

В отаашному новаріуму у  
Аропу Савидовику

автор

Серія докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ  
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Акаде-  
міи въ 1912—1913 учебномъ году.

**СМЕРТНОСТЬ**  
ОТЪ  
**КРУПОЗНАГО ВОСПАЛЕНІЯ ЛЕГКИХЪ**

въ С.-Петербургѣ и его пригородахъ

съ 1901 по 1910 годъ.

Статистическіе матеріалы по эпидемиологии С.-Петербурга.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ 7 - НОЯ 2012

**З. І. КАЛЬФА.**

Цензорами диссертациі по порученію Конференціи были: профессоръ  
А. П. Фавицкій, профессоръ В. А. Левашевъ и приватъ-доцентъ  
А. А. Липскій.

№ 101  
1906 г.

Факульт. Терра. Клиникъ  
I-го X. М. И.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

«Каменноостровская типографія», Пет. ст., Большой пр. 82.

1913.

Пересчет-60

1950

Докторскую диссертацию врача Э. I. Кальфа похъ заглавіемъ: «Смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ въ С-Петербургѣ и его пригородахъ съ 1901 по 1910 годъ». (Статистическіе матеріалы по эпидемиологіи С-Петербурга), печатать разрѣшается, но съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКОМУ Военно-Медицинскому Академію 500 экземпляровъ: съ и 100 сброшюрованныхъ выѣстъ съ заглавнымъ листомъ диссертации экземпляровъ: 1) corrigendum vitae автора диссертации, 2) автореферата ея, 3) выносокъ изъ диссертации (резюме) и 4) положений (theses), причемъ 175 экземпляровъ диссертации и всѣ 100 брошюръ должны быть доставлены въ канцелярію конференціи Академіи, а остальные экземпляры диссертации — въ бібліотечку Академіи.

С.-Петербургъ, 18 февраля 1913 года.

№ 41.

Ученый секретарь, профессоръ, М. Никитинъ.

## ГЛАВА ПЕРВАЯ.

### Введеніе.

На каждомъ шагѣ окружающа насъ множество такихъ условій, которыя неблагоприятно отражаются на нашемъ здоровьѣ и порождаютъ рядъ болѣзней. Изученіе этихъ, враждебныхъ нашему здоровью факторовъ надвѣна въ медицину достигалось двумя излюбленными способами: простымъ наблюденіемъ и при посредствѣ эксперимента. Въ современной медицинѣ къ нимъ на подмогу явился третій методъ, методъ санитарной статистики. Последняя, задавшись цѣлью изучать такіе крупныя явленія въ общественной жизни, какъ болѣзненность и смертность населенія, и базируясь на массовыхъ наблюденіяхъ за цѣлый рядъ лѣтъ, единственно способныхъ указать намъ, случайны ли тѣ или другія условія или нѣчто характеръ постоянства и законности, нашла себѣ въ медицинѣ обширное примѣненіе и приобрѣла безспорно большое значеніе, оказавъ науцѣ немалыя заслуги. Авторы, занимавшіеся вопросами санитарной статистики, оцѣнивая цѣнныя ея качества, приблизительно въ такомъ духѣ характеризуютъ ее: она охватываетъ подлежащія изученію явленія гораздо шире, чѣмъ это дѣлаетъ клиника, и, основываясь на голыхъ и сухихъ цифровыхъ данныхъ, чуждыхъ всякой субъективности, она тѣмъ самымъ болѣе объективно, а следовательно, и болѣе научно ихъ освѣщаетъ. Здѣсь менѣе всего допустимы одностороннія увелеченія и субъективные взгляды на вещи, ибо языкъ цифръ, суровый и краснорѣчивый, трактуетъ только одну голую истину (Фрисианъ, Янсонъ, авторы цѣлага ряда диссертаций). Группируя свои цифровыя данныя, рисующія намъ картину болѣзненности и смертности населенія, по извѣстнымъ, такъ называемымъ демографическимъ признакамъ, которые частью относятся къ условіямъ естественнымъ какъ внѣшнимъ, т. е. вытекающимъ изъ элементовъ окружающей природы (вода, воздухъ, климатъ, метеорологическіе дан-

Хань, А. А. Иеронимъ  
НАУК. Л. М. П. О. П. А. А.

ния), так и внутренним, т. е. связанным с природою самого организма (полъ, возрастъ, тѣлосложение, питание и пр.), частью же къ условіямъ социально-бытового характера, какъ занятіе, мѣстожительство, семейное и общественное положеніе, степень обезпеченности, т. е. къ условіямъ, наиболее важнымъ съ точки зрѣнія гигиениста, санитарная статистика ео ipso даетъ намъ въ руки драгоценный матеріалъ для сужденія о санитарномъ состояніи данного населенія, проливая свѣтъ на общія причины, порождающія болѣзни и облегчающія ихъ развитіе и распространеніе до степени народныхъ бѣдствій, открываетъ связь и взаимная соотношенія ихъ между собою, короче сказать, на конкретныхъ примѣрахъ обнаруживаетъ намъ рядъ такъ называемыхъ статистическихъ законообразностей или эмпирическихъ законовъ, на которыхъ собственно и зиждется все огромное значеніе ея для общественной гигиены, ибо эти законообразности, отражая въ себѣ рельефно роль и вліяніе разныхъ неблагопріятныхъ моментовъ на заболѣваемость и смертность населенія, тѣмъ самымъ начерчиваютъ намъ планъ для успешной борьбы съ послѣдними, ложатся въ основу предпринимаемыхъ гигиеническихъ санитарныхъ мѣропріятій, служатъ точкою для дальнѣйшаго развитія столь важной науки, какъ общественная гигиена. Онѣ суть, по мѣткому выраженію проф. Эрисмана, фундаментъ для санитарной статистики, краеугольный камень всѣхъ предпринимаемыхъ мѣропріятій, строгій и безпристрастный контроль для правильной оцѣнки успешности или безрезультатности послѣднихъ. Отсюда понятенъ интересъ къ санитарной статистикѣ, особенно къ тому отдѣлу ея, который носитъ названіе эпидемиологии, интересъ, сказавшійся въ цѣломъ рядѣ научныхъ работъ заграничной и въ Россіи.

Среди русскихъ работъ, посвященныхъ статистикѣ, очень мало такихъ, гдѣ предметомъ изслѣдованія является Петербургъ со своимъ населеніемъ. Прѣлѣрный ростъ и крайняя подвижность петербургскаго населенія, разнороднѣйшій составъ его, изнанка большого города въ связи съ такими санитарными прорѣхами, какъ отсутствіе канализаціи и хорошаго водопровода, нерѣдки эпидеміи различныхъ заразныхъ болѣзней вплоть до холеры включительно, — все это, вмѣстѣ взятое, служитъ неисчерпаемымъ источникомъ обильнаго въ количественномъ и крайне благопарнаго въ качественномъ отношеніи матеріала, который, накопляясь годами въ архивахъ Статистическаго отдѣленія Петербургской Городской Управы, представляетъ собою широкое поле для всякаго рода статистическихъ работъ.

Такъ какъ среди работъ, посвященныхъ эпидемиологии Петербурга, за періодъ времени, протекшій между двумя послѣдними переписями (1901—1910 г.г.) не оказывалось крупнаго воспаленія легкихъ, то я по предложенію А. А. Липскаго и В. И. Еништова и съ одобреніемъ профессора В. А. Левашева остановился на мысли разработать накопившіяся за послѣдніе 10 лѣтъ статистическій матеріалъ по крупному воспаленію легкихъ, причѣмъ я, съ одной стороны, исходя изъ того, что различная заразная болѣзнь характеризуютъ санитарныя условія города съ различныя точки зрѣнія, а съ другой, полагаю, что разработка матеріала по этой болѣзни, которая отличается въ большинствѣ случаевъ своею типичностью и циклическимъ теченіемъ, не должна оказаться безплодною въ смыслѣ выводовъ и положеній, т. е. тѣхъ статистическихъ законообразностей, о которыхъ говорилось выше. Въ этомъ задачѣ и цѣли предлагаемой мною скромной работы. Крупная пневмонія, хотя и не причисляется къ разряду чисто эпидемическихъ болѣзней, однако она давно обращаетъ на себя вниманіе врачей большою смертностью, которую она обуславливаетъ. Въ этомъ смыслѣ цѣлаго ряда научныхъ работъ, посвященныхъ изученію этой болѣзни съ различныхъ сторонъ, въ этомъ же и оправданіе нашего труда. Изъ 2-хъ требованій, предъявляемыхъ санитарной статистикой, дать полную и точную картину и болѣзненности и смертности, по отношенію къ разбираемой болѣзни въ полной мѣрѣ можно удовлетворить только послѣднее требованіе, касающееся смертности. Изъ всей суммы сырого матеріала, касающагося крупнаго воспаленія легкихъ, наиболее пригодными для оперируванія съ научными цѣлями являются тѣ данныя о смертности отъ этой болѣзни, которая черпается изъ медицинскихъ свидѣтельствъ о смерти; только въ этихъ данныхъ мы можемъ найти то, что требуется для статистической работы, претендующей на научность, а именно, «полноту, точность и безусловную достоверность получаемыхъ свѣдѣній. Эти качества ихъ гарантируютъ тѣмъ, что по закону, какъ говоритъ А. А. Липскій<sup>1)</sup>, ни одинъ изъ умершихъ въ столицѣ и ея пригородахъ не можетъ быть погребенъ или увезенъ изъ предѣловъ города безъ медицинскаго свидѣтельства о смерти, подписаннаго врачомъ, съ обозначеніемъ основной болѣзни или причины смерти; помимо этого, онѣ въ себѣ заключаютъ еще свѣдѣнія о полѣ, возрастѣ, занятіи, семейномъ и общественномъ положеніи умершихъ, такъ что по нимъ дается достаточная возможность нарисовать себѣ ясную картину социальной, экономической и санитарной жизни столицы и отдѣльных ея

районов. В отличие от смертности, регистрация заболеваемости столичного населения далеко неполная и далекая от истины \*). Больничный материал в фондах статистических листов о стационарных больных, правда, в качестве отношений довольно ценен и облегчает освещение многих сторон санитарии и статистики, но в количественном отношении они весьма недостаточны; особенно сказанное оказывается справедливым по отношению к крупному воспалению легких \*\*). Существует еще способ регистрации случаев заболеваемости; он касается заразных болезней, подлежащих санитарно-эпидемиологическому надзору \*\*\*); это — доставка в городское санитарное бюро и ближайшему санитарному врачу установленной формы санитарных карточек. Оказалось (А. А. Липский †), что эти карточки доставляются неаккуратно даже для таких болезней, которые отличаются особенно заразительностью (оспа, тифы, скарлатина, дифтерия). Что же касается других заразных болезней, как, напр., корь, коклюш, крупозная пневмония, то, если исключить городские больницы и думских врачей, о них санитария карточки поступает очень редко, как бы случайно.

Отсюда понятно, что основной темой и главной задачей нашей работы будет разработка данных о смертности от крупозного воспаления легких по медицинским свидетельствам и выяснение тех условий, которые влияют так или иначе на эту смертность. Аналогичная работа в литературе уже существует, это — работа доктора Бушина ‡). Однако, несмотря на это, им, придерживаясь тезиса, высказанного доктором Гауленом §), что ни одна научная работа, а тем более статистическая, не может иметь должной ценности, если стоит одиноко, без проверки, во 2-х полагая, что с 1901 года накопилось уже много сырого, непечатаного материала по столь распространенной болезни, как крупозное воспаление легких, находим подлежащий труд, как бы скромней он не был, и уместней, и своевременней.

По сравнению с нашим предшественником, доктором Бушиным, мы делаем попытку расширить рамки нашей работы, включив в нее разработку большого материала, собранного по возможности полно. Нам, действительно удалось собрать

\*) За исключением, быть может, некоторых повальных болезней, как холера, сыпной тиф и т. п. и т. д.

\*\*) См. 3-ю главу.

\*\*\*) Из них число пошло и крупозная пневмония.

данные от 29-ти лечебных заведений (см. табл. № 2\*), при чем материалом для двух городских и для 2 пригородных земских больниц послужили скорные билеты, а для остальных больничные, статистические листки, находящиеся на хранении в архиве Статистического Отделения Городской Управы. Нам казалось, что этот материал, как сам по себе, так и при сопоставлении с данными о смертности по медицинским свидетельствам, будет иметь значение, особенно, если иметь в виду, что преобладающий контингент больных в больницах составляют пришедшие элементы, бдные, немущие классы, среди которых, как известно, имеют тенденцию, главным образом, распространяться все заразные болезни, в том числе и крупозная пневмония. В общем мы не ошиблись в своих расчетах. Нам удалось таким путем осветить и выяснить некоторые стороны разрабатываемого нами вопроса, которая без этого прошли бы для нас непонятными. Между прочим, благодаря больничному материалу, нам удалось доказать, что заболеваемость крупозным воспалением легких и смертность от него находятся в прямых отношениях между собою, причем этот тезис, как красное по бланку, выстает почти во всех главах нашей работы и косвенно указывает нам, что мы по одним данным о смертности можем иметь больше или меньше верное понятие о степени распространения этой болезни в данной местности.

Для определения интенсивности заболеваемости и смертности мы были вынуждены, как и доктор Гаул, пользоваться далеко не современными данными по переписи столичного населения 15 декабря 1900 года. К сроку нашей работы хотя и был сделан подсчет численности населения Петербурга и его пригородов, согласно посланной переписи 1910 года, однако, распределения или группировки его по демографическим признакам, без чего немалая статистическая работа, не было сделано, да и самый подсчет был не окончательный, а только предварительный. Если мы им и воспользовались в одной главе, то в силу необходимости, о чем будет речь в соответственной главе \*\*). Определять население города и пригородов в промежуточные годы на основан величины естественного прироста в 1,2%<sup>0</sup> указав-

\*) Rubрик «прочие больницы», куда вошли 4 лечебных заведения, мы считаем за одну больницу.

\*\*\*) Глава о смертности по участкам и пригородам.

ного въ Статистическомъ Ежегодникѣ С. Петербурга за 1892 годъ, какъ это дѣлалъ докторъ Бушинъ, мы отказались; по нашему мнѣнью, полученныя такимъ образомъ величины проблематичны и основаны на шаткомъ основаніи. Дѣло въ томъ, что для роста населенія Петербурга, помимо естественнаго прироста, имѣетъ еще большее значеніе механической приростъ, да и величина естественнаго прироста не есть нѣчто неизмѣнное и также колеблется, въ зависимости отъ нѣкоторыхъ условій. Сознаемъ, что въ этомъ минусъ нашей работы, однако въ то же время полагаемъ, что для того, чтобы открыть статистическія законосообразности, т. е. установить выводы и положенія, важна не столько абсолютная, доведенная до скрупулезности, точность цифръ, сколько важны типъ и характеръ взаимоотношеній между данными, а они, по видимому, если и не сохраняются въ полной мѣрѣ, то не очень уклоняются отъ истины. Изъ бесѣдъ съ завѣдующимъ Статистическимъ Отдѣленіемъ В. В. Степановымъ, я вынесъ убѣжденіе, что ошибки коснутся не цѣлыхъ единицъ, а сотыхъ или максимумъ десятыхъ долей.

## ГЛАВА ВТОРАЯ.

### Очеркъ этиологии и патогенеза крупознаго воспаленія легкихъ.

Благодаря своей широкой распространенности и силѣ смертности, доведенное Фибринозное воспаленіе легкаго съ давнихъ поръ привлекло къ себѣ большое вниманіе ученыхъ и врачей-клинистовъ. Вокругъ вопроса о натурѣ и происхожденіи этой болѣзни создалась огромная литература, берущая свое начало съ очень давнихъ отъ насъ временъ. У доктора Бушина (1) имѣются указанія на такихъ древнихъ авторитетъ, какъ Hippocrates, Galenus, Celsius, Aretaeus etc.

Конечно, наука двигалась впередъ, прогрессировала, мѣнялось время отъ времени общее направленіе мысли, а вмѣстѣ съ нимъ мѣнялись и науки. Взгляды и возрѣванія старые подвергались помѣкѣ или отбрасывались, на сѣнку имъ приходили новыя, а эти послѣднія чередовались съ новѣйшими и т. д. Приводить подробную исторію данного вопроса, простиравъ шагъ за шагомъ изъ постепенной эволюціи взглядовъ и возрѣваній на происхожденіе фибринознаго пневмоніи, въ мое завѣдѣніе не вхожу. Это уже сдѣлано другими авторами, писавшими по вопросу о крупознаго пневмоніи (Бушинъ, Солонцевъ \* и др.). Особенно подробно и обстоятельно собрана литература докторомъ Колысскимъ (2). Я задался цѣлью болѣе скромною: дать въ этой главѣ лишь краткій очеркъ по этиологии и патогенезу интересующей насъ болѣзни, пользуясь новѣйшими литературными данными, преимущественно за послѣдніе 12 лѣтъ. Въ этомъ отношеніи мнѣ оказали неоцѣнимую услугу двѣ очень обстоятельныя статьи по крупознаго пневмоніи: 1) «Этиология фибринознаго пневмоніи» профессора Чедотова (3), и «Lungenentzündung» Prof. Jürgensen (4). Эти двѣ статьи не только послужили главнымъ канвою для данного очерка, но привнесли соединенную литературу по данному вопросу, облегчили мнѣ сильно трудъ по отнесенію литературныхъ источниковъ, большая часть которыхъ была разбросана по разнымъ периодическимъ изданіямъ. Руководясь авторитетными ссылками и указаніями этихъ авторовъ, и безъ излишней траты времени, получивъ возможность разобратъ въ интересующей меня литературѣ.

Мысль о заразной природѣ крупознаго пневмоніи сложилась у клиницистовъ еще до начала эры бактериологіи. Эта мысль какъ бы сама подсказывалась типичностью клинической картинны и циклическимъ теченіемъ болѣзни. Убѣжденнымъ адептомъ такого взгляда въ Германіи былъ профессоръ Jürgensen. Онъ полагалъ, что крупознаго пневмонію слѣдуетъ трактовать какъ общую бо-

лѣзны, а явления въ легких считать лишь за истинныя проявления той же болѣзни. Бактеріологія явилась подтвержденіемъ мысли о заразности крупозаго воспаления легкихъ: главными виновниками развитія его были признаны микробы, а простуда, которая до того играла въ этиологию болѣзни доминирующую роль, считается причиною чуть ли не самовольнующею, была отнесена къ категоріи факторовъ побочныхъ, предрасполагающихъ къ заболѣванію.

Первые пионеры, находившіе еще въ семидесятыхъ годахъ прошлаго столѣтія микробовъ въ пневмонікахъ при жизни или на трупахъ въ легочныхъ срѣзкахъ были ученые: Klebs, Eberth, Billroth, Koch, Leyden и Hünter (Филаретовъ <sup>14</sup>). Восьмидесятые годы приносятъ съ собою рядъ очень важныхъ и цѣнныхъ работъ по бактериологіи крупозной пневмоніи, распадающейся на 2 главныя группы: съ одной стороны Friedländer и его послѣдователи, съ другой Талановъ, Френкель, Вексельбаумъ и огромное число другихъ авторовъ, сгруппировавшихся вокругъ этихъ ученыхъ. Friedländer въ 1882 году <sup>15</sup> и <sup>17</sup> дѣлаетъ сообщеніе о своемъ открытіи въ легочныхъ срѣзкахъ у 8-ми труповъ—пневмоніковъ особаго микроорганизма, а нѣсколько позже подробно описываетъ его свойства. Этотъ микроорганизмъ, получившій названіе pneumobacilli Friedländer'a, былъ по величинѣ нѣсколько больше коковокъ, оказался неядвѣтельнымъ по отношенію къ кроликамъ, а восприимчивъ въ разводкѣ восприимчивымъ животнымъ: бѣлымъ мышамъ и морскимъ свинкамъ, вызывая у нихъ серозно-фибринозный плейритъ, а иногда и пневмонію. За Фридендеромъ появились работы проф. Афанасьева <sup>16</sup> Лебединскаго <sup>16a</sup>), Foa <sup>18</sup>), Battone <sup>19</sup>) Dreschfeld'a <sup>19</sup>) Платонова <sup>20</sup>), профессора С. В. Левашева <sup>21</sup>) Sengera <sup>18</sup>), Мартинсона <sup>22</sup>), Pipping'a <sup>23</sup>), Serafini <sup>18</sup>) и др. авторовъ, обнаружившихъ склонность подтвердить безспорность значенія открытія Фридендера въ этиологию фибринозной пневмоніи. Однако вскорѣ, когда первая увелечія углубилась, и къ дѣлу стали относиться болѣе спокойно и объективно, стали накопляться данныя, которыя въ корни расшатывали это ученіе. Оказалось, что изъ массы случаевъ пневмоніи этого микроба удается отыскать сравнительно довольно рѣдко и то, болѣею частью, не самостоятельно, а въ сочетаніи съ другими микроорганизмами. Pipping <sup>23</sup>) изъ 14-ти труповъ-пневмоніковъ находить его лишь въ 3-хъ, а Wechselbaum <sup>18</sup> и <sup>24</sup>) изъ 129-ти только въ 9-ти. Параллельно съ тѣмъ, какъ стало падать значеніе Фридендеровской палочки въ этиологию крупозаго воспаления легкихъ, на сцену стали выдвигаться

въ первую очередь другой микробъ, а именно, ланцетовидный диплококкъ, открытый въ легкихъ пневмоніковъ и подробно описанный Френкелемъ въ 1884 году. Этотъ микробъ, получившій названіе пневмококка Френкеля, въ противоположность палочкѣ Фридендера, оказалась очень ядовитымъ для кроликовъ, вызывая у нихъ при введеніи въ организмъ общій гнилостный процессъ. И вотъ появляется множество работъ, гдѣ этотъ пневмококкъ отищается, какъ постоянный и неизбѣжный спутникъ всѣхъ типическихъ случаевъ фибринозной пневмоніи.

Такъ, проф. Вексельбаумъ <sup>27</sup> и <sup>28</sup>), тщательно изучившій ланцетовиднаго диплококка, находилъ его изъ 129 труповъ погибшихъ отъ фибринозной пневмоніи въ 94 т. е. въ 73%, Netter <sup>29</sup>) въ 75%, Wolf <sup>25</sup>) въ 94%. Монти, Гамалія, Гольденбергъ, Guarnieri, Patella <sup>25</sup>), Арустамовъ <sup>23</sup> и <sup>27</sup>), проф. Чистовичъ <sup>27</sup>) и докторъ Филаретовъ <sup>18</sup>) во всѣхъ типическихъ случаяхъ: послѣдній авторъ въ микротѣ находилъ ихъ въ связи съ другими микробами, а въ выпотѣ изъ легкихъ въ чистой разводкѣ. Такимъ образомъ, мало по малу устанавливается прочно и безспорно этиологическое значеніе для фибринозной пневмоніи ланцетовиднаго диплококка, слава открытія котораго принадлежитъ Френкелю. Однако послѣдній не былъ первымъ, увидѣвшимъ этого микроба: за годъ до открытія Френкелемъ, французскому ученому Таланову, при изслѣдованіи 25-ти труповъ-пневмоніковъ, посчастливилось также увидѣть этого микроба, но онъ, пользуясь для своихъ разводовъ живыми средами, не сумѣлъ дать подробное описаніе микроба, а следовательно, воспользоваться плодами своихъ работъ (Юргенсъ <sup>24</sup>). Въ настоящее время въ медицинскомъ мірѣ уже никто не сомнѣвается, что громадное большинство случаевъ фибринозной пневмоніи обуславливается пневмококкомъ Talamon—Fränkel—Wechselbaum'a. Спорить только объ единствѣ этиологии крупозной пневмоніи. Возникъ вопросъ, въ ли случаи долевой фибринозной пневмоніи вызываются ланцетовиднымъ пневмококкомъ, или, кромѣ случаевъ диплококковой пневмоніи, имѣются случаи, обуславливаемые другими микроорганизмами, т. е. нужно допустить миксованный вірусъ. За послѣднее стоитъ Вексельбаумъ <sup>23</sup>), который на своемъ трупномъ матеріалѣ обнаружилъ, кромѣ ланцетовиднаго пневмококка, еще стрептококка, стафилококка и палочку Friedländer'a. Другіе же, какъ Fränkel, Netter, Aufrecht, Landouzy, явились сторонниками унитарнаго ученія т. е. отстаивали единство віруса<sup>30</sup>. По ихъ мнѣнію только ланцетовидный диплококкъ и способенъ вы-

зывать genuинную фибринозную пневмонию. Последующие исследования по бактериологии и клинические наблюдения показали, что и здесь нужно искать правду в средних. Унитаристы оказались правыми в том отношении, что там, где дыло касалось таких форм фибринозной пневмонии, которая протекала типично и строго циклически, давая обычно благоприятный исход, там, действительно, неизменно фигурировал ланцетовидный диплококк. Его здесь находили не только в мокроте и в легочном инфильтрате, но и в крови, преимущественно в начале болезни.

