемичной, некультурной болезни.

В основу борьбы с сыпным тифом мы поставили борьбу с вошью. Все данные последних лет (работы Nicolle'я, Compte и Conseil'я, Ricketts'a, Wilder'a, Prowaczek'a и др.) определенно выяснили передачу инфекции через насекомых, именно вшей. Способов внедрения инфекции в организм человека — три: укус вши, втирание в расчески раздавленной вши или ее кала. Далее, опыты тех же экспериментаторов и эпидемиологические наблюдения (Jurgens'a, La Rocha Lima, Schüssler'a, Рафеса и др.) показали, что распространение сыпного тифа происходит исключительно через платяную вошь.

Конечно, могут быть отдельные казуистические случаи заражения непосредственно кровью больного сыпным тифом человека, но этот способ чрезвычайно редок; да и, согласно опытам Ricketts'a, Anderson'a и др., для заражения необходимо 4—5 куб. см. заразной крови.

В нашей памяти один случай заражения кровью больного. Дворник дома № 24 по Базарной улице в возбужденном состоянии в разгаре болезни перерезал себе горло бритвой. Жена его, старавшаяся остановить потоки крови, заболела через 2 недели сыпным тифом.

Жизнь платяной вши проходит в непосредственном общении с человеком, кровью которого она питается. Обычное местожительство — платье и белье человека, главным образом, швы и складки их, причем в нижнем белье больше, чем в верхней одежде, в рубашках больше, чем в брюках. В противоположность клопам, живущим в щелях мебели или стен, вши в помещении обычно не живут; лишь при некоторых, еще не вполне выясненных условиях (половое влечение?) они начинают блуждать. В швах и складках же одежды откладываются вшами яйца (гниды), прикрепляющиеся очень крепко к волокнам материи.

Исходя из всех этих соображений, мы главное наше внимание при борьбе с сыпным тифом обращали на человека, стараясь его „простерилизовать“, обезвшивить. В сущности, необходимо было бы провести всеобщую „стерилизацию“, обезвшивливание всего населения, но для этого не было технических возможностей. Бань было недостаточно (в нашем распоряжении все время были 2 бани — одна

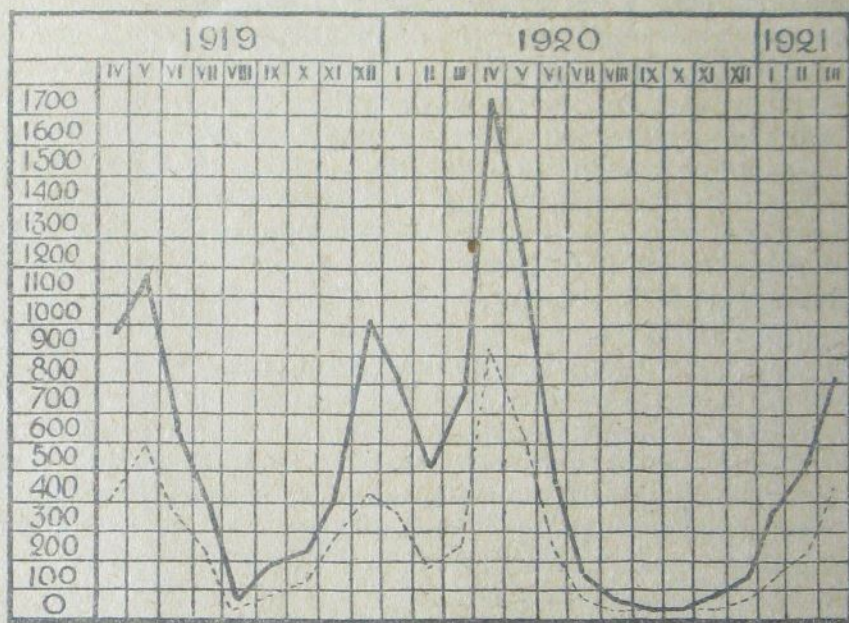
при дезкамере, другая — на Ремесленной 48, и короткое время еще одна — на Жуковской 7), функционировали они нерегулярно благодаря недостатку топлива, воды, мыла и пр.. Поэтому приходилось ограничиваться купаньем и дезинсекцией лиц, находившихся в общении с больными или отдельных, особо угрожаемых групп (школьные учреждения, ночлежные дома и пр.). В отдельных случаях сильной вшивости, массовых заболеваний в квартирах или общежитиях, иногда и в целях профилактических (в детских учреждениях) производилась временная изоляция подозрительных лиц для производства полного их обезвшивливания. Кроме того, чрезвычайно важной задачей являлось и обезвшивливание всей квартиры или общежития, т. е. всех находящихся там вещей (платья, постелей и пр.). Для этого в большинстве случаев такие вещи забирались отрядом в дезкамеру для проведения их через паровой аппарат, где t° в 120° и давление в 2 атмосферы безусловно уничтожают и насекомых и их гниды в кратчайший срок. Некоторые портящиеся от паровой дезинфекции вещи (меховые, кожаные) окуривались серой (сернистым ангидридом). В отдельных, наиболее загрязненных квартирах с сильно развитой „фауной“ (вши, клопы, блохи, тараканы и пр.) производилась дезинсекция серой (сернистым ангидридом). Последняя обладает чрезвычайно ничтожными бактерицидными свойствами и как *desinficiens* совершенно не употребляется, но как инсектицидное средство стоит на первом месте. После такого окуривания тщательные поиски не обнаруживают ни одного живого экземпляра; клопы погибают так же, как и вши. Употребляли мы обычно „сернички“ — листки бумаги, пропитанные серой. После предварительной закупорки всех щелей и образования таким образом герметической камеры, такие сернички, уложенные в специально приспособленные приборы — „мангалы“, зажигались и оставались на 24—36 часов в таком наглухо запертом помещении. Дезодорация производилась обычно посредством проветривания; в некоторых случаях для этой цели применялся аммиак. Из химических „влажных“ способов дезинсекции нами применялось обрызгивание с помощью гидропульта помещения (одновременно с забором вещей в камеру) нафтолизолом (насекомоядом) в первое время, а по истощении запасов его — мыльно-крезоловым раствором. Согласно исследованиям Сулиммы, Эберта, Дубянской, Рабчевского и др. и нашим наблюдениям, в нафтолизоле мы имели прекрасный препарат, действовавший именно убивающе (не только оглушающе) на вшей. Обычно мы его употребляли в 2—5% растворах (смотря по обстоятельствам) и заливали им сплошь все места, где были вши, или где мы могли предполагать их присутствие (кровати, мягкую мебель, матрацы и пр.). К достоинствам этого препарата нужно еще отнести абсолютную безвредность для вещей. Несколько слабее были растворы мыльно-крезоловые, которые мы употребляли в 5% разведении. Последние, согласно опытам Hase, Kinloch'a, Gotschlich'a и др. и нашим опытам, требуют для положительного результата действия в течение 1 часа. Других препаратов мы не употребляли: формалин абсолютно недействителен (опыты Gotschlich'a и дезкамеры), сулема, по данным Hase, убивающая гнид, не действует на самих вшей. Производились в дезкамере опыты с некоторыми другими рекомендованными дезинсецирующими веществами, но все они оказались слабо действующими или мало практичными.

Конечно, мы индивидуализировали каждый случай, принимая во внимание обстановку его, эпидемиологические данные, полезность или бесцельность мероприятий. В чистых квартирах, где заболевание сыпным тифом было случайным, благодаря ли заносу приезжим или

поимки заразной вши в какой-нибудь очереди, дезинсекция и не производилась за ненужностью; давалось лишь объяснение, указывалось на роль вшей, на необходимость наблюдения за абсолютной чистотой, на меры личной профилактики. Главное внимание обращалось на загрязненные квартиры со скученным населением, на общежития, учреждения. Здесь производилась радикальная дезинсекция: забирались все вещи не только больных, но и всей семьи или ставилась в помещении сера.

Если проследить кривую на диаграмме 6, то она дает приблизительно картину движения эпидемии сыпного тифа за два рассматриваемых года (IV. 1919—III. 1921). Мы видим значительный подъем кривой заболеваемости в апреле—мае 1919 г., круто падающий в июне, и в августе давший минимум—около 50 случаев; затем начинается вновь постепенный подъем кривой, давший в декабре 1919 г.

Сыпной тиф.



— Выезды. - - - - - Исполненные дезинфекции.

Диаграмма 6.

высокие цифры в 1000 выездов и разразившийся, после небольшого падения, огромным подъемом, наибольшим во всю эпидемию, в апреле 1920 г. до 1700 с лишним случаев. Далее идет крутое падение почти до 10—15 случаев в месяц, а с декабря 1920 г. снова начинается подъем, правда, уже более слабый, чем в предыдущие годы, но не дающий хороших предсказаний. Конечно, повторяю, эта кривая лишь, так сказать, отголосок действительной кривой эпидемии, ибо не все случаи прошли и проходят через дезкамеру. Я уже не говорю о том, что воинские части, давшие в 1919 году наибольшее количество больных различными инфекциями, совершенно миновали центральные противоэпидемические организации (б. санитарное бюро, Губздравотдел), тем более дезинфекционную камеру.

Источников заражения в огромном большинстве случаев выяснить не удавалось. Мы вступили в работу на самом гребне эпидемии, когда

заболевания из единичных стали массовыми и охватили весь город. Население в то время о роли вшей в распространении сыпного тифа не имело представления (теперь оно уже несколько разбирается в этом, да и то не всюду) и объясняло все „простудой“. Все же в 1455 случаях удалось выяснить источники заражения. Среди них на первом плане стоит железная дорога. Приезжавшие дали огромный % заболеваемости. В 1920-21 г.г. заболевших по приезде зарегистрировано нами 465, причем по месяцам они распределяются таким образом: в апреле 1920 г.—139, в мае—158, в июне—28, затем в течение следующих 5-ти месяцев ни одного и лишь с ноября месяца снова появляется среди приезжающих значительное число заболеваний. Так, из 52 случаев исполненных дезинфекций в декабре месяце, в 40 (77%) заболели приезжие, из 154 случаев январских—87 (56,5%) приезжих, причем главным образом из района Бирзулы (пути мешечников). Ноябрь—декабрь 1919 года дает такую же картину. Полных данных, к сожалению, нет, но из имеющихся у меня заметок о работе одного моего отряда видно, что на 123 ноябрьских выезда на сыпной тиф и 22—на возвратный в 77 (свыше 50%) заболели приезжие, на 174 случая сыпного и возвратного тифа в декабре месяце приезжих было 73 (около 50%). Таким образом ясно, что начало эпидемии обоих годов дает большой % заболеваний среди приезжих, который затем, в разгаре эпидемии, затушевывается среди огромного количества контактных заболеваний местного происхождения. Последних отмечено по карточкам—765, но, конечно, это лишь ничтожная часть, ибо выяснить контакт очень редко удается; в число 765, главным образом, вошли повторные заболевания в семьях. Из других способов заражения зарегистрировано: медперсонала, заразившегося при уходе за больными—61; на службе—72; в тюрьме и др. местах заключения—27; от постоя воинских частей—44; в бане—13; в школах—18; в парикмахерской—1.

Сведения о занятиях заболевших имеются в 1828 карточках исполненных дезинфекций. По нисходящему числу заболеваний профессиональные категории распределяются следующим образом: на первом месте рабочие и чернорабочие—416, с смотрителями дворов и прислугой (88)—504; на втором месте—женщины, занимающиеся домашним хозяйством—361; служащих различных учреждений—235; детей и учащихся—210; ремесленников—183; безработных—110; торговцев—102; красноармейцев—43; медперсонала—61, из них врачей—12; имеются среди заболевших 13 артистов, 2 монаха и 1 кантор.

Таким образом, работа проводилась, главным образом, среди неимущего класса; да оно и понятно: сыпной тиф—болезнь нищеты и грязи. Среди имущих (буржуазного класса)—% исполнений небольшой, ибо почти во всех случаях дезинфекция оказывалась ненужной.

Сведения о величине квартир и населенности их имеются в 1919 карточках: в 728 случаях (37,5%) квартира состояла из 1 комнаты; в 844 (44%)—из 2-х комнат; в 220 (12%)—из 3-х комнат; в 78 (4%)—из 4-х комнат; в 38 (2%)—из 5-ти комнат и в 11 (0,5%)—из 6—7 комнат. Таким образом, в преобладающем числе случаев квартира состояла из 2-х комнат, причем в большинстве—число живущих в ней лиц было 5 (221—26,2%) или 4 (204—24,1%).

Наиболее пораженным районом все время эпидемии являлась Молдаванка, давшая 2744 вызова, хотя город не очень отставал от нея—2359 вызовов (надо принять во внимание отношение величин районов: город в несколько раз больше Молдаванки); Пересыпь дала 173 вызова, Слободка-Романовка—64. По количеству исполненных дезинфекций

и Молдаванка и город дают приблизительно одинаковые цифры—1309 и 1220. Улицами, наиболее пораженными, как выше было уже сказано, на Молдаванке являлись наиболее грязные и наиболее густо населенные—Госпитальная, Болгарская и Средняя, в городском районе—Большая и Малая Арнаутская.

Из карточек можно получить некоторые данные о госпитализации. Так, мы можем выяснить % госпитализированных, число их (оно, конечно, будет не полным), время госпитализации (на какой день болезни она производится).

Общее число госпитализированных случаев было в 1919-20 г.—2849 и в 1920-21—2042. Таким образом, % госпитализации был в 1919—20 г.—83,5%, в 1920—21—74%. Цифры эти, безусловно, могут не совпасть с общими статистическими данными, ибо здесь критерий другой: % вычислен исключительно по случаям, где дезинфекция была исполнена. Данные о времени госпитализации показывают (сведения имеются в 1498 карточках), что в большинстве случаев больные эвакуировались в госпиталь на 4-й—8-й день заболевания. (Табл. 9).

Время эвакуации после начала заболевания.

На какой день после заболел.	Коллич. случаев	На какой день после заболел.	Коллич. случаев	На какой день после заболел.	Коллич. случаев	На какой день после заболел.	Коллич. случаев
Через 3 часа	1	Через 4 дня	245	Через 9 дней	29	Через 14 дней	43
Чер. нес. час.	1	" 5 дней	181	" 10 "	84	" 17 "	4
Через 1 день	36	" 6 "	196	" 11 "	8	" 3 нед.	2
" 2 дня	119	" 7 "	195	" 12 "	13	" 4 "	1
" 3 "	254	" 8 "	84	" 13 "	2		

Таблица 9.

Запоздалые случаи госпитализации объясняются осложнениями после сыпного тифа, главным образом, требующими хирургического вмешательства.

Далее из таблицы 10 (стр. 27) мы видим, на какой день после отправления больного в госпиталь производились различными организациями вызовы на дезинфекцию. Это даст нам картину связи их с дезкамерой. Конечно, чрезвычайно важной является быстрота сообщений, ибо своевременность исполнения дезинфекции является весьма существенным фактором в целесообразности мероприятий. Из этой таблицы ясно станет, как важно сосредоточение в одном учреждении таких функций, как эвакуация в госпиталь и дезинфекция, ибо наиболее своевременными, даваемыми в день госпитализации сведениями являлись вызовы эвакуаторов.

Таким образом, в 32% (1/3 сл.)—вызовы производились эвакуаторами, при чем последние в 76,2% сведения о необходимости дезинфекции давали в тот же день. Вообще же сведения в день эвакуации получались в 27,8% случаев; чаще же всего другими организациями, кроме эвакуаторов, сведения давались через 2—3 дня после госпитализации. Но бывали и очень запоздалые вызовы, напр., через 10 дней, 2—3 недели и даже один случай (по вызову 1 Совет. б-цы) через месяц после отправления в больницу. Конечно, в большинстве случаев такие выезды оказывались безрезультатными и безцельными. В 10,1% вызов был произведен после выздоровления, а в 5,3%—после смерти больных на дому.

Интересно здесь же коснуться вопроса о быстроте исполнения вызовов, т. е. выездов на дезинфекцию. В не вполне идеальной в этом смысле постановке дела виноваты, конечно, общие условия, не дающие возможности наладить вполне достаточный и хорошо оборудованный транспорт. В нем — главное препятствие, и приходилось часто отставливать перед вопросом: „сколько мы можем сегодня послать

Время вызова на дезинфекцию после эвакуации.

На какой день после эвакуации произведен вызов	1 Советск. больница	3 Советск. больница	Госпиталь № 1	Госпиталь № 5	„Озе“	Эпидемич. врач	Вольнопр. врач	Врачи отрядов	Эвакуаторы	Посторон. лица	ВСЕГО
В тот же день . . .	4	15	14	—	12	6	4	13	665	23	756
На след. день . . .	16	49	22	10	21	5	10	14	86	24	257
Через 1 день . . .	13	106	43	19	70	20	28	8	49	32	388
2 дня . . .	43	85	40	11	40	32	10	9	26	37	333
3 „ . . .	47	66	37	1	17	30	13	3	16	55	285
4 „ . . .	37	25	6	2	9	12	4	4	8	28	135
5 дней . . .	6	8	2	1	5	3	6	2	3	8	44
6 „ . . .	5	2	1	—	—	—	—	—	—	8	16
7 „ . . .	5	10	—	—	3	6	3	—	2	14	43
8—9 дней . . .	4	6	—	—	—	2	2	—	—	1	15
10 дней . . .	—	—	—	—	—	2	6	—	—	2	10
14 „ . . .	2	—	—	—	—	2	—	—	—	3	7
16 „ . . .	2	—	—	—	—	2	1	—	—	5	10
21 день . . .	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2
1 месяц . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
После выздоровл. . .	3	12	2	—	27	48	37	28	8	110	276
„ смерти . . .	—	6	—	—	15	17	20	18	9	60	145
ВСЕГО . . .	188	390	167	44	219	188	144	99	872	411	272

Таблица 10.

отрядов“. Поэтому происходило большое накапливание адресов (вызовов), несвоевременное выполнение, задержка. Но, в общем, в большинстве — в 49% — выезд производился на следующий день после вызова. Вот цифры:

В день вызова	—	86 выездов	Через 2 дня	—	211 выездов
На следующ. день	—	1077 „	3 „	—	179 „
Через 1 день	—	466 „	4 „	—	76 „
			неск. дней	—	100 „

Переходя к анализу исполненных дезинфекций, надо прежде всего указать, что всего их было в 1919-20 г. — 3406, в 1920-21 г. — 2760. Цифры эти соответствуют цифрам выездов, и %-ные отношения таковы: 50% — в 1919-20 г., 51,7% — в 1920-21 году.

Как уже было выше указано, внимание наше, главным образом, обращалось на лиц, соприкасавшихся с больными. Их мы считали нужным обмыть и продезинсепировать. Для этого они посылались, а частью и отвозились линейками дезкамеры в баню при последней или на Ремесленную 48. За 1920-21 г. отрядами было роздано 4672 билета в баню. Временная изоляция в барак при дезкамере производилась в целях полного обезвшивания как самих изолированных, так и их

помещений (сера, отправка всех вещей в камеру и пр.). По имеющимся данным за 1919-20 г. было эвакуировано в барак по поводу сыпного тифа 1024, за 1920-21 г. — 348. Уменьшение количества эвакуированных зависело от меньшего развития эпидемии в последнем году. Кривая изоляции (диаграмма 7) показывает большую зависимость ее от сыпного тифа.

Дальнейшие мероприятия являлись уже чисто дезинфекционными. В ряду прочих, наиболее важным и существенным являлось производство дезинсекции вещей больных, главным образом, и окружающих, в случае надобности. Носильные вещи, наиболее заразные (в смысле локализации вшей и гнид), в большинстве случаев, где была проведена госпитализация, оставались в госпитале. Мы дезинсекцировали оставшиеся вещи, постель больного и нуждающиеся в дезинсекции вещи других лиц из той же квартиры. Конечно, как уже выше упоминалось, каждый случай индивидуализировался. Для производства дезинсекции паром все вещи забирались на время в камеру. Таким образом в

Кривая изоляции.



Диаграмма 7.

1920-21 г. на 2760 исполненных дезинфекций в 1760 (67,4%)—вещи были забраны. В остальных случаях вещи оставались на дому за отсутствием необходимости в их обезвреживании (отсутствие вшей), или вещей заразных не было.

В виду биологических наклонностей вшей паразитировать непосредственно и все время на своем хозяине-человеке и редкости пребывания вне такового, производство дезинсекции самого помещения являлось самым последним и малосущественным мероприятием. Такая дезинсекция производилась или влажным способом—путем обрызгивания нафтолизолом или мыльно-крезоловым раствором, или при сильной загрязненности и инсектицировании квартиры—газовая, путем окуривания сернистым ангидридом. За 1920-21 г. влажных дезинсекций было произведено 2481. Дезинсекций же серой в 1919-20 г. было произведено 42, в 1920-21 г.—279. Небольшое сравнительно количество серных дезинсекций объясняется целым рядом обстоятельств. Прежде всего происходит порча ряда вещей (полированной мебели, металлических пред-

метов), самого помещения (обоев, паркетных полов), что ведет к невозможности такого мероприятия в большом % случаев. Далее, для действительности окуривания необходима известная температура в помещении, что при условиях тех годов трудно было создать. Наконец, одним условием для удовлетворительности результата является герметичность помещения, что опять таки во многих случаях было неисполнимо из-за запущенности домов (отсутствие стекол, огромные щели в стенах, потолке и пр.). Таким образом, лишь при наличии всех благоприятных для производства дезинсекции серой условий, в очень загрязненных квартирах применялся такой способ.

Выяснить, каковы были результаты всех наших мероприятий, привели ли они к цели — локализации очага и прекращению заболеваний в доме, — мы на основании имеющихся данных не в состоянии. Мы можем ответить утвердительно лишь о некоторых случаях, в особенности, бывших в учреждениях типа общежитий. Так, удалось ликвидировать сыпной тиф в домах призрения, в садах и школах I детского городка и друг..

Неисполненных случаев всего за 1920—21 г. было 818 (15,3%). Из них в 290 случ. дезинфекция оказалась ненужной, в 221 сл. — дезинфекция была произведена собственными средствами, в 153 сл. были повторные вызовы и в 154 случаях от дезинфекции отказались.

Причин признания дезинфекции ненужной и бесцельной несколько. Одна из главных при сыпном тифе — удовлетворительное, а местами и вполне хорошее санитарное состояние квартир, уверенность в отсутствии вшей, в случайности данного заболевания. Во многих карточках так и обозначено, а в других на вопрос о санитарной оценке обстановки данного случая отмечено „весьма удовлетворительно“. Такие случаи, главным образом, отмечались в городском районе, при чем величина квартиры и населенность ее соответствует санитарной обстановке. Далее, во многих случаях (такая отметка имеется в 30 карточках) выяснялось на месте, что данное заболевание — не тифозное, что имелись: рeиcтoнiа cгoупoзa—9 сл., грипп—15 сл. и др. заболевания, при которых дезинфекция не нужна. Другой, довольно частой причиной являлось отсутствие связи данного заболевания с указанной квартирой: так, при опросах выяснялось, что данный больной заболел на другой квартире (21 сл.), в тюрьме (12 сл.), в больнице, куда был отправлен с другой болезнью (внутрибольничное заражение—5 сл.), что больной приехал из другого города и был отвезен в больницу с вокзала (45 сл.). Наконец, поздние вызовы, и иногда поздние выезды служили также причинами отмены от дезинфекции.

При отмене дезинфекций на основании заявлений о производстве таковой собственными средствами бралась во внимание, главным образом, обстановка случая. Заявления такие делались сплошь и рядом, и обычной формулой отказов от мероприятий, в особенности на Молдаванке, являлось: „мы купили карболки и все сделали“. Но мы с такими заявлениями мало считались и, после опроса, что они с этой карболкой сделали, оценивали данный случай. Таким образом, в сущности, один из рассмотренных выше пунктов ненужности дезинфекции — удовлетворительность санитарной обстановки, идентичен с рассматриваемым пунктом. Надо только отметить, что в случаях, где констатировано производство дезинфекции собственными средствами, наблюдался значительно больший % вызовов после выздоровления — 18,7%, а также несколько больший % квартир величиной больше 2-х комнат и менее густо населенных, чем в случаях, отнесенных к группе „дезинфекция не нужна“.

Отказов от дезинфекций было всего 154, при чем больший % (92 — около 60%) падает на Молдаванку. Здесь, в противоположность предыдущему, замечается ухудшение обстановки, значительно больший % квартир меньше 2-х комнат.

По поводу отложенных случаев надо отметить большой процент исполнения в случаях обнаружения при 1-ом выезде квартиры запертой. Таким образом, при *modus'e* повторных выездов, установленном деа-камерой, на основании имеющихся данных, 457 случаев выездов и обнаружения квартир запертыми соответствуют фактически 251-му случаю заболевания; из них в результате дезинфекция была произведена в 124 случаях, т.е. почти в 50%. То же и при отсутствии хозяев или взрослых дома: из 109 выездов, соответствовавших 78 случаям заболеваний, в 53-х дезинфекция была исполнена.

Дезинфекция не могла быть произведена и откладывалась также при обнаружении в квартире больных; всего таких случаев было 348. При этом в 164 сл. были зарегистрированы новые больные, в 116-ти случаях — больные, по поводу заболевания которых был произведен вызов. Иногда это оказывались больные в первые дни болезни; таких больных мы старались госпитализировать. Приходилось во многих случаях долго уговаривать, убеждать в необходимости госпитализации, пока ее добивались; во многих случаях и больные, и окружающие категорически отказывались. Всего за 1920-21 г. врачами камеры было обнаружено и зарегистрировано 348 больных, из коих госпитализировано — 141. Обычно же обнаруженные больные заканчивали тиф (10 — 13-й день болезни).

Возвратный тиф.

Эпидемиология возвратного тифа является идентичной с эпидемиологией сыпного тифа. Разница заключается в том, что возбудителя первого мы знаем — *spirochaeta Obermejeri* (или *spir. Duttoni* — для средне-Африканского тифа, *spir. Sergent'a* — для Северо-Африканского, *spir. Novu* — для Американского, *spir. Carteri* — для Индийского тифа), возбудителя же сыпного тифа мы не знаем, но можно положительно сказать, что к спирохетам он не принадлежит, ибо многочисленные исследователи, работавшие над сыпным тифом, находили одни кокка, другие — бациллу, третьи — кокк и палочку и т. д., а последние данные указывают как на возбудителя — на *protozoa*. Но пути и способы заражения как одного, так и другого тифа одинаковы.

Локализация возбудителей сыпного и возвратного тифа — кровь, что доказано путем прививки крови больных обезьянам, крысам и даже людям (Мочутковский, Manteufel и др.). Далее, с несомненностью теперь доказано участие в распространении заразы платяных вшей (Manteufel, Стефанский, Neumann). Вопрос о переносе заразы головными вшами еще окончательно не решен; некоторыми исследователями (Maskie) это отрицается, ибо, по их мнению, головная вошь — не кровь сосущий паразит, а питающийся исключительно шелушащимся эпидермисом (перхотью) головы; другие авторы настаивают на участии и головной вши*). Другие формы возвратного тифа (Африканский

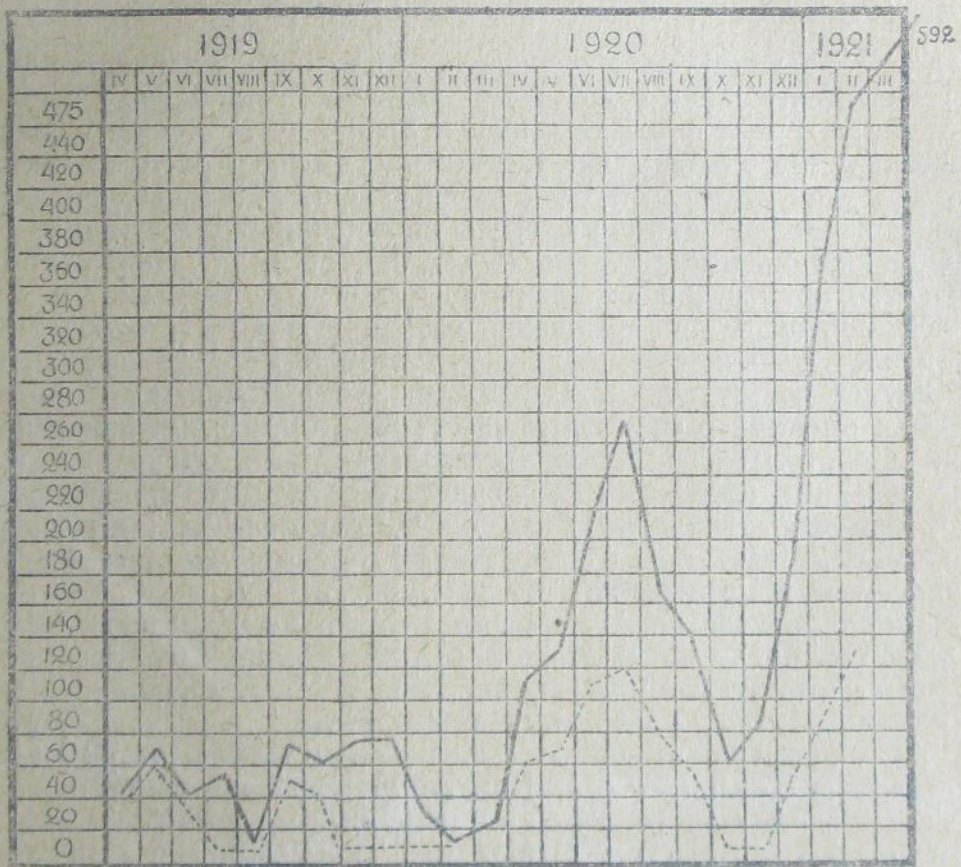
*) В настоящее время вопрос этот, благодаря исследованиям Н. А. Холодковского, Е. Н. Павловского и др., может считаться решенным: принципиальной разницы в способах питания обоих видов вшей не существует, а потому способность головных вшей переносить сыпной и возвратный тиф не может отрицаться. Практически, однако, первенствующую роль в переносе этих инфекций играет, несомненно, платяная вошь.

и др.) передаются другим видом паразитов—клещами. Возможность передачи заражения клопами, на основании многочисленных исследований (Рабинович, Стефанский и др.), или блохами (Manteufel) совершенно отрицается*).

Таким образом, в основу борьбы с эпидемией возвратного тифа надо положить такую же беспощадную борьбу со вшивостью.

В настоящее время (III. 1921) мы переживаем значительный подъем заболеваний возвратным тифом. Цифры выездов и исполненных дезинфекций по данной инфекции за два года резко разнятся, превалируя в 1920—21 году, при чем наблюдается тенденция к дальнейшему увеличению. Всего за 1919—20 год было произведено выездов на случаи *t. recurrentis*'а—555, из них исполнена была дезинфекция в 283 случаях, в 1920—21 году выездов—на 2778 случ., исполнено 1008 сл..

Возвратный тиф.



— Выезды. - - - - - Исполненные дезинфекции.

Диаграмма 8.

Просматривая кривую на диаграмме 8, мы видим малое количество выездов и исполненных дезинфекций в период времени 1919—20 года. Отчасти, это объясняется слабой осведомленностью, слабой связью со всеми противоэпидемическими организациями. Но,

*) Надо еще указать, что при возвратном тифе, по мнению ряда авторов передача заразы посредством укуса вши также исключается (Nicolle, Conseil, Стефанский). Предполагаемый в таком случае способ заражения—втирание раздавленных вшей в расчесы кожи.

повидимому, имеется какая-то антагонистическая связь между обеими инфекциями, ибо в 1921 году, когда эпидемия сыпного тифа уже значительно ослабла, возвратный тиф стал развиваться в большую эпидемию.

Все эпидемиологические данные, проанализированные при обзоре сыпного тифа, дают такую же картину при возвратном тифе.

Как и все инфекции, и возвратный тиф имел сильное развитие на Молдаванке. Объяснение, конечно, то же—невероятная загрязненность, скученность и бедность района. Всего в 1920—21 году отрядами в район Молдаванки было произведено 1603 выезда (57,7%), из коих исполнено дезинфекций было 617; в город же было произведено 958 выездов (34,5%) и исполнено дезинфекций 330. Конечно, на Молдаванке ряд „фатальных“ улиц—главных очагов всевозможных инфекций—дал превалярующие цифры. Так, в 1920—21 году

на Госпитальную улицу	было выездов на возвратный тиф	--	302
„ Болгарскую	„	„	273
„ Среднюю	„	„	219

Городские же улицы давали значительно меньшее количество случаев, и даже вполне схожие с Молдаванскими и по санитарному состоянию, и по густоте населения Большая и Малая Арнаутские улицы дали лишь 132 и 180 выездов. Соответственно выездам распределяются по улицам и исполненные дезинфекции. Ясно, что и возвратный тиф поражал наиболее неимущую часть населения. Это видно и из данных величины занимаемых квартир и населенности их. Ибо наибольшее количество произведенных дезинфекций, а следовательно, и случаев заболеваний, падает на маленькие квартиры в 1—2 комнаты с населением в 4—5—6 человек в них. Соответственно этому распределяются и профессии заболевших. На первом месте — рабочие—122 случая (сведения имеются в 663 карточках), на втором—домашние хозяйки (в большинстве жены рабочих)—110, на 3-м—безработные и лица неопределенных профессий (в большинстве случаев—мешечники)—99а далее, дети дают довольно большой % случаев—85 (12,7%); ремесленники—64, служащие—65, торговцы—40, дворники и прислуга—32 учащиеся—27 и медперсонал всего 5.

Источников заражения выяснить почти не удавалось. Ясно, что вся эпидемия носит контактный характер, а причин ее распространения много: отсутствие воды, бань, мыла и пр. Конечно, в возникновении играла роль, как и при сыпном тифе, железная дорога. В 1920—21 г. цифры приезжих невелики—всего отмечено 58 человек в феврале, марте, апреле мес. Наблюдалось значительное количество повторных заболеваний в семьях, в особенности на Молдаванке, где почти сплошь болели все члены их. Таких случаев отмечено 322. Здесь играет роль и психология населения, считающего возвратный тиф не опасным, легким заболеванием и относящегося к нему чрезвычайно беспечно. Это ясно видно из характера госпитализации. К сожалению, полных цифровых данных у нас нет, но общая картина токова, что едва госпитализируется 20—25% всех заболевших. В 1919—20 году было произведено дезинфекций после отправления в больницу 245, после выздоровления—24, после смерти—5; в 1920—21 году после отправления в больницу—820, после выздоровления—165 и после смерти—23. Эти цифры только показывают, что сведения мы, главным образом, получаем о госпитализированных. Средняя же цифра—выздоровевшие или, иначе, остававшиеся на дому должна быть значительно выше, так как в дезкамеру попадали сведения лишь о

случайных больных. Это видно из количества сообщений, данных разными организациями. Так, различными больницами и госпиталями сообщено о 495 случаях (из них о 309—3-й Советской больнице), эвакуаторами—263 сл. и лишь о 93 случаях—лечащими врачами и частными лицами.

Вызов после эвакуации.

На какой день после эвакуации произведен вызов	1 Советск. больница	3 Советск. больница	Госпиталь № 1	Госпиталь № 5	"Озе"	Эпидемич. врачи	Вольнопр. врачи	Врачи отрядов	Эвакуат. дезкамеры	Частные лица	ВСЕГО
В тот же день . . .	1	25	5	—	—	—	1	2	238	2	274
На след. " . . .	13	32	27	3	2	—	—	—	17	3	97
Через 1 " . . .	21	140	31	7	3	10	—	13	4	4	233
" 2 дня . . .	12	50	13	17	—	9	8	2	1	4	116
" 3 " . . .	12	36	2	—	—	3	4	—	1	—	58
" 4 " . . .	3	14	—	—	—	—	—	—	2	—	20
" 5 дней . . .	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	8
" 6 " . . .	6	3	—	—	—	—	—	—	—	1	10
" 7 " . . .	4	2	—	—	—	1	—	—	—	—	7
" 10—14 дней	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
После выздоровл.	2	5	—	—	11	18	—	7	—	17	60
" смерти . . .	—	—	—	—	—	3	—	1	—	4	8

Таблица 11.

Госпитализация в большинстве случаев производилась на 4-й—5-й день болезни, что выводится из данных, имеющих в 614 карточках, где на вопросы „сколько данное лицо было больным в квартире“ имеются следующие ответы: 3 часа—1 случ., 1 день—40 случ., 2 дня—80 сл., 3 дня—272 сл., 4 дня—84 сл., 5 дней—54 сл., 6 дней—26 сл., 7 дней—26 сл., 8 дней—2 сл., 10 дней—10 сл., 13 дней—4 сл., 14 дней—12 сл., 15 дней—2 сл., 1 месяц—1 сл..

Вызовы отрядов дезкамеры для производства дезинфекции, если не считать эвакуаторов, дававших сведения в день эвакуации, в большинстве производились через один день, что видно из таблицы 11.

По поводу быстроты исполнения вызовов, т.е. выездов на случаи, можно сказать то же, что и при сыпном тифе. Те же причины препятствуют возможности своевременного производства дезинфекции. В большинстве случаев (58,9%) выезды произведены на следующий день после вызова (таблица 12).

Всего исполненных дезинфекций при возвратном тифе было в 1919—20 г.—283, в 1920—21 г.—1008. Такая количественная разница зависела прежде всего от усиления эпидемии в 1920—21 г., а затем от улучшения осведомленности дезкамеры благодаря установлению связи с санитарно-статистическим подотделом Губздрава.

Быстрота исполнения дезинфекции.

Через сколько времени после вызова произведен выезд	Число
В тот же день . . .	28
На след. " . . .	446
Через 1 " . . .	171
" 2 дня . . .	35
" 3 " . . .	31
" 4 " . . .	12
" нек. дней	35

Таблица 12.

Способы и методы дезинфекции при возвратном тифе те же, что и при сыпном тифе, ибо и эпидемиологические обоснования одни. И здесь в основе мероприятий—борьба с вошью. Поэтому внимание было направлено, главным образом, на лиц, окружавших и соприкасавшихся с больными; их, с целью купанья и дезинсекции одежды, направляли или в баню на Ремесленной 48, или в баню при дезкамере. Всего выдано билетов и записок в баню—1676. В барак изолировано было за 1920—21 г.—288 человек.

Дезинфекция или, вернее, дезинсекция помещения заключалась или в окулировании серой в случаях значительного загрязнения и вшивости, или в заборе вещей в камеру для проведения их через паровой аппарат, при одновременном обрызгивании помещения нафтолизолом или мыльно-крезоловым раствором. Серных дезинсекций в 1920-21 году было произведено 115 (11,4%); дезинсекций с забором вещей в камеру—638 (63,3%); в остальных случаях, большей частью, ввиду отсутствия вещей, производилась лишь дезинсекция на месте посредством дезинсекционных растворов.

Неисполненных случаев за 1920-21 год было 614 (22,1%). Большой % (52,1%—320 сл.) неисполнения падает на ненужность по тем или иным причинам дезинфекций; дезинфекция произведена собственными средствами—в 121 сл., повторный вызов в 90 сл. и отказы от дезинфекции в 83 сл.

Причины ненужности дезинфекции объясняются в 161 карточке; на основании записок в графе — „санитарная оценка случая“ — можно выяснить причины еще в 50 сл. — всего в 211 карточках. Одна из главных причин неисполнения вследствие ненужности, как и при сыпном тифе — удовлетворительность обстановки, чистота помещения, отсутствие вшей. Таких случаев было 72. Вторая причина, давшая довольно большое количество неисполнения — 51 случай (в 33 сл. по вызову санитарно-статистического подотдела) — неточность диагноза. Во многих случаях имела место, повидимому, поспешность в оценке случая и постановке диагноза. Возможны в некоторых случаях и ошибки врачей дезкамеры, могущих посетить больного в стадии апирексии и убежденных семьей его, что в данном случае возвратного тифа не было, а был грипп, порок сердца, воспаление легких и пр. Далее, в некоторых случаях — 40 — причиной являлся поздний выезд на случай, что особенно участилось в последние месяцы. В 23 случаях — заболевания в других помещениях, в 8-ми — внутрибольничные заражения, в 22 сл. — заболевания приезжих, отправленных непосредственно с вокзала в госпиталь, в 8-ми — ложный вызов, служили причинами оценки случая, как не нуждающегося в дезинфекционных мероприятиях. Все остальные данные ничего характерного не обнаруживают.

Ничего характерного не дают и случаи, при которых дезинфекция производилась своими средствами. В большинстве это — городские адреса; члены семьи во все время пребывания больного на дому до эвакуации в госпиталь или выздоровления строго следили за чистотой, за правильностью ухода и за всеми профилактическими мероприятиями. Далее, нужно отметить, что в случаях отказа от дезинфекции, обычно, дезинфекция была бы нужна, ибо обстановка их в санитарном отношении оставляла желать лучшего. И подчеркивание слова „отказались“ означает долгие убеждения, уговоры со всякими обещаниями, иногда и угрозы. Молдаванка дает значительно больший % отказов, чем город: 43 — первая и 24 — город.

Случаев, отложенных по тем или иным причинам, в 1920-21 году было 1156. Из них квартира оказалась запертой в 224 случаях; заре-

гистриванные 148 карточек соответствуют (повторность посещений) 97 случаям; из них в 46 сл. (47,4%) дезинфекция была затем исполнена, в 7 сл. — оказалась ненужной, в 2-х сл. — была произведена собственными средствами, в 2-х сл. — отказались от дезинфекции. Хозяев не оказалось дома — при 48 выездах; имеющиеся на лицо 28 карточек соответствуют 12-ти случаям возвратного тифа: в 6-ти случаях (50%) дезинфекция затем была исполнена, в 6-ти — отказались. Не разыскано было 226 адресов. В 285 случаях дезинфекция была отложена вследствие обнаружения в квартире больных, или тех же, по поводу заболевания которых был произведен вызов — 154 сл., или других, новых больных. Главную массу обнаруженных, „тех же“ больных дали сообщения санитарно-статистического подотдела — 112 (72,7%); эпидемические врачи в 14 сл., посторонние лица в 8, госпиталя и эвакуаторы в 20 сл. произвели такой несвоевременный вызов дезотряда. Диаграмма 9 указывает на значительное увеличение числа откладывания дезинфекций с декабря 1920 г., что зависит и от увеличения заболеваемости и от организации связи с санитарно-статистическим подотделом. В 113 случаях (40%) возвратного тифа, при которых дезинфекция в первый раз была отложена вследствие обнаружения больных в квартире, таковая была в результате произведена, в 18-ти сл. оказалась ненужной, в 9-ти была произведена своими средствами и в 5-ти не произведена вследствие отказа. Случаев, отложенных вследствие необходимости подготовки к ней, было 65; из них было исполнено серой — 51. В 37 сл. производство дезинфекции было отложено до эвакуации окружавших больного лиц; сведения об исполнении имеются в 25 случаях.

Новых больных возвратным тифом было обнаружено — 190; из них госпитализировано — 83 (43,7%).

Возвратный тиф.

„В квартире больные“.

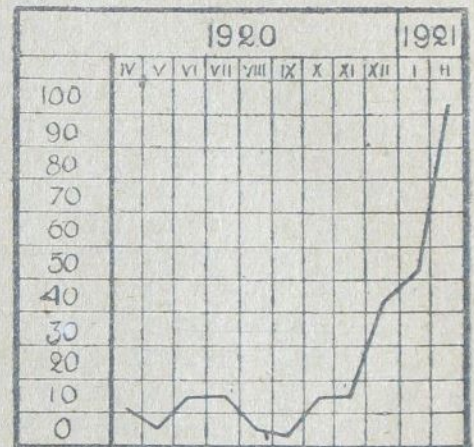


Диаграмма 9.

Брюшной тиф.

Главная цель выездов дезинфекционных отрядов на случаи брюшного тифа не столько в производстве дезинфекции заключительной, имеющей при данном заболевании очень мало значения и являющейся в большинстве случаев бесцельной и безрезультатной, сколько в ряде других моментов. Этими моментами являлись: во 1-х, выяснение действительного диагноза данного заболевания, ибо во многих случаях оказывались по выяснению другие заболевания, главным образом, сыпной или возвратный тиф, при которых уже дезинфекция безусловно была необходима; во 2-х, выяснение, производится ли текущая дезинфекция, правильно ли она производится, достаточна ли она; в 3-х, указания на необходимость таковой и на способы ее. Эти моменты руководили нами при посещении слу-

чаев брюшного тифа. Таким образом, исполненных заключительных дезинфекций в результате — мало, но и в большом % неисполненных заключается не малая санитарно-просветительная работа.

Исходя из положения, что единственным источником заражения является человек, именно, его выделения (испражнения, моча), мы и строили наш план отдельных дезинфекционных мероприятий. Конечно, не нашей задачей являлась организация и осуществление общего плана борьбы с брюшным тифом; этим ведали другие противозидемические органы. Но и та эпидемиологическая задача, которая разрешается при других инфекциях, при брюшном тифе нами не разрешалась, ибо мы не в состоянии были проводить исследований на бациллоношение, не могли проводить изоляции лиц подозрительных на бациллоношение, даже из общежитий. Мы фактически производили только дезинфекцию загрязненных испражнениями вещей, если таковые были, и дезинфекцию уборных и ночной посуды, употреблявшейся больными.

Способ производства дезинфекции загрязненных вещей (постельных и белья), наиболее употребляемый нами и наиболее рекомендуемый — проведение их через паровой аппарат после предварительного замачивания или бучения в 1% растворе соды. Для этого нам приходилось такие вещи забирать в дезкамеру; всего за 1920-21 г. они были взяты в 466 (62,6%) случаях. В других случаях мы рекомендовали простое кипячение в течение полу-часа в 1% растворе соды или, в крайнем случае, замачивание в течение нескольких часов в растворе сулемы (если вещи не очень были загрязнены). Дезинфекция дворовых уборных производилась или 20% известковым молоком или 4% хлорной известью, клозетов квартирных — мыльно-крезоловым раствором, самого помещения, если нужно было, раствором сулемы. Для производства текущей дезинфекции испражнений и мочи больных нами рекомендовалось 20% известковое молоко, способы приготовления и употребления которого объяснялись, или оставлялся мыльно-крезоловый раствор.

Всего за 1920-21 г. выездов на брюшной тиф было 2341, — число, значительно превышающее число выездов в 1919-20 г. — 940. Конечно, эти числа абсолютно ничего не говорят о ходе брюшного тифа и о фактическом числе заболевших, ибо, во 1-х, брюшной тиф вообще очень слабо регистрируется, и в статистику попадают или случаи госпитализированные или посещенные эпидемическими врачами, во 2-х, связь с статистикой была организована поздно, можно сказать, в разгаре эпидемии, и, в 3-х, громадное число брюшно-тифозных адресов в наряд отрядов и не попадало в виду обилия других, более существенных и нуждающихся в дезинфекции заболеваний.

Кривая выездов на брюшной тиф, как и кривая исполненных дезинфекций (диаграмма 10, стр. 37), как и статистические данные, дают две волны: одну, относительно небольшую, в сентябре—октябре 1919 года и другую, начавшуюся в июне 1920 года и, с небольшой ремиссией в октябре 1920 г., продолжающуюся до последнего времени (III. 1921) и давшую значительное число случаев, при некотором понижении кривой в первые месяцы 1921 г.. Как я уже выше говорил, кривая эта дает лишь относительное понятие о ходе эпидемии.

Вообще надо сказать, что брюшной тиф в Одессе является эндемичным, и б. Городская Дума, и санитарное бюро, и санитарные организации много говорили в своих заседаниях и много выносили постановлений о необходимости решительной борьбы с ним. Обычный коэффициент заболеваемости брюшным тифом в прошлые года был 20/100, и лишь в 1900—1901 г.г., он достиг 3,60/100 (количество забо-

левших тогда было 1600 человек). Значительный подъем заболеваний брюшным тифом дал 1918 год, когда цифра заболевших достигла maximum'a — 8607; в следующие годы она упала до 4000 с лишним, и, на этом держится. (Ясно, что в 1919-20 г. отряды дезкамеры выезжали лишь едва на $\frac{1}{20}$ числа случаев, а в 1920-21 г. — на $\frac{1}{2}$ случаев).

Источников заражения, конечно, ни в одном случае выяснить не удалось. Одно только можно почти с уверенностью сказать, что, повидимому, имеется значительное количество бациллоносителей, в них заключается причина эндемичности инфекции и, вследствие невозможности их обнаружить и изолировать, мы в настоящую минуту бессильны бороться с брюшным тифом.

Брюшной тиф.

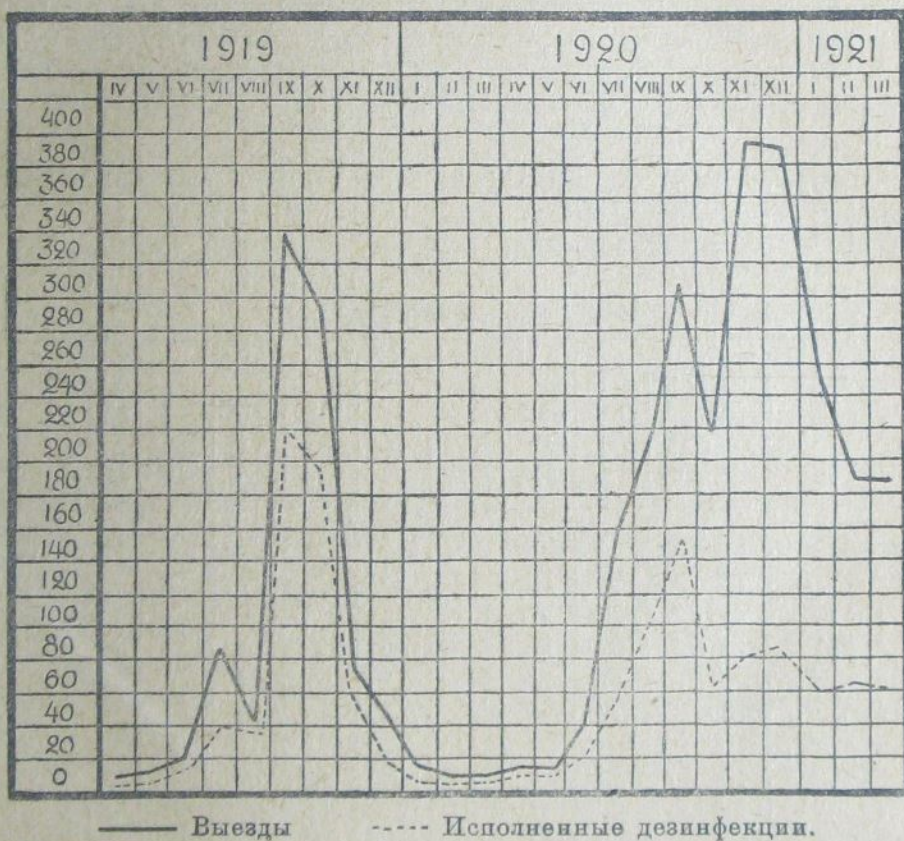


Диаграмма 10.

Здесь надо отметить некоторую разницу между локализацией брюшного тифа прежних лет и последних. До 1917 года заболевания преимущественно наблюдались на Пересыши, и это объяснялось ее антисанитарным состоянием, главным образом, отсутствием канализации, которою гордился город и Молдаванка. В настоящее время заболевания локализуются по всему городу, при чем, как и все инфекции, в преобладающем числе случаев на Молдаванке. Так, на последнюю приходится 1014 выездов, на городской район — 908, на Пересыпь всего 83. При этом и здесь „фатальность“ улиц дает себя знать: Госпитальная дала 102 выезды и 58 исполненных дезинфекций. Болгарская — 119 и 48, Средняя — 128 и 37 и т. д.

Эпидемиологические данные о профессиональном составе больных, о населенности квартир и пр. при брюшном тифе, к сожалению, не

полны, ибо не все карточки заполнены. Все же кое-какие данные имеются. Сведения о роде занятий имеются в 426 карточках; распределение их таково: домашних хозяек — 102, лиц неопределенных профессий — 80, рабочих — 53, служащих — 50, детей — 40, ремесленников — 38, домашней прислуги и дворников — 20, учащихся — 15, торговцев — 12, красноармейцев — 8 и медперсонала — 8.

Величина квартиры и населенность отмечена в 541 карточке.

Из них ясно, что, как и при других инфекциях (сыпном и возвратном тифах), главное количество дезинфекций производилось в квартирах в 2 комнаты с населением в 4—5 человек.

Число дней, проведенных больными в квартирах до эвакуации в госпиталя, выражается в следующих цифрах:

1 день — 8 случаев	6 дней — 16 случаев	11 дней — 9 случаев
2 дня — 35 "	7 " — 36 "	12 " — 4 "
3 " — 122 "	8 " — 14 "	14 " — 16 "
4 " — 40 "	9 " — 8 "	21 день — 3 "
5 дней — 34 "	10 " — 15 "	

т. е., по этим данным, больных брюшным тифом эвакуировали чаще всего на 4-й день заболевания.

Кем и когда производились вызовы, видно из таблицы 13.

Вызов на дезинфекцию.

На какой день после эвакуации произведен вызов	1 Советск. больница	3 Советск. больница	Госпиталь № 1	Госпиталь № 5	"Оаз"	Эпидемич. врач	Вольнопр. врач	Врачи огулов	Эвакуат. дезкамеры	Частные лица	ВСЕГО
В тот же день . . .	2	6	2	—	—	3	—	2	280	4	299
На след. " . . .	4	39	50	3	—	—	—	—	8	8	112
Через 1 " . . .	6	94	91	7	—	—	—	3	3	2	206
" 2 дня . . .	12	21	26	—	2	9	—	—	—	10	80
" 3 " . . .	2	11	14	—	1	8	2	—	—	1	39
" 4 " . . .	1	7	8	—	—	—	2	—	—	—	18
" 5 дней . . .	1	2	1	—	—	—	—	—	—	1	5
" 6 " . . .	—	3	1	—	—	2	—	—	—	—	6
" 7 " . . .	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
" 8—10 дней . . .	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	2
" 14 и более дн. . .	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
После выздоровл. . .	—	—	—	—	—	—	4	—	—	10	14
" смерти . . .	—	—	—	—	—	—	3	4	—	4	11
ВСЕГО . . .	28	187	194	10	3	23	11	9	291	38	794

Таблица 13.

Всего исполненных дезинфекций в 1920-21 году было 745 (31,8%), процент довольно большой для брюшного тифа. О способах дезинфекции мы говорили выше, здесь дадим некоторые цифры. Вещи были взяты в камеру для проведения их через паровой аппарат в 466 случаях (62,6%), причем надо указать, что довольно часто вещи забирались исключительно с целью дезинсекции при значительной загрязненности и вшивости помещения, так сказать, в виде мероприятий. Поэтому нет ничего странного в том, что в 12-ти случаях

брюшного тифа была произведена серная дезинсекция, что 32 человека было изолировано в барак дезкамеры, при том не в качестве бациллоносителей, а просто для их дезинсецирования и до окончания производимой в квартире дезинсекции.

По проценту неисполнения брюшной тиф стоит на первом месте среди всех остальных инфекционных заболеваний (30,6%). Объяснение этому заключается в большом количестве случаев, при которых дезинфекция оказывалась ненужной; таких случаев было в 1920—21 году—389 (54,3% всех неисполненных адресов). Причины ненужности выяснены в 287 карточках. В 161 случае (56,1% всех случаев ненужности) диагноз оказался неверным, и, по выезде на вызов по поводу брюшного тифа, обнаруживались другие, часто не инфекционные больные. В большинстве случаев обнаруживались лица, перенесшие грипп, болевшие 2—3 дня, трактовавшиеся и зарегистрированные врачами как брюшнотифозные при первом и, возможно, единственном посещении. В 63 карточках имеются отметки: в 41 сл.—грипп, в 6 сл.—воспаление легких, в 3-х сл.—бронхит, в 2-х—корь, в 1-м—ангина, в 3-х—нефрит, в 2-х—плеврит, в 2-х—ревматизм, в 1-м—ранение, в 1-м—гинекологическое заболевание, а в 1-м сл.—*ragasmus senilis* у старика 105 лет от роду. Другими причинами ненужности являлись: соблюдение всех правил личной и общей профилактики, при условиях вполне удовлетворительной обстановки—таких случаев отмечено 50; заболевание вне квартирное, не в указанной квартире—в 25 случаях, причем в 5-ти из них больные были доставлены в больницу непосредственно с вокзала; ложные вызовы—в 5 случаях; довольно большое число—46—не исполнено за поздним вызовом или выездом.

В 182 случаях дезинфекция была произведена своими средствами. Собственно сюда нужно присоединить вышеуказанные 50 случаев, идущих под рубрикой „дезинфекция не нужна“, в которых ненужность определялась удовлетворительностью обстановки и принятием всех необходимых профилактических мер. Случаев отказа от дезинфекции при брюшном тифе было—59 (8,3%). Эти случаи регистрировались как отказы тогда, когда, по мнению врачей отрядов, дезинфекция была необходима или желательна. Отказы исходили, главным образом, со стороны жителей Молдаванки.

Из случаев отложенных—квартиры запертыми оказались в 210 случаях, хозяев или взрослых не было дома в 47 случаях. Немногие из этих случаев в результате оказались исполненными: 14 (11%)—при запертых квартирах и 14 (40%)—при отсутствии хозяев. В других случаях дезинфекция при повторном посещении оказывалась ненужной, или произведенной собственными средствами и т. д. Неразысканных было всего 193.

В 396 (40,5% всех отложенных адресов) случаях дезинфекция была отложена вследствие обнаружения в посещенных квартирах больных, причем громадное повышение таких случаев начинается с октября месяца, объясняемое организацией связи с статистическим подотделом и eo ipso выездами на случаи с заведомо не госпитализированными больными с целью проведения профилактических и санитарно-просветительных мероприятий. Почти во всех таких случаях на дому обнаруживались те же самые больные, по поводу которых был произведен выезд, при чем редко назначалось повторное посещение с целью производства заключительной дезинфекции; обычно давались лишь указания, как производится постоянная текущая дезинфекция, каковы меры профилактики, часто оставались дезинфициру-

шие растворы с объяснениями способов их употребления. Заключительная дезинфекция в результате была произведена в 46 случаях (11⁰/₀), из коих 1—серой; в 12—при повторном посещении дезинфекция была признана ненужной, в 6—дезинфекция была произведена своими средствами, в 6—от дезинфекции отказались.

Кроме случаев нахождения больных по данным для дезинфекции адресам, врачами отрядов было обнаружено и зарегистрировано 117 брюшно-тифозных больных. Госпитализировано из них было незначительное количество—всего 35 человек; в большинстве случаев больные категорически отказывались от госпитализации, заявляя, что они лечатся на дому у частных врачей.

Неопределенный тиф.

Неопределенные (невьясненные) тифы интересовали врачей дезкамеры прежде всего в смысле расшифровывания этого ничего ни клинически, ни эпидемиологически не говорящего диагноза. На одном из совещаний было даже решено заняться этим вопросом, поручив одному из врачей собрать и разработать соответствующие материалы. Во многих случаях при посещении удавалось выяснить диагноз, и такие случаи относились врачами в соответствующие рубрики инфекционных болезней, пропадая для данной рубрики.

Как же мы на деле, в своей работе, трактовали неопределенные тифы? Конечно, в каждом данном случае различно. Нам приходилось, главным образом, базироваться на эпидемиологических данных или на нарисованной окружающими картине болезни. Случай сомнительные мы трактовали всегда как сыпно-тифозные и в основу мероприятий клали дезинсекцию. В довольно большом числе случаев больные оказывались не инфекционными, и дезинфекция не исполнялась за ненужностью.

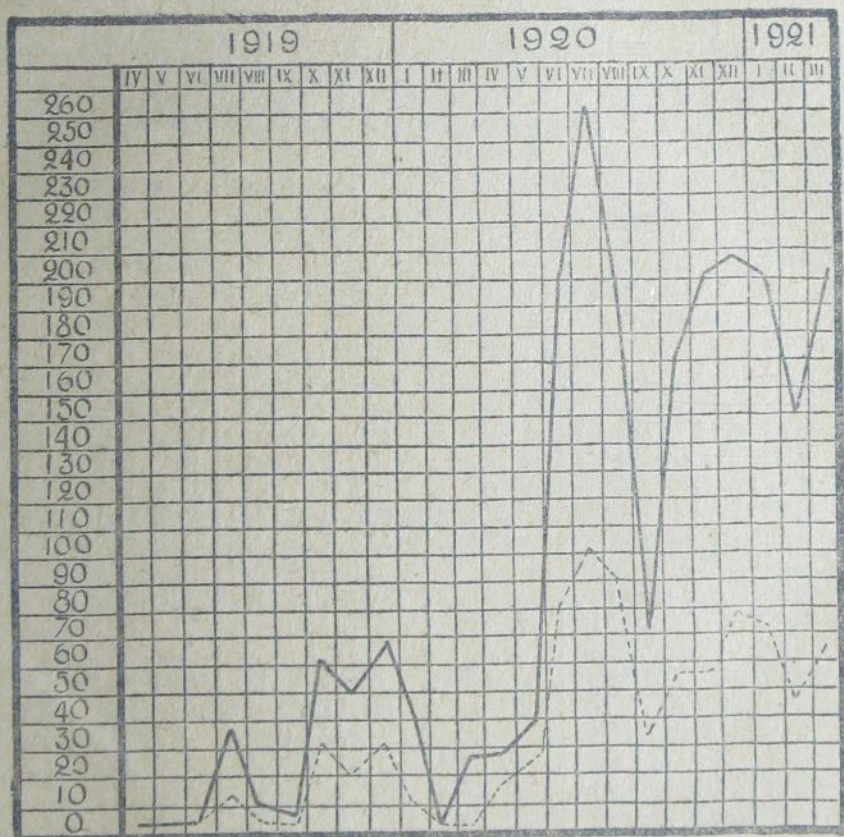
Как ни странно, довольно большой процент таких неопределенных тифов регистрировался и сообщался госпиталями (подробнее об этом дальше). Объясняется это, по наведенным справкам, тем, что больные регистрируются на уведомительные карточки сестрами приемного покоя немедленно при приеме. Мы пытались войти в соглашение с госпиталями о том, чтобы последние, по выяснении диагноза, сообщали бы его в камеру дополнительно. К сожалению, добиться этого не удалось.

Если мы взглянем на кривую движения неопределенного тифа (диаграмма 11, стр. 41), то она вызовет положительное недоумение, что должна она эпидемиологически означать, как понять эти непонятные зигзаги.

Если 1919—20 год ничего характерного в этом отношении не представляет (хотя непонятно, почему этот год, при значительном развитии разного рода эпидемий, дал такую малую кривую неопределенного тифа), то 1920—21 год буквально нелеп. Чем объяснить под'ем кривой выездов и исполненных дезинфекций в июне—июле—августе месяцах—по невясненному брюшному тифу? Чем объяснить падение в сентябре? Чем объяснить новый под'ем в октябре? Связью с санитарно-статистическим подотделом? Все это незаконмерно, непонятно, вне обычных эпидемиологических норм, и необходимы какие-то научно выработанные приемы к ликвидации диагноза—„неопределенный тиф“.

В 1919-20 году выездов на дезинфекцию по поводу неопределенного тифа было 299, в 1920-21 году — 1923; разница — огромная. Наибольшее количество выездов — 270 — было в июле 1920 года, и до конца отчетного периода этот тиф дает довольно большие цифры выездов. Исполнено было дезинфекций в 1919-20 г. — 128 (42,6%), в 1920-21 г. — 704 (36,6%), % исполнения меньший, чем в предыдущем году, что объясняется большим количеством дезинфекций, неисполненных за ненужностью и отложенных вследствие обнаружения в посещенных квартирах больных (см. дальше).

Неопределенный тиф.



— Выезды. - - - - - Исполненные дезинфекции.

Диаграмма 11.

Как и все тифозные инфекции, и неопределенный тиф дает ту же картину большего поражения Молдаванки. За 1920-21 год в район последней было произведено 984 выезда, в город — 819; Пересыпь и Слободка-Романовка дают ничтожные цифры — 64 и 12. И другие эпидемиологические данные приблизительно сходны с данными других тифов. По занятиям больные распределялись так: безработных и лиц неопределенных профессий — 133, домашних хозяек — 80, ремесленников — 64, рабочих — 63, служащих — 50, детей — 48, торговцев — 33, учащихся — 18, красноармейцев — 4 и медперсонала — 5. В 465 карточках указана величина квартир и населенность их. Данные эти показывают, как и при других инфекциях, превалирующее количество заболеваний в квартирах из 2-х комнат с населением в 4—5 человек. Замечается

только значительно меньшее количество квартир величиной больше 2-х комнат.

Преобладающее количество вызовов на дезинфекцию при неопределенном тифе производилось после отправления в госпиталь—687 сл.; отмечается несравненно меньшее количество вызовов после выздоровления (13) и после смерти (4); это—понятно, ибо было бы совсем дискредитирующе для учреждения или врача до конца болезни или смерти не определить диагноза.

Касаясь регистрировавших неопределенный тиф организаций, приходится, как я уже выше упомянул, отметить значительное и даже преобладающее количество вызовов госпиталями. Я выше уже отметил причину такого, так сказать, „подвоха“ статистики. Наибольшее количество таких вызовов (471) дала 3-ья Советская больница, довольно большое число (135) Госпиталь № 1. Если не считать эвакуаторов—не врачей, давших 268 таких вызовов, остальные распределяются между санитарно-статистическим п/отделом—131, посторонними лицами—33 и эпидемическими врачами—128 вызовов; остальные организации дали ничтожные числа.

В 903 карточках отмечено время вызовов на дезинфекцию; картина—обычная: в большинстве (исключая эвакуаторов) сведения получаются через 1—2 дня после отправления больного в больницу; но бывают, и не редко, значительные задержки (см. табл. 14).

Вызов на дезинфекцию.

Через сколько времени после отправления в больницу произведен вызов	3 Советск. больница	Госпиталь № 1	„Оаз“	Эпидемич. врачи	Вольнопр. врачи	Врачи отрядов	Эвакуаторы	Посторон. лица	ВСЕГО
В тот же день	15	2	—	2	1	2	257	6	285
На след.	54	26	1	3	—	—	5	4	93
Через 1	176	46	2	11	2	2	—	10	249
„ 2 дни	59	37	2	9	—	1	—	4	112
„ 3 „	63	10	—	—	—	—	—	2	75
„ 4 „	25	5	—	—	—	—	—	1	31
„ 5 дней	30	—	—	—	—	—	—	—	30
„ 6 „	12	—	—	—	—	—	—	1	13
„ 7 „	4	—	—	1	—	—	—	—	5
„ 8—10 дней	9	—	—	—	—	—	—	—	9
„ 14 дней	1	—	—	—	—	—	—	—	1
ВСЕГО	448	126	5	26	3	5	262	28	903

Таблица 14.

Из данных, собранных по карточкам исполненных дезинфекций, в 178 случаях удалось из расспросов окружающих, из эпидемиологических данных, а частью из справок в госпиталях выяснить истинные диагнозы. Таким образом, в 80 случаях оказался сыпной тиф, в 52-х—возвратный тиф, в 45—брюшной тиф и в 1 случае—оспа. В таких выясненных случаях дезинфекция производилась согласно принятым коллегией врачей дезкамеры методом. В остальных, оставшихся неопределенными, случаях, каждым врачом проводилась полная индивидуализация. В итоге: в 36 случаях была произведена серная дезинсекция, в 531—нафтолизоловая или мыльно-крезоловая и в 47 сл.—

сулемовая. Вещи были забраны в дезинфекционную камеру для дезинфекции паром в 407 случаях. Выдано было 709 билетов в баню. Изолировано было в барак при дезкамере 128 человек.

Из группы неисполненных адресов количественно выделяется, как и при других инфекциях, группа случаев, при коих дезинфекция оказывалась ненужной. Таких случаев за 1920-21 г. было зарегистрировано 294 (60% всех неисполненных адресов). Главной причиной ненужности дезинфекции являлся неправильный диагноз (если неопределенный тиф можно назвать „диагнозом“), когда тифа не было, и врачи отрядов находили адресатов или выздоровевшими, после 2—3 дней недомогания, или больными самыми разнообразными заболеваниями. Здесь и желудочные заболевания—5 сл., и почечные—4, и дыхательных путей (воспаление легких—11 сл., бронхит—9 сл.), и отеки ног—3 случая; здесь и рожа—2 сл., и малярия—3 сл., и особенно много гриппа—38 случаев. Другими причинами ненужности дезинфекции являлись: заболевания в местах других, не указанных в наряде—38 сл., из которых 5—внутриюремных, 5—внутрибольничных; далее, в 26 случаях—вполне удовлетворяющая санитарным требованиям обстановка случая, исключая вероятность передачи инфекции; в 15 случаях—поздний вызов, в 8-ми случаях—бесцельность дезинфекции при обнаруженной обстановке без ряда сопутствующих мероприятий, как купанье, изоляция и пр. (Губкомдезертир, подворья) и при невыполнимости этих мероприятий; в 5-ти случаях—заболевание медперсонала.

Нет ничего характерного в случаях, где дезинфекция производилась своими средствами. Таких случаев зарегистрировано за 1920-21 г.—101, из коих 23 оказалось больных брюшным тифом. В большинстве остальных случаев неопределенный тиф трактовался как сыпной или возвратный, судя по данным, и главное внимание обращалось на „санитарное“ или, вернее сказать, „инсекционное“ состояние случая.

Случаев отказов от дезинфекции было 67 (13,7%); характерного и чего-либо отличающего от сыпного и возвратного тифов в данных нет.

Нет ничего характерного и в данных отложенных дезинфекций; поэтому здесь мы ограничимся лишь цифрами. Квартира запертой оказалась в 277 случаях выезда; имеющиеся 176 карточек соответствуют 126 случаям неопределенного тифа; в 38 сл. дезинфекция при повторных посещениях была исполнена, в 8 оказалась ненужной, в 4-х—дезинфекция произведена собственными средствами, в 16—отказались от дезинфекции. Хозяев не оказалось дома в 53 случаях выезда; в имеющихся 31 карточках, соответствующих 25 случаям, имеются указания на то, что в 12-ти—дезинфекция затем была исполнена, в 3-х—оказалась ненужной, в 3-х—произведена своими средствами, в 2-х—отказались. Не разыскано было 180 адресов; из 147 карточек—82 принадлежат вызову 3-й советской больницы, 39—статистического подотдела.

Отложенных адресов из-за обнаружения больных в квартире было 185. В 90 случаях были обнаружены другие больные, в 95—те больные, по поводу которых был произведен вызов. В 34 сл. была произведена заключительная дезинфекция, в 5-ти—от дезинфекции отказались.

Обнаружено было новых больных 129, госпитализировано 67 (больше половины).

Остальные рубрики дают малые цифры и ничего характерного не представляют.

Холера.

В мою задачу не входит подробное описание пережитых нами эпидемий холеры 1919 и 1920 года, ибо нет у меня для этого достаточных данных, и, кроме того, они детально разработаны и описаны и д-ром Г. Д. Финкельштейном, оперировавшим статистическими данными, и д-ром С. С. Каневской, непосредственно работавшей в качестве врача-эпидемиолога на холере обоих годов, и д-ром М. Н. Соловьевым. В мою задачу входит описание только того, что было сделано отрядами в эти эпидемии. Эти данные, конечно, не совсем совпадут с данными других авторов, что и понятно, принимая во внимание, что камера в данном случае оперирует иными данными.

К сожалению, должен отметить, что имеющиеся данные крайне скудны, и для описания эпидемии 1919 года и весны 1920 года придется пользоваться лишь официальными данными отчетности и случайно имевшимися у меня записками о работе моего отряда.

Необходимо в своем описании расчленить обе эпидемии, 1919 и 1920 года, и описывать каждую отдельно, ибо нельзя сравнить их: они во всех отношениях различны. И в отношении к нашей теме — работе дезинфекционных отрядов — они также резко разнятся между собой. В первую эпидемию мы видим отсутствие планомерности, неподготовленность, во вторую — проведение определенного плана, руководство работой и, благодаря этому, удовлетворительность результатов.

Кривая движения холеры по месяцам (диаграмма 12, стр. 45) дает одну значительную волну, охватывающую конец июля 1919 г., начиная с 25—26 числа, август с значительным подъемом до 661 случая, сентябрь, где наметилось уже падение эпидемии (299 сл.) и начало октября — падение полное, до 50 случаев; до марта случаев холеры почти нет, в марте же появляется небольшая вспышка, быстро утихшая, дав всего по нашим сведениям 74 случая (по сведениям статистики несравненно больше). Последняя эпидемия 1920 г. захватила август—сентябрь месяц, была своевременно локализована противоэпидемическими органами и быстро ликвидирована, дав всего около 50—60 случаев.

Итак, о холере 1919 года в моем распоряжении имеются лишь разрозненные мои записки о деятельности моего отряда, да доклад тов. П. А. Капун о деятельности холерного изолятора при дезкамере.

Из имеющихся заметок можно выяснить, что начало эпидемии относится к концу июля, когда в доме № 39 по Косвенной улице у приехавшей из Николаева женщины Михайловской были обнаружены холерные вибрионы. 27 июля мой отряд произвел там дезинфекцию. Затем начинается ряд заболеваний вокруг этого дома и ряд случаев на Малороссийской ул., связанных с домом № 39 по Косвенной. Так, 28 июля моим отрядом были произведены дезинфекции: по Косвенной 42 — Шиховцева, Косвенной 46 — Филин, на Малороссийской 41 — Ляпов (смертный случай) и Малороссийской 45 — Чубова. 29 июля влезды на холеру продолжают в том же районе: Малороссийская 41 — Широкова, Малороссийская 43 — Пахлом, Малороссийская 45 — Корева и Бондарева и, одновременно, Косвенная 37 — Поперечная, Косвенная 58 — Чернышев, случаи по Разумовской 52 и во 2-м Разумовском переулке. Ту же картину мы видим и 31 июля: здесь и Косвенная №№ 41 и 56, Разумовская, около Косвенной, №№ 36 и 46, Средняя, около Косвенной, № 47, Колонтаевская, около Косвенной, №№ 41 и 67 и одновременно два случая на Малороссийской № 62 (Рудбой и Подобеда). 1 августа уже встречаем Картамышевскую 3, Болгарскую 53, ту же Мало-

начались заболевания на Балковской улице и в Староконном переулке, а Средняя улица давала лишь единичные вызовы; затем холера перекочевала на Головковскую ул. Одновременно она давала спорадические случаи то в городе, в разбросанных местах, то на Пересыпи (Московская 39, Зайцева 5 и 6, Божакяна), то на Слободке-Романовке (психиатрическая больница, Минаева 19, Котлеевская 33 и т. д.), то в районе Чумки (Водопроводная ул. и переулки).

Конечно, при огромной и напряженной работе, которую приходилось выполнять отряду (были дни, когда посещалось громадное количество очагов: 17 августа—17, 18 августа—21, 20 августа—20 и т. д.), о научно поставленной эпидемиологической работе и говорить не приходилось, и мы, главным образом, производили дезинфекции. Проведение же наблюдения за случаями, исследования на бациллоношение, изоляция бациллоносителей, госпитализация больных, агитационная работа, проведение прививочной кампании и пр. являлись обязанностью кадра эпидемических врачей. Отряд мой был всегда в контакте с последними, и фактически мы проводили совместно с ними всю борьбу с холерой. Во многих случаях нами брались пробы на бациллоношение у окружавших и соприкасавшихся с больными; в нескольких случаях брались пробы и у больных, обнаруженных отрядом при посещении очага; в этих случаях проводилась госпитализация. Цифры работы во время этой эпидемии холеры моего отряда таковы: всего выездов было произведено 643 (62,2% всех выездов); из них исполнено 427 (66,3%) при общем исполнении в 69% (в 1919—20 г. было исполнено 734 дезинфекции после холеры); не исполнено было всего 48 случаев, распределенных по двум группам: повторный вызов—35 и отказались—12; отложенных случаев—168, из коих в 93 случаях квартира оказалась запертой, в 31 сл.—адресат не разыскан (потом почти все были разысканы), в 26 случаях были обнаружены в квартире больные, в 18 сл.—покойники. В 119 случаях всех отложенных по той или иной причине вызовов дезинфекция затем, при вторичном посещении, была исполнена. Имеются еще данные о том, кем производились вызовы на дезинфекцию, причем надо сказать, что при этой эпидемии организация эпидемических врачей очень энергично поддерживала связь с дезкамерой: по их вызовам отряд выезжал 82 раза, по вызовам эвакуаторов—209 раз, 1-ой Советской больницы—75 раз, 3-ей Советской больницы—34 раза, посторонних лиц—20 раз и вольнопрактикующих врачей—12 раз. Далее, моим отрядом было обнаружено 38 холерных больных, из коих было госпитализировано 34. У некоторых из них—16-ти—были взяты faeces для бактериологического исследования; в 8 случаях были взяты пробы (содержимое recti) на бациллоношение (у 38 чел.). Изолировано было мною в барак при дезкамере подозрительных на бациллоношение 64 человека.

Вот те данные о холере 1919—20 г., которые имеются в моем распоряжении; еще раз повторяю, что, к сожалению, кроме немногих, кратких моих заметок, ничего не осталось в воспоминание о той колоссальной работе, которую провели отряды дезкамеры в эту эпидемию.

Приходится с тем же сожалением отметить, что немного данных оставили и эпидемии холеры 1920 года. И здесь нет достаточных эпидемиологических данных, нет описаний случаев, источников заражений, связи случаев между собой. Правда, эти описания, собственно, и не входили в задачу и обязанность врачей дезотрядов, ибо почти во всех случаях (особенно летней эпидемии) такие обследования

производились д-ром С. С. Каневской, специально работавшей на холере в качестве эпидемиолога, и врач отряда, работавший в районе эпидемии (Пересыпи) считал лишним в свою очередь производить обследования, опросы и пр..

Остается загадочной и непонятной до настоящего времени небольшая вспышка холеры, которая была в марте—апреле 1920 года. Источника возникновения этой эпидемии, как известно, с точностью выяснить не удалось*). Началась и главное распространение она имела в Петропавловском участке. Нужно сказать, что цифры выездов при различных эпидемиях обычно приблизительно совпадают с цифрами статистики; но цифры данной эпидемии холеры абсолютно и значительно разнятся. Всего выездов было 74: из них 31—в Петропавловский район, 27—в Михайловский, а остальные—в разные части города, по расположению совершенно противоположные друг другу: так, было 3 случая на Пантелеймоновской ул., одновременно 2—на Карантинной и 1—на Матросской Слободке. Никаких данных об этой эпидемии не имеется, кроме того, что из общего числа исполнено было дезинфекций 63 (из коих 26—в Петропавловском участке, 19—в Михайловском), в 3-х случаях дезинфекция оказалась ненужной, в 2-х—произведена своими средствами; в 6-ти случаях дезинфекция была отложена по тем или иным причинам.

В августе месяце появилась новая вспышка холеры, локализовавшаяся на Пересыпи, в одном уголке ее—районе Ярмарочной площади, куда в д.д. №№ 177, 179 и 181 было 16 выездов; вообще же, в район Пересыпи, главным образом, прилегающий к Ярмарочной площади, было 36 выездов, из них на Куяльницкий лиман—3; в городе был один случай, на Старо-Резничной, связанный с Куяльницким лиманом. Вся эпидемия ограничилась 59 выездами в течение августа—сентября месяцев, а в октябре совершенно закончилась. При этом надо сказать, что причины такой незначительности эпидемии связаны с деятельностью противоэпидемических организаций, развивших значительную энергию в борьбе с холерой. Готовились к ней очень много в ожидании большой вспышки и, когда появился первый случай на Ярмарочной площади, были мобилизованы все силы и был пушен весь противохолерный аппарат, начиная с передачи всего наблюдения за ходом эпидемии и проведением мероприятий одному врачу-эпидемиологу, кончая организацией усиленной вакцинации. И дезинфекционная камера, в свою очередь, мобилизовала все свои силы. Были организованы постоянные (круглые сутки) дежурства карет для вывоза больных, назначены специальные кареты с эвакуаторами для эвакуации изолируемых; наконец, по постановлению коллегии врачей, были организованы дневные дежурства дезотрядов, имевших назначение выезжать как можно скорее на холерные случаи.

Всего, т. о., за 1920—21 год выездов дезотрядов на холерные случаи было 133; из них исполнено—106 (80%). Неисполненных адресов было всего 11, из коих в 9 сл. дезинфекция оказалась ненужной в 2—повторный вызов; отложенных—16 (5—квартира заперта, 4—не разысканы, 1—в квартире больной, 2—в квартире покойник, 4—до выяснения диагноза).

Источник заражения при августовской вспышке был выяснен; первый случай был завозной, из г. Николаева; оттуда холера контактным путем распространилась по району.

*) Надо полагать, что эта эпидемия была местного происхождения и явилась результатом перемешки инфекции после эпидемии 1919 г.

Как проводилась борьба с холерой? В августовскую вспышку общее наблюдение было поручено врачу-эпидемиологу; в районе работали эпидемические врачи. Исходя из положения, что главным источником и распространителем инфекции является больной с его выделениями (испражнения, рвотные массы), первым и основным мероприятием являлась госпитализация. Другим, не менее важным источником являются бациллоносители. Для вылавливания их эпидемическими врачами, а иногда и врачами дезотрядов, брались пробы — содержимое recti — для отправки в бактериологический институт для исследования. Независимо от этого во многих случаях проводилась изоляция лиц, непосредственно соприкасавшихся с больными, так сказать, подозрительных на бациллоношение. Таких лиц было изолировано по инициативе врачей дезотрядов в 1920 году — 64. Конечно, бактериологически установленных бациллоносителей безусловно изолировали до конца периода бациллоношения. Все эти эпидемиологические мероприятия производились немедленно, по выяснении случая заболевания. Параллельно с этим производилась дезинфекция.

Дезинфекционные мероприятия при холере исходят из того положения, что инфекционное начало — вибрион Коха — находится лишь в выделениях — экскрементах и рвотных массах — больных или бациллоносителей. Поэтому, главным образом, их и надо обеззараживать, и текущая дезинфекция этим и занимается. Выделения эти дезинфицируются обычно или 20% известковым молоком или 4% хлорной известью; безусловно противопоказана сулема. Вещи больных, загрязненные экскрементами (носильные, постельные) должны быть продезинфицированы, после предварительного замачивания — бучения в 1% растворе соды, в паровом аппарате. В квартире производится дезинфекция пола и стен или 3—5% мыльно-крезоловым раствором или 1% раствором сулемы. Одновременно, как обязательное правило, производится дезинфекция уборных, как квартирных — 5% мыльно-крезоловым раствором, так и дворовых — 20% известковым молоком или 4% хлорной известью. Переводя все это на язык цифр, мы получим следующие данные: из 106 случаев исполненных дезинфекций в 74 (70%) были забраны вещи в дезкамеру для дезинфекции их в паровом аппарате, в 12-ти вещи не взяты за ненадобностью, в 20-ти вещей не оказалось; в 36 случаях дезинфекция была произведена сулемой, в 14-ти — мыльно-крезоловым раствором, в 94 — известковым молоком; дано билетов в баню — 41; изолировано в госпиталь № 10 (Изолятор) — 64 человека; обнаружен один новый больной, госпитализированный врачом дезотряда.

Вызовы на дезинфекцию производились, главным образом, эвакуаторами дезкамеры после эвакуации больных в госпиталь или окружающих в изолятор; таких вызовов было 56 (48 и 8); довольно часто вызывались отряды работавшим в районе Пересыпи врачом-эпидемиологом — 25; были еще вызовы посторонних лиц, 1-й Советской больницы. Выезды на случаи для дезинфекции, благодаря организации дежурств отрядов во время августовской эпидемии, производились в большом проценте случаев (55 из 133 — 41,3%) в тот же день, максимум на следующий день (48 — 36,1%). Если бы дезкамера обладала достаточными ресурсами, то можно было бы организовать, и это нужно было бы сделать, скорую дезинфекционную помощь, которая особенно необходима именно при холере. Нам же приходилось, при составе в 5 отрядов, выезжать, кроме холеры, еще на случаи сыпного тифа (69 сл.), возвратного тифа (303 сл.) и др.

Результаты борьбы с холерой в летнюю эпидемию 1920 года показали, что совместными усилиями противоэпидемических организаций и дезкамеры возможно предотвратить развитие холеры. Здесь выяснилось несомненное важное значение дезкамеры в борьбе с эпидемиями. И на опыте этом выяснилось, как важно создание из дезкамеры достаточно мощной, обладающей всеми ресурсами санитарно-дезинфекционной станции.

Дизентерия.

Профилактические мероприятия при дизентерии являются общими с мерами, принимаемыми при брюшном тифе. Подобно тифу и холере, главным источником распространения дизентерии являются больные люди, выделяющие заразное начало исключительно через кишечник. Кроме больных, здесь также играют роль бацилловыделители и бациллоносители (Kitasato, Conradi и др.). Важно также нередкое (в 3—5%) превращение острого заболевания в хроническое, тянущееся годами.

Вот те данные, которые должны были лежать в основе наших мероприятий при дизентерии. Но если при холере мы могли их проводить в жизнь, используя широко бактериологические методы, то при дизентерии мы были лишены этой возможности, и приходилось ограничиваться лишь одной дезинфекцией, сознавая при этом, что это — ничтожный паллиатив. Правда, больших эпидемий дизентерии мы не переживали; к тому же огромное большинство таких больных и не регистрируется врачами. Таким образом, за 1920-21 г. выездов было всего 29, из коих — в 13 случаях дезинфекция была произведена. В 6-ти случаях были забраны в дезкамеру для дезинфекции в паровом аппарате вещи, загрязненные экскрементами; в квартирах производилось обрызгивание пола и стен раствором сулемы; уборные дезинфицировались 20% известковым молоком или 4% хлорной известью. Неисполненных случаев было 9, из коих в 6-ти случаях дезинфекция оказалась ненужной, в 3-х — произведена была своими средствами. Отложена была дезинфекция в 7-ми случаях: в 1 сл. квартира оказалась запертой, в 2-х — хозяев не было дома, в 2-х — адресаты не разысканы, в 2-х — в квартире обнаружены больные.

Каких-либо характерных эпидемиологических данных на основании небольшого количества случаев вывести нельзя. Случаи были разбросаны по всем районам города, пораженными оказывались лица самых разнообразных профессий, различных социальных положений. Точность диагноза также не всегда была вне сомнений.

Оспа.

Много внимания уделялось коллегией врачей дезкамеры вопросу о борьбе с оспой. Перед нами особенно остро стоит и требует научного разрешения задача, каким способом нужно производить дезинфекцию при этой болезни. Для этого, конечно, прежде всего необходимо разрешить вопрос о способах заражения. Мы неоднократно

обсуждали этот вопрос, но, конечно, решить его не могли. Поиски в литературных источниках не привели также к положительным результатам. И мы так же, как 2 года назад, производим дезинфекцию, не имея твердой научной почвы. Поэтому, нам приходится особенно индивидуализировать каждый случай, применяя в одном случае, напр., формалин, в другом — серу. При этих назначениях мы исходим из двух предположений об источниках заражения. Считая, что оспа, подобно сыпному и возвратному тифам, является кровяной инфекцией, мы принимаем, что и пути заражения должны быть схожи, и перенос инфекционного начала производится насекомыми. На этом основании мы в очень загрязненных квартирах, где много разных насекомых, проводим дезинсекцию. С другой стороны, другим возможным источником заражения являются образующиеся при засыхании пустул и отпадающие корки, в которых должны находиться еще не открытые возбудители оспы. Наконец, возможно рассеивание инфекции и капельным путем, в тех случаях, когда пустулки образуются в дыхательных путях. Конечно, принимая эти источники, приходилось уже думать о дезинфекции. Особенно тщательно последняя производилась в тех случаях, когда больной не был госпитализирован, когда период высыхания пустул и образования корок больным был проведен дома. При этом надо сказать, что в большинстве случаев, где производилась дезинфекция, а не дезинсекция, квартиры были мало загрязненные, и насекомых (блох) не было. В единичных случаях производилась и дезинфекция, и дезинсекция. Способами дезинфекции были: или формалиновый, или пульверизация сулемой, в большинстве, в смеси с мыльно-крезоловым раствором. В последних случаях одновременно забирались вещи в камеру для паровой дезинфекции. Кроме таких дезинфекционных мероприятий, врачом отряда производилась изоляция окружающих, принимались меры к присылке в зараженную квартиру прививочного отряда для проведения там оспопрививания, к осведомлению о случае врача эпидемиолога для организации наблюдения за очагом.

Рассматривая кривую выездов на оспу (диаграмма 13), мы видим, что уровень ее почти не превышает 10-ти сл. в месяц в 1919-20 году, и только с начала второго года по нашему летоисчислению, т.-е. с апреля 1920 года, кривая делает скачек вверх и все идет на повышение до последнего времени (III. 1921) с небольшим понижением в августе—сентябре—октябре 1920 года. В настоящее время количество заболеваний оспой повышается, дав в марте месяце свыше 80-ти случаев. Объяснение этому резкому повышению заболеваний прежде всего надо искать в недостаточности оспопрививания. Действительно, за предшествовавшие годы регулярно проводимой прививочной кампании не было, число и процент привитых крайне незначителен; поэтому и сопротивляемость массы населения малая. Важным источником заражения является, как и при сыпном и возвратном тифах, железная дорога. За 1920-21 год нами зарегистрировано больных-приезжих 29 человек; среди железнодорожных служащих—9 случаев оспы, в семьях после приезда кого-нибудь—8 случаев. Постои красноармейцев служили причиной заболевания оспой в 11 случаях; служба в воинской части—3 случ.. Два случая были связаны с работой на бумажной фабрике, где заболевшим приходилось рыться в тряпье, предварительно не дезинфицируемом. Внутрибольничных заражений было 5 случаев; повторных заболеваний в семьях—14.

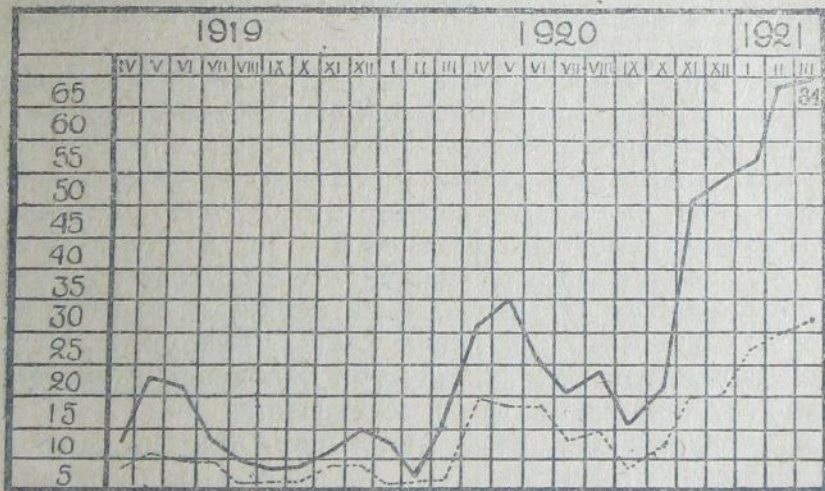
Распределение по районам не дает резкой разницы между городом и Молдаванкой (Пересыпь и Слободка-Романовка дали небольшие

цифры). Город дал в 1920-21 году—162 зарегистрированных выезда, Молдаванка—106 случаев. „Фатальные“ улицы не отстали, и знаменитая „Госпитальная“ дала 36 случаев.

Всего за 1919-20 год выездов на случаи оспы было 88, в 1920—21 году—427, т. е. в 4 раза больше; исполненных дезинфекций в 1919—20 году—34 (около 40%) в 1920—21 году—178 (41,6%). Из них серных дезинсекций было 18 (10%), формалиновых—10 (5,6%), остальные—нафтолизолом (мыльно—крезоловым раствором) с сулемой. Вещи были взяты в камеру для паровой дезинфекции в 121 сл. (67,8%), в 35 сл. вещи не взяты за ненадобностью, в 32 сл.—вещей не было. Выдано билетов в баню—140; изолировано лиц, окружавших больных—118. Обнаружено было врачами дезкамеры больных—10 человек, из коих ими же госпитализировано—7.

Дезинфекция в большинстве—в 140 случаях (79%)—производилась после отправления в больницу, в 17 сл. (9,8%)—после выздоровления и в 21 сл. (11,2%)—после смерти.

Оспа.



— Выезды на дезинфекцию. - - - - Дезинфекция исполнена.

Диаграмма 13.

В виду того, что случаи оспы считаются теперь, так сказать, „боевыми“, то они выполняются значительно быстрее других и даются в наряд в первую очередь. Таким образом, % исполнения таких дезинфекций в сроки позже следующего дня после эвакуации в госпиталя или вызова значительно меньший, чем при других заболеваниях, при которых, вследствие огромного количества адресов при небольшом числе отрядов, происходит довольно большое залеживание.

Как и большинство инфекционных заболеваний, и оспа охватывает в главной своей массе население неимущее; это, конечно, факт давно известный, и доказывать его особенно не приходится. В карточках имеются только такие данные, как занятия больных и величина занимаемой квартиры. Не говоря о детях, среди которых было наибольшее количество заболевших—50, на первом месте стоят ремесленники и рабочие—30 и 29, затем лица неопределенных профессий (безработные, беженцы, нищие и пр.)—19, домашние хозяйки—18, служащие—18 и лица друг. профессий—по несколько человек. Величина квартиры в большинстве случаев, как и при других инфекциях, равна

2-м комнатам при населении в 4—5 человек. Замечается значительно меньший $\%$ заболеваемости среди лиц, занимающих большую квартиру: так среди живущих в 3-х комнатах было всего 14 случ. оспы (5 $\%$) и в 4-х комнатах—3 случая.

Переходя к анализу неисполненных и отложенных случаев, бросается в глаза огромное количество отложенных адресов, почти равное исполненным—172 (40,4 $\%$); при этом все рубрики—запертые квартиры, не разысканные случаи, обнаружение больных—дали солидные цифры. Неисполненных адресов—77 (18 $\%$), среди которых наибольшее количество идет под рубрикой „дезинфекция не нужна“—42. Причины ненужности дезинфекции при оспе—три: наибольшее число—24—неправильность диагноза (в 11 сл. оказалась ветряная оспа, в 5 сл.—корь, в 6 сл.—грипп; в 2-х сл. отмечено „не оспа“ без указания другого диагноза); другой причиной являлось заболевание вне дома—8 случаев (в 3-х случаях—в дороге, больные отправлены в госпиталь с вокзала), наконец, третья причина—тщательно производившаяся во все время болезни текущая дезинфекция помещения и вещей больных—10 случаев. К этой последней группе собственно надо присоединить и 12 случаев, при коих дезинфекция была произведена своими средствами по указанию лечащих врачей. Отказов от дезинфекции было всего 7; к сожалению, о них данных нет.

Как уже выше было упомянуто, $\%$ отложенных дезинфекций при оспе большой, хотя это зло нашей работы довольно велико при всех заболеваниях. Долго останавливаться не стоит; можно ограничиться лишь цифрами. Квартиры заперты были в 58 случаях, хозяев не было дома—в 12-ти; эти 70 выездов соответствуют, при повторности посещений, 36 случаям заболеваний; из них в 26 сл. дезинфекция была исполнена, в 2-х—оказалась ненужной. Не разыскано было 29 адресов; в 12 случ. удалось выяснить затем истинный адрес и произвести дезинфекцию. Больные в квартире были обнаружены в 39 случаях выезда. Соответствуют они, опять из-за повторности посещений, 33-м случаям заболеваний; из них в 14 дезинфекция была затем исполнена, в 2-х—была признана ненужной, остальные—еще не ликвидированы. Обнаружено было 6 новых больных, из коих 4 были госпитализированы, и дезинфекция затем произведена.

Большое количество остающихся на дому оспенных больных зависит, главным образом, от того, что до сих пор нет специального, хорошо оборудованного госпиталя или больничного отделения для таких больных. В 1-ую Сов. больницу население идет неохотно; отказывается в настоящее время из-за дальности расстояния идти и во 2-ую больницу—на Слободку-Романовку. Необходимо, при наличии эпидемии, оборудовать специальные койки для оспенных больных.

В 30 случаях дезинфекция была отложена из-за того, что к ней не приготовились; во всех этих случаях она была исполнена на следующий день. В 1 случае дезинфекция была отложена до погребения умершего и исполнена на другой день. В 3-х случаях дезинфекция была отложена до выяснения диагноза; во всех этих случаях она не была произведена, так как в 2-х случаях оказалась ветряная оспа, в 1 сл. корь (по наведенным в 1 Совнарболи справкам).

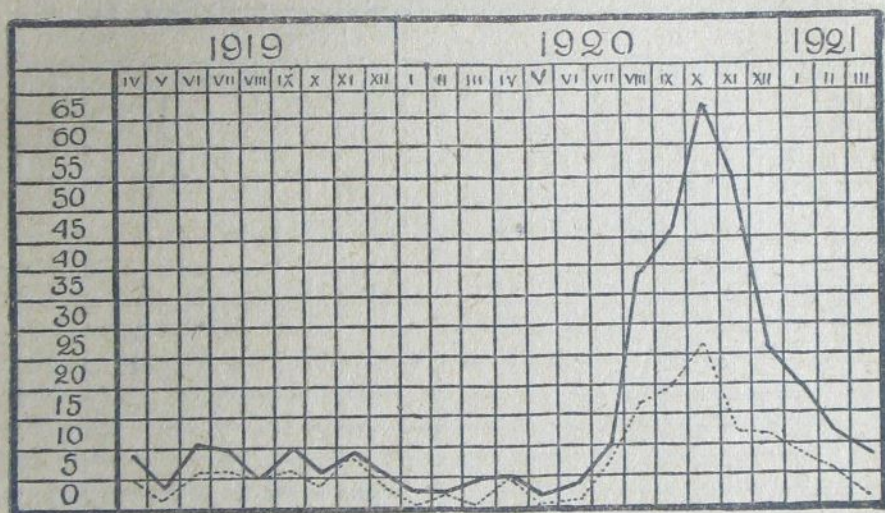
В заключение, об оспе надо повторить первый абзац: необходимо поставить вопрос об эпидемиологии оспы в задачу дня для научной разработки. Если бы ресурсы дезкамеры были более обширны, она могла бы и должна была бы провести соответствующую работу в этом направлении.

Дифтерия.

Из детских инфекций дезкамера обслуживала преимущественно только две—дифтерию и скарлатину. В некоторых случаях мы производили дезинфекцию и после кори, главным образом, в детских учреждениях; но таких случаев было незначительное количество.

Настоящих эпидемий дифтерии и скарлатины, как в 1919-20, так и в 1920-21 году, не было. Лишь в сентябре—ноябре была небольшая вспышка обеих инфекций, дающая отзвук в виде одиночных спорадических случаев до последнего времени. На кривой (диаграмма 14) мы видим слабо ломанную линию с апреля 1919 года

Дифтерия.



— Выезды. - - - - - Дезинфекция исполнена.

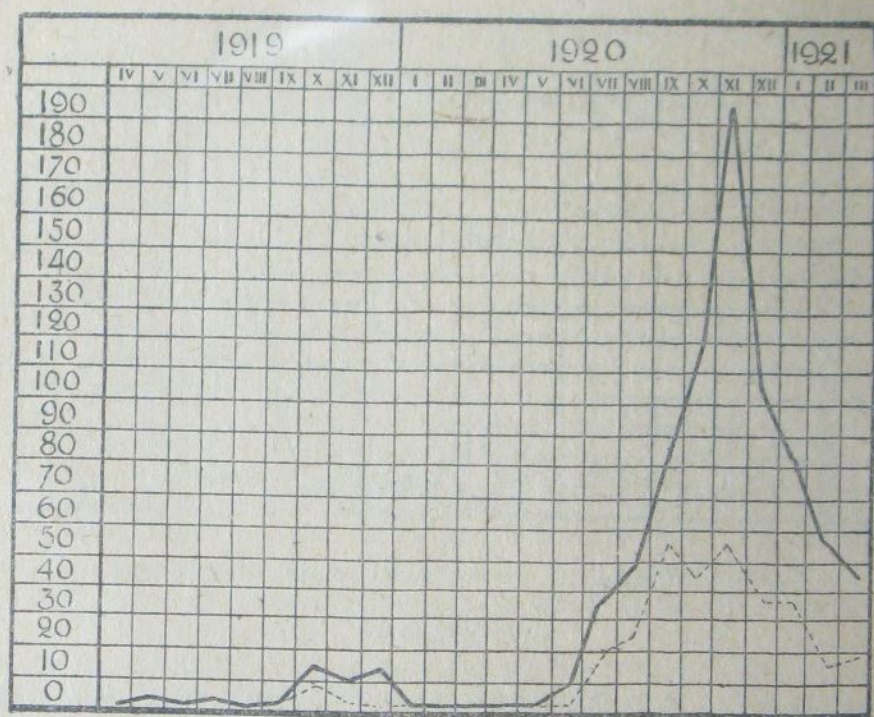
Диаграмма 14.

по июль 1920 года, а с июля постепенный под'ем ее с максимумом в 67 выездов и 26 исполненных дезинфекций в октябре 1920 года; затем начинается падение кривой до 12 выездов и 1 исполненной дезинфекции в феврале месяце текущего (1921) года. Такую же картину дает и скарлатина (диаграмма 15): ровную линию до июля месяца 1920 г., под'ем с максимумом в 196 выездов в ноябре и довольно крутое падение, продолжающееся до настоящего времени. Таким образом эпидемий дифтерии и скарлатины в современном смысле слова, как мы привыкли понимать это слово в наше, полное грозных эпидемий, время, не было.

Вопрос о дезинфекционных мероприятиях при дифтерии служил много раз предметом обсуждения и дебатов в совещаниях врачей дезкамеры. Мы обсуждали: когда необходимо и можно производить дезинфекцию, какими способами, достаточна ли дезинфекция формалином и пр.. В результате нами были приняты определенные правила, основанные на современных научных данных. Первым, основным требованием являлась обязательность бактериологического исследования на присутствие дифтерийных бацилл, как у болевших, так и у окружающих их лиц. Лишь при отрицательном ответе, т.е. пол-

ном бактериологическом выздоровлении больного и отсутствии бациллоносителей, производилась заключительная дезинфекция. Этот принцип неуклонно проводился в жизнь; только в одних случаях о заболевании сообщалось врачу-эпидемиологу с просьбой взять пробу, в других это делали сами врачи камеры (цифры ниже). Дезинфекция в большинстве производилась формалином; в некоторых случаях—сулемой в помещении с одновременной отправкой заразных вещей в камеру для дезинфекции паром. Вещи забирались и при формалиновой дезинфекции. Исходили при этом мы из того положения, что дезинфекция формальдегидом—поверхностная. Вглубь предметов пары формальдегида не проникают. Между тем, дифтерийные бактерии, выбрасываемые наружу, при кашле, разговоре, бреде больного,

Скарлатина.



— Вьезды. - - - - - Дезинфекция исполнена.

Диаграмма 15.

несомненно проникают вглубь предметов, соприкасающихся с больным, главным образом, подушек и одеял; их то формальдегид и не обеззараживает. Необходима более сильная дезинфекция, и таковой может быть только паровая. Вот почему при дифтерии в очень многих случаях одновременно с дезинфекцией формалином, постельные принадлежности и другие вещи брались в камеру.

При заболеваниях дифтерией в детских учреждениях проводились различные противэпидемические мероприятия. Производилась изоляция детей, находившихся в близком соприкосновении с заболевшими, и одновременное исследование на бациллоносительство всех детей учреждения с одновременной его дезинфекцией (детский дом на Успенской 2, интернат, бывш. сиротский приют на 2-й станции), или изоляция всех детей учреждения с дезинфекцией помещения (Мариинская 2), или только

исследование на бациллоношение всех детей и изоляция бациллоносителей с последовательной дезинфекцией (Комитетская 27). В учреждениях на Мариинской 2, на 2-ой станции и на Комитетской 27 были обнаружены бациллоносители и изолированы в госпиталь-изолятор № 10.

Всего за 1920-21 год выездов на дифтерию было 291, причем здесь преобладают выезды по городским адресам. Так, в город было произведено 175 выездов, на Молдаванку—86. Такое же соотношение отмечено и при скарлатине (373 выезда в город и 342 на Молдаванку). На Слободку-Романовку и Пересыпь выездов было немного: на дифтерию 8 и 22, на скарлатину 29 и 54.

Исполненных дезинфекций по поводу дифтерии было 109 (37,4%). Такой сравнительно небольшой % исполнения зависит от большого количества отложенных случаев (144), анализ которых будет дан ниже. Город дал вдвое большее количество исполненных дезинфекций, чем Молдаванка (64 и 38). Определенной локализации дифтерия не имела, и случаи были разбросаны по всему городу; можно только отметить, что Александровский I район дал наибольшее количество и выездов, и исполненных дезинфекций (65 и 40).

Из 109 исполненных случаев в 44 (40,2%) дезинфекция была произведена формалином, в 60 (56%)—раствором сулемы, в 5 случаях (Куликовский пер., детская больница) были забраны только вещи в камеру. В 47 случаях (43%) были взяты вещи для дезинфекции паром.

В изолятор на Новосельскую 64 (госпиталь-изолятор № 10), кроме детей из учреждений, было отправлено из частных квартир 11 человек. Новых больных обнаружено 14, из коих госпитализирован был всего один. Такая ничтожная цифра госпитализированных объясняется тем, что до настоящего времени нет специального детского инфекционного госпиталя. По этой же причине мы имеем ничтожную цифру госпитализированных при скарлатине.

Как и при других заболеваниях, главное количество дезинфекций исполнено после отправления в больницу (68—62,3%), в 29 случаях (22,5%)—после выздоровления и в 12 случаях (11,2%)—после смерти. Вызовы производились:

В 42 случ. — 1 Советск. больницей	В 2 случ. — врачами отрядов
„ 8 „ — врач.-эпидемиологами	„ 3 „ — санит.-статистич. п/о
„ 7 „ — вольнопрак. врачами	„ 8 „ — эвакуаторами
„ 37 „ — частными лицами	

В большинстве случаев вызовы производились через день после отправления в больницу, но бывали случаи и более позднего вызова (в 1 случае даже через 3 недели). Выезды на дезинфекцию, в большинстве—60 случаев (55,1%)—производились на следующий день после вызова, в 11 случаях (10%)—в день вызова; в 20 случаях (18,7%)—через день, в 14 случаях—через 2 дня, в 1 случае—через 3 дня.

Интересно отметить, что данные наши показывают отсутствие параллелизма между развитием этой инфекции и такими моментами, как скученность, грязь, нищета и пр., в такой степени, как это наблюдается при других инфекциях. Это, конечно, парадоксально, но данные о величине квартир, где были случаи дифтерии, и их населенности, более или менее характеризующие зажиточность и бедность, дают следующие цифры:

В 1 комн. 2 челов.	—	1 случ.
„ 1 „ 3 „	—	2 „
„ 1 „ 4 „	—	3 „
„ 1 „ 5 „	—	2 „
В 1 комн.		— 8 случ.

В 3 комн. 4 челов.	—	4 случ.
„ 3 „ 5 „	—	2 „
„ 3 „ 6 „	—	2 „
„ 3 „ 7 „	—	1 „
В 3 комн.		— 9 случ.

В 2 комн. 2 челов.	—	1 случ.
„ 2 „ 3 „	—	7 „
„ 2 „ 4 „	—	8 „
„ 2 „ 5 „	—	15 „
„ 2 „ 6 „	—	6 „
„ 2 „ 11 „	—	1 „
В 2 комн.		— 37 случ.

В 4 комн. 5 челов.	—	3 случ.
„ 4 „ 6 „	—	4 „
В 4 комн.		— 7 случ.
В 5 комн. 6 челов.	—	2 случ.
„ 5 „ 8 „	—	1 „
В 5 комн.		— 3 случ.

Таким образом, мы видим значительно большее сравнительно с другими заболеваниями, число квартир в 3—4 комнаты, хотя все же квартир в 2 комнаты с населением в 5 человек оказывается преобладающее число случаев.

Как и при других инфекциях, госпитализация в большинстве производится на 2-й—4-й день заболевания. Это видно из таблицы времени, проведенного больными в квартире до отправления в больницу (данные в 81 карточке).

Неск. часов	— 4 чел.	3 дня	— 24 чел.	7 дней	— 5 чел.
1 день	— 18 „	4 „	— 8 „	8 „	— 6 „
2 дня	— 12 „	5 дней	— 4 „	14 „	— 3 „

В заключение надо указать, что врачами отрядов был взят материал для исследования на бацилловыделение и бациллоношение у 9 выздоровевших больных и у 44 окружавших больных лиц (в эти цифры не входят детские учреждения).

Неисполненных случаев в 1920-21 году было 38 (13,5%), из коих 21 (55,2%)—за ненужностью. Причины ненужности следующие: в 18 случаях (76,2%)—неправильность диагноза (в 10 сл.—ангина, в 8-ми—различные другие заболевания), в 3-х сл.—отсутствие связи заболевания с данным адресом (в 1 случае—заболевание в дороге, в 2-х—внутрибольничное заражение). В 13-ти случаях дезинфекция была произведена своими средствами. Последние случаи, за исключением двух, были в пределах Бульварного уч., населенного, главным образом, состоятельными людьми. В 4 случаях от дезинфекции отказались.

В 144 случаях (49,1%) дезинфекция была отложена; причины следующие: в 21 сл.—квартиры оказались запертыми (в 14—дезинфекция была исполнена); в 11 сл. выездов—не было хозяев (соответствуют 6 сл. дифтерии—все исполнены); не разыскано было 28 адресатов (в 9 сл. были затем разысканы и дезинфекция произведена); больные обнаружены были в квартире—в 38 случаях (в 9 сл.—новые больные, в 29—больные, по поводу заболевания которых был вызов на дезинфекцию; в 11 случаях дезинфекция была затем произведена); покойник в квартире—в 1 сл. (исполнено), не приготовились—в 34 сл. (все исполнены), до выяснения диагноза—11 случаев (в 8 исполнено, в 3-х нет: у одного оказалась корь, у другого—ангина, у третьего—ветряная оспа).

Скарлатина.

Несколько слов по поводу скарлатины было сказано выше, в главе о дифтерии. Там я говорил о кривой с ее скачком в ноябре месяце, о превалировании случаев в районе города и проч..

При обсуждении методов производства дезинфекции при скарлатине, мы подходили к ней как к инфекционному заболеванию дыхательных путей. И большинство авторов указывает на это и считает зев воротами скарлатинозной инфекции. Так, Trousseau пишет: «скарлатина—болезнь по преимуществу ангинозная. Как бы она ни была доброкачественна, она редко не сопровождается болезнью горла,—точно так же, как редко бывает, чтобы корь, даже самая легкая, не сопровождалась бы болью в гортани.» Thomas пишет: „только в исключительных случаях изменения в зеве при скарлатине могут быть настолько незначительными, чтобы можно было сомневаться в их существовании.“ Работы Härlin'a, Cantacousen'a, Bernhardt'a, Levaditi и др. подтверждают эти положения. Работы Gatti, Loenensen'a, Dawson'a, Hirschfeld'a и других указывают, что входными воротами для скарлатинозного яда являются миндалины.

Исходя из этих соображений, мы считали, что способом распространения инфекции является, главным образом, капельный. Другие способы заражения указываются вскользь, хотя кое-где имеются указания на заразительность шелушащегося эпидермиса, но последнее мы считали весьма проблематичным. Принимали еще мы во внимание чрезвычайную стойкость и „цепкость“ скарлатинозного заразного начала, стойкость его во времени, т.-е. способность сохранять свою активность многими месяцами.

Исходя, т. о., из положения о скарлатине, как о капельной инфекции, мы и считали возможным производить дезинфекцию формалином, каковая была произведена в 91 случае (30,3%). Правда, несомненный факт наличия скарлатинозной инфекции в крови, не исключает возможности предположения о распространении заразы через насекомых, что также учитывалось при производстве дезинфекции.

Всего выездов на случаи скарлатины было произведено 798, из коих исполнено 299 (37,4%). Около 63%, таким образом, распределяются между неисполненными и отложенными случаями, при чем последние дают солидную цифру в 354 случая (44,3%).

Из исполненных дезинфекций в 91 сл., как уже выше было упомянуто, дезинфекция была произведена формалином, в 198 сл.—раствором сулемы, в 10 сл.—другими способами. Вещи были забраны в камеру в 145 сл. (48,6%), в 98 сл. не были взяты за ненадобностью (поставлен формалин и проч.), в 56 сл.—вещей не оказалось. Направлено в изолятор на Новосельскую № 64—83 чел.. Обнаружено новых больных 59, из коих госпитализировано всего 3. Причина такой ничтожной госпитализации та же, как и при дифтерии (см. выше)—отсутствие детского инфекционного госпиталя. Тем не менее, несмотря на плохую госпитализацию, и при скарлатине главную массу дезинфекций мы производили после отправления в больницу—в 195 сл., в 85 случаях—после выздоровления и в 19—после смерти. Здесь будет кстати сказать, что вызовы на дезинфекцию после выздоровления производились, как правило, через 6 недель после начала заболевания. Этот modus привился и считается обязательным и врачами и населением. Имеет ли он эпидемиологический, смысл? Вопрос этот, конечно, не решен. Клинический смысл он, безусловно, имеет, но эпидемиологический, в виду сомни-

тельности заразного характера шелушения, вряд-ли. Мы не всегда считались с этими общепринятым правилом, и, индивидуализируя отдельные случаи, производили дезинфекцию и на 5-й и на 6 й неделе заболевания (таких случаев было всего шесть); в 79-же случаях—лишь после окончания 6-ти недель.

Во многих случаях нам приходилось производить дезинфекцию после скарлатины во всевозможных детских учреждениях. Надо сказать, что почти все они отдали небольшую дань этой болезни. В списке мы имеем: Лермонтовский пер. 2 и 10—интернаты, Новая 2—приют детей беженцев, Обсерваторный пер. 10-б—интернат, Троицкая 52—общежитие беженцев, Успенская 2—детский сад, Канатная 101—интернат, быв. сиротский дом, 1-й детский городок несколько раз и т. д. И на Молдаванке целый ряд учреждений были задеты скарлатиной: на Комитетской 27, Разумовской 3, Южной 9, Южной 23, Высоком пер. 22, Госпитальной 62 и т. д. Широкого распространения скарлатина не приняла, ограничиваясь отдельными выхваченными из среды детей жертвами.

Сведения о случаях скарлатины мы получали, главным образом, из 1-ой Совнарбольницы—108; далее идут вызовы частных лиц (главным образом, после выздоровления)—66, эвакуаторов—41, вольнопрактикующих врачей—31, эпидемических врачей—24, санитар.-статистического п/о—25, врачей отрядов—7.

Неисполненных дезинфекций за 1920-21 год было 145 (18,2⁰/о): в 58 случаях дезинфекция оказалась ненужной, в 33—была произведена своими средствами, в 39 сл.—вторичный вызов и в 15 сл.—отказались.

Причина ненужности дезинфекции, главным образом, в неточности диагноза. В 48 случаях (из 58) скарлатины не было и были обнаружены различные другие заболевания: краснуха, ангина, корь, грипп и т. д.

Отложенных случаев было 354 (44,3⁰/о)—количество весьма большое; из них в 162 сл.—больше чем в $\frac{1}{3}$ случаев—причиной являлось обнаружение в квартирах больных. В 84-х случаях дезинфекция была затем произведена.

Квартира оказалась запертой в 58 случаях; это соответствовало 32 случаям скарлатины, из коих в 24 дезинфекция была исполнена, в 3-х оказалась ненужной, в 4-х была произведена своими средствами, в 1-м—отложена до выяснения диагноза. На 12 карточек отсутствия хозяев, соответствовавших 9-ти случаям, в 5-ти дезинфекция была исполнена, в 4-х дезинфекция оказалась ненужной.

Не разысканы были 44 случая. Не приготовились—78 случаев; все были потом исполнены.

Корь.

О кори—несколько слов. Обычно при ней мы дезинфекции совершенно не производим, в виду крайней нестойкости и летучести инфекционного начала, при наличии крайней перегрузки камеры. Поэтому мы на случаи кори и не выезжаем. Лишь в отдельных случаях массовых заболеваний в детских учреждениях мы выезжали и производили дезинфекцию сулемой, а в 1 случае был даже поставлен формалин.

Всего выездов на случаи кори было 73, из коих дезинфекция была произведена в 29 сл.. Обнаружено было 19 коревых больных,

из коих 4-х пришлось госпитализировать. Неисполнено было 44 сл.. Вызовы на дезинфекцию поступали, главным образом, от администрации учреждений—11 сл., от эвакуаторов—9, от вольнопрактикующих врачей—9.

Туберкулез.

О случаях туберкулеза—тоже несколько слов. Систематической плановой дезинфекционной борьбы с ним, конечно, дезкамера вести не в состоянии, да и это не могло входить в ее задачи, во время разгула эпидемической стихии. Поэтому все имеющиеся сведения и все заявления, попадающие к нам, совершенно случайны. Просят дезинфекции обычно лица, живущие совместно с больными (вызовов частных лиц было 23), боящиеся заразиться. В громадном большинстве (в 35 из 43 исполненных) дезинфекция производилась после смерти больного. Адреса почти все из центральных частей города, и лишь в 5-ти случаях были вызовы на Молдаванку.

Всего вызовов было 67; исполнено дезинфекций—43, из коих 28—формалином, 15—раствором сулемы. Вещи были взяты для дезинфекции в камеру в 26 сл.. Соображения при этом были такие же, как и при дифтерии, т.е. что дезинфекция формалином—поверхностная, и что одновременно необходимо производить дезинфекцию паром вещей больных (подушек, одеял и пр.).

Неисполнена дезинфекция была в 4-х случаях: в 1 сл. она оказалась ненужной, так как вызов был произведен через 5 месяцев после смерти больного, и комната, в которой больной жил, в течение этих месяцев пустовала; в 2-х случаях—дезинфекция была произведена собственными средствами, в 1 сл. от дезинфекции отказались.

Отложено было 20 дезинфекций, из коих в 15—из-за неподготовленности к ней (во всех случаях она была затем произведена), в 5-ти—квартиры были заперты (все произведены впоследствии).

Другие инфекционные заболевания.

Целый ряд самых различных заболеваний об'единяется в нашей отчетности в графу других инфекционных заболеваний, на которые в 1920-21 году было 206 выездов с 50-ью (24,2%) исполненными дезинфекциями (из 206 сл. надо исключить 75 сл., попавших по недоразумению, как гриппозные, по исправлении диагноза неопределенного тифа). Здесь и сап—7 выездов и 6 исполненных дезинфекций, и сибирская язва—6 выездов и 3 исполненных дезинфекции, и рожа—13 исполненных дезинфекций, и ветряная оспа—7 исполн. дезинфекций, и parotitis—7 исполн. дезинфекций, и scabies—9 исполн. дезинфекций, и стрептококковая ангина—1 исполн. дезинфекция и т. д. Наиболее интересными являются случаи сапа. Их было семь: 1) на Итальянском бульваре № 9, где заболел и умер в больнице мальчик, приехавший из деревни (заражение произошло там от сапной лошади), 2) Преобра-

женская 59—заболел извозчик, 3) Авчинниковский пер. 14, помещение беженцев—заболел один из последних, 4) Балковская 54—девушка, 27 лет, умерла от сапа, 5) Градоначальническая 8—заболел крестьянин, приезжий из деревни, 6) конюшни при почтовом отделении на Екатерининской улице, угол Жуковской—заболели 2 лошади, 7) конюшня по Малороссийской 13—заболели 2 лошади.

В одном случае дезинфекция была произведена формалином, в 2-х случаях—раств. сулемы и взяты вещи, в 2-х случаях—мыльно-крезоловым раствором в смеси с сулемой, в конюшнях—мыльно-крезоловым раствором и известковым молоком.

Остальные инфекции дают случайные вызовы и случайные выезды. При таких инфекциях, как ветряная оспа, parotitis, scabies, дезинфекция производилась редко, главным образом, в детских учреждениях; при других—сибирская язва, рожа, главным образом, в больницах и иногда (ничтожное количество) в частных квартирах.

Всего было произведено дезинфекций по поводу всех этих заболеваний—50, из коих 2—формалином, 29—нафтолизолом, 17—раств. сулемы и 2-известковым молоком. Вещи взяты в 21 сл. Изолировано было по случаю сапа—2 человека. Обнаружено больных—3: сиб. язвой—1, ветряной оспой—2, при чем больная сибирской язвой была госпитализирована.

Мероприятия.

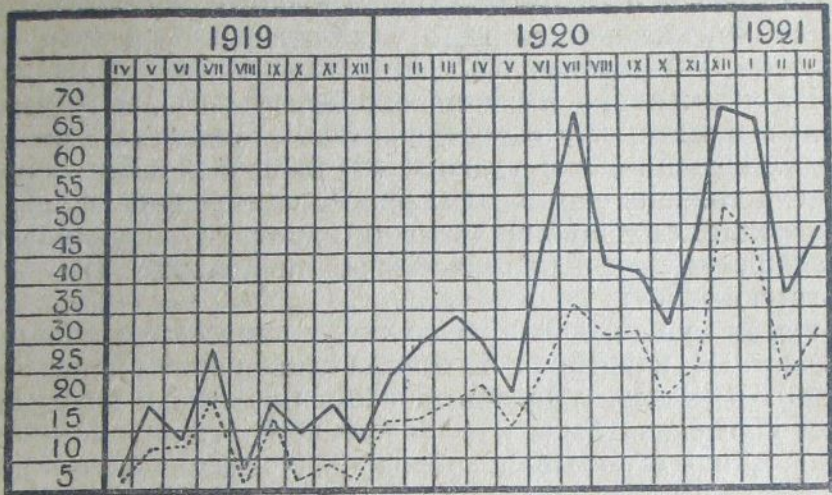
Одной из чрезвычайно важных задач дезкамеры является проведение профилактических дезинфекционных и эпидемиологических мероприятий. Задача эта — существенная и несравненно ценнее многих дезинфекций после заболеваний. При возможности широкого проведения в жизнь всех этих мероприятий, мы могли бы не дать развиваться эпидемиям сыпного и возвратного тифа в той степени, в какой они развиваются в настоящее время. К сожалению, целый ряд условий, вне камеры и ее администрации лежащих, не дают возможности реализации всего плана мероприятий, нами разработанного в отношении, главным образом, детских учреждений. Одно время нам удалось наладить систематическое проведение его, но через короткое время топливный кризис прервал эту работу. Таким образом в дальнейшем все дезинфекции, проводимые в виде мероприятий, не были системными, стройными, а являлись случайными и частью малоценными.

Если мы проследим на кривой (диагр. 16) движение мероприятий по месяцам, то увидим, как постепенно с января 1920 года количество и выездов и исполненных дезинфекций увеличивается, давая максимумы в июле и декабре 1920 г. и январе 1921 года. В феврале 1921 г. мы видим значительное падение кривой, объясняемое отсутствием топлива и невозможностью продолжать начатую систематическую работу (не было регулярной работы аппарата).

Объекты профилактических мероприятий мы можем подразделить на 8 групп (диагр. 17). Во главе их стоят детские учреждения, наиболее часто обращающиеся и пользующиеся особым вниманием дезкамеры. Они дали наибольший % выездов и исполнений. На 309 исполненных мероприятий (% исполнения вообще 63,5) было произведено 90 в детских учреждениях (школах, интернатах, детских домах, садах и

пр.) Такое большое, сравнительно с другими группами, количество мероприятий находится в связи с предпринятыми, по предложению коллегии врачей камеры, плановыми дезинфекционными мероприятиями. В течении ноября—декабря 1920 года нам удалось провести такую

Мероприятия.



— Выезды. - - - - - Дезинфекция исполнена.

Диаграмма 16.

Распределение исполненных мероприятий (309 сл.).

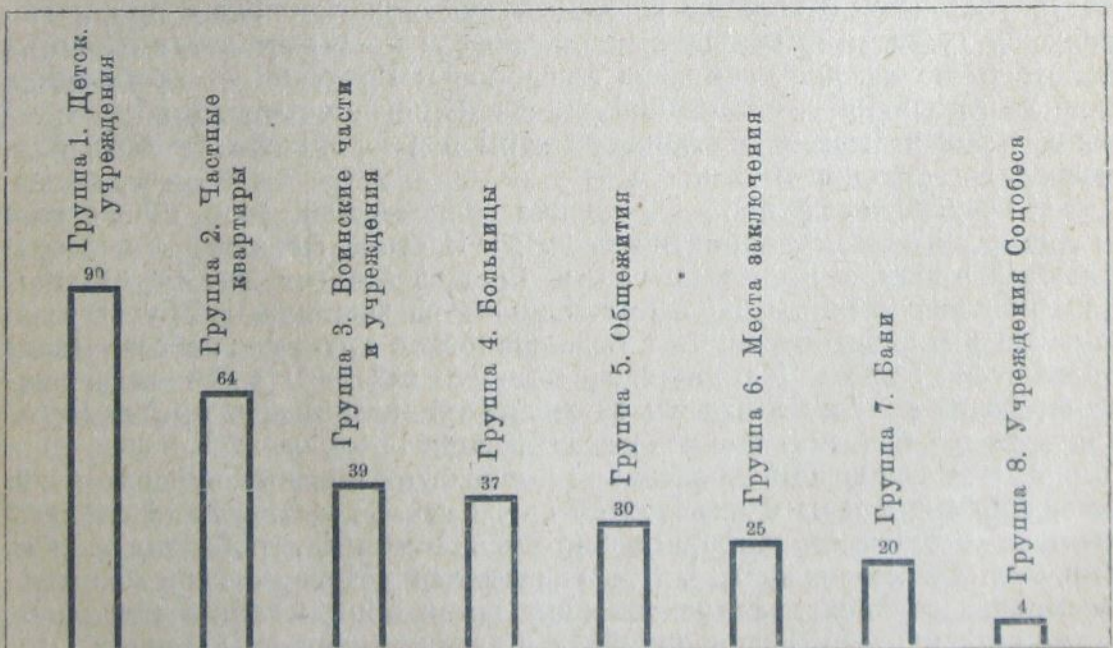


Диаграмма 17.

работу в 32 учреждениях. Заключалась она в следующем: все дети учреждения перевозились каретой или в барак дезкамеры или в госпиталь-изолятор № 10, где их купали, стригли и, в случае надобности, выдерживали определенный срок; все носильные их вещи шли в паровой аппарат. В то же время отряды на местах, в учреждениях, заби-

рали все подлежащие обеззараживанию вещи в камеру и производили дезинфекцию помещения, обычно, мыльно-крезоловым раствором. В некоторых учреждениях такие мероприятия проводились периодически, в особенности, в приемниках-распределителях, изоляторах и др. Так, в изоляторе на Черноморской 2, дезинфекции в виде таких мероприятий были произведены 10 раз, во Французском пер. 8 — 5 раз, на Канатной 86—5 раз, Черноморской 9 — 4 раза и т. д. В районе Молдаванки таких мероприятий почти не было; отчасти там мало вообще учреждений, но надо отметить и малый интерес врачей, обслуживавших учреждения, и их персонала. Здесь встречаются лишь единичные случаи: напр., Высокий пер. 22, Госпитальная 53, Разумовская 3. Надо сказать, что, благодаря такому систематическому производству дезинсекции, нам удалось во многих детских учреждениях вшей вывести совершенно. К сожалению, еще раз повторяю, факторы, вне нас лежащие, приостановили нашу работу. При получении достаточного снабжения, необходимо будет продолжать эту безусловно крайне важную работу.

Вторую, довольно большую группу составляют случайные дезинфекции в частных квартирах и гражданских учреждениях. Их было произведено 64. Здесь, главным образом, имелась в виду борьба со вшивостью. Последняя была или эндемичной (тогда обычно производилась дезинсекция серой) или привозной (тогда брались привезенные вещи и в квартире распылялся мыльно-крезоловый раствор). К большим работам этой группы надо отнести дезинсекции: 1) Политехнического Института, где было произведено орошение 140 комнат, служб и пр. и где работали в течение 2-х дней два отряда, 2) Мариинская № 2—поставлена сера в 7 комнатах (3 п. 20 ф. серы), 3) помещение б. 2-й гимназии по Старопортофранковской ул.—15 комнат со службами, уборными, отхожими местами (известковое молоко и пр.), 4) Нежинская 45 кв. 2—7 больших комнат, после пребывания там околотка какого-то полка, 5) б. гимназия Масловой и Градской — 14 больших комнат, 6) здание б. гимназии Видинской (после военного лазарета)—во всех 4-х этажах, с постановкой серы в 3-х комнатах; работа производилась три дня и т. д.

Следующая группа — воинские учреждения или общежития (казармы). Таких мероприятий было 39. Здесь и Канатная 102—пересыльный пункт — несколько раз, и морская батарея на 8-й станции Ср. Фонтана (сера), и околоток N полка на Французском бульваре, и команда выздоравливающих и т. д. Наиболее крупные работы были произведены: 1) на Дегтярной 24, бывшие казармы: были продезинфицированы все три этажа со службами, канцелярией и пр., помещавшимися в отдельном корпусе; дезинфекция продолжалась 2 дня, 2) в бывшей „Славянской“ гостинице—общежитии военных курсов—были продезинфицированы 65 комнат со службами, 3) в бывшем кадетском корпусе было продезинфицировано до 200 комнат, работали 4 дня, 5) в быв. Сабанских казармах, 6) в казармах по Новосельской 46 и т. д. Во многих случаях дезинфекция помещения производилась при одновременном купании красноармейцев с дезинсекцией их одежды.

Следующая группа—больницы, давшие 37 исполненных дезинфекций. В них приходилось проводить дезинфекционные мероприятия после каких-нибудь инфекционных заболеваний. В некоторых больницах брались только заразные вещи в камеру (4-я Советская б-ца, 5 й инфекционный госпиталь и др.). В этом отношении наиболее связанной с камерой является 1-я Советская больница, проводящая через аппарат дезкамеры как свои вещи, так и все вещи поступающих туда инфек-

ционных больных. В некоторых больницах (опять-таки, главным образом, в 1-й Советской) производились дезинфекции палат, а иногда и целых корпусов (4-е отделение и др.).

К группе общежитий надо отнести дезинфекцию Крестьянского дворца, Пантелеймоновского подворья, общежития беженцев на Рижельевской 11 и Новой 2 и др.. Из больших работ надо отметить дезинфекцию Международной гостиницы — 65 комнат, ночлежных приютов на Мясоедовской 2, Прохоровской 6 и др.. Всего дезинфекций в помещениях этой группы было произведено 30.

VI-я группа—места заключения. В учреждениях этого типа было произведено 25 дезинфекций, при чем в Ч. К. пришлось работать 6 раз, в концлагере—14 раз. В тюрьме крупная дезинфекция была произведена два раза, при чем один раз она продолжалась около недели, так как были продезинфицированы все корпуса. В последнее время там развилась значительная эпидемия сыпного тифа; невозможность проведения там купанья и дезинсекции одежды заключенных является причиной невозможности производства рациональной дезинфекции. Целый ряд дезинфекционных мероприятий был произведен в камерах арестованных при милицейских участках.

VII группа—бани. Ежедневно, регулярно, производилась дезинфекция бани на Ремесленной 48, находившейся в распоряжении дезкамеры. Затем довольно часто, хотя не так регулярно, дезинфицировалось помещение бани по Жуковской 7, по Московской 35 и Ольгиевскому спуску. Дезинфекции этого рода обычно не регистрировались, отмеченных было лишь 20.

Наконец, VIII группа—учреждения Соцобеса. Здесь было произведено всего 4 дезинфекции: в домах призрения по Б.-Фонтанской дороге (быв. Шуваловском приюте) и по Старо-Портофранковской 6 и в домах инвалидов: по Внешней ул. и в б. гостинице „Савойя“.

Из исполненных 309 дезинфекций — 38 было серных; в 144 сл. были взяты вещи в камеру.

Неисполненных случаев было 59, которые, главным образом, — в 49 случаях—были признаны или ненужными или нецелесообразными. Причины ненужности—разные. Интересно отметить, что в этих случаях вызовы, главным образом, производились воинскими частями и учреждениями: Таможенная площадь—казармы, Скобелева—этапный комендант, Губкомдезертир, околоток N полка и т. д.. Надписи на таких карточках следующие: „помещение из 2-х комнат совершенно чисто и вымыто; дезинфекция не нужна“. „...дезинфекция околотка невозможна, так как там находится большое количество людей, нуждающихся в бане и дезинсекции платья“... „в углу двора день тому назад был мусор, после вывоза которого администрация нашла нужным произвести дезинфекцию. Весь двор вымощен асфальтом и чист“... „3 месяца назад в помещении находились арестованные“... „помещение в настоящее время занято сберегательной кассой; так как туда переходит еще какой-то отдел казначейства, то последний пожелал дезинфекции“ и т. д. и т. п.. Таких „курьезных“ вызовов очень много, и в „выдумывании“ их особенно отличаются некоторые. Нужно указать, что участие в такого рода вызовах принимала „комиссия недели чистоты“. Она механически пересылала списки учреждений, нуждающихся, по ее мнению, в дезинфекции, или делавших самостоятельные заявки о производстве дезинфекции, с указанием точного количества вещей, точного размера в квадратных саженях площади двора и пр.. По приезде же по адресу и выяснении обстановки оказывалось, что администрация учреждения о вызове не знает, ее никто не запрашивал, она даже не предупреждена, в дезин-

фекции не нуждается, вещей нет и пр.. Только в одном случае из всех просили извести для побелки, а в другом—присылки дезинфекционных средств.

Отложено было 119 дезинфекций, из коих 103—из-за неподготовленности к ней. Все они затем были исполнены.

* * *

Для полноты картины работы врачей дезкамеры необходимо в общих чертах остановиться на организационной работе.

До октября месяца 1919 года работа врачей протекала исключительно в рамках дезинфекционного отряда и ограничивалась в большинстве чисто технической работой. Надо сказать, что в то время мы переживали большие эпидемии тифов (сыпного и возвратного) и холеры, работа была огромная, занимавшая почти весь день (с утра до 5-6 часов вечера), ибо приходилось в день проделывать 20—25 дезинфекций. Поэтому не было и возможности углубить работу, придать ей эпидемиологический интерес, и, наконец, оставлять материал какой бы то ни было, могущий быть когда-нибудь (статистически, научно) разработанным.

В октябре месяце, по инициативе нескольких врачей, были организованы периодические совещания врачей, на которых решались различные как организационные, так и научно-практические вопросы, выдвигающиеся в связи с работой. Лишь к концу марта удалось их наладить, и тогда, по инициативе д-ра Безсонова и моей, было принято пожелание о создании особой „дезинфекционной“ карточки, могущей послужить материалом для разработки. Карточка эта была разработана и составлена комиссией из врачей Громашевского, Капун и автора настоящего отчета, таким образом, что в ней было два отдела, эпидемиологический и специально - дезинфекционный. В нее вошел ряд вопросов, эпидемиологически чрезвычайно важных. К сожалению, надо сказать, не всеми была в достаточной степени осознана важность этих вопросов, и ответы на них во многих случаях были не полны. Карточки были введены с 1-го апреля 1920 года.—Кроме карточек, была введена ежемесячная отчетность, в которой в цифрах выявлялась полная картина работы врача отряда.