Widal <sup>12)</sup> и его сотрудники, исследуя кровь 18 пневмоников у 6-ти нашли в ней диплококков. Prochaska <sup>14)</sup> во всех своих 40 случаях, а Rosenow <sup>15)</sup> в 77-ми из 83 случаев получили положительный результат. Но наряду с типическими формами фибринозной пневмонии, в литературе стали описываться многочисленные случаи атипических форм, которая и по клинической картине, и по течению, замѣтно отличалась от первых. Бактериологически они представлялись или смешанными т. е. в них диплококки ассоциировались с другими микробами: палочкою Friedländer'a, стрептококком, стафилококком и др., или они отсутствовали, и взаимно его открывались только что упомянутые микроорганизмы отдельно или в сочетании между собою. Они также, как и типические пневмонии, клинически являли картину сплошных долевого поражения. Очевидно, этот признак, главным образом, и послужил к тому, что их стали относить в рубрику „фибринозная пневмония“. Но не все, как справедливо говорит проф. Чистович <sup>17)</sup>, что клинически определяется, как лобарное поражение, есть на самом деле таковое: легочное поражение в форм многочисленных мелких островков, близко друг от друга отстоящих, может клинически вполне симулировать доленое поражение, также и на вскрытии удавалось иногда устанавливать, что обширное сплошное доленое поражение оказывалось в сущности псевдолобарным т. е. образовавшимся из слившихся островков. Псевдолобарная форма между прочим наблюдалась и при катаральных, и при чунных пневмониях. Такая же оказалась и большинство атипических форм фибринозной пневмонии. Таким образом, выяснилось, с одной стороны, что кажущееся клинически доленое поражение еще не может служить основанием для того, чтобы все относящееся сюда случаи соединять в одну нозологическую таблицу, с другой, что точка зрения Вексельбаума о множественности видов а может быть принята с оговоркою, т. е., что

его долево пневмонию, причтенную разнообразными микроорганизмами, нужно, в зависимости от природы инфекции, распелить на несколько обособленных групп под видами: пневмоциллериных, гриппозных, стрептококковых и др. воспалений легких. Позвольте себе хоть мельком остановиться на каждом из этих видов.

а) Friedländer'овскую палочку приходилось наблюдать при пневмониях, кроме Вексельбаума, Lancelai и Besancon'y в 6-ти тяжелых случаях <sup>17)</sup>, доктору Арустамову <sup>18)</sup> в 5-ти из 50-ти случаев Netter <sup>19)</sup> в 5-ти случаях, доктору Филаретову в 4-х случаях <sup>20)</sup>, Spraul <sup>21)</sup> в 4-х, из которых 2 умерло, профессору Мойсееву <sup>22)</sup> в 5-ти случаях, Штюлеру <sup>23)</sup> в 4-х случаях, а также Весо <sup>24)</sup> Aufrecht'y <sup>25)</sup>, Спасокуцкой <sup>26)</sup>. Пневмония эти чаще всего представлялись смешанными, т. е. pneumobacillus Friedländer'a встречался в сочетании с диплококком, стрептококком, стафилококком и другими микроорганизмами, однако попадались и такие случаи, где получалась чистая разводка этой палочки без смеси других: случай Весо, 3 случая Вексельбаума и 2 случая проф. Мойсеева. Все перечисленные авторы согласны в том, что такая пневмония протекает очень тяжело и атипично, затягиваются и дают тяжелые осложнения и часто кончаются смертью: температурная кривая очень нехарактерная, с волнообразными колебаниями (Чистович, Филаретов, Штюлер, Спасокуцкая), при жизни определяется ложнодолево характер поражения (Netter) или вторичная гибда опеченія (Штюлер, Спасокуцкая), мокроты выделяются много; она беловатая, вязкая, тягучая, отвратительно-сладкого запаха (Netter, Штюлер, Спасокуцкая). Клиническим особенностям этих пневмоний соответствовали патологоанатомические особенности их, описанные проф. Мойсеевым, Kokawa, Aufrecht'ом, Весо, Netter'ом. Проф. Мойсеев во всех своих 5-ти случаях наблюдал во 1-х образование вторичных, мелких гнъзд опеченія; 2) геморрагический характер воспаления с разнечением и распаденіем центральных частей гнъзд опеченія; 3) слизистый характер выпота; 4) поверхность разрыва нервно зернистая и отъ нее слышится особый запах (une odeur sulfuree по Netter'y). Kokawa говорит, что поражение бывает или гнъздное или захватывает всю долю, и тогда получается большое количество с фибринозой пневмонией; выпот богат слизью, фибринозная съ студна, и главную часть выпота составляют сильно увеличенные бѣлая кровяная тѣльца, содержащая въ

своих пустотах поглощения палочки. Не будучи останавливаться на других авторах (Aufrecht, Besco), которые в общих чертах также отмечают анатомические особенности пневно-бациллярных пневмоний. Довольно уже и сказанного, чтобы видеть, что эти пневмонии и клинически, и анатомически настолько отличаются от типичных, диплококковых пневмоний, что должны быть выделены в особую группу.

б) То же самое должны сказать и о стрептококковых пневмониях. Видеть их удалось, кроме Вексельбаума, Lucatello в 15-ти случаях, Mosny, Netter'y, Harbitz'y <sup>17)</sup>, Левину <sup>18)</sup>, Филаретову <sup>19)</sup> в 2-х случаях, причем один представлял смешанное заражение, другой чисто стрептококковую пневмонию. Harbitz <sup>18)</sup> описывает их, как ложнодолевые, затянута и злокачественная, с гнилостной лихорадкой, кончающаяся смертью. Finkler <sup>17)</sup> наблюдал при них температурную кривую неправильную, то послабляющую, то перемежающую типа. Случаи Wasserman'a тонулись мѣстами, сопровождались кахексией и ночными потами и симулировали буторчатку. В одном из трех случаев проф. Левина было сплошное поражение нижней доли лѣвого легкого, которое могло бы симулировать фибринозную пневмонию. Но температурная кривая была неправильна, болѣзнь тянулась съ мѣсяцъ и окончилась лизисомъ. Филаретовъ говоритъ, что стрептококковая пневмония имѣетъ 2 формы: острую, гдѣ на первый планъ выступаютъ явления тяжелого сепсиса, и подострую, напоминающую туберкулезъ легкихъ. По мнѣнію проф. Чистовича стрептококковая долевая пневмония скорѣе всего псевдодолевая бронхопневмония, образовавшаяся путемъ слиянія между собою мелкихъ гнѣздъ.

с) Пневмония, которая очень нерѣдко присоединяется къ гриппу въ качествѣ осложненія, имѣетъ также свои особенности, отличающія ихъ отъ типичныхъ формъ. Указаня на эти отличія мы находимъ у Ribbet'a <sup>20)</sup> и у Маконова <sup>21)</sup>: 1) онѣ состоятъ изъ отдѣльныхъ разбросанныхъ гнѣздъ катаррально-фибринознопневмоніи, которая, имѣя большую склонность къ слиянію и являясь тогда псевдодолевыми, могутъ сильно напоминать долевую, фибринозную пневмонию; 2) пневмоническій выпотъ бѣденъ фибриномъ; 3) ползучее, затянное теченіе и разрывшеніе чаще всего лизисомъ; 4) температурная кривая съ нѣсколькими болѣшими колебаніями, а мокрота слизисто-гноиная, иногда окрашенная кровью, но не ржавая. Проф. Юргенсъ <sup>21)</sup> говоритъ, что гриппъ предрасполагаетъ къ заболѣванію пневмоніи, причемъ могутъ быть

20-22

какъ пневмоніи, обусловленныя палочкой Pfeiffer'a, такъ и пневмококкомъ. Pfeiffer и Beck <sup>22)</sup> заявляютъ, что чистыя формы, обусловленныя палочкою Pfeiffer'a, встрѣчались часто въ эпидеміи 1891—1892 г.г., позднѣе такіе случаи стали рѣдкими, стали преобладать смѣшанныя формы, гдѣ вмѣстѣ встрѣчались палочка Pfeiffer'a и диплококкъ Fränkel'a, и что эти послѣднія пневмоніи очень напоминаютъ типичную фибринозную. Въ pendant къ этому я нашелъ въ литературѣ слѣдующее: Karl Rose <sup>23)</sup> описываетъ эпидемію гриппа съ 53-ми случаями, гдѣ не только пневмоніи, но само заболѣваніе „Influenza“ обуславливалось единственно пневмококкомъ; о палочкѣ Pfeiffer'a авторъ совсѣтъ не упоминаетъ. Также Curschman <sup>24)</sup> описываетъ эпидемію инфлуэнцы въ зависимости отъ пневмококковъ. По этому поводу въ журналѣ „Deutsch Archiv f. Klin. Med. Bd. XCVII“ <sup>24)</sup> было высказано возрѣніе, что такъ называемая Influenza есть только клиническое понятіе и не является какъ представленіе этиологическаго единства. Ясно, что гриппозная пневмонія должны быть причислены къ категоріи атипическихъ формъ и выделены въ особую группу, но, съ другой стороны, несомнѣнно, диплококкъ Fränkel'a въ развитіи ихъ играетъ какую то непонятную для насъ, но огромную роль, тотъ диплококкъ, о которомъ было установлено, что онъ вызываетъ только типическія фибринозныя пневмоніи. Какъ же совмѣстить эти 2 обстоятельство, которая съ виду какъ бы противорѣчатъ другъ другу, и какое толкованіе можно дать этому? Явились мнѣніе, что подъ пневмококкомъ должно разумѣть не единичное, а одно большое собирательное понятіе. Первые высказали это Besanson и Griffon (Merg <sup>25)</sup> къ нимъ Kindberg <sup>26)</sup> на основаніи своихъ многочисленныхъ исследованийъ всецѣло примкнулъ. Къ этому мнѣнію подошли исподволь. Началось съ того, что Fränkel и Wesselbaum (Юргенсъ <sup>21)</sup> вспомнили, что открыты имъ ланцетовидный диплококкъ очень напоминаетъ диплококка, найденнаго еще въ 1881 году Пастеромъ въ слюнкѣ мальчика, погибшаго отъ бешенства. Позже Fränkel, Netter и Besser <sup>27)</sup> и <sup>28)</sup> стали находить диплококка въ полости рта здоровыхъ людей, а Durk <sup>29)</sup> вмѣстѣ съ другими бактеріями въ легкихъ здоровыхъ людей и у толке что убить животныхъ. Рядъ ученыхъ <sup>30)</sup> Lonsoss, Warfield, Norris, Parrenheimer и много другихъ, стали пытаться путемъ опытовъ рѣшить вопросъ, нельзя ли обнаружить разницу между пневмококками пневмоніи и диплококками здоровыхъ людей, но эти попытки оказались тщетными: морфологическія особенности и культурные методы оказались недостаточными, ибо



пневмококк варьирует многообразно; стремление раздлнить его на 2 вида: типичный и атипичный, также не достигло цѣли, ибо, съ одной стороны, въ мокротѣ пневмоника находили рядомъ съ типическими и атипическими, съ другой, въ секретѣ полости рта у здоровыхъ рядомъ съ атипическими попадались и типическія (Moxl, Jürgens). Правда, пневмококки, взятые отъ пневмоника, оказались гораздо болѣе ядовиты для опытныхъ животныхъ, чѣмъ таковыя въ секретѣ полости рта у здоровыхъ людей, но это оказалось критеріемъ негоднымъ для того, чтобы сумѣть отличить отдѣльныя формы пневмококковъ, ибо вирулентность, какъ говоритъ проф. Юргенсъ, есть понятіе условное, зависящее не только отъ свойствъ микроба, но и отъ защитительныхъ силъ человѣческаго организма, къ тому же выяснилось, что пневмококки подъ влияніемъ пнеймонического процесса въ теченіе ея становятся болѣе ядовиты, чѣмъ въ началѣ и періодѣ реконвалесценціи (Юргенсъ). Для отличія отдѣльныхъ видовъ пневмококковъ хотѣли было воспользоваться серодиагностикою, принявъ способъ агглютинаціи, но это не достигло цѣли; Neufeld показала, что у развоковъ, стоящихъ на высотѣ вирулентности, не было разницы въ силе свавоимости: сыворотка, полученная посредствомъ пневмококка А, агглютировала также хорошо пневмококковъ В и С, и даже кровь выходящая изъ отъ пневмоник оказывала на диплококковъ такое же дѣйствіе, какъ на пневмококковъ, изолированныхъ изъ мокроты данаго больного \*). Короче сказать, говоритъ проф. Юргенсъ, пришлось убѣдиться что пневмококкъ Френкеля по своимъ морфологическимъ и биологическимъ свойствамъ и отношенію къ развокамъ, не можетъ быть такъ точно охарактеризованъ, чтобы его можно было отдѣлить отъ родственныхъ формъ, а также придти къ тому выводу, что въ качествѣ возбудителя пнеймоніи является не одинъ диплококкъ, а цѣлая группа пнеймококковъ.

д) Наконецъ имѣются указанія, что, дѣйствительно, существуютъ пнеймоніи, очень схожія съ типическими, истиннодиплоковыми фибринозными пнеймоніями, только отличающіяся болѣе злокачественнымъ теченіемъ. Онѣ были описаны Schottmüller'омъ \*\*) и оказалось, что онѣ обуславливались не пневмококкомъ Fränkel's, а микробомъ, родственнымъ ему, но болѣе похожимъ на тнороднаго стрептококка и названнаго по нему Schottmüller'омъ Streptococcus miosus, «Задачей дѣльнѣйшаго изученія», говоритъ проф. Чистовичъ, этого вида пнеймоніи будетъ отыскать отличя-

тельно-распознавательные признаки между нею и настоящею диплококковой пнеймоніею.

е) Въ литературѣ еще раслѣны единичныя описанія долевыхъ пнеймоній, вызываемыхъ стафилококкомъ и другими микробами, но случаетъ этихъ такъ немного, что дать характеристику этихъ пнеймоній еще невозможно \*\*).

Къ патогенезу. Клиницисты уже давно путемъ наблюдений убѣдились что, наряду съ болѣзнетворными возбудителями крупозной пнеймоніи, интѣръ, если не прямое, то косвенное значеніе въ этиологіи развитія болѣзни другіе причинные факторы (простуда, контузія въ грудь и пр.), которые сами по себѣ не могутъ вызвать болѣзни, но, ослабляя внутренніи, защитительныя силы человѣческаго организма и тѣмъ создавая почву, благоприятную для микробовъ, предрасполагаютъ къ заболѣванію. Безъ содѣйствія этихъ, такъ называемыхъ предрасполагающихъ моментовъ пневмококки также, какъ возбудители и другихъ заразныхъ болѣзней, оказываются безсильными. Въ своей работѣ о причинахъ болѣзней легкихъ Tendeloo \*\*), подробно касаясь этой стороны данаго вопроса, говоритъ слѣдующее: «если подъ инфекціею понимать проникновеніе и дальнѣйшее дѣйствіе бактерий въ человѣческомъ организмѣ, то инфекция можетъ проявиться только подъ влияніемъ двухъ факторовъ: раздраженія со стороны бактерий и чувствительности къ нему организма. Не только человѣческія ткани подвергаются раздраженію со стороны проникающаго микроба, но также и микробъ получаетъ раздраженіе отъ человѣческихъ тканей, что способствуетъ къ размноженію бактерий и къ продуцированію ими токсиновъ, безъ какового раздраженія ни то, ни другое совершенно невозможно».

Вѣдь извѣстно, что человѣкъ въ своемъ тѣлѣ носитъ много бактерий, и его организмъ пріучается ко многимъ бактеріальнымъ раздраженіямъ, не чувствуетъ ихъ, до поры, до времени ничѣмъ не реагируетъ, находясь такъ сказать въ состояніи хронической, скрытой инфекции. Чтобы всплнуть болѣзненный процессъ, нѣтъ надобности въ усиленіи бактеріальнаго раздраженія, тотъ же эффектъ получится и тогда, когда раздраженіе исходить со стороны организма, которое будетъ побуждать микробовъ къ размноженію и къ усиленному дѣйствію. Наблюдения за возникновеніемъ пнеймоническихъ заболѣваний склоняютъ врачей къ тому мнѣнію, что болѣзненный процессъ развивается не сразу вслѣдъ за проникновеніемъ пневмококковъ въ тѣло, а проходитъ нѣкоторый промежутокъ времени «скрытой» инфекции, въ теченіи котораго разыгрываются

въ организмѣ извѣстна явленія, создаются извѣстна взаимоотношения между организмомъ и бактеріями, которыя и ведутъ къ развитію острой пневмоніи. Разъ достигнута возможность для патологовъ освѣтить эти таинственна явленія, понять взаимоотношения между организмомъ и пневмококками, то, очевидно, ето трбу будетъ данъ ключъ къ разгадкѣ механизма развитія болѣзненнаго процесса.

Однимъ изъ первыхъ и главныхъ звеньевъ въ цѣпи таинственныхъ явленій, совершающихся въ организмѣ въ періодѣ скрытой инфекции, должно быть попаданіе пневмококковъ въ кровь чело-вѣческаго организма, такъ какъ внимательное изученіе клиническихъ и анатомическихъ данныхъ при гемужной пневмоніи явно говоритъ за то, что въ моментъ развитія болѣзни микробы попадаютъ въ легкія не изъ бронховъ или абргеннымъ путемъ, посредствомъ вдыханій, а черезъ кровь пораженнаго организма. Эти данна суть слѣдующія: 1) почти всегда или очень часто in initio болѣзни въ крови опредѣляется присутствіе пневмококковъ; 2) съ самаго начала сплошь поражаются цѣлыя доли, и эти пораженные очаги съ самаго же начала болѣзни бываютъ буквально зарпужены пневмококками, и, если ихъ расположеііе не всюду всегда вполнѣ равномерно, то все таиа нѣтъ нигдѣ указаній, чтобы пневмококки отъ большаго очага периферически распространились и покрывали сосѣдніе участки легкіихъ. Всегда происходитъ такъ, что нѣбеса на лицо цѣло пневмоническое гнзало, что оно всюду находится въ одинаковомъ состояніи, т. е. достаточно равномерно заполнено пневмококками въ то время, какъ сосѣдніа, оставшіся здоровыми альвеолы совершенно свободны отъ бактерій. Количество пневмококковъ, кажется, исключительно зависитъ отъ стадіа болѣзненнаго фокуса, и количество ихъ больше всего въ такомъ періодѣ, который соотвѣствуетъ самому началу <sup>51)</sup>. Вопросъ, какъ микроорганизмы попадаютъ въ кровеносную систему, профессоръ Юргенсъ полагаетъ, что они сначала проникаютъ въ лимфатическую систему или изъ полости рта черезъ миндалины или изъ бронховъ и кишечника черезъ лимфатическія железы, блуждаятъ по тѣлу и попадаютъ въ концы концовъ въ кровеносную систему, а отуда уже въ легкія. Далѣе, продолжаетъ проф. Юргенсъ <sup>52)</sup>, изъ того, что вполнѣ жизнеспособныхъ диплококковъ, находили у здоровыхъ людей и въ полости рта (Frankel) и въ легкіихъ (Dürck), имъ можеть заключить, что при столкновении микроба съ чело-вѣческимъ организмомъ не всегда обязательна или гибель, или размноженіе микроба; можеть случиться такъ, что чело-вѣчскій организмъ и ба-

ктерія будутъ поставлены въ такія соотношенія, что ни организмъ бактерій не будетъ возбуждѣтъ къ размноженію и продуцированію токсина, ни пневмококки не будутъ раздражать чело-вѣчскія ткани и вызывать со стороны ихъ какой либо реакціи. Слѣдовательно, теперь ясно, что изъ такого положенія процессъ можеть возникнуть только при измѣненіи внутреннихъ силъ организма. Именно, вліянія, которыя считаются обыкновенно вспомогательными или индивидуальными причинами пневмоніи, могутъ, безъ сомнѣнія, настолько измѣнить чувствительность организма, что равновѣсіе нарушается, и появляются точки, доступныя для бактерійныхъ токсиновъ. Съ этииъ будетъ дана и вторая возможность, т. е. степень бактерійнаго раздраженія нѣсколько увеличится, что можеть возникнуть только подъ вліяніемъ чело-вѣческаго организма, слѣдовательно, пневмонія обуславливается какъ чрезъ увеличеніе чувствительности легочной ткани къ бактерійному раздраженію, такъ и чрезъ увеличеніе бактерійной раздражительности. Сказаннаго вполнѣ достаточно, чтобы составить себѣ точное представление о томъ, какое громадное значеніе должны имѣть для возникновенія пневмоніи такъ называемыя предрасполагающія условія или внутреннія, индивидуальныя причины.

Въ числѣ этихъ предрасполагающихъ причинъ еще издавна отводили первое мѣсто такъ называемой „простудѣ“. Что же разуметь подъ понятіемъ простуда? Очевидно никакимъ образомъ ее не должно отождествлять съ простымъ охлажденіемъ тѣла, въ силу ли пониженія внешней <sup>53)</sup> или подъ вліяніемъ другихъ неблагоприятныхъ условий погоды. Каждому извѣстно, что различныя субъекты совершенно различно противостоятъ однимъ и тѣмъ же вліяніемъ вѣтра или погоды: въ то время, какъ одинъ получаетъ „простуду“, заболѣваетъ такъ называемыми „простудными“ болѣзнями (пневмонія, ревматизмъ или что другое), другой эту же перенѣтъ погоды переноситъ совершенно безнаказанно. Очевидно, такое различное отношеніе отдѣльныхъ организмомъ къ одинаковымъ вліяніямъ раздраженія находится въ зависимости отъ внутреннихъ условий, опредѣляющихъ реактивную способность организма. Для того, чтобы выяснить роль „простуды“ на развитіе крупозной пневмоніи, предпринимались экспериментальныя работы на лабораторныхъ животныхъ. За неизмѣненіе болѣе точныхъ представлений о „простудѣ“ ученымъ volens-nolens при постановкѣ своихъ опытовъ приходилось исходить изъ принципа охлаждения.

Въ этомъ уже ихъ ошибка, значительно умаляющая значеніе

ных трудов. Затѣм, если будем, независимо отъ постороннихъ соображеній, сравнивать только эти работы между собою, то увидимъ, что у различныхъ авторовъ одни и тѣ же опыты привели не къ одинаковымъ результатамъ. У Дипари <sup>18)</sup> животноя, оставшіяся здоровыми послѣ всыпания въ трахею пневмонической микроты, заболѣвали, если до и послѣ инъекціи были подвергнуты охлажденію. Тоже Dürck <sup>19)</sup> у кролика путемъ охлажденія въ ледяной водѣ вызывалъ пневмонію. Между тѣмъ Selter <sup>20)</sup>, который наблюдалъ прѣзвильную пневмонію у лабораторныхъ животнокъ пневмоніи, вызванной пневмококками, повторилъ опыты Дюрка съ погруженіемъ кроликовъ въ ледяную воду, но удовлетворительныхъ результатовъ не получилъ. Посему, весьма правы тѣ ученые, которые полагаютъ, что лишь съ большою натяжкой можно результаты опытовъ надъ животными относить къ объясненію опредѣленныхъ явленій въ человѣческомъ организмѣ. По необходимости ученымъ приходится доступными имъ средствами изучать явленія на самомъ человѣкѣ. Многие еще недостую нашему разъясненію, говоритъ проф. Юргенсъ, но одно твердо установлено, что охлажденіе вызываетъ сильную гиперемію легкаго. Такъ какъ активная гиперемія не только симптомъ, но прямо таки условие для развитія такого остраго воспаления, то тѣмъ легче легкое или часть его заболѣваетъ острою, бурною инфекціей, чѣмъ больше оно содержитъ крови и чѣмъ больше его способность къ артеріальной гипереміи. Такъ какъ базальная часть легкаго легче всего растяжима и можетъ подъ вліяніемъ активной гипереміи болѣе, чѣмъ остальная часть, раздуться въ объемъ, къ тому же и діафрагма и латерально-каудальная части реберъ болѣе податливы, то, следовательно, наибольшая способность къ активной гипереміи, а, следовательно, и наибольшая способность заболѣть пневмоніей будетъ принадлежать основанію и нижней долѣ легкаго. Все значеніе простуды, какъ видно, сводится къ тому, что подъ вліяніемъ ея предварительно, путемъ активнаго кровенаполненія, создается благоприятная почва для развитія крупозной пневмоніи. Къ этому же сводится значеніе и другихъ вспомогательныхъ факторовъ: каждый изъ нихъ при своемъ вѣшателствѣ ведетъ къ гипереміи легкаго. Литтенъ <sup>21)</sup> обратилъ вниманіе на связь съ фибринозою пневмоніи дѣйствія на грудную клетку тугой силы или контузіи. Контузія, ведущая къ гипереміи легкаго, создаетъ, какъ простуда, благоприятное условіе для наступленія пневмоніи. Къ тому же результату приводитъ влѣханіе ѣдкихъ газовъ и раздражающей пыли и пр., и пр.

Въ заключеніе я счелъ бы этотъ очеркъ о патологіи состав-

леннымъ неполно, если бы не привелъ очень интересныхъ свидѣній, вытекающихъ изъ неодинаковой восприимчивости различныхъ животнокъ къ пневмонической заразѣ въ лицѣ пневмококковъ Talamon—Fränkel—Wechsbaum'a, а также тѣ средства защиты, которыя пускаетъ въ ходъ больной организмъ въ борьбѣ съ этой заразой. Эти свѣдѣнія въ Россіи имъ обязаны, главнѣйш образомъ, цѣлому ряду работъ проф. Чистовина, выполненныхъ имъ самостоятельно, частью же въ сотрудничествѣ съ проф. Юревичемъ <sup>22)</sup>. Экспериментальныя и клиническія изслѣдованія проф. Чистовина, касавшіяся зараженія пневмококками, позволили ему установить слѣдующіе факты: 1) зараженіе протекаетъ весьма различно, въ зависимости отъ степени восприимчивости животного къ пневмококу; у менѣ восприимчивыхъ (человѣкъ, собака, овца, крыса) зараженіе вызываетъ только мѣстный воспалительный процессъ, у сильно восприимчивыхъ (кроликъ, бѣлая мышь, морская свинка) явленія общаго гнилостнаго отравленія; 2) въ первомъ случаѣ у животного (собаки), выздоравливающаго отъ мѣстнаго пневмококковаго зараженія, напр. отъ фибринозной пневмоніи, въ пораженномъ органѣ идетъ энергичный фагоцитозъ съ послѣдовательнымъ поглощеніемъ и внутриклеточнымъ пищевареніемъ пневмококковъ, отчего послѣдніе быстро уменьшаются въ числѣ; напротивъ, у животнокъ, очень чувствительныхъ къ зараженію и гибнущихъ отъ септицеміи, мѣстныя явленія оказываются мало выраженными, фагоцитоза не наблюдается, и размноженіе диплококковъ идетъ безпрепятственно; 3) у животнокъ легко справляющихся съ зараженіемъ, это послѣднее протекаетъ съ лейкоцитозомъ, тогда какъ отъ него гибнущихъ число бѣлыхъ шариковъ прогрессивно падаетъ; 4) уничтоженіе диплококковъ въ выздоравливающемъ организмѣ происходитъ, повидимому, исключительно дѣятельностью фагоцитовъ, ибо установивъ въ крови выздоравливающихъ отъ крупозной пневмоніи наличность бактериализованъ не удавалось; 5) съ быстрымъ уменьшеніемъ диплококковъ въ числѣ, прерастаетъ поступленіе антигеновъ-токсина въ кровь и отравленіе организма, что и проявляется рѣзкимъ переломомъ болѣзни въ видѣ кризиса термическаго т. е. паденія <sup>19)</sup> и одновременно кризиса кровяного т. е. уменьшенія лейкоцитовъ въ крови. Въ полной гармоніи съ этой фагоцитарной теоріей кризиса находятся изслѣдованія Wolfa, показавшія ко времени наступленія кризиса въ крови нарастаніе опсониковъ Whight'a т. е. веществъ, при помощи которыхъ какъ извѣстно, организмъ усиливаетъ свою фагоцитарную защиту <sup>23)</sup>. Въ дополненіе къ этимъ выводамъ русскихъ ученыхъ

приведены результаты опытов над кроликами и наблюдений над человеком Дольда<sup>84)</sup>. Дольд, при постановке своих опытов в пробирках над отношением крови человека к пневмококкам, нашёл большую разницу в этом отношении между сывороткой и плазмой: в то время, как сыворотка оказалась совершенно недействительно, плазма обнаружила сильно угнетающее действие на эти бактерии; напротив, в крови, плазме и сыворотке мышей и кроликов совершенно не содержится враждебных пневмококкам веществ, которые могли бы быть обнаружены в пробирке. Эти данные могут быть приведены, по автору, в связи с различной восприимчивостью человека и названных животных, так как человек, в противоположность мышам и кроликам, содержит в своих жидкостях естественные предохранительные вещества против пневмококков. Однако, прибавляет автор, с различным отношением одного и того же организма к вредоносным и неведомым пневмококкам эти бактерицидные вещества не имеют ничего общего, так как сильная вредоносность пневмококка для кролика и мыши несомненно обуславливается лишь тем, что они не поддаются опсоническому действию сыворотки этих животных. Вообще, говорит он, пневмококки представляют собою как бы классический случай фагоцитоза, находящего себя поддержку в опсониках сыворотки. Вот эти данные, указывающие, с одной стороны, на громадное значение защитной фагоцитарной реакции для выздоровления от фибриновой пневмонии, с другой, отсутствие бактерицизиса в крови выздоравливающих от этой болезни, служат для нас понятными следующие факты: 1) Тагатор<sup>85)</sup>, исходя из того, что антидифтерийная сыворотка возбуждает фагоцитоз, испытывал эту сыворотку при крупной пневмонии и понизил этим смертность от неё с 24% до 14%. 2) Whight известным образом приготовил специфическую для пневмококков вакцину, которая, при введении под кожу, должна была повысить опсонический показатель, который, как известно, всегда бывает уменьшен во время болезни. Roelke<sup>86)</sup> испробовал в 13-ти случаях тяжёлой пневмонии эту вакцину и получил очень утешительные результаты. 3) Серотерапия при этой болезни до сих пор ещё не дала желательных результатов. Сначала работы целого ряда ученых (Netter, Emmerich<sup>87)</sup>, А. П. Фавинский<sup>88</sup> и др., братья Кленперер и др.) имели целью иммунизировать животных по отношению к пневмококку Fränkel'a. Эти опыты действительно, удавались как будто успешно: сыворотка, полученная

от иммунизированных к диплококкам животных, у других животных оказывалась благоприятной: кролики, получавшие 0,75 к. с такой сыворотки в вену (Pape<sup>89)</sup> переносили потом дозы, превосходящую смертельную в 10 раз. Однако у людей эта сыворотка дала сомнительные и противоречивые результаты. Неудачи у людей автор объясняет тем, что пневмонические процессы у людей обуславливаются не одним, а несколькими разными видами их. На этом основании Rötter<sup>91</sup> и<sup>92)</sup> задумал брать разных животных для приготовления сыворотки, исходя из того, что такая сыворотка у каждого пневмоника так или иначе попадет в цель, окажется полезной. Но и она не оправдала надежд, не смотря на единичные хвалебные отзывы, которых приводить не станем. „Вообще“, говорит проф. Юргенс „еще не было достигнуто ни понижение смертности, ни ограничение пневмонического инфильтрата первоначальным фокусом, ни улучшения вопроса о прогнозе“.

## ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

### Смертность от крупозного воспаления легких по годам в С.-Петербург и его пригородах за период времени с 1901 по 1910 год.

В порядке важности мы сначала подвергаем разбору те таблицы, кото-  
рым составлены нами по данным медицинских свидетельств о смерти. Рядом  
удобства сравнения сь данными Бушина (а, б, в), мы, как и онъ, беремъ коэффи-  
циенты на 1000 человекъ живущаго населения; однако опытъ показалъ, что удоб-  
нее выражать интенсивность отношений смерти въ большихъ массахъ живущихъ,  
т. е. лучше дѣлать расчетъ на 10 или 100 тысячъ населения; этии путемъ  
получаются ильня числа нѣчто дробей, и представляеи объ этихъ отношенияхъ  
создается болѣе конкретное и наглядное. Такой порядокъ соблюденъ въ Статис-  
тическихъ Ежегодникахъ С.-Петербурга и въ диссертаци докторъ Гауля (4),  
также и мы при всякомъ удобномъ случаѣ пользуемся имъ. Какъ видно изъ  
таблицы № 2, нами собранъ богатый больничныи материалъ, куда вошли 29  
больницъ, въ томъ числѣ болышии Путиловскаго завода (1), двѣ пригородныя  
зѣмскія и тюремная со своимъ двумя тюремными мужскими и женскими. Изъ  
пригородныхъ одна—болыица Империа Архангела—расположена въ Шлиссель-  
бургскомъ пригородѣ, а другая, Уваковская—въ Петерофскомъ. Въ Петероф-  
скомъ же пригородѣ находится и болыица Путиловскаго завода. Остальныя  
болыицы расположены въ самомъ городѣ, причеиъ 9 изъ нихъ находятся въ  
вѣдѣнн Петербургскаго Городскаго Общественнаго Управленн. Чтобы получить  
необходимыя свѣдѣнн въ болыицахъ тюремной и пригородныхъ зѣмскихъ, намъ  
пришлось рѣшиться въ скорбныхъ билетахъ и дѣлать выборы оттуда. Пользуясь  
случаемъ приношу здѣсь свою сердечную признательность за любезное разрѣше-  
нне воспользоваться материаломъ равнаю тюремному врачу, Вильгельму Фейер-  
родуцу Штрону и товарищамъ врачамъ, заведующимъ вышерасказанными зѣмскими  
больницами.

Съ самаго зародившия болыицы двѣ городскія Выборгская и Выборгская  
дѣтская въ память Св. Коронвана, возникли только съ 1905 года, съ какаго  
времени онѣ и начали доставлять свѣдѣнн въ Статистическое Отдѣленн С.-Пе-  
тербургской Городской Управл. Въ таблицѣ № 2 нѣтъся рубрика «прочия болыи-  
цы»; сюда вошли 4 лечебныя заведенн дѣтская болыица Принца Петра  
Ольдеибургскаго, Клиническн институтъ Великой Княгини Елены Павловны,  
французская Св. Марии Магдалины и Клиническн Женской госпиталь. Изъ ста-  
лоася таблицъ составленъ выхъ, такъ какъ она, сравнительно съ другими  
имѣетъ немного материала, причеиъ не регулярно, нѣтъ года въ годъ, а только по  
нѣкоторымъ годамъ.

Таблица № 1. Во всемъ Петербургѣ вмѣстѣ съ его пригоро-  
дами съ 1901 по 1910 г.г. умерло отъ крупознаго воспаления лег-  
кихъ 15097 человекъ обоаго пола, такъ что въ среднемъ въ годъ  
умирало 1509 человекъ, средней годовою коэффициентъ равенъ  
1,05, а ‰ умершихъ отъ этой болѣзни по отношению къ общей  
суммѣ всѣхъ умершихъ составляетъ 3,57. Обратимся къ цѣлаго  
къ слагаемымъ, тогда намъ легче будетъ представить роль и зна-  
ченнѣ полученныхъ числовыхъ отношений.

Годъ. Умерло 12703 человекъ, или въ среднемъ умерло  
въ годъ 1270 человекъ, коэффициентъ равенъ 1,02‰, а ‰ умершихъ  
отъ крупознаго воспаления легкихъ въ общемъ числѣ всѣхъ  
умершихъ составляетъ 3,62.

Докторъ Бушинъ, разбирающн смертность отъ крупозной  
пневмонн за периодъ времени отъ 1885 по 1900 годъ, нашелъ,  
что въ среднемъ въ годъ умирало отъ этой болѣзни въ самомъ  
городѣ 1092 человекъ, следовательно, въ разбираемн нами пе-  
риодъ умирало въ среднемъ ежегодно болѣе на 178 человекъ или  
на 16‰. Не будетъ ли это дѣйствительное увеличенн или только  
кажущееся.

По предварительному подсчету населенн столицы, согласно  
переписи, произведенной въ декабрѣ 1910 года (18), оказалось, что  
сравнительно съ 1900 годомъ, населенн увеличилось на 32,5‰,  
а, если считать съ 1881 года, то на 105,6‰, т. е. больше, чѣмъ  
двое, причеиъ населенн городскихъ частей увеличилось на 141‰,  
населенн же пригородовъ на 302,4‰. Следовательно, если со-  
ставить увеличенн смертности отъ крупозной пневмонн съ ростомъ  
населенн, то выйдеть не увеличенн, а уменьшенн смертности,  
т. е. уже одинъ этотъ фактъ, помимо другихъ, подтверждаетъ по-  
ложене доктора Бушина, что смертность отъ крупознаго воспа-  
ленн легкихъ въ самомъ Петербургѣ постепенно идетъ на убыль.  
Подтверждаетъ еще этотъ выводъ и величина среднего годоваго  
коэффициента: у Бушина онъ равенъ 1,06‰, а у насъ 1,02‰.  
Разсмотрѣвъ коэффициенты отдѣльно по годамъ, находимъ, что  
минимумъ смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ въ городѣ  
пришелся на начало разбираемаго десятилѣтн или на 1901 годъ  
а maximum на послѣднн 1910 годъ; первыи идетъ лѣтъ  
(1901—1906) коэффициенты—ниже средняго и очень близки  
нежду собою, мало отличаясь другъ отъ друга. Такимъ обра-  
зомъ, въ первую половину разбираемаго периода смертность  
отъ крупознаго воспаления легкихъ въ самомъ городѣ оказывалась  
сравнительно небольшою и болѣе или менѣе равномерною. Начи-

# Т А Б Л И Ц А № 1.

Умершие от крупозного воспаления легких (без нижних чинов) по годам в городе С.-Петербурге и его окрестностях.

Г О Д Ы	Г О Р О Д Ъ				П Р И Г О Р О Д Ы				Г О Р О Д Ъ С Ъ П Р И Г О Р О Д А М И						
	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	Умершие от воспаления легких	
1901	28689	239	1012	081	339	6284	328	171	089	272	36123	251	1183	082	327
1902	28369	227	1123	090	396	5660	296	221	115	390	34029	236	1344	093	395
1903	31403	252	1164	093	371	6751	353	201	108	298	38154	265	1365	095	358
1904	34782	310	1157	083	314	6918	346	251	136	394	38957	270	1468	102	378
1905	36189	290	1120	090	309	7159	374	234	121	307	43343	301	1389	097	378
1906	36189	290	1120	090	309	7159	374	234	121	307	43343	301	1389	097	378
1907	36955	296	1466	119	402	7020	367	241	126	343	43975	305	1727	120	353
1908	43913	352	1495	120	340	8093	423	237	124	293	52006	361	1732	120	333
1909	38991	312	1398	112	359	7470	390	237	124	317	46461	323	1635	114	352
1910	37652	302	1541	123	409	9001	470	343	184	392	46683	324	1894	132	406
Итого	350272	—	12703	—	71791	—	2394	—	—	—	422153	—	15097	—	—
Средн. в год	35037	287	1270	102	362	7178	375	239	125	333	42215	293	1509	105	357

\*) Коэффициент смертн. на 1000 человек населения по сравнению с 1903 годом.

ная с 1907 года коэффициент смертности становится выше среднего, что указывает, что в отношении смертности от крупозной пневмонии в городе произошел некоторый перелом, сказавшийся на подьем ее. Кривая смертности от пневмонии, поднявшись на новую высоту, в дальнейшем своем движении принимает тот же характер, что и в начале, т. е. делает слабые размахи вверх или вниз, давая колебания с малыми амплитудами волн. Выходит, что смертность от крупозного воспаления легких в городе, изменившись количественно во 2-й половине десятилетия, удерживая своей первоначальный характер, т. е. продолжает оставаться по отдельным годам более или менее равномерной. Надо признать, что увеличение смертности от крупозной пневмонии в городе за последние 4 года, по сравнению с первыми 6, очень небольшое: в самом деле, если сделать расчет на 100 тысяч человек и сопоставить между собою максимальную и среднюю величину их (123 и 102), то разница сведется только к 21-му человеку на 100 тысяч населения. Все сказанное выше дает нам право сказать, что крупозное воспаление легких в С.-Петербурге есть вполне стационарная, так сказать своя "домашняя" болезнь, что она из года в год протекает почти одинаково, давая равномерную смертность с незначительными колебаниями в ту или другую сторону, колебаниями, не выходящими за пределы своей общности. Искать причину этих колебаний в каких нибудь побочных условиях нет нужды, ибо все наблюдатели согласны в том, что он свойственны самой природе болезни и постоянно при ней наблюдаются. Prof. Neubner <sup>48)</sup> говорит, что отдельные годы представляют различную частоту заболеваний: то получаются числа вдвое больше средней величины, то меньше половины. Когда у <sup>49)</sup> найдет, что частота заболеваний волнообразным всплеском легких различна в различные периоды: между тем как в один промежуток времени встречаются лишь единичные, спорадические случаи, и учащение происходит не эпидемических болезней, пневмония в следующие годы может принять эпидемический характер. То же самое находим и у Меринга <sup>49)</sup>. Правда, тут говорится не о колебаниях смертности, а о различной частоте заболеваемости крупозным воспалением легких, и можно было бы возражать, что на смертность оказывать влияние, помимо числа заболевших, еще и характер инфлюэнцы, тяжесть болезни, различные осложнения и т. п., однако

это не изменять сути дѣла, ибо, какъ увидимъ ниже, смертность отъ крупозной пневмонии въ общемъ параллельна заболѣваемости. Кольскій <sup>12)</sup> на основании своихъ шифровыхъ данныхъ также нашелъ, что смертность и заболѣваемость по годамъ параллельны между собою, и въ этомъ параллелизмѣ онъ видитъ даже наличность законѣмѣрности. И докторъ Голынецъ <sup>13)</sup> пришелъ къ выводу, что колебаніе смертныхъ случаевъ отъ этой болѣзни находится почти въ прямыхъ отношеніяхъ къ количеству заболѣваний, т. е. въ кривыхъ несомнѣнныхъ параллелизмѣхъ. А. А. Липскій <sup>14)</sup>, говоря о томъ, какъ скудно поступаютъ свѣдѣнія о заболѣвшихъ корь, коклюшемъ, крупозной пневмоніей и нѣкоторыми другими инфекціонными болѣзнями, также склоненъ думать, что данныя о смертности отъ нихъ по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти скорѣе могутъ дать болѣе или менѣе вѣрные указанія на степень распространенія этихъ болѣзней.

Отсюда, надо полагать, что усиленіе смертности отъ крупознаго воспаленія легкихъ въ послѣдніе годы разбираемаго періода въ значительной степени вызвано было тѣмъ, что одновременно участилась и заболѣваемость въ столицѣ этою болѣзью.

У доктора Бушина разбирается періодъ времени за 16 лѣтъ, отъ 1885 по 1900 годъ. До 1896 года т. е. въ первые 10 лѣтъ коэффициенты смертности отъ крупозной пневмоніи у него оказывались выше единицы, а съ этого года и до конца они становятся ниже ея. Въ такомъ же видѣ они переходятъ и въ слѣдующее десятилѣтіе и въ течение первыхъ 6-ти лѣтъ они продолжаютъ давать величинъ меньше единицы, затѣмъ, къ концу, коэффициенты снова увеличиваются и становятся выше ея, но уже не достигаютъ тѣхъ величинъ, какія они давали раньше. Если сдѣлать расчетъ на 10 тыс. населенія, то въ разбираемомъ нами десятилѣтіи максимальный коэффициентъ будетъ  $12,3\%_{1000}$ , между тѣмъ у доктора Бушина встрѣчаемъ коэффициенты  $13,7\%_{1000}$ ,  $14,2$  и даже  $14,7\%_{1000}$ . Несомнѣнно, смертность отъ крупознаго воспаленія легкихъ въ самомъ Петербургѣ пошла на убыль. Мало того, она, повидному стала и гораздо болѣе равномерною, такъ какъ колебанія ея, въ сравненіи съ предшествующимъ періодомъ, стали затѣмъ менѣе широкими. Ослабленіе смертности съ теченіемъ времени обнаружилось и по отношенію къ нѣкоторымъ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ; такъ, докторъ Гауль доказалъ, что смертность уменьшается отъ всѣхъ формъ тифа, причѣмъ отъ возвратнаго и сипного быстрѣе, а отъ брюшнаго болѣе медленно.

Экзистенциальность смертности отъ крупозной пневмоніи въ го-

родѣ безъ пригородовъ оказалась, по нашимъ даннымъ, въ среднемъ равною  $3,62\%_{1000}$ , а у доктора Бушина —  $4,15\%_{1000}$ , слѣдовательно на 100 человекъ умершихъ отъ всѣхъ болѣзней, въ разбираемый періодъ умершихъ отъ крупозной пневмоніи въ среднемъ стало меньше, чѣмъ въ предшествующій. Разница эта въ сторону минусъ вызвана, съ одной стороны, тѣмъ, что смертность отъ крупознаго воспаленія легкихъ, дѣйствительно, пошла на убыль, а съ другой стороны, повидному, еще и тѣмъ обстоятельствомъ, что общая смертность отъ всѣхъ болѣзней въ городѣ стала больше: у доктора Бушина средней годовой коэффициентъ общей смертности равенъ  $25,7\%_{1000}$ , а у насъ —  $28,7$ , слѣдовательно, если считать на 10 тысячъ населенія, то окажется, что въ разбираемый періодъ въ среднемъ умирало на 30 человекъ болѣе. Если будемъ ближе присматриваться къ коэффициентамъ общей смертности по отдѣльнымъ годамъ и сопоставлять ихъ съ таковыми у доктора Бушина то обнаружимъ слѣдующее: у доктора Бушина, начиная съ 1897 г. общая смертность идетъ на уменьшеніе, это уменьшеніе идетъ дальше и захватываетъ первые 2 года разбираемаго нами десятилѣтія, затѣмъ смертность быстро возрастаетъ, съ каждымъ годомъ неуклонно движется вверхъ, въ 1908 году достигаетъ своего максимума, а послѣдніе 2 года, хотя она нѣсколько и уменьшается но все таки продолжаетъ оставаться высокой, давая цифры больше, чѣмъ въ первые 7 лѣтъ. Самымъ неблагоприятнымъ годомъ оказался 1908 годъ, когда холера проявилась въ Петербургѣ съ особенной силой, давъ 3322 смерти; кромѣ того, въ этомъ году наряду съ холерой наблюдались эпидеміи брюшнаго тифа (1679 смертей), кори (1552) и возвратнаго (199). Эти эпидеміи, повидному, порядочно встрепнули городъ, заставили его принять рядъ санитарныхъ мѣръ, въ результатъ чего смертность въ 1909 году съ  $35,8\%_{1000}$  спустилась до  $31,2\%_{1000}$ , въ 1910 году еще немного понизилась, оставаясь все же крупной величиной.