Заседания коллегии врачей происходили довольно регулярно. На них разбирались различные вопросы организационного характера, были представлены и обсуждались два доклада (д-ра Цыганова и мой) об улучшении постановки дела в дезкамере, которые были приняты, и положения проведены в жизнь. На этих собраниях по отдельным заявлениям, запросам, докладам, по отчетности вырабатывались методы противоэпидемических мероприятий, которые проводились и проводятся врачами. Так, вырабатывались методы дезинфекционных мероприятий при дифтерии, оспе, скарлатине, методы профилактических мероприятий и пр.. На специальных отчетных заседаниях, происходивших в начале каждого месяца, каждый врач отчитывался перед коллегией в своей работе, и те или иные вопросы, связанные с отчетом, подвергались обсуждению. Наконец, в январе 1921 года, по инициативе д-ра Громашевского, были организованы специальные научные заседания, на которых прочитывались рефераты на темы, выдвинутые коллегией, или реферировались научные журналы, новые работы и пр..

Кроме того, врачи дезкамеры принимали участие в проведении дезинструкторских курсов, ведя на них практические занятия по дезинфекции; отдельными врачами велись занятия по эпидемиологии и дезинфекции на различных курсах (красных сестер, помощниц сестер мило-

сердия, санитаров и пр.); наконец, все врачи камеры принимают активное участие в профтехнических курсах при дезкамере, ведя занятия по различным отраслям естествознания и медицины.

* * *

Из всего вышеизложенного ясно видно, какая напряженная и тяжелая работа была проделана врачами дезкамеры за два года. Конечно, не цифрами, не отчетами должна, в сущности, выявляться всякая работа, тем более, противоэпидемическая; важны результаты этой работы. Вот этого существенного, самого важного вопроса решить, как будто, нельзя. Размах эпидемий настолько велик, настолько широк, все эпидемиологические условия настолько переплелись, что в этом хаосе трудно выявить, где же именно эта тонкая оздоравливающая струйка гидропульта, которая борется против всепожирающего огня, тушит ли она, помогает ли? Этот вопрос мучительно стоит перед врачами дезкамеры, как и перед каждым врачом. Не напрасны ли наши усилия? И не делаем ли мы Сизифову работу?

Я думаю, что нет. Конечно, во многих случаях мы абсолютно бессильны; во многих случаях ясно, что мы там лишни, не можем помочь; ясно, что для борьбы нужны героические, сейчас несуществующие и неосуществимые силы. Но ясно, что многое, очень многое нами сделано уже. Я не буду говорить об отдельных семьях, где, благодаря нашей дезинфекции, и прочим мероприятиям удавалось ликвидировать вспышки инфекционных заболеваний; я не буду говорить об учреждениях, воинских частях, детских интернатах, школах, общежитиях и пр., где также нашими мероприятиями удавалось задерживать развитие грозных очагов. Но безусловно и не подлежит сомнению, что тесная связь наша с населением дала нам возможность внушить ему, твердя ежедневно повсюду, понятие о способах заражения сыпным и возвратным тифами, о мерах борьбы со вшами и пр.. Это—громкая работа, и наше большое участие в ней—непреложно.

С другой стороны, опыт холеры осенью 1920 года ясно показал, что даже своими слабыми силами мы можем многое сделать и можем даже не допустить к нам холеру.

* * *

В заключение должен сказать, что, как ни странно, но за двухлетний период нашей работы, мы убедились в том, что значительная часть врачей г. Одессы не имеет абсолютно никакого понятия о работе дезинфекционной камеры. Многие только слышали о ней, а некоторые не знают даже о ее существовании, и понятия не имеют об ее адресе. Далее, большинство врачей чрезвычайно недоброжелательно, скептически и даже иронически относятся к работе врачей в камере. Конечно, не переубедить я их хотел. Мне хотелось лишь несколько осветить эту работу, показать, что в ней есть и смысл, и необходимость, и научная основа. Конечно, эта работа нуждается в коррективах, в улучшении, и к этому всеми силами, всеми имеющимися ресурсами и возможностями стремится молодая организация врачей Одесской дезинфекционной станции.

Прошлое, настоящее и будущее Одесской Дезинфекционной Станции.

(Доклад, прочитанный Зав. Дезкамерой Л. В. Громашевским в заседании врачей Дезкамеры 2 апреля 1921 года).

В заведывание Дезинфекционной Камерой автор доклада вступил 14 марта н. ст. 1918 года, приняв должность от д-ра К. Н. Анциферова, состоявшего в должности временного заведующего около года.

В то время работа Дезкамеры велась в следующих направлениях: I. Дезинфекция квартир и пр. помещений выездными дезинфекционными отрядами, число которых было 3. Каждый отряд обслуживался 2-мя дезинфекторами и кучером. Снаряжение отряда — небольшая площадка в одну лошадь (для дальних поездок впрягается вторая на пристяжку), гидropульты, брандсбой, аппараты Флюгге для формалиновой дезинфекции, мангалы для сжиганья серы, необходимая посуда, материалы и проч.. Дезинфекция производится в помещениях, где наблюдались случаи инфекционных заболеваний, а также в виде профилактических мероприятий, по вызовам врачей, административных органов, частных лиц, а также по сообщениям тогдашней Ст. Городск. б—цы (являвшейся единственной в городе инфекционной больницей) обо всех поступающих заразных больных, путем присылки в Дезкамеру копий статистических инфекционных карточек. II. Дезинфекция вещей, доставляемых отрядами Камеры, больницами и частными лицами или учреждениями, в аппаратах—паром высокого давления, формалином с вакуумом, а также сернистым ангидридом и аммиаком (дезинсекция). III. Эвакуация лиц, окружавших больного, в барак при Камере, на время производства дезинфекции, направляемых сюда с места работы, по запискам дезинфекторов.

Весь штат учреждения — 21 человек (завед.—1, письмоводит.—1, дезинфекторов—12, кучеров—4, дворник, кочегар и служанка эвакуационного барака по 1). Единственный врач—заведующий, помимо административно-хозяйственной работы, должен был руководить работой дезинфекционных отрядов на местах, об'езжая адреса инфекционных больных. В то время Камера имела 5 лошадей, обоз ее состоял из 3 площадок дезинфекционных, одной хозяйственной, одного крытого фургона и одного выезда (дрожек). Барак Дезкамеры на 14 коек, с 1 приемной ванной комнатой.

Таково прошлое Дезинфекционной Камеры.

Конечно, несоответствие типа и об'ема работ Дезкамеры требованиям современной науки великолепно сознавалось и прежними ее заведующими, как это ясно видно, напр., из соответствующих докладов

д-ра Ф. Д. Рабчевского. Но объективные условия того времени были таковы, что реорганизация дела встречала непреодолимые препятствия. Особенно остро встали все эти вопросы при пандемическом развитии ряда инфекций, когда, несомненно, старый строй Дезкамеры стал явно несоответствовать всей сложности противоэпидемической системы борьбы, диктуемой взглядами современной эпидемиологии.

Пользуясь каждым благоприятным моментом, началась упорная, хотя, естественно, медленная работа по преобразованию Дезкамеры в Центральную Санитарно-дезинфекционную Станцию — работа, нередко требовавшая невероятного напряжения сил для преодоления бесчисленного множества разнообразнейших препятствий. Целый этап на этом пути уже пройден, но для того, чтобы с полным правом принять новое имя Санитарно-Дезинфекционной Станции, необходимо довести до конца еще ряд начатых и намеченных работ.

К рассмотрению уже пройденного пути мы теперь и обратимся.

В области производства дезинфекций основным и важнейшим улучшением является введение врачебного руководства всей работой дезинфекционных отрядов. Это дало возможность техническое выполнение дезинфекции связать с эпидемиологическим обследованием и одновременным всесторонним проведением всех необходимых противоэпидемических мероприятий, показанных конкретной обстановкой данного случая. Для осуществления идеи этого института пришлось вести борьбу на всех фронтах ровно год: первая группа врачей вступила в Камеру 30-го марта 1919 года. И это обстоятельство явилось основой всех дальнейших завоеваний. Значительную поддержку в этом вопросе Дезкамере оказывал занимавший в то время должность городского эпидемиолога М. Н. Соловьев, сам близко стоявший к ее работе, даже одно время стоявший во главе этого учреждения, заменяя автора настоящего доклада во время его болезни, и с самого начала твердо стоявший на точку зрения признания ценности работы высоко квалифицированных руководителей. Ныне огромная работа, проделанная за два года этой группой товарищей, говорит сама за себя. И только в их коллективной поддержке, на ряду с общими усилиями остальных работников учреждения, кроется разгадка всех вообще достигнутых успехов.

Введение с 1918 года в практику дезинфекционных работ нафтолизол, постоянное обсуждение и разработка не вполне ясных вопросов в области практической дезинфекции, привело к значительному качественному улучшению дезинфекционной техники, совершенно устранив нелепые, но любезные сердцу профанов приемы (формалиновая дезинфекция после сыпного тифа и т. п.).

Главная дезинфекционная сила Камеры — основной паровой котел — вследствие крайней ветхости его, в 1919 году дал течь, что грозило полной приостановкой деятельности Дезкамеры. С колоссальной трудностью котел был отремонтирован (заварен автогеном). Тогда упала совершенно перержавевшая дымогарная труба его. В срочном порядке труба была восстановлена. В тот же период, вследствие топливных затруднений, возник вопрос о приспособлении того же котла под нефтяное топливо, и эта работа была осуществлена, выразившись как в снабжении котла всеми необходимыми для этого приспособлениями и установками, так и в приобретении, доставке и установке под землей запасного бака для жидкого минерального топлива, емкостью на 800 пудов. Все же ненадежность старого котла выдвинула на очередь вопрос об установке второго парового котла, что обеспечивало бы Камере непрерывность ее работы при всякой неожиданности. Не смотря

на казавшуюся вначале полную неосуществимость столь капитального сооружения, в 1920 году новый котел (ланкаширской системы, площ. нагрева 550 кв. фут.) был установлен и попутно было сооружено на ново все здание машинного отделения. Работы по установке котла вели инженеры Шахрай и Видре, здание сооружено Ремонтными Мастерскими Губкоммунотдела.

Помимо основного стационарного парового дезинфекционного аппарата, Дезкамера по собственной инициативе добыла достаточное количество подвижных дезинфекционных аппаратов, а также аппаратов сист. Егорова, большая часть которых была предоставлена во временное пользование или в полное распоряжение целому ряду учреждений (Санкурупр, многим госпиталям, в уезды и пр.).

Недостаточность старого склада для чистых вещей заставила искать для этой цели другого помещения и после 2-х лет настойчивых домогательств, весной 1920 года, Дезкамере было передано Губкоммунотделом здание б. гаража, смежное с двором Дезкамеры. После года с перерывами ремонтных работ, оборудование этого помещения ныне подходит к концу.

Огромным недостатком в организации дела дезинфекции частных вещей было то обстоятельство, что забранные в Камеру для дезинфекции вещи после производства таковой выдавались из Камеры их владельцам по пред'явлении квитанции, при чем сам владелец должен был их доставлять на дом собственными средствами. При постоянном вздорожании перевозочных средств, это влекло за собой массовые отказы от сдачи вещей в дезинфекцию. Уже с зимы 1918—19 г. развозка вещей стала производиться средствами Дезкамеры, для чего вначале пришлось прибегнуть к услугам б. Хоз. Отдела Гор. Управы. От этой чрезвычайно тягостной зависимости удалось освободиться лишь летом 1920 года, когда Дезкамера приобрела собственные перевозочные средства для этой цели.

Непосредственно связанными с производством дезинфекции на дому являются те мероприятия, которые должны быть проведены по отношению к окружавшим больного людям.

Основные мероприятия в этом направлении сводятся к транспортировке, личной дезинфекции и изоляции этих лиц, при чем попутно осуществляется обследование на бациллоношение, вакцинация и врачебная обсервация. Форма осуществления этой чрезвычайно важной отрасли противозидемической борьбы в начале отчетного периода описана выше.

Совершенное отсутствие транспортных средств для эвакуации окружающих было слишком чувствительно с первых шагов нашей работы. Осуществить эту задачу удалось лишь спустя год, весной 1919 года, благодаря содействию В. М. Богуцкого, состоявшего в то время председателем Чрезвычайной Комиссии по борьбе с сыпным тифом. В течение целого года приходилось пользоваться наемными линейками, пока, наконец, удалось перейти на собственный транспорт. Какое значение имела эта область работы, видно из следующей цифры: в декабре 1920 года перевезено перевозочными средствами Дезкамеры для личной дезинфекции — дезинсекции здоровых, но не способных к самостоятельному передвижению (босых и раздетых), гл. обр., детей Наробраза и призреваемых Соцобеса—1951 чел..

Также совершенно отсутствовала и возможность какой бы то ни было—уже не говоря о массовой,—а хотя бы групповой личной дезинфекции. С весны 1918 года была начата кампания за постройку бани при Дезкамере. При ближайшем участии д-ра Ф. Д. Рабчевского и поль-

зуюсь его чрезвычайно ценными указаниями, был разработан план сооружения такой бани, и к производству работ было приступлено в августе — сентябре 1918 года. Постройка вчерне (без окончательной отделки — окраски стен, дверей и проч.) была закончена весной 1919 г. и в таком виде баня была пущена в ход, ибо жизнь не позволяла ждать ни одного дня. В таком же виде баня, с максимальной нормальной пропускной способностью до 60 — 80 чел. в день при одновременной дезинфекции платья, работает без передышки до настоящего дня, прерывая правильную свою работу лишь в дни отсутствия воды в водопроводе, постоянно перегруженная в 2 раза против нормы работой по очистке воинских частей, арестованных из мест заключения, школ, детских интернатов, домов призрения, ночлежных приютов и проч.. Такая работа уже привела эту баню в состояние, потребовавшее капитального ремонта основных водогрейных ее установок, осуществить же внешнюю ее отделку не удалось и до настоящего момента.*)

Сооружение бани произведено Ремонтными Мастерскими Губкомунотдела по проекту, составленному архитектором К. И. Ярышкиным.

Помимо собственной бани, Дезкамера все время не могла близко не подходить к вопросу о постановке банного дела в городе вообще. В начале она арендовала в случае необходимости массовой дезинфекции (-секции) на определенные дни ту или иную из городских бань, при чем во время купанья все вещи купавшихся площадками Дезкамеры доставлялись для дезинфекции в паровом аппарате, после чего возвращались обратно. Наряду с тем, Дезкамера входила в соглашение с рядом бань о присылке им для купанья за счет Камеры по билетам лиц, особо нуждающихся в получении бани. Обоиими способами, одновременно и разновремененно, Камера использовала бани по Прохоровской 4, Комитетской 3, Ремесленной 48, Пушкинской 71, Ольгиевскому сп. 6, в доме Трудолюбия на Пересыпи, по Московской 35, Ланжероновскому сп. 2, Жуковской 7. Затем Дезкамера полностью приняла в свое ведение бани по Комитетской 3 и Ремесленной 48, из коих первая функционировала недолго, а вторая оставалась в ведении Дезкамеры почти 2 года (с апреля 1919 по 1 января 1921 года), в тот период, когда почти все бани города совершенно стояли, за весь этот срок пропустив не более 2 — 3 очередных дней топки. С 1 января эта баня перешла в ведение банного стола Губздравотдела, а затем к Комунотделу. Ныне в ведение Дезкамеры переходит баня по Ланжероновскому сп. 2, которая будет функционировать как банно-изоляционный пункт, после необходимого ремонта и переустройства дезинфекционных установок, к чему уже приступлено, а также соответствующего оборудования**).

Дело изоляции соприкасавшихся с инфекционными больными лиц, особенно в периоды холерных эпидемий, настоятельно требовало проведения самых решительных мер. В эпидемию холеры 1919 года Дезкамера взяла на себя трудную задачу оборудовать изолятор для холерных бациллоносителей и подозрительных в этом отношении лиц до выяснения их бациллоносительства. Получив пустые помещения т. наз. 4-го отделения 1 Сов. Нар. (б. Ст. Гор.) б-цы с койками и недостаточным количеством матрацев, в несколько дней Дезкамера снабдила его всем необходимым на 300 коек, в каком виде изолятор этот

*) Доклад относится к 1 апреля 1921 г. Год спустя, весной 1922 г., наконец, и эту работу удалось завершить.

**) Переустройство дезустановок и оборудование пункта было произведено и он находился в ведении Дезстанции до июня 1922 года, когда он был ликвидирован в связи с общим сокращением сети учреждений.

и существовал в течение всей той грозной холерной эпидемии. Заведывание и оборудование изолятора составляет неоценимую заслугу врача Дезкамеры тов. П. А. Капун *).

Постоянно функционирующий при Дезкамере изоляционный барак на 14 коек, обычно перегруженный в 2—3 раза сверх нормы, в котором изолируемые подвергаются обследованию на бациллоношение, вакцинации, врачебной обсервации и получают в течение всего срока изоляции полное довольствие, совершенно неспособен выполнять в количественном отношении всю работу по изоляции. Вследствие этого пришлось прибегнуть к организации специального, независимого от Дезкамеры, Госпиталя-Изолятора (№ 10), предназначенного, преимущественно, для целей массовой изоляции **).

Однако, единственно правильным было бы сооружение непосредственно при Дезкамере обширного и совершенно оборудованного изолятора, но это пока еще принадлежит „будущему“.

Следующую, столь же неразрывно с дезинфекционным делом связанную область работы представляет транспортировка заразных больных. Никто так часто, как разветвленный аппарат Дезкамеры, не нападает на те ужасающие очаги всех инфекций, которыми так богаты были последние годы. Громадная работа, проделанная на этом пути под руководством т.т. врачей Дезкамеры, конечно, без труда может быть оценена. А при отсутствии организованной системы транспорта заразных больных и предоставлении этого дела анархической частной инициативе, дело госпитализации, долженствующее, с точки зрения эпидемиологической, содействовать—путем изоляции больных—локализации инфекции, при перевозке больных обычными публичного пользования перевозочными средствами, теряет значительную часть своего смысла, ибо этим путем в заражение вовлекаются лишь новые, совсем не причастные к делу, жертвы. Уже с лета 1918 года, по соглашению с В. К. Стефанским, состоявшим тогда ст. врачом Ст. Гор. больницы, эта больница взяла на себя весьма тягостную задачу по вывозу в крайних случаях инфекционных больных из мест их обнаружения. Лишь с февраля 1919 года началась новая эра в этом деле после того, как Дезкамере была передана первая карета для перевозки больных. С тех пор это дело постоянно расширялось в соответствии с предъявляемыми требованиями. В настоящее время Дезкамера работает постоянно 4-мя каретами, которых, конечно, не всегда достаточно, почему ею ныне и возбужден вопрос об обеспечении ее автотранспортом, причем вопрос этот, согласно действующим положениям, находится в настоящее время на разрешении центра в Харькове ***).

Весьма важную область совершенной и совершаемой работы составляет научная и культурно-просветительная работа Дезкамеры. Помимо выработки целого кадра прекрасно подготовленных врачей-эпидемиологов, Дезкамера приняла самое живое участие в подготовке многочисленных выпусков различных категорий вспомогательного медперсонала, особенно же дезинфекторов („дезинструкторов“), проходивших при Камере не только общую теоретически-практическую подготовку, но и настоящий рабочий практический стаж. В настоя-

*) См. ее отчет в настоящем Сборнике.

**) С июня 1922 года б. Госпиталь-Изолятор № 10 перешел в ведение Дезстанции под наименованием: „Госпиталь-Изолятор при Дезстанции“.

***) С конца 1921 года Дезстанция стала обслуживаться автоотрядом, состоявшим в ведении Губздравотдела, а с лета 1922 года получила собственный автотранспорт.

шее время для работников Дезкамеры ее собственными силами организованы 2 ступени „проф.-технических“, 3-х месячной продолжительности, курсов, на которых занимаются 30 слушателей из состава служащих Дезкамеры. Все работы в этой области в течение последнего 1920 г. велись под ближайшим общим руководством зав. Секцией Медшкол и Курсов, д-ра Г. М. Крижановского. При крайне тяжелой и подчас непосильной работе, врачи Дезкамеры никогда не забывают постановки на очередь и посильного разрешения научно-практических вопросов. Весьма важным в этом направлении было бы оборудование при Дезкамере лаборатории, что дало бы возможность еще более поднять научную ценность работы учреждения. В настоящее время можно считать благоприятное решение этого вопроса для Камеры почти обеспеченным, ибо главное препятствие на этом пути—отсутствие помещения. С этой целью 3 года велась непрерывная борьба за выведение из здания Дезкамеры неизвестно зачем помещенной в нем амбулатории участкового врача. Лишь на днях удалось, наконец, освободить это помещение.

Но другую, на мой взгляд, не менее важную культурную работу проделала за 3 года Дезкамера в деле рассеяния предрассудков и распространения здоровых санитарно-гигиенических знаний среди местного населения. Огромный шаг вперед в этом направлении сделан за этот период. Когда мысленно вспоминаешь начало работы на этом пути, когда громадное большинство обывателей всех мастей, в том числе и из врачебной среды, отказ с нашей стороны производить формалиновую дезинфекцию после сыпного тифа упорно об'ясняли тем, что „Городская Дезинфекционная Камера не имеет формалина“ (хотя такого момента в нашей истории не было) и жертвы нашего отказа длинной чередой шли на поклон к различным формалиновым дел мастерам и шарлатанам, то невольно чувствуешь, что доля полезной работы в деле санитарного просвещения совершена этой маленькой, но прочной своей организованностью и единством научной и рабочей идеи кучкой работников, на тех бесконечных ежедневных санпросветительных митингах, которые устраиваются нами в каждом очаге, в квартирах, дворах, учреждениях и т. д. и т. д. без конца, ежедневно посещаемых нами десятками.

Страдая часто от отсутствия воды в водопроводе, что совершенно парализует весь аппарат, ибо приостанавливает работу парового котла и бани—этих основных ее жизненных центров, Дезкамера постоянно озабочена вопросом о правильном ее водоснабжении. План такого водоснабжения в настоящее время вполне разработан, частично приступлено к его осуществлению. В основу всего плана положена предложенная автором настоящего доклада идея, в разработке технического проекта самое ближайшее участие принимали инженеры И. Г. Санин, В. И. Зуев, А. М. Боринский, К. И. Ярышкин, Абрамович. Работы ведутся частью губкомгоссоором, частью губкоммунотделом *).

Наконец, нельзя обойти молчанием административно-хозяйственную сторону деятельности учреждения. Но об этом, конечно, всего несколько слов. Уже в предыдущем изложении приходилось отчасти касаться и этого вопроса, напр., при упоминании об организации изолятора для бациллоносителей. Вообще, необходимо отметить, что терпя неизбежные, связанные с современными хозяйственными затруднениями, недостатки, Дезкамера никогда не считала невыполнимой ни

*) Эта работа была почти закончена лишь в 1922 году.

одну из возникающих перед нею задач. Конечно, главную роль в этом отношении играла сплоченность и сознательное отношение к своему делу основной группы ее работников. Как на примеры можно указать, напр., на постоянную работу по ремонту дезинфекционных приборов, гидروطлов, брандсбоев, а также прочего инвентаря, иногда даже карет для перевозки больных и проч. силами постоянного персонала Дезкамеры, при той слабой оборудованности мастерской, которая имеется в настоящее время. Благодаря той же самодеятельности работников учреждения, при огромной перегруженности текущей работой, когда среди дня в конюшне Камеры нельзя застать ни единой свободной лошади, кроме „выходных“ или ожидающих ночного дежурства, Дезкамера почти не прибегает к доставке наемными средствами большинства предметов хозяйственного снабжения, как-то, фуража, всех видов топлива — дров, угля и даже нефти —, даже иногда некоторых видов строительных материалов, вывоз со двора строительного мусора и, наконец доставка фуража из пределов губернии, часть которого даже не поступает для нужд самой Камеры, а передается мелким учреждениям, не имеющих собственных перевозочных средств. Благодаря той же собственной активности, Дезкамера еще в 1918 году сделала такой запас серы (серничков), который дает ей возможность не только независимого существования в этом отношении, но и снабжения других учреждений, в том числе и уездов. Лишь недавно в Дезкамере, в машинном ее отделении установлен электрический мотор, что, несомненно, не может быть признано легко осуществимой работой по теперешним условиям.

Насколько выросло учреждение количественно за три года, можно видеть из того, что персонал Камеры в настоящее время состоит из 10 врачей, 45 дезинфекторов, 16 кучеров и 15 прочего персонала, всего 86 человек против 21 человека в 1918 году.*)

Такое сравнительно незначительное увеличение штата, если принять во внимание увеличение масштаба эпидемий и введение целого ряда новых функций, свидетельствует о том, что Дезкамера была всегда свободна от болезни непомерного разбухания штатов.

Обслуживается Дезкамера в настоящее время транспортом, насчитывающим 27 лошадей**) и 26 транспортных единиц разного типа. (См. диаграммы I и II).

Таково настоящее Дезинфекционной Камеры.

Как же мы представляем себе ее будущее?

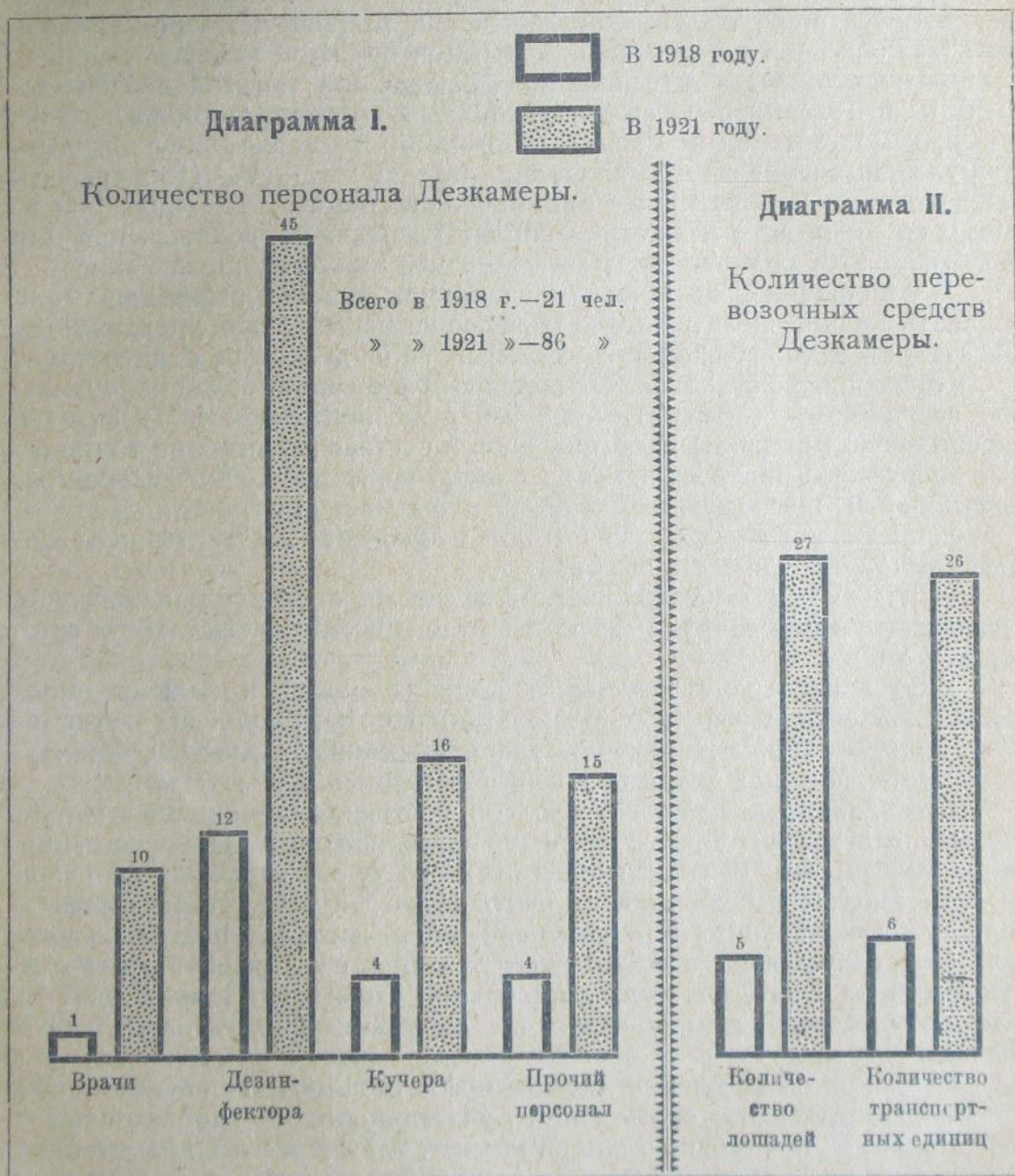
Здесь мы имеем 2 программы: программа-максимум предполагает, конечно, сооружение новой Санитарно-Дезинфекционной Станции в Одессе—на новом месте, на совершенно свободном участке, где явилась бы возможность весь план учреждения выдержать во всей его полноте и стройности. Мы представляем себе эту новую Станцию построенной с соблюдением всех современных требований, оборудованной и располагающей всеми необходимыми ей при современном состоянии наших эпидемиологических знаний вспомогательными учреждениями. Но эта программа—максимум, конечно, не программа сегодняшнего дня. И на сегодняшний день мы имеем свою программу-минимум, которую будем развивать теми же методами и в том же направлении, как это мы делали до сих пор.

*) В течение 1922 года, после ряда сокращений, численность персонала уменьшилась на 50%, что оказалось возможным в связи с уменьшением числа инфекционных заболеваний во II-ой половине 1922 года.

**) В конце 1922 года Дезстанция располагает всего 14 лошадьми.

В целом ряде вопросов наша Дезстанция сегодняшнего дня в количественном или качественном отношении не удовлетворяет предъявляемым к ней самой жизнью требованиям. И мы намечаем эти самые слабые ее места, обдумываем способы к их устраниению и работаем в этом направлении.

Какие же вопросы стоят сейчас перед нами на этом пути? Я имею в виду поставить здесь ряд совершенно конкретных заданий,



которые вполне реально могут быть осуществлены на протяжении более или менее короткого периода времени, в зависимости лишь от большей или меньшей суммы материальных ресурсов, которыми можно будет располагать.

На первое место необходимо поставить упоминание о капитальном ремонте всех зданий, а особенно крыш, Дезстанции, не ремонтировавшихся с 1914 году. На первое место вопрос этот выдвигается

потому, что это есть необходимое условие сохранения имеющихся зданий от разрушения. Равным образом, не терпит отлагательства вопрос об обеспечении Дезстанции водой, путем устройства системы водоснабжения, закончив начатые в этом направлении работы.

Далее, необходимо отметить настоятельную нужду в усилении мощности основных дезинфекционных установок Дезстанции и приведения их в большее соответствие с требованиями повседневной работы. С этой целью проектируется установка второго парового дезинфекционного аппарата высокого давления, сооружение паро-формалиновой камеры, устройство серной и суховоздушной камер.

Недостаточность изоляционного барака при Дезстанции, приведшая к необходимости создать, вопреки организационной стройности, самостоятельный Госпиталь-Изолятор, заставляет нас ожидать сооружения специального Изолятора при Дезстанции. Придание ей Изолятора (банно-изоляционно-пропускного пункта) по Ланжероновскому сп. № 2, хотя и является вполне назревшим, но несовершенно разрешает этот вопрос в виду отдаленности пункта от Дезстанции.

В отношении дальнейшего расширения функций учреждения надо признать крайне желательными следующие меры: 1) оборудование при Дезстанции механической прачешной, хотя бы в составе одного комплекта прачешных установок, что дало бы возможность более рациональной дезинфекции (-секции) белья, чем ныне применяемое проведение через паровой аппарат; 2) организация в составе Дезстанции трупного (для перевозки инфекционных трупов), санитарно-технического (ремонтного) и крысоловного отрядов. Наличие последнего дало бы возможность установить регулярное наблюдение за состоянием здоровья крысиного населения города.

С целью усиления технической мощи учреждения и повышения производительности труда желательно снабжение Дезстанции автотранспортом.

Внутри самого учреждения, для тех же целей повышения производительности и квалифицированности работы, необходимо устройство лаборатории, организация дезинфекционного музея и технических мастерских для ремонта аппаратов и проч..

Совершенно неудовлетворительно состояние двора Дезстанции, где располагается обоз ее и размещены конюшни. Площадь этого двора такова, что при возвращении всего обоза с работы во дворе не остается почти свободного пространства для того, чтобы вывести лошадь из конюшни. Сама конюшня — деревянная и настолько ветхая, что безусловно требуется сооружение ее на-ново, на более обширной площади, для чего территория двора Дезстанции должна быть значительно расширена за счет смежных, прилегающих к ней участков.

Наконец, в заключение, позволю себе остановиться еще на одном вопросе. По вредности своей для его участников наше „производство“, бесспорно, занимает одно из первых мест, влечет для всех работников его поголовную заболеваемость, в %-ном отношении превосходящую цифру 100 (по 2 и более инфекций на каждого) и сопровождается громадной смертностью. Но особенно велика эта вредность в том отношении, что в данном случае профессиональная заболеваемость поражает не только самого работника, но захватывает также и членов его семьи. Все это обязывает считать очередной задачей ближайшего времени снабжение работников Дезстанции соответствующей защитной одеждой, на-ряду с устройством рабочего пропускника, где каждый являющийся на работу, равно как и окончивший таковую, мог бы

вымыться и сменить свое домашнее платье на рабочий костюм и наоборот.

Конечно, намечая всю эту программу на ближайший период времени, мы не исключаем возможности, что, быть может, ранее, чем все пункты ее будут осуществлены, жизнь выдвинет еще новые задачи, еще более настоятельно ожидающие своего разрешения. Все это несколько не уменьшает значения отдельных пунктов нашей сегодняшней программы-*minimum*. Так было и в минувший период нашей работы, так может быть и впредь. Намеченная же программа является тем стимулом, который должен всегда будить в нас стремление к улучшению и прогрессивному развитию нашего дела, должен постоянно побуждать нас смотреть в „будущее“.

Примечание: Действительно, известная часть этой программы, намеченной еще весной 1921 г., была осуществлена в течение 1921 и 1922 г.г. Так, осенью 1922 года удалось провести частичный ремонт зданий Дезстанции, главным образом, крыш. Система водоснабжения почти закончена и выражается в устройстве запасного подземного бетонного резервуара на 5.000 ведер и установке водонапорных баков, общей емкостью около 1.000 ведер, с соответствующими трубопроводами, соединительными ветвями и проч.; осталась лишь незначительная часть наружной работы. В отношении организационного объединения дела изоляции с Дезстанцией, после ликвидации банно-изоляционно-пропускного пункта (Ланжеронов. сп., 2), находившегося в ведении Дезстанции, мы сделали тот шаг вперед, что б. Госпиталь-Изолятор перешел в полное ведение Дезстанции. Существовавший у нас одно время проект перестройки под изолятор здания б. электрической станции (Старопорт. № 12) пришлось оставить после того, как упомянутое здание в первых числах июня 1921 года сгорело. С осени 1921 года при Дезстанции сформировался трупный отряд, проделавший невероятно трудную и огромную работу в течение голодной зимы и весны 1922 года. С того же приблизительно времени Дезстанцию стал обслуживать автотранспорт, впоследствии частично к ней перешедший. Наконец, с января 1922 года Дезстанции был предоставлен пустопорожний двор (№ 10 по Внешней ул.), чем в значительной степени была облегчена тяжесть территориального ее стеснения, о чем было упомянуто.

ОТЧЕТ

о деятельности Дезинфекционной Станции (Дезкамеры) Одесского Губздравотдела за 1920 год.

Врача С. В. ЦЫГАНОВА.

Деятельность Одесской Дезинфекционной Камеры в отчетном году не ограничивалась узкими рамками дезинфекции, как таковой, но охватывала всю обширную область противоэпидемической работы, которая ставит своей задачей совершенную ликвидацию инфекционных очагов. Поэтому, объектом ее внимания, помимо зараженных квартир и вещей, являлся также больной, в смысле изоляции его в лечебное заведение, а также входившие с ним в соприкосновение и окружавшие его лица. Всю деятельность Дезкамеры, как единого учреждения, по характеру производимой работы, можно разделить на ряд отдельных областей работы, к описанию которых мы сейчас и перейдем. Необходимо лишь отметить, что в настоящий отчет не входит описание деятельности дезинфекционных отрядов, чему посвящена особая работа тов. И. Л. Дайлиса.

I. Дезинфекция вещей. В распоряжении Дезкамеры для целей дезинфекции и дезинсекции вещей имеется 1 большой стационарный аппарат, работающий паром под давлением в 2 атмосферы при температуре в 120° , а также несколько подвижных паровых аппаратов высокого и низкого давления (аппараты Геннеберга, Сакса, Егорова и др.). Кроме того, аппараты системы „Гелиос“, действующие сухим горячим воздухом, применяются в тех случаях, где можно ограничиться лишь одной дезинсекцией. Наконец, для целей дезинсекции меховых и кожаных вещей, не выдерживающих действия высокой температуры, служит серная комната. Имеющийся в Камере формалиновый стационарный аппарат с вакуумом в 1920 г. бездействовал, в виду неисправности и малой пригодности его. Несколько подвижных аппаратов Дезкамерой в 1920 году было отдано в пользование различным учреждениям, так 2 аппарата „Гелиос“ были отданы Курупру и проч.. Большая часть вещей в 1920 году подверглась дезинфекции в паровом стационарном аппарате Камеры. Меховые и кожаные вещи подвергались дезинсекции посредством окулирования их сернистым ангидридом в серной комнате. Подвижными аппаратами пользовались только в исключительных случаях, когда, например, при малом количестве вещей, стационарный аппарат не работал, и вещи эвакуированных и купавшихся дезинфицировались в подвижной камере системы Геннеберга или в аппарате „Гелиос“. То же было и при недостатке топлива для стационарного аппарата.

Порядок производства дезинфекции вещей в стационарном аппарате следующий: вещи, привозимые дезотрядами, учреждениями и

отдельными лицами, поступают в заразное отделение Дезкамеры, обслуживаемое 4—7 дезинфекторами (в зависимости от наличия штата служащих и количества работы). Здесь вещи подвергаются проверке, затем сортируются; в приеме вещей выдается установленной формы квитанция (в случае приема вещей от отряда проверка производится по накладной). меховые и кожаные вещи идут в серную комнату, белье, загрязненное калом, кровью и проч., кладется в бучильный чан со щелочью для замочки, чтобы затем вместе с остальными вещами поступить в паровой аппарат, загружаемый со стороны заразного отделения. Среди вещей, поступавших для дезинфекции, были самые разнообразные предметы, начиная с тряпок и носовых платков и кончая пружинными матрацами и мягкими диванами.

Стационарный аппарат Камеры в течение года работал 215 дней. В остальные дни он не работал за неимением достаточного количества вещей или, чаще, за недостатком топлива.

Для доставки пара в стационарный аппарат в 1920 году был установлен новый паровой котел, емкостью до 1000 ведер воды, в виду того, что старый, меньшего размера (на 500 ведер), дал течь и нуждался в основательном ремонте. Котел топился первые месяцы 1920-го года нефтью, а затем в связи с отсутствием последней был переведен на древесное топливо, снабжение коим, особенно к концу года, стало более или менее удовлетворительным.

Количество продезинфицированных вещей по месяцам.

Месяцы	Число рабочих дней аппарата	Количество продезинфицированных вещей (число штук)			
		Эвакуированных и купавшихся	Городских больниц	Частных лиц и учреждений	Всего
Январь	24	12673	10305	13924	36902
Февраль	23	6384	7291	15913	29588
Март	22	7360	1701	9254	18315
Апрель	24	6532	2782	16158	25472
Май	15	2204	1425	6972	10601
Июнь	10	1140	874	5202	7216
Июль	18	3340	3998	4054	11392
Август	20	3410	4129	8651	16190
Сентябрь	8	1715	1873	2545	6133
Октябрь	8	460	2688	1211	4359
Ноябрь	19	4452	4131	3994	12577
Декабрь	24	11160	5246	5600	22006
Итого за год	215	60830	46443	93478	200751

Таблица 1.

За год продезинфицировано 200.751 штука вещей, что составляет в среднем 929 шт. на один рабочий день. Серой продезинфицировано около 2% общего количества. Незначительное число вещей, прошедших через паровой подвижной аппарат и „Гелиос“, вошло в общую сумму и отдельно не учитывалось. На прилагаемой таблице 1 указано количество продезинфицированных вещей по месяцам, а также число рабочих дней аппарата. Из общей суммы вещей—больничных было 46443 шт., вещей частных лиц и учреждений—93478 шт. и вещей эвакуированных и купавшихся—60830 шт..

Из той же таблицы видно, что наибольшее количество вещей было в январе, феврале, апреле, и декабре, а наименьшее—в летние месяцы. Это вполне соответствует ходу эпидемических заболеваний в городе. Странное на первый взгляд понижение количества вещей в марте объясняется тем, что март (по отчетности заразного отделения Дезкамеры) имел 18 дней, как результат перехода на новый стиль. Увеличение количества вещей в июле и августе объясняется вспышкой холерной эпидемии.

В общую цифру не вошли вещи, продезинфицированные аппаратом Геннеберга в бане по Ремесленной ул. 48, в течение проводившейся в Одессе в июле „Недели Чистоты“.

После дезинфекции в паровом аппарате, на что требуется от 20 до 40 минут, и последующего проветривания (просушки) в течение 5—10 минут, вещи выгружаются из аппарата в чистое отделение Камеры особым персоналом (4—7 человек), разбираются, подбираются в партии согласно накладным и отправляются в цейхгауз, где и хранятся впредь до выдачи их обратно владельцам.

Теснота чистого отделения и цейхгауза Камеры, при массе идущих вещей заставляла часто производить разборку их под открытым небом, во дворе, что являлось чрезвычайно нежелательным из-за условий погоды и могущей быть пропажи вещей. В 1920 г. приступлено было к оборудованию нового цейхгауза для хранения продезинфицированных вещей в здании бывшего гаража Губкоммунотдела, вполне удовлетворяющего потребность Камеры, с тем, чтобы помещение прежнего цейхгауза отвести под разборку вещей.

II. Развозка продезинфицированных вещей. Проздезинфицированные вещи, по мере наличия транспортных средств, развозятся обратно по квартирам средствами Камеры. К сожалению, недостаток перевозочных средств (лошадей, площадок), а также и персонала, не давал возможности своевременно развезти вещи, и часть их залежалась иногда на несколько недель.

Являвшимся за вещами их владельцам, соглашавшимся забрать вещи собственными средствами, вещи выдавались ежедневно от 10 до 4 час. дня, по предъявлении квитанции. За год было развезено по домам средствами Камеры 5935 партий вещей. Если в каждой партии можно считать в среднем 12—15 шт. вещей, то развезено было в течение года ок. 35—40% всех вещей. Остальные, таким образом, были взяты из Камеры лично их владельцами.

Развозка продезинфицированных вещей по месяцам видна из диаграммы I.

При сравнении ее с предыдущей таблицей видно, что увеличение количества продезинфицированных вещей не совпадало с усилением их развозки, что особенно заметно в некоторые месяцы (напр., в августе, ноябре, декабре). Это несовпадение, а также и вообще относительно малое количество развезенных средствами Камеры вещей, объясняется, как уже сказано выше, недостаточностью перевозочных средств, особенно, давшей себя знать к концу отчетного года. Только в виде исключения приходилось посылать 2—3 площадки, обычно же и одна площадка с персоналом из 2 человек (кучер и дезинфектор) высылалась крайне нерегулярно.

III. Эвакуационный барак и дезинфекционная баня. Не только обстановка, среди которой находился больной, и вещи, коими он пользовался, но и лица, окружающие его, могут служить источником инфекции для других лиц, приходя с ними в соприкосновение в той или иной форме. Так, при сыпном и возвратном тифе

оказавшие больного лица могут иметь на себе инфицированных насекомых, при холере, брюшном тифе и дифтерии они могут являться бациллоносителями. Поэтому вполне естественно, что для того, чтобы дезинфекционные мероприятия, как таковые, имели смысл и достигали цели, необходимо направить их и на окружающих больного людей и связать с целым рядом других мероприятий, направленных также в сторону этих последних. Для этой цели при Камере имеется эвакуационный барак и дезинфекционная баня. Последняя обладает пропускной способностью до 100 чел. в день. Состоит баня из ожидальной комнаты и 3-х отделений. Из ожидальни, имеющей вход с улицы, посетители

Развозка продезинфицированных вещей (колич. партий) по месяцам.

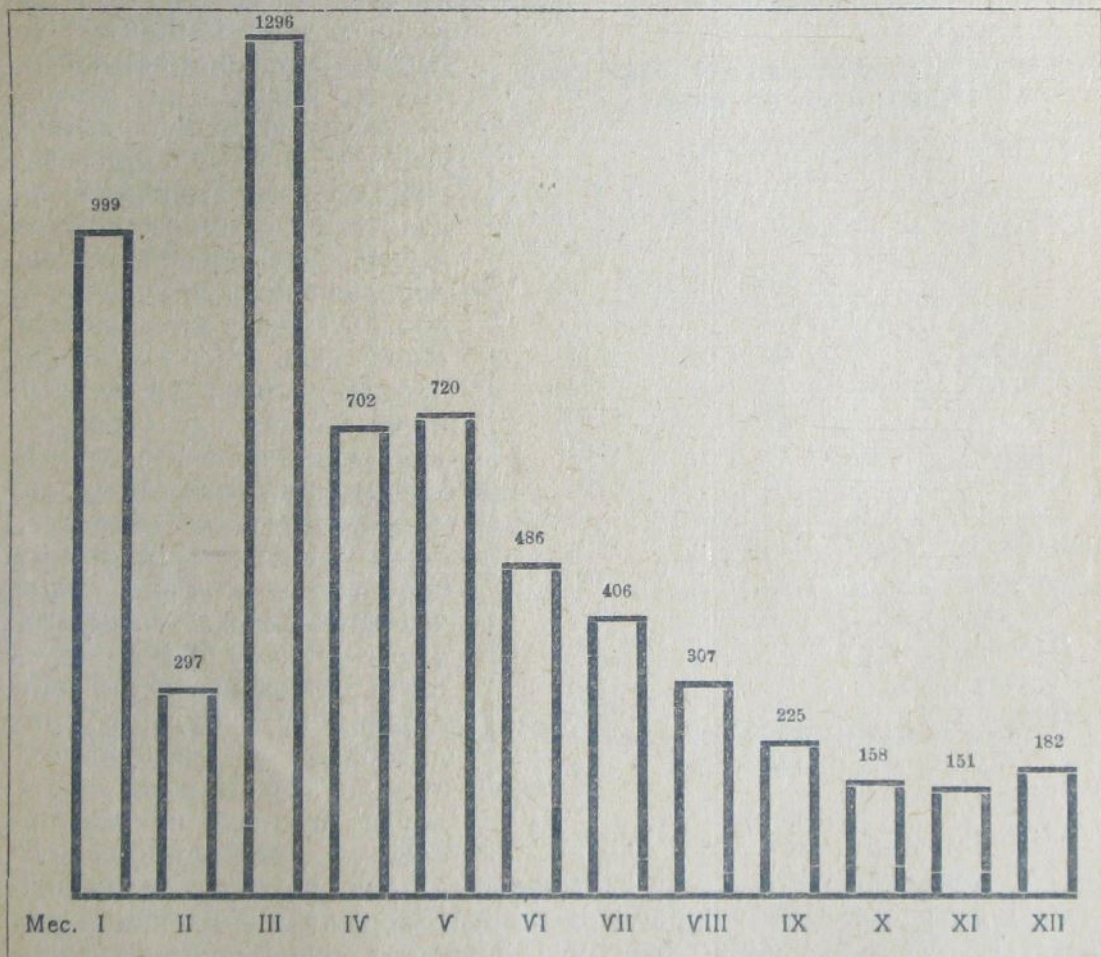


Диаграмма I.

попадают в раздевальню, где стригутся и раздеваются. Здесь же вещи их сортируются, связываются в отдельные узлы, складываются затем в брезентовые мешки и направляются в заразное отделение Камеры для дезинфекции в аппарате. Отсюда посетители поступают во 2-ое отделение бани, мыльную комнату, снабженную душами, где механическим обмыванием под текущей водой, с применением мыла, а в случае налобности, и тех или иных дезинфекционных (—секционных) средств, удаляются могущие быть на теле паразиты или заразное начало. Мыло для купанья выдается всем посетителям бесплатно. После мытья под душами, выкупавшиеся поступают в одевальню, где получают свои продезинфицированные уже к этому времени вещи, одеваются и выхо-

дят из бани через отдельный ход, минуя помещение, через которое они вошли. Весь процесс мытья с дезинфекцией продолжается 1—1½ часа. К сожалению, вследствие недостатка воды в водопроводе, деятельность бани в 1920 году была крайне нерегулярна. Были периоды, когда по целым месяцам не было воды. Так, напр., в июне, из-за отсутствия воды, баня не функционировала ни разу. Меры к устранению этого недостатка выражаются в предпринимаемом сооружении системы запасного водоснабжения Дезкамеры. За 1920 г. баня при Камере функционировала 146 дней. В этот промежуток времени через баню прошло 6562 чел., что в среднем составляет 45 чел. в день. Такое малое среднее число купавшихся также объясняется малым поступлением воды: были дни, когда пущенная баня работала лишь 2—3 часа. Из таблицы 2 видно количество лиц, прошедших через баню, и количество

Работа дезинфекционной бани при Камере по месяцам.

Месяцы	Число рабочих дней бани	Количество выкупавшихся с дезинфекцией платья
Январь	23	1573
Февраль	14	798
Март	17	920
Апрель	13	601
Май	6	102
Июнь	—	—
Июль	15	334
Август	11	293
Сентябрь	9	239
Октябрь	2	124
Ноябрь	12	213
Декабрь	24	1365
За год	146	6562

Таблица 2.

рабочих дней бани по месяцам. Регистрация постриженных за 1920 год не велась.

Контингент купавшихся состоял: 1) из лиц присылаемых врачами дезотрядов из квартир, где производилась дезинфекция, или только для купанья или для купанья с последующей изоляцией в барак, если этого требовали обстоятельства; 2) из лиц, приходивших по собственной инициативе с целью дезинсекции платья; 3) начиная с декабря месяца, в связи с сильным развитием вшивости в детских учреждениях (школах-коммунах, изоляторах и проч.), через баню Дезкамеры были пропущены целиком целый ряд подобных учреждений. К этой же группе относятся и другие военные и гражданские учреждения: дома при-

зрения, воинские части, места заключения и проч., которые по предварительному соглашению проводились организованным порядком через баню. Пройдя через баню Дезкамеры вместе с одновременной дезинсекцией помещения и вещей, означенные учреждения освобождались от паразитов, благодаря чему удавалось начинавшиеся кое-где эпидемии обрывать в самом начале. Обслуживалась баня персоналом из 2-х чел., не считая истопника-кочегара. При тех инфекциях, при которых наблюдается бациллоносительство, соприкасавшиеся с инфекционными больными помещались после бани в эвакуационный барак Камеры, где у них брался соответствующий материал для исследования, и, если они оказывались бациллоносителями, то выдерживались в бараке до окончания бациллоносительства. Кроме того, в барак помещались лица, коим почему-либо нельзя было оставаться дома (закрытие квартиры для газовой дезинфекции, взятие всех вещей и постельных принадлежностей в Камеру для дезинфекции и проч.), а также дети, у которых были больны все домашние и не было лиц, на попечении которых они

могли бы оставаться дома до выздоровления родителей. При утрате родителями трудоспособности или в случае их смерти, дети переводились Камерой из барака в учреждения Губнаробраза, по назначению последнего, что не всегда достигалось без затруднений. За последние месяцы отчетного года, в связи с частыми заносами инфекций и вшиности поступающими в детские учреждения детьми, со многими из этих учреждений было установлено соглашение, что все дети, направляемые Губнаробразом, предварительно пропускались через баню, а иногда и барак Камеры, и только после этого принимались в детские учреждения.

Число эвакуированных в барак Камеры по инфекциям и по месяцам.

Инфекции, послужившие поводом к эвакуации	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	ВСЕГО за год
	Тиф сыпной	30	2	15	70	62	59	52	8	4	—	3	
„ брюшной	—	—	—	—	—	3	8	5	2	—	18	7	43 „
„ возвратный	—	—	1	—	—	12	36	22	3	—	6	14	94 „
„ неопределенный	—	—	1	1	—	—	13	—	—	1	—	9	25 „
Холера	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	4 „
Корь	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	4 „
Скарлатина	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	—	2	9 „
Дифтерия	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	3 „
Оспа натуральная	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	3	—	6 „
Другие инфекции	1	—	—	1	19	31	7	2	43	14	43	134	295 „
Всего	31	2	17	72	81	107	117	41	56	25	73	203	825 „
Количество заболевших на числа эвакуиров.	—	—	—	—	12	12	12	3	7	3	11	3	63 „
Количество эвакуодней, проведенных эвакуированными	145	6	110	393	579	795	847	184	736	217	712	764	5488 эвакуодней

Таблица 3.

С оборудованием Госпиталя-Изолятора по Новосельской ул. 64, Дезкамера разделила с ним лиц, подлежащих изоляции, по инфекциям, при чем на долю Дезкамеры остались тифозные инфекции всех видов. Всего через барак Камеры прошло за 1920 г. 825 чел. с 5488 эвакуоднями. На прилагаемой таблице 3 обозначено количество поступлений по месяцам и число лиц, заболевших в бараке из числа эвакуированных (т.-е. прибывших в инкубационном периоде). Кроме того, на этой же таблице указаны инфекции, послужившие поводом для эвакуации. Наибольшее число эвакуированных было по поводу сыпного тифа.

На таблице 4 обозначено среднее суточное число лиц, бывших в бараке, по месяцам, и избыток или недостаток этой средней цифры по сравнению со штатным числом коек (14) барака. Из таблицы видно, насколько недостаточен барак Камеры: в течение 6 месяцев в году число эвакуированных превышало норму. Равным образом, средняя суточная цифра эвакуированных за год (15) также превышает эту норму. Барак обслуживался персоналом из 2 чел.. Огромное большинство лиц, предназначенных для купанья или изоляции, из очагов инфек-

ций перевозилось средствами Камеры. Дети и слабые отвозились также и обратно по домам. Практика показала, что без перевозки, по одним лишь выданным запискам, эвакуируемые большей частью в Камеру не приходили. Всего за год перевезено 2598 чел., из коих 1405—в Камеру и 1193—обратно из Камеры домой. Количество перевезенных по месяцам видно из прилагаемой таблицы 5. Огромное количество перевезенных в декабре (ок. $\frac{4}{5}$ общего годового количества) объясняется упомянутой выше работой по дезинсекции детских учреждений Губнаробраза.

Среднее количество эвакуированных по месяцам.

Месяцы:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Среднее суточное колич. эвакуированных	5,8	0,3	3,5	13,1	12,7	26,5	27,3	5,9	26,5	7	23,7	24,7
Избыток (+) или недостаток (-) по сравнению со штатным числом коек (14)	-8,2	-13,7	-10,5	-0,9	+4,7	+12,5	+13,3	-8,1	+12,5	-7	+9,7	+10,7

Таблица 4.

Перевозка эвакуированных в барак Камеры и обратно по месяцам.

Месяцы	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Итого
Перевезено в Камеру (в барак и для купанья)	30	2	17	56	13	44	39	65	35	23	37	1044	1405
Перевезено из барака Камеры домой	30	2	14	45	5	41	75	10	7	20	37	907	1193
ВСЕГО перевезено средствами Камеры	60	4	31	101	18	85	114	75	42	43	74	1951	2598

Таблица 5.

IV. Банная деятельность Камеры. Кроме упомянутой собственно дезинфекционной бани, в ведении Дезкамеры в 1920 году находилась арендованная баня по Ремесленной ул. 48 с пропускной способностью до 1200 чел. в день. Баня эта имела для Камеры большое значение в том смысле, что, когда не было воды в бане Дезкамеры, лица, подлежащие дезинсекции, купались в бане по Ремесленной ул. с дезинсекцией их платья в Камере. Означенная баня, всегда снабженная водой по причине своего низкого расположения, работала регулярно почти без перебоев три раза в неделю, по пятницам, субботам и воскресеньям. Все посетители делились на платных и бесплатных. Бесплатно допускались лица, снабженные записками врачей, учреждений и профорганизаций. За плату купались все желающие. Бесплатным посетителям выдавалось бесплатно же и мыло.

Баня функционировала за год 141 день. Искупалось за это время 147.754 чел., что в среднем составляет 1048 чел. в день. Платных было из них 52135 чел., бесплатных—95619. Работа бани по месяцам видна

из таблицы 6, где обозначено количество платных и бесплатных купающихся. Особенно интенсивно баня работала в июле м-це в связи с бывшей в городе «Неделей Чистоты», когда при бане была устроена стрижка купающихся, при чем было пострижено 3818 человек. Кроме того, на это время при бане был установлен паровой подвижной дезинфекционный аппарат системы Геннеберга, коим были продезинфицированы вещи 1561 человека.

Работа бани по Ремесленной ул. 48 по месяцам.

Месяцы	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего
Количество бесплатн. посетителей . . .	7509	6341	3253	8213	4760	5852	16774	7322	9418	9125	7436	9616	95619
Количество платных посетителей . . .	3654	4651	2182	5979	4742	3913	3384	2299	3139	7271	5515	5406	52135
Всего якупалось .	11163	10992	5435	14192	9502	9765	20158	9621	12557	16396	12951	15022	147754

Таблица 6.

Плата в бане взималась с января по 7 мая в размере 20 рублей со взрослых и 10 рублей с детей, с 7 мая по 10 сентября — 75 руб. со взрослого и 50 руб. с ребенка и с 10 сентября до конца года — 100 рублей и 50 рублей. Общий приход с бани выразился в сумме 3.565.525 руб., которые были внесены в кассу Губздравотдела. Расход топлива выразился в 15388 пуд. дров, 960 пуд. угля и 346 пудов нефти. Перечисляя весь этот расход на древесное топливо (из расчета 1 пуд. нефти соотв. 1½ пудам угля или 3 пудам дров), получаем средний расход дров на 1 посетителя около 5 фунтов.

V. Госпитализация инфекционных больных. Наряду с чисто дезинфекционной деятельностью, Дезкамера проводила и эвакуацию инфекционных больных в госпиталя. Для этой цели в отчетном году служили 4 кареты с носилками для тяжелых больных и 2 линейки. Последние обслуживали, преимущественно, перевозку окружавших больного лиц, а также легких (сидячих) больных. Каждая транспортная единица обслуживалась кучером и одним дезинфектором, большей частью, студентом-медиком или лекпомом, из состава дезинфекторов Камеры. Кареты, в зависимости от условий эпидемии, работали или только в течение всего дня или же (в холерное время) круглые сутки. Кареты выезжали по телефонным вызовам и запискам врачей, учреждений и отдельных лиц. Вызовы на кареты принимались дежурным телефонистом в течение круглых суток.

Всего за год поступило 5747 требований на перевозку инфекционных больных, в среднем 15,6 в день. Доставлено по этим требованиям в госпиталя 7010 больных, в среднем около 19 человек в день. Распределение всех вызовов и вывезенных больных по месяцам изображено на диаграмме II.

Перевозка инфекционных больных в госпиталя по месяцам.

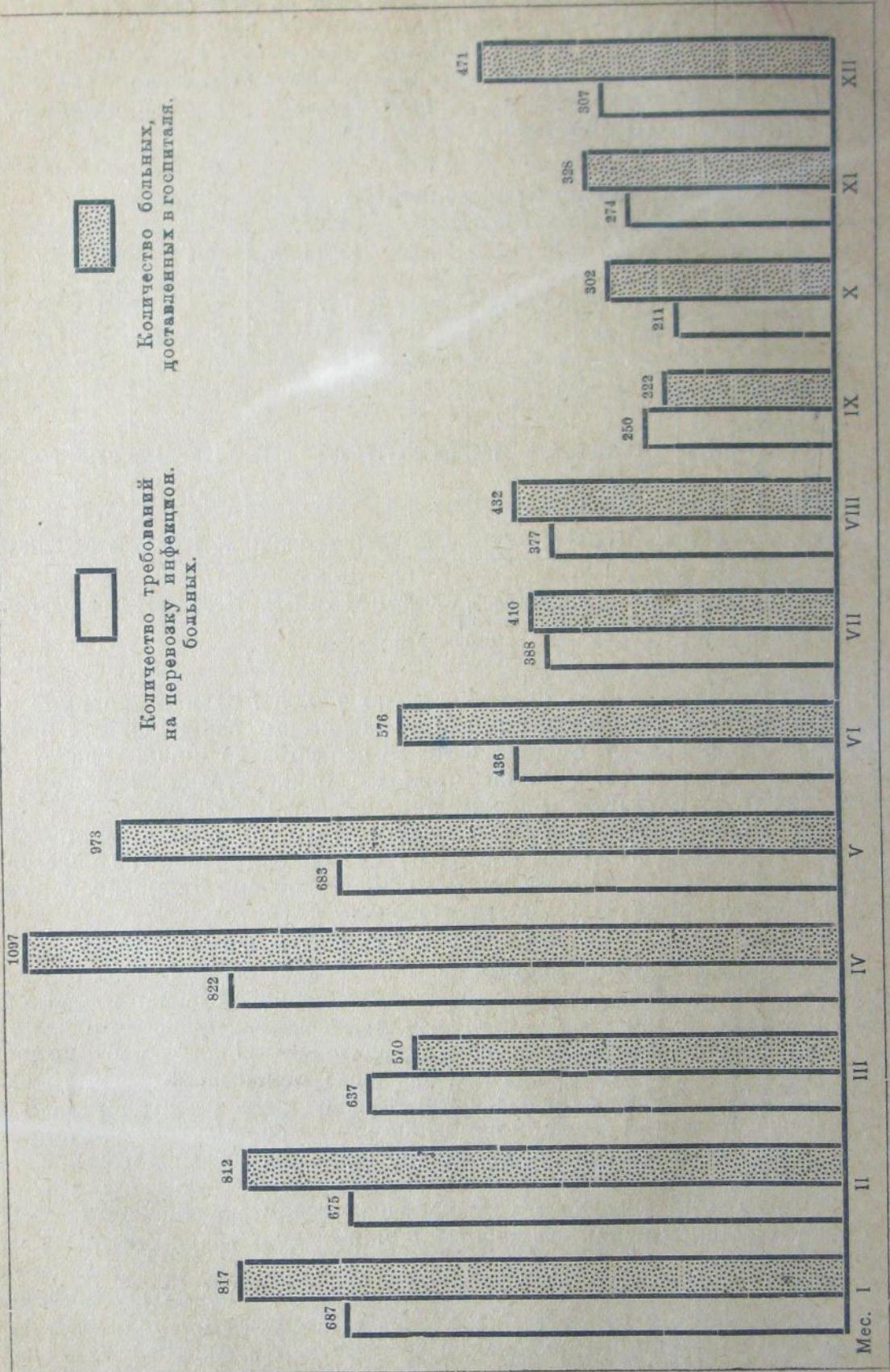


Диаграмма II.

Как показывает эта диаграмма, почти всюду количество вывезенных больных превышает количество вызовов. Это объясняется тем, что количество больных на местах вызова было зачастую более 1 человека. Особенно интенсивная вывозка больных в апреле и мае объясняется улучшением положения дела госпитализации больных в городе с утверждением Советской власти. Дальнейшее падение объясняется уменьшением числа инфекционных заболеваний, главным образом, сыпного тифа.

Из диаграммы III видно распределение вывезенных больных по инфекциям.

Распределение госпитализированных Дезкамерой больных по инфекциям.

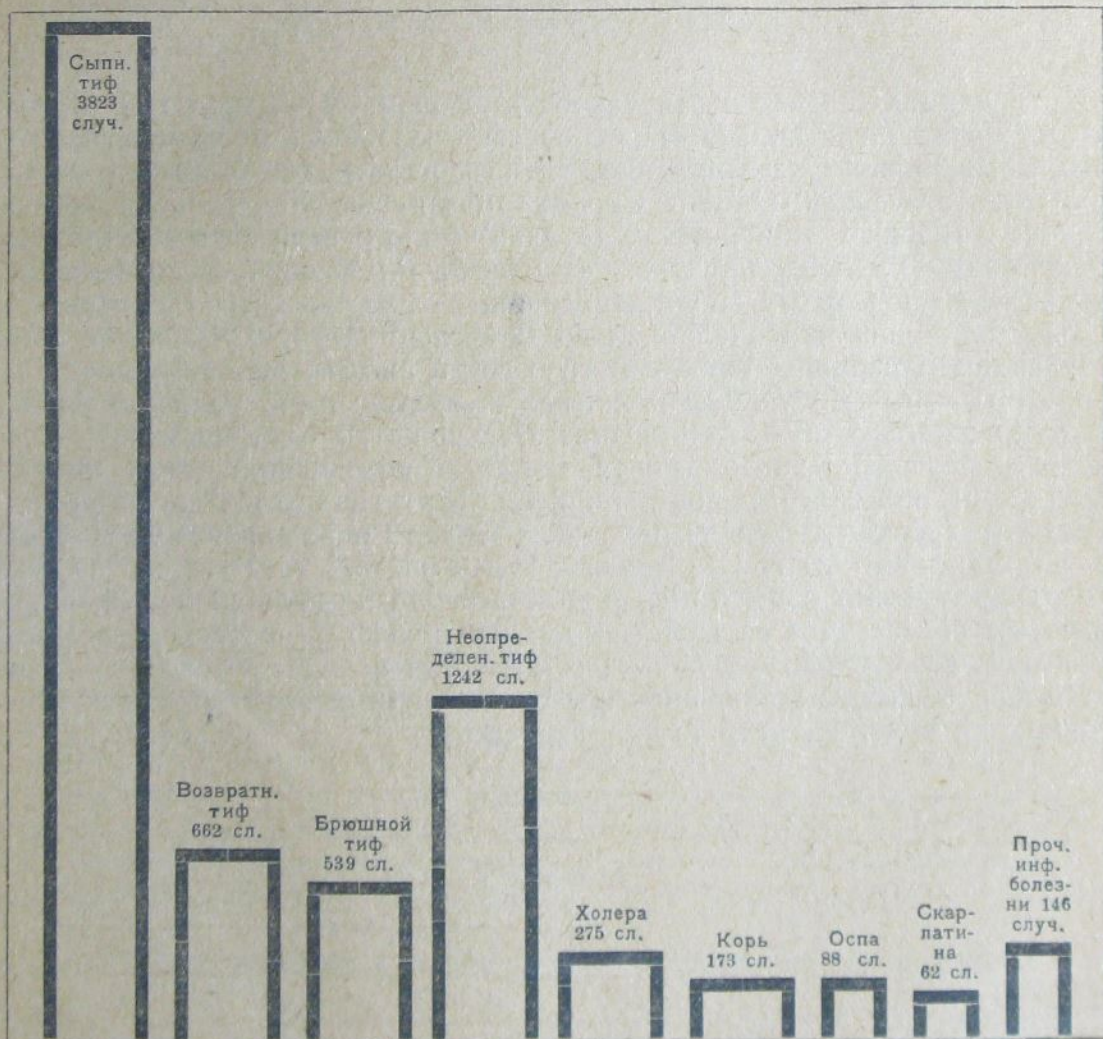


Диаграмма III.