**Пригороды.** Умерло во всѣхъ пригородахъ Петербурга отъ крупознаго воспаленія легкихъ за разбираемое десятилѣтіе 2394 человека обогаго пола, въ среднемъ въ годъ 239 или вдвое болѣе чѣмъ по даннымъ Бушина. Хотя и въ пригородахъ, какъ въ городѣ, населеніе возросло очень быстро, однако это увеличеніе смертности отъ крупозной пневмоніи уже не кажущееся, а на самомъ дѣлѣ, что видно изъ сравненія коэффициентовъ смертности между сборомъ ( $1,13\%_{1000}$  и  $1,29\%_{1000}$ ). Если сдѣлать расчетъ на 100 тысячъ населенія, то получимъ:

Городъ:		Пригороды:	
По даннымъ Бушина . . . . .	106	По даннымъ Бушина . . . . .	113
По нашимъ . . . . .	102	По нашимъ . . . . .	125

Слѣдовательно выходитъ, что въ то время, какъ въ городѣ отъ крупознаго воспаления легкихъ на 100 тысячъ населенія умираю на 4 человѣка меньше, въ пригородахъ, наоборотъ, на 12 человѣкъ больше.

Присматриваясь ближе къ цифрамъ отдѣльныхъ годовъ мы имѣемъ возможность обнаружить слѣдующее: 1) годы минимумовъ и максимумовъ въ городѣ и пригородахъ совпадаютъ; 2) у насъ, какъ у доктора Бушина, въ общемъ замѣчается связь между городомъ и пригородами въ томъ смыслѣ, что съ усиленіемъ смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ въ городѣ, параллельно идетъ усиленіе ея и въ пригородахъ, однако полное соотвѣтствія между городомъ и пригородами не видно, а по отдѣльнымъ годамъ нарушается и сама эта связь, уклономъ отъ общаго правила; 3) докторъ Бушинъ нашелъ, что смертность отъ этой болѣзни и въ пригородахъ, хотя и очень медленно, уменьшается, имъ же этого, на основаніи своихъ данныхъ сказать не можемъ; 4) кривая смертности тамъ и здѣсь мало схожи между собою: кривая смертности отъ пневмоніи въ городѣ пологая какъ въ своей первой части (первые 6 лѣтъ) такъ и во второй, съ незначительными уклонами вверхъ и внизъ; въ пригородахъ кривая болѣе извилиста, меньше правильна: первые 4 года она совсѣмъ неправильна, дѣлаетъ рѣзкіе скачки вверхъ и внизъ, въ 1904 году достигаетъ своего втораго максимума (1,36%) въ слѣдующемъ 1905 году круто спускается до 1,24%, давая коэффициентъ равный городскому максимуму, съ 1905 по 1909 годъ получаются цифры очень близкія между собою, указывая тѣмъ самымъ, что въ эти годы смертность отъ крупознаго воспаления въ пригородахъ идетъ съ большою равномерностью, наконецъ въ послѣдній 1910 годъ кривая очень круто, на 6 десятихъ, вскакиваетъ вверхъ, достигая своего главнаго максимума (1,84%).

Сравнивая 2 послѣдніе года между собою, при расчетѣ на 100 тысячъ населенія получимъ:

Городъ:		Пригороды:	
1909 . . . . .	112	1909 . . . . .	124
1910 . . . . .	123	1910 . . . . .	184

11

60

Слѣдовательно, въ городѣ на 100 тысячъ населенія въ 1910 году отъ крупознаго воспаления умерло на 11 человѣкъ болѣе чѣмъ въ 1909 году, а въ пригородахъ на 60 человѣкъ. Такое рѣзкое увеличеніе смертности отъ крупознаго воспаления въ пригородахъ въ 1910 году уже явно говоритъ за эпидемію этой болѣзни.

Экстенсивность смерти. Умерше отъ крупознаго воспаления легкихъ въ пригородахъ составляютъ 3,33% всѣхъ умершихъ, у доктора Бушина они дали 3,58%. Какъ у этого автора, такъ и у насъ, этотъ % для пригородовъ получается ниже, чѣмъ для города. Для наглядности приводимъ здѣсь эти данныя: на 100 умершихъ отъ всѣхъ болѣзней, умершихъ отъ крупознаго воспаления легкихъ

У доктора Бушина:	У насъ:	
въ городѣ . . . . .	4,15%	3,62%
въ пригородахъ . . . . .	3,58%	3,33%

Докторъ Бушинъ даетъ этому факту вполне основательно такое объясненіе, что въ общей громадной смертности въ пригородахъ смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ не такъ замѣтна. Такъ какъ экстенсивность смертности отъ пневмоніи въ пригородахъ у насъ получилась еще меньше, чѣмъ у доктора Бушина, то надо полагать, что общая смертность здѣсь увеличилась еще болѣе, чѣмъ въ предшествующій періодъ. Такъ оно и есть. Сопоставимъ наши данныя и нашего предшественника, доктора Бушина. Средній годовой коэффициентъ на % общей смертности:

Въ городѣ:	Пригородахъ:	
За 1885—1900 г.г. . . . .	25,7	31,3
За 1902—1910 г.г. . . . .	28,7	37,5

Если считать не promille, а на 10.000 населенія, то окажется, что, если въ городѣ въ среднемъ ежегодно отъ крупознаго воспаления умираю на 30 человѣкъ болѣе, то въ пригородахъ уже на 58 человѣкъ болѣе, т. е. почти вдвое больше, чѣмъ въ городѣ, во 2-хъ, если въ предшествующій періодъ отъ всѣхъ болѣзней въ пригородахъ по сравненію съ городомъ умираю на (313—257) 56 человѣкъ болѣе, то за данный періодъ стало умирать уже на (375—287) 88 человѣкъ болѣе. Не вдаваясь въ болѣе подробное разсмотрѣніе коэффициентовъ общей смертности, такъ какъ оно не входитъ въ нашу задачу, скажемъ, что они въ пригородахъ все время оказываются значительно выше, чѣмъ въ городѣ.

Итакъ, на основаніи анализа нашихъ цифровыхъ данныхъ, при-



ходимъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ въ городѣ постепенно уменьшается, а въ пригородахъ возрастаетъ. 2) Общая смертность, какъ въ городѣ, такъ и въ пригородахъ, возросла по сравнению съ предшествующими периодами (1885—1900 г.г.), причемъ въ пригородахъ она возрасла въ большей степени, чѣмъ въ городѣ. Докторъ Гауль въ свою очередь доказалъ, что въ пригородахъ и сильный тифъ проявляется рѣже и сильнѣе, чѣмъ въ самой столицѣ. Причину такого неблагополучія со стороны пригородовъ надо искать въ крайне плохомъ санитарномъ состояніи ихъ. Докторъ Бушинъ говоритъ, что пригороды и по составу жителей, и по условіямъ жизни, сложившимся въ нихъ, есть тотъ же городъ, но только городъ совершенно неустроенный, лишенный всѣхъ санитарныхъ благъ, показателемъ чего можетъ служить поражающая общая смертность въ пригородахъ. „Фактъ высокой смертности въ пригородахъ“, читаемъ въ „Статистическомъ Ежегодникѣ С.-Петербурга“ за 1890 годъ „служить съ санитарной точки зрѣнія вѣскимъ доводомъ въ пользу включения пригородовъ въ черту города, подчиненія ихъ въ хозяйственномъ отношеніи городскому общественному управленію и слѣдовательно, распространенія на пригороды тѣхъ санитарныхъ мѣръ, благодаря которымъ ослабѣла смертность городского населенія. Не можетъ быть сомнѣнія въ томъ, что, съ распространеніемъ на пригороды санитарнаго надзора, ослабѣетъ смертность не только въ самихъ пригородахъ, но получитъ дальнѣйшее пониженіе ея и въ самомъ городѣ. Безъ этого же трудно держать въ городѣ смертность въ нормальныхъ предѣлахъ, когда черезъ улицу смертность будетъ значительная и городское управленіе бессильно что либо предпринять для ея пониженія“. Докторъ Гауль на основаніи свѣдѣній изъ „Отчетовъ Центральной Статистическаго Комитета“ говоритъ, что съ 1905 года по 1908 годъ, 4 года подрядъ были неурожаи. Эти неурожаи, война, внутренній неурядица и сопряженныя со всѣмъ этимъ экономическіе кризисы, подрывая въ корень благосостояніе народа, гнали бѣдный рабочій людъ на заработки въ большіе города и въ столицу, сичувенно въ нихъ возрастала, особенно на окраинахъ и въ пригородахъ, гдѣ селился по преимуществу этотъ пришлый людъ, ночлежные дома, постоялы дворы и углы переполнялись, санитарное состояніе столицъ и городовъ ухудшалось и такимъ образомъ создавалась почва для усиленія заболеваемости и смертности. Очевидно, что рядъ такихъ неблагоприятныхъ вліяній, въ сочетаніи съ холерой въ 2-ой пятилѣтій разбираемаго десятилѣтія, и нарушилъ тотъ стройный ходъ посте-

пеннаго пониженія общей смертности въ самомъ городѣ, который обнаружилъ Докторъ Клейманъ<sup>109)</sup> на основаніи своихъ цифровыхъ данныхъ. Интересно, что, несмотря на стеченіе такихъ неблагоприятныхъ вліяній, смертность въ городѣ отъ крупознаго воспаления легкихъ въ рассматриваемое десятилѣтіе продолжала идти на пониженіе. Если принять во вниманіе, что эти неблагоприятныя вліянія должны были бы сказаться въ крайне отрицательныя санитарныя условія, то неудивительно, что тамъ такъ сильно возрасла общая смертность, а также, что смертность отъ крупозной пневмоніи тамъ не падала, а поднималась.

Таблица № 3. Она составлена по „Статистическому Ежегоднику С.-Петербурга“ для того, чтобы показать, какое мѣсто занимаетъ крупозное воспаление легкихъ по смертности въ Петербургѣ въ ряду главнѣйшихъ инфекціонныхъ болѣзней. Въ этой таблицѣ умерше отъ инфекціонныхъ болѣзней распределены въ ‰, въ общему числу всѣхъ умершихъ и къ числу жителей вообще, т. е. показаны экстензивность и интенсивность смертности отъ нихъ. Забъ мы видимъ, что въ томъ и другомъ отношеніи, все время первое мѣсто занимаетъ бугорчатка легкихъ, затѣмъ, въ 4-хъ рубрикахъ (1898—1902 г.г., 1903, 1904 и 1907 г.) второе мѣсто тамъ и здѣсь занимаетъ крупозная пневмонія, за 1905 годъ крупозное воспаление легкихъ по экстензивности занимаетъ 4-ое мѣсто (бугорчатка легкихъ, тифы всѣхъ формъ и корь), а по интенсивности смерти 3-е (бугорчатка легкихъ и тифы всѣхъ формъ); въ 1906 году оно и въ томъ, и въ другомъ отношеніи занимаетъ 5-ое мѣсто (бугорчатка легкихъ, тифы всѣхъ формъ, корь и скарлатина). Различными авторами для Петербурга выведены коэффициенты смертности по нѣкоторымъ инфекціоннымъ болѣзнямъ. По Аддисону<sup>110)</sup> расчетъ смертности на 100 т. населенія для дифтерита—87,9, по Риккетсону<sup>111)</sup> для кори—54,0 по отношенію ко всему населенію и—230,0 по отношенію къ населенію въ возрастѣ отъ 0-15 лѣтъ, по Райскому<sup>112)</sup> для чахотки—305,0 (въ 1904 году), по Павловскому<sup>113)</sup> для скарлатины—69,0, по Перцелю<sup>108)</sup> для брышного тифа—88,7, по Гаулю для сильного тифа 2,3 (городъ+пригородъ), по Бушину для крупозной пневмоніи 106 для города и 113 для пригородовъ, наконецъ, у насъ для той же болѣзни 102 (городъ) и 125 (пригородъ). Какъ видно изъ сопоставленія приведенныхъ данныхъ одно изъ самыхъ высокаихъ мѣстъ среди всѣхъ

**ТАБЛИЦА № 3**  
Составленная по данным Статистическ. Ежегодников С.-Петербурга.

УМЕРШИЕ *) ОТ:	Справки за 1898—1902 г.		1903 г.		1904 г.		1905 г.		1906 г.		1907 г.	
	Умерших на 100 вѣкъ	на 10000 жи- телей	Умерших на 100 вѣкъ	на 10000 жи- телей	Умерших на 100 вѣкъ	на 10000 жи- телей	Умерших на 100 вѣкъ	на 10000 жи- телей	Умерших на 100 вѣкъ	на 10000 жи- телей	Умерших на 100 вѣкъ	на 10000 жи- телей
Крупозное воспаление легких . . . . .	3,7	8,9	3,7	8,1	3,7	8,6	4,3	9,7	3,1	9,4	3,9	12,0
Бугорчатка легких . . . . .	13,3	32,1	13,7	30,0	12,9	30,5	14,8	33,4	11,5	34,7	11,9	36,5
Тифы и скарлатина др. организмов . . . . .	2,9	7,0	3,0	6,5	2,7	6,4	3,5	7,8	2,7	8,1	2,8	8,5
Оспа натуральная . . . . .	3,1	7,7	2,1	4,6	2,1	4,9	4,5	10,2	3,7	11,1	2,6	8,0
Корь . . . . .	2,1	5,0	2,9	6,4	2,5	6,0	4,4	9,3	3,5	10,6	3,1	9,2
Скарлатина . . . . .	2,1	5,1	1,2	2,7	1,9	4,3	2,9	6,5	3,5	10,0	3,7	11,2
Рожистая лихорадка . . . . .	0,6	1,3	0,6	1,2	0,7	1,4	0,7	1,2	0,6	1,1	0,6	1,1
Колелых . . . . .	0,8	2,1	0,8	0,8	0,5	2,7	0,7	1,6	0,4	1,9	0,5	1,5
Кровавый поток . . . . .	0,3	0,7	1,9	2,6	0,8	1,9	1,5	3,4	0,8	2,4	1,0	3,1
Инфулэнца (грипп) . . . . .	0,8	2,0	0,9	1,9	0,9	2,2	1,3	2,9	0,8	2,4	1,0	3,0
Гингитроле . . . . .	1,0	2,6	1,2	2,7	1,4	3,2	1,6	3,6	1,2	3,8	1,3	3,9
Сифилис . . . . .	0,2	5,6	0,2	0,5	0,2	0,5	0,3	0,6	0,2	0,5	0,2	0,5
Рожливая горячка . . . . .	0,2	4,4	0,1	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,5	0,1	0,4
Прочия инфлюэнциальная болѣзни . . . . .	0,2	0,4	0,1	0,1	0,3	0,8	0,1	0,3	0,2	0,6	0,2	0,6

\*) Данные эти относятся къ городу Петербургу вмѣстѣ съ его пригородами.

этих болѣзней по своей смертности занимает крупозное воспаление легких. Въ „Статистическом. Ежегодникѣ С.-Петербурга“ за 1904 годъ читаемъ слѣдующее: „по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти“ на 100 всѣхъ умершихъ больше всего дѣтъ чихотка легкихъ (12,86%), затѣмъ крупозная пневмонія; по даннымъ же больницы, если не считать сифилиса, гонорреи и венерическихъ болѣзней, крупозная пневмонія по заболѣваемости занимаетъ 4-ое мѣсто (чихотка легкихъ, инфлуэнца, брышной тифы), а по смертности 3-е (бугорчатка легкихъ и бугорчатка другихъ организмовъ). Такимъ образомъ, мы убѣждаемся, что крупозная пневмонія по своей смертности занимаетъ одно изъ выдающихся мѣстъ, нанося чувствительный уронъ общественному здоровью, а посему, на нее нужно обратить такое же вниманіе, какое обращается на тифы и острия снны, и что возможно устранить челоукомъ для уменьшенія смертности отъ этой болѣзни, должно быть устранено.

Таблица № 2. Обратимъ теперь къ болыничнымъ даннымъ и посмотримъ, къ какимъ выводамъ приведетъ насъ анализъ этихъ данныхъ. Какъ видно изъ таблицы № 2, намъ удалось собрать обширный матеріалъ отъ 29-ти больницъ, которая въ общей совокупности дали 27933 больныхъ и 5725 умершихъ отъ крупознаго воспаления легкихъ.

Интересуясь насколько полно собранъ матеріалъ, мы обратились въ Столичное Врачебное Управленіе за справкой, сколько было всѣхъ стационарныхъ больныхъ съ крупозной пневмоніей и умершихъ отъ нее ежегодно за эти 10 лѣтъ во всѣхъ больницахъ и лечебныхъ заведеніяхъ С.-Петербурга. Благодаря любезному отношенію и содѣйствію секретаря Управленія Петра Алексѣевича Сонина, за что ему приношу свою искреннюю признательность, намъ удалось достать эти свидѣнія только за послѣднихъ 4 года: съ 1907 по 1910 годъ.

Сопоставимъ эти данныя съ нашими:

Въ 1907 году было:

По даннымъ . . . . .	заболѣвъ 4234 ч.
1) Столичнаго Управленія . . . . .	умерло 649 .
2) По нашимъ болыничнымъ . . . . .	заболѣло 3387 .
	умерло 668 .

Такимъ образомъ, число заболѣвшихъ съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, приведенное нами, составило 79,9% всѣхъ стационарныхъ пневмониковъ, лѣчившихся во всѣхъ лечебныхъ заведеніяхъ столицы.

Т А Б Л И

Распределение больных и умерших от крупозного воспаления легких в и больницам. (По

Г О Д А :	Б О Л Ь											
	Обуховская.		Александровская въ память 19 февр.		Петропавловская.		Св. Маріе Магда- лины.		Городская бара- чная въ память Воткина.		Рожовская барачная.	
	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.
1901 . . . . .	474	113	465	112	165	38	188	41	17	2	32	17
1902 . . . . .	625	170	556	120	189	31	176	38	20	5	33	3
1903 . . . . .	521	154	485	97	163	54	177	46	23	1	43	3
1904 . . . . .	861	224	678	117	271	57	264	36	17	1	46	6
1905 . . . . .	751	188	624	111	261	76	239	43	17	3	51	9
1906 . . . . .	637	152	597	101	281	74	244	48	28	4	73	11
1907 . . . . .	665	217	603	128	373	78	383	63	186	25	78	13
1908 . . . . .	790	233	805	143	354	85	322	65	14	16	73	7
1909 . . . . .	863	189	645	111	392	88	359	67	22	14	22	9
1910 . . . . .	727	233	720	121	462	96	386	63	100	20	66	17
Итого въ гор. и пригородахъ . . .	6914	1873	6178	1161	2911	677	2738	510	444	91	517	80
Городъ **) . . . .	6511	1790	5528	937	2740	595	2684	504	388	83	505	78
Итого въ при- городахъ . . . . .	403	83	650	224	171	82	54	6	56	8	12	2

\*) Городская Выборгская больница доставляет въ Статистическое Отдѣленіе свѣдѣнія  
\*\*) Поэть словами «городъ» и «пригороды» надо понимать жителей города и его приго-

Ц А № 2.

городъ С.-Петербургъ и его пригородахъ (безъ нижнихъ чиновъ) по годамъ  
больничными листками).

	Н И Ц Ы:																	
	Мариинская.		Св. Гроцкая Об- щ. Гродненск. при- лестный.		Община въ видѣ Худож. Общества.		Александровская.		Варшавская.		Дерзюнаго въ дѣлестей.		Община Св. Георг- ія.		*) Выборгская го- родская.		**) Выборгская дѣтская въ память Св. Коронаванія.	
	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.
228	52	25	3	7	—	—	—	—	24	2	27	6	15	3	—	—	—	—
302	68	22	3	4	3	1	—	—	38	4	24	6	45	6	—	—	—	—
252	44	13	2	2	—	—	1	20	9	19	4	22	7	—	—	—	—	
336	47	21	1	2	—	—	1	40	4	28	6	22	5	—	—	—	—	
198	40	27	4	5	1	—	1	19	1	33	6	26	2	—	—	43	11	
249	50	43	4	7	2	—	2	26	4	12	3	18	1	10	1	108	18	
300	37	33	1	6	1	—	—	29	2	31	1	10	—	281	28	126	15	
253	47	27	3	8	2	—	—	28	2	30	4	22	2	140	24	161	14	
241	40	41	5	8	2	—	1	22	5	19	12	39	4	90	26	237	25	
250	33	23	3	12	—	—	2	1	23	2	20	3	37	7	166	25	304	33
2609	458	275	29	61	11	4	6	269	35	243	51	256	37	687	104	979	116	
2517	443	273	29	61	11	4	6	268	34	232	51	242	32	658	103	935	111	
92	15	2	—	—	—	—	—	1	1	11	—	14	5	29	1	44	5	

съ 1906 г. въ Выборгская дѣтская въ память Св. Коронаванія съ 1905 г.  
розговъ.

Продолжение

ГОДА:	Б О Л Ь											
	Николевская дѣлка.		Елизаветинская дѣлка.		Клининская.		С.-Петербургского погоста.		Пугачевского заода.		Александровская жужская.	
	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.
1901 . . . . .	38	1	19	4	1	1	15	1	55	7	21	3
1902 . . . . .	47	5	27	—	1	1	12	2	77	3	22	4
1903 . . . . .	32	2	15	1	1	—	11	1	42	10	15	1
1904 . . . . .	59	—	24	2	—	—	3	—	75	14	21	8
1905 . . . . .	17	—	21	1	1	2	14	2	60	13	28	6
1906 . . . . .	26	—	43	4	6	—	9	4	44	3	36	8
1907 . . . . .	13	—	12	2	8	2	10	2	22	6	54	8
1908 . . . . .	22	1	10	1	4	4	11	2	41	8	45	5
1909 . . . . .	25	—	19	5	5	4	9	1	49	4	32	10
1910 . . . . .	40	7	22	6	3	3	17	1	28	7	48	10
Итого въ гор. и пригородахъ . . . . .	319	16	212	26	30	17	111	16	493	75	322	63
Городъ (***) . . . . .	299	15	185	23	29	17	109	16	23	23	318	61
Итого въ при- городахъ . . . . .	20	1	27	1	1	—	2	—	470	52	4	2

\*) Въ рубрику «Прочихъ больницъ» вошли: дѣтская Принца Петра Ольденбургскаго, свѣй военный госпиталь.

\*\*) Въ торонскую больницу вошли два отдѣленія: мужское находящееся на Выборгской

\*\*\*) Подъ словами «городъ» и «пригороды» надо понимать жителей города и пригородовъ.

таблицы № 2.

Н И Ц Ы:												В С Е Г О					
Община Св. Ев- гения.		Евлагиевская.		Лазареть горь- скихъ богатыхъ.		Елизаветинская община.		*) Прочія больницы.		Ихтиша Аухан- гана (пригородъ).			Успенская (при- городъ).		Торонная (**).		
В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.	В.	У.		В.	У.	В.	У.	
2	2	7	1	16	15	36	3	71	6	29	3	6	3	10	2	1993	426
4	1	5	6	5	12	39	5	56	3	28	3	21	4	13	—	2392	506
3	—	5	2	4	3	23	2	66	2	17	1	11	3	4	—	1989	450
2	2	19	1	5	10	27	6	12	1	29	3	18	—	11	2	2892	553
4	1	12	5	11	12	17	2	10	2	23	6	21	2	10	2	2543	552
2	4	10	2	5	11	13	3	12	1	31	9	25	4	12	—	2607	528
20	1	19	5	5	14	25	3	9	3	45	4	33	6	8	—	3387	665
10	1	6	1	1	1	7	4	11	1	44	5	13	1	9	2	3261	684
12	—	16	2	5	3	7	1	10	—	40	9	27	1	5	3	3261	641
7	1	10	4	2	4	9	1	12	2	62	9	43	4	7	4	3608	720
66	13	109	29	59	85	203	30	269	21	348	52	218	28	89	15	27993	5725
65	13	108	28	59	85	195	29	257	21	—	—	—	—	79	12	25272	5152
1	—	1	1	—	—	8	1	12	—	348	52	218	28	10	3	2661	573

Клиническій Институтъ В. К. Елены Павловны, Французская Св. Марія Магдалины и Клиниче-  
ская женская при «Литовской замкѣ».

Умерших по нашим сведениям оказывается больше, очевидно, потому, что мы еще брали материал из 3-х пригородных больниц:

Въ 1908 году:

	Заболѣло:	Умерло:
По данным Стол. Врач. Управл.	3927	641
По данным наших . . . . .	3261	684

83%

Въ 1909 году:

	Заболѣло:	Умерло:
По данным Стол. Врач. Управл.	3991	613
По данным наших . . . . .	3261	641

81,7%

Въ 1910 году:

	Заболѣло:	Умерло:
По данным Стол. Врач. Управл.	4279	687
По данным наших . . . . .	3608	720

84%

Оказывается, что собранный нами больничный материал в отношении заболѣваемости составляет 80—84% больниц пнеумониковъ, пользовавшихся стационарно во всѣхъ лечебныхъ заведенияхъ С.-Петербурга. Его можно смело считать достаточно полнымъ, но насколько онъ близокъ къ истинѣ, вотъ вопросъ. Чтобы имѣть некоторое представление объ этомъ, сопоставимъ число умершихъ по медиц. свѣд. о смерти (табл. № 1) съ числомъ умершихъ по больничнымъ свѣдѣніямъ (табл. № 2).

А. Умерло въ городъ съ пригородами:

По медиц. свѣд. о смерти . . . . .	15097 чел.
По нашимъ больничнымъ даннымъ . . . . .	5725 .

Свѣд., умершие отъ крупозной пневмоніи въ городѣ и въ всѣхъ пригородахъ въ больницахъ составляютъ только 37,9% всѣхъ умершихъ отъ этой болѣзни.

Б. Умерло отъ крупознаго воспаления легкихъ за 10 лѣтъ въ одномъ городѣ.

По медиц. свѣд. о смерти . . . . .	12703
По больничнымъ даннымъ . . . . .	5152

40,5%

С. Въ пригородахъ.

По медиц. свѣд. о смерти . . . . .	2394
По больничнымъ даннымъ . . . . .	573

23,9%

ТАБЛИЦА № 4.

Числа пользовавшихся отъ крупознаго воспаления легкихъ въ больницахъ и умершихъ отъ этой болѣзни въ больницахъ.

	Больныхъ.	Умершихъ.	% смерт-ности.
1901 . . . . .	1993	426	21,4
1902 . . . . .	2392	506	21,2
1903 . . . . .	1989	450	22,6
1904 . . . . .	2892	553	19,1
1905 . . . . .	2543	552	21,7
1906 . . . . .	2607	528	20,3
1907 . . . . .	3387	665	19,6
1908 . . . . .	3261	684	21,0
1909 . . . . .	3261	641	19,7
1910 . . . . .	3608	720	20,0
	27933	5725	20,5

	Въ томъ числѣ горо-дскихъ жителей:			Жителей пригородовъ.		
	Заб.	Ум.	% см.	Заб.	Ум.	% см.
1901 . . . . .	1799	375	20,8	194	51	26,3
1902 . . . . .	2131	462	21,7	261	44	16,9
1903 . . . . .	1802	405	22,5	187	45	24,0
1904 . . . . .	2647	498	18,8	245	55	22,4
1905 . . . . .	2307	504	21,8	236	48	20,3
1906 . . . . .	2390	474	19,8	217	54	24,9
1907 . . . . .	3078	605	19,7	309	60	19,4
1908 . . . . .	2969	612	20,6	292	72	24,6
1909 . . . . .	2922	581	19,9	339	60	17,7
1910 . . . . .	3227	636	19,7	381	84	22,0
	25272	5152	20,4	2661	573	21,5

Таким образом если взять городских жителей, умерших от крупозной пневмонии, то из них умерло в больницах только 40,5%<sup>10</sup>, а из пригородных жителей, умерших от этой болезни нашло себя смерть в больницах только 23,9%<sup>10</sup>. Не надо забывать, что по нашим свідѣніям умерших оказалось больше, чѣм по свѣдѣніям Столичнаго Врачебнаго Управления, такъ какъ нами черпался матеріалъ еще изъ 3-хъ пригородныхъ больницъ: (1 заводская, 2 земскія).

Ясно, что большинство больных съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ какъ въ городѣ, такъ въ особенности въ пригородахъ, не попадаетъ въ больницы, а остается дома. Такимъ образомъ больничныя данныя въ количественномъ отношеніи далеки отъ того, чтобы дать точную картину заболѣваемости и смертности, однако ихъ значеніе въ качественномъ отношеніи, такъ какъ онѣ помогаютъ выясненію многихъ вопросовъ санитаріи и статистики.

Въ рѣдкѣ изъ тѣхъ, кто мы получимъ путемъ сопоставленія данныхъ, приведенныхъ изъ «Сравнительной Статистики» проф. Янсона<sup>11)</sup> слѣдующее мѣсто: Westergaard называетъ больничную статистику обмѣнкою и неточною, хотя бы она обнимала всѣ больницы данной страны. Приговоръ этотъ несомнѣно суровъ, потому что правильная статистика обихъ больных, если не можно дать общей мѣры заболѣваемости, тѣмъ не менѣе она волею природы для сравненія, напр., характера заболѣваній, господствующихъ въ данное время и въ данной странѣ, рода заболѣваній въ зависимости отъ занятій и для рѣшенія очень многихъ другихъ вопросовъ... Въ этой проф. Янсонъ не признаетъ особеннаго значенія больничной статистики не только для выдѣловъ какихъ либо законовъ заболѣваемости но и вродѣ для опредѣленія того, какой вѣдѣсти она содѣлаетъ въ общественной жизни. «Такъ какъ», говоритъ также онъ, и больничная статистика не даетъ еще картины всей заболѣваемости, то мы одно западноевропейское государство и не пытаемся вести статистически всѣхъ заболѣвающихъ, въ виду явной невозможности имѣть статистику сколько нибудь полную».

Рассматривая таблицу № 2 мы замѣчаемъ сходство ея съ № 1 въ томъ отношеніи, что и здѣсь minimum смертности приходится на 1901 годъ, а maximum на 1910 годъ; соответственно смертности на тѣ же годы надаютъ minimum и maximum заболѣваемости. Согласно таблицѣ № 1, мы и въ этой таблицѣ замѣчаемъ усиленіе заболѣваемости и смертности за послѣднихъ 4 года. Но вотъ, что очень важное мы усматриваемъ изъ этихъ данныхъ: между числами заболѣвшихъ и умершихъ замѣчаемъ полный параллелизмъ, слѣдовательно, наши данныя вполнѣ подтверждаютъ выводы Кольскаго и Гельница, что съ увеличеніемъ заболѣваемости крупозной пневмоніей увеличивается и смертность

отъ нея, его правъ А. А. Липскій, когда говоритъ, что одніи цифровыя данныя о смертности отъ крупозной пневмонии могутъ смѣло и вполнѣ основательно служить критеріемъ распространенія этой болѣзни въ данное время и въ данный мѣстности. Однако, при наличности параллелизма между заболѣваемостью и смертностью отъ крупозной пневмоніи, бросается въ глаза, что между ними строгой пропорциональности нѣтъ; такъ стоитъ сравнить между собою годы 1905 и 1906 г.г. или 1908 и 1909 г.г. Очевидно на исходъ болѣзни не малое значеніе имѣютъ еще характеръ инфекціи, наличность осложненій и пр.

Согласно больничнымъ даннымъ заболѣваемость и смертность отъ крупознаго воспаленія легкихъ въ городѣ значительно выше, чѣмъ въ пригородахъ<sup>12)</sup>, если же судить по медицинскимъ свѣдѣтельствамъ о смерти (таблица № 1), что гораздо ближе походить къ истинѣ, смертность отъ этой болѣзни въ пригородахъ, наоборотъ, выше, чѣмъ въ городѣ. Это снова подтверждаетъ, что больничныя данныя по отношенію крупозной пневмоніи, какъ бы парадоксальны, не были составлены, очень далеки отъ истины. Такая парадоксальность на первый взглядъ объясняется очень просто тѣмъ, что для городского обывателя Петербурга больницы расположены ближе, подъ бокомъ, и ему легче туда помѣститься, чѣмъ пригородному жителю.

Таблица № 4. Средней годовою % умершихъ отъ крупознаго воспаленія легкихъ въ больницахъ составятъ для города съ пригородами 20,5%<sup>13)</sup> для одного города 20,4%<sup>13)</sup> для пригородовъ 21,5%<sup>13)</sup>. Докторъ Ивановъ<sup>14)</sup> приводитъ данныя различныхъ авторовъ относительно % умершихъ отъ крупознаго воспаленія легкихъ. Оказывается, что по русскимъ авторамъ (Бари, Липскій, Вѣржскій, Кольскій) и по свѣдѣніямъ Медицинскаго Департамента этотъ % колеблется между 12,65 и 24,4 а по иностраннымъ авторамъ (Fücke, Huxse, Keller, Stortz, Wepfer и др.) между 10,11 и 30,5. У самого Иванова (матеріалъ Георгіевскаго общества) получилось 18,9% а у Солова и цѣна<sup>15)</sup> 22,5%<sup>15)</sup>. По Ежегоднику С. Петербурга за 1904 годъ оказалось: что этотъ процентъ равняется въ больницахъ:

	въ среднемъ за 5 лѣтъ (1900—1904 г.г.)
Обуховской . . . . .	22% <sup>16)</sup> Петропавловской . . . 17,8
Александровской . . . . .	17,4
	Св. Маріи Магдалины 18% <sup>16)</sup>

<sup>10)</sup> См. табл. 7 и 8

<sup>11)</sup> Подъ словомъ городъ и пригородъ надо понимать жителей города и пригородовъ, поступившихъ въ больницы съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ.

а въ 1891 году: въ Обуховской 21,4, въ Александровской въ память 19 февраля 14,8, въ Петропавловской 21,0, въ больницъ Св. Маріи Магдалины 22,7, а въ Барачной въ память С. П. Боткина 13,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Такимъ образомъ <sup>0</sup>/<sub>0</sub> умершихъ пневмониковъ колеблется въ довольно широкій предѣлъ, въ зависимости, должно, быть, отъ многихъ условий: отъ возраста, состоянія организма до болѣзни и пр.

Наши данныя между этими предѣльными величинами занимаютъ среднее мѣсто и ближе всего къ даннымъ Обуховской больницы.

Таблица № 5. Эта табличка составлена по даннымъ больницъ и Статистическихъ Ежегодниковъ С.-Петербурга.

Въ среднемъ за 10 лѣтъ болѣе съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, пользовавшихся въ больницахъ, составили 2,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> общей суммѣ всѣхъ болѣзней, а умерше въ больницахъ отъ него 4,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ умершихъ въ лечебныхъ заведеніяхъ \*). По голдиз <sup>0</sup>/<sub>0</sub> болѣзней съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ колебался между 3,0—2,1, а умершихъ въ больницахъ между 5,0—3,7. Когапуи—Раскина <sup>20</sup>) и Penzoldt <sup>21</sup>) пишутъ, что волокинное воспаление легкихъ составляетъ 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ заболѣваній и 7,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ смертныхъ случаевъ. А. А. Липскій въ 1887 году <sup>22</sup>) находилъ, что къ числу всѣхъ болѣзней такое съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ составили 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Далѣе, тотъ же авторъ <sup>23</sup>) въ 1901 году на основаніи данныхъ петербургскихъ городскихъ больницъ пишетъ, что на 100 выздоровѣвшихъ, съ крупозной пневмоніей было 4,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

на 100 умершихъ, съ крупозной пневмоніей было . 7,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
на 100 болѣзней вообще, было съ круп. пневм. . 5,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

У доктора Иванова <sup>11</sup>) получился высшій <sup>0</sup>/<sub>0</sub>—8,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, какой, какъ признаетъ и самъ авторъ, не наблюдался у другихъ. Онъ объясняетъ это тѣмъ, что въ больницу Георгіевской общины преимущественно принимались горячечные больные. Итакъ, мы видимъ, что наши цифровыя данныя въ этомъ отношеніи не расходятся съ таковыми у другихъ наблюдателей. Затѣмъ мы снова убѣждаемся, что почти во всѣ годы между заболеваемостью крупознымъ воспаленіемъ легкихъ и смертностью отъ него существуютъ параллелизмъ.

\* ) Нижніе чины не приняты въ расчетъ.

ТАБЛИЦА № 5.

Отношеніе болѣзней и умершихъ отъ крупознаго воспаленія легкихъ ко всѣмъ болѣзнямъ и умершимъ отъ всѣхъ болѣзней въ больницахъ.  
(Экстенсивность).

ГОДА:	Больныхъ все ими болѣзней	Больныхъ круп. пневм. болѣз.	<sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Умерше отъ всѣхъ болѣз.	Умерше отъ круп. воспал.	<sup>0</sup> / <sub>0</sub>
1901 . . . . .	84584	1993	2,4	11318	426	3,7
1902 . . . . .	82237	2392	2,9	10433	506	4,8
1903 . . . . .	89116	1989	2,2	10801	450	4,2
1904 . . . . .	95168	2892	3,0	11589	553	4,8
1905 . . . . .	102966	2543	2,5	12480	552	4,4
1906 . . . . .	120627	2607	2,1	13509	528	3,9
1907 . . . . .	118942	3387	2,8	13348	665	5,0
1908 . . . . .	135872	3261	2,4	18654	684	3,7
1909 . . . . .	133830	3261	2,4	16515	641	3,9
1910 . . . . .	145337	3608	2,5	16395	720	4,4
Итого . . . . .	1108679	27933	2,5	135042	5725	4,2

Итак, те выводы, к которым мы пришли на основании данных, приведенных в этой главе.

1) Смертность от крупозной пневмонии в самом Петербурге постепенно, čímь дальше, продолжается идти на убыль, и это постепенное понижение не нарушается, несмотря даже на незначительное увеличение смертности от нее в городе за 4 последние года разбираемого десятилетия; в пригородах же она, по сравнению с прежними годами, не только не уменьшилась, а напротив возросла, čímь больше, причем, судя по тому скачку вверх, который дѣлает кривая смертности в 1910 году, надо полагать, что эта болѣзнь въ пригородахъ въ тотъ годъ приняла характеръ эпидемии.

2) Общая смертность какъ въ городѣ, такъ и въ пригородахъ въ разбираемое десятилетіе стала больше, čímь въ предшествовавшій періодъ, причемъ въ пригородахъ она возрасла быстре и въ большей степени, достигнувъ относительно съ населеніемъ громадной величины.

3) Крупозное воспаление легкихъ въ С.-Петербургѣ среди инфекционныхъ болѣзней по своей смертности занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ и, какъ таковое, требуетъ къ себѣ такое же отношеніе, какое проявляется къ тифамъ, острымъ сыпнямъ и пр.

4) Годы минимумовъ и максимумовъ заболѣваемости и смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ совпадаютъ.

5) Въ годы, когда учащается заболѣваемость, усиливается и смертность отъ крупозной пневмонии, т. е. между заболѣваемостью и смертностью въ общемъ существуетъ параллелизмъ, такъ что одиѣ данныя по смертности могутъ смѣло служить критеріемъ распространенія этой болѣзни.

6) Однако при наличности параллелизма между заболѣваемостью и смертностью отъ крупознаго воспаления легкихъ, строгой пропорциональности между ними не замѣчается, причину чего нужно полагать въ томъ, что на величину смертности, кромѣ числа заболѣвшихъ, влияют еще характеръ болѣзни, осложненія, возрастъ больного, природная стойкость организма и пр.

7) Огромное большинство больныхъ съ крупозной пневмоніей какъ въ городѣ, такъ въ особенности въ пригородахъ остается и умираетъ дома; оказалось, что среди городскихъ жителей, умершихъ отъ этой болѣзни, нашли смерть себѣ въ больницахъ меньше половины, а изъ пригородныхъ только чуть больше  $\frac{1}{3}$  части.

8) На составъ больныхъ съ крупозной пневмоніей въ больницахъ по мѣстожителству огромное влияние оказываетъ самое

расположеніе больницъ, ихъ близость къ тѣмъ или другимъ районамъ.

9) % умирающихъ пневмониковъ колеблется временами въ довольно широкихъ предѣлахъ, что, вѣроятно, зависитъ какъ отъ характера болѣзни, такъ и отъ личныхъ индивидуальныхъ свойствъ заболѣвшихъ субъектовъ; у насъ % получился средний, близкій къ % Обуховской больницы: для города 20,4%, пригородовъ — 21,5%, для города + пригородовъ = 20,5%.

10) Средній % заболѣвшихъ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ въ больницахъ по отношенію къ прочимъ больнымъ составилъ 2,5, а максимальный 3,0; средній % умершихъ отъ нея въ больницахъ ко всемъ умершимъ тамъ же 4,2, а максимальный 5,0.



## ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

## Смертность отъ крупознаго воспаления легких по возрасту и полу.

Таблица № 6. Судя по среднимъ на 10 тысячъ, мы находимъ, что наибольшая смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ для каждаго пола въ отдаленности падаетъ на одну и ту же возрастную группу; „81 и выше“, причемъ это наблюдается какъ въ самомъ городѣ, такъ и въ пригородахъ. Антиподомъ этой группы будетъ послѣдняя возрастная группа дѣтскаго періода: „11—15 лѣтъ“, такъ называемый отроческой возрастъ; на эту послѣднюю группу приходится наименьшія величины въ городѣ для мужчинъ и для женщинъ, а въ пригородахъ только для мужчинъ; для женщинъ въ пригородахъ, правда, minimum смертности приходится не на эту группу, а черезъ три возрастныхъ группы позже, т. е. на группу 26—30 л., однако, если рассмотреть ближе, то оказывается, что въ этой группѣ, а также въ послѣдующихъ двухъ, предшествующихъ minimum'у, данныя смертности почти одинаковы между собою, очень малы сами по себѣ и оставляютъ 2 minimum.

Сравнивая данныя интенсивности смертности того и другого пола по возрастнымъ группамъ въ городѣ, мы находимъ во всѣхъ нихъ, за исключеніемъ группы 21—25 л., параллелизмъ въ томъ смыслѣ, что, съ увеличеніемъ смертности мужчинъ въ какомъ нибудь возрастѣ увеличивается и смертность женщинъ въ томъ же возрастѣ, и наоборотъ; въ группѣ же 21—25 л. смертность мужчинъ нѣсколько падаетъ по сравнению съ предшествующею группою, а у женщинъ она, напротивъ поднимается, причемъ на ту же величину (0,6%<sup>100</sup>), на какую опускается мужская.

Такой же параллелизмъ между этими данными въ общемъ замѣчается и для пригородовъ, только здѣсь онъ не такъ ясно выраженъ и также, какъ въ городѣ, онъ не выдержанъ до конца, подвергаясь нарушенію въ группахъ „16—20 л.“ и „36—60 л.“. Въ городѣ во всѣхъ возрастныхъ группахъ смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ для мужчинъ выше, чѣмъ для жен-

щинъ, а въ пригородахъ во всѣхъ, кромѣ послѣдней дѣтской группы „11—15 л.“ и 3 послѣднихъ старческихъ группъ, гдѣ, наоборотъ, средняя на 10 тысячъ для женщинъ выше, чѣмъ для мужчинъ; кромѣ того, въ пригородахъ для каждаго пола и во всѣхъ возрастахъ онъ выше, чѣмъ въ городѣ, за исключеніемъ группы „26—30 л.“, гдѣ наблюдается обратное явленіе. Вотъ данныя, которыя бросаются въ глаза при первомъ общемъ обзорѣ.

Въ связи съ возрастомъ измѣненія хода кривой смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ для каждаго пола въ отдаленности (послѣдовательный разборъ данныхъ интенсивности или среднихъ на 10 тысячъ).

**Для городскихъ жителей.** Кривая сразу начинается довольно высоко, ибо уже первые 6 мѣсяцевъ даютъ высокую смертность какъ для мальчиковъ (29,3%<sup>1000</sup>), такъ и для дѣвочекъ (22,7%<sup>1000</sup>); въ слѣдующей возрастной группѣ, выражающей вторую половину перваго года жизни, интенсивность смертности и для тѣхъ, и для другихъ увеличивается почти вдвое; въ 3 возрастной группѣ, обнимающей періодъ времени отъ 1—5 лѣтъ, кривая очень круто спускается внизъ, такъ какъ наблюдается рѣзкое уменьшеніе смертности для мальчиковъ въ 4 раза, для дѣвочекъ въ 3,5 раза, въ 4-й группѣ, отъ 6 до 10 лѣтъ, кривая продолжаетъ идти стремительно внизъ, показывая уменьшеніе смертности въ этомъ возрастѣ для каждаго пола на два раза въ сравненіи съ предшествующею группою, и, наконецъ, въ послѣдней возрастной группѣ дѣтскаго періода жизни смертность снова падаетъ почти въ 4—5 разъ, въ сравненіи съ предыдущею группою, достигая своего minimum'a какъ для мужского, такъ и для женскаго пола. Съ окончаніемъ дѣтскаго періода, смертность въ городѣ для того и другого пола представляется въ слѣдующемъ видѣ.

**Мужской полъ.** Въ группѣ 16—20 л. интенсивность смертности поднимается вдвое по сравнению съ группою 11—15 лѣтъ, но вслѣдъ за этимъ, въ группѣ 21—25 л. она нѣсколько уменьшается; съ этимъ періодомъ колебания кривой кончается и она получаетъ удивительно правильную ходъ, все время до самаго конца круто поднимаясь въ гору, такъ какъ безъ всякихъ изломеновъ, въ сторону смертность съ возрастомъ непрерывно растетъ, при чемъ быстро въ геометрической прогрессии, и особенно рѣзкие скачки вверхъ наблюдаются въ послѣднихъ трехъ возрастныхъ группахъ: „71—75 л.“, „76—80 л.“ и 81 и выше“.