Подавляющее большинство (53,1%) составляет сыпной тиф. В группу „прочих инфекций“ со 146 случаями входят 19 сл. дифтерии, 33 сл. дизентерии, 34 сл. рожи, 30 сл. туберкулеза и 30 сл. коклюша. К сожалению, за неполнотой данных, остался неразработанным вопрос о невыполненных адресах (случаи отказа и проч.).

В начале года, при сильном развитии эпидемических заболеваний в городе, недостатке мест в госпиталях и ограниченности перевозочных средств Камеры, часть адресов на перевозку больных не выполнялась

в тот же день и залеживалась, так что больные вывозились лишь на второй и третий день. Всего за первые пять месяцев истекшего года таких несвоевременно выполненных адресов было 896, а именно: в январе—155, феврале—525, марте—124, апреле—77 и мае—15.

В последующие месяцы все адреса выполнялись в течение первых суток с момента получения, за исключением единичных случаев.

VI. Санитарно-просветительная деятельность. В 1920 году Камера вела и санитарно-просветительную и педагогическую работу. Кроме деятельности врачей дезотрядов на местах посещений в этом направлении, через Камеру прошли и получили практическую и теоретическую подготовку два выпуска дезинструкторов, один выпуск санинструкторов и 1 выпуск санитаров-дезинфекторов. Курсы эти были организованы подотделом медшкол и курсов Губздравотдела.

Заканчивая отчет о деятельности Дезкамеры за 1920 год, необходимо сказать несколько слов о составе персонала, обслуживающего это учреждение. Отдельные цифры числа работников были уже даны в соответствующих местах. Средние цифры всего персонала за год таковы: высшего медперсонала (врачей) было 9 чел., среднего (дезинфекторов)—47 чел., прочего технического (включая кучеров-санитаров)—24 чел. и служащих канцелярии—2 чел., а всего 82 человека. Сюда не вошел персонал бани по Ремесленной ул.—7 человек. Для служащих Дезкамеры отчетный 1920 год в смысле заболеваемости и смертности был много благоприятнее предыдущего. С одной стороны, это объясняется тем, что громадное большинство служащих в 1919 г. успело уже переболеть сыпным тифом и иммунизироваться. Но, с другой стороны, и вообще эпидемия 1920 года была значительно слабее 1919 года. Всего из персонала Камеры переболело инфекционными болезнями за год 14 человек, умер из них 1. Это составляет 17% заболеваемости и 1,2% смертности. По инфекциям заболевания распределяются так: сыпным тифом переболело 5 человек, брюшным—5 чел., возвратным—4 чел. Две инфекции перенес 1 человек. Умер от сыпного тифа, заразившись при исполнении своих служебных обязанностей, кучер-санитар т. Гельфенбейн.

ОТЧЕТ

о деятельности Дезинфекционной Станции (Дезкамеры) Одесского Губздравотдела за 1921 год.

врача С. В. ПЫГАНОВА.

Приступая к обзору деятельности Дезинфекционной Камеры за 1921 год, необходимо упомянуть, прежде всего, что Камера, как и в предыдущем году, вела не только узко-дезинфекционную, но и широкую противоэпидемическую работу и, несмотря на скудость материальных ресурсов, ставила себе и по мере сил выполняла совершенно новые задания, как, например, вывозка и уборка трупов в городе, профтехническое образование служащих и проч., поскольку эти задачи выдвигались перед нею требованиями жизни. Специально дезинфекционная деятельность Камеры шла в трех главных направлениях: дезинфекция жилищ, дезинфекция вещей и дезинфекция окружающих больного лиц.

I. Деятельность дезотрядов (квартирная дезинфекция). В течение отчетного периода при Камере было 5 оборудованных дезотрядов на конных площадках, находившихся в ведении специальных врачей отрядов, кои и выезжали для производства дезинфекций на местах по вызовам. К сожалению, все 5 отрядов часто не выезжали полностью за недостатком лошадей, падеж которых от недостатка фуража при огромной работе, несмотря на неоднократные пополнения, к концу года принял катастрофический характер. Вследствие этого в декабре пришлось перейти на автомобильную тягу, пользуясь 4 автомобилями военно-санитарного транспорта; из конных отрядов уцелел лишь один. Отряды Камеры выезжали на дезинфекции за год 17130 раз, что в среднем составляет 46,9 выезда в день. По этим выездам выполнено 5275 дезинфекций, что в среднем дает 14,4 исполнения в день.

Количество выездов и исполненных дезинфекций по месяцам.

Месяцы: . . .	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	ВСЕГО за год
Количество выездов на дезинфекцию. .	1534	1855	2479	2171	1709	1432	1363	1014	1141	633	730	1069	17130
Количество исполненных дезинфекций .	516	535	601	553	536	402	505	500	387	173	223	344	5275

Таблица 1.

Из таблицы 1, на которой представлено количество выездов и исполнений по месяцам, видно, что наибольшее количество выездов и исполнений приходилось на март месяц, наименьшее — на октябрь и

ноябрь. Это усиление и ослабление деятельности дезотрядов находится в зависимости не только от нарастания или ослабления эпидемических заболеваний, но и от того, или иного состояния перевозочных средств Камеры.

По инфекциям, общее количество выполненных дезинфекций (5275) распределяется следующим образом:

сыпной тиф	1663 сл.	оспа натуральная	192 сл.
возвратный тиф	1015 >	дифтерия	58 >
холера	735 >	туберкулез	53 >
брюшной тиф	439 >	прочие инфекц. забол.	75 >
неопред. >	427 >	мероприятия	299 >
скарлатина	319 >		

Таким образом, почти $\frac{1}{3}$ общего числа выполненных дезинфекций приходится на сыпной тиф.

Насколько недостаточна была деятельность Камеры по квартирной дезинфекции, в сравнении с существующей потребностью в ней, видно из того, что, помимо назначавшихся ежедневно в наряд адресов на производство дезинфекций, оставалось постоянно в течение всего года известное их число, которое вовсе не попадало в наряд, за недостаточностью числа дезинфекционных отрядов. Число накопившихся в ожидании очереди, но невыполненных вовсе адресов, по месяцам распределялось следующим образом:

в январе	70,	в мае	2060,	в сентябре	117,
> феврале	184,	> июне	1570,	> октябре	42,
> марте	658,	> июле	1209,	> ноябре	46,
> апреле	2103,	> августе	269,	> декабре	154,

т.е. в апреле, мае, июне и июле число вовсе неназначавшихся для дезинфекции адресов почти равняется числу адресов, по которым производился выезд, или, другими словами, в течение 4-х месяцев количественно работа Дезкамеры покрывала лишь около $\frac{1}{2}$ действительной потребности. В остальные месяцы число таких непосещенных адресов сравнительно невелико и могло бы быть выполнено целиком при наличии одного добавочного отряда.

Большинство невыполненных адресов по истечении известного срока уничтожалось. Правда, откладывались без выполнения, обычно, наименее существенные случаи, в первую же очередь выполнялись адреса, даваемые на дезинфекцию эвакуаторами Камеры после вывозки больных в госпиталя, и адреса, поступающие из лечебных заведений и от различных учреждений.

В 3108 случаях произведенных дезинфекций указано, откуда исходили требования на производство таковых. Так, было вызовов:

эвакуаторов	1237	1-й Сов. Нар. б—цы	249
санит.-статист. п/о.	563	госпиталя № 1	166
частных лиц	414	врачей-эпидемиологов	165
госпиталя № 5	259	врачей дезотрядов	55

Таким образом, около 40% дезинфекций выполнено по вызовам эвакуаторов Дезкамеры.

Чаще всего требования на производство дезинфекций выполнялись Дезкамерой на другой день после их поступления, а именно в 53,5%. Так, из 3480 вызовов, было исполнено:

в тот-же день . . .	316 требований	на 5-ый день . . .	140 требований,
на другой » . . .	1852 »	» 6-ой » . . .	58 »
» 3-ий » . . .	518 »	позже 6-го дня . .	323 »
» 4-ый » . . .	273 »		

Довольно значительное число дезинфекций (8698) при первичном выезде на них не было выполнено, при чем часть из них (3774) вовсе не была исполнена или по ненадобности, или из-за отказа, или по другим причинам, другая часть адресов (4924) не была выполнена при первичном выезде вследствие каких-либо временных условий (напр., в квартире больной и пр.), но была выполнена в дальнейшем при следующих выездах; распределение неисполненных и отложенных адресов по причинам неисполнения видно на диаграмме I (см. стр. 90).

Из общего числа исполненных дезинфекций (5275), наибольшее количество дезинфекций (3368) было выполнено после отправления больного в госпиталь, затем (1177)—после выздоровления, значительно меньшая часть падает на дезинфекции, произведенные после смерти (479) и в качестве общего мероприятия, при отсутствии какого-либо определенно предшествовавшего инфекционного заболевания (251). Дезинфекция на местах производилась самыми различными способами, в зависимости от инфекции и условий обстановки. Значительное количество (4145) дезинфекций было произведено мыльно-крезоловым раствором; в 576 случаях дезинфекция исполнена окуриванием сернистым газом путем сжигания серы (серничков), в 164 случаях—парами формальдегида (аппараты Флюгге), затем дезинфекция производилась раствором сулемы—442 случая, а в уборных и местах скопления нечистот—в 706 случаях—известковым молоком и хлориновой известью.

Иногда дезинфекция, по местным условиям, производилась комбинацией тех или иных способов. В общем Камера, располагая почти всеми необходимыми дезинфекционными средствами, имела возможность производить дезинфекции согласно современным требованиям дезинфекционного дела, не отступая от норм довоенного времени. В тех случаях, где это необходимо, при частичном производстве дезинфекции на местах, забирались вещи (часто почти все) для дезинфекции и дезинсекции паром в аппарате Камеры. В 2585 случаях (из 3861) были забраны вещи, в 611—вещи не были взяты за ненадобностью и в 665 случаях—за отсутствием их на месте дезинфекции.

В 2611 случаях дезинфекция была произведена в 1 комнате, в 444 случаях—в части комнаты, в 166 случаях—в 2 комнатах, в 140 случаях—во всей квартире, в 580 случаях (холера, брюшн. тиф)—в уборных и, наконец, в 176 случаях—вне квартиры (корридоры и проч.).

Врачи дезотрядов, выезжавшие с отрядами на все случаи дезинфекций, кроме прямого и непосредственного руководства дезинсекцией на местах, выполняют всю неотложную противоэпидемическую и санитарно-просветительную работу.

Посещая самые пораженные эпидемиями очаги, раз'ясняя населению сущность эпидемических заболеваний и меры личной профилактики, врачи часто на местах дезинфекций находят больных безо всякой медицинской помощи, до посещения и регистрации их другим врачом. За год врачами дезотрядов было обнаружено таким образом и зарегистрировано 540 инфекционных больных в квартирах, где про-

изводилась дезинфекция, и 64—в соседних квартирах. Из числа этих обнаруженных больных, 160 человек удалось госпитализировать, отправив их в лечебные заведения каретами Камеры.

Кроме того, из мест производства дезинфекций врачами были направлены для купанья 651 человек и для изоляции в барак Камеры 946 человек, 385 из коих были перевезены средствами Камеры.

Причины невыполнения дезинфекций.

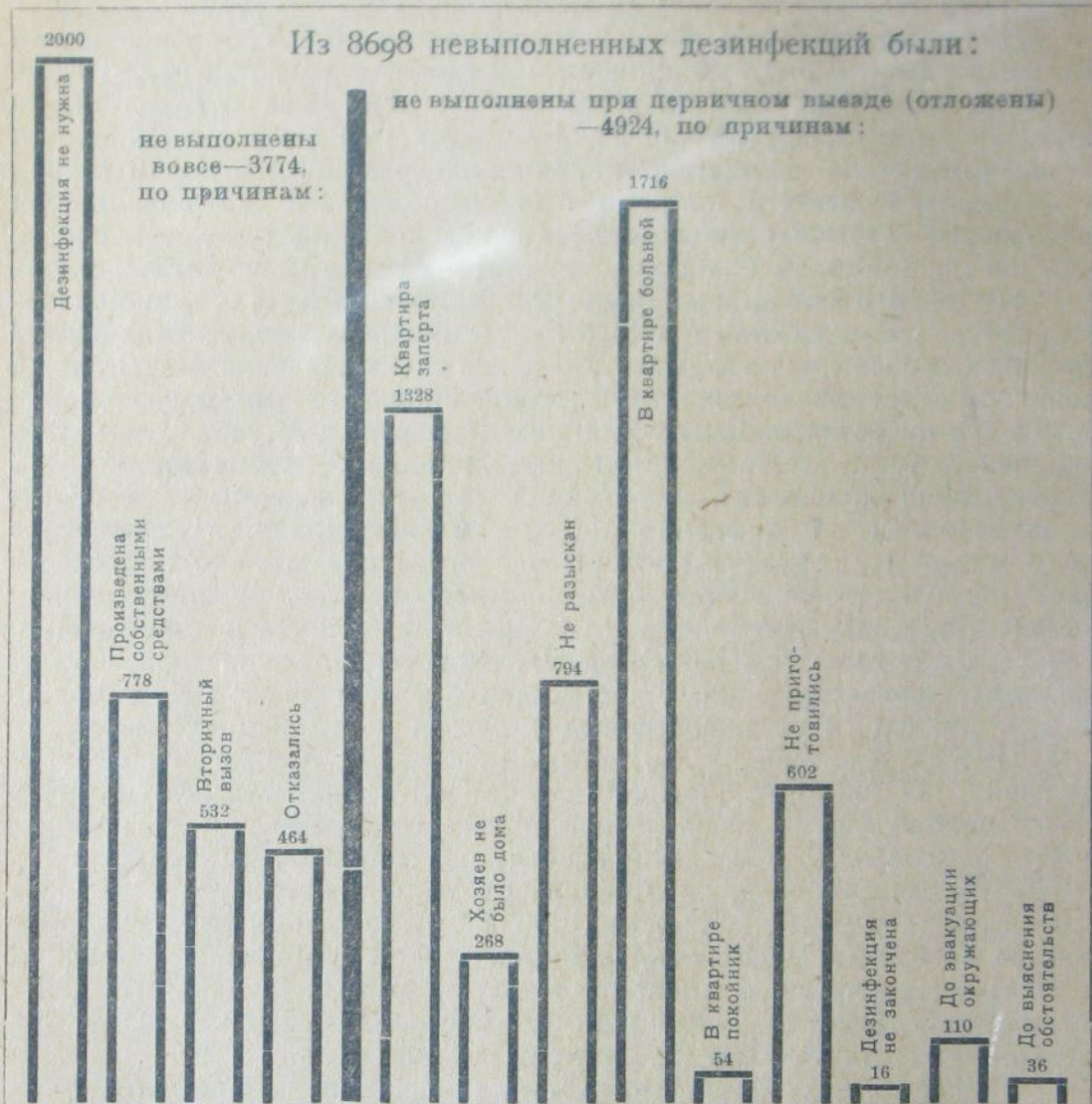


Диаграмма I.

Помимо регистрации больных на местах, врачами дезотрядов были направлены: 73 сообщения эпидемиологам и 1623 сообщения заведующему Камерой, пересланные затем по принадлежности в санитарно-эпидемиологический и санитарно-статистический подотделы Губздрава. Сообщения эти касались тех или иных моментов, требовавших внимания специальных органов.

Иногда, главным образом, в случаях холеры и дифтерии, врачами дезотрядов лично брался материал для бактериологических исследований и направлялся в лабораторию. Таких случаев было 114.

Приезжая на каждый случай дезинфекции вместе с отрядом, врач заполняет на месте специальную дезинфекционную карточку, эти кар-

точки и служат затем материалом для разработки ряда вопросов научно-практического характера. По этим же дезинфекционным карточкам врачами составляются месячные отчеты, которые заслушиваются на очередных совещаниях врачей Дезкамеры. Эти отчеты о работе дезотрядов и послужили материалом для составления годового отчета по квартальной дезинфекции.

Кроме отчетов, на этих совещаниях обсуждались вопросы научного и организационного характера, связанные с текущей жизнью Камеры. Здесь же было прочитано врачами несколько рефератов и сообщений, посвященных различным научным вопросам. Протоколы совещаний хранятся при делах Камеры.

II. Дезинфекция вещей. Главная масса поступающих в Камеру (от учреждений, частных лиц, привозимых дезотрядами) вещей подвергалась паровой дезинфекции в большом стационарном аппарате высокого давления, за исключением кожаных и меховых вещей, дезинфицируемых сернистым газом в серной комнате; кроме того, незначительное количество вещей эвакуированных было пропущено, в виду срочности, через аппарат „Гелиос“. Как те, так и другие, отдельно не регистрировались и вошли в общий счет продезинфицированных вещей. Стационарный паровой аппарат работал 76 дней, „Гелиос“—72 дня и серная комната—32 раза. Всего было продезинфицировано 201.708 штук вещей, что в среднем составляет 2654 шт. в рабочий день стационарного аппарата. Из сравнения цифр 1921 г. с предшествующим годом видно, что при почти одинаковом общем количестве продезинфицированных вещей, интенсивность работы увеличилась почти в 3 раза (929 шт. в рабочий день аппарата в 1920 г. и 2654 шт. в 1921 г.).

Из общей суммы продезинфицированных вещей было: вещей эвакуированных и купавшихся—77427 шт., вещей больниц и учреждений—70.598 шт. и вещей частных лиц—53.683 шт..

Количество рабочих дней аппарата и продезинфицированных вещей по месяцам.

Месяцы	Количество рабоч. дней аппарата	Количество продезинфицированных вещей			
		Эвакуиро- ванных и купавшихся	Частных лиц	Больниц и учреж- дений	Всего
Январь	17	14240	7612	4698	26550
Февраль	10	7808	10543	4181	22532
Март	8	14263	5335	7953	27551
Апрель	7	8936	4615	5354	18905
Май	8	7696	5566	9180	22442
Июнь	6	8286	2744	3259	14289
Июль	2	3938	2888	2696	9522
Август	5	6200	2380	7367	15947
Сентябрь	1	2500	4331	1651	8482
Октябрь	3	1820	1837	5242	8899
Ноябрь	1	540	2352	2843	5735
Декабрь	8	1200	3480	16174	20854
Всего за год	76	77427	53683	70598	201708

Таблица 2.

На таблице 2 представлено, как все указанные категории продезинфицированных вещей распределялись по месяцам, а также указано число рабочих дней аппарата. Наибольшее количество пропущенных вещей, как видно из таблицы, падает на начало и конец года (усиление сыпного тифа) и некоторое увеличение наблюдается в августе (вспышка эпидемии холеры). Малое количество рабочих дней стационарного аппарата объясняется отсутствием топлива, вследствие чего иногда по неделям нельзя было пустить аппарата.

В истекшем году был произведен капитальный ремонт давшего течь малого парового котла, питающего паром стационарный аппарат; таким образом, были снова готовы к работе оба котла, большой, приспособленный под твердое топливо, и малый, переведенный на нефть; котлы топятся — тот или другой — в зависимости от наличия того или иного вида топлива.

Частью приспособленный (устроены ряд крытых камер и стеллажи для хранения вещей) новый большой склад служил уже в истекшем году хранилищем продезинфицированных вещей, в старом же малом складе производилась разборка вещей, вследствие чего вещи были предохранены от всяких случайностей, которым они подвергались в прежние годы, когда разборку вещей после дезинфекции приходилось производить под открытым небом.

Продезинфицированные вещи, взятые из квартир и учреждений, по мере наличия перевозочных средств, развозились обратно их владельцам. Всего за 216 рабочих дней было отправлено владельцам 1893 партии вещей, что составляет в среднем 8,7 партий за рабочий день. Принимая, что в среднем в каждой партии было 12—15 штук вещей, всего, таким образом, было развезено средствами Камеры около 13% всех подвергавшихся дезинфекции вещей; остальная часть была взята лично из Камеры их владельцами.

В связи с ухудшением состояния перевозочных средств к концу года (уменьшение числа лошадей), количество партий вещей, развозимых после дезинфекции, также сокращалось. Действительно, количество развезенных партий по месяцам было:

в январе 243,	в мае 179,	в сентябре 86.
» феврале 226,	» июне 211,	» октябре 30,
» марте 301,	» июле 78,	» ноябре 28,
» апреле 299,	» августе 157,	» декабре 55.

III. Дезинфекционная баня и эвакуационный барак. Дезинфекционная баня при Камере в истекшем году функционировала лишь 73 дня, в остальное время она бездействовала за полным отсутствием воды в водопроводе. За эти 73 дня через баню с дезинсекцией платья прошло 5219 человек, что в среднем составляет 71,5 человек в рабочий день. В остальное время, по мере возможности, в бане производилась лишь дезинсекция платья лиц, приходивших со стороны, и мытье, стрижка и дезинсекция лиц, поступавших в эвакуационный барак Камеры. Таких лиц, кои прошли через баню только с дезинсекцией платья за 1921 год, было 3159. Пострижено за год 2363 человека.

Таблица 3 представляет количество купавшихся и число рабочих дней бани по месяцам.

Наибольшее число купавшихся приходится на первые месяцы года, что объясняется начатой еще в 1920 году массовой дезинсекцией детских домов Наробраза и домов призрения Собеса.

В ноябре месяце отчетного года приступлено к производству ремонта и покраске всех помещений бани масляной краской. Окончание ремонта затянулось до весны следующего года.

Число рабочих дней бани и количество купавшихся по месяцам.

Месяцы:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего за год
Число рабочих дней	18	—	11	14	7	18	2	3	—	—	—	—	73
Количество купавшихся	1780	—	887	809	361	897	105	380	—	—	—	—	5219

Таблица 3.

Количество эвакуированных и заболевших среди них по месяцам.

Месяцы:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего за год
Колич. лиц, бывших в бараке	120	175	153	106	113	63	27	17	17	24	52	102	969
Из них заболело	—	12	8	9	1	3	2	—	—	2	1	7	45

Таблица 4.

Лица, направлявшиеся в баню из помещений, где проводилась дезинфекция, если по обстоятельствам дезинфекции (отправка всех вещей в Камеру, закрытие квартиры) и другим причинам (дети без родителей) они не могли оставаться дома — или подлежали изоляции на известный срок, по назначениям врачей дезотрядов помещались в эвакуационный барак Камеры. Всего в бараке перебивало за год 969 человек, кои провели в общем 6151 эвакуодень. В среднем каждый эвакуированный провел в бараке 6,3 дня, а в бараке было в среднем ежедневно 16,8 чел. В марте и апреле месяце, во время бывшей вспышки натуральной оспы в городе, всем эвакуированным производилась прививка оспы. Было привито 218 чел. Из числа лиц, находившихся в эвакуационном бараке, заболели (прибыли в инкубационном периоде) и были госпитализированы 45 чел., в том числе сыпным тифом заболело 15 чел., возвратным — 14, брюшным — 7 и другими инфекционными заболеваниями — 9. На таблице 4 показано количество поступлений по месяцам а также число лиц, заболевших в бараке.

Из общего числа, по поводу возвратного тифа было

Среднее количество эвакуированных по месяцам и штатное число коек.

Месяцы:	Среднее суточное количество эвакуированных	Избыток (+) или недостаток (—) по сравнению со штатным числом коек (14)
Январь	17,8	+ 3,8
Февраль	31,6	+17,6
Март	28,3	+14,3
Апрель	19,5	+ 5,5
Май	17	+ 3,0
Июнь	25,3	+11,3
Июль	9,2	— 4,8
Август	6,2	— 7,8
Сентябрь	5,1	— 8,9
Октябрь	3,3	—10,7
Ноябрь	16,4	+ 2,4
Декабрь	23,8	+ 9,8
В среднем в течение года	16,8	+ 2,8

Таблица 5.

эвакуировано 425 чел., сыпного тифа—207 чел., брюшного тифа—34 чел., дифтерии—26 чел., проч. случаи—277 чел.. На таблице 5 обозначено среднее суточное число лиц, бывших в бараке по месяцам и избыток (+) или недостаток (—) по сравнению со штатным числом коек — 14. Из сравнения видна степень переполнения барака на протяжении $\frac{2}{3}$ года.

Перевозка лиц, соприкасавшихся с больными, в барак Дезкамеры и в баню по месяцам.

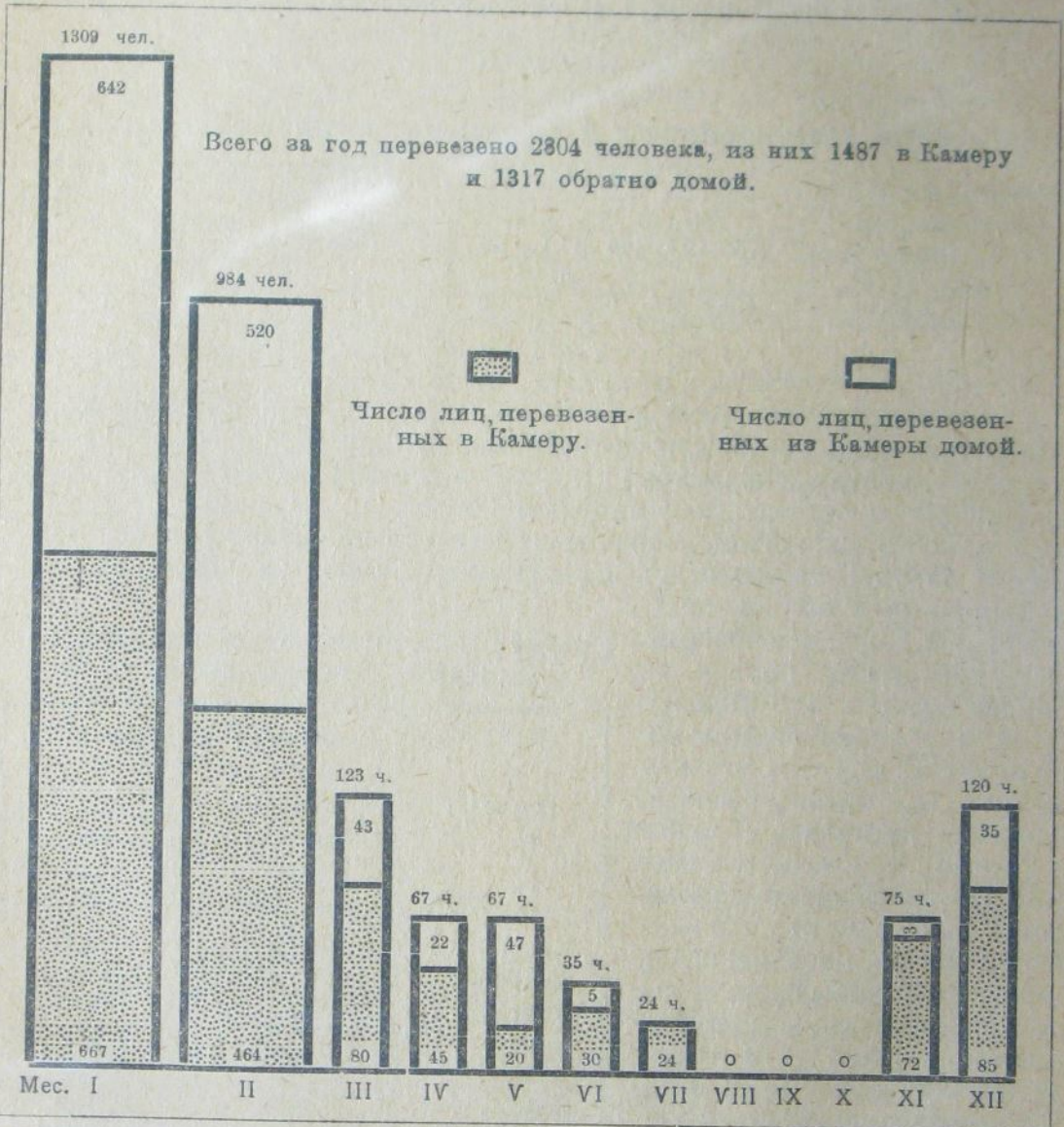


Диаграмма II.

Вследствие ветхости и отсутствия ремонта, в эвакуационном бараке в отчетном году обвалилась часть внутренней стенки-перегородки в столовой и провалился деревянный пол. К ремонту пола приступить в отчетном году не удалось. В течение 1920 года при Камере оборудована кухня для питания эвакуированных и служащих в специально приспособленном для сего помещении. До того времени эвакуированные довольствовались из кухни 1-ой Сов. Нар. б—цы, что было связано с многочисленными затруднениями.

Громадное большинство лиц, поступавших в эвакуационный барак, а также и известное число купавшихся в бане (дети, старики) были доставлены в Камеру и обратно домой средствами Камеры. Всего за год было перевезено 2804 человека, из них 1487 в Камеру и 1317 обратно домой. Особенно значительное количество перевезенных было в первые 2 месяца истекшего года (дети из учреждений Наробраза), что видно из диаграммы II, где представлено количество перевезенных по месяцам.

Бывшая в 1920 году при Дезкамере баня по Ремесленной улице 48 — в 1921 году была передана Губкоммунотделу по требованию последнего. Однако, необходимость иметь в своем распоряжении достаточной пропускной способности баню, заставила Дезкамеру, вместо прежней, взять в свое ведение баню с изолятором по Ланжероновскому спуску 2. В течение истекшего года там произведен ремонт, переустроен дезинфекционный аппарат и сама баня, таким образом, что пропуск купающихся и их платья может происходить лишь в одном направлении, при разобщении входа (грязной половины) от выхода (чистой половины).

Означенная баня, с пропускной способностью до 1000 человек в день, прекрасно оборудованная в санитарно-техническом отношении, с изолятором при ней на 200 человек, способна в известной степени разрешить наболевший вопрос о массовой дезинфекции и дезинсекции детских домов и проч. учреждений. Вопрос этот, поставленный уже давно, не поддавался разрешению из-за отсутствия рационально приспособленной дезинфекционной бани, достаточно обширной и обеспеченной водой, и разрешение этого вопроса, казалось, было достигнуто лишь после того, как к использованию банно-изоляционно-пропускного пункта было приступлено с начала 1922 года.

IV. Перевозка инфекционных больных в госпиталю. Дело перевозки инфекционных больных из квартир и учреждений в госпиталю в 1921 году обстояло несколько лучше, чем в предыдущем году. Все полученные адреса на перевозку больных выполнялись в течение суток с момента получения, и невыполненных своевременно адресов, за исключением единичных случаев, не было. Этому способствовали, главным образом, два обстоятельства: во-первых, с самого начала года достаточное количество лошадей, которое, несмотря на большой их падеж от недостаточности корма, несколько раз пополнялось покупкой новых; во-вторых, в течение всего года имелось достаточно мест в госпиталях, в связи с уменьшением числа сыпнотифозных и холерных заболеваний в городе, сравнительно с предшествовавшим годом.

Всего за год было получено 4788 адресов на перевозку больных, доставлено в госпиталю 6119 человек. На диаграмме III представлено по месяцам общее количество полученных (и выполненных) требований на перевозку больных и количество больных, доставленных в госпиталю. Постепенное падение числа вывезенных с января по июнь и повышение в ноябре и декабре соответствует ходу эпидемий сыпного и возвратного тифа. Некоторое увеличение числа вывезенных больных в июле и августе зависело от усиления брюшного тифа и появления холеры.

Вывезенные за первое полугодие 1921 г. (материалы за 2 полугодие не могли быть разработаны за утерей части данных) больные по инфекциям распределяются следующим образом (сведения имеются о 2968 больных): больных сыпным тифом перевезено 796 чел., неопределенным тифом — 543 чел., возвратным тифом — 445 чел., брюшным

Перевозка инфекционных больных в госпиталю по месяцам.

Всего получено адресов на перевозку больных (и сделано по ним выездов) — 4788.

Доставлено в госпиталю 6119 больных.

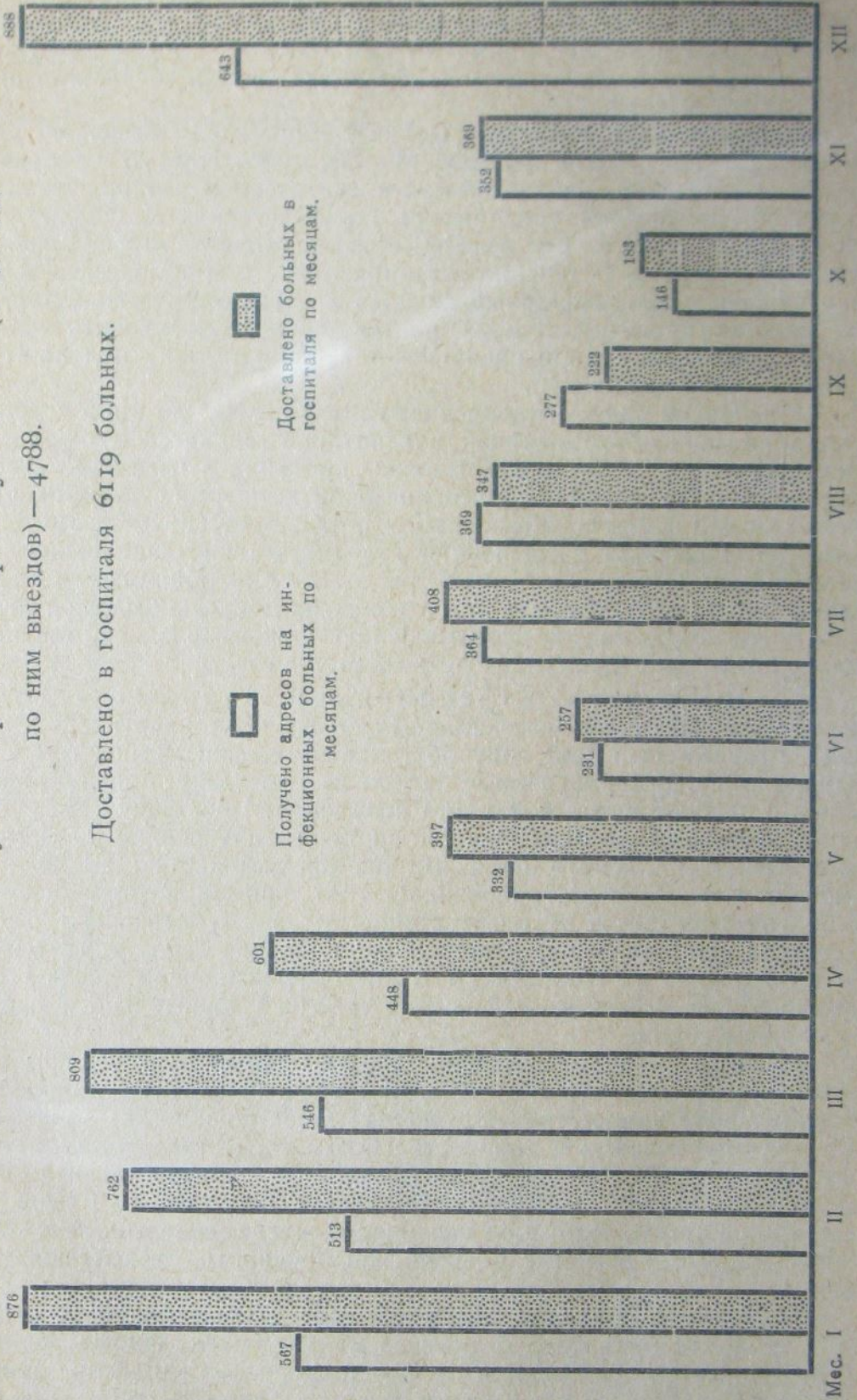


Диаграмма III.

тифом — 322 чел., холерой — 177 чел., натуральной оспой — 165 чел., дифтерией — 103 чел., скарлатиной — 97 чел. и прочими инфекционными заболеваниями — 320 чел..

За то же время, кроме доставленных в госпиталя 2968 человек, было произведено 448 выездов по адресам, где больные взяты не были: в 245 случаях больные отказались госпитализироваться, в 131 случае были госпитализированы собственными средствами; в 15 случаях квартиры оказались запертой, в 16 — больные умерли и в 19 — выздоровели до прибытия кареты Дезкамеры; в 22 случаях, вследствие неточности данного адреса, больные не были разысканы. С декабря месяца, с усилением эпидемии сыпного тифа и падежом лошадей, Камера перешла при перевозке больных на автомобильную тягу, пользуясь машинами Курортного Управления и автомобильно-санитарного транспорта Губздравотдела. Перевозка больных, однако, от этого улучшилась весьма слабо, т.-к. обслуживавшие Дезкамеру, но не находившиеся в ее ведении машины, выезжали крайне неаккуратно, а частично находились в неисправном состоянии.

V. Уборка и вывоз трупов. Уборка и вывоз трупов лиц, умерших от инфекционных заболеваний, естественно, близко соприкасается с дезинфекционным делом. В Одессе, где имеются 2 центральных морга — 1-ой Сов. Нар. б-цы и И-та Судебной Медицины, — вывозом трупов ведали упомянутые два учреждения. В октябре месяце 1921 года, в связи с эпидемиями и голодом, увеличивающаяся смертность, вместе с растущей дороговизной совершения похорон частными лицами, сразу увеличили количество трупов, поступающих в морги, вследствие чего там образовались целые залежи их, справиться с которыми обычными способами уже не представлялось возможным. Тогда дело уборки трупов и вывоза их на кладбища, как из моргов, так и вообще в городе, было предоставлено Дезкамере, начавшей это новое для себя дело с очень ограниченными материальными средствами. Главные затруднения состояли в отсутствии транспортных средств и трудности подыскания людей, могущих быть уборщиками трупов. Первоначально Камера пользовалась площадками и лошадьми 1-ой Сов. Нар. б-цы при 2 своих дезинфекторах. Затем Камере, по постановлению Губисполкома, Губтранс стал предоставлять площадки и грузовики. Однако, это предоставление было крайне нерегулярно, и в то время, как иногда прибывали 2 грузовика или 3 площадки, для использования которых не хватало рабочих рук, потом по целому месяцу не удавалось получить от Губтранса ни одной транспортной единицы. В это время рабочая сила оставалась неиспользованной, а груды трупов приходили в состояние полного разложения. Тем не менее, число дезинфекторов трупного отряда было доведено до 6 человек и уже к концу отчетного года залежи трупов стали разгружаться. С тех пор трупы вывозятся Дезкамерой из обоих моргов, из всех госпиталей, а также и из частных квартир, по вызовам домкомов, врачей и проч.. Всего в 1921 году, за 2½ месяца, было вывезено 418 трупов: в октябре — 178, ноябре — 185 и декабре — 55.

VI. Персонал Камеры. Персонал Камеры в 1921 году состоял, в среднем, из 77 человек, из коих врачей было 9, среднего медперсонала (дезинфекторов) — 41, прочего технического (включая кучеров-санитаров) — 24 и служащих канцелярии — 3 человека. К концу года, в связи с переходом к Дезкамере банно-изоляционного пункта по Ланжероновскому спуску 2, число персонала увеличилось до 95 человек. За год в Камеру поступило вновь 72 человека, выбыло 55 человек. Такое значительное число прошедших через Камеру служащих

объясняется, с одной стороны, тем, что часто принимались люди совершенно непригодные для дезинфекционной работы, за отсутствием квалифицированных работников в этой области на бирже труда; с другой стороны, этому же способствовали тяжелые условия ежедневной 8—10-часовой работы при ничтожном материальном вознаграждении. Введение с августа месяца сдельной оплаты труда несколько уменьшило это явление, кроме того, что повысило значительно интенсивность работы. Начавшийся сравнительно благополучно, в смысле инфекционных заболеваний среди служащих Дезкамеры, 1921 год, к концу дал довольно высокий процент заболеваемости, главным образом, сыпным тифом. Правда, все случаи, за исключением одного, закончились благоприятным исходом. Всего за год переболело инфекционными болезнями 22 чел., из коих сыпным тифом—11 чел., возвратным—8 чел., брюшным—3 чел.. По две инфекции (с. т. и бр. т., с. т. и в. т.) перенесли 2 чел.. Умер от возвратного тифа дезинфектор Ш. Ш. Зибелис.

VII. Просветительная деятельность. За отсутствием квалифицированных работников по дезинфекционному делу, Камере приходилось, на место почему-либо выбывающих работников, принимать подчас вовсе неквалифицированных рабочих. Для поднятия уровня квалификации своих рабочих и для подготовки новых, при Дезкамере были открыты профтехнические курсы. Лекторами-преподавателями курсов были врачи и некоторые служащие (студенты) Камеры. В течение 1921 года были осуществлены 2 серии курсов. Первая серия состояла из двух ступеней: старшей (подготовительной к дезинфекторским курсам) и младшей (для малограмотных). Курсы были 4½-месячные. Зачислено было на них 29 человек слушателей: 16 на старшую ступень и 13 на младшую. 4 человека в разное время выбыли с курсов (болезнь, отъезд и др. причины). После произведенных испытаний успешно окончили курсы 23 человека. Двое, оказавшие неудовлетворительные успехи, оставлены на следующую серию курсов. Посещаемость занятий на курсах достигала 87%. Чтение лекций велось в утренние часы, до начала служебных занятий. Во втором полугодии была начата 2-ая серия курсов, по значительно измененной программе, а именно: расширена и продолжена до 7 месяцев младшая ступень, а старшая преобразована в 8-месячные курсы дезинфекторов, в виду того, что существовавшие до того краткосрочные курсы дезинфекторов прекратили свое существование, а нужда в обученных дезинфекторах, как в городе, так и в губернии, ощущалась крайне остро. На старшую ступень зачислено 15 чел., на младшую—11 чел.. Означенная серия курсов в 1921 г. не закончила своей программы и выпуск приурочивается к весне 1922 г.. Успеху преподавания на курсах вредило в значительной степени отсутствие наглядных учебных пособий и почти полная материальная необеспеченность как учащихся, так и учащихся.

Первое в значительной степени облегчено тем, что служащие Камеры постановили отчислять из своего жалованья 2% на культурно-просветительные цели. На эти средства были приобретены кое-какие учебные пособия, карты, учебники и проч..

Помимо курсов в Камере для служащих 2 раза в неделю в вечерние часы читались лекции по общеобразовательным предметам, как сотрудниками Камеры, так и приглашенными лекторами.

Кроме того, при Камере в 1921 году получил теоретическую и практическую подготовку по дезинфекции 1 выпуск дезинструкторов и группа врачей выпуска 1921 года, проходивших стаж по санитарно-эпидемиологической группе.

Таким образом, подводя итоги деятельности Дезинфекционной Камеры за 1921 год, необходимо сказать, что Камера, правда, не в состоянии была выполнить всей той суммы заданий, которые к ней пред'являла жизнь, за отсутствием или недостатком технических средств (лошади, вода, топливо, средства и проч.). Но с теми малыми материальными ресурсами, которые были в ее распоряжении, среди трудной обстановки голода и эпидемий, она сделала все, что было в ее силах, и совершенная ею работа, несомненно, должна быть признана значительной в количественном и качественном отношении.

Эпидемиологический обзор эпидемии сыпного тифа

в Одессе за время с 15 апреля по 30 июня 1918 года.

Врача Л. В. ГРОМАШЕВСКОГО.

В заведывание Дезинфекционной Камерой автор настоящего обзора вступил в середине (14-го) марта 1918 г., с 1-го апреля был приглашен в качестве врача-эпидемиолога д—р М. Н. Соловьев.

Естественно, главное наше внимание привлекал сыпной тиф, который в данный период времени по числу заболеваний и общему его значению занимал первое место в ряду заразных заболеваний. Он же дал в мае сильную вспышку, преимущественно в ночлежных домах Молдаванки. Все это и дает нам право предложить вниманию товарищей настоящий обзор, представляющий, главным образом, сводку и обработку материала, собранного нами за время весенней эпидемии настоящего года.

Началом отчетного периода взято 15-ое апреля, что может показаться несколько искусственным; но это число оказалось тем сроком, к которому нам удалось наладить планомерное обследование всех случаев сыпного тифа в связи с производством дезинфекций по месту заболевания и параллельно этому установить постоянную связь со Старой Городской (ныне 1 Сов. Нар.) больницей, где лежало большинство обследованных больных.

Доведен наш обзор до конца июня. Этот срок имеет уже то основание, что он является концом 1-го полугодия. Вместе с тем он приблизительно совпадает с затиханием весенней эпидемии сыпного тифа и после этого времени случаи заболевания начинают наблюдаться все в меньшем количестве.

Приводимый в настоящем обзоре материал собран как автором обзора, так, отчасти, и д—ром М. Н. Соловьевым. Весьма ценные и многочисленные данные относительно больных, лежавших в Ст. Гор. б—це, собраны врачом С. С. Каневской. Ею же во всех случаях, где об этом упоминается, производилось исследование крови больных и выздоровевших после болезни (реакция Weil—Felix'a). Наконец, все необходимые справки получались нами в конторах больниц. Пользуюсь случаем выразить свою признательность состоявшему тогда в должности старшего врача Ст. Гор. б—цы профессору В. К. Стефанскому и вр. и. д. старшего врача Новой Городской (ныне Одесской Губернской) больницы д—ру Федорову за предоставление ими мне права знакомиться с нужным для меня материалом больниц.

Вместе с тем считаю долгом отметить то неизменно предупредительное отношение и постоянную готовность оказать содействие в нашей работе, которое мы встречали со стороны ныне покойного старшего врача быв. Еврейской (ныне 3-ей Сов. Нар.) б—цы, д—ра мед. К. Н. Пурица.

За отчетный период по данным Санитарного Бюро зарегистрировано всего 339 больных сыпным тифом. Однако, цифра эта не может быть признана вполне точной и первая задача, которая возникает перед нами, заключается в том, чтобы внести в нее соответствующие поправки и привести ее в возможно полное соответствие с действительностью. Конечно, о полном соответствии с действительностью говорить не приходится и несомненно, что еще многие и многие случаи заразных заболеваний остаются вне нашего поля зрения.

Рассмотрим те поправки, которые необходимо внести в данные регистрации Санитарного Бюро. Прежде всего, известное число больных, зарегистрированных как сыпно-тифозные, впоследствии оказывались больными другой болезнью. Это почти всё—больные Ст. Гор. б—цы, где первоначальный диагноз не подтверждался дальнейшим течением болезни. Таких больных за отчетный период было всего 16 человек. Конечно, цифра эта представляется совсем незначительной в сравнении с общим числом больных сыпным тифом и такого рода ошибочное зарегистрирование подозрительных больных, впоследствии оказывающихся не сыпно-тифозными, представляет вполне естественное явление. Жаль только, что не выработалось до сих пор все же никакого технического приема для внесения соответствующих поправок в данные первоначальной регистрации.

Из упомянутых 16-ти больных, неправильно зарегистрированных как „сыпной тиф“,

у 8 больных	оказался	возвратный тиф
„ 4	„	„ брюшной тиф
„ 1	„	„ натуральная оспа
„ 1	„	„ малярия
„ 1	„	„ острый энтеро-колит
„ 1	„	„ лекарственная сыпь.

Итак, по исключении этих 16-ти, действительно сыпно-тифозных зарегистрировано 323 случая.

Следующая поправка к этой цифре должна заключаться в причислении к ней тех больных, которые лежали в Ст. Гор. б—це с сыпным тифом, но сведения о которых вовсе не поступали. Таких больных за отчетный период, по нашим сведениям, было 35. Наконец, число зарегистрированных больных должно быть пополнено теми случаями, которые нигде не регистрировались как сыпно-тифозные, но где истинный характер болезни представляется несомненным на основании эпидемиологических соображений, подкрепляемых нередко и данными клинического характера, а в ряде случаев—результатами серологического исследования (положительная реакция Weil—Felix'a). Должен заметить, что среди этих больных встречались такие, которые просто провели болезнь у себя на дому и над характером заболевания которых никто не задумывался, пока вокруг них не вспыхивал целый ряд заболеваний, сыпно-тифозный характер которых не внушал никаких сомнений; были далее и такие, которые, лежа на дому, пользовались услугами посещавших их врачей, принимавших эти случаи за брюшной тиф, инфлуэнцу, воспаление легких; нередки также случаи, где больные под таким ошибочным диагнозом переносили сыпной тиф, находясь в лечебном заведении (подробнее на этом вопросе нам придется еще останавливаться в дальнейшем); наконец, сюда же относятся и несколько случаев, где диагноз сыпного тифа был установлен врачом, лечившим больного на дому, не представившим однако о нем никаких

сведений. Всех случаев этого рода, т.-е. нигде не зарегистрированных, нами было обнаружено 22, не считая, конечно, тех, где сведения об обнаруженном больном сообщались нами своевременно в Санитарное Бюро, и которые, таким образом, оказались уже зарегистрированными.

Таким образом, окончательная цифра всех известных нам за отчетный период случаев сыпного тифа оказывается 380 (339—16+35+22); из этого числа больных, как показано выше, Санитарным Бюро зарегистрировано всего 323, что составляет 85%.

Решительно никакими сведениями о заболеваниях сыпным тифом среди военнослужащих мы не располагаем. Лишь случайно в немногих случаях к нам поступали сведения о том или ином больном сыпным тифом, находящемся в военном госпитале. Это обстоятельство производит еще один существенный и, вероятно, крупный пробел в статистике заразных заболеваний.

Первый вопрос, который возникает при разработке нашего материала, это вопрос о том, каково происхождение инфекции во всех этих случаях.

Здесь прежде всего намечаются следующие группы:

Ночлежный приют Гершки (Прохоровск. 4) дал 80 случаев, или 21,05%	} 31,05%
Остальные приюты и общежития дали 38 10 %	
Иногородних привезено в Одессу для помеще-	
ния в больницу 5 1,32%	
Ст. Гор. б—ца дала 8 2,1%	
Другие лечебные заведения г. Одессы дали 3 0,79%	
Все прочие случаи 246 64,74%	

Первые две нами выделяемые группы—ночлежные приюты, дали, таким образом, в общей сложности 118 больных или около $\frac{1}{3}$ (31,05%) всех известных нам случаев. Но и из этого числа свыше $\frac{2}{3}$ приходится на один приют Гершки (Прохоровская, 4), давший в мае резкую вспышку заболеваний, и несколько меньше $\frac{1}{3}$ падает на все прочие приюты и общежития типа ночлежных приютов, в которых были зарегистрированы случаи заболеваний сыпным тифом. Сюда относятся приют Аронки (Мясоедовская, 2), Майорки (Внешняя, 104), на к. наз. „казенный“ (Ланжероновский сп., 2), приют Маразли на Привозе, Ильинское и Пантелеймоновское подворья, общежитие поляков-беженцев в доме № 58 по Успенской ул. и не вполне точное определение „по приютам“. В виду того, что заболеваниям по ночлежным приютам посвящается специальный обзор, составленный товарищем М. Н. Соловьевым, я ограничиваюсь по поводу этой группы заболеваний лишь этим кратким указанием.

Следующую группу представляют больные, специально привезенные или приехавшие в Одессу для помещения в больницу по поводу данного заболевания, т.-е. сыпного тифа. Я оговариваюсь так подробно потому, что, как увидим при дальнейшем ознакомлении с нашим материалом, мы встретим не мало больных из числа приезжих, заболевших в пути во время следования их в Одессу и проч.. Но сейчас мы останавливаемся на этой, вполне определенной, хотя и не многочисленной группе больных в 5 человек, которая характеризуется именно тем, что заведомо больного сыпным тифом доставляли в Одессу для помещения его в лечебное заведение. Среди этих больных в двух случаях мы имеем дело с больными, доставленными из ближайших к городу частей Одесского уезда (больной Андрей К.—хут. Дубинского и больная Зинаида Н.—дер. Костановка (?)), в трех же других—боль-

ные доставлялись по железной дороге из более отдаленных мест (6—ой Владимир П.-К. из Вознесенска, 6—ой земский эпидемический врач Давид Х. из Ананьева и 6—ой Владимир П. со ст. Раздельная). Нельзя не признать, что подобного рода перевозка больных по железной дороге при наблюдавшемся нередко переполнении поездов и отсутствии дезинсекции вагонов, не может быть признана безразличной с санитарной точки зрения. Но на этом вопросе нам придется останавливаться несколько подробнее еще в другом месте.

Далее у нас отмечено 8 случаев, которые дала Ст. Гор. 6—ца. 3 из них—это персонал больницы и члены их семейств: 1) постоянный рабочий-столяр Ст. Гор. 6—цы, Ефим К., производивший текущий ремонт в зданиях больницы. Приходилось работать и в заразных отделениях, при входе в которые надевал халат. Жил в помещении служащих при 40-ой пал. Ст. Гор. 6—цы. Заболел в середине апреля; 2) экстренная сиделка Васса М., 26 л., дежурившая нередко при сыпнотифозных больных. Заболела 17 мая, поступила в больницу (на койку) 25 мая; 3) Авдотья Г., 33 л., жена служителя при секционной Ст. Гор. 6—цы, живет при больнице. Заболела 7 июня, поступила в 6—цу 12 июня. Остальные 5 из 8 случаев—это все больные, находящиеся в 6—це более или менее продолжительное время. 1) Валентина К., 3 л., поступила в 7 отд. Ст. Гор. 6—цы 13 февраля с диагнозом „Pertussis“. Температура, со дня поступления нормальная, с 7 апреля не измерялась. 24—25 апреля обнаружена лихорадка, сыпь по телу. Спала до нормы т—ра 4 мая, надо полагать, что заболела 19—20 апреля. Заболела сыпным тифом в 4 бараке, куда была переведена из 7 отд.; после обнаружения сыпного тифа была переведена в 1 бар., затем снова лежала в 4 бар., и, наконец, в 3 бар., откуда выписалась 22 мая. 2) Варвара И., 27 л., поступила 3 января в 28 пал. с повышенной т—рой; диагноз—„Arthritis rheumatica“; с 16 января т—ра нормальна, больная была переведена в 7 отд., а затем в 4 бар.; с 14 февраля т—ра не измерялась; 24 апреля была обнаружена лихорадка, 26—сыпь, диагноз—сыпной тиф. Температура спала до нормы 5 мая, но 10 мая снова стала резко подниматься, развилась пневмония, от которой больная и погибла 22 мая при высокой т—ре. С момента установления диагноза сыпного тифа больная лежала в 1 бар., затем в 4-м, и, наконец, в 3 бараке. 3) Бетя Ф., 10 л., поступила в больницу 10 января по поводу Pertussis и Scabies. Лежала в 7 отд., затем в 4 бар.. При поступлении в 6—цу т—ра нормальна, с 13 апреля не измерялась. 24 апреля обнаружена лихорадка, 27 апреля—сыпь. Начало заболевания, по видимому, 22 апреля, так как т—ра нормальна 5 мая. При обнаружении заболевания сыпным тифом была переведена в 1 барак, а затем снова лежала в 4 бар., откуда и выписалась по выздоровлении 18 мая. 4) Рахмилъ К., поступил в 10 бар. 16 апреля с нормальной т—рой. 12 мая т—ра стала повышаться, 16—обнаружена розеолезная сыпь, 17 мая—пролежень. Т—ра норм. с 24 мая, умер 30 мая при нормальной т—ре. Лежал в 4 бар., затем опять в 10. Диагноз: Rheumatismus articulorum. Myelitis. Typhus exanthematicus. Decubitus sacri et femoris utriusque. Tbc lobi superioris pulmonis dextri. 5) Александра Таран—ко (по больн. кн. Корон—ко), 23 л., поступила в 6—цу 9 марта, лежала в 19 пал. все время с нормальной т—рой, 28 мая т—ра резко поднялась, 1 июня появилась сыпь; больная была переведена в 5 бар. (сыпнотифозный). Т—ра спала до нормы 10 июня; затем 6—ная лежала в 4 бар. и, наконец, опять в 19 пал., откуда и выписалась 14 июля. Диагноз: „(главное заболевание) Intoxicatio c. ammon. liq. (осложнение в больнице) Stricture oesophagi. Typhus exanthematicus“.

Итак, мы видим, что из приведенных 5 случаев внутрибольничных заражений, трое больных женщин заболели в 4 бар., и один мужчина в 10 бар., куда обычно в соответствующий период времени переводились выздоравливающие после сыпного тифа больные, и одна больная инфицировалась в 19 пал. Это указание делает вполне ясным источник инфекций в 4 случаях из 5, а также указывает пути и способы для предупреждения подобных случаев. Не останавливаясь далее на вопросе о роли больницы в распространении инфекции, так как во всей полноте этот вопрос может быть исчерпан лишь в дальнейшем, переходим пока к рассмотрению следующей намеченной нами группы больных.

Тут мы имеем перед собою 3 случая заболевания персонала различных лечебных заведений, в одном случае—сестра милосердия Обсервационного Госпиталя Кр. Креста в Порту (Валентина З., 22 лет), и в 2-х—сестры милосердия Новой Городской больницы (Фатиния Ч., 22 л. и Феофания К., 24 л.). Если 1-ый случай ясен сам по себе, т. к. Обсервационный Госпиталь постоянно имел сыпно-тифозных больных, то вторые два нуждаются несомненно в некотором разъяснении. Обе упомянутые сестры милосердия работали в 4 пал. Нов. Гор. б—цы, где как раз незадолго до их заболевания лежали 2 больных брата Д., Филипп и Поликарп (см. ниже), несомненно перенесшие сыпной тиф под диагнозом брюшного. Конечно, трудно утверждать, что именно эти больные послужили источником инфекции для упомянутых сестер милосердия, но обстоятельство это представляется в высокой степени вероятным и во всяком случае устраняет ту неясность, которая первоначально возникала при знакомстве с интересующими нас в данный момент случаями внутрибольничного заражения сыпным тифом сестер м—дия б—цы, где больные сыпным тифом официально не лежат.

Теперь обратимся к рассмотрению наиболее обширной группы заболеваний, об'единенных у нас под общим заголовком „все прочие случаи“. Группа эта включает 246 больных сыпным тифом, что составляет 64,74%, т. е. почти $\frac{2}{3}$ всего числа больных. Конечно, группа эта не представляется однородной, а об'единяет, как по характеру происхождения, так и по группировке и взаимной связи их между собою, весьма разнообразные случаи. В интересах большей ясности изложения и облегчения ознакомления с довольно обширным материалом, нам представляется целесообразным, оставив пока в стороне вопрос о происхождении инфекции в отдельных случаях, ознакомиться сначала с взаимной группировкой упомянутых 246 случаев заболеваний. С этой точки зрения все наши 246 случаев распадаются на две, тоже довольно обширные группы, из которых первую составляют все те случаи, где каждое заболевание не стоит особняком, не представляется изолированным, а напротив, находится в несомненной причинной зависимости от другого, также доступного нашему изучению случая. Другими словами, сюда мы причисляем все случаи групповых, очаговых заболеваний. Таких заболеваний нам известно всего 116. Остальные 130 случаев представляют одиночные заболевания, как среди местных жителей, где непосредственная их связь с другими случаями не могла быть точно установлена, так и среди приезжих и, конечно, во многих случаях между заболеваниями этого рода и очаговыми не существует никакой принципиальной разницы. Но такой порядок изложения подсказывается исключительно соображениями удобства, тем более, что описание очагов само по себе также может представить известный интерес. Лишь ознакомившись с каждым очагом в отдель-

ности, мы сумеем легче распределить как эти случаи, так и все прочие одиночные заболевания по их происхождению.

К очаговым заболеваниям я отношу все случаи, где в одном пункте или в несомненной связи между собой, но в различных пунктах, наблюдалось хотя бы 2 случая сыпного тифа. Неудивительно, что во всех случаях этого рода, мы обращаем на данный пункт особое внимание и все такого рода очаги были подвергнуты возможно тщательному изучению. Всего отдельных очагов за данный период времени наблюдалось 32 с общим числом больных 116 человек, т.-е. на каждый очаг в среднем падало по 3,62 больных. Однако, очаги оказались далеко не равномерными по числу заболеваний в них. В то время, как 2 старых очага за отчетный период дали всего по 1 случаю, в одном, давшем наибольшее число заболеваний, было 12 случаев. Все 32 очага могут быть распределены, по количеству больных в каждом из них, в следующем порядке:

2 очага по	1 случаю	3 очага по	4 случая	1 очаг с	9 случаями
11	" "	2	" "	1	" " 10 "
9	" "	3	" "	1	" " 12 "

По своему характеру очаги должны быть разделены на три группы: 1) случаи групповых, семейных, большею частью немногочисленных, заболеваний (2, 3, редко больше случаев), проявляющихся почти одновременно, так что здесь последовательная передача инфекции исключается; 2) пункты, где за период, предшествующий отчетному, наблюдались более или менее многочисленные случаи заболеваний, и заболевания отчетного периода являются следствием этих прежних случаев; 3) обнаруженные в отчетном периоде и давшие ряд последовательных заболеваний очаги; среди них нередко встречались существовавшие до их обнаружения долгое время и дававшие значительное число заболеваний; здесь нередко приходилось встречать лиц, перенесших сыпной тиф на дому и ныне уже здоровых, или узнавать о погибших ранее от этой инфекции и давших повод к дальнейшему ее распространению; этого рода очаги по природе своей не отличаются от предыдущей группы и отделяются нами от нее лишь из практических соображений, как возникшие или обнаруженные в течение отчетного периода: там мы видели лишь последние вспышки в очаге, существовавшем более или менее продолжительное время и уже прекращающем свое существование,—здесь наблюдаем самое его возникновение и развитие.

Первую, совершенно отличную от других группу, как уже указано, составляют те очаги, где сразу (или почти сразу—на протяжении нескольких дней) заболело 2-3-4-5 человек из одной семьи. Принципиального различия между этого рода случаями и случаями одиночных заболеваний, конечно, нет. И, если я выделяю эти заболевания в особую группу очаговых, то лишь потому, что надо признать несомненным то обстоятельство, что, если однородная по своему характеру причина в одном случае вызвала одиночное заболевание, а в другом сразу несколько, то в этом последнем случае, бесспорно, имелись налицо особые условия, вообще способствующие развитию эпидемии в данной среде.

Однако, во всех этих случаях, не смотря на множественность заболеваний, оказывались достаточными те же меры, как и при одиночных случаях заболеваний, и, после изоляции заболевших и произведенной всюду за тем дезинфекции, повторных случаев заболеваний не наблюдалось.

Всего за описываемый период времени очагов этого рода было обнаружено 11 с общим числом больных 29 человек, а именно, в одном случае наблюдалось 5 заболеваний, в одном—4, в двух—по 3 и в семи—по 2 заболевания.

1) Первый из рассматриваемых очагов (Мещанская ул., д. № 30), повидимому, ведет свое начало от других больных в том же доме, которые, однако, остались неизвестными. В данном случае были обнаружены сразу 4 больных в одной семье—Абрам, Сура, Голда и Хана К., заболевшие почти одновременно, следовательно, инфицированные из одного источника и поступившие в больницу 24 апреля. Дезинфекция была произведена 26 апр. Больше заболеваний не наблюдалось.

2) Следующий очаг (Средняя ул., д. № 18) представляется в таком виде. Из многочисленной семьи заболели 3 человека: 10 мая—старик отец, Мойше Ф., 60 л., 14 мая—жена его старшего сына, Марьяся Ф., 31 года, и 17 мая—младший сын, Анчель Ф., 23 лет. Первые двое больных поступили в б-цу 19 мая, а третий—22 мая. Дезинфекция была произведена 21 мая, когда последний больной еще находился дома и был подвергнут личной дезинсекции наравне с остальными членами семьи. И здесь больше заболеваний не наблюдалось. Происхождение инфекции в данном случае осталось совершенно невыясненным. Принимая во внимание сравнительную краткость промежутков между всеми тремя случаями заболевания, надо думать, что все они имели один источник. Последовательная передача инфекции в пределах данной семьи, может быть допущена лишь в отношении последнего случая. Семья достаточно интеллигентная.

3) В д. № 8 по 2 му Водопроводному пер. почти одновременно (10, 11 и 12 мая) заболели ребенок Моисей, 3½ лет, и мать его Шейва Р., 22 л., а также мать последней—Лея В., 60 л. Все они за несколько дней до болезни приехали из Бендер, куда ездили к родственникам. Из расспросов удалось установить, что в семье этих последних были случаи заболевания сыпным тифом. Что же касается интересующих нас больных, то первую из них поступила в Ст. Гор. больницу 17 мая Шейва Р., двое другие—21 мая. У первой больной, равно как и у ее сына, был установлен диагноз сыпного тифа, между тем как третья больная, старуха Лея В., пролежала в другой палате той же больницы с диагнозом „*Typhus recurrens. Appendicitis chronica*“.

4) Далее, 5 случаев дал очаг в д. № 23 по Мещанской ул. В конце мая в квартиру, занимаемую в этом доме семьею Ш., возвратился из Бендер, ездивший туда к родным, жилец той же квартиры Хаим К., 14 лет. Можно думать, что именно он, своим приездом, и внес инфекцию в эту квартиру. На протяжении всего нескольких дней, с 5 до 11 июня, заболели в этом очаге как сам К., так и четверо из семьи Ш.—Лейзер, 13 л., Сура, 17 л., Айзик, 11 л. и Шейва, 4 л. (перечислены в порядке заболевания). В Ст. Гор. больницу поступили К. и первые трое из семьи Ш. одновременно, 13 июня (№№ приемной книги 7887, 7888, 7889 и 7890), и только Шейва Ш. поступила 15 июня. Интересно, что из четырех первых больных, поступивших одновременно в больницу, диагноз сыпного тифа был установлен у двух—К. и Суры Ш.; Айзик Ш. лежал в больнице с 13 по 29 июня с диагнозом „*typhoid*“, а Лейзер—с 13 по 22 того же месяца с диагнозом: „(главное заболевание) *Favus*“ и „(осложнение при вступлении в больницу) *Status typhosus*“. Дезинфекция в квартире была произведена 15 июня и больше сведений о заболеваниях из этого очага не поступало. Итак, надо полагать, что внес инфекцию в данном случае приехавший из Бендер К., инфицировав последовательно еще 4 человек.

5—11) В остальных 7 очагах, как уже упомянуто, наблюдалось по 2 заболевания. Так, в д. № 75 по Пушкинской ул., первым заболел 19 июня Эйсель Г., служивший приказчиком и работавший преимущественно на вокзале по приемке грузов, где ему приходилось подолгу проводить время в вагонах-теплушках. Конечно, происхождение инфекции именно отсюда не может считаться установленным, однако, представляется наиболее вероятным. Больной поступил в больницу лишь 26 июня и в тот же день заболела его жена Роза Г., до того все время ухаживавшая за больным мужем.

Происхождение инфекции в следующем очаге (Средняя ул., дом № 37) осталось невыясненным. Здесь заболели сестра и брат (Шейндля и Аврум З.), первая—18-го, а второй—21 мая. Ясно, что оба заболевания происходят из одного, оставшегося невыясненным, источника.

В доме № 31 по Средней ул., удалось установить источник инфекции с весьма большой степенью достоверности. В квартире-комнате помещались две семьи—З., мать с дочерью, и Р.—отец с сыном. Последние занимались скупкой старых вещей. Заболели в этой квартире двое детей почти одновременно—Нухим Р., 14 л.,—19 мая и Люба З., 3 л.,—22 мая. Заболеванию их предшествовала за 1—1½ недели, по рассказу взрослых, доставка в квартиру значительной партии старых вещей, загрязненных вшами, после чего все обитатели квартиры стали находить на себе этих паразитов.

В гостинице Майбаха, по М.-Арнаутской ул., также был обнаружен очаг. Здесь в одном из номеров поселились два приятеля коммерсанта, Айзик Ш. и Мозель Г., из которых второй, занимаясь коммивояжерством, постоянно раз'езжал в Киев, Херсон и Николаев. Через несколько дней после одной из своих поездок, 5 июня, он заболел. Товарищ его перебрался тогда в соседний номер, но, не смотря на это, 10 июня тоже заболел. Оба поступили в больницу 16 июня, после чего и была произведена дезинфекция в обоих номерах 18 июня. Привозной характер инфекции для первого заболевшего в данном случае не подлежит сомнению, второй же, очевидно, представляется непосредственно с ним связанным.

В следующем очаге (ст. Одесса-Малая, д. № 7) заболели почти одновременно (7 и 8 июня) жел.-дор. служащий—стрелочник, Иван П., и сестра его жены, Варвара Ч. Точно установить происхождение инфекции тут не удалось. Необходимо отметить лишь, что случаи заболевания сыпным тифом среди железнодорожных служащих не единичны, что представляется вполне естественным в виду той роли, какую играют железнодорожные пути сообщения в деле доставки инфекционного материала, о чем еще будет речь впереди.

16 июня в д. № 44 по Болгарской ул. заболел Александр Ш., живущий на квартире у Ефросиньи М., которая в свою очередь заболела 18 июня. 29 июня, после поступления их в б—цу, была произведена дезинфекция и с тех пор новых случаев заболеваний в той же квартире не наблюдалось. Ефросинья М., служила сиделкой в Еврейской больнице, что, вероятно, и послужило источником занесения инфекции. Всего месяц с лишним тому назад вся эта семья переболела возвратным тифом.

Наконец, в д. № 27 по Дальницкой ул. также почти одновременно (20 и 18 июня) заболели беженка София М., 23 лет, и ее сын Чеслав, 3 лет. Происхождение инфекции в данном случае осталось совершенно невыясненным. 27 мая в той же квартире, в которой помещается несколько семейств беженцев, был случай заболевания возвратным тифом, также совершенно неясного происхождения.

Из 29 случаев этой группы:

Последовательные заболевания наблюдались в 10 случаях	
заболевания среди приезжих	5
связь с торговлей старыми вещами	2
занос инфекции из б-цы (Евр.)	2
связь с железной дорогой (?)	3
источник инфекции не выяснен	7

Все 29 больных этой группы были помещены в Ст. Гор. б-цу, но у 3 из них диагноз сыпного тифа не был установлен (по 1 сл. с диагнозом *typhus recurrens*, *typhoid*, *status typhosus*).

Переходим теперь к описанию другого рода очагов, а именно тех, которые характеризуются рядом последовательных заболеваний; эти очаги нередко обнаруживали поразительное упорство и требовали самого внимательного к себе отношения и энергичных мер и, тем не менее, иногда давали значительное число заболеваний. Здесь в первую очередь рассмотрим те из них, которые возникали еще в период, предшествующий отчетному (2-ая группа), а затем уже перейдем к последней (3-ьей) группе очагов, — обнаруженных в отчетном периоде.

Очагов 2-го рода мы имели перед собою всего 9. 1) Прохоровская № 47 — огромный дом, с несколькими сотнями квартир-комнат, дававший в прошлые месяцы не один случай сыпного и возвратного тифа. Последний случай сыпного тифа, зарегистрированный в этом доме (больная Пелагея П.) относится к первому дню отчетного периода. Но еще в течение 1-й половины апреля в отношении этого дома были предприняты энергичные меры чистки всех бывших до того инфицированными квартир (дезинфекция и дезинсекция помещений с эвакуацией и дезинсекцией их обитателей). Больше в этом доме заболеваний сыпным тифом не наблюдалось. 2) В д. № 37 по той же улице была поражена сыпным тифом квартира № 29, все обитатели которой на протяжении нескольких месяцев переболели сыпным тифом один за другим; последний из заразившихся в этой квартире, больной Хам Б., был зарегистрирован 1 мая, уже после переселения его на новую квартиру. Таким образом, и этот очаг за отчетный период дал лишь один случай заболевания. 3) Очаг по Госпитальной 55 ведет свое начало из другого очага, с которым он органически связан — д. № 9

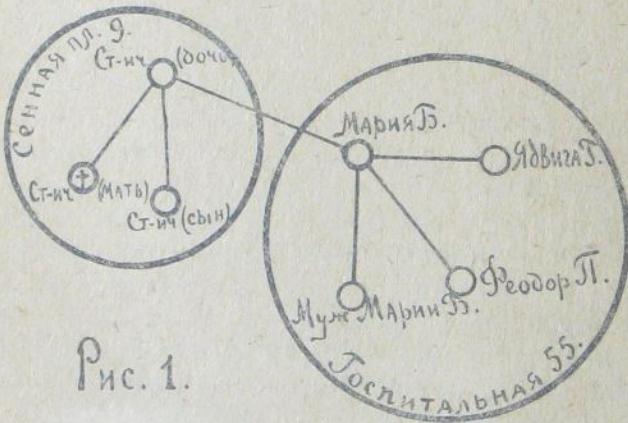


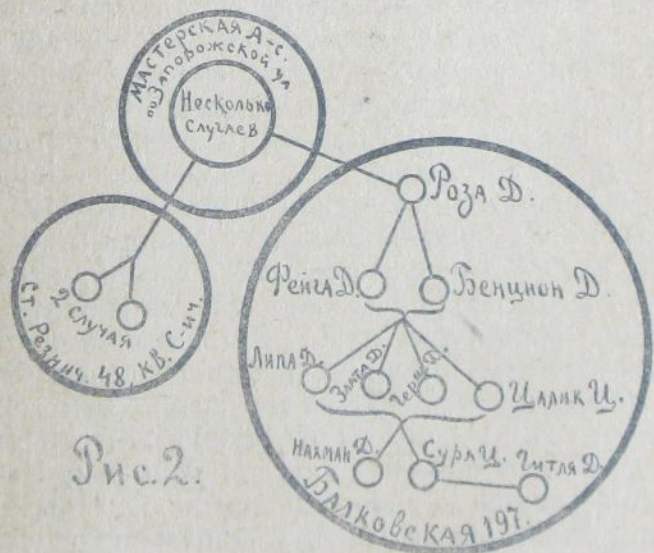
Рис. 1.

на Сенной пл. Первая заболела в этом доме некая Ст-ич (дочь) еще в середине марта, лежавшая дома. Как только она поправилась, заболели ее мать и брат, из которых первая умерла в больнице. Во время похорон только что оправившаяся от болезни Ст-ич посещала своих 2-х замужних сестер, Марию Б. и Ядвигу Г., проживающих в д. № 55 по Госпитальной ул. Первая из них заболела в средних числах апреля и поступила в больницу 17 числа этого месяца. Несмотря на произведенную 18 апреля дезинфекцию, 1 мая заболела и 8-го была отправлена в больницу вторая. Но эта семейная эпидемия на упомянутых случаях не закончилась, и в середине мая заболели почти одновре-

менно муж Марии Б., в больницу поступить не пожелавший и оставшийся лежать дома, а также часто посещавший семью Б. сосед их по квартире, Федор П., доставленный в больницу 17 мая. Больше заболеваний в связи с описываемым очагом не обнаруживалось. На отчетный период приходится 4 случая. Схематически ход заболеваний изображен на рис. 1.

4) Следующий очаг был обнаружен в д. № 197 по Балковской ул., в маленькой квартирке, состоящей из одной комнаты при шорной мастерской. В этой квартире живет 10 человек, в том числе 6 детей (до 15-ти летнего возраста). 16 апреля здесь было найдено 4 больных (Ц. Цалик и Д. Липа, Злата и Герш), которые были отправлены в больницу, и трое уже перенесших сыпной тиф (Д. Роза, Фейга и Бенцион). Трое оставались еще здоровыми. Дезинфекция производилась 18—19 апреля, но 20 апреля отправился в больницу Д. Нахман, а 22-го—Ц. Сура. Наконец, 4 мая заболела последняя оставшаяся до тех пор здоровой, Д. Гитля. Таким образом, болезнь не пощадила ни одного человека из всей семьи. Происхождение инфекции удалось выяснить. Первой заболела девочка Роза Д., работавшая в коробочной мастерской А—с по Запорожской ул., где также переболело сыпным тифом несколько человек. Отсюда же, между прочим, была занесена инфекция хозяйкой мастерской в д. № 48 по Старо-Резничной ул., где она ночевала в квартире С—ич во время болезни своего мужа, и где были зарегистрированы два случая заболевания. Интересно отметить, что во время производства дезинфекции в квартире Д.—Ц. 18—19 апреля, все находившиеся в помещении были эвакуированы в барак при Камере и подвергнуты личной дезинсекции, от чего уклонилась лишь одна Сура Ц., поступившая в больницу, как сказано, 22 апреля, а во время производства дезинфекции, очевидно, бывшая в продромальном периоде болезни. Уклонившись от дезинсекции, она и явилась, повидимому, причиной начавшегося 4 мая заболевания последней здоровой из состава семьи—Гитли Д.. Схематически ход этой эпидемии изображен на рис. 2.

5) Дом № 56 по Болгарской ул. представлял из себя давнишний очаг не только сыпного, но и возвратного тифа. Заболевания сыпным тифом тянутся здесь непрерывно еще с прошлого года, перебираясь из квартиры в квартиру. Однако, выяснение хода этой домовой эпидемии, число жертв которой за все время выражается числом, близким к 2 десяткам, сейчас не входит в мою задачу. На отчетный же период здесь падают всего 2 случая заболевания сыпным тифом: 1 мая заболел Янкель Г. (кв. 48) и около 5—7 мая—Мария Б. (кв. 29). Во втором случае, при всей несомненности домового происхождения инфекции, точно установить его способ не удастся: в той же квартире других заболеваний не было, непосредственного общения между



данной квартирой и зараженными установить не удалось; однако, нет никаких оснований искать и иных путей, т. к. при скученности населения и тесноте двора, а также общепринятых в обследуемой обстановке приемах стирки и сушки белья, проветривания носильного платья и постельных принадлежностей — случаев для непосредственного соприкосновения между отдельными квартирами представляется достаточное количество. Первый же случай несомненно стоит в связи с рядом случаев заболеваний, предшествовавших ему, но наблюдавшихся в той же самой квартире. Так, 8 апреля были отправлены в больницу из этой квартиры Бейля К. и дочь Янкеля Г.—Шейндля, а 10 апреля—жена его Хана, после чего в квартире была произведена самая радикальная дезинфекция того же числа (10 апреля). И, действительно, несмотря на то, что в этой квартире оставалось еще несколько человек, не болевших сыпным тифом, до конца месяца, т. е. в течение 20 дней, не наблюдалось больше заболеваний. И все же, 1-го мая заболел Янкель Г.. Несомненно, что инфекция была внесена в квартиру вторично, откуда-то извне. Путь для этого может быть предположен только один: 20 апреля вернулась из больницы после сыпного тифа Шейндля, а 24 апреля—Хана Г.. Правда, надо признать, что переносчики сыпного тифа были внесены ими (может быть, одной из них) в недостаточно большом количестве, т. к., несмотря на то, что заболевший 1 мая Янкель Г. поступил в больницу лишь 8 мая (дезинфекция 10 мая), больше заболеваний в этой же квартире не наблюдалось. В дальнейшем на этом способе распространения сыпного тифа через выписывающихся больных я еще буду останавливаться.

6) Очаг по Садиковской 35 дал во второй половине апреля 2 сл. заболевания, которым предшествовали еще 5, но эти последние вовсе не были даже зарегистрированы, как случаи сыпного тифа, т. к. лечивший врач рассматривал заболевание, как брюшной тиф (!) В результате этим „брюшным тифом“ переболела поголовно вся семья Ш., состоящая из отца и 6 детей. Только один отец лежал в больнице, что и послужило поводом к обнаружению очага, все остальные перенесли болезнь дома. Первым заболел один из сыновей, по профессии парикмахер, который и внес инфекцию в данную семью. 7) Следующий, подлежащий нашему рассмотрению очаг, в д. № 19 по Балковской ул., дал в течение апреля—мая 4 случая заболевания, к которым необходимо причислить еще один, 5-ый случай, несомненно стоящий с ним в связи. В конце марта в д. № 19 по Балковской ул., в одну из казарм при городской рабочей артели, перешла группа солдат б. технического отряда, в числе около 50 чел., ранее того помещавшихся в районе 3-й станции, где уже среди них наблюдались случаи заболевания сыпным тифом. На новой квартире они оказались в самых ужасных условиях. Без всякого наблюдения с чьей-либо стороны, не получая ни от кого никакой поддержки, они постепенно распродавали имевшиеся на них предметы обмундирования—ремни, сапоги, фуражки, для того, чтобы добыть себе средства существования и дошли, наконец, до такого состояния, что не могли выйти на улицу. Первый больной—Андрей И.—поступил отсюда 27 апреля, затем 5 мая отсюда же поступил Василий Л.. Однако, этот случай представляет известный интерес, так что я позволю на нем немного остановиться. Больной этот поступил в больницу с высокой температурой, которая, имея перемежающийся тип, через 3 дня упала до нормы и больной продолжал лежать в больнице с диагнозом малярия и с нормальной температурой до 15 мая, когда температура

снова повысилась (10-ый день пребывания в больнице) и разыгралась типичная картина сыпного тифа. Трудно, конечно, сказать, чему он обязан своим заболеванием сыпным тифом—пребыванию ли в больнице или проживанию в очаге инфекции. Конечно, для того, чтобы с уверенностью настаивать на первом предположении, нет достаточно убедительных оснований. Вскоре вся вышеупомянутая команда была выведена из описываемого очага и интернирована на сборном пункте воинского начальника и здесь из той же группы лиц заболело еще 2 человека—Алексей Я. (заб. 12 мая) и Василий К. (заб. 14 мая), поступившие в больницу 20 мая. Наконец, 16 мая заболел, а 22 поступил в больницу проживавший в д. № 34 по Балковской ул. Дмитрий Т.. Из расспросов этого больного и окружающих удалось установить, что он, будучи рабочим городской артели, посещал ту казарму, в которой был размещен безусловно неблагополучный по сыпному тифу б. технический отряд. 8) К одному очагу следует причислить два дома: № 17 по Болгарской ул. и № 16 по Малороссийской. В первом из упомянутых домов были случаи сыпного тифа еще в период, предшествующий отчетному. 18 апреля из этого дома в Ст. Гор. б—цу поступил проживавший в нем Юда Б., 15 лет, а 16 мая—поступил туда же Янкель К., 12 лет, живущий в д. № 16 по Малороссийской ул.. Из расспросов их удалось установить, что брат последнего, Абрам К., является товарищем Юды Б. и навещал его, когда тот лежал в начале болезни еще дома. Вскоре после отправки Юды Б. в больницу, он сам также заболел и был отправлен в Еврейскую больницу, где и лежал с 22 апреля по 7 мая с диагнозом „брюшной тиф“. Не подлежит никакому сомнению, что здесь имела место диагностическая ошибка, а сам этот больной послужил промежуточным звеном в цепи заболеваний между своим товарищем и младшим братом. 9) Последний очаг этой группы имел свое местонахождение в одной из квартир д. № 37 по Мясоедовской ул.. Первым заболел в этой семье Яков Г., 14 л., поступивший в Ст. Гор. б—цу 14 апреля (случай этот относится еще к периоду, предшествовавшему отчетному). В последних числах того же месяца заболел его брат Пинкус, 16 лет, поступивший в Еврейскую б—цу 7 мая и лежавший здесь до 6 июня с диагнозом *typhus abdominalis*, а во второй половине мая, почти одновременно (26 и 27 мая), заболели их сестра Эля, 18 лет, и отец Мордко, 52 л., из которых первая поступила сперва в Еврейскую б—цу, но после установки диагноза сыпного тифа была переведена в Ст. Гор. б—цу, куда был отправлен также и ее отец. Больше заболеваний в этом очаге не наблюдалось. Дезинфекция производилась 2 раза, сначала после первого случая—16 апреля, и вторично—31 мая. Принимая во внимание то обстоятельство, что промежуточный случай заболевания (б—ой Пинкус) был изолирован в б—цу 7 мая, заболевания, наблюдавшиеся в этой же квартире 26 и 28 мая могут быть объяснены не иначе, как реинфекцией данного очага, обусловленной возвращением из б—цы первого больного Якова, выписанного из б—цы 15 мая; таким образом, эту дату от срока последующих заболеваний отделяет промежуток времени в 11 и 13 суток, что вполне соответствует нашим представлениям о продолжительности инкубационного периода при сыпном тифе.

На этом заканчиваем рассмотрение очагов второй группы, в которую мы отнесли, таким образом, 9 очагов с общим числом больных в них за отчетный период—31 человек. Всё это, как уже было сказано, старые гнезда, которые свил себе сыпной тиф еще в предыдущие месяцы. В течение апреля и мая все эти очаги удалось ликви-

дировать и более случаев заболеваний в них не наблюдалось. Среди очагов этой группы мы отметили, таким образом,

2 очага по 1 случ.	2 очага по 3 случ.	1 очаг с 5 случ.
2 " " 2 "	1 " " 4 "	1 " " 10 "

Из 31 случая заболевания этой группы в 28-ми, несомненно, имело место последовательное заражение от прежних больных и в 3-х—реинфекция очага выписанными из больницы лицами, перенесшими сыпной тиф. Наконец, небезинтересно отметить, что из этой группы больных лежали дома 5 человек, лежали в б—це 24 чел., лежали в б—це с диагнозом „брюшной тиф“—2 человека (в Еврейской б—це).

Теперь обратимся к 3-ей группе очагов, обнаруженных за отчетный период.

1) В д. № 90 по Косвенной ул. первым заболел 18 мая (поступил в б—цу 23 мая) рабочий жел.-дор. мастерских, сын смотрительницы двора, Григорий Л., 18 лет. Вслед за ним, 23 мая, заболел и лишь 2 июня поступил в б—цу живший у них же в квартире Мартын П., 42 лет, слепой, промышляющий нищенством, и 28 мая, наконец, заболела (а 4 июня поступила в б—цу) Агафья Ф., 35 лет. Эта последняя поступила из д. № 11 по Провиантской ул. и лишь после тщательного расспроса ее в б—це удалось выяснить, что она около 20 мая переехала на новую квартиру из д. № 90 по Косвенной ул., где до тех пор жила, причем часто заходила в квартиру Л. и последние дни бывала там уже во время болезни Григория. Лишь в б—це она узнала, что как он, так и живший в одной с ним квартире „слепой“ лежат одновременно с ней в той же б—це, больные одной и той же болезнью.

2) Очаг по Б.-Арнаутской, д. № 123, кв. 16, дал всего 4 случая. Здесь помещается артельная квартира, живет около 10 постояльцев, но кроме того на ночь, несомненно, принимаются и случайные гости. При производстве дезинфекции (22 мая) после первого случая заболевания, хозяйка, а также и жильцы квартиры, всячески старались противодействовать производству дезинфекции, благодаря чему последняя не могла быть выполнена в должных размерах. Возможно, что это обстоятельство и содействовало, отчасти, дальнейшему распространению инфекции. После повторения в той же квартире еще трех случаев заболевания (дезинфекция 15 и 18 июня) жильцы оказались сговорчивее, но хозяйка по прежнему старалась замести следы, мешала расспросу и выяснению способа передачи инфекции и т. п. Первый случай здесь был обнаружен 20 мая, когда заболевший еще 12 мая постоялец Войцех Ж., 47 лет, поступил в Ст. Гор. б—цу. Суб'ект этот, по профессии повар, но своей профессией не занимавшийся, проводил целые дни на Толкучке, нередко не приходил ночевать в свою квартиру по 3—4 суток, ночуя неизвестно где и предаваясь алкогольным излишества. Весьма вероятной представляется связь этого заболевания с развившейся как раз около того же времени эпидемией сыпного тифа в ночлежном приюте Гершки (Прохоровская, № 4, в центре Толкучего базара), где данный суб'ект, повидимому, нередко ночевал во время своих походов. Вслед за ним, но уже через сравнительно долгий промежуток времени—3—7 июня—заболели еще трое жильцов той же квартиры: Константин М., 36 лет, Феофан П., 26 лет, и Андрей О., 37 лет. Для того, чтобы уяснить, какой момент содействовал заражению именно данных лиц, мне кажется не лишним прибавить, что как раз эти три лица из

постоянных жильцов описываемой квартиры не имели собственных постелей и ночевали, как и где придется: когда все постели жильцов были заняты—то на полу, в иных же случаях—на свободных постелях. Несомненно, что после ухода Ж. в больницу его постель не оставалась не использованной.

3) Дом № 26 по Московской ул. за отчетный период дал 2 случая заболевания (говорю—за отчетный период, т.-к. уже в июле здесь были обнаружены и зарегистрированы нами еще ряд больных). Возможным источником происхождения инфекции здесь является шитье старых мешков, чем занималась старуха—мать и бабушка болевших. Первою заболела здесь 16 мая Дора Ф., 28 лет, отправленная в б—цу 23-го, а 31 мая—ее дочь Либа, 6 л. О последующих заболеваниях, как выходящих за пределы отчетного периода, я здесь не говорю.

4) 22 мая заболел и 27-го поступил в Ст. Гор. б—цу Нухим Б., 14 лет, проживавший в д. № 25 по Запорожской ул. По рассказу больного, раньше в том же доме была больная девочка, лежавшая у себя на квартире, которую он навещал. Эту больную разыскать не удалось. В квартире упомянутого больного была произведена дезинфекция 29 мая, а сам он пробыл в б—це до 12 июня. Тотчас после выписки он отправился на квартиру к брату своему Борису, 21 года, живущему в д. № 15 по Запорожской ул., который и заболел 17 июня. Почти одновременно с ним заболела живущая в той же квартире Хая Г., 28 лет, также поступившая в Ст. Гор. б—цу, но перенесшая здесь сыпной тиф под диагнозом „Influenza“. В день выписки, по моей просьбе, у нее была взята кровь для производства реакции Weil-Felix'a, которая оказалась резко положительной и подтвердила, таким образом, диагноз, установленный мною, главным образом, на основании эпидемиологических соображений. Итак, данный очаг, объединяющий 2 дома—№№ 15 и 25 по Запорожской ул.—дал за отчетный период 3 случая. В первых числах июля из д. № 25 поступил еще один больной. Распространение инфекции в этом случае, очевидно, могло быть произведено только первым больным, Нухимом Б., после выписки последнего из б—цы. Возникновение очага—от больной, оставшейся необнаруженной.

5) В хронологическом порядке необходимо теперь приступить к описанию крупнейшего очага из всех, с какими нам приходилось иметь дело за отчетный период (не считая приютов). Я говорю об очаге в дд. №№ 45—47 по Ремесленной ул. В середине мая (17 числа) в меблированных комнатах в д. № 47 заболела Елисавета В., 24 лет, и поступила в Ст. Гор. б—цу 22 числа. В первых числах июня заболел содержатель тех же комнат Иосиф Л., 30 лет, также поступивший в б—цу. Источник этих двух заболеваний оставался совершенно неясным, не смотря на самое тщательное обследование, до тех пор, пока не поступила также в Ст. Гор. б—цу двоюродная сестра Елисаветы В.—Аня М., 19 лет, из д. № 45 по той же улице (кв. 29). Обследование этого заболевания, произведенное при посещении очага 11 июня и при целом ряде последующих посещений, обнаружило такую картину, какую не часто приходится наблюдать. Установить удалось следующее. В квартире № 29, состоящей из двух комнат, живут две семьи: одна состоит из 5 человек, другая—из 3 чел., обе в достаточной степени интеллигентные. В последних числах апреля заболела мать Ани М., Гесья Г., 40 лет, которая, проболев дома около 1½ недели, 5 мая поступила в Еврейскую б—цу, где пролежала до 13 мая с диагнозом „T. recurrens, Enteritis“. Возвратившись после выписки из больницы, она была еще настолько слаба, что при нормаль-

ной т° пролежала дома в постели около двух недель. В это время заболела ее дочь Аделя Г., 11 лет. Заболев, она около недели оставалась на ногах, а затем слегла и лежала в бреду с высокой т—рой около недели, пока, наконец, лечившие ее на дому врачи и определявшие ее болезнь, как брюшной тиф, не посоветовали отправить ее в больницу. 5 июня она была помещена в Еврейскую б—цу, а 6-го числа уже т—ра у нее была нормальна. Пролежала она в б—це до 25 июня под диагнозом (по приемному журналу—история болезни вовсе без диагноза) „Bronchitis chronica“. Почти одновременно с Аделью заболели братья ее, Сема, 9 лет, и Леня, 5 лет, пролежавшие дома около 3 недель и в момент первого посещения нами данного очага почти здоровые, но сидевшие на строгой диете, как „брюшно-тифозные“. Позже их всех, именно, 1 июня, заболела их сестра, упомянутая выше Аня М., поступление которой в б—цу и послужило ключем к открытию всего данного очага.

Далее, в той же квартире, при посещении нашем мы застали в постели уже поправляющуюся Тину Г., 14 лет, заболевшую также около середины мая. При ней находились ее сестра и мать, пока еще считавшие себя здоровыми, единственные еще не захваченные инфекцией в данной квартире. Однако, в день первого моего посещения, 11 июня, обе они переживали уже последние дни инкубационного периода, ибо 12 июня заболела сестра Тины Г.—Дора Г., 30 лет, а 13 июня—мать их, Роза Г., 50 лет. Но посещавшие их врачи все продолжали утверждать, что здесь имеется дело с брюшным тифом, и, только когда обе эти больные стали сильно слабеть, их направили в больницу. В это время картина болезни была уже настолько ясна, что, отправленные в Еврейскую б—цу, они не были приняты, как больные сыпным тифом. Тогда они отправились в Нов. Гор. б—цу, но и здесь их не приняли и направили прямо в Ст. Гор. б—цу, где обе и умерли через несколько дней после поступления. Благодаря содействию комиссара дома, члена Александровского Санитарного Попечительства, удалось обнаружить в том же доме, в кв. № 26, еще один случай заболевания сыпным тифом. При моем посещении здесь лежала около 2-х недель и уже начинала поправляться больная сыпным тифом Роза О., 37 лет, которую навещали те же врачи, что и предыдущую квартиру, и уверяли окружающих ее, что у нее воспаление легких или брюшной тиф. Я, конечно, постарался дать окружающим все необходимые указания, но отправить больную в больницу родные ее отказались на-отрез, не веря, что она больна сыпным тифом, а 21 июня заболела тою же болезнью сестра ее, Дина Ш., 21 г. При этом характерно, что вышеупомянутый комиссар дома тотчас же сообщил санитарному врачу об этом заболевании, как о новом случае сыпного тифа, а гр. лечащий врач, когда родственники больной, очевидно, усумнились, наконец, в безвредности держания на дому подобного рода больных и высказали желание поместить ее в б—цу, выдал ей препроводительную записку с диагнозом „брюшной тиф“. Итак, ход заболеваний в данном очаге представляется довольно ясным (см. рис. 3): первую заболела в д. № 45, кв. № 29, мать семьи Г. (26 апреля), от нее—трое ее детей (18—25 мая), соседка по квартире, Тина Г. (18—20 мая) и племянница, живущая в соседнем доме, Елисавета В. (17 мая). От этих далее: от детей Г.—их сестра Аня М. (1 июня, на рис. ошибочно Аня П.), от Тины Г.—ее мать и сестра (12 и 13 июня), от Елисаветы В.—содержатель меблированных комнат Иосиф Л. (4 июня). Наконец, из той же квартиры (№ 29) инфекция была перенесена в другую квартиру (№ 26), и здесь заболела сначала Роза О. (около 28 мая), а затем ее сестра,

Дина Ш. (21 июня). Способ переноса из одной квартиры в другую точнее не мог быть в данном случае установлен, т.-к. непосредственного сообщения между обеими квартирами не было. И так, всего этот очаг дал 12 случаев, из которых только 6 были действительно интернированы в заразное отделение Ст. Гор. б—цы, двое же, хотя и лежали в больнице, но при таких условиях, что диагноз не мог быть точно установлен. Остальные 4 лежали дома и лечились у частных врачей от „брюшного тифа“. Смертельный исход наблюдался в 2 случаях. Можно еще добавить, что, при посещении нашем этого очага 11 июня, у 4 человек, как больных, так и перенесших уже болезнь, была взята кровь для исследования, причем во всех подвергнутых исследованию случаях реакция Weil-Felix'a оказалась резко положительной (Сема и Леня Г., Тина Г. и Роза О.).

В описании данного очага остается еще один момент, который пока не получил должного освещения. Я имею в виду невольно возникающий вопрос — откуда же первая заболевшая, Гесья Г., взрослая, достаточно интеллигентная женщина, которая вела к тому же замкнутый образ жизни, вся поглощенная заботами о своей семье, могла получить данную инфекцию. Конечно, точного ответа на этот вопрос мы получить не можем, но приходится остановиться на том указании, которое в этом отношении внушает наибольшие подозрения. Заболела она, как мы видели, в последних числах апреля, т.—ра упала до нормы (по ист. бол. в Еврейской б—це) 10 мая, что свидетельствует о том же (ок. 26 апреля). Между тем, 15 апреля поступила в Ст. Гор. б—цу мать ее, Циля Л., 75 лет, которая лежала в 5 бараке с диагнозом „Enteritis chronica“ и умерла 29 апреля. Гесья Г. постоянно навещала в больнице свою мать, подолгу просиживая около нее. Повидимому, это и является наиболее вероятным моментом, обусловившим ее заболевание, тем более, что случаи заражения сыпным тифом наблюдались в том же 5-м бараке и в других случаях (см. ниже).

б) Следующий очаг (Картамышевская, № 30) дал 5 случаев заболевания сыпным тифом. Первым заболел живший в качестве квартиранта в семье К—вых Василий К—ский, 46 л., работавший грузчиком в порту. Происхождение инфекции остается невыясненным. Заболел около 10 мая, он несколько дней оставался на ногах, затем слег и пролежал дома дней 10; в больницу не поступал. По выздоровлении, еще по истечении месяца после болезни, жаловался на слабость и не мог вполне поправиться. 4 июня заболела хозяйка квартиры, Пелагея К—ва, 41 г., и младший сын ее, Василий, 9 л., 6 июня — второй сын, Петр, 16 л., и 8 июня —

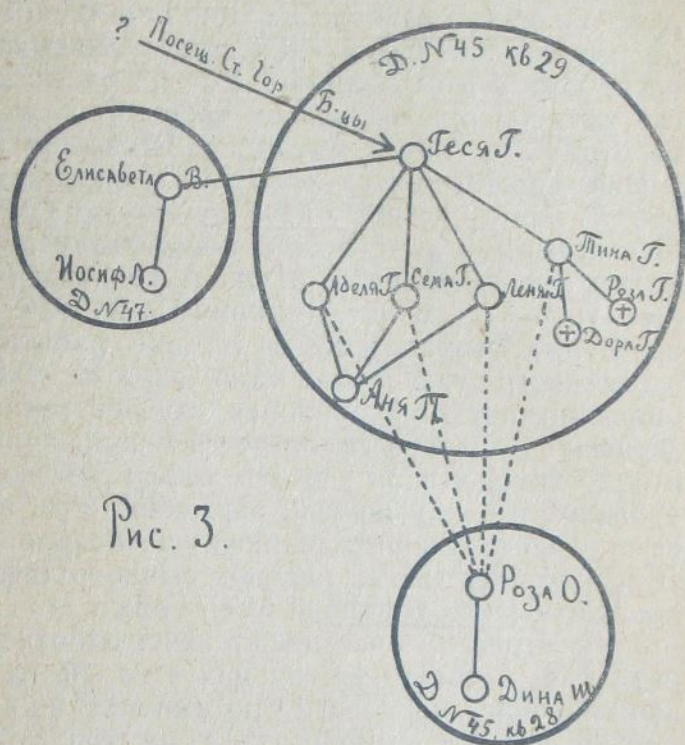


Рис. 3.

старший сын, Андрей, 17 лет. Все они поступили на излечение в Ст. Гор. б—цу. Из всех обитателей квартиры избежать болезни удалось лишь одной старухе, матери Пелагеи К—вой.

7) Интересен очаг в д. № 7 по Картамышевскому пер.. Очаг этот дал 3 случая заболевания, но кроме того он стоит, повидимому, в связи с двумя упомянутыми выше случаями внутрибольничного заражения сестер милосердия Нов. Гор. б—цы. Обнаружение этого очага произошло при следующих обстоятельствах. Поступивший 21 июня в Ст. Гор. б—цу Азарий Е., 45 л., рассказал, что в той же квартире, где живет и он, несколько времени тому назад болели 2 сына его квартирной хозяйки, Филипп и Поликарп Д., (15 и 16 лет), лежавшие в Нов. Гор. б—це. По наведенным справкам, действительно, оказалось, что 18 мая поступил в Нов. Гор. б—цу Поликарп, а 26-го—Филипп Д.. Оба лежали в 4-ой палате с диагнозом „Typhus abdominalis“ и выпи-сались одновременно 9 июня. А 11 июня заболела сыпным тифом се-стра Нов. Гор. б—цы, Фатиния Ч., 22 л., и 18 июня—другая сестра той же б—цы, Феофания К., 24 л., обе работавшие в 4 палате. Об этой зависимости уже было нами вкратце упомянуто (см. стр. 104) при описании внутрибольничных случаев заражения персонала. Источник заражения братьев Д. остается невыясненным. Что же касается Е., то, в виду того, что он заболел около 16 июня, а последний из Д. от-правился в б—цу 29 мая, заражение его, повидимому, надо ставить в связь с возвращением (9 июня) из больницы выздоровевших братьев Д.. Ретроспективный диагноз сыпного тифа у братьев Д. подтвержден положительной реакцией Weil-Felix'a.

8) Крупный очаг представлял собою дом № 43 по Раскидайлов-ской улице. Около 20—22 мая в кв. № 12 заболел Николай Б., 42 лет, занимавшийся торговлей старыми вещами на толкучке. Лежал он дома, причем диагноз сыпного тифа не был установлен посещавшим его врачом. 2 июня больной умер. В тот же день заболела и 11 июня по-ступила в б—цу Евдокия Г., 56 л., живущая в другой квартире и по-стоянно навещавшая Б. во время его болезни. Поступление ее в б—цу послужило поводом к раскрытию всего данного очага. При посещении нашем этого дома 15 июня по поводу дезинфекции в кв. Г. мы узнали о случае смерти и ряде последующих заболеваний в кв. № 12 и, зайдя туда, застали такую картину: квартира состоит из двух небольших комнат; в первой комнате на кровати лежали 2 мальчика, Михаил, 15 л., и Виктор, 12 л., на полу в той же комнате—их мать, Меланья Б., 40 л., вместе с дочерью Еленой, 8 л., в следующей комнате на полу—стар-шая дочь Меланьи Б., Александра, 16 л.; на ногах оставался лишь Николай, 6 л., но и у него, при измерении, т—ра оказалась 38°, пока при отсутствии субъективных жалоб. Одновременно с нами ту же квар-тиру посетил участковый врач, д-р Гожанская, и все шестеро боль-ных были отправлены в Ст. Гор. б—цу. Несколько времени спустя в том же доме (в третьей кв.) была зарегистрирована участковым вра-чем еще одна больная сыпным тифом—Александра А., 17 лет, пере-несшая болезнь на дому.

На рис. 4 представлена схематически эта домовая эпидемия, дав-шая в общей сложности 9 случаев сыпного тифа.

9) Довольно долго до обнаружения существовал очаг, об'единя-ющий 2 дома—№ 40 по Болгарской и № 54 по Госпитальной улице. Первое заболевание здесь имело место еще в начале мая, когда в д. № 40 по Болгарской ул. заболела проживающая здесь с мужем Роза Б., 33 л. Заболевание это лечавшим врачом рассматривалось, как брюшной тиф. Через неделю после выздоровления упомянутой больной заболел

ее муж, Янкель, 42 лет, уже зарегистрированный, как сыпно-тифозный. Оба они лежали на дому. Во время болезни упомянутых больных их усиленно навещали родственники, по фамилии П., живущие в д. № 54 по Госпитальной ул. И вот, около 1 июня заболевает Фейга П., 13 л., а 16—17 того же месяца—мать ее, Ента, 40 л., обе проводят болезнь дома. Наконец, 24 июня заболел их квартирант, Герш М., 20 лет, поступивший в б—цу 29 июня. При производстве дезинфекции в его квартире 2 июля и был обнаружен весь этот очаг (обе больные П., как зарегистрированные лишь 2 июля уже выходят за пределы отчетного периода и, потому при всех цифровых выкладках не принимаются в расчет—при описании же очага упомянуты для полноты картины, т.-к., несомненно, являются промежуточными звеньями в цепи заболеваний). Происхождение инфекции в первом случае заболевания представляется совершенно не выясненным. В дальнейшем для данного очага является характерным—при длительном существовании инфекции, сравнительно незначительное число заболеваний, или, другими словами, отсутствие множественных заражений. Эта характерная особенность данного очага ясно проявляется на изображающем его схематическом рис. 5. Это обстоятельство находит себе объяснение в благоприятных жилищных условиях и достаточной обеспеченности обеих семей. Но в то же время пример этого очага свидетельствует о несомненной трудности убе- речься от заражения, когда, даже при сравнительно благоприятных жизненных условиях, боль- ной остается в своей обычной обстановке.

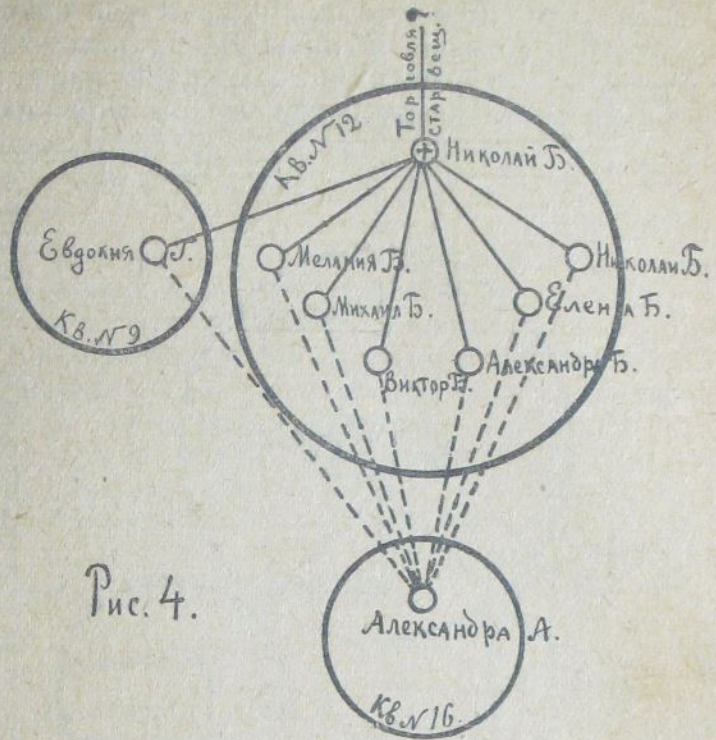


Рис. 4.

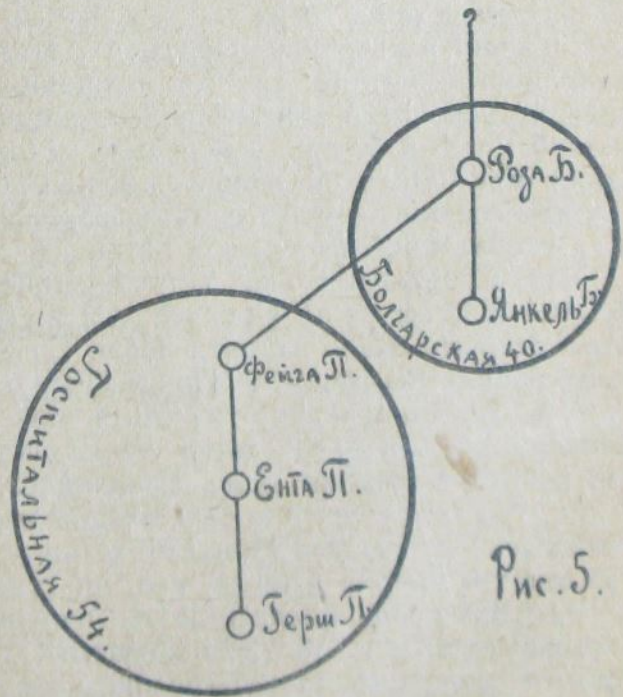


Рис. 5.

ной остается в своей обычной обстановке.

10) Еще один значительных размеров очаг, давший всего 7 заболеваний, был обнаружен в д. №№ 32—34 по Колонтаевской улице. Явившись 28 июня для производства дезинфекции в кв. № 18, в д. № 34 по Колонтаевской ул., откуда поступила в Ст. Гор. б—цу заболевшая 16 июня Евдокия М., 24 л., мы застали в той же квартире и тотчас же отправили в больницу большую Марфу Г.. Больна была она 4-ый день. Вместе с тем удалось выяснить, что Евдокия М., в пе-

риод времени предшествующий ее болезни, ухаживала за семьей Т., живущей в том же доме, в кв. № 17, где почти все члены семьи переболели какою-то болезнью, которую лечащий врач определял, как „брюшной тиф“. Действительно, в кв. № 17 мы застали больную Веру Т., 7 л., которая ко времени нашего посещения была больна уже дней 12. Из расспросов выяснилось, что еще около 1 месяца тому назад в этой семье заболел мальчик Владимир, 11 л., а после его выздоровления почти одновременно слегли сестра его, Ольга, 5 лет, и

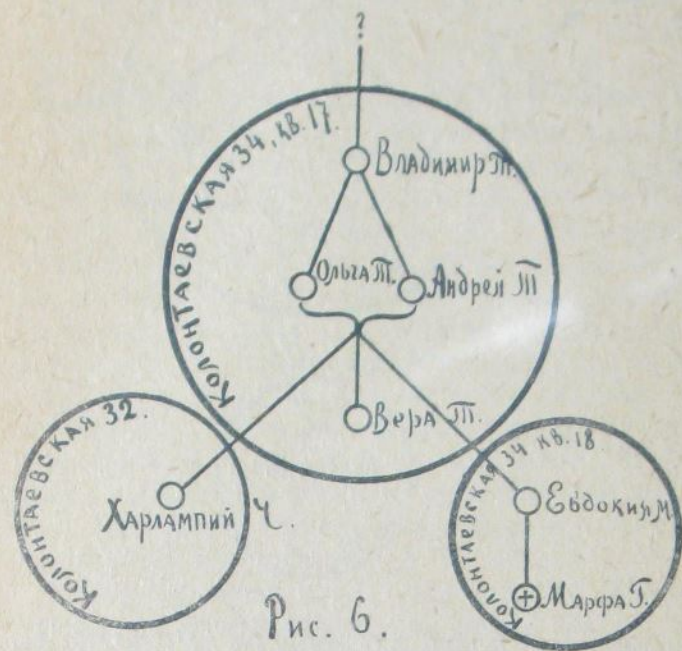


Рис. 6.

отец, Андрей Т., 50 л.. Заболели они около 5—8 июня. Наконец, 26 июня поступил в б—цу заболевший числа 17 того же месяца Харлампий Ч. из соседнего дома № 32, так же, как и Андрей Т., сапожник, нередко заходивший в квартиру последнего во время его болезни за сапожными инструментами. Считаю нелишним еще отметить, что в виду неясности клинической картины у б—ной Марфы Г., отправленной мною в б—цу, у нее была произведена по моей просьбе реакция Weil-Felix'a, оказавшаяся положительной. Б—ная умерла 13 июля. Происхождение первого случая заболевания в данном очаге не ясно. Ход заболеваний изображен на рис. 6.

11) Следующий очаг, встретившийся нам за отчетный период, находится в д. № 48 по Средней улице. Очаг этот дал 3 случая сыпного тифа. Первым здесь заболел Иван С., занимавшийся торговлей старыми вещами на толкучке. По заявлению окружающих, он лежал в Нов. Гор. б—це, как брюшно-тифозный. Затем, 22 июня заболел его брат, Василий, 16 л., а 23-го—тетка его, Христина С., 48 л., живущая в другой квартире того же дома. Василий С. 30 июня поступил в Ст. Гор. б—цу, благодаря чему и был открыт этот очаг. Христина же С. была отправлена 27 июня в Нов. Гор. б—цу, где лежала с диагнозом „брюшной тиф“ и умерла 3 июля, т.е. на 11-ый день болезни.

12) Наконец, последний из очагов имел место в д. № 46 по Б.-Арнаутской ул.. 26 мая поступил в б—цу б—ой Иван Д., 17 лет. При посещении указанного выше дома для производства дезинфекции, смотрителем двора нам было заявлено, что такого жильца в доме вовсе не было и он остался „не разысканным“. Но 18-го июня этот самый смотритель, Григорий С., 43 л., поступил с сыпным тифом в Ст. Гор.

б—цу, и тогда оказалось, что первый больной в начале своего заболевания жил как раз в квартире С.. Этот последний счел нужным скрыть указанное обстоятельство, за что и поплатился своим собственным заболеванием. Источник заражения первого больного не выяснен, повидимому, тут имело место посещение ночлежных приютов.

Всего, следовательно, к третьей группе нами отнесено 12 очагов с общим числом заболеваний—56. В двух случаях в одном и том же очаге за отчетный период наблюдалось по 2 заболевания, в 5 очагах—по 3 заболевания и по 1 очагу дали 4, 5, 7, 9 и 12 случаев сыпного тифа.

Из 56 случаев

в 40 случаях	установлено	последовательное	заболевание	
" 3 "	" "	" "	связь с торговлей старыми вещами	
" 3 "	" "	" "	реинфекция выписавшимися из б—цы больными	
" 1 "	" "	" "	связь с посещением Ст. Гор. б—цы	
" 2 "	" "	" "	" с ночлежными приютами	
" 1 "	" "	" "	" с необнаруженными больными	
" 1 "	" "	" "	" с железной дорогой	
" 5 "	" "		причина заболевания осталась невыясненной.	

Далее, из тех же 56 больных сыпным тифом

в больнице лежали	36 чел.
лежали дома	13 "
лежали в б—це с неправильным диагнозом	7 " (в том числе influenza — 1, bronch. chr.— 1, typh. rec. — 1, typh. abdominalis — 4; 1—в Ст. Гор б—це, 2—в Евр. б—це и 4—в Нов. Гор. б—це).

Суммируя теперь все данные, относящиеся к 116 больным, распределяющимся по очагам, мы видим, что среди них

последовательные заболевания наблюдались	в 78 случаях,
инфекция через выписанных из больницы больных	" 6 "
занос инфекции из больницы через персонал	" 2 "
инфекция через посещение больного в больнице (?)	" 1 "
инфекция через соприкосновение со старыми вещами	" 5 "
привозные случ. инфекции (4 сл.—Бендеры, 1 сл.—Херсон)	" 5 "
инфекция через посещение ночлежных приютов	" 2 "
инфекция от необнаруженных больных (?)	" 1 "
инфекция в связи с жел.-дор. службой (?)	" 4 "
происхождение инфекции не выяснено	" 12 "

Те же больные по местонахождению их во время болезни распределяются так:

лежали в отделении для сыпно-тифозных	86 человек
" " больницах с другими диагнозами	12 "
" " дома	18 "

Теперь мы должны обратиться к рассмотрению материала, относящегося к одиночным случаям заболеваний сыпным тифом. Таких случаев, как это уже было выше указано, наблюдалось всего 130. Среди них выдающееся значение занимают привозные случаи. С такого рода случаями мы уже имели возможность встретиться при описании очагов. Теперь на этом вопросе нам предстоит остановиться подробнее.

Всего, из числа одиночных заболеваний, нами зарегистрировано 43 привозных случая. Однако, здесь представляется вполне рациональным прибавить сюда также те 5 привозных случаев, которые были нами выделены при изучении очагов, равно как и упомянутых выше 5 больных, привезенных в Одессу из разных мест для помещения в б—цу. Таким образом, мы имеем всего 53 привозных случая, которые и будем далее рассматривать совместно. Имея в своем распоряжении зарегистрированными всего 380 случаев сыпного тифа, видим, что привозные случаи составляют 13,95% общего числа заболеваний*).

Среди этих привозных случаев мы встречаем лиц приезжих, которые вскоре по прибытии в Одессу заболевают сыпным тифом, причем нет достаточных оснований полагать, чтобы данное лицо могло инфицироваться уже в Одессе. Конечно, чтобы не впасть в ошибку, в каждом таком случае необходимо было установить, что срок, протекший со времени прибытия данного лица в Одессу до начала его болезни, не превышает обычной максимальной продолжительности инкубационного периода сыпного тифа, т.-е. 14 дней. Далее, тут же встречается немало лиц, постоянно живущих в Одессе, находившихся в непродолжительной отлучке, при условии, конечно, что время этой отлучки совпадает с периодом инкубации, а более вероятные источники заражения вне данной поездки отсутствуют. В ряде случаев—имеются прямые указания, что в местности, откуда прибыл заболевший, наблюдались случаи заболевания, нередко в той самой семье, откуда он прибыл. В большинстве случаев приходится иметь дело с поездками по железной дороге, хотя, как исключение, встречаются также случаи поездок на пароходе и лошадьми. В целом ряде случаев, где связь инфекции с поездкой представляется несомненной, все же оказывается невозможным решить, получена ли инфекция во время пути, или в месте поездки. Нередки, наконец, случаи, когда больной указывает, что заболел еще в пути или даже выезжал с места, чувствуя себя не вполне здоровым. Все эти, пока лишь намеченные нами вопросы, должны получить то или иное освещение путем соответствующей разработки фактического материала.

Среди привозных случаев мы находим 29 человек приезжих, заболевших через более или менее короткий срок по приезде, а иногда и приезжавших уже больными, далее, 23 человека постоянных жителей Одессы, уезжавших из города на одну или несколько недель и заболевших при тех же условиях, как и предыдущие, т.-е. вскоре по прибытии в Одессу или еще в пути, и, наконец, один случай заболевания совершенно исключительного происхождения, к которому мы еще вернемся (б—ой Григорий С—ко). Конечно, упомянутые только что две категории привозных случаев можно было и вовсе не разграничивать, а рассматривать их совместно, что мы и будем делать при ознакомлении с теми местностями, откуда они прибывали, а также с теми условиями, в каких они находились в пути. Но в эпидемиологическом отношении это разделение имеет то значение, что постоянные жители, находившиеся в кратковременной отлучке, по приезде возвращаются в свою собственную квартиру, тогда как приезжие останавливаются в различных углах, меблированных комнатах, подворьях и проч., либо у знакомых или родственников, при чем за те несколько дней, которые

*) Конечно, надо иметь в виду, что как в очагах, так и в некоторых из одиночных заболеваний привозные случаи, в свою очередь, явились причиной дальнейших заболеваний, которые, таким образом, тоже должны быть отнесены за счет привозной инфекции.

они, заболевая, проводят еще на ногах, нередко успевают переменить несколько квартир, большинство которых остается совершенно неизвестным. Примеров подобного рода можно было бы привести сколько угодно.

Теперь посмотрим, какие же местности снабжали, главным образом, Одессу сыпным тифом. Все привозные случаи, относящиеся как к приезжим, так и к постоянным жителям Одессы, бывшим в отлучках, распределяются следующим образом по месту, откуда прибыл заболевший*):

20 чел. из пределов Херсонской губ., в том числе:	{	из г. Березовки	1 чел.
		„ др. мест Одесского уезда	3 „
		„ г. Тирасполя	2 „
		„ дер. Адриановки, Тирасп. у.	1 „
		„ Ананьевского у.	3 „
		„ г. Миргорода, Елисаветгр. у.	1 „
		„ м. Новомиргорода, „	1 „
		„ г. Вознесенска	2 „
		„ г. Херсона	1 „
		„ м. Кривой Рог, Херсонск. у.	1 „
		со ст. Раздельная	2 „
„ „ Веселый Кут	1 „		
ездили по губернии лошадьми	1 „		

10 чел. из Бессарабии, в том числе:	{	из гор. Бендеры	4 чел.
		„ дер. Борисовки, Бенд. уезда	1 „
		„ кол. Лат, Белецкого уезда	1 „
		„ гор. Аккермана	2 „
		ездили по губернии лошадьми	2 „

13 чел. из Подольской губ., в том числе:	{	из г. Каменца-Подольска	1 чел.
		„ г. Могилева-Под. и Жмеринки	1 „
		„ дер. Петруновки, Ямпольск. у.	1 „
		„ м. Тырнова, Брацл. уезда	1 „
		„ гор. Балты	3 „
		„ м. Кривое Озеро, Балтск. у.	1 „
		„ м. Буревки (?)	1 „
		„ г. Винницы	1 „
		со ст. Вапнярка	1 „
		„ „ Бираула	1 „
из Подольск. губ. (без обозн. места)	1 „		

10 человек из других мест, в том числе:	{	с фронта	2 чел.
		из Волынской губ.	2 „
		„ г. Киева	2 „
		„ г. Петрограда	1 „
		„ г. Севастополя	1 „
		„ г. Кременчуга, Полт. губ.	1 „
„ м. Круты, Черниг. губ.	1 „		

Мы не имеем возможности использовать здесь весь собранный нами материал, характеризующий, главным образом, бытовую сторону всех этих поездок, а потому ограничимся лишь выводами в самой общей форме, поскольку они представляют интерес с эпидемиологической точки зрения. Здесь прежде всего отметим цель поездки в обследованных нами случаях, так как это до известной степени

*) Распределение пунктов по губерниям соответствует старым административным делениям.

характеризует ту обстановку, в которой находился больной в период, предшествующий заболеванию. Такие сведения собраны в следующей таблице :

поездки к родным	11 случ.,
„ учащихся на праздники	4 „
„ в Одессу для лечения	3 „
„ по семейным и личным делам	7 „
„ по службе	2 „
„ по торговым делам	4 „
„ регулярные 1—2 раза в неделю	2 „
возвращение с фронта	2 „
приезд с целью исцелить работу	3 „
прибыло больных сыпным тифом для помещения в б—цу	6 „
цель поездки не выяснена	9 „

До некоторой степени эта же таблица дает возможность судить о том, к каким общественным группам и слоям принадлежат по преимуществу наши больные. Поездки к родным — главным образом в деревни, местечки и уездные города Херсонской и Подольской губерний, или, наоборот, приезд тамошних жителей в Одессу к своим родственникам. Среди упомянутых 4 учащихся зарегистрированы 2 гимназистки, 1 курсистка и один студент. Приезжавшие в Одессу для лечения — в 2 случаях достаточно состоятельные люди, один прибыл для лечения на Лимане, где и заболел, другой — к специалистам-хирургам, по поводу какого-то хронического страдания; третий — рядовой сельский житель, приехавший лечить глаза. Таков же, приблизительно, состав лиц, приезжающих по семейным и личным делам. Среди совершавших поездки по обязанностям службы имеется один интеллигентный служащий Вс. Земск. Союза и одна няня, служившая в семье состоятельного помещика, прибывшая по железной дороге вместе с этой семьей из имения близ Кривого Рога. Интересны зарегистрированные 2 случая регулярных еженедельных поездок по железной дороге: здесь мы имеем 2 женщин, торгующих на базарах зеленью, яйцами, молочными продуктами и проч. и совершавших постоянные поездки для закупки товара, одна — в Бирзулу, другая — в Вознесенск. Из 6 больных сыпным тифом, привезенных в Одессу для лечения, трое — жители лежащих близ Одессы деревень; что же касается остальных, то тут мы встречаем одного эпидемического врача Ананьевского Уездного Земства (Давид Х.), работавшего на эпидемии сыпного тифа, одно лицо с высшим образованием из г. Вознесенска (Владимир П. К.) и одного рабочего со ст. Раздельная. Состав остальных групп не нуждается в пояснении.

Далее, интересно отметить, насколько источник инфекции для всех этих привозных случаев мог быть обнаружен. Из общего числа больных рассматриваемой группы (53), связь с больными на местах удалось установить в 14 случаях, при чем в некоторых из них имеются весьма определенные и интересные указания.

Так, больной Андрей В., бывш. служащий Вс. Зем. Союза, приехал лошадьми из Бессарабской губ., пробыв в пути 12 дней. Остановившись ночевать в крестьянских хатах, где часто видел больных. Другой больной, Сильвестр Л—л, прибывший в Одессу из Ананьевского уезда лечить глаза, почувствовал себя плохо еще дома, собираясь в дорогу. До него переболела сыпным тифом вся его семья — отец, мать, брат и две сестры. Больная Анастасия З., приехавшая также из Ананьевского уезда, сообщает, что в ее семье переболело „тифом“ 6 душ, мать умерла и, вообще, в деревне много больных. Больной Семен Л—н ездил на две недели к своим родным в дер. Петруновку,

Ямп. уезда, Подольск. губ., и заболел через три дня по возвращении в Одессу. Там болели сыпным тифом его отец, мать и сестра, при чем последняя умерла. Характерно также показание больного Василия Т., приехавшего в Одессу из деревни Борисовки, Бенд. уезда, Бессараб. губ.. Заболел он еще дома, дня за два до от'езда, в деревне же, по его словам, „много больных, в каждом доме по несколько человек“. Аналогичны заявления еще ряда больных, которых не буду приводить, чтобы не повторяться. Наконец, еще в ряде случаев имеются уже менее определенные указания, вроде, напр., заявления: „в деревне есть больные“ и проч..

Во всех же прочих случаях из числа привозных, кроме упомянутых 14, источник инфекции не представляется столь ясным и, быть может, в ряде случаев его следует искать во всех тех неблагоприятных условиях, с которыми связана была для них поездка по железной дороге.

А эти условия достаточно характеризуются рассказами самих больных. Об условиях, в каких находился б—ой, которому пришлось ехать 12 дней лошадьми по Бессарабской губ., уже упоминалось. Конечно, таковы же условия и для других лиц, передвигавшихся тем же способом. Но и большинство наших больных, пользовавшихся для своих поездок услугами железных дорог, отмечают обилие паразитов в поездах и нахождение на себе вшей по приезде в место следования. Значительная часть всех этих больных ехали в теплушках — определенные указания в этом смысле имеются относительно $\frac{1}{4}$ всего их числа. Так, обе женщины, упомянутые выше, как совершавшие до болезни регулярные еженедельные поездки всегда в теплушках, единогласно отмечают, что во время каждой поездки набирались вшей. Гимназистка Хая Л., ездившая на праздники в Круты к своим родным и заболевшая через неделю по приезде в Одессу, ехала 1 сутки в теплушке, где было очень грязно и много паразитов. Дома, живя у родных, непосредственного соприкосновения с больными не имела.

Число подобного рода наблюдений можно увеличить еще в значительной степени, но мы считаем вполне достаточным и этих, наиболее характерных указаний.

Далее, из всех привозных случаев, 6, как мы уже указывали, доставлены в Одессу больными, в том числе 3 по железной дороге; б—ой Андрей В., ехавший лошадьми из Бесс. губ., заболел в с. Дальнике (близ Одессы) вскоре по приезде туда; б—ой Лазарь П. заболел на пароходе по пути в Херсон, куда он ехал после поездки в Тирасполь, 12 — 14 дней спустя; 2 больные, Эмилия В. и Мария К., совершали регулярные поездки. Из остающихся (53—10) 43-х человек:

7	чел.	при въезде в Одессу были уже больны,
4	„	заболели в дороге,
2	„	„
1	„	„
2	„	„
2	„	„
5	„	„
1	„	„
4	„	„
2	„	„
1	„	„
1	„	„
1	„	„
10	„	„
		не позднее 2-х недель по приезде в Одессу
		(точно число дней не могло быть установлено).

Посмотрим теперь, к каким выводам мы можем придти на основании изложенного. Так, мы сейчас видели, что более, чем в $\frac{1}{4}$ всех привозных по железной дороге случаев (3+7+4, т. е. 14 из 53), больные заболевают еще до своего прибытия в Одессу, т. е. или выезжают, чувствуя себя уже не вполне здоровыми, или заболевают в пути. А если сопоставить этот вывод с общей картиной тех условий, в которых приходится ездить по железной дороге — с крайней теснотой и обилием паразитов, — то невольно возникает подозрение, что железные дороги не только доставляют заразный материал в лице уже инфицированных пассажиров, но в известной степени также его и умножают. Косвенно на то же указывают, далее, те случаи заболевания сыпным тифом после поездок, где нельзя найти каких-либо указаний на возможность другого источника заражения.

Конечно, для подтверждения этого предположения надо иметь более точные наблюдения, свидетельствующие об этом с полной очевидностью. И, действительно, сама жизнь продельвает иногда над людьми такие опыты, подробное ознакомление с которыми, по нашему мнению, не оставляет в данном вопросе никаких сомнений. Мы располагаем тремя точно проверенными наблюдениями этого рода.

Случай 1. Около 15 апреля в Старую Городскую б—ду поступил б—ой сыпным тифом Сергей Л., уволенный с Кавказского фронта солдат, только что перед своим поступлением в больницу прибывший в Одессу. Из опроса его установлено, что он ехал по железной дороге 28 суток, в дороге нигде не останавливался, все время ехал в теплушках. Было очень тесно и грязно. За время пути в одном вагоне с ним было несколько случаев каких-то заболеваний, некоторые из больных отставали в пути. Сам он заболел дней за 5 до прибытия в Одессу, последние дни пути чувствовал себя так плохо, что боялся, что не в состоянии будет доехать. По прибытии, прямо с вокзала отправился в больницу.

Случай 2. Больной Хусид Ш., присяжный поверенный, заболел сыпным тифом 22 апреля, через 8 дней по приезде из Петрограда. В дороге был 10 дней, нигде не останавливался. Заболев, оставался в квартире до выздоровления. Других случаев заболевания в той же квартире не наблюдалось. Никаких оснований допускать возможность инфицирования по приезде в Одессу нет.

Случай 3. Об этом случае нам уже приходилось упоминать (стр. 122): больная Анна Г., служила в качестве няни у вполне состоятельных людей, безотлучно находилась при детях. В первых числах мая это семейство отправилось из имения своего, близ Кривого Рога, в Одессу. Переезд этот был совершен в теплушке и продолжался ровно неделю. Было очень грязно, вши буквально заедали пассажиров. Г. заболела через неделю по приезде в Одессу, пролежала сначала несколько дней дома, а затем была отправлена в больницу. Через 2 с лишним недели после приезда этой семьи в Одессу, уже несколько дней спустя после дезинфекции, произведенной в комнатах, где лежала больная, в других комнатах квартиры на мягкой мебели и других предметах еще находили отдельных паразитов. И это наблюдалось в материально вполне обеспеченной семье, в исключительных жилищных условиях (квартира в 15 комнат в доме-особняке), при старательно проводимых мерах уничтожения паразитов.

На этом, мы полагаем, можно закончить рассмотрение этой несомненно важной и заслуживающей самого строгого внимания группы случаев, которые мы обозначали, как привозные.

Выше было указано, что одиночных случаев заболевания сыпным тифом наблюдалось за отчетный период всего 130. По исключении отсюда описанных уже 42 привозных случаев остается еще 88. Постараемся разобраться во всех этих случаях.

Мы уже останавливались в своем месте на описании тех 11 случаев заболевания сыпным тифом, которые зарегистрированы, как больничные случаи заражения, т.-к. относятся к 6 лицам больничного служебного персонала и к 5 больным, содержащимся в больнице долгое время до заболевания. Далее, при описании очагов сыпного тифа, мы указали на ряд случаев (9 сл.), где повидимому, больница явилась источником распространения инфекции. Но и среди подлежащих нашему рассмотрению 88 одиночных случаев есть ряд заболеваний, несомненно ведущих свое происхождение из стен больницы. Случаев этой категории мы насчитываем 13. Лишь после всестороннего рассмотрения всей группы больничных заболеваний, мы обратимся к ознакомлению с остающимися 75 случаями.

На первом месте мы должны поставить ту группу больных, у которых сыпной тиф развивался вскоре после выписки из больницы, так что случаи эти регистрировались не как больничные случаи заражения, а как заболевшие у себя на дому. Причисление же их к группе больничных заражений возможно, конечно, лишь при условии, что весь возможный период заражения (14—4 день до начала болезни) был проведен в больнице, или, если и не весь, то в дни этого периода, проведенные вне больницы, не имеется никаких указаний на возможность другого источника заражения. Последнего рода случаи, конечно, могли бы быть принимаемы уже за более или менее вероятные. Вот эти случаи.

Случай 1. 13 декабря 1917 года в 11 палату Старой Городской б—цы поступил мальчик Василий В., 12 лет, (адр.—Жевахова гора, дом Блохина), по поводу раздробления поездом левой ноги („Ulnus conq. scuris sin.“), в больнице подвергся ампутации и выписался 25 апреля 1918 г.. Последнее время лежал в 1-й палате. На следующий день после выписки, 26 апреля, заболел и поступил в больницу 30 апреля с ясно развитой картиной сыпного тифа. t° спала до нормы 10 мая, выписался 30 того же месяца.

Случай 2. Больная Анна Д., 71 года, (Херсонская, 18), лежала в 20 палате Старой Городской б—цы с диагнозом: „Myocarditis. Emphysema pulmonum“, поступила 6 апреля, выписалась 21 мая. 22 мая заболела, поступила вторично в б—цу 27 мая в 4 барак с диагнозом „сыпной тиф“, от которого и умерла 29 мая.

Случай 3. Воспитанница приюта для детей беженцев (Разумовская, 33), Надежда Л., 10 лет, пролежала с 10 по 30 мая в 19 палате Старой Городской б—цы с диагнозом „Parotitis epidemica“. На 4 день после выписки, 3 июня, заболела и 6-го снова поступила в б—цу, где перенесла сыпной тиф (лежала в 4 и 5 бараке). Выписалась 26 июня.

Случай 4. Больная Ида Ш—р, 23 лет, (Картамышевский пер. 7), лежала по поводу возвратного тифа (2 приступа) в Мариинском Отд. Ст. Гор. б—цы с 29 марта по 20 апреля. 28 того же месяца заболела снова, поступила в больницу 2 мая (по ист. бол., на 5-ый день), лежала во 2, 1, 4, 3 бараках, t° норм. с 12 мая. Выписалась 5 июня. Диагноз — сыпной тиф.

Случай 5. Больная Анна Ш—о, 32 л., (Садовая, 11), лежала в б—це (в 4 бараке) с диагнозом „Enterocolitis chron.“ с 30 марта по 8 апреля. Заболела сыпным тифом 17-го, поступила в б—цу 20 апреля (в день поступления в ист. бол. было отмечено: „заболела три дня тому на-

зад“); t° пала до нормы 4 мая, между 13—18 мая повышалась до 39° с десятиными (пролежень), затем оставалась нормальной до 7 июня, когда снова резко поднялась, 11 июня появилась сыпь, и был установлен диагноз натуральной оспы. В последних числах июня б—ая находилась еще в б—це. За время с 20 мая б—ая перебивала в 5, 1, 4, 3, 2 бараках. Эта больная, таким образом, перенесла две тяжелых инфекции одну за другой — сыпной тиф и натуральную оспу — обе внутрибольничного происхождения.

Случай 6. 16 мая был доставлен в б—цу из дер. Крыжановки, Одесск. у., заболевший 12 мая Григорий С—ко, 17 лет, оказавшийся больным сыпным тифом (этот больной был упомянут на стр. 120). Происхождение инфекции в данном случае оставалось совершенно необъяснимым (в Крыжановке случаев заболевания не было) до тех пор, пока не обнаружилось, что б—ой лишь 2 мая выписался из Старой Городской б—цы, где он лежал с 14 апреля в 10 бараке с диагнозом „Pneumonia“.

Случай 7. В этом, равно как и в следующем случае, от момента выписки из б—цы до начала заболевания сыпным тифом прошло 10—12 дней и оба эти случая, в одинаковой степени с предыдущим, для объяснения их происхождения, представляли бы непреодолимые трудности, если бы в анамнезе данных больных не был отмечен факт пребывания их в Старой Городской б—це в качестве больных.