**Женский полъ.** Съ самаго начала, т. е. съ группы „16—20 л.“

Т А Б Л И

Умершие от крупозного воспаления легких по годам, по

	До 6 мѣс.			7—12 мѣс.			1—5 лѣт.		
	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.
1901 г. . . . .	25	17	42	36	17	53	46	62	108
1902 . . . . .	31	29	60	42	33	75	58	57	115
1903 . . . . .	28	19	47	44	39	83	77	95	172
1904 . . . . .	25	22	47	43	47	90	90	86	176
1905 . . . . .	23	20	43	40	38	78	89	67	156
1906 . . . . .	25	17	42	33	20	53	62	54	116
1907 . . . . .	31	23	54	43	29	72	69	67	136
1908 . . . . .	32	23	55	39	28	67	74	67	141
1909 . . . . .	23	20	43	45	36	81	74	63	137
1910 . . . . .	50	29	79	54	50	104	91	84	175
<b>ИТОГО . . . . .</b>	<b>293</b>	<b>219</b>	<b>512</b>	<b>419</b>	<b>337</b>	<b>756</b>	<b>730</b>	<b>702</b>	<b>1432</b>
Средний расчетъ смертности на 10000 жит. по переписи 1900 г. . . . .	31,1	23,5	27,3	52,2	42,5	47,4	13,5	12,6	13,0
На 100 всѣхъ умершихъ отъ крупозного воспаления легкихъ . . . . .	0,61	0,56	0,59	1,78	1,64	1,71	1,90	1,95	1,93
Умершихъ отъ крупозн. воспал. легкихъ за 10 лѣтъ город. жит. . . . .	227	175	402	334	262	596	545	542	1037
Средний расчетъ смертности на 10000 гор. жителей въ годъ . . . . .	29,3	22,7	26,0	51,7	41,0	46,4	12,4	12,0	12,2
На 100 всѣхъ умерш. гор. жит. умершихъ отъ круп. восп. легк. . . . .	0,58	0,55	0,57	1,77	1,59	1,69	1,82	1,93	1,87
Умершихъ отъ крупозн. восп. легк. за 10 л. жителей пригородовъ . . . . .	66	44	110	85	75	160	185	160	345
Средний расчетъ смертности на 10000 жит. въ годъ . . . . .	33,1	27,0	33,1	54,5	48,9	51,7	18,2	15,4	16,7
На 100 всѣхъ умерш. умершихъ отъ круп. воспал. легкихъ . . . . .	0,75	0,61	0,69	1,81	1,83	1,82	2,22	2,04	2,13

Ц А № 6.

расту и полу (по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти).

6—10 лѣтъ.			11—15 лѣтъ.			16—20 лѣтъ.			21—25 лѣтъ.		
М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.
21	29	50	13	10	23	26	9	35	22	19	41
25	22	47	8	9	17	34	14	48	32	22	54
27	22	49	10	10	20	32	12	44	31	21	52
17	20	37	9	8	17	36	17	53	32	18	50
25	33	58	4	8	12	20	8	28	30	11	41
50	36	86	15	6	21	32	14	46	29	16	44
33	43	76	9	5	14	39	9	48	30	26	56
39	35	74	3	7	10	37	26	63	37	18	55
43	34	77	11	14	25	34	19	53	31	28	59
46	31	77	14	9	23	35	9	44	32	26	58
<b>326</b>	<b>305</b>	<b>631</b>	<b>96</b>	<b>86</b>	<b>182</b>	<b>325</b>	<b>137</b>	<b>462</b>	<b>305</b>	<b>205</b>	<b>510</b>
7,6	6,9	7,2	1,5	1,9	1,6	3,0	2,1	2,7	2,4	2,6	2,5
6,25	5,79	6,02	2,93	3,60	3,21	3,94	3,25	3,70	3,32	3,38	3,34
239	220	459	79	71	150	275	118	393	256	182	438
6,7	6,0	6,3	1,4	1,7	1,5	2,9	2,0	2,6	2,3	2,6	2,4
5,83	5,37	5,59	2,79	3,55	3,11	3,84	3,19	3,62	3,22	3,45	3,31
87	85	172	17	15	32	50	19	69	49	23	72
12,5	11,3	11,8	2,4	2,7	2,5	3,7	2,6	3,4	3,8	2,6	3,3
7,84	7,31	7,57	3,81	3,84	3,82	4,55	3,63	4,25	3,97	2,88	3,54

Продолжение

	26—30 лѣтъ.			31—35 лѣтъ.			36—40 лѣтъ.		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
1901 г. . . . .	33	10	43	39	13	52	47	27	74
1902 " . . . . .	29	16	45	40	18	58	52	28	80
1903 " . . . . .	32	22	54	38	22	60	57	28	85
1904 " . . . . .	35	29	64	39	20	59	69	39	108
1905 " . . . . .	26	20	46	51	21	72	59	25	84
1906 " . . . . .	38	15	54	28	22	50	64	29	93
1907 " . . . . .	46	33	79	65	28	93	69	42	111
1908 " . . . . .	49	31	80	61	30	91	81	30	111
1909 " . . . . .	47	34	81	73	29	102	80	33	113
1910 " . . . . .	51	26	77	65	38	103	69	43	112
<b>ИТОГО . . . . .</b>	<b>386</b>	<b>237</b>	<b>623</b>	<b>499</b>	<b>241</b>	<b>740</b>	<b>647</b>	<b>324</b>	<b>971</b>
Средний расчетъ смертности на 10000 жит. по переписи 1900 г. . . . .	3,5	3,1	3,3	6,8	4,5	5,8	10,0	5,7	8,0
На 100 всѣхъ умершихъ ум. отъ крупозн. восп. легкихъ . . . . .	3,54	3,79	3,63	4,49	4,26	4,41	5,18	5,39	5,25
Умершихъ отъ крупозн. восп. легкихъ за 10 лѣтъ городск. жителей . . . . .	333	219	552	412	202	614	538	272	810
Средний расчетъ смертности на 10000 гор. жителей въ годъ . . . . .	3,6	3,3	3,5	6,6	4,2	5,6	9,8	5,5	7,8
На 100 всѣхъ умерш. гор. жит. умершихъ отъ круп. восп. легк. Умершихъ отъ крупозн. восп. легк. за 10 лѣтъ жителей пригородовъ . . . . .	3,56	4,08	3,75	4,34	4,20	4,29	5,09	5,36	5,19
Средний расчетъ смертности на 10000 жит. въ годъ . . . . .	5,3	1,8	7,1	8,7	3,9	12,6	10,9	5,2	16,1
На 100 всѣхъ умерш. умершихъ отъ круп. воспаления легкихъ . . . . .	3,42	2,03	2,91	5,38	4,62	5,12	5,61	5,51	5,58

таблицы № 6.

41—45 лѣтъ.			46—50 лѣтъ.			51—55 лѣтъ.			56—60 лѣтъ.		
М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
41	31	72	55	36	91	34	34	68	33	45	78
60	29	89	63	37	100	59	38	97	48	50	98
65	25	90	66	23	89	40	32	72	55	40	95
69	26	95	66	36	102	46	45	91	60	55	115
77	30	107	76	34	110	55	37	92	59	46	105
74	24	98	69	35	104	52	37	89	63	51	114
89	40	129	71	44	115	71	45	116	67	55	122
72	37	109	80	49	129	96	49	145	75	44	119
65	36	101	72	43	115	56	45	101	46	51	97
94	30	124	91	54	145	92	40	132	61	57	118
<b>706</b>	<b>308</b>	<b>1014</b>	<b>709</b>	<b>391</b>	<b>1100</b>	<b>601</b>	<b>402</b>	<b>1003</b>	<b>567</b>	<b>494</b>	<b>1061</b>
16,3	8,4	12,7	21,8	11,7	16,7	31,5	17,9	24,1	38,9	23,1	29,5
5,69	5,41	5,60	5,99	6,80	6,25	6,06	6,98	6,40	6,80	8,06	7,34
605	264	869	574	341	915	492	336	828	482	434	916
16,4	8,1	12,5	20,7	11,5	16,0	29,6	16,7	22,5	38,1	22,6	28,8
5,75	5,40	5,64	5,75	6,97	6,15	5,85	6,78	6,19	6,81	8,19	7,35
101	44	145	135	50	185	109	66	175	85	60	145
16,1	10,7	14,0	28,6	13,1	21,6	43,3	28,6	36,3	44,5	26,9	35,0
5,33	5,49	5,38	7,25	5,83	6,80	7,22	8,20	7,56	6,76	7,26	6,96

Продолжение

	61—65 лѣтъ.			66—70 лѣтъ.			71—75 лѣтъ		
	М	Ж.	Об.п.	М	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.
1901 г. . . . .	42	48	90	38	60	98	17	59	76
1902 " . . . . .	44	54	98	24	69	93	25	41	66
1903 " . . . . .	38	49	87	27	58	85	29	57	86
1904 " . . . . .	46	59	105	40	64	104	25	50	75
1905 " . . . . .	34	63	97	31	60	91	27	58	85
1906 " . . . . .	32	59	91	28	48	76	21	55	76
1907 " . . . . .	39	70	109	48	82	130	23	86	109
1908 " . . . . .	47	65	112	45	68	113	26	73	99
1909 " . . . . .	39	65	104	37	59	96	29	65	94
1910 " . . . . .	61	85	146	43	73	116	27	80	107
<b>ИТОГО . . . . .</b>	<b>422</b>	<b>617</b>	<b>1039</b>	<b>361</b>	<b>641</b>	<b>1002</b>	<b>249</b>	<b>624</b>	<b>873</b>
Средний расчетъ смертности на 10000 жит. по переписи 1900 г. . . . .	52,7	43,1	46,5	68,2	52,5	57,2	98,6	94,0	95,3
На 100 всѣхъ умерш. умершихъ отъ крупн. воспаления легкихъ . . . . .	6,49	8,95	7,76	6,83	8,81	7,98	6,74	6,58	7,96
Умершихъ отъ крупноз. восп. легк. за 10 лѣтъ городскихъ жителей . . . . .	369	552	921	312	576	888	217	562	779
Средний расчетъ смертности на 10000 гор. жителей въ годъ . . . . .	52,4	42,5	46,0	67,8	52,2	56,7	102,3	91,5	94,3
На 100 всѣхъ умерш. гор. жит. умершихъ отъ круп. восп. легк. Умершихъ отъ крупноз. восп. легк. за 10 лѣтъ жителей пригородовъ. Средний расчетъ смертности на 10000 жит. въ годъ . . . . .	6,58	9,15	7,91	6,86	8,95	8,09	6,72	8,65	8,01
Умершихъ отъ круп. воспаления легкихъ . . . . .	5,91	7,56	6,72	6,67	7,73	7,23	6,93	7,99	7,59

таблицы № 6.

	76—80 лѣтъ.			81 и выше			Несомнѣнн.			В С Е Г О .		
	М.	Ж.	Об.п.	М	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.
12	36	48	9	31	40	1	—	1	590	593	1183	
22	44	66	6	31	37	1	—	1	703	641	1344	
19	39	58	10	27	37	—	—	—	725	640	1365	
12	39	51	6	19	25	—	4	4	765	703	1468	
14	37	51	8	25	33	3	3	6	751	644	1395	
8	44	52	13	34	47	2	—	2	737	617	1354	
24	52	76	23	54	77	3	2	5	892	835	1727	
23	68	91	18	44	62	4	2	6	938	794	1732	
26	65	91	9	45	54	9	2	11	849	786	1635	
29	52	81	4	62	66	1	6	7	1010	884	1894	
<b>ИТОГО . . . . .</b>	<b>189</b>	<b>476</b>	<b>665</b>	<b>106</b>	<b>372</b>	<b>478</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>43</b>	<b>7960</b>	<b>7137</b>	<b>15097</b>
Средний расчетъ смертности на 10000 жит. по переписи 1900 г. . . . .	155,0	121,0	129,0	195,2	180,2	183,4	19,3	18,3	18,9	10,1	11,0	10,5
На 100 всѣхъ умерш. умершихъ отъ крупн. воспаления легкихъ . . . . .	7,83	8,18	8,06	6,40	6,47	6,45	1,61	3,97	2,18	3,40	3,79	3,87
Умершихъ отъ крупноз. восп. легк. за 10 лѣтъ городскихъ жителей . . . . .	171	436	607	96	342	438	24	17	41	6580	6123	12703
Средний расчетъ смертности на 10000 гор. жителей въ годъ . . . . .	162,9	120,1	129,7	209,1	179,9	185,6	23,1	18,8	21,1	9,7	10,8	10,2
На 100 всѣхъ умерш. гор. жит. умершихъ отъ круп. восп. легк. Умершихъ отъ крупноз. восп. легк. за 10 лѣтъ жителей пригородовъ. Средний расчетъ смертности на 10000 жит. въ годъ . . . . .	8,23	8,30	8,28	6,67	6,57	6,58	1,75	4,12	2,30	3,40	3,91	3,62
Умершихъ отъ круп. воспаления легкихъ . . . . .	18	40	58	10	30	40	—	2	2	1380	1014	2394
Умершихъ отъ круп. воспаления легкихъ . . . . .	106,5	131,1	122,4	119,0	184,0	161,9	—	15,3	6,0	12,6	12,4	12,5
Умершихъ отъ круп. воспаления легкихъ . . . . .	5,36	7,09	6,44	4,59	5,68	5,36	—	3,03	1,09	3,44	3,20	3,33

Приложение к таблицам 6, 7 и 8.  
Численный состав населения по возрасту и полу согласно переписи 1900 г.

Возрастная группа:	ГОРОДЪ:		П Р И Г О Р О Д Ы:		ГОРОДЪ ВМЕСТЬ СЪ ПРИГОРОДАМИ:	
	Мужч.	Женщ.	Мужч.	Женщ.	Мужч.	Женщ.
	Об. пола.	Об. пола.	Об. пола.	Об. пола.	Об. пола.	Об. пола.
До 6 мѣс.	7740	7701	15441	1626	3319	9327
7-12 мѣс.	6459	6397	12856	1534	3095	7921
1-5 л.	4370	4288	8658	10419	23010	5407
6-9 л.	3788	3700	7488	8653	20110	4700
10-15 л.	27878	27071	54949	5653	12713	41364
16-20 л.	9958	9853	19811	7177	20515	10726
21-25 л.	13303	13338	26641	8743	20515	66732
26-30 л.	13329	13329	26658	8743	20515	66732
31-35 л.	13329	13329	26658	8743	20515	66732
36-40 л.	9247	9247	18494	6400	17534	4407
41-45 л.	54720	49881	104601	4050	10998	36652
46-50 л.	21786	20725	42511	3826	10108	31486
51-55 л.	16890	20173	37063	2519	2307	22480
56-60 л.	12942	17942	25884	1537	1197	14900
61-65 л.	7962	12971	20933	959	800	14328
66-70 л.	4044	11044	15088	1168	1856	5292
71-75 л.	2121	6140	8261	495	900	2526
76-80 л.	459	1901	2360	84	247	543
81 и вѣ.	1038	906	1944	203	334	1037
В С Е Г О . . . . .	68044	56778	124822	81931	191491	78074
						649929
						1430613

и вплоть до самого конца кривая все время непрерывно поднимается въ гору, показывая непрерывный ростъ смертности вмѣстѣ съ возрастомъ; до возрастной группы „61—65 л.“ смертность хотя и проявляетъ наклонность быстро прогрессировать, но не такъ ужъ резко, какъ это проявляется у мужчинъ, но начиная съ этого возраста, кривая и здѣсь начинаетъ очень круто вздыматься вверхъ, картинно демонстрируя непоимый ростъ смертности вмѣстѣ съ лѣтами въ преклонномъ возрастѣ.

**Для жителей пригородовъ.** Въ возрастныхъ группахъ дѣтскаго периода жизни (0—15 л.) для каждаго пола въ отдельности мы видимъ тѣ же отношенія, что и въ городѣ: до года получаются цифры довольно крупныя, особенно во второй половинѣ перваго года отъ рожденія, затѣмъ, въ послѣдующія три возрастныхъ группы этого периода смертность непрерывно и быстро идетъ на убыль, являясь въ возрастѣ 11—15 лѣтъ для мужскаго пола самой низкой, а для женскаго вмѣстѣ съ двумя послѣдующими группами двѣя второй minimum. Далѣе обнаруживаются слѣдующія отношенія.

**Мужской полъ.** После minimumа, въ группѣ 16—20 лѣтъ интенсивность смертности поднимается до 3,7‰, затѣмъ въ группѣ „21—25 л.“ она почти не накинется, оставаясь на той же высотѣ, и только въ слѣдующей группѣ „26—30 л.“ смертность нѣсколько уменьшается, а затѣмъ уже кривая безъ всякихъ колебаній непрерывно до конца поднимается вверхъ; усиленіе смертности идетъ быстро, давая въ ходѣ кривой довольно крутые подъемы; эти подъемы дѣлаются болѣе пологими въ возрастныхъ группахъ, обнимающихъ періодъ жизни отъ „50 до 60 лѣтъ“, а затѣмъ, въ старческихъ годахъ смертность отъ крупной пневмоніи начинаетъ снова прогрессировать быстро.

**Женский полъ.** Въ 3 рядахъ стоящихъ группахъ: „11—15 л.“, „16—20 л.“ и „21—25 л.“, имѣются величины почти равныя между собою, очень малыя сами по себѣ, составляя для женщинъ 2-й minimum; этотъ 2-й minimum въ слѣдующей группѣ 26—30 лѣтъ непосредственно уже переходитъ въ главный minimum; вслѣдъ за этимъ, увеличившись болѣе чѣмъ въ 3 раза, смертность въ слѣдующихъ трехъ возрастныхъ группахъ т. е. въ возрастѣ отъ 36 до 50 лѣтъ, растетъ болѣе или менее равномерно и постепенно; отсюда, кривая смертности, обнаруживъ послѣ скачка вверхъ, наклонность къ небольшому колебанію внизъ, начинаетъ снова дѣлать крутые подъемы вверхъ, а въ послѣднихъ трехъ возрастныхъ группахъ она буквально вскакиваетъ вверхъ; въ этихъ группахъ смертность, повидимому, усиливается страшно, непо-

нёрно, давая величину, значительно превосходящую таковую мужской смертности соответствующих возрастов.

Данные смертности для города вместе с пригородами представляют полную аналогию с таковыми для одного города; такъ какъ и данные эти между собой вполне тождественны, къ тому же цифры для города с пригородами не самостоятельны, а составлены изъ совокупности ихъ для города и пригородовъ, то имъ въ дальнейшемъ находимъ лишнимъ говорить отдѣльно о данныхъ для города вместе съ пригородами.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ городѣ движение кривой смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ для обоихъ половъ представляетъ замѣчательную правильность и периодичность: обѣ кривыя совершенно тождественны въ дѣтскихъ возрастныхъ группахъ, представляя полную аналогию, затѣмъ, женская смертность все время непрерывно растетъ вместе съ возрастомъ до самаго конца, а мужская, на пути къ достиженію своего максимума, даетъ лишь одно небольшое колебаніе внизъ въ группѣ „21—25 лѣтъ“. Что же касается пригородовъ, то здѣсь въ ходъ кривыхъ мы не наблюдаемъ уже такой правильности, особенно въ кривой женской смертности; правда и здѣсь взаимоотношенія данныхъ смертности въ возрастныхъ группахъ дѣтскаго періода и для того, и для другого пола, очень сходны между собою и вполне аналогичны соответствующимъ городскимъ, съ тою разницей, что minimum для женщинъ въ пригородахъ падаетъ не на группу 11—15 лѣтъ, а позже, на группу 26—30 лѣтъ. Затѣмъ, въ дальнейшемъ своемъ ходѣ обѣ кривыя смертности, особенно женская, даютъ колебанія: смертность съ годами прогрессировать то быстро, то болѣе медленно, постепенно, съ нѣкоторыми задержками.

Изъ Ежегодниковъ мы узнаемъ, что населеніе пригородовъ по временамъ года очень подвижное, что притокъ и отливъ пришлого рабочаго люда съ огромнымъ преобладаніемъ въ своемъ составѣ мужчинъ надъ женщинами особенно сильно отражаются на пригородахъ. Въ этомъ, очевидно, нужно искать причину различія между городомъ и пригородами: крайняя подвижность пригороднаго населенія поддерживаетъ различіе колебаній по временамъ года численности его, составъ, измѣняетъ соотношенія половъ, особенно по нѣкоторымъ возрастнымъ группамъ, что, видимо, и сказывается на выходящъ и нарушаетъ правильность хода кривыхъ. Отметимъ еще одно свойство смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ по возрасту: въ то время какъ возрастныя группы возрастаютъ въ арифметической прогрессіи, смертность отъ этой болѣзни съ возрастомъ—въ геометрической прогрессіи; у женщинъ усиленіе

смертности, я сказалъ бы, носить характеръ болѣе постепенный и равномерный, за исключеніемъ преклоннаго возраста, когда кривая смертности круто поднимается въ гору какъ въ городѣ, такъ еще болѣе въ пригородахъ.

Раздѣлимъ весь возрастной составъ населенія на три большія группы соответственно тремъ главнымъ періодамъ жизни: дѣтскому, старческому и промежуточному между ними или среднему въ широкомъ смыслѣ. Въ дѣтскій періодъ войдутъ пять возрастныхъ группъ, обнимающихъ время отъ рожденія до пятнадцати лѣтъ или до конца отроческаго возраста; старческий періодъ обнимаетъ также 5 возрастныхъ группъ, охватывая время отъ 60-ти лѣтъ до 81 года и выше; наконецъ, средний періодъ будетъ обнимать время отъ 16 до 60 лѣтъ, включая въ себя возраста юношескій, средний въ собственномъ смыслѣ и пожилой; здѣсь мы имѣемъ 9 возрастныхъ группъ, которыя по номенклатурѣ профессора Янсона <sup>20)</sup> называются производительными или продуктивными, причѣмъ крайнія группы „16—20 л.“ и „50—60 л.“ считаются полуробочими, а остальные причисляются къ категоріи рабочихъ возрастовъ. Соответственно этимъ тремъ большимъ періодамъ жизни, приведемъ слѣдующую маленькую таблицу: (составлена по даннымъ таблицы № 6).

Таблица а.

	0 — 15 л.		16 — 60 л.		61 — 81 и в.	
	Расчетъ смерт- сти въ средн. 10 тыс.	%/о умеръ изъ всег суммъ ум. отъ круп. восп. лег.	Расчетъ смерт- сти въ средн. 10 тыс.	%/о умеръ изъ всег суммъ ум. отъ круп. восп. лег.	Расчетъ смерт- сти въ средн. 10 тыс.	%/о умеръ изъ всег суммъ ум. отъ круп. восп. лег.
Городъ . . . . .	9,3	21,2	7,0	49,0	71,25	28,5
Пригороды . . . . .	15,1	34,2	8,7	48,0	73,4	17,6
Городъ приг. . . . .	10,2	23,2	7,2	49,5	71,5	26,8

Какъ видно, въ старческомъ періодѣ для интенсивности смертности получаются очень крупныя цифры: если взять сумму среднихъ на 10 т. для дѣтскаго и средняго періодовъ, то величина, получаемая для старческаго періода будетъ превосходить эту сумму въ городѣ въ 4<sup>1/2</sup> раза, а въ пригородахъ въ 3 съ лишнимъ раза; 2-е мѣсто по интенсивности смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ занимаетъ дѣтскій періодъ, а затѣмъ, уже слѣдуетъ средній періодъ.

Въ  $\frac{0}{100}$  отношеніи къ общей суммѣ всѣхъ умершихъ за 60 л.