В настоящем случае мы имеем больную Марфу П., 23 л., (Колонтаевская, 26), заболевшую сыпным тифом 1-го и поступившую в б—цу 9 мая. Как оказывается, она лежала в б—це (в 5 бар.) с 14 по 18 апреля с диагнозом „Influenza“.

Случай 8. Больная Александра К., 22 л., лежала по поводу „Intoxicatio t-ra jodi“ в 5 бар. Ст. Гор. б—цы с 27 апреля по 3 мая. Сыпным тифом заболела 14-го, пост. в б—цу 21 мая. Выздоровела и выписалась 8 июня.

Случай 9. Этот последний случай данной группы больничных заражений относится уже к более или менее вероятным, т.к. здесь от выписки больного из б—цы до начала болезни прошло 20 дней. Однако, на основании данных эпидемиологического обследования этого случая, приходится прийти к заключению, что и здесь, повидимому, мы имеем дело с больничной инфекцией. Больной этот, Тимофей П., 43 л., (Пересыпь, Щелакова ул., 8), лежал в б—це три раза. 1—ый раз, с 5 марта по 23 апреля, в 5—6 пал. с диагнозом „Pneumonia grouposa sinistra“. Вечером, в день выписки, (23 апреля), снова почувствовал себя плохо и, когда 29 апреля был вторично помещен в б—цу, у него был установлен возвратный тиф, по поводу которого больному и пролежал в 3—4 пал. до 20 мая, перенес 2 приступа. После выписки из б—цы почти нигде не бывал, т.к. не чувствовал себя вполне оправившимся после только что перенесенной болезни. 10 июня заболел снова и, когда 17 июня был доставлен в б—цу, оказался больным сыпным тифом.

Из приведенного описания видно, что в данных 9 случаях заражение сыпным тифом происходило, повидимому, в следующих палатах Ст. Гор. б—цы:

в 1—2 пал.	1 сл.	в Маринском Отдел.	1 сл.
„ 3—4 „	1 „	„ 4 бар.	1 „
„ 19 „	1 „	„ 5 „	2 „
„ 20 „	1 „	„ 10 „	1 „

Наиболее понятными представляются случаи заражения в 4 и 10 бараках, куда, как уже указывалось, переводились сыпно-тифозные выздоравливающие. В остальных случаях надо искать объяснение в иных обстоятельствах, на которые будет указано ниже.

Еще при описании очагов мною была указана предположительно возможность и других способов распространения инфекции через больницу. Таковы случаи заболевания сыпным тифом посетителей и заражения родственников больного, выписавшегося из б—цы после перенесенного сыпного тифа. Здесь я имею в виду сообщить хорошо прослеженные случаи того и другого способа переноса инфекции, не оставляющие никаких сомнений в этом отношении.

Случай 1-ой категории—больная Мери П. (Успенская, 56), заболела 16, поступила 23 апреля. Из распросов больной удалось установить, что она до болезни в течение около 2-х с половиной недель навещала свою подругу, Хану Т—рг, лежавшую в 5 бар. Ст. Гор. б—цы с возвратным тифом. Та же больная указала, что отец упомянутой Т—рг, приблизительно за неделю до ее заболевания, умер от сыпного тифа, а мат и брат ее лежали одновременно с ней в других палатах той же б—цы. Подробное обследование дало возможность установить следующие подробности. Отец Т—рг действительно заболел в начале марта сыпным тифом, от которого и умер у себя на дому, не поступая в б—цу (Манежная, 27). Через несколько времени после его смерти заболели почти одновременно жена его Эстер, сын Генрих и дочь Хана. Все трое, пролежав несколько дней дома, поступили в б—цу 27 марта (№№ приемного журнала: Генрих—3895, Эстер—3896, Хана—3897, у всех отмечено „поступил в 1 час дня“). Генрих Т—рг был направлен в 29 пал., где и лежал с диагнозом „typhus recurrens“; выписался 20 апреля. Эстер и дочь ее Хана первоначально были помещены в 5 бар., при чем у первой из них вскоре был установлен диагноз сыпного тифа, и она была переведена в сыпно-тифозное отделение (1 бар.), вторая же оставалась в 5 бар. с диагнозом „typhus recurrens“. Обе больные—мать и дочь—выписались из больницы 22 апреля. Именно последнюю из упомянутых больных, Хану Т—рг, лежавшую в б—це с 27 марта по 22 апреля под диагнозом „возвратный тиф“, и посещала ее подруга, курсистка Высших Женских Курсов (Бестужевских) Мери П., заболевшая, как указано выше, сыпным тифом 16 апреля.

Не менее ясны имеющиеся в нашем распоряжении два случая 2-ой категории—занос инфекции выздоровевшими и выписавшимися после сыпного тифа в семью своих родных.

Случай 1. 8 мая заболел и 17-го поступил в больницу проживавший в ночлежном приюте Гершки Александр Р., 16 лет. Больной этот при поступлении в больницу указал адрес своих родных (Картамышевская, 31), у которых не жил и не бывал уже несколько месяцев по причине семейной ссоры. Когда мы явились по указанному адресу для производства дезинфекции, то мать больного от нас лишь узнала об его заболевании. Его болезнь послужила поводом к их примирению и, когда Александр Р. выписался 31 мая из б—цы, он вернулся уже не в ночлежный приют, а на квартиру к своим родным. И вот, на 11-й день после выписки его из больницы, 10 июня заболевает в этой квартире сыпным тифом отчим его, Прокофий Л., 47 л.

Случай 2. 29 мая в Ст. Гор. б—цу поступил из приюта Майорки больной Якусим Н., 22 лет. До начала заболевания он прожил в приюте около 2-х недель, поселившись там по приезде из Брацл. уезда Подольск. губ.. Больной имеет в Одессе родных, живущих в д. № 18 по Запорожской ул., но до болезни у них не жил и даже не бывал

(самый факт возвращения его в Одессу был им неизвестен). В б-це он лежал сначала с диагнозом сыпного тифа, но затем этот диагноз был изменен на „возвратный тиф“ (!?). Выписавшись 8 июня из б-цы, он отправился на квартиру к родным, где провел 5 дней, до 13 июня, когда снова поступил в б-цу по поводу развившейся у него гемиплегии. 21 июня в той же квартире заболел сыпным тифом и 29 поступил в б-цу брат его Давид Н., 16 лет. Вряд ли тут нужно доказывать, что Якусим Н. перенес не возвратный тиф, а сыпной, и что его появление в квартире родных после выписки из больницы вызвало дальнейшие заболевания. К сожалению, дело не ограничилось одним упомянутым случаем, и в июле месяце уже наблюдался здесь целый ряд заболеваний, инфекция передалась и в другую — живущую в смежной комнате — семью, при чем один случай (отец упомянутых больных) окончился летально.

Наконец, приводим еще один достаточно характерный случай заноса инфекции через персонал Старой Гор. б-цы. При первом ознакомлении, случай заболевания, который я имею в виду здесь привести, представлялся совершенно не ясным. В конце мая заболела Марфа Р., 58 лет, по профессии портниха, живущая в д. № 1 по Херсонской ул., т.-е. рядом со Ст. Гор. б-цей. Наибольшее подозрение возбуждало это соседство, на что и было обращено наше внимание. Лишь после этого удалось установить, что одна из сестер Ст. Гор. б-цы (сестра приемного покоя) часто заходила в ее квартиру, нередко являясь прямо с работы и даже в больничном халате. В виду отсутствия указаний на другой более или менее вероятный источник заражения, я считаю возможным отнести этот случай к группе заболеваний, источником для которых является Ст. Гор. б-ца.

Теперь можно подвести итог всем случаям заболеваний больничного происхождения. Для этого сведем вместе описанные выше случаи больничного заражения персонала и состоящих в б-це больных, а также случаи, упомянутые при описании очаговых заболеваний, с только что описанными. Такого рода данные приведены в следующей таблице:

Старая Городская больница.

Заболевания среди лиц персонала больницы и членов их семейств	3 сл.
„ „ больных, состоящих в больнице по поводу других заболеваний	5 „
„ „ „ состоявших в больнице по поводу других заболеваний, после их выписки	9 „
„ вследствие инфицирования лицами, выписанными из больницы после сыпного тифа	7 „
„ среди лиц, посещавших больных в б-це	2 „
„ вследствие заноса инфекции персоналом б-цы	1 „
ВСЕГО	27 „

т.-е. 7,11% общего числа зарегистрированных заболеваний.

Прочие лечебные заведения.

Заболевания среди лиц персонала леч. зав. и членов их семейств	5 сл. (1—Обс. Госп. Кр. Кр., 2—Нов. Гор. б-ца, 2—Евр. б-ца)
„ вследствие инфицирования лицами, выписанными из леч. зав. (после сыпного тифа)	1 „ (Нов. Гор. б-ца)

ВСЕГО . 6 сл., т.-е. 1,58% общ. числа зарегистрированных заболеваний.

Всего же больничных случаев заражения за отчетный период наблюдалось 33 из общего числа 380, что составляет 8,69%.

Не имея возможности представить здесь исчерпывающую оценку всех условий внутри-больничной жизни, способствующих столь значительной относительно численности случаев больничных заражений, мы позволяем себе отметить лишь некоторые, повидимому, наиболее существенные причины этого.

Первая причина заключается безусловно в несовершенстве той обстановки, в которой совершается выписка, resp. перевод из сыпнотифозного отделения в общие, больных, перенесших сыпной тиф. На счет этого обстоятельства относятся, конечно, все случаи заноса инфекции выписывающимися из больницы лицами в среду своей семьи (7 сл.), а также значительное число случаев заражения среди больных; на это последнее обстоятельство уже было выше указано относительно 4 и 10 барачков Ст. Гор. б—цы, куда переводились выздоравливающие сыпнотифозные (6 сл. заражения).

Далее, часть случаев заражения должна быть отнесена на счет соприкосновения с сыпнотифозными больными, находившимися до установки окончательного диагноза в общих палатах.

Наконец, еще одна группа случаев обязана своим заражением содержанию в общих палатах сыпнотифозных больных, лежащих всю свою болезнь с другим диагнозом.

Конечно, для этих двух последних групп привести сколько-нибудь точные исчерпывающие цифровые данные не представляется возможным, так как в каждом отдельном случае не удастся точно установить, при каких обстоятельствах произошло самое заражение. Поэтому здесь приходится ограничиться изложением материала, могущего способствовать освещению данного вопроса.

К случаям заражения от сыпнотифозных больных, лежащих под другим диагнозом, повидимому, должны быть отнесены 4 случая заболевания персонала (и членов их семейств) Нов. Гор. и Евр. больниц, а также, быть может, известное число заражений в стенах Ст. Гор. б—цы (на стр. 127 был приведен один точно установленный случай такого рода заражения через посещения больной сыпным тифом, лежавшей в общей палате под диагнозом возвратного тифа).

При описании очагов нами были отмечены за отчетный период 12 случаев содержания в лечебных заведениях больных сыпным тифом с неправильным диагнозом. Из них 4 относятся к Ст. Гор. б—це. Сюда необходимо добавить еще 2 аналогичных случая, происходящих из ночлежных приютов (б—ой Василий З., 15 л., из пр. Гершки, лежал с 19 мая по 14 июня с диагнозом „*Typhus recurrens. Scabies*“ в 5—6 пал. и Якусим Н., 22 л., из пр. Майорки, лежал с диагнозом „*Typhus recurrens*“ с 29 мая по 8 июня в 10, а затем в 8 бар.). Число ошибочных диагнозов, относящихся к сыпнотифозным больным из обитателей ночлежных приютов, несравненно больше, но мы вынуждены ограничиться лишь этими двумя, из которых второй уже описан подробно выше (см. стр. 127—128), а к другому еще придется возвратиться в дальнейшем. Все упомянутые 6 больных во время пребывания своего в Ст. Гор. б—це лежали:

в 1—2 пал.	1 чел.
„ 5—6 „	2 „
„ 28 „	1 „
„ 3 бар.	1 „
„ 8 „	1 „

Что касается содержания поступающих больных сыпным тифом в первые дни по поступлении их в б—цу, то из общего числа 342*) больных сыпным тифом, зарегистрированных Ст. Гор. б—цей, при поступлении было помещено сразу в бараки для сыпно-тифозных (и впоследствии в изоляционный):

в 1 барак	101 чел.
„ 4 „	36 „
„ 5 „	49 „
„ 10 „	73 „
ВСЕГО	259 чел.

Остальные же 83 человека до выяснения диагноза попадали в общие отделения, а именно:

в 1—2 пал.	14 чел.	в 4 бар. **)	4 чел.
„ 3—4 „	13 „	„ 5 „	1 „
„ 5—6 „	13 „	„ 8 „	12 „
„ 19 „	2 „	„ 10 „	8 „
„ 20 „	1 „	„ рож. отд.	1 „
„ 2 бар.	7 „	„ Вал. „	2 „
„ 3 „	3 „	„ Мар. „	2 „
ВСЕГО	53 чел.	ВСЕГО	83 чел.

Первая, а особенно последняя из приведенных только что трех таблиц вполне разъясняют смысл и значение таблицы, в которой все случаи больничных заражений сыпным тифом распределены по палатам, где имело место самое заражение (см. табл. на стр. 126).

Займемся теперь рассмотрением всех остающихся еще до сего времени не изученными 75-ти случаев одиночных заболеваний среди местных жителей.

При ближайшем ознакомлении с эпидемиологией этих случаев мы встречаем группу больных, связь которых с ночлежными приютами представляется несомненной. Таков, например, заболевший 21 мая Василий И., 17 л., проживавший в трактире „Порт-Артур“ по Прохоровской ул. и состоявший в б—це с 27 мая по 11 июня. После того, как ему был выяснен способ передачи и условия заболевания сыпным тифом, он рассказал, что его квартиру посещали его приятели, два брата, по имени „Васька“ и „Володька“, фамилия которых ему не известна, но которые жили в приюте Гершки, и когда в последний раз были у него в гостях, приблизительно за неделю до его собственного заболевания, то оба чувствовали себя уже не вполне здоровыми, жаловались на головную боль и ложились на его постель; после их ухода он находил вшей на своем белье; ему известно, что оба они поступили несколько дней спустя в б—цу. Удалось выяснить, что этими посетителями были братья Василий и Владимир З—вы, заболевшие оба сыпным тифом почти одновременно, 10—12 мая, и поступившие в Ст. Городскую б—цу, первый—19-го, а второй—21 мая. Василий

*) В эту цифру не включены больные сыпным тифом, лежавшие в Ст. Гор. б—це с другими диагнозами (6 чел.), а также заболевшие сыпным тифом во время пребывания в больнице по поводу другого заболевания (5 чел.).

**) Цифры, показывающие в настоящей таблице число больных, помещенных в 4, 5 и 10 бараки, относятся исключительно к тому периоду, когда эти бараки функционировали не как сыпно-тифозные, а как общие отделения.

лежал в б—це до 14 июня с диагнозом „Typhus recurrens“ (случай этот упомянут на стр. 129), а Владимир—до 5 июня с диагнозом „Typhus exanthematicus“.

16 июня заболел сыпным тифом санитар Венерического Госпиталя Красного Креста № 1 — Владислав С., 27 л. Обследованием установлено, что означенный санитар прибыл к месту своей службы лишь недели за две до заболевания, перед тем же он жил в Общежитии Польского Комитета, в д. № 57 по Успенской ул., где наблюдалось несколько случаев заболеваний.

Далее идет ряд больных, которые, живя на частных квартирах, посещали ночлежные приюты, иногда даже оставались там ночевать. Таковы больные Б.—глухо немой, занимавшийся извозным промыслом и часто ночевавший в приюте Гершки К—ко, показавший, что сам бывал в приютах и встречался по трактирам с их обитателями, среди которых нередко бывали и больные; далее, больные Анна К. и Ольга З., из которых первая посещала приют в д. № 2 по Ланжероновск. сп., а вторая—пр. Гершки; наконец, больные Г—н, Ч—в, Мордко Ш—г, К—в, заболевшие на квартирах у своих родных и проч., за несколько времени до того жили по приютам и не порывали с ними связи. Итак, всего больных этой группы мы имеем десять человек.

Один случай заболевания (б—ой М—в) наблюдался среди рабочих на огородах (Средний Фонтан) и 2 случая (б—ные С—в и Л—в)—среди рабочих по постройке городской канализации на Бугаевке. Хотя все эти лица и жили по частным квартирам, но, в виду отсутствия всяких данных, указывающих на возможность инфекции из других источников, и, с другой стороны, принимая во внимание, что среди рабочих обеих упомянутых категорий обитатели ночлежных приютов составляют значительную часть, мы полагаем, что и в этих случаях заболевание должно рассматриваться, как результат распространения инфекции из ночлежных приютов.

Наконец, среди больных, адреса которых оказались неправильно показанными, где, не смотря на неоднократные проверки, не удалось установить точного места жительства больных до болезни, в 4 случаях (б—ые В—в, Б—р, К—в и Ф—к), повидимому, мы имеем дело с лицами, не имевшими постоянного пристанища, и, по всей вероятности, связанными так или иначе с теми же очагами инфекции.

Таким образом, в одних случаях—с несомненностью, в других—с большей или меньшей степенью вероятности, все эти 17 случаев мы должны отнести на счет связи с ночлежными приютами.

В 4 случаях наиболее вероятным представляется занос инфекции благодаря соприкосновению (торговля и шитье) со старыми вещами. Наиболее характерным в этом отношении является случай заболевания в д. № 10 по Малороссийской ул. Заболевший—портной старых вещей, Сруль Ш—ц, 36 л., за несколько времени до начала болезни отправился на толкучку, где приобрел большую партию старых солдатских вещей (шинелей, рубах и проч.), которые и доставил к себе на квартиру. Родные его и он сам отмечают, что с вещами было доставлено в квартиру большое количество вшей. Вскоре после этого случая, 11 мая, он заболел и 18-го поступил в б—цу. Аналогичны этому, хотя и не сопровождаются такими характерными рассказами, и другие три случая (б—ые Г—ва, Л—н и Ц—к).

Если мы припомним, что при описании очагов та же причина, как наиболее вероятная, была указана в 5 случаях заболевания, мы будем иметь всего девять случаев заражения вследствие соприкосновения со старыми вещами.

Остальные 54 случая, в сущности, представляют те одиночные, рассеянные по городу случаи заболеваний, которые, конечно, тоже стоят в связи или с каким-либо из описанных уже нами случаев, или еще с иными, оставшимися нам неизвестными, но связь эта остается для нас необнаруженной. Тем не менее, в ряде случаев представлялось возможным и тут сделать кое-какие интересные наблюдения, которые мы и постараемся изложить по возможности короче.

Так, в 4 случаях (б—ые В—р, В—кий, Д—ко и К—ая) имеются указания, что данные лица до своей болезни навещали каких-то „больных“, которые для нас, за давностью-ли времени или отсутствием точных указаний, остались необнаруженными.

Сходны с только что упомянутыми, далее, 2 случая заболевания среди рабочих табачной фабрики б. Попова (б—ные М—хер и Г—н), где, повидимому, имели место еще аналогичные случаи, оставшиеся незарегистрированными.

В одном случае (б—ная Ш—к) имеются указания, что отец данной больной посещал по месту службы, как раз в начальном периоде заболевания сыпным тифом, другую больную (Аню М.) из очага, описанного выше на стр. 113—115. Мы не считали однако такое указание (перенос через третье лицо) достаточным, чтобы причислить и данную больную к тому же очагу и указываем на это обстоятельство лишь как на более или менее вероятный источник заражения.

В некоторых случаях приходилось отмечать довольно упорное повторение заболеваний в районе одного двух кварталов, несмотря на то, что в непосредственной связи эти больные друг с другом до болезни не состояли. Так, например, в д. № 19 по Запорожской ул. 9 мая заболела Циля Ш., 24 лет, а в д. № 17 по той же улице 8-го июня—Злата С., 18 л., оба случая сами по себе неясного происхождения. Но весь данный район в отношении сыпного тифа представляется далеко не благополучным за весь соответствующий период: так, в середине апреля наблюдался случай заболевания в д. № 47 по Прохоровской ул., уг. Запорожской (б—ная Пелагея П., см. выше, стр. 108, повидимому, случай заражения от старых вещей), в мае—июне—3 (4?) больных в д. №№ 15—25 по Запорожской ул. (очаг, описанный на стр. 113) и т. д. Быть может, в такой передаче инфекции в пределах одного района известную роль сыграли хлебные очереди, наблюдавшиеся как раз в конце мая и июне месяце. Характерен в этом отношении рассказ одной больной, Меланьи К., 24 лет, проживавшей по Старо-Конному пер. в д. № 5. Заболела она 19-го, в б—цу поступила 27 июня. По ее словам, буквально целый месяц перед заболеванием она провела в очередях, где нередко оставалась на целые ночи; по возвращении домой часто находила на себе вшей, не только на белье, но и на верхнем платье и на шали; уже чувствуя себя больной, пока не слегла, несколько дней еще продолжала ходить в очереди.

Интересны, хотя и недостаточно выяснены, следующие 2 случая. Почти одновременно, 17—18 июня, заболели и 24-го поступили в б—цу Мартын А., 24 лет, милиционер Бульварного Комиссариата, и содержавшийся в том же Комиссариате в качестве арестованного Филипп Т., 19 лет. Необходимо отметить, что первый лишь бывал в здании Комиссариата, но при арестованных не находился и жил на частной квартире. Ни ранее, ни после того, случаев заболевания сыпным тифом среди арестованных или милиционеров этого Комиссариата не наблю-

далось. Итак, несмотря на большую вероятность в обоих этих случаях одного и того же источника инфекции, источник этот остался необнаруженным.

Весьма сходны с только что описанными и следующие 2 случая, повидимому, связанные друг с другом. В начале июня заболел сыпным тифом Александр С., 43 лет, проживавший в д. № 28 по Пантелеймоновской ул. Как было выяснено, на этой квартире до начала болезни он прожил всего около недели, переселился же сюда из д. № 6 по той же улице. Из расспросов больного и его родных на удалось установить источника заражения; между прочим, больной отмечал, что постоянно ездил на линейках, курсировавших по городу в описываемый период времени в виду отсутствия трамвайного движения. В средних числах июня заболевает сыпным тифом Прохор Г., 18 лет, служивший кучером при линейках и находившийся при лошадях, в конюшне, в д. № 6 по Пантелеймоновской ул., т.-е. в том самом доме, где незадолго до своей болезни жил и первый больной. Имеем-ли мы тут дело со случайным совпадением, или между описанными двумя случаями имеется действительная связь,—установить не удалось.

В 2 случаях можно предполагать связь с привозной инфекцией: в первом случае заболел постоянно проживавший в меблированных ночлежных углах для приезжих, в д. № 50 по Ремесленной ул., Михаил Б., 40 лет; во втором—номерной гостиницы „Железная Дорога“ по Преображенской ул., Антон Т., 19 лет. Принимая во внимание сравнительную частоту заболеваний среди приезжих, при отсутствии указаний на наличие другого источника, можно предположить, что тут таким источником мог послужить какой-либо постоялец, переночевавший 1—2 ночи и затем переменявший место жительства.

В одном случае, регистрируемом, как сыпной тиф, повидимому имело место другое заболевание (Менингит?): б—ной Семен Н., 18 л., заболел внезапно 4 мая, в тот же день поступил в Ст. Гор. б—цу, где и умер 7 мая).

Относительно остающихся 36 больных, не представляющих вообще особого интереса и оставшихся невыясненными в смысле их происхождения, не лишне здесь отметить, что среди них мы встречаем 6 случаев, которые остались нами необследованными: главным образом, это больные, поступавшие в больницу в бессознательном состоянии и вскоре погибавшие, не имевшие родных или родные которых не могли сообщить о них никаких решительно сведений.

Если бы мы пожелали еще установить частоту заболеваемости в связи с профессией, то для этой цели простой разбивки всех зарегистрированных больных по их профессиям было бы недостаточно. Так, случаи повторных заболеваний в очагах, заболевания в ночлежных приютах, а также больничные случаи заражения, очевидно, наинее всего определяются профессией заболевшего.

Далее, несколько различными представляются условия заражения для лиц приезжих, т.-е. инфицировавшихся вне города Одессы, и для постоянно живущих, а следовательно и инфицировавшихся, в Одессе.

Исходя из этих соображений, мы полагаем наиболее рациональным все имеющиеся у нас сведения относительно профессии заболевших распределить в двух таблицах: в первую включены все случаи одиночных заболеваний по городу, равно как и первичные случаи в очагах, если эти последние не привозного происхождения; во второй мы представляем аналогичные сведения, относящиеся ко всем приезжим.

Среди заболевших и инфицировавшихся в пределах города было:

профессия неизвестна	29 чел.	} без определенной профессии — 61 чел., или 52, 14 ² %
домашнее хозяйство	13 „	
неопредел. профессии	7 „	
чернорабочих	4 „	
безработных	4 „	
без всякой профессии	4 „	} предрасполагающих профессий— 32 чел., или 27, 35%.
торговцев и приказчиков (в том числе торговцев старыми вещами—7 чел.)	13 чел.	
занимающихся шитьем	7 „	
извозчиков	5 „	
сапожников и заготовщиков	4 „	
железнодорожных рабочих и служащих	3 „	} прочих профессий — 24 чел., или 20, 51%.
рабочих фабрик и мастерских (в том числе 2 рабочих табачной фабр. б. Попова)	4 чел.	
рабочих на огородах и канализаций (по 2 ч.)	4 „	
интеллигентных профессий	3 „	
домашней прислуги	2 „	
11 различных профессий по 1 чел.	11 „	
Всего указаны сведения относительно		117 чел.

Относительная частота заболеваний среди лиц, занимающихся торговлей, изготовлением, а особенно починкой платья и обуви, а также извозчиков и, повидимому, жел.-дор. рабочих и служащих делает эти профессии одним из предрасполагающих моментов для заболевания сыпным тифом. На эти 5 профессий падает более $\frac{1}{4}$ всех рассматриваемых случаев, тогда как на прочие 15—18 профессий приходится лишь около $\frac{1}{6}$. Очень значительная часть заболеваний приходится и на лиц, не имеющих определенной профессии, но здесь значительную роль, между прочим, играет близость этой категории лиц к ночлежным приютам. Отмечается почти полное отсутствие лиц интеллигентных профессий—к таковым могут быть отнесены лишь 2 конторских служащих и 1 актер, т.е. всего 3 случая, или 2,51% общего числа данной группы.

Для приезжих получаем следующую таблицу:

профессия неизвестна	9 чел.	} без определенной профессии — 26 чел., или 49, 06%.
приехавших искать работу	10 „	
домашнее хозяйство	5 „	
неопределенной профессии	2 „	} предрасполагающих профессий— 12 чел., или 22, 64%.
занимающихся торговлей	10 „	
жел.-дор. служащих	1 „	
сапожник	1 „	} прочих профессий—15 чел. или 28, 30%.
интеллигентных профессий	6 „	
учащихся	4 „	
занимающихся хлебопашеством	3 „	
чернораб. и дом. присл. по 1 чел.	2 „	
Всего приезжих		53 чел.

Оставляя в стороне случаи заболеваний среди лиц без определенных профессий, которые здесь, как и в предыдущем случае, составляют около половины, мы видим из предрасполагающих профессий достаточно многочисленной лишь группу лиц, занимающихся торговлей, и на ряду с этим значительное увеличение представляет группа лиц интеллигентных профессий, которая, вместе с близкой к ней группой учащихся, составляет уже 18,87% общего числа приезжих. В этом надо видеть влияние условий пребывания в пути, уравнивающее возможность заражения для всех, без различия профессии. Да и на занятие торговлей, при таких условиях, уже нужно смотреть скорее, как на момент, предрасполагающий к поездке, а не к самому заражению.

Теперь обратим внимание на распределение больных по месту их заболевания, или вернее по району их жительства в гор. Одессе в момент заболевания.

В центральной части города зарегистрировано (в том числе 7 сл. в ад. Ст. Гор. б-цы и 7 сл. в ночлежных приютах и общежитиях)	87	случ.,	т.-е. 22, 90,0%
На Молдаванке (в том числе 93 случ. в ночлежн. приютах)	226	"	" 59, 47,0%
На Сахалинчике с прилегающей частью города	10	"	} всего 42 сл., т.-е. 11, 05% }
На территории порта (в том числе 12 сл. в „Казенном“ ночлежном приюте)	17	"	
На Слободке Романовке (в том числе 2 сл. в адании Нов. Гор. б-цы)	7	"	
На Пересыпи	6	"	
В районе пригородов	2	"	} т.-е. 6, 58%
Прочих (в том числе 11 сл.—приезжие, не имевшие квартиры в Одессе, 6 сл.—место жительства осталось неизвестным, 8 сл.—„до приютам“ без более точного указания)	25	"	

По улицам и домам все эти случаи распределялись (улицы в алфавитном порядке, цифры в скобках обозначают №№ домов с указанием числа случаев в каждом):

I. Центральная часть города:

Б.-Арнаутская (17, 52, 66 по 1 сл., 46—2 сл., 123—4сл.)	9	сл. в 5 дом.
Гимназическая (35—1 сл.)	1	"
Дегтярная (23—Сборный Пункт—1 сл.)	1	"
Екатерининская (75—1 сл.)	1	"
Жуковская (5—1 сл.)	1	"
Земская (20—1 сл.)	1	"
Карангозова (32—1 сл.)	1	"
Кондратенко (1—1 сл.)	1	"
Маразлиевская (5—1 сл.)	1	"
Мещанская (20—4 сл., 22—1 сл., 23—5 сл.)	10	" в 3 дом.
Пантелеймоновская (6, 28, 32, 50 и Пантелеймон. Подв.—по 1 сл.)	5	" в 5 дом.
Петра Великого (20—1 сл.)	1	"
Полтавской Победы (128—1 сл.)	1	"
Польская (9, 13, 14—по 1 сл.)	3	" в 3 дом.
Преображенская (Бульв. Комисс. и гост. „Жел. Дор.“—по 1 сл.)	2	" в 2 дом.
Привозная площадь (ночл. пр. Маразли—1 сл.)	1	"
Провиантская (11 и 33—по 1 сл.)	2	" в 2 дом.
Пушкинская (75—2 сл. и 79—Ильинское Подворье—3 сл.)	5	" в 2 дом.
Ремесленная (1, 24, 46, 50—по 1 сл., 45—10 сл., 47—2 сл.)	16	" в 6 дом.
Ришельевская (14—Венер. госп. Кр. Кр.—1 сл.)	1	"
Садовая (11—1 сл.)	1	"
Старо-Резничная (10—1 сл.)	1	"
Суворовская (3, 59, 79, 82, 101—по 1 сл., 88—Гост. Майбаха—2 сл.)	7	" в 6 дом.
Троицкая (21 и 30—по 1 сл.)	2	" в 2 дом.
Успенская (56—1 сл., 58—Общез. Польск. Ком.—2 сл.)	3	" в 2 дом.
Херсонская (1, 18—по 1 сл., Зд. Стар. Гор. б-цы—7 сл.)	9	" в 3 дом.

II. Молдаванка:

Балковская (34, 225 —по 1 сл., 19—3 сл., 197—10 сл.)	15	" в 4 дом.
Болгарская (17—1 сл., 40, 44, 56—по 2 сл.)	7	" в 4 дом.
Виноградная (4—1 сл.)	1	"

Внешняя (6, 86—по 1 сл., 104—Ночл. пр. Майорки—6 сл.)	8 сл. в 3 дом.
Воронцовская (7—2 сл.)	2 „ в 1 дом.
Головковская (58, 70—по 1 сл.)	2 „ в 2 дом.
Госпитальная (9, 17, 28, 54—по 1 сл., 55—4 сл.)	8 „ в 5 дом.
Градоначальническая (37—1 сл.)	1 „
Дальницкая (2—1 сл., 27—2 сл.)	3 „ в 2 дом.
Дурьяновский пер. (10—1 сл.)	1 „
Запорожская (12, 17, 18, 19, 25—по 1 сл., 15—2 сл.)	7 „ в 6 дом.
Картамышевская (5, 10, 14, 31, 48—по 1 сл., 30—5 сл.)	10 „ в 6 дом.
Картамышевский пер. (7—4 сл.)	4 „ в 1 дом.
Колонтаевская (26, 32, 37, 71—по 1 сл., 34—6 сл.)	10 „ в 5 дом.
Косвенная (90—2 сл.)	2 „ в 1 дом.
Костецкая (5, 6, 27—по 1 сл.)	3 „ в 3 дом.
Ломаный пер. (1—1 сл.)	1 „
Малороссийская (7, 10, 37, 55—по 1 сл., 16—2 сл.)	6 „ в 5 дом.
Манежная (14, 40—по 1 сл.)	2 „ в 2 дом.
Матросский сп. (11—1 сл.)	1 „
Мельникова—Одесса—Застава (14—1 сл.)	1 „
Мясоедовская (14, 17, 25—по 1 сл., 37—3 сл., 2—Пр. Аронки—7 сл.)	13 „ в 5 дом.
Пионовская (36—1 сл.)	1 „
Прохоровская (6, 35, 47, 73—по 1 сл., 4—Пр. Гершки—80 сл.)	84 „ в 5 дом.
Рааумовская (33, 40—по 1 сл.)	2 „ в 2 дом.
2-й Рааумовский пер. (3—1 сл.)	1 „
Раскидайловская (7, 41—по 1 сл., 43—9 сл.)	11 „ в 3 дом.
Садиковская (35—2 сл.)	2 „ в 1 дом.
Срединская пл. (5—1 сл.)	1 „
Скидановская (5, 7—по 1 сл.)	2 „ в 2 дом.
Средняя (19—1 сл., 31, 37—по 2 сл., 18, 48—по 3 сл.)	11 „ в 5 дом.
Старо-Конный пер. (5—1 сл.)	1 „
Хуторская (32—1 сл.)	1 „
Южная (35—1 сл.)	1 „

III. Сахалинчик с прилежащей частью города:

Бассейная (1—1 сл.)	1 „
Бассейный пер. (2—1 сл.)	1 „
2-й Водопроводный пер. (8—3 сл.)	3 „ в 1 дом.
Вознесенский пер. (32—1 сл.)	1 „
Сахалинчик (11—1 сл.)	1 „
Средне-Фонтанский дор. (21 и Санатория д-ра Дрознеса—по 1 сл.)	2 „ в 2 дом.
Средне-Фонтанский пер. (11—1 сл.)	1 „

IV. Порт:

Ланжероновский сп. (1—1 сл., 2—„Казенный“ приют—12 сл.)	13 „ в 2 дом.
Левашевский сп. (9—1 сл.)	1 „
Обсервационный госпиталь Кр. Кр.	1 „
Приморская (99—2 сл.)	2 „ в 1 дом.

V. Слободка - Романовка:

Городская (18—1 сл.)	1 „
Лавочная (12—1 сл.)	1 „
Мандражинская (18—1 сл.)	1 „
Рапалова (16—1 сл.)	1 „
Училищная (32—1 сл.)	1 „
Новая Городская больница	2 „

VI. Пересыпь:

Жевахова Гора, д. Блохина	1 „
Кошелева (12—1 сл.)	1 „
Московская (26—2 сл., 119—1 сл.)	3 „ в 2 дом.
Щелакова (8—1 сл.)	1 „

VII. Пригороды:

Андреевский лиман 16	1 „
Балтская дорога, хутор „Пресеки“	1 „

Наиболее пораженными сыпным тифом за отчетный период оказались, таким образом, улицы:

Ремесленная (16 сл.), Балковская (15 сл.), Раскидайловская (11 сл.), Средняя (11 сл.), Мещанская (10 сл.), Картамышевская (10 сл.), Колонтаевская (10 сл.), Б.-Арнаутская (9 сл.), Госпитальная (8 сл.), Суворовская (7 сл.), Болгарская (7 сл.), Запорожская (7 сл.), Малороссий-

ская (6 сл.), а также Прохоровская (84 сл.), Мясоедовская (13 сл.), Ланжероновский сп. (13 сл.) и Внешняя (8 сл.), с их ночлежными приютами, Пантелеймоновская (5 сл.) и Пушкинская (5 сл.), с их подворьями — Пантелеймоновским и Ильинским — и, наконец, Херсонская (9 сл.) с Ст. Гор. б — цей.

Все прочие улицы дали каждая менее 5 случаев заболевания:

4	случ. на одной улице наблюдались	1 раз
3	" " " " " "	6 "
2	" " " " " "	13 "
1	" " " " " "	43 "

Рассмотрев ход описываемой эпидемии по районам, необходимо еще указать ход заболеваний по дням. В каждом отдельном случае начало болезни устанавливалось со всей возможной точностью, как на основании опроса больного и его окружающих, так и на основании хода его болезни (время появления сыпи, падения температуры и проч.), согласно отметкам в историях болезни. К сожалению, за первые дни отчетного периода данные эти не удалось собрать с достаточной полнотой; заболевания же последних дней того же периода регистрировались лишь в июле и потому в данный обзор не попадают. В виду этого, имеющиеся у нас точные данные о начале заболевания относятся к периоду времени приблизительно с 20 апреля по 20 июня. Помещаемая ниже таблица изображает ход эпидемии сыпного тифа по времени начала заболевания, с указанием числа заболевших среди ночлежников, приезжих и местных жителей.

Месяц и число	Заболело				Месяц и число	Заболело				Месяц и число	Заболело			
	Ночлежников	Приезжих	Местн. жителей	Всего		Ночлежников	Приезжих	Местн. жителей	Всего		Ночлежников	Приезжих	Местн. жителей	Всего
Апр.					Май					Июнь				
20	—	—	2	2	12	13	5	6	24	3	—	—	3	3
21	—	1	1	2	13	12	—	1	13	4	—	—	4	4
22	—	1	1	2	14	6	2	4	12	5	—	1	3	4
23	—	—	1	1	15	9	—	9	18	6	1	1	1	3
24	—	—	—	—	16	4	—	4	8	7	2	—	4	6
25	—	—	—	—	17	2	—	10	12	8	1	1	6	8
26	—	—	4	4	18	8	1	3	12	9	—	—	3	3
27	—	2	—	2	19	3	—	3	6	10	—	1	6	7
28	1	—	2	3	20	2	—	6	8	11	—	2	2	4
29	—	1	—	1	21	1	—	2	3	12	2	1	3	6
30	—	—	2	2	22	3	1	6	10	13	—	—	1	1
Май					23	1	—	3	4	14	2	2	2	6
1	—	1	4	5	24	—	—	2	2	15	2	—	1	3
2	—	1	1	2	25	—	1	4	5	16	—	—	4	4
3	—	2	—	2	26	—	1	1	2	17	2	—	4	6
4	1	1	3	5	27	2	1	1	4	18	1	—	7	8
5	—	1	1	2	28	—	1	5	6	19	1	—	3	4
6	1	—	2	3	29	—	—	1	1	20	1	1	3	5
7	1	—	—	1	30	—	—	—	—	21	1	—	3	4
8	4	1	1	6	31	—	1	1	2	22	—	—	2	2
9	5	—	4	9	Июнь					23	1	—	2	3
10	12	1	5	18	1	—	2	2	4	24	1	—	1	2
11	6	2	2	10	2	—	1	3	4					

Остается еще рассмотреть один существенный с эпидемиологической точки зрения вопрос — об интернировании больных сыпным тифом в лечебные заведения.

Значительное большинство больных, действительно, было помещено в специальном лечебном заведении — заразном отделении Старой Городской б — цы. Упомянем лишь здесь, что значительная часть их, раньше чем попасть в это специальное отделение, проводило предварительно по несколько дней то в Новой Городской или Еврейской больницах, то в общих палатах Старой Городск. б — цы.

Далее, как уже отмечалось и выше, известное число больных сыпным тифом проводило всю свою болезнь под другими диагнозами в общих отделениях больниц *) и, наконец, некоторые переносили болезнь дома. В этом последнем случае лишь сравнительно редко лечившие больного на дому врачи устанавливали диагноз сыпного тифа и еще реже извещали об этом Санитарное Бюро. В большинстве же этих случаев заболевание протекало под другим диагнозом, как-то: брюшной тиф, воспаление легких, инфлюэнца, „испанская болезнь“ и проч.

Переходим к цифрам. Из общего числа больных

были помещены в сыпно-тифозное отд. Ст. Гор. б — цы	346 чел.	или 91,05%
лежали в б — цях под другими диагнозами	12 „ „	3,16%
лежали дома	22 „ „	5,79%

Из 22 больных, лежавших дома, лишь 6 лежали как сыпно-тифозные, 11 лечились у частных врачей и определялись ими, как иные заболевания, и остальные 5 ни у кого не лечились и совершенно не подзревали истинного характера своей болезни до тех пор, пока последовательные заболевания его не обнаруживали.

Однако, эти, казалось бы, столь утешительные результаты, в отношении % госпитализируемых больных, при ближайшем ознакомлении с делом, заставляют признать положение далеко не столь блестящим. Если мы обратимся к рассмотрению того, в каком периоде болезни больные поступают в больницу, то увидим, что 315 больных сыпным тифом, лежавших в Старой Городск. б — це, относительно которых имеются соответствующие сведения, до поступления их в эту больницу вне ее с начала болезни провели в общей сложности 1958 дней, что составляет в среднем 6,22 дня на одного больного.

В частности,

на 2-й день заболел, пост. в б — цу (б — ой Семен Н., см. стр. 133)	1 чел.	} 74 чел., или 23,49%
на 3-й день заболевания поступило в больницу	5 „	
„ 4-й „ „ „ „ „	9 „	
„ 5-й „ „ „ „ „ „	29 „	
„ 6-й „ „ „ „ „ „	30 „	
„ 7-й „ „ „ „ „ „	47 „	} 210 чел., или 66,67%
„ 8-й „ „ „ „ „ „	57 „	
„ 9-й „ „ „ „ „ „	56 „	
„ 10-й „ „ „ „ „ „	31 „	
„ 10-й „ „ „ „ „ „	19 „	

*) Считаю необходимым отметить, что во всех случаях, где я указываю на неправильно установленные больничные диагнозы, ознакомление с историями болезни вполне подтверждает именно мое предположение. Так, например, во всех случаях установки б — цей диагноза „возвратный тиф“ у больных, рассматриваемых мною, как сыпно-тифозные, исследование крови на спирохеты Obermaier'a, если оно производилось, давало отрицательный результат и „возврата“ лихорадки нигде не наблюдалось. То же и в других случаях.

Позволю себе здесь самым решительным образом подчеркнуть, что только желание содействовать возможному улучшению дела, а отнюдь не стремление искать чьих-либо ошибок, заставляет меня лишь раз изобразить некоторые явления, которые я мог отметить при близком знакомстве и совместной работе с нашими больницами.

Весьма резко проявляется игнорирование эпидемиологического способа установки диагноза. А между тем, во многих случаях только этот метод и дает возможность поставить правильное распознавание болезни.

Такое игнорирование сказывается в почти полном отсутствии в больничных историях болезни отметок о заболеваниях в семье, в квартире или в доме, откуда поступил данный больной. Начинается дело с момента приема больных, нередко поступающих сразу целой семьей в лихорадочном периоде заболевания, где при ясности клинической картины хотя бы у одного, казалось бы, нет оснований для диагностической ошибки в отношении других. Нельзя не признать уродливым такое явление, когда из 4 лихорадящих больных, членов одной семьи, носящих одну фамилию и поступающих в больницу из одной квартиры в один и тот же день и час, — двое лежат в отделении для сыпно-тифозных с диагнозом „сыпной тиф“, третий — в общей палате с диагнозом „typhoid“, а четвертый — в кожном отделении с диагнозом: „Favus, осложнение — Status typhosus“ (см. стр. 106). И между тем, при современной больничной системе, такое положение является совершенно естественным. Поступая в больницу одновременно, члены одной и той же семьи, в зависимости от пола, возраста, наличности свободных мест и других случайных причин, распределяются по разным палатам. Здесь каждый больной для занимающегося им ординатора нередко представляет неразрешимую загадку, особенно, при отсутствии привычки пользоваться эпидемиологическими данными, если принять во внимание, что не во всех случаях и не во все периоды болезни наиболее характерные клинические признаки имеются на лицо. Еще хуже обстоит дело, когда несколько членов одной семьи поступают в б — цу на протяжении нескольких дней. При ежедневной смене дежурных врачей, очень трудно рассчитывать на то, что между такими случаями будет установлена какая-нибудь причинная связь. И совсем плохо с установкой диагноза становится в тех случаях, когда несколько больных из одного очага поступают в разные больницы. При отсутствии ясной клинической картины в данный момент — диагностическая ошибка становится почти неизбежной. Во всех этих случаях только эпидемиологические сведения могут вывести на правильный путь. Поэтому настоятельно необходимым представляется координирование деятельности эпидемиологов, работающих в самых местах развития инфекции, с деятельностью наших больших больниц. При этом связь эта должна выражаться не в случайных посещениях больницы врачами-эпидемиологами в особых случаях, а в постоянной органической совместной работе, быть может, также в несении специальной эпидемиологической работы одним из врачей больницы.

Кроме эпидемиологических сведений, весьма важным надо признать более строгое распределение по отделениям как заразных больных с установленными диагнозами, так и подозрительных, а также соответствующее содержание выздоравливающих больных. Выше было приведено, основанное на имеющихся цифрах, наиболее вероятное объяснение случаев внутрибольничных заражений как больных, так и персонала. Наряду, быть может, со случаями сыпного тифа, протекавшими под другими диагнозами и сравнительно немногочисленными,

гораздо большее значение должно быть приписано содержанию в общих палатах вновь поступающих больных сыпным тифом до момента установки диагноза, а также выздоравливающих больных уже после падения температуры. Как для одной, так и для другой категории больных представляется желательным устройство особых отделений. В частности, для вновь поступающих лихорадящих больных, во всех случаях, где только может подозреваться заразное заболевание, представляется весьма желательным отведение особых обсервационных (или изоляционных) палат, соразмерных с количеством таких больных, поступающих ежедневно, чем было бы достигнуто сокращение площади возможного рассеяния инфекции и даны условия для более тщательной и быстрой установки диагноза заболевания. Именно, в условиях несовершенства больничной обстановки, когда нет уверенности в том, что совместно содержащиеся больные не передадут друг другу инфекцию, недостаток больничной техники должен компенсироваться более строго проводимой изоляцией больных разными инфекциями. Наконец, в виду установленных с несомненностью случаев заноса инфекции из больницы выписавшимися после перенесенного сыпного тифа больными, необходимо обратить самое тщательное внимание на условия выписки больного в смысле дезинфекции его самого, хранения и выдачи ему платья и находившихся при нём в палате вещей, самого процесса переодевания из больничной одежды в свою собственную и проч.

Наконец, то, что нам приходится наблюдать по городу и что описано в настоящем обзоре в той его части, которая посвящена специально очагам, свидетельствует достаточно красноречиво о несомненной слабости существующего у нас надзора за заразными заболеваниями.

Все случаи обнаружения очагов заразных заболеваний, с точки зрения доступности для мероприятий городской врачебно-санитарной организации, необходимо распределить на две группы: 1) внезапное обнаружение, благодаря случайному поступлению в больницу больного из очага, существовавшего долгое время и 2) постоянное повторение все новых и новых случаев заболевания в одном и том же очаге, уже известном, благодаря ранее наблюдавшимся в нем случаям.

Очаги первой группы, развивающиеся в громадном большинстве случаев при благосклонном содействии и под прикрытием лечащих на дому врачей, свидетельствуя об их безучастном отношении к делу охранения здоровья населения, будут встречаться до тех пор, пока каждый врач не будет считать себя обязанным обо всяком случае заразного заболевания сообщать тому центру, который объединяет все противоэпидемические мероприятия. Случаи же второй категории указывают вполне определенно на слабость и недостаточно планомерную деятельность городской врачебно-санитарной организации, а эта слабость и недостаточная деятельность обуславливается тем зачаточным состоянием специальной противоэпидемической организации, какое мы можем в настоящее время наблюдать.

В самом деле, в случае обнаружения где-либо очага заразного заболевания, в частности, сыпного тифа, санитарный врач производит обследование очага. Если он находит при этом больных, то может принять те или иные меры, вызвав участкового врача, эвакуировав больного в больницу, сообщив Дезинфекционной Камере о производстве дезинфекции и проч. Но, если в момент его посещения больного в квартире нет, а заболит он, скажем, неделю спустя, то не в силах санитарного врача предупредить дальнейшее существование очага, который может дать целый ряд заболеваний, пока один из заболевших снова не поступит в больницу и, таким образом, этот очаг снова не обратит на

себя внимание санитарного врача. Ясно, что такого надзора за очагом недостаточно. Тем более недостаточно наблюдения участкового врача, который явится сюда лишь к больному, да и то в том случае, если заболевший пригласит его к себе, а не предпочтет лечиться у частного врача, что и происходит, несомненно, в большинстве случаев. Словом, систематического, длительного наблюдения за очагом вести оказывается, некому; это и должно составлять одну из обязанностей врачей-эпидемиологов. И в тех случаях, где наша специальная противоэпидемическая организация, представляемая в течение отчетного периода одним врачом-эпидемиологом*) и заведующим Дезинфекционной Камерой, находила возможным уделять время для таких повторных посещений очагов, там эти посещения оказывались чрезвычайно плодотворными, и соответствующие очаги удавалось ликвидировать в кратчайший срок, по большей части, после 1—2 заключительных заболеваний уже инфицированных лиц. И, наоборот, в тех случаях, где подобные регулярные повторные посещения оказывались, по недостатку сил, невыполненными, там очаги существовали долгое время и давали все новые и новые случаи повторных заболеваний.

Итак, в улучшении санитарной статистики, усовершенствовании больничного дела и упрочении и дальнейшем расширении противоэпидемической организации, составляющей часть обще-санитарной организации, мы видим создание *minimum'a* тех условий, которые соответствуют достоинству европейского города с полумиллионным населением, в конце первой четверти XX столетия.

Из всего изложенного в настоящем обзоре вытекают следующие положения**):

- 1) Несообщение сведений о заразных больных частными врачами культивирует очаги заразных заболеваний, в виду чего необходимо добиться представления таких сведений.
- 2) Равным образом необходимо, в виду тесной связи между военным и гражданским населением, представление аналогичных сведений учреждениями военного ведомства (главн. обр., военным госпиталем).
- 3) Желательно улучшение статистики больниц, главным образом, с целью устранения недостатков, выражающихся в двух направлениях:
 - а) неполной регистрации всех заразных больных,
 - б) отсутствия сведений о перемене диагноза заразного заболевания на незаразное.
- 4) В области больничного дела желательно:
 - а) более строгое распределение больных,
 - б) более тщательное выяснение сведений эпидемиологического характера, в частности, устранение недостатков приема в больницу больных—членов одной и той же семьи,
 - в) более тщательное наблюдение за условиями выписки заразных больных,
 - г) постоянная связь с работой городской противоэпидемической организации, равно как и эпидемиологическая работа внутри самой больницы, путем введения в штат больших больниц специальных должностей врачей-эпидемиологов (сан.-эпид. врачей).

*) В настоящее время (с лета 1922 г.) в Одессе не существует даже и одного врача-эпидемиолога.

**) Некоторые положения настоящего „Обзора“ (напр., 2 и 6), несомненно, устарели и в настоящее время имеют лишь историческое значение. Но за то другие (особенно 1, 4, 7 и 8) совершенно жизненны и сохраняют в полной мере все свое значение и на сегодняшний день.

5) В виду значительной роли в распространении заразных заболеваний артельных (кочечно-коморочных) квартир, ночлежек и проч., необходима выработка для них специальных правил и особо тщательное за ними наблюдение.

6) В виду исключительной роли железных дорог в распространении сыпного тифа, необходима систематическая дезинсекция вагонов.

7) Сравнительная частота заболеваний сыпным тифом среди извозчиков лишней раз подчеркивает необходимость энергично бороться с перевозкой заразных больных в экипажах общественного пользования.

8) Слабость врачебно-санитарной организации в деле борьбы с заразными болезнями выдвигает на очередь вопрос об упрочении и дальнейшем расширении специальной противоэпидемической организации.

К вопросу об организации дезинфекционного дела.

(Доклад, прочитанный на V-м Всероссийском съезде бактериологов и эпидемиологов в 1921 году в Москве).

Врача А. В. ГРОМАШЕВСКОГО.

Важность дезинфекционных мероприятий в деле борьбы с инфекциями является общепризнанной. И, тем не менее, постановка этого дела зачастую оставляет желать очень многого. С одной стороны, мы встречаемся с полным отсутствием или лишь с зачаточным развитием самого дела. Выход из такого состояния сам собою ясен, хотя очень часто чрезвычайно затруднителен, а иногда и невозможен, по условиям чисто технического свойства.

Но, с другой стороны, мы встречаемся и с другим явлением, которое я охарактеризовал бы как переоценку значения дезинфекции в противоэпидемической борьбе. В этом случае мы сталкиваемся с такой организацией дела, которая по существу свидетельствует о том, что дезинфекция рассматривается, как своего рода противоэпидемическая панацея. Характерной чертой такой организации является учреждение „дезинфекционных камер“, „дезинфекционных отрядов“ и пр., на которые возлагается часто совершенно невыполнимая обязанность—бороться с эпидемией исключительно путем дезинфекционных мероприятий.

Между тем, действующие изолированно от общего противоэпидемического плана дезинфекционные установки, так же как и по тому же принципу организованная жилищная дезинфекция, вне связи с целым рядом дополнительных технических и организационных приемов, дают лишь ничтожные результаты, и с точки зрения современных научных взглядов и требований являются анахронизмом.

Установленная и точно изученная за последние 1—1½ десятилетия роль насекомых и бациллоносителей в распространении инфекций нередко заставляет смотреть на личную дезинфекцию, а особенно дезинсекцию и изоляцию здоровых людей, находившихся в соприкосновении с заразными больными, и бациллоносителей, как на меры, гораздо более важные, чем дезинфекция жилища больного или предметов окружавшей его обстановки. Но для этого необходимы специальные технические приемы и приспособления, как-то: дезинфекционная баня, прачешная, изоляционное помещение; помещенные в изолятор лица должны быть в соответствующих случаях обследованы на бациллоношение, вакцинированы, подвергнуты врачебной обсервации, термометрированию во все время изоляции и проч..

Близость этих, отчасти, технических приемов к собственно дезинфекционным, а также взаимно дополняющий друг друга характер тех и других, совершенно естественно, требуют установления между ними определенной организационной связи.

Таким образом, надо признать, что санитарно-дезинфекционного типа учреждение является соответствующим современным требованиям лишь тогда, когда оно не только производит дезинфекцию, главным образом, мертвых объектов, способных лишь совершенно пассивно содействовать распространению инфекции, но объединяет еще целый ряд технических областей борьбы с инфекционными заболеваниями. Во всех этих областях работа должна вестись одновременно и в самой непосредственной связи с производством дезинфекции.

Кроме уже упомянутых выше, организация санитарного транспорта по перевозке инфекционных (только инфекционных!) больных является еще одной отраслью противэпидемической работы, чрезвычайно выгодно сочетающейся с дезинфекционным делом. Такое соединение выгодно не только потому, что дезинфекционному отряду часто приходится в местах своей работы обнаруживать инфекционных больных, но еще и потому, что такая организация наиболее обеспечивает весьма трудное, вообще, предупреждение передачи инфекции через транспортные средства (инфекционные и неинфекционные больные, разные виды инфекций, дезинфекция транспортных средств), а также возможно более скорое производство жилищной дезинфекции вслед за эвакуацией инфекционного больного.

Организационное объединение дезинфекции мертвых объектов посредством стационарных аппаратов и жилищной дезинфекции с работой дезинфекционной (душевой, пропускного типа) бани и прачешной, с изоляционным помещением (квартирой), транспортировкой инфекционных больных, а где возможно и необходимо—с дератизационными и неотложными ремонтными работами (крысоловные и санитарно-технические ремонтные отряды) и иными близкими к упомянутым техническими приемами противэпидемической борьбы, наконец, с соответствующим участием в санитарно-просветительной работе, ведет к замене „Дезинфекционных Камер“ старого типа Санитарно-Дезинфекционными Станциями, являющимися мощными техническими аппаратами для проведения целого ряда чрезвычайно важных мероприятий.

Без такого аппарата, без такой материальной основы, никакой план противэпидемических мероприятий, никакая работа обще-санитарных или специальных противэпидемических органов не могут дать вполне благоприятных результатов, точно так же, как производство массовых предохранительных прививок, вылавливание бациллоносителей, изоляция инфекционных больных не могут быть осуществлены без соответствующих вакцинных и диагностических бактериологических институтов, инфекционных госпиталей и проч..

Конечно, те или иные размеры, район обслуживания, подробности внутренней структуры Санитарно-Дезинфекционной Станции, равно как и большая или меньшая технически-организационная связь с другими учреждениями (напр., порядок снабжения, получение электрической энергии или пара, дезинфекционных препаратов и средств и т. д.) и проч., может значительно видоизменяться в зависимости от местных условий. Но основной момент—организационное объединение технически близких между собою приемов противэпидемической борьбы—должен быть сохранен всегда.

Если наиболее полно такая организация может быть осуществлена в крупных населенных центрах (больших городах), то это не исключает необходимости следовать тому же плану при создании санитарно-дезинфекционных учреждений районного или подвижного

типа для сельских местностей, железнодорожных санитарно-дезинфекционных поездов и проч., что мы уже и можем в настоящее время наблюдать во многих случаях.

Как же должна вестись работа Санитарно-Дезинфекционной Станции?

Важнейшими моментами, характеризующими направление ее работы, должны быть: 1) срочность выполнения выпадающих на ее долю заданий, 2) тесная рабочая связь с другими органами противоэпидемической борьбы и последовательное участие в выполнении общего плана и 3) высоко-квалифицированное врачебное руководство деятельностью учреждения на всех ступенях его работы.

Срочность выполнения работы достигается уже, отчасти, самой гибкостью, подвижностью и разносторонностью конструкции учреждения в связи с организационным единством аппарата. Необходимость возможно быстрого осуществления изоляции больного и окружающих его лиц, производства дезинфекции и проч., требует, если можно воспользоваться таким сравнением, противопожарного темпа работы, и тут немедленная изоляция больного, обнаружение и выделение бациллоносителей и проч., так же мало противоречит стройности работы общей санитарно-эпидемиологической работы, как, напр., правильная подача неотложной врачебной помощи больному на дому или скорой помощи пострадавшему от несчастного случая мало нарушает план дальнейшего его лечения в специальном лечебном заведении.

Но эта срочность выполнения работы достигается еще полнее установлением постоянной связи со всеми медико-санитарными органами, прикосновенными к противоэпидемическим мероприятиям. Связь с организацией по оказанию помощи больному на дому (районные, участковые врачи, неотложная помощь и проч.) выражается в постоянном обращении работающего в этом направлении персонала к Санитарно-Дезинфекционной Станции для вывоза инфекционных больных в лечебные заведения и проведения необходимых в том или ином случае последовательных за госпитализацией больного мер. С инфекционными госпиталями Санитарно-Дезинфекционная Станция связана уже одним тем, что, ведая транспортировку инфекционных больных, она является как бы центральным эвакуационным пунктом по направлению и распределению инфекционных больных по лечебным заведениям. Кроме того, в интересах скорейшего проведения дезинфекционных и пр. мер, вслед за госпитализацией больного, различные лечебные заведения о каждом случае поступления инфекционного больного каким-либо иным путем, помимо Санитарно-Дезинфекционной Станции, одновременно с регистрацией его в обычном порядке, сообщают Санитарно-Дезинфекционной Станции для производства дезинфекции и проведения необходимых срочных мер. В случаях, где больной вывезен средствами Станции, необходимые дальнейшие меры провозятся автоматически.

В целях возможной скорости и полноты работы, Станция получает от центрального органа по регистрации инфекционных больных (Санитарно-Статистического или Санитарно-Эпидемиологического подотдела) сведения о всех инфекционных заболеваниях для принятия мер по производству заключительной или установки текущей дезинфекции.

Само собою понятно, что особенно тесное сотрудничество Санитарно-Дезинфекционная Станция имеет с санитарно-эпидемиологической и школьно-санитарной организациями, для которых она является

необходимым техническим органом, совместно с которым намечается соответствующий план мероприятий, осуществляемый затем техническим аппаратом Санитарно-Дезинфекционной Станции.

Наконец, в нужных случаях, поскольку это подсказывается интересами дела и ходом работы, Санитарно-Дезинфекционная Станция сносятся с диагностическими, бактериологическими и ведающими прививочное дело органами, напр., направляя для исследования соответствующий материал подозрительных по бациллоношению лиц из числа изолированных и проч.

Совершенно очевидно, что само по себе дезинфекционное дело, при современном усложнении и развитии наших эпидемиологических знаний, требует такой индивидуализации каждого случая, которая оказывается совершенно непосильной для лица, хотя бы и обладающего известным практическим опытом, но не получившим специального научного медицинского образования. При современной организации, когда дело дезинфекции связывается еще с целым рядом приемов, как, напр., выделение и изоляция бациллоносителей при некоторых инфекциях, обнаружение больных в начальном периоде заболевания и проч., конечно, необходимо совершенно отказаться от выполнения всей работы исключительно средним и низшим персоналом, хотя бы и руководящимся более или менее отдаленными указаниями санитарного врача. Тут необходимо непосредственное участие во всем процессе работы квалифицированного врача-эпидемиолога, специализировавшегося по дезинфекционному делу.

В соответствии с изложенным выше планом, строилась работа Одесской Санитарно-Дезинфекционной Станции (Дезинфекционной Камеры по старой терминологии) в течение последних 3 лет. До этого срока учреждение ведало лишь производством жилищной дезинфекции и дезинфекции вещей в аппаратах и имело изоляционный барак на 14 коек. Характер работы за последнее время будет виден из приводимых ниже кратких данных за 1920 год.

Рост количества работников и одной из главных основ учреждения—транспортных средств—виден из следующей таблицы:

Годы	Врачей	Дезинфекторов	Кучеров	Прочего персонала	Общее количество работников	Транспортных единиц	Лошадей
1918	1	12	4	4	21	6	5
1921	10	45	16	15	86	26	27

Столь значительное расширение рабочей силы учреждения обусловлено, с одной стороны, количественным усилением работы в связи с массовым развитием эпидемий, но, с другой стороны, в не меньшей степени, возникновением новых отраслей работы. Значительное увеличение числа врачей явилось результатом учреждения (с 1 апреля 1919 года) института врачей при выездных дезинфекционных отрядах. До того времени отряды работали без врачебного руководства, ибо в учреждении имелся лишь один врач—заведующий. Однако, указанное здесь количество врачей по штатам 1921 года, отнюдь, не должно вообще казаться слишком значительным. Напротив, имевшееся прежде соотношение врачебного и прочего персонала

учреждения (1:20) должно быть признано совершенно уродливым и недопустимым явлением, основанным на зачаточном и недоразвитом состоянии профилактической медицины вообще и безусловно несоответствующим обычному соотношению между теми же категориями персонала в других медицинских учреждениях*), с которыми достигнуто лишь относительное уравнение со времени устоявления упомянутого выше института врачей дезинфекционных отрядов.

Схема работ Санитарно Дезинфекционной Станции в 1920 году**) представлялась в следующем виде:

I. Дезинфекция: а) жилищная; б) вещей в аппаратах учреждения; в) развозка вещей после дезинфекции.

II. Личная дезинфекция и изоляция лиц, соприкасавшихся с инфекционными больными: а) транспортировка, б) работа дезинфекционной бани при Станции, в) работа бани, организованной в городе для населения (на Ремесленной ул., 48), г) изоляция.

III. Транспортировка инфекционных больных.

IV. Санитарно-просветительная работа.

В области жилищной дезинфекции в 1920 году работало 5—6 выездных дезинфекционных отрядов под руководством врачей, которыми произведено всего 9825 выездов по отдельным адресам на различные случаи инфекционных заболеваний.

В аппаратах Станции (паровом, суховоздушном и серной комнате) продезинфицировано 200.751 штука разных вещей, из коих 60.830 шт. — эвакуированных и подвергавшихся личной дезинфекции, 93.478 шт. — доставленных отрядами Станции из частных квартир и разных учреждений и 46.443 шт. — из городских больниц. В течение года основной дезинфекционный аппарат работал всего 215 дней, остальное время бездействовал из-за отсутствия воды в водопроводе и топлива. Развезено продезинфицированных вещей 5935 партий (по отдельным адресам).

Для личной дезинфекции и изоляции на Станцию за год перевезено 1405 чел., обратно на квартиры после дезинфекции и изоляции — 1193. Из этого количества особенно большие цифры падают на декабрь месяц (1044 и 907) когда была предпринята массовая очистка детских учреждений Наробраза, находившихся в крайне антисанитарном состоянии, и где наряду со вшивостью развивались массовые заболевания паразитарными тифами. Почти все дети нуждались в транспортировке из-за отсутствия обуви и теплого платья. Эта массовая чистка сыграла крупную роль в подавлении целого ряда эпидемических вспышек в отдельных учреждениях, но была вскоре прекращена в связи с топливным кризисом.

В дезинфекционной бани при Станции за год подвергнуто личной дезинфекции (с дезинфекцией платья и стрижкой) всего 6562 чел. за 146 дней функционирования ее. Остальное время баня бездействовала

*) Так, в настоящее время (1923 г.), в стационарных лечебных заведениях гор. Одессы врачебный персонал составляет в среднем ок. 10—12%, а в амбулаторных — свыше 40% общих штатов.

**) Настоящий доклад печатается без изменений в том виде, как он был доложен на V-м Всероссийском съезде бактериологов и эпидемиологов в 1921 г.. Включение цифровых данных о работе Станции за 1921 и 1922 г.г., в отношении иллюстрации основных положений доклада, ничего существенного прибавить не могло бы, ибо план и направление работ продолжает оставаться, в общем, прежним, с тенденцией к дальнейшей концентрации (так, напр., с 1921 г. в план работ включена транспортировка трупов и пр.). С другой стороны, эти данные могут быть найдены в соответствующих отчетах, печатаемых в этом же Сборнике.

по указанной уже выше причине. Баня эта, пропускного душевого типа, с пропускной способностью до 80 чел. в день (при одновременной дезинфекции платья), была заново построена в 1919 году.

Помимо дезинфекционной бани, Станция взяла на себя организацию бань в городе, которые в тот период совершенно бездействовали. По мере возможности, и здесь купанье сопровождалось стрижкой и дезинфекцией платья в установленных при бане подвижных дезинфекционных аппаратах, а иногда, при массовом купании организованных групп, путем доставки вещей купавшихся на Станцию. В 1920 году из бань этого рода в распоряжении Станции находилась лишь одна (по Ремесленной ул., д. № 48), с нормальной пропускной способностью до 1000—1200 чел. в день. За год эта баня работала 141 день и пропустила всего 147754 чел.

При 14 койках, изоляционный барак при Станции, конечно, не удовлетворял всей имевшейся потребности. Он был предназначен преимущественно под изоляцию отдельных лиц и небольших групп (семей) из тифозных очагов, а также для лиц, изолируемых в связи с профилактическими мероприятиями. За год через барак прошло 825 чел. с 5488 эвакуационными днями. Из всего числа изолированных, за время пребывания их под наблюдением, заболело, т.е. в момент эвакуации находилось в инкубационном периоде, 63 человека. Изолированные по инфекциям, послужившим поводом к изоляции, распределяются следующим образом:

сыпной тиф	342 чел.
возвратный „	94 „
брюшной „	43 „
неопредел. „	25 „
профилактич. меропр. и проч. инфекции	321 „

Недостаточность изоляционного барака при Станции вынуждала открывать по мере надобности отдельные изоляционные помещения. Так, во время холерной эпидемии 1919 года, Станцией был открыт изолятор для бациллоносителей и подозрительных по бациллоношению лиц на 300 коек, затем был учрежден специальный Госпиталь Изолятор (Госпиталь № 10 в бывшем „Доме отдельных комнат“ по Новосельской ул., № 64), могущий вместить до 400 чел., а с начала 1921 г. Станции придан банно-изоляционный пункт, пригодный для массовой изоляции (по Ланжероновскому сп., д. № 2) *).

Работа по перевозке инфекционных больных в госпиталя выразилась в следующих цифрах: за год произведено было всего 5747 выездов по отдельным адресам, причем транспортировано 7010 чел. больных, по инфекциям распределяющихся следующим образом:

сыпной тиф	3823 чел.	корь	173 чел.
неопредел. „	1242 „	оспа	88 „
возвратный „	662 „	скарлатина	62 „
брюшной „	539 „	дизентерия	33 „
холера и подозрит.		дифтерия	19 „
по холере	275 „	прочие заболевания	94 „

Необходимо остановиться еще на работе Станции в области санитарно-просветительной. Самый факт наличия врачей при каждом дезинфекционном отряде имеет естественным результатом широкую санитарно-просветительную работу в среде населения. Ни одно мероприятие, конечно, не проводится без соответствующего разъяснения

*) Из указанных здесь 3-х изоляционных учреждений лишь Госпиталь-Изолятор был организован, как самостоятельное учреждение. Но и он с 1922 года перешел в полное ведение Станции.

его смысла и значения. Далее, Станция участвовала в проведении целого ряда курсов вспомогательного медперсонала, в частности, в течение года через нее прошло 2 выпуска дезинфекторов-инструкторов, прошедших здесь не только общую теоретически-практическую подготовку, но и проделавших и соответствующий практический стаж.

Наконец, и для самих врачей, вступающих в работу на Станции, эта работа представляется хорошей эпидемиологической школой. Станция принимает участие и в проведении практического стажа врачей выпуска 1921 года.

Объединяя группу врачей, работающих в области практической эпидемиологии, Санитарно-Дезинфекционная Станция считает себя частью общей санитарно-эпидемиологической организации, с которой работает по одному общему плану, являясь вместе с тем для этой последней тем необходимым техническим аппаратом, который не только выполняет механически ее задания, но сознательно и творчески участвует в их разработке и осуществлении.

Конечно, то, что достигнуто в настоящее время в смысле реорганизации Одесской Санитарно-Дезинфекционной Станции, еще очень недостаточно, чтобы считать весь план осуществленным. На очереди стоит расширение ее основных дезинфекционных установок, устройство прачешной, нового обширного изолятора, лаборатории и пр. и пр.. На совершенную работу можно смотреть лишь как на первый этап в указанном направлении.

В заключение считаю необходимым сделать еще следующие два замечания.

Первое: при всей важности в деле противэпидемической борьбы, работа санитарно-дезинфекционных учреждений представляется чрезвычайно трудной и крайне опасной для всего работающего персонала. Так, Одесская Санитарно-Дезинфекционная Станция за один только 1920 год дала 15 случаев инфекционных заболеваний среди персонала, что составляет 18,2% штатного состава (заболеваемость в 1919 году была еще гораздо выше), 1 случай окончился смертью*). Этого рода соображения безусловно заставляют выдвигать вопрос о правильном снабжении санитарно-дезинфекционных учреждений всем необходимым для предохранения персонала, или, по крайней мере, членов их семейств, от заражения. С точки зрения охраны труда работников этих учреждений от профессиональной заболеваемости особенно важен вопрос о проз- и спецодежде, а также о специальных санитарно-технических установках, наиболее полно обеспечивающих от заражения и разноса инфекционного материала работниками учреждения на своем теле и платье (души, помещения для переодевания и проч.).

Второе: в виду несомненной важности для врачей знакомства с дезинфекционным делом, при фактически весьма слабом распространении этих знаний, во всех высших медицинских школах необходимо, с учреждением самостоятельных кафедр эпидемиологии, включение в программу преподавания этого предмета курса дезинфекции, с прохождением последнего не только теоретически, но и практически. В такой форме это и осуществляется в Одесском Медицинском Институте.

Из настоящего доклада считаю возможным сделать следующие выводы:

1. Целый ряд технических мероприятий по осуществлению противэпидемической борьбы, в интересах быстроты и планомерности

*) О заболеваемости и смертности в 1921 и 1922 г.г. см. в соответствующих отчетах в настоящем Сборнике.

их проведения, должен, по мере возможности и в соответствии с местными условиями, сосредоточиваться в едином центре — Санитарно-Дезинфекционной Станции.

2. Транспортировка инфекционных больных, транспортировка и изоляция окружающих их лиц, а также личная дезинфекция и дезинсекция последних, обследование изолированных на бациллоношение и производство им предохранительных прививок, наряду с врачебной обсервацией в течение периода изоляции — таковы те области, которые в первую очередь объединяются с мероприятиями дезинфекционными в широком смысле слова, выражающимися в производстве дезинфекции и дезинсекции жилищ и зараженных предметов, дератизации, дезинфекции (стирки) зараженного белья и проч.

3. В соответствии с вышеизложенным, современным типом санитарно-дезинфекционного учреждения является санитарно-дезинфекционная станция, обладающая всеми возможностями производства дезинфекции жилищной (выездные дезинфекционные отряды) и доставляемых вещей (дезинфекционные установки и перевозочные средства для транспортировки вещей до и после дезинфекции), ведающая вместе с тем делом транспортировки инфекционных больных (санитарно-инфекционный транспорт), транспортировки, личной дезинфекции и изоляции лиц, соприкасавшихся с инфекционными больными, resp. бациллоносителей (соответствующий транспорт, дезинфекционная баня, изолятор), а также располагающая дезинфекционной прачешной, дератизационными и ремонтными отрядами и проч.

4. Все стороны этой работы должны осуществляться не как заученные технические акты, а как отдельные стороны сложной системы противозидемической борьбы, почему вся работа на всех ступенях должна протекать под непосредственным руководством высоко-квалифицированных врачей-эпидемиологов, теоретически и практически знакомых с дезинфекционным делом, а сами учреждения вышеуказанного типа должны быть обеспечены соответствующим штатом врачей.

5. Свою работу санитарно-дезинфекционное учреждение осуществляет в тесной связи с другими органами противозидемической борьбы, ведущими свою деятельность в области а) установления рода болезни, изоляции и ухода, а также регистрации инфекционных больных (организация по оказанию медицинской помощи больному на дому, диагностические бактериологические институты, госпитальные учреждения, санитарно-статистические органы), а также б) санитарно-эпидемиологического обследования и наблюдения за очагами и организации и проведения предохранительных прививок и других профилактических мер (районные эпидемиологи, санитарные врачи, школьно-санитарный надзор, прививочные отряды и т. д.).

6. Вся постановка дела должна соответствовать, по возможности, состоянию и требованиям современной науки, для чего санитарно-дезинфекционные учреждения должны иметь в своем распоряжении лабораторию, показательный музей, специальную библиотеку и все условия для научного усовершенствования работающих в нем врачей.

7. Чрезвычайно важная роль санитарно-дезинфекционных учреждений в деле организации борьбы на противозидемическом фронте, наряду с исключительной тяжестью и опасностью этого рода работы, требует постановки санитарно-дезинфекционных учреждений в первую очередь в деле снабжения их, особенно, прозодеждой, транспортными средствами, дезинфекционными материалами, топливом, продовольствием для изолируемых, фуражем и проч.

8. Крайний недостаток как вспомогательного, так и высшего медицинского персонала, сведущего в вопросах противоэпидемической борьбы и дезинфекции в частности, требует, чтобы эти учреждения сделались школой для выработки кадров подготовленного вспомогательного персонала с одной стороны, а, с другой, во всех высших медицинских школах должно быть введено не только теоретическое, но и практическое преподавание дезинфекции, как части общего учения о борьбе с инфекционными заболеваниями (эпидемиологии).

9. Одесская Санитарно-Дезинфекционная Станция в своей деятельности за последние годы следовала указанным выше принципам и стремится полностью осуществить вышеизложенную программу.

Отчет о деятельности временного изолятора

при Одесской Дезинфекционной Камере во время эпидемии холеры 1919 года.

Врача П. А. КАПУН.

Когда вспыхнувшая в июле месяце 1919 года холерная эпидемия стала принимать большие размеры, то явилась необходимость в большом холерном изоляторе для лиц, соприкасавшихся с холерными больными, и для обнаруженных среди них бациллоносителей. Имеющийся при Дезинфекционной Камере изолятор, рассчитанный на 14 человек, должен был принять в первые же дни до 60 человек. Дальнейшее переполнение его было невозможно. Бациллоносители, установленные бактериологически, помещались в холерный барак 1 Сов. Нар. б—цы вместе с больными. Тогда последовало распоряжение Губздравотдела об открытии временного изолятора на время холерной эпидемии, для чего было предназначено так наз. 4-ое (б. хроническое) отделение 1-й Сов. Нар. б—цы, в то время пустовавшее. Организация изолятора была поручена Дезкамере. Помещение это было осмотрено 1-го августа заведующим Дезинфекционной Камерой доктором Л. В. Громашевским и признано пригодным для указанной цели. Отделение это состоит из двух корпусов, разделенных двором, насчитывает до 20 светлых палат и может вместить до 300 человек.

2-го августа помещение было продезинфицировано и приведено в порядок, а 3-го августа уже стали поступать эвакуированные.

Инвентарь (кровати, отчасти матрацы, посуда) был предоставлен больничной, белье же частью взято из Дезкамеры, частью получено из складов Отдела Здравоохранения. Пища для эвакуированных доставлялась больницей. Заведывание изолятором было поручено автору настоящего отчета. Персонал состоял из одного врача-заведующего, командированного Дезкамерой из своего состава, 4-х сестер милосердия, также входивших в состав персонала Дезкамеры, и 30 человек прочего персонала—сиделок и хозяйственных служащих, которые числились за 4-ым отделением и состояли на службе больницы. Впоследствии, когда количество эвакуированных стало уменьшаться, то соответствующим образом сокращен был и персонал. Число сестер доведено до 2-х, а с закрытием барака и эти 2 были откомандированы; служительский персонал, по мере освобождения его от работ по изолятору, переводился в больницу; врач по закрытии изолятора возвратился к месту своей службы в Камеру. Просуществовал изолятор с 3 августа н. ст. по 27 октября ст. ст., т. е. 98 дней.

Доставлялись эвакуированные двумя линейками Камеры из пораженных холерой квартир, откуда перед тем были вывезены холерные больные каретой Камеры, или где была произведена дезинфекционным отрядом дезинфекция, либо, наконец, линейки выезжали на места по требованию эпидемических врачей. Забирались лица, окружающие холерного больного, из той же квартиры, где наблюдался случай, или из соседних, если установлен был между ними контакт. Изоли-

ровать всех, соприкасавшихся с больным, удавалось не всегда. В некоторых квартирах и учреждениях, как, напр., приютах, богадельнях, обследования обычно производились на месте эпидемическими врачами и только обнаруженные бациллоносители направлялись в изолятор.

Все эвакуированные в период обследования находились в главном корпусе изолятора и только выделенные из их среды бациллоносители помещались во втором корпусе, отделенном от первого двором; там же находились и все заведомые бациллоносители, присланные для изоляции и дальнейшего наблюдения.

Поступление эвакуированных шло в первые 2 недели довольно интенсивно, поступало около 20—30 человек в день. В дальнейшем поступление сократилось, но и тех, которые доставлялись в изолятор, лишь с большим трудом удавалось удержать на время обследования. По дням, начиная с первого дня функционирования изолятора, поступление выразилось в следующих цифрах:

3-го августа н. ст. поступило	32 чел.	18-го августа н. ст. поступило	26 чел.
4 " " " "	21 "	19 " " " "	19 "
5 " " " "	26 "	20 " " " "	17 "
6 " " " "	29 "	21 " " " "	26 "
7 " " " "	33 "	22 " " " "	10 "
8 " " " "	18 "	23 " " " "	14 "
9 " " " "	19 "	24 " " " "	— "
10 " " " "	17 "	25 " " " "	1 "
11 " " " "	15 "	26 " " " "	7 "
12 " " " "	25 "	27 " " " "	26 "
13 " " " "	14 "	28 " " " "	21 "
14 " " " "	31 "	29 " " " "	11 "
15 " " " "	30 "	30 " " " "	27 "
16 " " " "	41 "	31 " " " "	21 "
17 " " " "	43 "		

С 1 сентября н. ст. был совершен переход на старый стиль и поступление в ближайшие за этим дни было следующее:

19-го августа ст. ст. поступило	25 чел.	26-го августа ст. ст. поступило	11 чел.
20 " " " "	10 "	27 " " " "	12 "
21 " " " "	26 "	28 " " " "	7 "
22 " " " "	9 "	29 " " " "	21 "
23 " " " "	8 "	30 " " " "	16 "
24 " " " "	17 "	31 " " " "	20 "
25 " " " "	6 "		

В сентябре месяце (по ст. ст.) поступление сокращается:

1-го сентября ст. ст. поступило	8 чел.	16-го сентября ст. ст. поступило	8 чел.
2 " " " "	9 "	17 " " " "	9 "
3 " " " "	8 "	18 " " " "	21 "
4 " " " "	3 "	19 " " " "	10 "
5 " " " "	4 "	20 " " " "	— "
6 " " " "	2 "	21 " " " "	14 "
7 " " " "	12 "	22 " " " "	24 "
8 " " " "	9 "	23 " " " "	1 "
9 " " " "	4 "	24 " " " "	11 "
10 " " " "	1 "	25 " " " "	6 "
11 " " " "	6 "	26 " " " "	29 "
12 " " " "	1 "	27 " " " "	— "
13 " " " "	4 "	28 " " " "	1 "
14 " " " "	1 "	29 " " " "	14 "
15 " " " "	1 "	30 " " " "	2 "

В октябре, в связи со вспышкой холерных заболеваний в районе Водопроводной улицы (и переулков), поступление в первые дни достигает свыше десятка в день, но затем резко падает и, начиная с 22-го

*) 24-ое и 25-ое августа — дни смены власти в Одессе.

числа, совершенно прекращается, что совпадает с концом холерной эпидемии в городе.

В октябре поступило:

1-го октября ст. ст. поступило	17 чел.	12-го октября ст. ст. поступило	— чел.
2	1	13	1
3	13	14	1
4	1	15	2
5	10	16	5
6	14	17	4
7	13	18	1
8	2	19	1
9	—	20	—
10	—	21	6
11	6		

с 22-го октября новых поступлений не было, и 27 октября изолятор был закрыт.

Из приведенных цифр видно резкое уменьшение эвакуации начиная с 3-ей недели, что, конечно, не соответствует ходу эпидемии в городе. Объясняется это чрезвычайно тяжелым положением, в котором находился изолятор. Пища, доставлявшаяся больницей, отличалась скудостью и крайним однообразием. Хлеб либо совсем не отпускался в течение 1—2-х суток, либо выдавался по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ф. в день на чел.

Приходилось, скрепя сердце, эвакуированных в период обследования на бациллоношение отпускать на несколько часов в день для добывания хлеба. Прикупать хлеб по тогдашним рыночным ценам (свыше 100 руб. за фунт) не представлялось возможным: в изоляторе находилось до 150 чел., и на покупку хлеба по 1 фун. на человека потребовался бы расход от 10.000—15.000 р. в день, а таких сумм в распоряжение изолятора не отпускалось. Впоследствии, когда цены на хлеб пали, а больница по прежнему отпускала по $\frac{1}{2}$ ф. на человека, изолятор стал прикупать дополнительно по $\frac{1}{2}$ ф. хлеба на чел., доведя ежедневную выдачу до 1 ф. в день. Пришлось также заботиться о снабжении эвакуированных чаем. Больница за неимением дров кипятку вовсе не отпускала и мы воспользовались свободной кухней при 40-й палате, расположенной недалеко от изолятора, где имеется большой куб, вместимостью в 50 ведер, и два раза в день готовили чай. Необходимое количество дров отпускала Дезкамера. Отсутствие воды в водопроводе лишало нас возможности купать эвакуированных. Сиделкам приходилось простаивать по целым часам в очереди за водой, чтоб достать необходимое ее количество для чая и питья. Поэтому пришлось ограничиться переодеванием эвакуированных и дезинфекцией их одежды. Впоследствии, когда появилась в нашем районе вода, эвакуированные, прежде чем поступить в изолятор, купались в бане при Дезинфекционной Камере, по соседству с которой расположено занимавшееся изолятором помещение. Там же дезинфицировалось платье и белье эвакуированных.

Давало себя также знать и отсутствие теплых халатов и одеял, которых в то время нельзя было достать. Ко всему этому надо прибавить, что эвакуированные, считая себя совершенно здоровыми, требовали таких условий содержания своего в изоляторе, особенно, в отношении питания, которых мы совершенно не были в состоянии им предоставить. Поэтому зачастую все наши доводы, убеждения и разъяснения не достигали сознания голодных людей, что делало и положение персонала чрезвычайно затруднительным. Так, наблюдались случаи самовольного оставления изолятора эвакуированными, не смотря на возможно строгий надзор, в иных случаях, временно отпущенные

домой в изолятор не возвращались, не смотря на то, что здесь оставались их родные (напр., дети). Число таких случаев достигло 114, что составляет около десятой части всех эвакуированных. Среди бежавших было известное число и заведомых бациллоносителей.

К бегству их побуждала и слишком продолжительная задержка в бараке. Нередко эвакуированные задерживались до 10 и более дней, так как ответы из лаборатории получались с большим опозданием. Так, напр., эвакуированные, поступившие 3 августа, выписывались 12 августа, ибо на первое исследование, отправленное 4 августа, получен ответ 7 августа, на второе исследование, отправленное 7 августа, получен ответ 11 августа.

В первые дни исследования направлялись на Бактериологическую Станцию, но вследствие перегруженности она прекратила прием материала от изолятора и с 9 августа исследования пришлось направлять в лабораторию военного госпиталя, которая была не менее перегружена и ответы давала сначала на 4-ый день, только к 18 августа работа несколько наладилась и мы стали получать ответы на 3 й, а вскоре и на второй день. За дальностью расстояния военного госпиталя от изолятора, пришлось одну сестру выделить специально для ношения пробирок с материалом в госпиталь и обратной доставки результатов исследования.

Все эвакуированные подвергались двукратному исследованию на бациллоношение с промежутком в 2 дня. Если результаты обоих исследований были отрицательные, то эвакуированные выписывались. Если же один из результатов был положительный, то эвакуированный переводился в помещение для бациллоносителей и там подвергался дальнейшему обследованию с теми же промежутками. Если последние 2 результата были отрицательные, то эвакуированный выписывался.

Всего в бараке за 98 дней перебивало 1129 человек, дней проведено ими за это время 8176, что в среднем на одного эвакуированного составляет 7,24 дня.

Больше пребывало эвакуированных из района Молдаванки, меньше — из города и пригородных мест, что находится в соответствии с развитием эпидемии в этих районах. На Молдаванке не все улицы были одинаково поражены холерой и в соответствии с этим различные улицы дали различное количество эвакуированных.

Но, т.-к. проводить эвакуацию всех соприкасающихся в полном объеме удавалось далеко не всегда, то цифры эвакуированных по районам лишь отчасти и неполно рисуют развитие самой эпидемии.

Ниже представлен перечень улиц, откуда прибывали эвакуированные, при чем перечисление улиц сделано в порядке убывающего количества данных ими эвакуированных. В сводке, кроме названия улиц, указаны №№ домов, из которых поступали эвакуированные, а также число пораженных домов и количество эвакуированных для каждой улицы. №№ домов по каждой улице размещены в хронологическом порядке, по времени поступления эвакуированных. Эвакуация из района Молдаванки представляется в следующем виде:

Названия улиц	№№ домов	Кол-ч. домов	Кол-ч. эваку.	Названия улиц	№№ домов	Кол-ч. домов	Кол-ч. эваку.
Колонтаевск.	67, 53, 25, 41, 47, 28, 29, 26, 51, 32, 37, 31, 39, 71, 69, 43, 60 . . .	17	95	Балковская	34, 41, 135, 163, 159, 95, 161, 155, 197, 115, 76, 21, 12, 181, 17, 22, 97, 105, 3, 93, 18 . . .	21	80
Картамышев.	28, 8, 12, 7, 31, 5, 6, 31, 3, 5, 40, 41, 10, 36, 42, 38, 9 . . .	17	89	Рааумовская	34, 33, 42, 24, 46, 40, 51, 30, 45, 7, 23 . . .	11	43

Названия улиц	№№ домов	Коллч. домов	Коллч. зав.	Названия улиц	№№ домов	Коллч. домов	Коллч. зав.
Головковская	13, 14, 10, 23, 8, 31, 32, 7	8	41	Степовая	22, 24, 8, 56	4	10
Болгарская	56, 53, 60, 26, 47, 64, 65, 30, 46, 48, 25, 58, 44, 10	14	40	Дурьяновск. пер.	8, 16	2	9
Госпитальная	15, 35, 34, 76, 45, 33, 55, 43, 51, 11, 41	11	35	Книжный пер.	4, 17	2	9
Прохоровская	19, 63, 52, 73, 31, 23, 47, 24	8	33	Ризовская	20, 21	2	9
Комитетская	12, 7, 19, 21, 20	5	32	Михайловская	34, 29, 44	3	8
Косвенная	45, 38, 66, 41, 2, 42, 46, 40, 25, 10, 62, 76, 27, 53	14	32	Хуторская	30, 29	2	8
Малороссийск.	68, 35, 62, 16, 18, 76, 63, 70, 43, 55, 71, 58, 30, 19	14	32	Виноградная	55, 7	2	6
Средняя	19, 40, 37, 57, 46, 48, 39, 13, 38, 21, 29	11	30	Внешняя	28, 19, 92	3	6
Садиковская	25, 37, 46, 2, 35	5	25	Матросский сп.	17, 7	2	6
Запорожская	5, 21, 25, 30, 22	5	20	Мастерская	35	1	5
Ст.-Портофр.	22, 10	2	14	Старокопный пер.	1, 61	2	5
Высокий пер.	8, 12	2	12	Тираспольск. заст., 6-я линия, д. Ки-селя (без №)		1	5
Мясоедовская	25, 10	2	11	Градоначальнич.	45, 29	2	4
Раскидайловск.	52, 61	2	11	Дальницкая	20	1	4
Пишововская	5, 42, 39, 11	4	10	Мельничная	2, 20	2	4
				Ольгиевск. сп.	31, 10	2	4
				Петропавловск.	49, 17	2	4
				Дюковская	12	1	3
				Картамышевск. пер.	7	1	3
				Пишововск. сп.	3	1	3
				Ломаный пер.	14	1	2
				Манежная	24	1	2
				Южная	37	1	2

Таким образом, мы видим, что эвакуированные поступали с 42 улиц Молдаванки, причем первые одиннадцать улиц дали свыше 30 эвакуированных каждая (наибольшее число—95), следующие девять—от 30 до 10 эвакуированных и остальные 22 улицы дали менее 10 эвакуированных каждая. Всего эвакуированных Молдаванка дала 836 человек, или 71,39% общего числа, при 225 зараженных домах.

Пересыпь оказывается менее пораженной и в барак прибыло с 6 улиц Пересыпи всего 49 человек (4,34% общего числа), поступивших из 17 зараженных домов.

Московская	47, 39, 147, 38, 107, 7, 49	7	22	Зайцева	4, 5	2	7
Балтская дорога	56	1	7	Божакина	126, 12, 70	3	6
				Щелакова	4, 40	2	4
				Кошелева	6, 4	2	3

Со Слободки-Романовки эвакуированные прибыли с 5-ти улиц, всего в количестве 22 человек (1,95% общего числа), число домов, давших эвакуированных—7.

Тодорова	51	1	7	Городская	31	1	4
Минаева	19, 13, 15	3	6	Котлеева	8	1	4
				Криво-Балковская	21	1	1

Что касается города, то эвакуированные прибывали как с центральных улиц, так и с периферии.

Мещанская	27, 34, 33, 16	4	15	Новосельская	32	1	3
М.-Арнаутская	37, 104, 114, 110	4	13	Жуковская	34, 45	2	2
Пушкинская	28, 26, 79	3	11	Лидеревский бульв.	15	1	2
Земская	11, 15	2	9	Авчинниковский пер.	9	1	1
Еврейская	29, 39, 50	3	7	Базарная	75	1	1
Екатерининская	61, 91	2	7	Военный сп.	6	1	1
Б.-Арнаутская	111, 26	2	6	Колодезный пер.	4	1	1
Треугольн. пер.	7	1	6	Пироговская	6	1	1
Ришельевская	57, 62, 76	3	5	Рождественск. пер.	3	1	1
Вознесенск. пер.	8	1	4	Сретевский пер.	10	1	1
Княжеская	12	1	4	I Водопрводный пер.	4	1	8
Пантелеймоновская	16, 22	2	4	II Водопрводный пер.	36, 4	2	18
Каретный пер.	23	1	3	Водопрводная	6	1	2

Всего городской район дал 136 эвакуированных (или 12,05% их общего числа), поступивших из 44 отдельных домов, расположенных по 26 улицам.

Ряд учреждений, в пределы которых заносилась холерная инфекция, дали 114 эвакуированных (10,09% всего количества); из этого числа 34 человека прибыли в изолятор как заведомые бациллоносители, обнаруженные при массовом бактериологическом обследовании обитателей этих учреждений, остальные 80 случаев падают на счет массовой эвакуации призреваемых б. богадельни при ст. хр. кладбище, предпринятой в связи с появлением холеры в стенах этого учреждения. Количество эвакуированных по учреждениям, откуда они поступали, распределяется следующим образом:

из детской больницы (2-й Куликовский пер.), из числа содержащихся там больных детей, поступило	4 чел., бац—ли
из 1-й Сов. (Ст. Гор.) б—цы (из числа содержащихся там больных и персонала, живущего на территории б—цы)	6 " "
из интерната по Княжеской 5	12 " "
из общежития беженцев в д. № 43 по Троицкой ул. (б. зал „Унион“)	12 " "
из дома призрения (б. богадельня) при ст. хр. кл—ще (Старопортофранковская 41)	80 „ массов. эваку.

Наконец, в 2 случаях (2 эвакуированных — 0,18%) район поступления находится вне пределов города, так:

из с. Большой Куяльник поступил	1 чел.
с территории порта, с парохода „Ледокол“	1 „

Среди 1129 эвакуированных был обнаружен 191 бациллоноситель. Все они с момента установления их бациллоносительства изолировались отдельно от прочих эвакуированных и подвергались повторному исследованию на бациллоношение. У всех бациллоносителей ношение бацилл в общей сложности длилось 1133 дня, что дает среднюю длительность бациллоношения около 6 дней, если считать время бациллоношения со дня поступления в изолятор до дня взятия пробы, на которую получен 1-ый из двух последовательных отрицательных ответов.

Больше всего бациллоносителей насчитывается с длительностью ношения вибрионов в течение 5 дней, как более продолжительное, так и более краткое ношение встречается в меньшем числе случаев. Наибольшая длительность бациллоношения, наблюдавшаяся нами в отчетный период, составляла 14 дней.

Все бациллоносители по длительности периода бациллоношения распределялись следующим образом:

Длительность бациллоношения	Количество бациллоносителей	% общего числа	Длительность бациллоношения	Количество бациллоносителей	% общего числа
3 дня	22	11,52	9 дней	12	6,28
4 " "	26	13,61	10 " "	3	1,57
5 " "	60	31,41	11 " "	1	0,53
6 " "	18	9,42	12 " "	6	3,14
7 " "	16	8,38	14 " "	1	0,53
8 " "	26	13,61			

Известно, что по 1 отрицательному результату нельзя судить о прекращении бациллоношения. Так, у 43 эвакуированных первые пробы дали отрицательный результат, в то время как повторные, взятые через 2 дня, оказались положительными.

Понятно, было бы желательно проделать большее количество пробных исследований, но условия содержания в нашем бараке не позволяли нам долго задерживать эвакуированных и вынуждали ограничиваться лишь 2-мя отрицательными ответами. Так, в одном случае, по получении 2 отрицательных ответов с промежутком в 2 дня, эвакуированная была выписана, но в последний день у этой женщины по ошибке была взята еще одна проба, которая оказалась положительной. Выписанная бациллоносительница была тотчас по получении результата ее исследования вновь эвакуирована в изолятор, но этот случай еще раз указал на недостаточность лишь двукратного исследования. Нередко положительные результаты чередовались с отрицательными. Так, в одном случае, где бациллоношение длилось 14 дней, мы получили — + + — —, в случае, где длилось 12 дней, + — + + — —.

Среди состоявших в бараке эвакуированных, 44 человека обнаружили клинические явления холеры. Такие больные немедленно направлялись в больницу. Из 44 заболевших и отправленных в больницу у 32 была бактериологически установлена холера, выздоровели 28 человек, погибло 16. Еще до их заболевания, во время пребывания в изоляторе, большинство из заболевших подвергалось исследованию на бациллоношение. Не была взята проба лишь у заболевших на 1-ый и отчасти на 2-й день пребывания их в изоляторе. Результаты исследования дали у 18 положительный, у 12 отрицательный результат, у 14 исследование не было произведено.

Болезненные симптомы у эвакуированных обнаружены в разные дни пребывания их в бараке. Так:

в 1-ый день пребывания в изоляторе заболело 6 чел.					
2	»	»	»	»	10
3	»	»	»	»	8
4	»	»	»	»	10
5	»	»	»	»	1
6	»	»	»	»	5
7	»	»	»	»	4

У одного из больных, заболевших на 6-й день пребывания в изоляторе, двукратное исследование, произведенное до начала заболевания, дало отрицательный результат. Больной умер. У трех из отправленных на 7-й день первые пробы дали отрицательный результат, вторые положительный, все трое выздоровели.

Кроме холеры, обнаружены были и другие инфекционные заболевания среди эвакуированных. Так, 1 ребенок заболел рожей, 3—энтеритом (бактериологическое исследование на присутствие холерных вибрионов дало отрицательный результат, все трое выздоровели), 1—брюшным тифом (отправлен в детскую больницу во 2-м Куликовском переулке); 2 эвакуированных заболели возвратным тифом, 7 были переведены в больницу в тифозном состоянии, с неустановленной формой болезни.

Необходимо упомянуть, что эвакуированные, независимо от результатов исследования их на бациллоношение, получали по 2 противохолерные прививки с промежутком в 5 дней, причем не замечалось, чтоб бациллоносители хуже реагировали на прививки. Первичных при-

вивок сделано 549, вторичных 416. Несоответствие количества прививок с числом эвакуированных объясняется отчасти тем, что часть эвакуированных подвергалась вакцинации еще до поступления в изолятор, некоторые по болезненному состоянию не подлежали вакцинации, главная же причина этого заключается в том, что к прививкам удалось приступить только к концу второй недели существования изолятора, когда работа достаточно наладилась.

Проследить влияние прививок на тот или иной исход у заболевших холерой и вывести определенное заключение невозможно, так как из заболевших холерой привитых оказалось только 7 человек: 4—с одной прививкой, 3—с двумя. Из привитых 1 раз погибло 3 человека, из 3-х привитых 2 раза погибло 2 человека.

Конечно, на вопрос о том, была ли полностью достигнута цель в смысле изоляции всех бациллоносителей, необходимо ответить отрицательно. Но это тем более убеждает нас в необходимости заблаговременно готовиться к встрече холерной эпидемии, упорно посещающей нас ежегодно. В частности, надо позаботиться заблаговременно об устройстве и соответствующем оборудовании изолятора, а не заниматься этим вопросом уже в разгаре холерной эпидемии.

Тогда мы будем избавлены от необходимости помещать бациллоносителей вместе с умирающими холерными больными, что мы принуждены были делать в этом году, до открытия барака. Желательно, чтобы холерный изолятор, рассчитанный преимущественно на летнее время, имел в своем распоряжении большой двор или сад, чтоб эвакуированные могли проводить время на чистом воздухе, а не в душных палатах. Питание должно отпускаться в количестве достаточном для здоровых людей, какими являются интернированные в изолятор лица.

Необходимо иметь отдельную большую столовую, читальню и прочие условия, могущие создать такую обстановку, которая не тяготила бы вынужденных оставаться в изоляторе в течение нескольких дней совершенно здоровых людей, попадающих в необычную для них больничную обстановку, связанную к тому же со строгой изоляцией.

Отчет о деятельности Дезинфекционной Станции (Дезкамеры) Одесского Губздравотдела за 1922 год.

Врача Б. И. ГАНДЕЛЬСМАН.

Тяжелое наследие получил отчетный год от своего предшественника: уже последние месяцы 1921 года характеризуются в эпидемическом отношении нарастанием кривых паразитарных тифов. Голод, превратившийся к началу отчетного года из неясного призрака в грозную действительность, щедрой рукой сеял трупы по улицам города. Хроническое отсутствие воды, бездействие бань, общая загрязненность города и особенно окраин, загрязнение и изавшивленность путей сообщения и, в первую очередь, железных дорог, по которым широкой волной лилось еще непрекратившееся мешечничество, а затем и беженство, крайнее обнищание масс населения, голодание его,—все это явилось главными предрасполагающими моментами для резкого под'ема кривых паразитарных тифов, особенно сыпного, вначале отчетного года. Те же причины подготовили чрезвычайно бурный характер вспышки холеры (первые случаи относятся к 22—23 апреля), превзошедшей в отчетном году размеры предыдущих холерных эпидемий в г. Одессе; так, в 1921 году зарегистрировано Санитарно-Статистическим Под'отделом 662 бактериологически установленных случая холеры, в 1919 г. (самая сильная из бывших до сего времени эпидемий)—2090 бактериологически установленных случаев, в 1922 году—3308 случаев.

Действительность требовала от Дезстанции особо напряженной работы и внесения в установившиеся формы работы коррективов, соответствующих условиям, созданным эпидемиями. В начале отчетного года, в связи с отсутствием в городе действующих доступных бань, Камера расширила эту сторону своей деятельности, приспособив здание по Ланжероновскому спуску 2 под Банно-изоляционно-пропускной пункт для массовой очистки обитателей ночлежных домов, интернатов, беженских масс, с одновременным купаньем по крайне дешевым ценам рабочего населения, в частности, портовых рабочих. В связи с переполнением барака Камеры изолируемыми и невозможностью рационального использования Госпиталя-Изолятора № 10, в виду его оторванности от Камеры, был выдвинут вопрос о расширении изоляционной деятельности последней в смысле организации Изолятора (на 150 коек) при том же Банно-пропускном пункте, каковой и был открыт в апреле месяце. Дальнейшим этапом в развитии этой стороны деятельности Дезкамеры явилась полная передача в ее ведение Госпиталя-Изолятора, в связи с ликвидацией Банно-изоляционно-пропускного пункта по Ланжероновск. сп. 2, при общем сокращении сети учреждений Губздравотдела в июне 1922 года.

Загруженность трупами лечебных заведений и моргов, сказавшаяся уже в январе, как результат голода и эпидемий, в феврале при-

нимает угрожающие размеры, что заставляет Камеру значительно расширить организацию вывозки трупов из моргов, лечебных заведений, а также с квартир и даже с улиц. Эта работа была чрезвычайно напряженной, так как Камера — единственное учреждение в городе, выполнявшее эту функцию, — должна была преодолеть невероятные трудности при пополнении личного состава трупного отряда, а главным образом, при добывании необходимых транспортных средств.

Одним из тяжелых моментов, тормозивших работу Камеры в отчетном году, было разрушение ее транспорта. Уже к концу 1921 года конский состав Камеры (в августе — 32 лошади) значительно убыл, вследствие гибели лошадей от бескормицы, к январю сократился до 8-ми, к февралю — до 6-ти, к марту — до 2-х, к маю — до одной лошади.

Естественно, с таким количеством лошадей работа была абсолютно невыполнима и еще с конца 1921 г. стали предприниматься шаги к переходу на автотранспорт. К Камере были прикомандированы 3 автомобиля 4-го авто-санитарного отряда, состоявшего в ведении Подотдела Снабжения Губздравотдела, с тем, что эти автомобили должны были ежедневно выезжать на работу в Камеру. Независимость транспорта от Камеры, крайняя изношенность машин, их скудное техническое оборудование и материальное снабжение (отсутствие исправных покрышек, камер, постоянный недостаток горючего и проч.), непригодность обслуживающего машины персонала к специальной противоэпидемической работе, вызывали частые перебои. Этим обстоятельством, главным образом, обуславливалось невыполнение поступавших требований и создавались залежи адресов, что заставляло нередко на день-два, а иногда и больше, прекращать вовсе прием вызовов, в виду совершенной невозможности их выполнить. Стремясь исправить эти недочеты и, по возможности, выполнять предъявляемые требования на перевозку больных в госпиталя, эвакуацию окружающих, дезинфекцию жилищ и проч., Камера вынуждена была обращаться к помощи перевозочных средств Губтранса, Одкурупра и пр. Однако, эти органы, несмотря на неоднократные распоряжения Губисполкома о командировании для работы в Камеру их авто- и гужетранспорта, в силу недостаточного понимания всей важности этой работы или стремления оградить свои ведомственные интересы, всячески уклонялись от выполнения возложенных на них обязательств, и помощь их не разрешала всей трудности положения.

Эти обстоятельства настойчиво выдвигали перед Камерой необходимость радикального разрешения транспортного вопроса, путем получения своего собственного транспорта. Достигнуть этого удалось лишь после долгой и упорной борьбы, когда распоряжением НКЗ было предложено Губздравотделу передать в распоряжение Дезкамеры 4 машины (переданы были лишь 3). Кроме того, специально для перевозки трупов, по распоряжению Губисполкома, был передан Губтрансом в непосредственное распоряжение Камеры один 1½-тонный грузовик.

Наконец, в этот же период времени, когда с развитием холеры недостаточность транспорта сказалась особенно сильно, начинается восстановление конского состава Камеры путем закупки лошадей, число которых в период июль—август вновь было доведено до 17-ти. К концу отчетного года, в силу материальных соображений (вздорожание горючего) выяснилась целесообразность преимущественного использования конного транспорта перед автомобильным, при чем, в связи с общим сокращением штатов, штат конского состава Дезкамеры был установлен в 14 лошадей.

Считая своей основной задачей всестороннее участие в техническом осуществлении плана борьбы с заразными болезнями, Камера естественно направляла свою работу по линии господствующей в данный момент эпидемии. В первую треть года все имеющиеся в наличии технические и материальные средства сосредоточились на борьбе с паразитарными тифами и, главным образом, с сыпным тифом. Начиная же с мая месяца, когда при непрекращающейся эпидемии сыпного и возвратного тифа, вспыхнула холера, которая по силе и скорости роста выливалась в еще несравненно большее бедствие, чем эпидемия тифов, Камера, при наличии скудного, изношенного транспорта, не могла вести одинаково интенсивную работу по линии обеих эпидемий. Это обстоятельство вынудило временно отказаться от работы по сыпному и возвратному тифу, свести работу по борьбе с этими инфекциями до ничтожного минимума и предоставить все свои технические возможности почти исключительно на борьбу с холерой. Это дало Камере возможность, несмотря на все трудности, переживаемые ею в холерный период в отношении транспортного, финансового и материального снабжения, проявить возможную интенсивность по производству дезинфекции в холерных очагах, вывозке холерных больных, эвакуации и изоляции бациллоносителей, при чем, несомненно, надо признать эту работу в количественном и качественном отношении далеко не отвечающей действительной в ней потребности в соответствующий период. В августе, когда кривая холеры пала, работа по другим инфекциям вновь возобновляется и уже 18 августа отношением в Статистическую Секцию Губздравотдела Камера просит возобновить доставку ежедневных сведений о вновь зарегистрированных случаях инфекционных заболеваний для систематического и правильного их обслуживания.

Все последующие месяцы до конца отчетного года, пользуясь затишьем на эпидемическом фронте, дезинфекционная работа направляется, с одной стороны, по линии выполнения всей текущей работы, а, с другой, по линии усиления проведения профилактических мероприятий, главным образом, по учреждениям (интернаты, ночлежные дома и пр.); мероприятия эти выражаются в массовом купаньи с одновременной дезинфекцией платья, помещений и всего инвентаря.

Таковы были те условия, при которых протекала работа Камеры, таково было общее направление ее деятельности в истекшем 1922 г. По напряженности, интенсивности и тяжести работы, из-за постоянного отсутствия столь необходимого в нашем деле материально-технического снабжения, отчетный год оказался наиболее тяжелым из всего ряда последних лет, по крайней мере, на протяжении его первых 6—7 месяцев.

Переходя к детальному обзору деятельности Камеры за год, в первую очередь приходится остановиться на основной отрасли ее деятельности — работе дезотрядов. В этом году, как и в предыдущие годы, дезинфекционная деятельность дезотрядов связывалась с другими отраслями противоэпидемической работы; не мало внимания врачами отрядов уделяется санитарно-просветительной деятельности среди населения на местах производства дезинфекции; попрежнему, дезинфекция рассматривалась, как одно из звеньев целой цепи мероприятий по борьбе с заразными болезнями. Отрядами на местах принимались все меры к обнаружению и госпитализации новых больных в тех же квартирах, где производилась дезинфекция, или в соседних с ними, к

проведению мер личной дезинфекции в отношении бывших в соприкосновении с больными лиц, к изоляции их на время производства дезинфекции или инкубационного периода, к обследованию окружающих или уже выздоровевшего больного на бациллоношение (холера, дифтерия), к осведомлению саннадзора о новых очагах заразы и необходимости установить за ними систематическое наблюдение и пр..

В каждом случае, при выборе того или иного способа дезинфекции или их комбинировании, проводилась строгая индивидуализация. В квартирах, где источник заразы — больной — был налицо, отряд устанавливал текущую дезинфекцию или назначал производство заключительной после эвакуации больного; иногда, при наличии достаточной чистоты помещения, признавалось целесообразным ограничиться только отправкой вещей в Камеру, в других случаях, при наличии особой загрязненности, к взятию вещей присоединялась химическая дезинфекция; в иных — серной или формалиновой дезинфекции предшествовали увлажнение и поднятие t^0 комнаты и т. д. Наконец, нередко дезинфекция откладывалась, если она требовала предварительных приготовлений, напр., эвакуации окружающих, уборки трупов, обследования на бациллоношение и проч. При проведении дезинфекции, для успешности ликвидации заразного очага, применялись все имеющиеся в распоряжении Камеры средства: ее транспорт по эвакуации больных и лиц, окружающих больного, трупный отряд, средства для перевозки заразных вещей и обратной их доставки, имеющиеся в ее распоряжении изоляционные помещения, бани и проч. и проч..

В отчетном году Камера располагала 6—4 выездными дезинфекционными отрядами. Из-за недостатка транспортных средств они не могли работать с полной нагрузкой. Число рабочих дней всех дезотрядов за год составляет 975, что дает в среднем $2\frac{2}{3}$ действовавших отряда в день. Такая неполная нагрузка объясняется тем, что при минимуме транспортных средств наиболее работоспособные из них отвлекались на эвакуацию больных, частая же порча машин служила причиной невыезда отрядов. В мае работа по дезинфекции вовсе не производилась 9 дней: 19-го, 20-го, 21-го, 24-го, 25-го, 26-го, 27-го, 28-го и 29-го.

Всеми отрядами было за год произведено 8749 выездов на дезинфекцию в различные районы города и по разным инфекциям. Наибольшее количество выездов было сделано, как видно из приводимой таблицы 1, в январе, феврале и марте, а затем — в июне и июле. Большие цифры первых трех месяцев зависят, главным образом, от интенсивной работы по сыпному тифу, последних двух — от эпидемии холеры. Падение числа выездов в апреле и мае зависит исключительно от разрушения транспорта Дезкамеры, на что уже указывалось выше. Август вновь дает резкое понижение, по сравнению с июлем — в 3 раза, что зависит, несомненно, от падения кривой холеры. Перестройка работы Камеры на нормальное положение, в виду осуществленного восстановления ее транспорта и отсутствия грандиозного развития той или иной эпидемии, приводит к тому, что не только все требования начинают выполняться своевременно, но даже количественно в сентябре работа выездных дезинфекционных отрядов возрастает более, чем в два раза, по сравнению с предыдущим месяцем. Дальше, до конца года происходит постепенное сокращение числа выездов, соответственно уменьшению общей эпидемичности в городе, при чем в декабре число выездов на дезинфекции достигает самой низкой цифры в течение всего года (262). Из сказанного о причине падения числа выездов в апреле и мае явствует, что в эти месяцы фактически вы-

полняемая Дезкамерой работа совершенно не соответствовала ходу эпидемий. Однако, нормальная работа стала вестись лишь с августа — сентября, так что и месяцы, отмеченные, как месяцы наиболее интенсивной по числу выездов работы (январь—март и июнь—июль), сопровождалась тем же несоответствием между силами учреждения и

Количество выездов на дезинфекцию по инфекциям и месяцам.

МЕСЯЦЫ	Сыпной тиф	Возвр. тиф	Брюшн. тиф	Неопр. тиф	Дизент.	Холера	Оспа натур.	Скарлатина	Дифтерия	Другие инф.	Мероприятия	Всего	Коллч. раб. дней дежурд.
Январь	989	108	29	130	—	—	11	38	3	4	24	1336	94
Февраль	766	66	3	74	1	—	4	8	1	10	24	957	62
Март	962	31	5	66	—	2	8	2	1	3	9	1089	64
Апрель	391	19	3	11	—	14	5	—	—	2	9	454	54
Май	106	3	—	5	2	242	—	—	7	1	11	377	43
Июнь	77	4	1	—	1	984	—	—	—	4	4	1075	95
Июль	16	13	—	3	—	1004	2	—	2	1	21	1062	114
Август	44	58	15	9	2	190	—	6	3	7	22	356	80
Сентябрь	74	416	138	39	7	15	7	53	1	6	28	784	117
Октябрь	63	284	103	12	3	2	3	77	8	13	20	588	102
Ноябрь	39	147	62	14	—	—	10	67	33	21	16	409	78
Декабрь	57	94	26	23	2	—	11	2	15	23	9	262	72
Всего за год	3584	1243	385	386	18	2453	61	253	74	95	197	8749	975

Т а б л и ц а 1.

спросом, пред'являемым со стороны жизни. Так, в мае и июне выезды на дезинфекцию производились с большим опозданием, залежи адресов были огромны (в этом месяце были дни, когда накоплялось до 470 адресов, не выданных в наряд). Работу по сыпному и возвратному тифу пришлось значительно сократить (в мае сделано по сыпному и возвратному тифу 109 выездов из общего числа 377), но и холерные адреса посещались с большим опозданием и неполностью.

Такое положение, продолжалось до тех пор, пока транспорт Камеры не был увеличен, и вместе с этим количество выездов на дезинфекцию резко повышается. В дальнейшем уже все требования по дезинфекции холерных очагов выполняются полностью (в августе залежей нет и невыданных в наряд адресов почти не остается) и с весьма незначительным опозданием. Недостаток в транспортных средствах приходилось компенсировать повышением интенсивности деятельности каждого отряда: в период наибольшей перегруженности отряду выдавалось в дневной наряд 17—18 адресов в день в среднем; за год в среднем производилось дезотрядами 24 выезда в день, что составляет 9 адресов на один отряд в день.

Из 8749 выездов, произведенных за год, больше всего (3584) падает на сыпной тиф, при чем из этого числа больше $\frac{2}{3}$ (2717) относится к первым трем месяцам года, в остальные же месяцы количество выездов по сыпному тифу сокращается, лишь в апреле и мае давая еще более или менее значительные цифры (391 и 106), а в дальнейшем не достигая даже цифры 100 в месяц. Если в течение конца первой половины года это сокращение идет еще за счет необходи-

мости сократить работу по сыпному тифу параллельно повышению работы по холере, то во вторую половину года это соответствует ходу самой эпидемии сыпного тифа.

По возвратному тифу сделано за год 1243 выезда, наибольшее повышение отмечается в сентябре и октябре (416 и 284), что вызвано не столько реальным усилением возвратного тифа, сколько возможностью со стороны Дезкамеры обслуживать и эту инфекцию.

По брюшному тифу сделано всего 385 выездов, что объясняется тем, что эту инфекцию, при превалировании других, не было возможности держать весь год в поле зрения. Как и при возвратном тифе, больше всего сделано выездов в сентябре и октябре (138 и 103), что находит себе то же объяснение, хотя и стоит, в общем, в соответствии с повышением кривой брюшного тифа. Почти столько же, сколько и при брюшном тифе (386), сделано по неопределенному тифу, причем больше всего—в первые три месяца года, когда неопределенный тиф оказывался, обычно, сыпным. Значительное место во всей годовой работе занимает холера, на которую сделано всего 2453 выезда, почти $\frac{1}{3}$ всех выездов за год; большая часть их падает на июнь и июль (1988). Первый выезд по холере был сделан 26 апреля в Инфекционный Госпиталь № 1, где были обнаружены первые случаи холеры среди больных, содержащихся в Госпитале, затем последовали выезды в разные районы города, по месту жительства этих больных, равно как и в другие, одновременно возникшие очаги холеры. В августе количество выездов резко уменьшается и доходит до 190, в сентябре их было всего сделано 15, к концу месяца число вызовов доходит до 1 в неделю.

Из детских инфекций следует отметить работу по скарлатине (253 выезда) и по дифтерии (72). Работа по этим инфекциям падает на последние месяцы года, когда, при падении эпидемичности вообще, началось оживление детских инфекций. Много сделано выездов (197) для проведения предупредительных мероприятий, вне наблюдавшихся случаев заразных заболеваний, главным образом, по большим учреждениям, как интернаты, места заключения, лечебные учреждения и проч.

По отношению к общему количеству сделанных выездов, работа по сыпному тифу составляет 40,96%, по холере—28,04%, на возвратный тиф приходится 14,21%, на брюшной тиф—4,40%, неопределенный тиф—4,41%, скарлатину—2,89%, далее, 2,84% падает на оспу, дифтерию и др. инфекционные заболевания. Наконец, 2,25% приходится на профилактические мероприятия.

По отношению к общему количеству больных, зарегистрированных Статсекцией Губздравотдела за год (34959), цифра 8749—составляет лишь около $\frac{1}{4}$; отношение количества сделанных выездов к количеству зарегистрированных больных по разным инфекциям видно из приводимой таблицы 2.

Из этой таблицы явствует, что наибольшую интенсивность работы Камера могла проявить в отношении холеры (74%) и что некоторые инфекции, как дифтерия, скарлатина, оспа, не развивавшиеся в большие эпидемии, но являющиеся угрожающими в отношении развития, главным образом, среди детского населения, не выходили из поля зрения Дезкамеры, даже в столь тяжелый для ее работы год. По скарлатине работа превышает число зарегистрированных случаев; это объясняется тем, что вызовы по этой инфекции поступают обычно от частных лиц и вольнопрактикующих врачей, благодаря чему часть случаев оказалась незарегистрированной Статсекцией, о чем не всегда были осведомлены врачи дезотрядов в момент производства дезинфекции.

Изложенные данные о произведенных дезотрядами выездах, несомненно, неполно отражают ход эпидемий, так как сюда не включены адреса, невыполненные за недостатком средств и потому уничтоженные. Так, в одном только январе уничтожено 1522 адреса, в другие месяцы количество таких адресов измерялось фунтами; в среднем в день невыполнено: в январе — 50 адресов; в следующие месяцы (до июля включительно) эти цифры были еще больше, достигая maximum'a в 400 с лишним адресов в некоторые дни мая месяца.

Из числа 8749 выездов, сделанных за год дезотрядами, было произведено 3928 дезинфекций, что составляет 44,9% общей исполняемости. Среднее количество адресов, исполненных всеми отрядами за день, составляет 10,7 адреса, а на каждый отряд приходится 4 исполненных дезинфекции. В моменты наиболее напряженной работы, эти средние цифры значительно увеличивались: в январе до 18 в день (по 7 на отряд), а в холерный период—20-24 в день (до 9 на отряд). Как видно из таблицы 3, наибольшее количество дезинфекций было исполнено по сыпному тифу (1447) и холере (1658), по другим инфекциям цифры невелики.

В частности, по сыпному тифу больше всего произведено дезинфекций в первую четверть года, в остальные месяцы, начиная с мая,

Количество зарегистрированных случаев и произведенных выездов по инфекциям.

Инфекции	Количество зарегистрир. случаев	Количество произвед. выездов	% отношение
Сыпной тиф . . .	16317	3584	22,0
Возвратн. „ . . .	6953	1243	17,9
Неопред. „ . . .	3860	386	10,0
Брюшной „ . . .	1098	385	25,8
Холера	3308	2453	74,0
Дизентерия . . .	118	18	15,4
Скарлатина . . .	213	253	118,0
Дифтерия	79	74	93,5
Оспа натур. . . .	126	61	49,0
Проч. инфекции.	2887	292	11,2
Всего	34959	8749	25,02

Таблица 2.

Количество произведенных дезинфекций по инфекциям и месяцам.

МЕСЯЦЫ	По сыпн. тифу	По возвратн. тифу	По брюшн. тифу	По неопр. тифу	По холере	По дизентерии	По натур. оспе	По дифтерии	По скарлатине	По другим инфекциям	Мероприятия	Всего
Январь	395	43	10	64	—	—	3	3	24	3	13	558
Февраль	322	20	1	23	—	—	2	—	4	6	10	388
Март	370	12	1	26	—	1	3	—	1	1	9	424
Апрель	184	9	2	5	12	—	2	—	—	1	7	222
Май	42	—	—	1	183	2	—	3	—	1	8	240
Июнь	43	2	1	—	644	1	—	—	—	3	4	698
Июль	14	6	—	—	684	—	2	1	—	1	19	727
Август	24	32	10	4	123	1	—	2	4	3	16	219
Сентябрь	11	59	16	8	10	3	2	—	18	3	17	147
Октябрь	17	42	15	4	1	2	1	2	11	7	15	117
Ноябрь	8	30	11	8	—	—	4	7	18	11	9	106
Декабрь	17	20	5	7	—	1	4	3	9	11	6	82
Всего за год	1447	275	72	150	1657	10	23	21	89	51	133	3928

Таблица 3.

цифры заметно уменьшаются: сначала—параллельно с ослаблением лишь темпа работы дезотрядов по данной инфекции, а затем—параллельно с ослаблением самой инфекции (май—42 дезинфекции, июнь—43 и в дальнейшем не свыше 24-х дезинфекций в месяц).

По холере самый интенсивный период работы относится к июню и июлю, причем за указанные два месяца было сделано 1328 дезинфекций.

% исполняемости дезинфекций по инфекциям.

Инфекции	Общее количество выездов за год	Общее колич. исполни. дезинфекций за год	% исполняемости
Сыпной тиф	3584	1447	40
Возвратный тиф	1243	275	22
Брюшной "	385	72	18,5
Неопределенный тиф	386	159	40
Холера	2453	1657	67,4
Дизентерия	18	10	55,6
Оспа натуральная	61	23	37,8
Скарлатина	253	89	35
Дифтерия	74	21	28
Др. инфекц. забол.	95	51	52
Мероприятия	197	133	68
ВСЕГО за год	8749	3928	44,9

Таблица 4.

Таблица 4 свидетельствует о том, что максимум исполняемости дезинфекций падает на холеру (67,4%) и дизентерию (55,6%), затем следует сыпной и неопределенный тиф (последний по существу чаще всего оказывается сыпным тифом, исполняемость—40%). По возвратному и брюшному тифу процент исполняемости значительно ниже (22% по возвратному и 18,5% по брюшному тифу). Это объясняется тем, что при этих инфекциях госпитализация в истекшем году проводилась слабее, остававшиеся на дому больные долго задерживались в постели и нередко отряд, посетив и обследовав случай, откладывал дезинфекцию до выздоровления больного, чем отношение количества исполненных дезинфекций к количеству произведенных выездов, естественно, уменьшалось. Натуральная оспа и скарлатина дают приблизительно одинаковый процент исполняемости—37,8 и 35. Рубрика „другие инфекционные заболевания“, как-то: туберкулез, грипп, сип и сибирская язва домашних животных и людей, коклюш, дает процент исполняемости более высокий (52%), так как по этим инфекциям вызов чаще всего поступает от лиц и учреждений, непосредственно заинтересованных в исполнении дезинфекции, и выезды поэтому реже бывают впустую.

Особое место в работе отрядов занимают мероприятия, при которых исполняемость составляет 68%, процент более высокий, чем по всем видам инфекций. В эту рубрику входят дезинфекции больших помещений, главным образом, в местах скопления и содержания большого количества людей, как-то, в местах заключения, интернатах, ночлежных приютах, лечебных учреждениях и проч.. Такого рода дезинфекция требует, обычно, предварительного осмотра помещения и заранее обдуманного плана, чему предшествует створ с представителями этих учреждений и согласование всех моментов дезинфекции с осталь-

ной работой Камеры (работой аппарата, бани, транспортных средств). Естественно, что в таких случаях неисполнение адресов следует чаще всего объяснить неудачами технического характера.

В отчетном году Камера приняла участие в целом ряде кампаний санитарного оздоровления города, как, например, в месяце очистки города от незаконных свалок, для чего на Куяльницкую дорогу и в район Чумки ко времени окончания работы по вывозу мусора на свалки выслались отряды для дезинфекции грузовиков и площадок, перевозивших мусор. Всего продезинфицировано было 369 площадок и 27 грузовиков.

Исполняемость дезинфекций по месяцам, как видно из таблицы 5, делится на несколько периодов: первые 3—4 мес. года, когда работа велась, главным образом, по линии борьбы с паразитарными тифами, процент исполняемости приблизительно был одинаков — 39 — 41, апрельское увеличение до 49% должно быть отнесено за счет начавшейся холеры. В период май — август общий процент исполняемости повышается до 63—67 за счет холерной эпидемии. Концентрация всех сил, несмотря на их недостаточность, на борьбе с этой инфекцией повысило успешность производимых выездов на холеру. Эпидемия холеры по своим размерам обуславливала большую заинтересованность населения в производстве дезинфекции, что подтверждается небольшим количеством отказов за период июль — август (всего 60 случаев). Кроме того, естественно, что при холере дезинфекция не производилась вовсе „за ненадобностью“ несравненно реже, чем при других инфекциях. Однако, в холерный период производство дезинфекций нередко тормозилось недостатком воды в водопроводе, причем, естественно, население не всегда охотно соглашалось жертвовать последним ведром воды для приготовления дезинфекционных растворов.

Начиная с середины августа, когда эпидемия холеры быстро пошла на убыль и количество выездов на дезинфекцию по поводу холеры также заметно уменьшилось (I-ая неделя августа — 55 произведенных дезинфекций, IV-ая—12, а I-ая неделя сентября—2 дезинфекции), работа дезотрядов одновременно ослабевает и по всем другим инфекциям, особенно, по сыпному и возвратному тифам, размеры которых к тому времени стали значительно меньше (по данным Статсекции, случаев сыпного тифа зарегистрировано в июне 1430, в июле — 466, в августе — 91).

Переход в новую полосу работы при наладившемся транспорте, способном полностью удовлетворить требованиям эпидемий того времени, дал Камере возможность усилить работу дезотрядов за счет об'ездов всех инфекционных случаев, зарегистрированных Статсекцией Губздравотдела за день. Как это установлено было и раньше,

$\%_{10}$ исполняемости дезинфекций по месяцам.

МЕСЯЦЫ	Количество произвед. выездов	Количество исполнен. дезинфекц.	$\%_{10}$ исполняемости
Январь	1336	558	41
Февраль	957	388	40
Март	1089	424	39
Апрель	434	222	49
Май	377	240	63
Июнь	1075	698	63
Июль	1062	727	67,5
Август	356	219	61,5
Сентябрь	784	147	19
Октябрь	588	117	20
Ноябрь	409	106	27
Декабрь	262	82	31
Всего за год	8749	3928	44,9

Таблица 5.

каждый инфекционный случай посещается дезотрядом, обследуется врачом отряда с точки зрения необходимости производства дезинфекции текущей или заключительной и времени ее исполнения. Месяцы сентябрь-октябрь совпали с подворным обследованием, производимым саннадзором, что увеличило учет и вылавливание инфекционных больных. Вследствие этого, с одной стороны, повысилось количество выездов дезотрядов (август—356, сентябрь—784), а, с другой, степень исполняемости понизилась резко с 61,5% в августе до 19—20% в сентябре и октябре. Причина этого в том, что дезинфекция в одних случаях оказывалась запоздалой, в других, ввиду общего улучшения экономических условий жизни и заметно уменьшившейся вшивости, оказывалась ненужной. Наступившее вслед за этим повышение исполняемости в ноябре и декабре до 27—31% следует отнести за счет участвовавших случаев скарлатины и дифтерии, имевших место больше всего среди интернируемых детей.

Способы и методы дезинфекции в истекшем году были те же, как их описал д-р И. Л. Дайлис в своем отчете о деятельности дезотрядов Камеры за 1919—21 годы. На 3928 исполненных дезинфекций приходится 4517 случаев применения жидкой дезинфекции (по 1,15 на каждую дезинфекцию), т.е. сулемовых, карболовых, мыльно-крезоловых растворов, известкового молока и раствора хлорной извести. В одних случаях, жидкая дезинфекция применялась, как единственный способ дезинфекции, в других, как момент, сопутствующий другим приемам, как-то, взятию вещей для паровой дезинфекции, газовой дезинфекции и пр.. Из общего количества 4517 жидких дезинфекций в I-м полугодии произведено 2492, во II-м — 2025. Цифры приблизительно одинаковы, так как в I-м полугодии преобладает работа в очагах паразитарных тифов, где в большинстве случаев применяется дезинсекция мыльно-крезоловым раствором, а во II-м полугодии, при холере, почти всегда применялось известковое молоко или раствор хлорной извести. При этом в истекшем году, особенно к концу его, мыльно-крезоловый раствор, приготовлявшийся до того времени в самой Камере, за отсутствием зеленого мыла, был заменен препаратом „Liquor cresoli compositus“, отпущенным для дезинфекционных целей общ. „АРА“, а во время холеры, из-за отсутствия хорошей негашеной извести, преобладало применение раствора хлорной извести.

Газовый способ дезинфекции применен в 543 случаях, из них сера—482 раза, а формалин—61 раз. В отношении общего количества произведенных дезинфекций это составляет 13,82%. По полугодиям количество газовых дезинфекций распределяется следующим образом:

в 1-ом полугодии серой произведено	410,	формалином	25,	всего	435 дезинф.
„ 2-ом	„	„	72,	„	36,
					108

Такое большое количество серных дезинфекций в первом полугодии и, главным образом, в первые 3 месяца его, соответствует работе в сыпно- и возвратнотифозных очагах, где колоссальная вшивость и условия обстановки очень часто требовали применения этого способа. Во втором полугодии общее количество газовых дезинфекций значительно ниже, так как работа велась преимущественно по холере, причем серная дезинсекция применялась лишь в случаях, где необходимо было уничтожить мух, или где замечена была вшивость. Работа в очагах скарлатины и дифтерии к концу года несколько увеличивает количество формалиновых дезинфекций во втором полугодии.

Вещи были взяты дезотрядами для дезинфекции в паровом аппарате Камеры 2257 раз, т.е. приблизительно в 57% случаев, в осталь-

ных случаях они не брались за ненадобностью (444) или за полным их отсутствием (274).

Дезинфекция, в зависимости от выяснявшихся при обследовании эпидемиологических данных и осмотра квартиры и двора, производилась или в одной комнате, или в двух и больше комнатах, или во всей квартире, или в квартире и уборной, или только в уборной (дворовой или квартирной). Место производства дезинфекции указано в 4087 случаях, которые распределяются следующим образом:

в одной комнате	2584	дезинфекции
в части комнаты	— 540	„
в 2-х комнатах	— 377	„
во всей квартире	— 301	„
в уборной	— 285	„

Таким образом, чаще всего приходится производить дезинфекцию в одной комнате или в части комнаты.

Производство заключительной дезинфекции является целесообразным при условии отсутствия самого главного источника заразы, т.е. самого больного; в таблице 6 указано, как распределяются все случаи производства дезинфекций в зависимости от той причины, которая устранила больного из очага.

Количество дезинфекций, произведенных после отправления в больницу, выздоровления и смерти больного по полугодиям.

За какой срок	После отправления в больницу	После смерти	После выздоровления
I-ое полугодие	1777	444	222
II-ое „	786	361	192
Всего за год . .	2563	805	414

Таблица 6.

Дезинфекция чаще всего (из 3782 случаев) производилась после отправления больного в больницу, реже—после смерти и выздоровления.

По времени, протекающему между моментом поступления адреса и его выполнением, 3725 произведенных дезинфекций, о которых имеются соответствующие сведения, распределяются согласно таблице 7.

Время производства дезинфекции после вызова.

Время производства дезинфекции после вызова	I-ое полугодие	II-ое полугодие	Всего за год	% общего числа
В тот же день . .	41	124	165	4,5
На другой день . .	798	690	1488	40
Через 1 день . . .	355	199	554	15
„ 2 дня	352	108	460	12,5
„ неск. дней . . .	790	268	1058	28

Таблица 7.

В частности, по холере за год сделано:

в тот же день	— 60	дезинфекций
на другой день	— 725	„
через 1 „	— 395	„
„ 2 „	— 177	„
„ неск. дней	— 301	„

Из приведенных цифр явствует, что в тот же день производится незначительное количество дезинфекций, что объясняется невозможностью выделить из общего числа хотя бы один дежурный дезотряд для выезда на более срочные и более угрожающие в смысле распространения заразы случаи; больше всего успевают дезотряды произвести дезинфекцию на другой день (40%).

В отношении производства дезинфекции в холерных очагах проявлена наибольшая спешность; так, из числа 1657 случаев холеры дезинфекция произведена на другой день в 43,5% случаев. По полугодиям наибольшее запоздание относится к первой половине года, во вторую—момент производства дезинфекции становится значительно ближе к моменту поступления вызова.

В план работы дезотрядов входило соединение дезинфекционных мероприятий на местах с производством личной дезинфекции (баня) и изоляцией лиц, соприкасающихся с больными. Нередко в квартире, предназначенной для дезинфекции, оказывался больной. Если это был новый случай заболевания, то в обязанности врача отряда входило распознавание его болезни, регистрация и принятие мер к его госпитализации. В тех случаях, когда обнаруживались особо антисанитарные условия, отказы от дезинфекции, угроза распространения заразы, необходимость последовательного врачебного надзора за очагом, невозможность ликвидировать данный очаг без участия саннадзора, последнему делалось самостоятельно или через заведующего Камерой соответствующее сообщение. Результаты этих сторон работы дезотрядов изображены в таблице 8.

Количество лиц назначенных для купанья, изоляции и пр..

За какой срок	Назначено для купанья	Назначено к изоляции	Обнаружены новые больные	Вызвана камера Камеры	Сделано сообщений сан. надзору
I-ое полугодие .	135	644	270	457	2086
II-ое „ .	116	469	239	115	679
Всего за год . .	251	1113	509	572	3765

Таблица 8.

Цифры обоих полугодий мало отличаются друг от друга, что свидетельствует о том, что врачи дезотрядов во все периоды отчетного года неослабно стремились к проведению дезинфекционных мероприятий в сочетании со всеми другими мерами борьбы с заразными болезнями и в контакте с саннадзором. Особенно показательна цифра назначенных к изоляции (1113), так как изъятие лиц, бывших в соприкосновении с больными, в специально устроенные изоляторы имеет колоссальное значение для успешности проведения дезинфекции и особенно целесообразно при контактных инфекциях.