от крупозного воспаления легких наибольшее количество смертей выпало на средний период от 16 до 60 лет, здесь мы имеем  $\frac{0}{100}$  в 1, 5—2 раза превосходящей таковой в других периодах, взяты в отдельности. Оно вполне естественно и понятно, так как здесь имеем наиболее многочисленную группу населения Петербурга и его пригородов, значительно превосходящую элементы старческой и детской. Ведь не надо забывать, что механическая сторона движения петербургского населения, играющая такую огромную роль в столице, обуславливая, главным образом, насчет себя чрезвычайный рост столичного населения, преимущественно, а, быть может, вся целиком, падает на возрастную группу этого периода: пришедшие элементы, состоящие из рабочих, ремесленников, учащихся и пр., которые ежегодно большими группами притекают в столицу и рассыпаются по ней, приходясь, главным образом, на эти возрасты. Затем в город по количеству смертей от крупозной пневмонии за 10 лет будет следовать старческий период, а детский будет занимать 3-е место; в пригородах отношения между 2-мя последними изменятся коренным образом, так что на долю детей здесь выпало втрое больше смертей, чем на стариков. Интересно отметить еще, что в то время, как разница между средними на 10 тысяч в городах и пригородах для среднего и старческого возрастов очень незначительная, для детей эта разница между городом и пригородом составляет  $6\frac{0}{1000}$ . Так как смертность среди детей, главным образом, падает на младше возрасты, которые в силу биологических законов менее всего стойки по отношению к внешним неблагоприятным влияниям, то уже это обстоятельство может служить яркою иллюстрацией санитарного неблагополучия пригородов.

Теперь я позволю себе несколько подробнее остановиться на каждом из этих больших периодов человеческой жизни и по возможности детально разобрать их.

Детский период (от рождения до 15 лет). В помеченной ниже табличке *b* приводятся данные смертности в среднем на 10 тыс. соответственно населения и  $\frac{0}{1000}$  умерших в каждой группе к сумм всех умерших в этом периоде (по данным таблицы № 6).

Наибольшая величина для интенсивности смертности, как в город, так и в пригородах, как видно, падает на первый год жизни, зате́м в несколько́м порядке́ следуют последовательно стоящая возрастная группы: 1—5 л., 6—10 л. и 11—

Общего пола:	До 1 года:		1—5 лет:		6—10 л.		11—15 л.	
	Расчет смертности на 10 тыс.	% умерших.	Расчет смертности на 10 тыс.	% умерших.	Расчет смертности на 10 тыс.	% умерших.	Расчет смертности на 10 тыс.	% умерших.
Таблица b								
Город . . .	35,2	37	12,2	40,3	6,3	17,0	1,5	5,7
Пригороды	42,1	33,0	16,7	42,1	11,8	21,0	2,5	3,9
Городы пригородов	36,5	36,1	13,0	40,7	7,2	17,9	1,6	5,3

15 л., т. е. смертность от крупозной пневмонии до конца детского периода непрерывно, без всяких колебаний в сторону, с большою правильностью и очень резко идет на убыль. Если разбить первый год от рождения на 2 возрастные группы (табл. № 6, рубр. «об. пола») то окажется, что в первые шесть месяцев смертность от крупозного воспаления легких и в городах и в пригородах, будет вдвое больше, чем в возрасте 1—5 лет, за то во втором 6 месяцев от рождения будет в  $1\frac{1}{2}$  раза с лишним больше, чем в первую половину года. Таким образом, если судить по данным интенсивности смертности, то в период времени от рождения до 15 лет больше всего умирают от крупозного воспаления легких дети после 6-ти месяцев и до конца года от рождения, после них дети в возрасте первых шести месяцев, зате́м по порядку следуют дети в возрастах 1—5 лет, 6—10 лет и 11—15 лет. Если же считать количество смертей в  $\frac{0}{1000}$  к сумм всех смертных случаев от крупозной пневмонии за весь этот период, то окажется, что больше всего умерших детей было в возрасте 1—5 лет, после них следуют дети до года, а зате́м по порядку группы 6—10 л. и 11—15 лет. След. группы до года и 1—5 лет, давшие наибольшую интенсивность, дали и абсолютно за 10 лет наибольшее число смертей от крупозной пневмонии; на эти 2 возрастные группы, вместе взятые, приходится 75—77% смертных случаев, в то время как на последние 2 только 23—25%. Обратим теперь к данным экстенсивности смерти в детском возрасте и посмотрим, к каким выводам она нас приведет.

На 100 умерших от всех болезней, умерших от крупозного воспаления легких оказалось (табл. № 6 рубр. «об. пола»):

Обоего пола	0—6 мѣс.	7—12 м.	1—5 л.	6—10 л.	11—15 л
Городъ . . .	0,57	1,69	1,87	5,59	3,11
Пригороды .	0,69	1,82	2,13	7,57	4,25

Изъ этой таблички выходитъ такъ, что на 100 умершихъ дѣтей отъ всѣхъ болѣзней, на долю круп. восп. легкихъ въ младшихъ возрастныхъ группахъ дѣтскаго периода приходится очень немного, причѣмъ тѣмъ меньше, чѣмъ моложе ребенокъ. Совершенно къ такимъ же результатамъ пришелъ и докторъ Филипповъ.<sup>129)</sup> Онъ говоритъ слѣдующее: „На 100 умершихъ дѣтей отъ крупознаго воспаления легкихъ— 62,7% умерло въ возрастѣ 1—5 лѣтъ, 18,3% въ возрастѣ 6—10 лѣтъ и 12% въ возрастѣ 11—15 лѣтъ. Тѣмъ не менѣе при экстензивности смерти 2 послѣдняя возрастныхъ группы дали наибольшій %; другими словами, въ каждой сотнѣ умершихъ въ возрастахъ 6—10 и 11—15 лѣтъ, сравнительно съ возрастомъ 0—5 лѣтъ, фибриновая пневмонія даетъ большее число смертныхъ случаевъ и занимаетъ между остальными причинами смерти болѣе видное мѣсто“. А вотъ и его данныя:

По Филиппову	0—5 л.	6—10 л.	11—15 л.	об. пола.
Абсолютн. числ. . . . .	1370	360	236	
На 100 умерш. отъ всѣхъ болѣзн., ум. отъ круп. восп. лег. . . . .	1,1	4,6	4,8	

Такимъ образомъ полученные нами результаты, вполне совпадаютъ съ данными доктора Филиппова, можно резюмировать такъ: судя по даннымъ интенсивности смертности и по процентному отношенію къ суммѣ всѣхъ умершихъ отъ крупозной пневмоніи въ дѣтскомъ возрастѣ, смертность отъ нея въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, охватывающемъ періодъ жизни отъ рождения до 5 лѣтъ, очень значительная сама по себѣ, однако, не смотря на это, если судить по даннымъ экстензивности смертности, общая смертность дѣтей въ этомъ возрастѣ, повидимому, настолько громадная, что значение крупозной пневмоніи, какъ причины смерти въ ряду другихъ причинъ оказывается очень малымъ; оказывается, что есть другія болѣзни, которыя несравненно больше уносятъ жертвъ, чѣмъ крупозная пневмонія, такъ что роль ея является довольно скромною и терается среди другихъ. Къ такому же заключенію пришелъ и докторъ Голландецъ<sup>130)</sup> на основаніи своихъ данныхъ и сопоставленія ихъ съ результатами другихъ исследователей. Онъ говоритъ, что въроятность умереть отъ волюкнижнаго воспаления легкихъ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ довольно значительная, роль

же этой болѣзни, какъ причины смерти, въ этомъ возрастѣ, очень незначительная. Въ болѣе же старшихъ возрастныхъ группахъ дѣтскаго періода жизни, несмотря даже на то, что, какъ показываютъ данныя интенсивности и процентныя отношенія, смертность отъ крупозной пневмоніи всадѣ и для каждаго пола очень рѣдко падаетъ, тѣмъ не менѣе эта болѣзня начинаетъ играть болѣе замѣтную роль, особенно въ возрастѣ отъ 6 до 10 лѣтъ. Если смертность отъ нея въ эти возрасты падаетъ, то, очевидно, еще рѣзче идетъ на убыль, чѣмъ отъ крупозной пневмоніи, и общая смертность отъ всѣхъ болѣзней дѣтей этихъ возрастовъ. Докторъ Руссовъ<sup>131)</sup>, разбирая матеріалъ по отчетамъ дѣтской болѣзницы Принца Ольденбургскаго за періодъ времени съ 1874 по 1881 годъ, нашелъ, что крупозная пневмонія впервые начинаетъ встрѣчаться въ возрастѣ 3—6 мѣсяцевъ отъ рождения, во 2-ую половину года и до конца его она начинаетъ уже замѣтно учащаться, а въ возрастѣ 1—2 года эта болѣзня начинаетъ рѣзко прогрессировать, такъ что, по сравненію съ концомъ перваго года, крупозная пневмонія увеличивается уже въ 4 раза. Vendix<sup>132)</sup> говоритъ, что крупозное воспаление легкихъ наблюдается съ 7-го мѣсяца грудного возраста, учащается на 3—4—5 году и, начиная съ этого возраста, опять становится рѣже.

Покройный проф. Гундобинъ<sup>133)</sup>, отводя видное мѣсто крупозной пневмоніи среди болѣзней дыхательныхъ органовъ, которая составляетъ 1/4 всѣхъ болѣзней дѣтскаго возраста, высказываетъ на основаніи своихъ наблюденій мнѣніе, что крупозная пневмонія встрѣчается преимущественно отъ 3 до 12 лѣтъ, хотя нерѣдко бываетъ и у грудныхъ. Наблюденія, которыя сдѣлали эти 3 автора, болѣе или менѣе подходятъ къ нашимъ выводамъ. Ниже мы приводимъ еще нѣкоторыя литературныя данныя, касающіяся роли крупозной пневмоніи въ дѣтскомъ возрастѣ, гдѣ встрѣчаются взгляды на этотъ вопросъ самые разнообразныя, подчасъ противорѣчающія другъ другу. Сопоставляя ихъ съ нашими данными мы увидимъ, что одинъ изъ нихъ болѣе или менѣе подтверждается нашими результатами, другія совершенно расходятся; встрѣчаются и такіе, которые высказаны въ общихъ выраженіяхъ, не дающихъ намъ никакого представленія о значеніи разбираемой болѣзни въ дѣтскомъ возрастѣ. Проф. Филатовъ<sup>134)</sup> говоритъ, что крупозная пневмонія поражаетъ дѣтей, также часто, какъ взрослыхъ. Проф. Вагупъку<sup>135)</sup> считаетъ ее болѣзью самой обыкновенной въ дѣтскомъ возрастѣ не исключая и грудного. Нийеьеръ<sup>136)</sup>,



наоборот, полагают, что у детей до 5—6 лет она бывает редко. По Steinerу и Neureitherу <sup>7)</sup> предрасположение к болезни между 6—14 годами больше, чем в ранние годы. По Юргенсену <sup>8)</sup> наибольший контингент больных крупозной пневмонией дают дети от 1 до 5 лет. West <sup>12)</sup> не заметил, чтобы болезнь шадла маленьких детей: по его наблюдениям они забываются не реже взрослых. Morfan <sup>13)</sup>, напротив, доказывает, что крупозная пневмония никогда не бывает у детей на 1-м году жизни. Pott <sup>40)</sup> говорит, что прогноз при крупозной пневмонии в детском возрасте представляется весьма благоприятно; смертность равняется в первом десятке лет около 4—5%, и большинство смертных случаев приходится на первый год жизни, так как в старшем, от 7—15 лет, смертельный исход является редкостью. Pensoldt <sup>41)</sup> нашел, что у детей до 10 лет предрасположение к крупозной пневмонии очень сильно, а далее она начинает ослабевать. Heubner <sup>42)</sup> находит, что острая долевая пневмония очень частая болезнь в детском возрасте и по частоте следует только за дифтеритом, острыми сыпными болезнями и коклюшем. „Однако“, говорит он, „несмотря на тяжесть многих случаев, это самое доброкачественное из острых заболеваний“, ибо он из 190 случаев крупозной пневмонии наблюдал смертельный исход только в 3 случаях. В то время, говорит автор, как катаральная пневмония наблюдается в раннем детском возрасте, острая долевая пневмония довольно часто встречается после прорывания зубов. По Meringу <sup>43)</sup> крупозная пневмония у детей, за исключением первых месяцев жизни, представляется, хотя и тяжелой, но редко опасную для жизни болезнь. Alois Pick и Adolf Hecht <sup>189)</sup> нашли что крупозная пневмония у детей встречается очень часто и на 1-м году жизни дает большую смертность—25%, сравнительно с 2—3% в позднейшие годы. Для меня получается впечатление, что различие взглядов у некоторых авторов происходит оттого, что эти авторы в основу своих суждений брали различный критерий: одни исходили от коэффициентов смертности, другие от % отношения между больными и умершими, одни руководились общою статистикою, другие, и это, повидному, чаще брали только клиническую статистику.

Средний период (от 16—60 лет).

Согласно данным интенсивности <sup>9)</sup>, в этом периоде жизни

умирать от крупозного воспаления легких меньше, чем в детском и значительно меньше (в 10 раз), чем в старческом. Обращаясь в деталям (табл. № 6) мы можем заметить следующее: в 3 первых группах, на протяжении времени от 16 до 30 лет, обнимающем юношеский и самый цветущий рабочий возраст, величины, выражающие интенсивность смертности от крупозного воспаления легких как в городе, так равно и в пригороде, как для одного так и для другого пола, увеличиваются очень мало, по сравнению с группой 11—15 лет; здесь мы встречаем величины во 3—4 раза меньше средней (табл. № 6, под рубр. „всего“). Таким образом, наши цифры вполне подтверждают старую научную истину, что молодой возраст, находящийся в расцвете сил и здоровья, оказывается и наиболее устойчивым противъ житейских невзгод и болезней, с наибольшим жизненным противодействием своего организма. Данные, выражающие экстенсивность смерти в  $\frac{1}{10}$ , также не дают нам права сказать, чтобы крупозное воспаление легких, как причина смерти, в этом возрасте играла особенно большую роль. Величины, выражающие эту экстенсивность, или меньше средней величины, или несколько больше ее; последнее, впрочем, происходит от того, что общая смертность в этих возрастных группах не очень велика. В общем мы можем изъ анализа наших данных, сделать заключение, что за время от 11—30 лет, т. е. в возрасте отроческий (изъ детского периода), юношеский и самый цветущий рабочий, как для мужчин, так и для женщин, крупозная пневмония, как сама по себе (интенсивность смерти), так и по сравнению с другими болезнями (экстенсивность) играет очень незначительную роль.

Но, начиная уже с возрастной группы 31—35 л. и вплоть до 55—60 л. т. е. во вторую большую половину рабочего периода, мы начинаем наблюдать другую картину смертности, весьма различную от первой половины этого периода. Так как для мужского пола в городе интенсивность ее уже с самого начала увеличивается вдвое, чем в возраст 26—30 л., а в сельд. группах 36—40 лет она уже чуть превосходит среднюю величину и далее до конца с возрастом резко прогрессирует, делаясь под конец в 4 раза больше средней; ту же картину мы наблюдаем и по отношению к данным, выражающим экстенсивность смерти: с самого начала мы натываемся на цифру (4,34) гораздо большую, чем средняя, далее экстенсивность все время непрерывно растет и под конец этого периода превосходит среднюю величину ровно вдвое.

<sup>9)</sup> см. таблицу а на странице 59.

**Женщины в город.** Судя по данным интенсивности и здесь с самого начала и до конца наблюдается непрерывный рост смертности; вначале, в первые 2—3 возрастных группы, эти данные возрастают не столь резко, как у мужчин, и лишь с возрастом 41—45 л. смертность от крупозного воспаления легких начинает быстро прогрессировать, хотя все же и не столь резко, как у мужчин; только с 4 возрастной группы (45—50 л.) расчет смертности на 10 т. начинает превосходить среднюю величину и в последней группе становится вдвое больше ее. Данные экстенсивности также с самого начала и до конца представляют непрерывное увеличение, показывая тем самым, что крупозное воспаление легких, как причина смерти, с возрастом все больше выступает вперед; в 3 последних группах этого периода мы замечаем, что на 100 всѣх умерших, умерших от крупозного воспаления легких приходиться уже 7—8 человек.

**Пригороды. Мужчины.** В отношении средних на 10 т. здесь наблюдаем то же самое, что и в город; пожалуй можно было бы сказать, что быстрое усиление смертности от крупозного воспаления легких здесь проявляется еще резче, чем для городских жителей; отметим еще, что в 2 последних возрастных группах „51—55 л.“ и „56—60 л.“ данные интенсивности довольно близки между собой, между тем как в город разница между этими группами доходит почти до 9,0%<sub>100</sub>. Экстенсивность здесь очень значительная и колеблется между 5,38%<sub>100</sub>—7,25%, превосходя в 1½—2 раза среднюю величину; с возрастом экстенсивность усиливается, только это совершается не строго последовательно, а с небольшими колебаниями по пути, (см. возрасти. группы: 41—45 л. и „56—60“); однако эти колебания не портят цельности впечатления.

**Женщины.** Здесь наблюдаются те же отношения, что и для мужчин. С самого начала этого периода смертность сразу увеличивается в 3 с лишним раза, по сравнению с группой 26—30 л., далее она все время непрерывно растет, причем усиление ее с возрастом идет также быстро, как это наблюдается и для городских женщин; кривая интенсивности только под конец нарушает свою правильность, давая в возрастной группе „56—60 л.“ небольшое колебание вниз, по сравнению с предыдущей группой. Параллельно с интенсивностью возрастает и экстенсивность смертности, только ход кривой ее менее правильный и дает на пути своем колебания; максимум экстенсивности здесь доходит до 8,2% („51—55 л.“), т. е. превосходит среднюю величину почти в три раза.

Таким образом, мы пришли к тому заключению, что в период времени от 31 года до 60 лет обнаруживается огромная зависимость смертности от возраста; оба они тѣсно связаны между собой; у мужчин и у женщин смертность от крупозного воспаления легких с возрастом быстро прогрессирует. Тенденция к быстрому усилению смертности от этой болѣзни с болѣею силою проявляется в пригородах, чем в город, и для мужчин в общем выражена резче, чем для женщин. Вистѣ с этим и роль крупозной пневмонии, как причины смерти, в общем сонн других причин, так и здесь, для того и для другого пола, проявляется очень рельефно и с возрастом выступает все резче и заметнѣе.

Старческий период (61—81 и выше).

Как велика смертность от крупозного воспаления легких для этого периода жизни, мы уже видели выше (71,25—73,4%<sub>100</sub> \*). Обращаясь к обзору болѣе мелких возрастных групп, (табл. 6) мы замечаем, что онѣ являются как бы естественным продолжением конца предыдущаго периода по отношению к смертности от крупозного воспаления легких в ее поступательном движении, принимаемъ здесь одно характере ужасающей быстроты; та же картина, что и там, но только еще болѣе сгущенная. Стоить только взглянуть на данные интенсивности смертности от крупозного воспаления легких в преклонных годах, чтобы убедиться, что самая минимальная величина в возрастных группах этого периода превосходит среднюю в 4—5 раз. Теперь посмотрим, какова роль этой болѣзни, дающей такую огромную смертность, в ряду других причин смерти, т. е. рассмотрим данную экстенсивности. Здесь обращает на себя внимание то, что, во время, как кривые данных интенсивности представляют удивительную правильность и последовательность, все время направляясь вверх, кривая экстенсивности, судя по цифрам, были очень неправильны и по ходу дали бы ряд колебаний.

**Мужской полъ.** В город—величина, выражающая экстенсивность смерти, достигает своего максимума (8,23%) в предпоследней группѣ 76—80 л., а в последней (81 и н.) она замѣтно уменьшается, спускаясь до 6,67%; на пути своем к максимуму она дает два колебания, при чем как раз в таких группах (61—65 и 71—75), гдѣ данная интенсивности по своей величинѣ представляют громадное увеличение, по сравнению с предыдущаю-

\*) Таблица а.

щими возрастными группами; еще разче обнаруживают контрасть между собою две последние группы:

	76—80 л.	81 и в.
Среднее на 10 т. . . . .	162,9	209,1
на 100 всьх умерш., умер. отъ		
круп. пневм. . . . .	8,23	6,67

Слѣдовательно, въ возрастныхъ группахъ старческаго периода намъ приходится отмѣтить полное нарушеніе связи между данными интенсивности и экстензивности смерти отъ крупозной пневмоніи.

**Въ пригородахъ.** Мужская экстензивность сначала уменьшается по сравнению съ группою 56—60 л., слѣдующія 2 группы— снова увеличивается, а въ последнихъ 2-хъ группахъ она опять идетъ на убыль, спускаясь до 4,59% т. е. въ большей степени, чѣмъ соотвѣственно въ городѣ.

**Женская экстензивность. Въ городѣ**—она въ самомъ началѣ представляется наибольшою (9,15%), затѣмъ до самаго конца начинаетъ уменьшаться, сначала постепенно, а въ концѣ, при переходѣ предпоследней группы въ последнюю, круче спускается внизъ.

Въ пригородахъ она первая 3 группы (отъ 60 до 75) увеличивается, а послѣдніи 2 идетъ на убыль, спускаясь въ концѣ до 5,68%.

Эти колебанія величинъ, выражающихъ экстензивность смерти отъ крупозной пневмоніи въ старческихъ годахъ и явная наклонность ихъ идти на уменьшеніе подъ конецъ жизни нисколько не влѣютъ на непрерывный ростъ интенсивности смертности: картина ужасоющей смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ лишь старческаго возраста этимъ совершенно не заслоняется. Оно только доказываетъ намъ, что общая смертность у лицъ этого возраста огромная, и что кромѣ еше и другія причины смерти, которая по числу уносимыхъ ими жертвъ успѣшно соперничаетъ съ разбираемою болѣзнію. Невольно бросается въ глаза аналогія между послѣдними старческими и первыми дѣтскими группами; и тамъ и здѣсь мы наблюдаемъ полный контрастъ между данными интенсивности и экстензивности смерти отъ крупознаго воспаления легкихъ, только въ глубокой старости это обнаруживается въ болѣебшмъ масштабѣ, чѣмъ въ раннемъ дѣтствѣ. Очевидно не смотря на то, что крупозная пневмонія и тамъ, и здѣсь даетъ порочдочную смертность, роль ея, какъ причины смерти, не очень большая въ старческой и почти ничтожная въ дѣтскомъ возрастѣ.

Теперь вкратцѣ разсмотримъ отношеніе къ смертности отъ

разбираемой болѣзни каждаго пола въ отдѣльности въ различныхъ періодахъ человѣческой жизни.

Умерло отъ крупознаго воспаления легкихъ за 10 лѣтъ.

	Въ возрастѣ 0—15 лѣтъ:	
	Мужчинъ	Женщинъ
Городъ . . . . .	52,7%	47,2%
Пригородъ . . . . .	53,7%	46,3%
Городъ—пригородъ . . . . .	53,0%	47,0%

Въ полномъ согласіи съ этимъ находятся данныя интенсивности и экстензивности: во всѣхъ возрастныхъ группахъ дѣтскаго периода, за исключеніемъ отроческихъ годовъ (11—15 лѣтъ), мальчиковъ умираетъ больше, чѣмъ дѣвочекъ; только въ періодѣ наступленія половой зрѣлости смертность дѣвочекъ превышаетъ такую-у мальчиковъ.

За періодъ отъ 16 до 60 лѣтъ:

	Мужчинъ	Женщинъ
Городъ . . . . .	62,6%	37,4%
Пригородъ . . . . .	67,6%	32,4%
Городъ—пригородъ . . . . .	65%	35%

Съ этими данными согласуются и среднія на 10 т., которая во всѣхъ возрастныхъ группахъ этого періода для мужчинъ оказываются выше, чѣмъ для женщинъ.

За періодъ времени отъ 61 до 81 года и выше.