Остается еще рассмотреть, по чьим вызовам произведены дезинфекции отчетного года. Обычно количество вызовов на дезинфекцию слагалось из сообщений эвакуаторов после вывоза больного в госпиталь, назначений со стороны врачей отрядов, сообщений инфекционных госпиталей о поступающих больных, так называемых „посторонних вызовов“, поступающих по инициативе отдельных граждан, вызовов со стороны администрации различных учреждений, от врачей саннадзора и их вспомогательного персонала. Кроме того, в период, когда Камера в силах была выполнять наличными техническими сред-

ствами все требования, откуда бы они ни поступали, она, в целях большей осведомленности о всех инфекционных случаях, пользовалась ежедневными сводками о движении инфекционных больных из Статсекции Губздравотдела.

Сделанные за год 3928 дезинфекций по вызовам распределяются согласно таблице 9.

Распределение исполненных дезинфекций по вызовам.

По чьему вызову	I-ое полугодие	II-ое полугодие	Всего за год
Статсекция	6	97	103
Лечебн. учрежд.	122	145	267
Санит. надзор.	292	216	508
Посторон. лица	428	263	691
Эвак. и врачи дезотрядов	1670	617	2287
Различн. учр.	—	72	72

Таблица 9.

Таким образом, по вызовам Статсекции сделано всего 2,6%, по вызовам лечебных учреждений 6,8%, саннадзора — 13%, по частным вызовам — 17,6% и ничтожное количество приходится на вызовы учреждений — 1,8%; самая же большая часть дезинфекций выполнена по вызовам эвакуаторов и врачей дезотрядов — 58,2%. Это указывает на то, что при недостаточности транспорта приходилось выбирать из общей массы адресов наиболее важные в смысле срочности и уверенности в успешности выезда, а таковыми являлись, главным образом, адреса, откуда больные вывозились эвакуаторами Камеры и где врачи отрядов сами назначали дезинфекции. Остальные вызовы в значительной степени попадали в число залежей, не поддававшихся исполнению. Эти данные лишней раз доказывают, что обладание транспортными средствами, в количестве и состоянии удовлетворяющем размерам эпидемии, дало бы возможность Камере еще более интенсивно проявить свое участие в осуществлении общего плана борьбы с заразными болезнями. Одновременно с этим Дезстанция стала бы еще более популярным среди населения города центром, куда в полном объеме стекались бы сведения об инфекционных заболеваниях, требующих неотложного осуществления ряда мер противозэпидемического характера.

Теперь перейдем к обзору деятельности Камеры по перевозке инфекционных больных, лиц, бывших в соприкосновении с больными, и лиц, предназначенных для личной дезинфекции в целях профилактических. Эта сторона деятельности Камеры всегда привлекала к себе максимум внимания, требуя вместе с тем и больших технических возможностей. Понятно, что в отчетном году, при неоднократно отмеченной мною скудости транспорта, эвакуационную деятельность Камеры с трудом удавалось наладить. Перебои в работе были очень часты, не смотря на то, что для целей эвакуации предоставлялись преимущественно здоровые машины, с наиболее трудоспособным и приспособленным к этой работе персоналом.

В соответствии с размерами, сначала тифозной эпидемии, а потом холеры, количество требований значительно превосходило степень ра-

ботоспособности, которую могла развить Камера в отношении эвакуации больных. Перипетии, пережитые Камерой по пути наладивания эвакуационного дела, были самого разнообразного характера: с одной стороны—недостаточность, изношенность транспорта, частая порча машин до и во время выезда на работу, перебои в снабжении горючим, с другой—перегруженность инфекционных госпиталей больными. Последнее обстоятельство нередко было причиной сокращения работы эвакуаторов, которым приходилось прежде, чем начинать работу, запрашивать госпиталя о количестве свободных мест (нередко в госпиталях были свободны лишь мужские места, что делало совершенно безвыходным положение при необходимости разгрузки семейных очагов), или предварительно реэвакуировать выздоровевших больных на квартиры, чтобы затем освободившиеся места заполнить привозимыми больными. Это относится к периоду подъема кривой сыпного и возвратного тифа, когда количество требований на перевозку больных, поступавших в течение дня, далеко превосходило цифру 100.

При таких условиях естественно было выдвинуть вопрос о том, чтобы центральное эвакуационное учреждение, каким является Дезстанция, монополизировала бы и взяла на себя регулирование порядка поступления отдельных больных в госпиталь. Между тем, фактически, Дезстанции приходилось конкурировать со стихийным потоком больных, направлявшихся в госпиталь. Общие неблагоприятные условия экономического состояния населения и сопутствующие им грозные эпидемии паразитарных тифов стихийно влекли в госпиталь массу больных, направлявшихся туда на извозчиках, тачках и др. средствами и заполнявших все свободные госпитальные койки. В результате оказывалось, что, в случае необходимости эвакуировать в госпиталь больных из особо угрожаемых мест, напр., из ночлежных домов, интернатов, из крупных семейных и домовых очагов, заболевавших в пути приезжих или ожидавших очереди для посадки в поезд пассажиров, нуждавшихся в отправке в госпиталь с вокзала и проч. групп больных, где о самостоятельной перевозке на извозчиках не могло быть и речи, Дезкамера лишена была возможности их эвакуировать, даже при наличии в своем распоряжении того или иного количества транспортных средств. Более того, не раз имели место факты, когда выехавшие на подобный случай кареты или санитарные машины Дезкамеры, забрав больных и об'ехав с ними все лечебные заведения города, были вынуждены, в конце концов, привезти больных обратно в тот очаг, из которого они были взяты. Вместе с тем, состояние транспорта Дезстанции было таково, что она и не могла взять на себя обязательства перед населением в перевозке всех больных исключительно средствами Станции, не говоря уже о том, что и лечебные заведения отстаивали свое право принимать непосредственно доставлявшихся туда больных, которых нередко их родственники привозили или приводили в госпиталь и здесь оставляли, если не в приемном покое или во дворе, то у ворот или просто на улице, у стены лечебного заведения. Все это привело к жалкому паллиативу, выражавшемуся в том, что за Дезстанцией бронировалось 10—12 мест, из числа освобождающихся в госпиталях, и это составляло всю сумму ресурсов госпитальных мест, которыми могло располагать центральное эвакуационное учреждение города. Если сюда еще добавить, что и эти места, из-за перебоев в работе транспорта (невъезд или поломка машин и пр.), не всегда удавалось заполнить, то получится реальная картина пережитого в первые месяцы отчетного года в деле транспортировки инфекционных больных в лечебные заведения.

В таких условиях работы в сыпно-тифозный период Дезстанция была вынуждена из всей массы поступавших требований отдавать предпочтение наиболее важным, т.-е. тем именно адресам, которые относились к особо угрожаемым пунктам, соразмеряя количество вывозимых больных с числом обеспеченных мест в госпиталях и наличием транспорта.

С началом холеры, в апреле месяце (первый выезд на холеру относится к 23-му апреля), при быстроте ее роста, Камера вынуждена была все свое внимание направить на перевозку холерных больных (были выделены дежурные машины), что, естественно, уменьшило количество выездов в очаги сыпного и возвратного тифа. Совместить работу по эпидемиям холеры и паразитарных тифов, по размерам не уступавшим друг другу, не представлялось возможным. В мае месяце, когда состояние транспорта становится наихудшим, каким только оно было в течение всего отчетного года, в вопросе о транспортировке больных разражается настоящая катастрофа, выражающаяся в том, что были дни, когда вовсе не производились выезды за больными (7-го, 14-го, 16-го, 25-го и 27-го мая). Несколько раз приходилось на несколько дней прекращать прием требований на перевозку больных, так как новые требования фактически шли на пополнение уже имевшихся залежей, которых разгрузить не представлялось возможным.

Такое положение дел вынудило отказаться временно от систематической эвакуации сыпно-и возвратнотифозных больных и выполнять ее лишь в случаях особо экстренных и угрожающих в смысле распространения заразы. Благоприятный период работы наступает лишь с начала августа, когда кривые паразитарных тифов, особенно сыпного тифа, и холеры заметно падают, а одновременно транспорт Камеры восстанавливается, благодаря закупке лошадей и улучшению технического снабжения машин (покрышками и камерами, горючим). Условия работы, описанные мною, могут быть иллюстрированы цифровыми данными, приведенными в таблице 10 (см. стр. 176).

Таблица эта составлена, главным образом, на основании данных месячных отчетов Станции, представляющих общие цифровые сводки произведенной работы по месяцам. Насколько представилось возможным, при составлении настоящего отчета эти цифры были вновь проверены и, в нужных случаях, в них внесены соответствующие поправки. Проверка произведена по книгам записи ежедневных нарядов, где отмечается также ряд сведений, не входящих в данные месячных отчетов. Необходимо лишь оговориться, что эти книги нарядов за отчетный год сохранились не полностью, почему приведенные в дальнейшем результаты разработки этого материала относятся обычно к цифре несколько меньшей, чем общая цифра, полученная от суммирования данных месячной отчетности. В частности, последний столбец таблицы 10, составленный по записям в упомянутых книгах нарядов, за январь, март и июль месяцы дает цифры, относящиеся не ко всему месяцу в целом, а лишь к тем дням его, которые указаны в таблице под соответствующими цифрами (за остальные дни упомянутых месяцев книги нарядов не сохранились).

Этот последний столбец показывает количество требований на перевозку больных, которые не были выполнены Станцией по причинам, уже не раз указанным выше. Случаи эти, как видно из таблицы, имели место в течение первых 7-ми месяцев года. Общее число неудовлетворенных требований (2039) составляет 22,69% всех поступивших (число всех поступивших требований получается при суммировании цифр первого и последнего столбцов таблицы 10). Однако, в действитель-

ности этот процент должен быть еще выше в виду того, что, во-первых, сведений о числе неисполненных адресов за некоторые дни, как указано выше, не имеется, а, во-вторых, в период наибольшего расстройтва деятельности транспорта, не раз применялась мера прекращения приема всяких требований на перевозку больных, чем умень-

Работа по эвакуации инфекционных больных по месяцам.

Месяцы	Количество сделанных выездов	Общее число госпитализированных больных	Число госпитализированных холерных больных	Количество поступивших требований, по которым выезды не могли быть произведены
Январь	699	992	—	244
Февраль	772	858	—	(с 15 по 31) 333
Март	1595	963	—	197
Апрель	767	500	22	(с 1 по 12 и с 15 по 31) 722
Май	577	561	278	460
Июнь	1105	857	710	29
Июль	921	639	626	54
Август	228	240	139	(с 1 по 12 и с 17 по 31) —
Сентябрь	86	89	20	—
Октябрь	49	73	—	—
Ноябрь	73	120	—	—
Декабрь	76	144	—	—
Всего за год	6948	6036	1795	2039

Таблица 10.

шалось количество таких невыполненных адресов. Это последнее обстоятельство сказалось на данных рассматриваемой таблицы, где цифры невыполненных требований за май и июнь — месяцы наихудшего состояния транспорта — значительно ниже апрельской цифры. Месяцы апрель и май, совпавшие с началом развития холерной эпидемии, демонстративно показывают, насколько эвакуация отставала от действительных требований момента: так, из 1489 требований, поступивших в апреле месяце, было выполнено лишь немного больше половины задания; то же соотношение наблюдается и в мае месяце (выполнено 577 требований из 1037).

Наиболее интенсивной эвакуация была в момент разгара эпидемии сыпного тифа — в первые три месяца года. За эти месяцы сделано выездов 3066, доставлено в лечебные заведения 2813 больных. Далее, большое число выездов произведено также в июне и июле по холере (выездов за 2 месяца сделано 2026, больных госпитализировано 1496, из них холерных — 1336). Если сопоставить результаты эвакуации холерных больных средствами Камеры с данными о числе госпитализированных холерных больных вообще, имеющимися в Статсекции Губздравотдела, то станет ясно, какое участие принимала Камера в работе по транспортировке холерных больных в больницу. Из общего числа 3637 госпитализированных холерных больных (в мае госпитализировано всего 409 больных, в июне — 1010, в июле — 2019, на остальные месяцы приходится 199 больных), средствами Камеры было пере-

везено 1795 больных, что составляет 49,35% общей госпитализации по холере.

По отдельным месяцам, наименьший процент холерных, перевезенных средствами Дезкамеры, был в июле, когда было перевезено всего 626 человек из 2019 госпитализированных больных, что составляет лишь 31%. Напротив, в месяцы слабого напряжения холерной эпидемии эта цифра повышается до 90, 95% (181 из 199). Из таблицы 11 видно, что в первую четверть года, подобно дезинфекционной деятельности, главная часть работы проводится по сыпному и возвратному тифу, в мае-августе—по холере. Эта таблица, составленная на основании разработки записей в книгах нарядов, как указано выше, охватывает не все количество перевезенных больных, а относится лишь к 4877 больным, к которым и применимы все нижеследующие рассуждения.

Госпитализация инфекционных больных по инфекциям и месяцам.

Месяцы	Сыпной тиф	Возвратный тиф	Брюшной тиф	Неопределен. тиф	Холера	Дизентерия	Оспа натуральная	Дифтерия	Скарлатина	Корь	Коклюш	Свинка	Ветряная оспа	Рожа	Всего
Январь	221	36	4	119	—	2	1	2	3	—	—	—	—	—	388
Февраль	617	34	3	199	—	—	1	1	2	—	—	—	—	1	858
Март	663	38	10	87	—	4	2	—	—	—	—	—	—	2	806
Апрель	408	22	—	42	22	5	—	—	—	—	—	—	—	1	500
Май	113	1	—	—	177	2	—	—	—	—	—	—	—	—	293
Июнь	124	8	—	15	710	—	—	—	—	—	—	—	—	—	857
Июль	6	3	4	7	489	—	—	—	—	—	—	—	—	—	509
Август	17	47	10	16	139	8	—	—	3	—	—	—	—	—	240
Сентябрь . . .	1	30	3	22	20	3	1	1	6	1	—	—	—	1	89
Октябрь . . .	2	18	2	13	—	—	—	5	12	6	—	2	11	2	73
Ноябрь	4	39	32	13	—	—	6	1	19	4	—	—	—	2	120
Декабрь . . .	18	21	3	13	—	—	4	1	—	53	6	9	15	1	144
Всего за год	2194	297	71	546	1557	24	15	11	45	64	6	11	26	10	4877

Таблица 11.

За весь год больше всего госпитализировано сыпнотифозных (45%) и холерных больных (31,9%); по другим инфекциям более или менее значительные цифры дают лишь неопределенный (11,2%) и возвратный (6,1%) тифы. На все прочие инфекции приходится лишь 5,8%. Та же таблица 11 очень показательно демонстрирует полное затишье детских инфекций с начала года до августа включительно. Лишь с сентября становится заметным учащение случаев этих инфекций, особенно ветряной оспы, скарлатины и кори. Упомянутые инфекции как указывалось выше, нашли себе приют, главным образом, среди интернированных детей Соцвоса, откуда заболевавшие дети вывозились нередко группами по 3—4, иногда и более человек. Особенно часто поступали вызовы от интернатов по Коблевской 40, Пишоновской 20, Елисаветинской 2 и проч., между тем как другие, к сожалению, продолжали пользоваться для доставки детей в инфекционные больницы дрожками и площадками.

Наконец, здесь же следует отметить, что указанное в таблице 11 общее количество перевезенных больных (4877), о которых имеются соответствующие данные, относится к 5887 случаям выездов, из которых госпитализация была проведена лишь в 3372 случаях, в остальных же 2515 случаях госпитализация не могла быть осуществлена. Количество удачных, т.е. закончившихся госпитализацией, выездов составляет, таким образом, 57,28% общего их числа, при чем в среднем на каждый удачный выезд приходится около 1,5 больных, а на каждый из всех произведенных выездов вообще — лишь 0,83. В отчетном году наблюдалось, таким образом, относительно ухудшение положения дела с эвакуацией больных, по сравнению с предыдущими годами, когда количество вывозимых больных постоянно превышало число производившихся выездов. Объяснено это обстоятельство должно быть, конечно, расстройством транспорта, что приводило к запоздалым выездам со всеми вытекающими из этого последствиями, на что подробнее указано ниже. Последние три месяца года дают в этом смысле вновь обычные соотношения: 198 выездов и 337 госпитализированных больных, что составляет в среднем на каждый выезд 1,7 больных.

Таблица 12 выясняет причины неудачных выездов, т.е. тех 2515 вышеупомянутых случаев, в которых госпитализация не была осуществлена.

Причины неудавшейся госпитализации больных по месяцам.

МЕСЯЦЫ.	Отка- лись	Отложено	Умерли	Вызоро- вели	Нераз- скано	Квартира заперта	Вывезены собствен. средств.	Вторичный и ложный вызов	ВСЕГО
Январь	46	16	3	14	10	8	39	6	142
Февраль	78	36	24	30	19	13	52	7	259
Март	118	186	36	49	18	12	77	43	539
Апрель	69	150	27	39	20	10	56	48	419
Май	36	25	36	25	23	17	40	22	224
Июнь	143	12	87	25	32	3	64	35	401
Июль	143	2	119	14	39	20	93	30	460
Август	16	1	4	2	3	6	5	8	46
Сентябрь	8	1	—	—	—	—	—	3	12
Октябрь	—	3	1	—	—	—	—	—	4
Ноябрь	4	—	—	—	—	—	—	1	5
Декабрь	3	—	—	—	—	—	—	1	4
Всего за год . .	664	432	337	198	164	89	427	204	2515

Таблица 12.

Эта таблица дает возможность учесть вместе с тем целый ряд моментов, имеющих непосредственное отношение к эвакуационной деятельности Камеры.

Из всего числа наиболее частой причиной невыполнения госпитализации является отказ больных (24%); повидимому, наиболее частым поводом для отказа больного от госпитализации служил несвоевременный выезд эвакуационной кареты или машины, совпадавший нередко с улучшившимся состоянием больного, в силу чего страх перед угрозой наступавших тяжелых явлений ослабевал, и больной отказы-

вался эвакуироваться. Далее, причиной неудавшейся госпитализации служит просьба больного отложить эвакуацию до следующего дня (17⁰/₀); поводом для такого откладывания вывоза больного служит обычно поздний час приезда Кареты или желание больного получить место в госпитале, наиболее пользующемся его доверием. Этот вид неисполнения наичаще всего имел место в течение марта—апреля, когда госпиталя не вмещали всех желающих госпитализироваться, а Камера располагала лишь небольшим числом забронированных за нею мест в госпиталях, не всегда удовлетворявших подлежащего госпитализации больного. Такие адреса, в виду недостатка транспорта, большей частью, вторично не об'езжались. Совершенно незначительное количество отложенных случаев наблюдается во время эпидемии холеры (в июле—2 случая, в августе и октябре— по 1), когда единственным местом для помещения заболевшего холерой была 1-ая Сов. Нар. б-ца, и выбора для больного не оставалось. Во многих случаях (около 13⁰/₀) эвакуатор заставал больного умершим; естественно, что больше всего таких случаев приходится на холерный период, что объясняется как быстротою течения и большой смертностью при этой инфекции, так и запаздыванием выездов. В некоторых случаях (свыше 8⁰/₀) выезд не сопровождался госпитализацией в виду того, что имел место вторичный или ложный вызов. Так, нередко, прохожие или чины милиции вызывали карету на случай, который они считали холерным, но который оказывался по прибытии кареты обмороком на почве голода и пр.. Еще более высокий процент вывезенных собственными средствами (17⁰/₀) говорит вполне определенно о недостатках функционирования транспорта. Совершенно незначительное количество безрезультатных выездов наблюдается в последнюю треть истекшего года.

Количество зарегистрированных Статсекцией и эвакуированных Дезкамерой инфекционных больных.

ИНФЕКЦИИ.	Количество больных, госпитализированных по данным Стат. Секции.	Количество больных, госпитализированных Камерой.	Госпитализация, выполненная Камерой, в %-ном отношении к общему числу.
Сыпной тиф	7200	2194	30,4
Возвратный тиф	3307	297	8
В брюшной "	288	71	24
Неопредел. "	2360	546	24
Холера	3637	1795	49,4
Всего за год	16492	4903	29,6

Таблица 13.

Сопоставив данные Статсекции Губздравотдела о количестве больных важнейшими инфекциями, госпитализированных в течение года, с результатами эвакуационной деятельности Камеры, получим таблицу 13, из которой видно, что наиболее интенсивно госпитализация была проведена по сыпному тифу (30,4⁰/₀) и, особенно, по холере (49,4⁰/₀). Здесь необходимо напомнить, что действительный процент госпитализированных Камерой больных на самом деле больше, так

как количество госпитализированных по инфекциям (кроме холеры), показанное в таблице, относится не ко всему количеству вывезенных больных, а лишь к тому числу их относительно которых сохранились соответствующие записи (см. выше, стр. 175).

Эвакуация лиц, окружающих и соприкасавшихся с больными, шла параллельно с изоляционной деятельностью Камеры и выражалась в первую половину года в доставке изолированных в барак при Дезкамере и обратной отвозке их в те места, откуда они доставлялись, затем, в функционировавший с апреля по июнь Изолятор по Ланжероновскому спуску № 2 и, наконец, в прешедший с конца июня в ведение Камеры Изолятор по Успенской ул. № 3. Кроме того, в декабре отчетного года эвакуационные кареты Камеры производили также перевозку лиц, предназначенных для купанья в бане при Камере. Приводимые в таблице 14 цифры показывают результаты этой работы

Перевозка окружающих больного в изоляционные помещения и обратно по месяцам.

МЕСЯЦЫ.	В барак Камеры	Из барака Камеры	В изоля- тор по Успенск. 3	Из изоля- тора по Успенск. 3	В изоля- тор по Ланж. сп. 2	Из изоля- тора по Ланж. сп. 2	Всего перевезено
Январь . . .	26	16	13	—	—	—	55
Февраль . .	52	53	—	—	—	—	105
Март	—	2	—	—	—	—	2
Апрель . . .	—	9	—	—	—	—	9
Май	—	—	—	—	—	—	—
Июнь	—	—	26	1	73	1	101
Июль	—	—	44	3	—	—	47
Август . . .	—	1	7	5	—	—	13
Сентябрь . .	11	2	43	—	—	—	56
Октябрь . .	5	4	76	30	—	—	115
Ноябрь . . .	9	4	151	94	—	—	258
Декабрь . .	77	245	—	—	—	—	312
Всего за год .	170	336	360	133	73	1	1073

Таблица 14.

в течение года. Несомненно, что в количественном отношении эта область деятельности Дезстанции сильно пострадала от пережитого транспортного кризиса, нередко сводившего к нулю эту работу, отвлекая все наличные средства на перевозку больных и пр.

Всего перевезено за год 1073 человека, из них больше всего в Изолятор при Дезкамере по Успенской 3, при чем обслуживание его начинается, главным образом, с конца июня; достаточно интенсивно производилась перевозка в Изолятор по Ланжероновскому спуску 2, куда в июне доставлено 73 изолируемых—бациллоносителей и подозрительных по бациллоношению. Барак при Дезкамере больше всего заполнялся средствами Камеры в начале года, январе и феврале, и затем в последние 4 месяца года, особенно в декабре. С марта же до сентября эвакуационные кареты почти не доставляли изолируемых: во-первых, все транспортные средства были отвлечены на эвакуацию больных, а,

во-вторых, барак заполнялся лицами, самостоятельно прибывавшими на изоляцию, толкаемыми желанием получить, хотя бы на время изоляционного периода, приют и питание.

Дезинфекционная и эвакуационная деятельность Камеры, как указано выше, тесно связана с изоляцией лиц, бывших в соприкосновении с больными: не удалив окружающих, особенно, в случаях, где налицо имеется загрязненность жилья, неопрятность, теснота и нищета, не проверив соприкасавшихся на бациллоношение, нельзя ожидать от дезинфекции желательных результатов, источник заразы в целом не будет уничтожен.

Изоляционная деятельность Камеры в прежние годы была крайне сужена по той причине, что в непосредственном распоряжении Камеры имелся лишь эвакуационный барак на 14 штатных коек, на которых нередко содержалось от 25—30 и больше человек. Барак с таким количеством коек не мог нести строго изоляционные функции, а потому выполнял лишь функции эвакуационного барака, куда направлялись лица на время личной дезинфекции, постановки серы или формалина в квартире, пропуска их вещей через паровой аппарат и проч.

Имевшийся в ведении Губздравотдела Госпиталь-Изолятор № 10, не смотря на все старания, не мог быть использован в целях проведения общего плана; деятельность его была оторвана от работы Камеры, а, между тем, эпидемии паразитарных тифов, при которых нужда в изоляции особенно сильно сказывалась, настойчиво выдвигали вопрос о предоставлении Камере большего количества коек в целях расширения изоляционного дела. Когда в январе—феврале число эвакуированных в барак Камеры стало значительно превосходить норму штатных коек, Камера настояла на открытии, при действовавшей уже к тому времени бани по Ланжероновскому спуску 2, изолятора на 125 коек, каковой начал функционировать в апреле месяце. Вскоре, в виду невозможности содержания двух параллельных учреждений по финансовым соображениям, в связи с проводившимся сокращением сети учреждений, вопрос о передаче полностью всего изоляционного дела в ведение Дезкамеры был окончательно разрешен в положительном смысле. Согласно состоявшемуся распоряжению, Госпиталь-Изолятор № 10, помещавшийся к тому времени по Успенской ул., в д. № 3, с 26 июня передан был в ведение Камеры. Одновременно Изолятор по Ланжероновскому спуску 2 был ликвидирован, а имущество и штат его слиты с Изолятором по Успенской ул. 3, который был переименован в „Госпиталь-Изолятор при Дезкамере“. Эвакуационный барак при Камере остался функционировать с тем, что он должен был принимать на изоляцию лишь по поводу паразитарных тифов, нести функции эвакуационной квартиры, связанные с жилищной дезинфекцией и деятельностью бани при Дезкамере, а Изолятор по Успенской 3 должен был принимать по всем инфекциям, обслуживая нужды, главным образом, массовой изоляции. Таким образом, изоляционная деятельность Камеры в отчетном году слагается из трех моментов: 1) деятельность эвакуационного барака при Дезкамере, 2) Изолятора по Ланжероновскому сп. 2 и 3) Изолятора при Дезкамере по Успенской 3. Отчет о последнем ведется с 1 июля.

Эвакуационный барак Камеры действовал весь год, при чем первую половину года, когда баня при Камере не функционировала из-за отсутствия воды, деятельность его ограничивалась изоляцией, а во вторую половину года, при более правильном функционировании

волопровода, деятельность барака сочетается с работой бани. За год через барак прошло 549 человек с 4667 эвакуоднями, что составляет в среднем 8,5 эвакуодня на каждого изолированного. Коэффициент этот велик, но объяснить его следует тем, что очень большой контингент эвакуированных приходится на детей, взятых дезотрядами из квартир, где взрослые члены семьи были госпитализированы, и дети оставались в бараке до выздоровления родителей или, в случае смерти последних, как это часто бывало, до определения их в интернаты. Таблица 15 указывает движение эвакуируемых по месяцам и инфекциям, послужившим поводом для эвакуации.

Число поступивших в эвакуационный барак при Дезкамере по месяцам и инфекциям.

МЕСЯЦЫ	Сыпной тиф	Возвратный тиф	В брюшной тиф	Неопределенный тиф	Холера	Скарлатина	Мероприятия	Всего	Число эвакуодней
Январь	72	50	8	6	—	—	12	148	936
Февраль	47	48	7	1	—	—	9	112	946
Март	40	25	9	4	—	—	30	108	695
Апрель	29	—	—	—	—	—	10	39	378
Май	5	9	—	—	—	—	17	31	301
Июнь	7	4	—	—	4	—	5	20	252
Июль	3	5	—	—	—	—	7	15	211
Август	1	—	—	—	—	—	1	2	122
Сентябрь	20	—	—	—	—	3	1	24	237
Октябрь	17	2	—	—	—	—	1	20	223
Ноябрь	9	—	—	—	—	—	2	11	108
Декабрь	14	—	—	—	—	—	5	19	258
Всего за год . .	264	143	24	11	4	3	100	549	4667

Таблица 15.

Наибольшая заполняемость барака падает на первые три месяца года, январь, февраль и март (всего 368 чел.), а по инфекциям, главным образом, на сыпной и возвратный тиф (всего за год—407 случаев—74,14%). Усиленную работу в первые месяцы года следует объяснить частью тем, что в этот период времени работа Камеры была всецело направлена на борьбу с теми инфекциями, при которых успешность мероприятий требует более широкой эвакуации окружающих в целях личной дезинсекции, частью тем, что это по времени совпадает с крайним голоданием и смертностью населения, что побуждало назначенных к изоляции лиц более охотно эвакуироваться: голодные, истощенные, не видевшие по долгу хлеба, страдавшие от холода, они были рады найти уют и питание, хотя бы на короткий срок. Дети, оставшиеся на произвол судьбы в пустых лачугах и подвалах без родителей вследствие болезни или смерти последних, извлекались эвакуаторами Камеры нередко из целой кучи лохмотьев, в состоянии крайнего истощения, с голодными отеками. В одном случае (Госпитальная 27, семья С—вых) эвакуатором Камеры были извлечены четверо детей, которые вместе с трупом матери продолжали лежать на кровати под прикрытием перины до момента эвакуации в барак.

Случаи эвакуации по поводу других инфекций единичны.

Значительное количество эвакуировано было по поводу различного рода мероприятий (100 человек), имевших целью борьбу со вшивостью, либо проводившихся по отношению к лицам, предназначенным для помещения в дома призрения или интернаты.

По районам все изолированные (549) распределяются так:

район Молдаванки	256 чел.
„ Слободки-Романовки	41 „
„ Пересыпи	32 „
„ города	220 „

Более всего эвакуировано из наиболее пораженных районов, а именно, с Молдаванки и из того района города, куда входят улицы М. и Б. Арнаутские, Пантелеймоновская, Старорезничная и пр.

По возрасту среди изолируемых было детей—348 чел., взрослых—201 чел., т.-е. дети составляют 64,5%. Это понятно из того, что при семейной изоляции, обычно, мать эвакуируется с 3—4 детьми.

Исход изоляции был благоприятным в 509 случаях (92,7% общего числа); из них 488 человек были возвращены на квартиры, а 21 определены в интернаты. В 40 случаях (7,3%) изолируемые в период изоляции заболели и были госпитализированы. На таблице 16 приведены соответствующие цифровые данные.

Количество заболевших из числа изолированных в бараке Камеры по инфекциям и месяцам.

Месяцы.	Сыпной тиф	Возвратный тиф	Подозрит. по холере	Всего
Январь	4	4	—	8
Февраль	5	4	—	9
Март	4	8	—	12
Апрель	1	—	—	1
Май	1	2	—	3
Июнь	1	—	—	1
Июль	—	3	—	3
Август	—	—	—	—
Сентябрь	—	1	1	2
Октябрь	—	—	—	—
Ноябрь	—	1	—	1
Декабрь	—	—	—	—
Всего за год	16	23	1	40 чел.

Таблица 16.

Все заболевшие, будучи изолированными по поводу сыпного и возвратного тифа, попали, очевидно, в барак в инкубационном периоде болезни. Единственный случай подозрительного по холере заболевания относится к ребенку, который на второй день после поступления обнаружил легкие клинические признаки холеры и был тотчас госпитализирован. Все изолируемые обследовались дважды на бациллоношение, но результат был во всех случаях отрицательный.

Умерло за год из числа эвакуированных 4 человека. Такая смертность среди изолируемых — явление совершенно необычное, которое следует объяснить вышеупомянутыми моментами голода и истощения. Причиной смерти во всех случаях было крайнее истощение, при чем в трех — умершие были в возрасте около 60 лет, а в одном случае — юноша 17 лет (С—ков Пуня, один из семьи, упомянутой на стр. 182).

В холерный период все изолируемые были вакцинированы против холеры и брюшного тифа.

Изолятор по Ланжероновскому спуску 2, на 125 коек, функционировал недолго, с начала апреля до последних чисел июня. Сначала он предназначался для массовой изоляции по поводу мероприятий, с одновременным проведением партии изолируемых через дезинфекционную баню (в открытии изолятора при бане особенно заинтересован был Соцвос, в целях очистки детей интернатов). С началом холерной эпидемии, по мере переполнения изолируемыми по холере Госпиталя-Изолятора № 10, была прекращена изоляция по поводу мероприятий, и Изолятор по Ланжероновск. сп. быстро наполнился обсервированными по холере.

За отчетное время изолировано было всего 272 человека, из них 164 — по поводу мероприятий и 108 — по поводу холеры. Эвакодней проведено всего 3459, в среднем 12,7 на 1 человека. Все изолируемые за время изоляции успевали получить по 2—3 прививки против холеры и брюшного тифа. Среди изолированных было 230 детей и 42 взрослых.

По районам распределять их не представляется целесообразным, так как заполнение Изолятора находилось в полной зависимости от работы дезотрядов, а потому изолируемые поступали из самых различных районов города.

Исход изоляции для 108 изолированных по поводу холеры был таков: в 95 случаях изолируемые выписаны здоровыми на квартиру (88%). Заболело холерой 12 человек (11,1%), умер от холеры 1 человек (0,9%); последний был доставлен родственниками по ошибке в Изолятор с явными клиническими признаками холеры в безнадежном состоянии и погиб раньше, чем успели отправить его в больницу.

Все изолируемые были проверены на бациллоношение, при чем обнаружено было 8 бациллоносителей. Бациллоносители содержались в отдельном корпусе здания и выдерживались до трехкратного отрицательного ответа. К концу июня, когда выяснилась необходимость Изолятор ликвидировать, часть изолируемых, нуждавшихся еще в изоляции, была переведена в Изолятор по Успенской ул., д. № 3.

Последний, в момент перехода в ведение Камеры, имел 200 штатных коек и был в состоянии переполнения изолируемыми по холере.

Переход этого Изолятора в ведение Камеры сопровождался частичным изменением и сокращением его штата (штаты были пересмотрены и сокращены с 53 до 32 чел., персонал Изолятора по Ланжероновскому спуску 2 был частично переведен в Изолятор по Успенской 3, кроме того были влиты новые силы из состава персонала Камеры) и реорганизацией общего направления его работы: изоляционная работа была целиком связана с общим планом работы Камеры и проводилась в полном соответствии со всем ее направлением, при постоянной связи с врачами дезотрядов. В дальнейшем, параллельно с общим сокращением числа коек и персонала, количество штатных коек было уменьшено до 125, а штат личного состава до 22 чел.

Как указано в таблице 17, за отчетный период (вторая половина года) изолировано было всего 825 человек, которыми проведено в общей сложности эвакуодней 12416, что составляет в среднем 15 дней на каждого. Из общего числа, 410 было изолировано по поводу холеры, главным образом, в июле и августе месяце, при чем на 1-ое июля оставалось изолированных по холере 177 человек. В остальные месяцы,

Движение изолируемых в Изоляторе по Успенской 3, по месяцам и инфекциям за II-ую половину 1922 года.

Месяцы	Холера	Скарлатина	Паротит	Возвратный тиф	Оспа	Дифтерия	Мероп.	Всего
Июль	377	—	—	—	—	—	—	377
Август	29	—	—	—	—	—	—	29
Сентябрь	4	56	—	2	—	—	—	62
Октябрь	—	29	—	9	—	—	—	38
Ноябрь	—	5	129	3	1	2	172	312
Декабрь	—	4	3	—	—	—	—	7
Всего за 1/2 года	410	94	132	14	1	2	172	825

Таблица 17.

с прекращением холерной эпидемии, было принято по разным инфекциям 415 человек. Количество изолированных по холере в отношении общего числа бывших на изоляции составляет почти 50%. В среднем на каждого из них приходится 7,5 эвакуодней, т.е. значительно меньше общей средней цифры.

Это объясняется тем, что во время холеры Изолятор был перегружен изолируемыми и потому приходилось проявлять максимум экономии в отношении каждой койки; тем не менее, все соприкасавшиеся с холерными больными были исследованы не менее 2-х раз, чаще всего через день, а бациллоносители считались очистившимися после получения три раза подряд отрицательного ответа.

Следует отметить, что изолируемые, у которых бациллоносение установлено было до поступления в Изолятор, очень часто уже при первом исследовании давали отрицательный результат, что также сокращало число эвакуодней. Более подробный обзор холерной изоляции дает в своей работе, посвященной специально этому вопросу, д-р С. В. Цыганов.

В числе изолированных по холере было:

мужчин	109 чел.
женщин	78 "
детей	223 "

Преобладают, как видно из приведенных цифр, дети (54,4%), мужчины больше, чем женщины (26,6% и 19,0%). Изоляция производилась частью с частных квартир, частью из учреждений; особенно много было принято уже установленных бациллоносителей—детей из Дома грудного ребенка, поступавших нередко вместе с кормилицами, далее, из Коллектора-Распределителя № 1 Губздравотдела, а также из лечебных заведений, напр., II-ой и III-ей Сов. Нар. б—ц. Из массовых изоляций следует отметить изоляцию беженцев-латышей и группы красноармейцев

N-го полка (68 человек), где, в связи с обнаружением холерного очага, д-ром М. Н. Соловьевым было выделено много бациллоносителей.

Из 410 обсервированных по холере благополучный исход отмечен в 363 (88,5%) случаях, заболело холерой 34 изолированных (8,3%), из них 30—из числа бациллоносителей. Умерли при явлениях истощения, главным образом, дети грудного возраста—13 чел. (3,2%). Из них 10 человек умерли из среды бациллоносителей, а 3—из числа обсервированных.

Из 415 изолированных по другим инфекциям больше всего изолировано по скарлатине и паротиту, а также в связи с мероприятиями. Наибольшее поступление было в ноябре месяце, в соответствии с временем появления детских инфекций, главным образом, в интернатах. В 392 случаях эвакуированные (преимущественно, дети) были выписаны здоровыми, 23 человека заболели в период изоляции:

скарлатиной	2 чел.
корью	19 "
паратитом	2 "

Большое количество заболевших корью относится ко времени пребывания на изоляции интерната по Екатерининской № 20, изолированного по поводу этой инфекции.

Итак, через три изоляционных помещения Камеры за истекший год прошло 1646 человек (из них 522 по холере) с 20,542 эвакуациями, среднее число эвакуаций на одного человека—12,5. В сравнении с изоляционной деятельностью Камеры в прошлые годы, констатируется значительное ее расширение. Однако, за время полугодовой работы Камере сравнительно мало удалось сделать в смысле улучшения положения Изолятора. Помещение, занимаемое им в настоящее время, требует капитального ремонта, территориальное расположение не дает возможности упрочить связь его с Камерой, со всей ее работой и укладом жизни. Наконец, крайне скудное материально-хозяйственное снабжение не менее тормозит дело улучшения содержания изолируемых. В плане работы Дезкамеры намечен целый ряд мер, направленных к поднятию на должную высоту постановки дела в Изоляторе, а также к приближению его в территориальном и организационном отношении к Камере.

Банное дело, составляющее [не менее важную отрасль деятельности Камеры, тормозилось целым рядом обстоятельств.

Баня при Дезкамере работала в течение 2-х лет без ремонта и потому еще с осени 1921 года был начат ремонт ее, который, против ожидания, из-за скудости отпускаемых средств, оказался очень длительным; но и помимо ремонта, отсутствие воды в водопроводе, парализовало совершенно деятельность бани в течение первой половины отчетного года. Между тем, рост паразитарных тифов и колоссальная вшивость среди населения при отсутствии доступных бань—все это настойчиво выдвигало перед Дезстанцией вопрос о расширении ее банной деятельности. Тоже еще с осени 1921 года было приступлено к ремонту бани по Ланжероновскому сп. 2, также находившейся в ведении Камеры. Целью ремонта заключалась в том, чтобы приспособить баню и обширное помещение в том же здании под банно-изоляционно-пропускной пункт. Сама баня должна была стать дезинфекционной баней пропускного типа, с полным разобщением входа от выхода, и дезинфекционным аппаратом при ней. Для этих целей был использован имевшийся при бане паровой стационарный аппарат, который был пере-

несен в другое помещение и установлен таким образом, что мог быть загружаем со стороны одной комнаты, соединенной окошком с раздевальней бани, а разгружаем в другую комнату, также соединенную окошком для выдачи вещей с помещением, служившим одевальней для купающихся. Не лишне отметить здесь, что этот аппарат, специально приспособленный для такой установки, тем не менее до сего времени размещался посреди полутемной комнаты, куда вещи купающихся для дезинфекции должны были доставляться из раздевальни через мыльную комнату (т.е. помещение самой бани), а после дезинфекции, в виду отсутствия специальной одеальни, возвращались туда же тем же путем.

Баня обслуживалась соответствующим персоналом рассчитанным на стрижку и мытье лиц, проходящих через баню, а также дезинфекцию их платья. Пропускная способность без дезинфекции вещей была около 1000—1200 человек в день, а с дезинфекцией—до 500 человек.

Снабжение бани водой, в виду ее низкого расположения, было обеспечено. Ремонт был закончен к началу отчетного года и 12 января баня была пущена в ход.

Существование ее было не продолжительно, так как средств для ее содержания, как санитарного учреждения, на хватало, а попытка поставить ее на начала самоокупаемости не оправдала себя. Так, вначале предполагалось, что баня должна первые дни недели функционировать для бесплатного купанья организованных групп (интернаты, места заключения, воинские команды и пр.), а остальную часть недели функционировать платно, и на вырученные деньги содержаться.

Однако, даже при незначительной входной плате, посещаемость бани в платные дни была незначительна и вырученной суммы едва хватало на расходы по текущему ремонту, на доставку топлива и прочие мелочи. Когда же с проведением в жизнь НЭП топливо для бани оказалось возможным получать только за наличный расчет, содержать баню на основах самоокупаемости стало невозможно. С этого времени деятельность ее почти совсем прекратилась и лишь некоторое время она еще продолжала функционировать в случаях, когда заинтересованные в этом учреждения, как, например, Соцвос, Губэвак и др. отпускали с этой целью топливо. Так просуществовала баня до конца апреля месяца.

За короткий срок существования баня действовала 51 день, из них 26 дней бесплатно, остальные дни—платно. Всего прошло через баню 5969 чел., из них платных — 2486 чел., бесплатных — 3483 чел. В числе бесплатных было 1238 детей, 804 женщины и 1441 мужчина.

Число постриженных — 1128 (нередко дети интернатов стриглись до купанья своими средствами). Паровой аппарат функционировал 28 дней (в платные дни желающие могли также сдавать свои вещи в дезинфекцию), продезинфицирована 3191 партия вещей (детские вещи часто складывались по несколько комплектов в один мешок и считались за одну партию). Бесплатных купающихся больше всего было в январе и феврале (2628 чел.). Из больших мероприятий следует отметить купанье детей I-го и II-го детского городка — 500 — 600 человек, двух эшелонов беженцев, отправлявшихся на родину и направленных на купанье по инициативе Губэвака, около 100 человек команды Ч. К. Кроме того, в дни работы бани и сама Камера, и санитарный надзор направляли в баню по запискам лиц, нуждающихся в личной очистке.

Баня при Дезкамере, как указано выше, тоже функционировала не весь год, главным образом, за отсутствием воды в районе распо-

ложения Камеры. Тем не менее, тяготение в баню при Дезкамере было очень велико, особенно со стороны пользовавшихся уже ранее ее услугами учреждений и обитателей ночлежных приютов. Нередко, при отсутствии воды в водопроводе, производилась лишь дезинфекция платья с одновременной стрижкой и обмыванием тела 1%-ным мыльно-крезоловым раствором. С мая месяца, когда в некоторые дни и часы появляется вода в водопроводе, — и баня при Камере начинает работать, пропуская однако лишь очень небольшое количество купающихся. Всего она функционировала 22 дня, главным образом, во вторую половину года и пропустила 1206 человек, помимо 549 поступивших в эвакуационный барак Камеры, которые в момент приема все проводятся через баню. Работа бани всегда приурочивалась ко дню работы парового аппарата. Под конец года количество купающихся увеличилось, так как многие интернаты, по примеру 1921 года, стали все чаще обращаться в Камеру с просьбой о предоставлении им возможности воспользоваться услугами бани.

Для дезинфекции вещей Камера располагает рядом стационарных дезинфекционных установок, как-то: паровым аппаратом, серной комнатой и суховоздушным аппаратом „Гелиос“, а также подвижными паровыми и суховоздушными аппаратами разных систем.

Работа основного парового аппарата, требующая значительного расхода топлива, при наличии такового в количестве, обеспечивающем его работу на некоторое время вперед, совершается регулярно по 3—4 дня в неделю, без перебоев, обеспечивая быстрый пропуск взятых для дезинфекции вещей. Слабое снабжение топливом в отчетном году иногда лишало возможности пустить в действие аппарат в течение 2—3 недель, что крайне тяжело отражалось на владельцах сданных в дезинфекцию вещей, как частных лицах, так и учреждениях, особенно, больницах, детских интернатах и пр. Тем не менее, надо отметить, что снабжение топливом в отчетном году все же было значительно лучше, по сравнению с предыдущими годами.

Всего паровой аппарат функционировал за год 80 дней, что составляет в среднем $1\frac{1}{2}$ дня в неделю, цифра чрезвычайно малая для эпидемий истекшего года. Серная комната действовала 136 раз, что составляет в среднем $2\frac{1}{2}$ дня в неделю. Аппарат „Гелиос“ функционировал всего за год 13 раз, обслуживая баню в те дни, когда работа основного аппарата не могла быть обеспечена.

Всего за год всеми указанными способами продезинфицировано разных вещей 278.843 штуки, распределение которых указано на таблице 18. На один рабочий день аппарата в среднем приходится 3485,5 штук, цифра огромная, превосходящая нормальную нагрузку дневной работы аппарата и вызванная необходимостью, в целях экономии топлива, в небольшое число дней пропустить количество вещей, увеличившееся по сравнению с прежними годами весьма значительно. Особенно возросло количество вещей лечебных учреждений (главным образом, 1-ой Сов. Нар. больницы), на долю которых приходится почти половина продезинфицированных вещей; около $\frac{1}{3}$ всего числа составляют вещи учреждений, главным образом, интернатов, домов призрения и проч.; меньше поступило вещей частных лиц, а особенно эвакуированных и купающихся, в связи с относительно слабым функционированием бани.

По месяцам весьма интенсивна была работа с начала года до сентября, начиная с этого месяца, в соответствии с сокращением количества инфекционных заболеваний, и количество пропускаемых через аппарат вещей резко уменьшается, а работа самого аппарата сокра-

Количество продезинфицированных вещей в аппаратах Камеры по месяцам.

МЕСЯЦЫ	Лечеб-ных заведе-ний	Эвакуи-рован. и купаю-щихся	Различ-ных учреж-дений	Частных лиц	ВСЕГО	Количество ра-бочих дней	
						парового аппарата	серной комнаты
Январь	6770	1730	12700	4350	25550	8	10
Февраль	6304	1680	4800	2032	14816	4	8
Март	19689	1220	11700	2874	35483	9	12
Апрель	11720	680	21575	1954	35929	8	12
Май	16200	1700	1985	3800	23685	8	14
Июнь	11780	1790	9200	7400	60170	8	13
Июль	15700	720	4280	11220	31920	11	12
Август	18840	200	7200	1914	28154	9	11
Сентябрь . . .	4560	360	10586	1562	17068	6	8
Октябрь	4832	875	3116	2025	10848	3	16
Ноябрь	2498	870	2101	1817	7286	3	8
Декабрь	7236	1920	6920	1858	17934	3	9
Всего за год .	126129	13745	96163	42806	278843	80	136

Таблица 18.

щается до 6-ти, а затем 3-х раз в месяц. Лишь в декабре, в связи с некоторым повышением кривой детских инфекций, увеличивается поступление вещей, главным образом, за счет I Сов. Нар. больницы и интернатов.

По плану работы Станции, она должна располагать транспортными средствами для доставки вещей, подлежащих пропуску через паровой аппарат, и обратной развозки уже продезинфицированных вещей. Такой порядок диктуется теми соображениями, что освобождение населения и учреждений от расходов и неудобств, связанных с самостоятельной перевозкой вещей, дает наибольшие успехи в смысле популяризации дезинфекционного дела среди населения, а, следовательно, и результатов проводимых мероприятий. Кроме того, только при наличии специального транспорта можно достигнуть того, что на любой тачке или площадке не будут транспортироваться заразные вещи в Камеру, равно как уже продезинфицированные будут обеспечены от повторного загрязнения. Между тем, в отчетном году, когда эти моменты могли значительно помочь делу ликвидации очагов заразных заболеваний, Камера почти с начала года до сентября такого транспорта выделить из наличного состава не могла, и, если доставка небольших партий вещей для дезинфекции в Камеру еще производилась в текущей деятельности выездных дезотрядов, то массовая доставка вещей от учреждений, равно как и обратная развозка продезинфицированных вещей средствами Дезстанции в этот период времени не производилась вовсе. Это вызывало очень часто нарекания со стороны населения, неприязненное отношение к работе дезинфекционных

отрядов и частые отказы в выдаче вещей для дезинфекции или даже сокрытие таковых. За весь год развезено по квартирам:

в январе	81 партия
„ феврале	22 „
с марта по август развозки не было	
в сентябре	281 „
„ октябре	68 „
„ ноябре	41 „
„ декабре	84 „

Всего, таким образом, развезено 577 партий, из которых почти половина приходится на сентябрь, когда, воспользовавшись ослаблением темпа работы, Станция выделила для этой цели специальный транспорт, благодаря чему были развезены все залежи вещей. В последующие месяцы до конца года развозка производилась без задержки, обычно, на другой день после работы аппарата.

Холерная эпидемия текущего года выдвинула перед Станцией идею открытия при ней прививочного пункта, который и был организован силами Дезстанции, включен в сеть прививочных учреждений Губздравотдела и обслуживался работниками из состава постоянного персонала Станции. Это, с одной стороны, увеличивало популярность Камеры среди населения, а, с другой, облегчало врачам дезотрядов проведение успешной пропаганды противохолерных прививок в местах производства дезинфекций. Пункт работал с июня по август включительно, сделав всего 2339 прививок: в июне—667, в июле—1612, в августе—60. Принимая во внимание, что пункт начал функционировать около середины июня, и первые дни, пока он стал известен населению, посещаемость была незначительна, а в августе (особенно, во второй его половине) производились лишь единичные прививки, средняя посещаемость в течение июля месяца определяется в 52 человека в день. С прекращением прививочной кампании и уменьшением количества прививаемых, с 1-го сентября пункт был закрыт.

Одной из труднейших задач, с которыми приходилось справляться Камере, было дело организации вывозки трупов. Еще к концу 1921 года, когда обнаружилась тенденция к накоплению трупов в моргах, как в центральных, так и при всех лечебных заведениях, а обычные приемы разгрузки оказались несостоятельными, все дело перевозки трупов было поручено Дезстанции. Однако, кроме поручения, ей, к сожалению, ничего дано не было. Отсутствие транспорта делало выполнение этого задания невозможным, а совершенное отсутствие прозодежды и технических средств создавало условия этой работы просто невероятными для тех работников, которые согласились принять участие в этом деле. Достаточно указать, что даже обуви и одежды на первых порах работникам трупного отряда не могло быть предоставлено и всю описываемую ниже работу им приходилось выполнять в своем собственном платье и, нередко, порванной обуви.

В первую очередь перед Камерой была поставлена задача добытия себе транспортных средств. Сделать это было очень трудно, так как об использовании собственного транспорта в то время не могло быть и речи, ибо он почти отсутствовал, о том же, как предо-

ставлялся транспорт другими учреждениями, уже было указано в начале настоящего отчета. Тем не менее, это был единственный путь.

Губтранс, по распоряжению Губисполкома, обязан был снабжать Камеру сначала площадками, а потом грузовиками для вывозки трупов. Но обязательство это выполнялось крайне неаккуратно и с перерывами (так, при среднем ежедневном поступлении только в 2 основных морга—I-ой Сов. Нар. больницы и Института Судебной Медицины — в январе месяце от 40 до 60 трупов, в течение всего этого месяца транспортные средства были предоставлены лишь один раз), вследствие чего уже в январе перегруженность моргов и больниц трупами, число которых превышало тысячу, достигла крайних пределов. Между тем, смертность среди населения от эпидемий и голода росла и возникала потребность иметь транспорт одновременно и для вывоза трупов с квартир, а также для собирания их по улицам. Со всех сторон поступали жалобы на Камеру и донесения о том, что покойницкие лечебных учреждений заполнены разлагающимися трупами, а на частных квартирах трупы также залеживаются по неделям и больше. Камера, в свою очередь, писала бесконечные донесения о том, что она вынуждена бездействовать из-за отсутствия транспортных средств и добивалась предоставления себе таковых.

Все это привело, в конце концов, к тому, что Губтранс предоставил для работы по вывозу трупов в течение нескольких недель (с незначительными перерывами) сначала один, а потом два грузовика. С получением транспорта, колоссальными усилиями персонала отряда, была произведена разгрузка всех моргов от трупов, главным образом, I-ой Сов. Нар. больницы и Института Судебной Медицины, а также всех покойницких лечебных учреждений и прочих мест. Ежедневно вывозилось на кладбище от 150 до 250 трупов, которые тем же персоналом отряда опускались и закапывались в могилы. В дальнейшем, однако, даже незначительные перебои в работе крайне тяжело отражались на общем ходе дела, так как ослабление деятельности отряда хотя бы на один—два дня уже вело к образованию все новых и новых залежей трупов, для разгрузки которых каждый раз требовались в полном смысле этого слова героические усилия.

Всего за год было вывезено из моргов всех лечебных учреждений, покойницких разного рода, учреждений и квартир 14805 трупов, что составляет более $\frac{1}{4}$ всех умерших в течение года в Одессе (по данным Губстатбюро, смертность 1922 года составляет 54603 случая). По месяцам работа выражается в следующих цифрах:

в январе . . . 137 трупов,	в мае . . . 3277 трупов,	в сентябре . 159 трупов,
„ феврале . 2858 „	„ июне . . 1824 „	„ октябре . 120 „
„ марте . . 1696 „	„ июле . . 2680 „	„ ноябре . . 89 „
„ апреле . . 1549 „	„ августе . 309 „	„ декабре . 107 „

Незначительная цифра вывезенных трупов в январе уже объяснена выше: в этом месяце происходило накопление трупов при почти совершенном отсутствии их разгрузки. Резкое повышение в феврале соответствовало более интенсивной их вывозке, однако, нерегулярная работа транспорта приводила к тому, что каждый раз забирались с груды трупов, высотой в несколько аршин, лишь более поверхностные, т.-е. поступившие в морг в период между одним и другим днем работы. То же происходило и в марте, с изменением в сторону ухудшения, выразившегося в еще менее регулярной работе, чем в феврале, а также и в апреле. Лишь в 20-х числах этого месяца начинается си-

стематическая работа по разгрузке моргов, которая только к середине мая привела, наконец, к очистке моргов до конца, т.е. к удалению из них январских трупов, которые до сего времени никак разгрузить не удавалось. Вся работа в мае достигла своего наивысшего напряжения, дав в этом месяце 3277 вывезенных трупов, что составляет в среднем более 100 трупов в день.

В последующие месяцы Станция производит вывоз трупов уже преимущественно своим транспортом и огромная работа июля месяца, связанная с эпидемией холеры, совершается гораздо планомернее, чем в предыдущие месяцы. Тут если и бывали некоторые задержки, то они не превышали 2—3 дней, несмотря на то, что начавшееся сокращение штатов захватило и трупный отряд, уменьшив численность его еще в разгаре работы с 6-ти до 4-х человек. С августа работа переходит уже на исполнение текущих требований, тем более, что приблизительно к этому времени был выпущен из ремонта и переоборудования специальный грузовик для перевозки трупов с квартир, к сооружению которого было приступлено Губкоммунотделом весной. В дни небольшой работы за последние месяцы, вместо автомобильного, использовывался и конный транспорт Дезстанции.

Говоря о деятельности трупного отряда, нельзя не упомянуть о той совершенно непосильной тяжести, которая выпала на долю персонала этого отряда. 14805 трупов было перевезено на кладбища и уложено в могилы усилиями 3—4-х человек, составлявших основу этого отряда, которые почти до конца эпидемии не были снабжены никакими средствами, которые хоть сколько-нибудь облегчили бы их работу. Лишь близко стоящие к делу могут оценить всю тяжесть этой работы и понять, какой благодарности заслужили эти рядовые работники, вынесшие на своих плечах весь ужас смерти, свалившийся на наш город в тяжелый голодный год.

Работу, в которой несколько раз принимал личное участие заведующий Станцией, приходилось производить в помещениях, заваленных бесформенными, разложившимися трупными массами, на $\frac{1}{4}$ аршина стоя в вонючей жидкости, из которой приходилось сначала руками а потом крючьями вытягивать трупные остатки. Зловоние при этом в помещении и около него было таково, что лишь немногие из работавших могли удержаться от приступов рвоты, шоферы Губтранса, сопровождавшие машины, в ужасе уходили на несколько десятков саженей от места нагрузки, а на несколько кварталов от места работы стоял отвратительный трупный запах. Полное отсутствие технических средств выражалось в том, что в первый период работы, особенно, когда прибывало сразу несколько машин, отсутствие брезентов для покрытия трупов (которых и до сего времени ни одного не было предоставлено Дезкамере) вынуждало совершать перевозку их на кладбище совершенно открытыми. Думается, что раз видевший эту картину грузовика с наваленными на нем 120—150 трупами, не скоро забудет ее. В таких условиях протекала работа по вывозу трупов, исполнители же ее получали и получают за свой труд голодные ставки. Только выдержка, преданность делу и трудовая выучка, свойственная персоналу Камеры, помогла справиться со всеми невероятными трудностями этой области работы.

Повседневная, нередко тяжелая работа никогда не заставляет врачебный персонал Камеры забывать о санитарно-просветительной

работе, в которой принимают участие и наиболее подготовленные из лиц вспомогательного персонала.

Врачи отрядов, сталкиваясь в текущей работе с невежеством населения, с фактами недоверия его к санитарно-профилактическим мероприятиям, с неблагожелательным отношением к предохранительным прививкам и пр., путем бесед, устраиваемых тут же, во дворе или квартире, где производится дезинфекция, знакомят население с целесообразностью дезинфекционных мероприятий, сущностью и путях распространения заразных заболеваний и т. д. Беседы, особенно частые во время холерной эпидемии, приводили обычно к весьма благоприятным результатам и упрочивали связь между Камерой и населением.

Кроме того Камера считала своею обязанностью участвовать в подготовке новых кадров дезинфекционных работников и в поднятии уровня профессиональной подготовленности своих собственных сотрудников, а также бороться с неграмотностью и малограмотностью в их среде. Для этой цели при Камере была открыта еще в 1921 году профтехническая школа, состоявшая из нескольких ступеней. Руководителем ее был врач Камеры д-р С. В. Цыганов, лекторами—также врачи Камеры и некоторые из прочих служащих. Занятия велись при самой Камере в виде лекций-бесед и практических занятий. Курсы были закончены к 1-му мая 1922 года. Младшую ступень окончили 8 человек, старшую—7 человек. Кончившие курс старшей ступени получили от Одгубпрофобра дипломы дезинструкторов. С 1-го июня, согласно приказа Одгубпрофобра, школа была реформирована в курсы для подготовки санпрофилактического вспомогательного персонала. Программа курсов, рассчитанная на 2¼ года, установлена Укрглавпрофобром. Курсы открыты с 15-го ноября отчетного года при Дезкамере, при наличии 16 слушателей. Заведующим курсами состоит врач Дезстанции С. В. Цыганов.

Далее, здесь же необходимо отметить, что с 1922 года Дезстанция принимала активное участие в проведении практических занятий по дезинфекции со студентами Мединститута. Занятия эти, входящие в программу преподавания эпидемиологии, выражались в ознакомлении студентов с общей постановкой и методами дезинфекции, а также с производством дезинфекций на местах, в очагах инфекционных заболеваний. Последнюю работу студенты проводят небольшими группами, обычно, по 2—3 человека, сопровождая дезотряды во время работы и получая все необходимые разъяснения от врачей отрядов.

В целях полного обозрения состояния Камеры за 1922 год, считаю необходимым привести некоторые данные об ее личном составе. Помимо персонала самой Камеры, численность которого была на 1-ое января 1922 года 76 человек, нужды всего учреждения в целом обслуживались также персоналом периферических учреждений: сначала Банно-изоляционно-пропускного пункта по Ланжероновскому сп. 2, а затем—Изолятора при Дезкамере по Успенской 3.

В силу трудных условий работы, особенно сказавшихся в первую половину минувшего года, Камера не всегда могла доводить численный состав своего персонала до действительной потребности. В течение 1920—1921 г. г., когда выбор врачебных должностей был достаточно разнообразен и процветало во-всю совместительство, получить нового врача на службу в Дезкамеру можно было почти исключительно в порядке трудовой повинности. При большом числе врачей,

прошедших через Камеру, лишь немногие из них оставались в наших рядах, осознав смысл выполняемой ими работы. Но за то, сроднившись со своим делом, они готовы были отдавать ему на служение все свои силы и энергию в течение ряда лет. Некоторые, пройдя здесь предварительную школу, вышли на самостоятельную работу. Средний и низший персонал шел на работу в Камеру также неохотно и нередко, поработав некоторое время, вновь поступившие не выдерживали тяжелого физического труда, требующегося в дезинфекционной работе, и страха перед постоянной угрозой самому заразиться или заразить членов своей семьи. Одни оставляли службу, предпочитая пополнять кадры безработных, другие соблазнялись более легкой, безопасной и, в то же время, лучше обеспечивающей службой. Только старые работники Дезкамеры, привыкшие ко всем трудностям и бесконечным невзгодам дезинфекционного дела, да немногие из вновь поступавших, оставались стойко в рядах персонала Камеры, не смотря на плохую оплату труда, тяжесть условий работы и почти неизбежную опасность заражения.

Штат самой Камеры колебался в первую половину года между 80 и 66 чел., во второй же половине года, достигая цифры 79 на 1-ое августа, в дальнейшем постепенно сокращался, дойдя к концу отчетного года до 45 человек. Месяцы январь, февраль, март, соответствующие развитию сыпно-тифозной эпидемии, требовали постоянного пополнения личного состава, что удавалось с трудом, так как всякое достигнутое пополнение штата сопровождалось одновременным его уменьшением, которое далеко не всегда удавалось компенсировать. К основному составу в 76 человек, состоявших на 1-ое января 1922 года, в течение года было вновь зачислено 56 человек, выбыло по разным причинам 82 чел., переведено в штат Банно-изоляционно-пропускного пункта 5 чел.

Причины, по которым служащие выбывали из учреждения, были следующие: по сокращению штатов—25 чел., со собственному желанию—21 чел., уволено по несоответствию, за проступки, неявку на работу и проч.—17 чел., умерло—6 чел., остальные 13 человек выбыли по разным причинам (призван в Красную Армию, признаны нетрудоспособными, выбыл в командировку по линии профессионального союза и проч.). Начиная с сентября месяца число вновь зачисляемых на службу доходит до минимума, а убыль персонала идет за счет сокращения штата, проводившегося в связи с общим сокращением штатов Губздравотдела.

Количество служащих Банно-изоляционно-пропускного пункта по Ланжероновск. сп. 2 колебалось между 8-ью в момент открытия и 26-ью в период одновременного функционирования бани и изолятора. Состав служащих последнего пополнялся чаще всего из числа служащих Камеры, уже подготовленных к дезинфекционной работе. Прекращение деятельности бани вызвало сокращение состава до 13 человек, а с ликвидацией изоляционного пункта 10 человек были переведены в Изолятор по Успенской 3, два человека сокращены, а один оставлен для охраны самого здания.

Штат Изолятора по Успенской 3 претерпел сокращение в момент перехода последнего в ведение Камеры (в последних числах июня) с 53-х до 32-х чел., при чем значительных колебаний в численном составе служащих во все последующие месяцы не было. Лишь к концу года произошло сокращение до 22-х человек.

Среди служащих Дезкамеры отмечается очень большая заболеваемость инфекционными болезнями. Постоянное и тесное общение с

инфекционными объектами, особенно, при отсутствии спец- и прозодежды, влечет заражение самого работника, равно как и членов его семьи, почти неизбежно. За год заболело разными видами инфекций из состава служащих всего 27 человек, из них трое болело двойной инфекцией, что составляет всего 30 случаев заболеваний только среди служащих, не считая случаев заболевания среди членов их семейств. Считая численность служащих даже в 76 чел., как это имело место в начале года, мы получаем профессиональную заболеваемость почти в 40%! По отдельным инфекциям 30 случаев распределяются следующим образом:

сыпным	тифом	заболело	17	человек
возвратным	"	"	11	"
брюшным	"	"	2	"

В разгаре холерной эпидемии в одном случае у работника Дезкамеры (дезинфектора) обнаружено бациллоношение.

Целый ряд причин, как тяжесть работы, переутомление, постоянное недоедание, как результат плохой оплаты труда, дают в отчетном году из числа заболевших 6 случаев, окончившихся смертью. В отношении числа заболеваний это составляет 20%, в отношении числа всех служащих (76 чел.)—почти 8%; из них

от сыпного	тифа	умерла	2	человека
"	возвратного	"	4	"

Большое число умерших от возвратного тифа объясняется тем, что эти случаи пали на лиц, незадолго перед тем перенесших сыпной тиф или крайне истощенных длительным недоеданием.

Среди служащих обоих изоляторов заболеваемость была невелика. Работа по холерной изоляции не дала ни одного случая заболевания холерой, персонал несколько раз подвергался обследованию на бациллоношение, но ни в одном случае холерные вибрионы найдены не были.

Надо полагать, что отчет о работе Дезстанции за истекший год в выводах не нуждается: они ясны сами собою.

ОТ РЕДАКТОРА.

К изданию настоящего Сборника было уже приступлено и часть его была напечатана, когда Одесский Государственный Медицинский Институт, в лице его Ректората, нашел возможным оказать материальную поддержку этому изданию, отпустив субсидию из средств Института.

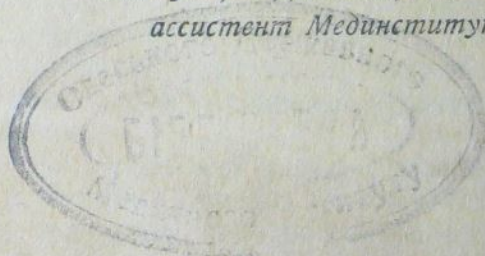
Принося свою глубокую благодарность Медицинскому Институту за оказанную поддержку, считаю возможным отметить, что Одесская Дезинфекционная Станция, с своей стороны, всегда считала своей неоспоримой обязанностью везде, где это представлялось в ее силах, оказывать возможные услуги и идти на встречу нуждам Медицинского Института. Так, Дезстанция предоставила широкую возможность для проведения практических занятий по дезинфекции со студентами, используя ее ресурсы с учебно-педагогической целью. Равным образом, в вопросе о доставке в Медицинский Институт и вывозе оттуда трупов, в частности, при разгрузке морга Института Судебной Медицины в 1922 г., Дезстанция в значительной степени освободила Медицинский Институт от лишних забот.

Указанное отношение Дезстанции к интересам Медицинского Института может считаться вполне обеспеченным и впредь, ибо оно обуславливается не какими-либо случайными или персональными моментами, а вытекает из ясного понимания общности интересов и необходимости сотрудничества между органами, практически работающими в области народного здравоохранения, и учреждением, преследующим цели подготовки работников высшей квалификации в той же области народного здравоохранения.

Заведующий Дезстанцией,

ассистент Медицинского Института Л. Громашевский.

10 апреля 1923 г.



4808