	Мужчинъ	Женщинъ
Городъ . . . . .	32%	68%
Пригородъ . . . . .	37,7%	62,3
Городъ—пригородъ . . . . .	32,7%	67,3

Слѣд., въ старческихъ годахъ женщины за 10 лѣтъ отъ крупознаго воспаления легкихъ умерло всоду выховъ больше, чѣмъ мужчины. Абсолютныя цифры вполнѣ подтверждаютъ это; величины, выражающія экстензивность, также говорятъ, что на 100 умершихъ среди старухъ, умершихъ отъ крупознаго воспаления легкихъ оказывалось гораздо больше, чѣмъ стариковъ. Любопытнаго отношенія мы здѣсь наблюдаемъ среди данныхъ интенсивности: въ городѣ онѣ для стариковъ все время выше, чѣмъ для старухъ, а въ пригородахъ—въ возрастѣ отъ 60-ти до 70-ти лѣтъ онѣ выше для стариковъ, а въ глубокой старости, отъ 71 до 81 года и выше,

эти данные для старух берут значительный перевес. Разгадка этого, на первый взгляд парадоксального явления кроется в неравномерной численности того и другого пола в городе—во всех группах численность старух вдвое-втрое преобладает над стариками, отсюда, несмотря на то, что стариков умирает меньше, чем старух, смертность для них оказывается большей; в пригородах—женщины, очевидно, доживают меньше до глубокой старости, отчего численный перевес старух над стариками здесь менее заметен; в силу этого в последних 3 старческих группах данные интенсивности больше точно и правдиво рисуют картину смертности, различную по полу.

Огромный % женщин, доживающих до глубокой старости, и громадная смертность от крупного воспаления легких среди них в этом возрасте и сказываются на средних выводах, показывающих, что в городе умирает женщин больше, чем мужчин (табл. № 6). В пригородах, гдѣ женщины доживают до глубокой старости реже и меньше, слѣд. гдѣ старухи не могут дать такой громадной смертности от крупной пневмонии, которая могла бы заслонить преобладание смертности мужского пола над женским в других возрастах, средние выводы оказываются почти равными для того и другого пола, съ небольшим перевесомъ въ пользу мужчин (см. средн. на 10 т. въ табл. 6, под рубр. „всего“).

Въ заключение обзора смертности по свидетельствамъ о смерти привожу вкратцѣ нѣсколько литературныхъ данныхъ, которая болѣе или менѣе подтверждаютъ наши выводы. Penzoldt <sup>41)</sup> говоритъ, что съ 10 до 30 лѣтъ предрасположеніе къ пневмонии ослабѣваетъ, далѣе съ годами растетъ, а именно съ 50 лѣтъ, послѣ же 70 лѣтъ восприимчивость почти такая же, какъ въ первые 5 лѣтъ. Merling <sup>42)</sup> говоритъ, что въ 20—30 лѣтъ смертность незначительна, но, начиная съ 35—40 лѣтъ опасность возрастаетъ и съ каждымъ десятилѣтіемъ становится болѣе, такъ что въ 60—70 лѣтъ приблизительно 75% всѣхъ случаевъ кончается смертью. Golyne <sup>43)</sup> говоритъ, что вѣроятность смерти отъ воложнинного воспаления легкихъ меньше всего въ возрастѣ 5—30 лѣтъ, а больше всего въ послѣдующихъ возрастныхъ группахъ, причѣмъ эта вѣроятность съ каждымъ десятилѣтіемъ увеличивается въ геометрической прогрессии.

Теперь обратимся къ обзору больничныхъ данныхъ (таблицы №№ 7 и 8)

А) Сопоставляя данные таблицъ №№ 6 и 8 т. е. вычисляя

въ % отношение умершихъ отъ крупного воспаления легкихъ въ больницахъ къ умершимъ отъ него, согласно медицинскимъ свидетельствамъ о смерти, мы пришли къ слѣдующимъ выводамъ:

Городъ—среди мужчинъ, умершихъ въ больницахъ, больше всего далѣе возрастъ отъ 16—20 лѣтъ (86,5%) затѣмъ, возрасты отъ 21 до 30 лѣтъ (78,5%—80%) и 51—55 л. (72%); отъ 60—70% дали еще возрасты 11—15 л. и отъ 31—до 50 лѣтъ; среди женщинъ—больше всего оказалось въ возрастѣ 16—20 лѣтъ (62%) и 31—35 л. (63,3%).

Пригороды—среди мужчинъ 60—62% дали возрастные группы отъ 26 до 40 лѣтъ и 50%, возрастъ 16—20 лѣтъ; среди женщинъ—больше всего было въ возрастѣ 26—30 лѣтъ (50%) и 16—20 л. (47,3%).

Въ общемъ при такомъ сопоставленіи оказалось, что среди умершихъ въ больницахъ отъ крупного воспаления легкихъ было больше мужчинъ, чемъ женщинъ, гораздо больше городскихъ обывателей, чемъ жителей пригородовъ. Послѣднихъ было бы еще меньше, если бы въ списокъ больницъ не было трехъ пригородныхъ. Преобладаютъ рабоче возраста въ предѣлахъ отъ 16 до 40 лѣтъ, особенно, повидимому, доминируетъ возрастъ 16—20 лѣтъ. Среди дѣтей отъ пригородовъ, умершихъ въ больницѣ, не было совсѣмъ мальчиковъ до года и дѣвочекъ до 5 лѣтъ; вообще же дѣтей было очень немного.

В) Обзоръ заботливости крупознымъ воспаленіемъ легкихъ по больничнымъ даннымъ (табл. № 7).

Замѣтимъ сначала, что авторы, работавшіе съ больничными матеріалами, дѣтского возраста или совсѣмъ не затрагивали, или только слегка касались его. Принимать въ расчетъ этотъ возрастъ особенно и мы не можемъ, такъ какъ отъ него поступало въ больницы мало, особенно изъ пригородовъ. Судя по абсолютнымъ даннымъ и среднимъ на 10 т., среди мальчиковъ въ городѣ больше всего поступало въ возрастѣ 11—15 лѣтъ, затѣмъ шли возрасты 6—10 л. и 1—5 лѣтъ, а среди дѣвочекъ больше всего было въ возрастѣ 6—10 лѣтъ, затѣмъ идуть возрастные группы 11—15 л. и 1—5 лѣтъ, дѣтей до года было очень мало.

Рассматривая далѣе интенсивность отношеній по заботливости крпозной пневмоніей, мы находимъ, что средн. мужчинъ всюду больше всего оказывается въ возрастѣ 16—20 лѣтъ, а затѣмъ, въ возрастѣ отъ 26 до 40 лѣтъ (3 возрастныхъ группы); порядочны величины для города получились еще въ возрастныхъ группахъ 46—50 лѣтъ и 41—45 лѣтъ; среди женщинъ въ городѣ

Т А Б Л И

Ц А № 7.

Распределение больных съ крупозн. воспален. легк. (безъ нижнихъ чиновъ) въ

С.-Петербургѣ и пригородахъ по полу и возрасту. (По больничнымъ листкамъ).

ВОЗРАСТЫ:	0—6 м.		7—12 м.		1—5 л.		6—10 л.		11—15 л.		16—20 л.		21—25 л.		26—30 л.		31—35 л.		36—40 л.		41—45 л.	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1901 . . . . .	—	—	1	—	20	26	58	54	114	57	336	36	210	48	185	61	146	32	106	61	78	39
1902 . . . . .	1	—	1	—	20	14	66	41	144	57	442	41	223	57	265	65	191	53	145	76	85	49
1903 . . . . .	—	—	1	—	18	19	54	52	134	40	317	29	199	62	199	57	142	50	133	42	82	82
1904 . . . . .	—	—	—	—	25	18	43	29	200	28	456	68	303	88	287	82	269	85	199	96	122	81
1905 . . . . .	—	—	—	—	21	13	48	37	190	39	450	68	273	53	264	79	187	39	143	62	108	53
1906 . . . . .	—	—	—	—	38	26	67	57	163	46	467	96	254	83	250	70	170	58	149	72	111	54
1907 . . . . .	—	—	2	1	46	32	70	45	176	61	595	116	335	103	343	94	268	67	215	78	122	78
1908 . . . . .	—	1	—	3	42	27	75	52	175	59	541	99	301	99	381	93	222	73	254	55	123	75
1909 . . . . .	6	—	7	1	54	35	110	79	201	57	520	116	297	111	278	117	232	89	199	91	119	61
1910 . . . . .	—	—	5	3	54	32	91	75	163	60	570	120	380	115	320	120	320	90	260	100	112	72
ИТОГО . . . . .	7	1	17	8	338	242	682	521	1660	484	4724	789	2775	819	2802	838	2147	636	1803	733	1062	644
На 10000 среднее въ годъ по переписи 1900 г. . . . .	0,7	0,1	2,1	1,0	6,2	4,3	15,7	11,7	25,5	10,4	44,0	11,8	21,9	10,4	25,4	11,0	29,1	11,7	27,8	12,9	24,5	17,5
Въ томъ числѣ городск. жителей . . . . .	7	1	17	8	324	233	641	493	1576	452	4268	729	2440	757	2441	773	1926	578	1558	693	946	594
На 10000 среднее въ годъ для городск. жителей . . . . .	0,9	0,1	2,6	1,2	7,3	5,1	17,9	13,3	27,2	11,1	45,4	12,2	21,5	10,8	26,1	11,6	30,8	12,1	28,4	13,9	25,5	18,1
Жителей пригородовъ . . . . .	—	—	—	—	14	9	41	28	84	32	456	60	335	62	361	65	221	58	245	40	116	50
На 10000 среднее въ годъ для жителей пригор. . . . .	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,8	5,8	3,7	11,9	5,6	34,1	8,3	25,7	7,0	21,6	6,7	19,8	9,0	24,6	5,6	18,4	12,1

Продолжение

таблицы № 7.

ВОЗРАСТЫ:	46—50 л.		51—55 л.		56—60 л.		61—65 л.		66—70 л.	71—75 л.		76—80 л.		81 и выше.		Возр. неизв.		ВСЕГО.		
	Г О Д А:		м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.		м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.
1901 . . . . .	59	38	23	29	24	44	14	33	8	20	2	14	—	2	—	4	—	1	1414	579
1902 . . . . .	71	48	34	35	35	30	17	27	6	34	2	8	—	3	2	2	—	2	1750	642
1903 . . . . .	27	33	49	31	18	42	12	23	6	17	2	8	—	7	—	1	—	—	1391	596
1904 . . . . .	82	52	60	41	40	43	12	33	5	23	2	13	1	2	3	—	—	1	2109	783
1905 . . . . .	77	57	44	53	32	36	19	30	7	22	3	21	1	5	—	—	6	3	1873	670
1906 . . . . .	91	48	37	37	27	36	10	38	5	19	2	9	1	4	1	1	9	1	1852	755
1907 . . . . .	135	70	49	66	29	52	19	37	9	40	3	15	—	3	1	4	6	1	2423	964
1908 . . . . .	169	64	46	47	43	29	10	38	9	19	3	10	1	3	—	2	15	3	2410	851
1909 . . . . .	85	79	40	48	39	65	9	38	9	29	4	10	—	5	—	4	15	2	2224	1037
1910 . . . . .	110	70	48	42	39	62	10	46	8	38	5	15	2	5	1	4	8	2	2536	1072
ИТОГО . . . . .	906	559	430	429	326	440	132	343	72	261	28	125	6	39	8	22	59	16	19984	7949
На 10000 среднее в год по переписи 1900 г. . .	27,8	16,7	22,5	19,0	22,3	20,5	16,4	2,29	65	21,3	11,0	18,8	4,9	9,9	14,7	10,6	47,5	15,4	25,3	12,2
В том числе горо- дских жителей . . . . .	821	513	402	395	302	396	116	307	65	231	27	115	6	31	4	17	56	13	1794,3	7329
На 10000 среднее в год для горо- дских жителей . . . . .	29,5	17,3	24,2	19,5	23,8	20,6	16,4	23,6	14,1	20,9	12,7	18,8	5,7	8,5	8,9	8,9	53,9	14,3	26,3	12,9
Жителей пригоро- дов . . . . .	85	46	28	34	24	44	16	36	7	30	1	10	—	8	4	5	3	3	2041	620
На 10000 среднее в год для жи- телей пригор. . . . .	17,9	12,0	11,1	14,7	12,5	19,7	16,6	26,9	10,1	25,6	2,4	20,2	—	26,2	47,6	30,6	14,7	22,9	18,6	7,5

наибольшая данная интенсивности получились, в возрастных группах от 60 до 70 лет, а в пригородах \*) в группах „81 и выше“, а затѣм в группах от 60 до 70 лет. Эти результаты, если не вполне совпадают, то не очень расходятся съ выводами другихъ авторовъ Кольскій <sup>79)</sup> нашелъ, что у мужчинъ maximum пришлось на возрастъ 15—20 летъ, а у женщинъ въ возрастъ 50—54 летъ. У Иванова <sup>11)</sup> больше всего больныхъ оказалось въ возрастъ 16—30 летъ, а отдельно по полу мужчинъ въ 16—20 летъ, а женщинъ отъ 46—50 летъ. А. А. Липскій въ 1891 году <sup>3)</sup>, разбирая материалы 9-ти больныхъ городскихъ больницъ и исходя отъ интенсивности отношений нашелъ, что возрастъ 16—20 летъ далъ наибольшее число больныхъ крупозной пневмонией; преобладание среди больныхъ молодого возраста надъ среднимъ и старческимъ онъ объясняетъ тѣмъ, что пришлый рабочій классъ населенія, неимѣющій возможности лечиться дома, находится преимущественно въ возрастъ 16—20 летъ.

С) Обзоръ смертности отъ крупозной пневмоніи по больничнымъ даннымъ (табл. № 8). Если упустимъ дѣтскій возрастъ, то разсматривая данная интенсивности смертности дальше по возрасту и полу, мы вполне отчетливо замѣчаемъ влияние возраста на смертность отъ этой болѣзни. Начиная уже съ возрастной группы „21—25 л.“, эти данная съ возрастомъ довольно правильно возрастаютъ, особенно для женщинъ: для нихъ кривая только въ послѣдней возрастной группѣ (81 и в.) даетъ колебаніе внизъ; у мужчинъ также сказывается влияние возраста на смертность до конца, только здѣсь, начиная съ возрастной группы „51—55 л.“, кривая становится неправильной и даетъ рядъ колебаній. Такой ходъ смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ мы находимъ только для „города“ и „для города въѣхъ съ пригородами“: для „пригородовъ“ же смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ въ связи съ возрастомъ идетъ очень неправильно.

Д) Если разсматривать заболѣваемость и смертность отъ разбираемой болѣзни только по срединѣ выводовъ, т. е. только по полу, независимо отъ возраста, то въ отношеніи заболѣваемости (т. № 7) мужчины болѣе чѣмъ въ 2 раза превосходятъ женщинъ. Къ такимъ результатамъ пришли всѣ, кто оперировалъ съ больничнымъ матеріаломъ (Липскій <sup>41)</sup>, Кольскій <sup>79)</sup>, Солонцевъ <sup>8)</sup>, Ивановъ <sup>11)</sup>. Ходяція руководства и иностранные источники также это подтверждаютъ (Pensoldt <sup>42)</sup> Schwarz <sup>43)</sup>,

<sup>\*)</sup> Говоря „города“ и „пригородовъ“, мы разбираемъ обитателей города и пригородовъ, поступающихъ въ больницы съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ.

Dikulafay <sup>45)</sup>, Heubner <sup>46)</sup>, Mering <sup>47)</sup>, Huss, Dormann, Koranyi <sup>48)</sup>, Quinke, Keller, Storz, Moelmann, Bari). Что же касается смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ въ больницахъ по полу (табл. № 8), то у насъ и въ этомъ отношеніи будетъ перевѣсъ на сторонѣ мужского пола. Въ этомъ отношеніи наши данная идутъ въ разрѣзъ съ данными другихъ авторовъ. Перевѣсъ мужчинъ надъ женщинами по нашимъ выводамъ я объясняю случайностью, именно тѣмъ, что составъ больныхъ въ больницахъ подбирается болѣе или менѣе искусственно: всѣ больные приспособлены такъ, что болѣе мѣстъ отвѣдаютъ мужскому элементу.

Если это не отразилось на результатахъ другихъ авторовъ то не надо забывать, что болѣею частью ихъ орудовало съ матеріаломъ одной, много дѣлхъ больницъ (Кольскій, Посадскій <sup>107)</sup>, Германъ <sup>111)</sup>, Ивановъ, Солонцевъ); самый большой матеріалъ отъ 9 больницъ городскихъ больницъ былъ въ распоряженіи А. А. Липскаго; у насъ же собранъ матеріалъ отъ 29-ти лечебныхъ заведеній. Впрочемъ въ вопросъ о смертности отъ крупозной пневмоніи существенную роль, какъ мы видѣли, играетъ возрастъ, а не полъ; если видѣть, что и по таблицѣ № 8, въ 4-хъ послѣднихъ старческихъ группахъ, средня на 10 т. по смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ для женщинъ болѣе, чѣмъ для мужчинъ, то, очевидно, это происходитъ отъ того, что женщины чаще доживаютъ до старости т. е. до того возраста, который болѣе всего неустойчивъ противъ этой болѣзни.

Выводы и заключенія.

1) Maximum смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ въ Петербургѣ и его пригородахъ для всѣхъ падаетъ на возрастную группу „81 и выше“, minimum въ городѣ для всѣхъ, а въ пригородахъ для мужчинъ на періодъ наступленія возмужалости (11—15 л.), а для женщинъ въ пригородахъ на группу „26—30 л.“.

2) Между смертностью мужчинъ и женщинъ въ общемъ наблюдается параллелизмъ: съ увеличеніемъ смертности одного пола увеличивается она и для другого и наоборотъ.

3) При раздѣленіи возрастнаго состава населенія на дѣтскій средній и старческій періоды, оказывается, что наибольшій средній годовою коэффициентъ смертности приходится на старческій, затѣмъ на дѣтскій, и наконецъ, на средній (отъ 16—60 л.), а наибольшій % умершихъ отъ этой болѣзни за 10 летъ приходится на средній, а затѣмъ на остальные періоды.

4) Смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ въ раннемъ дѣтствѣ сама по себѣ довольно велика, но роль этой болѣзни,

**Т А Б Л И**

Распределение умерших в больницах от крупозного воспаления легких  
(По больничным статистикам)

ВОЗРАСТЫ:	0—6 м.		7—12 м.		1—5 л.		6—10 л.		11—15 л.	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1901 . . . . .	—	1	1	1	2	5	3	—	6	2
1902 . . . . .	—	—	—	—	3	1	1	1	6	—
1903 . . . . .	—	—	—	—	1	1	1	—	2	—
1904 . . . . .	—	—	—	—	5	3	—	2	4	1
1905 . . . . .	—	—	—	—	6	8	1	—	6	5
1906 . . . . .	2	1	3	3	11	3	3	2	4	3
1907 . . . . .	—	—	—	1	6	4	2	2	10	3
1908 . . . . .	—	1	3	3	4	6	4	3	5	2
1909 . . . . .	1	2	8	3	17	8	3	—	5	—
1910 . . . . .	2	3	4	1	5	7	8	5	5	3
ИТОГО . . . . .	5	8	19	12	60	46	26	15	53	19
На 10000 среднее в год по переписи 1900 г.	0,5	0,8	2,4	1,5	0,8	0,9	0,6	0,3	0,8	0,4
В том числе горо- дских жителей . . . . .	5	8	19	12	54	46	22	13	52	14
На 10000 среднее в год для горо- дских жителей . . . . .	0,6	1,0	2,0	2,0	1,2	1,0	0,6	0,3	0,9	0,3
Пригородных жи- телей . . . . .	—	—	—	—	6	—	4	2	1	5
На 10000 среднее в год для при- городн. жит. . . . .	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,2	0,1	0,8

**Ц а № 8.**

(без нижних чинов) в С.-Петербурге и пригородах по полу и возрасту.  
стическим листкам).

16—20 л.		21—25 л.		26—30 л.		31—35 л.		36—40 л.		41—45 л.	
м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
28	3	11	7	19	6	26	8	29	11	21	16
28	10	24	14	19	5	27	14	25	19	43	13
22	4	16	9	18	7	24	13	39	22	37	16
30	8	27	6	36	8	33	16	52	10	46	15
28	10	21	6	30	16	20	14	46	19	48	10
15	7	21	9	28	7	31	10	47	10	45	16
24	5	27	11	27	19	36	14	58	22	38	18
35	13	23	18	30	23	32	21	29	16	36	17
29	9	22	14	44	21	40	15	58	16	38	12
30	13	29	18	48	27	39	13	60	15	47	18
263	82	221	112	299	139	308	138	443	160	399	151
2,4	1,2	1,7	1,4	2,7	1,8	4,1	2,5	6,8	2,8	9,2	4,1
238	73	201	104	267	130	254	128	377	142	350	136
2,5	1,2	1,7	1,4	2,8	1,9	4,0	2,6	6,8	2,8	9,4	4,1
25	9	20	8	32	9	54	10	66	18	49	15
1,8	1,2	1,5	0,9	1,9	0,9	4,8	1,5	6,6	2,5	7,8	3,6



Продолжение

ВОЗРАСТЫ:	46—50 л.		51—55 л.		56—60 л.		61—65 л.		66—70 л.	71—75 л.		76—80 л.		81 и выше.		Возр. неизв.		ВСЕГО.		
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.		м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	
1901 . . . . .	37	16	16	11	21	19	16	29	10	15	2	12	1	14	1	6	—	—	244	182
1902 . . . . .	47	17	33	17	22	16	12	16	12	36	6	9	4	10	1	4	1	—	314	202
1903 . . . . .	44	13	19	11	21	13	4	17	8	20	13	15	1	8	2	8	1	—	273	177
1904 . . . . .	41	10	25	16	30	17	15	19	12	26	4	12	3	10	1	9	—	1	364	189
1905 . . . . .	44	17	33	17	24	21	12	32	12	13	6	13	1	10	—	2	1	—	339	213
1906 . . . . .	46	18	29	15	30	25	9	19	9	16	3	13	1	6	1	6	—	1	338	190
1907 . . . . .	46	17	49	23	17	27	19	27	9	35	5	30	2	19	2	7	4	—	381	284
1908 . . . . .	41	28	46	23	28	36	14	29	10	35	1	38	4	18	1	3	5	—	351	333
1909 . . . . .	34	24	35	18	19	20	15	20	6	30	8	19	2	14	—	4	6	2	390	251
1910 . . . . .	47	19	48	24	24	20	19	22	10	35	5	18	3	12	1	4	8	1	442	278
ИТОГО . . . . .	427	179	333	175	236	214	135	230	98	261	53	179	22	121	10	53	26	5	3436	2299
На 10000 среднее въ годъ по переписи 1900 г.	13,1	5,3	17,4	7,7	16,2	10,0	16,8	16,0	18,5	20,5	20,9	26,9	18,0	30,7	18,4	25,6	20,9	4,8	4,3	3,5
Въ томъ числѣ городск жителей .	375	162	297	165	212	198	126	212	91	233	49	170	20	111	9	46	26	5	3044	2108
На 10000 среднее въ годъ для городск жителей .	13,5	5,4	17,9	8,1	16,7	10,3	17,8	16,3	19,7	21,1	23,1	27,6	19,0	30,5	19,6	24,2	25,0	5,5	4,4	3,7
Пригородныхъ жителей . . . . .	52	17	36	10	24	16	9	18	7	18	4	9	2	10	1	7	—	—	392	181
На 10000 среднее въ годъ для пригор. жителей .	11,0	4,4	14,2	4,3	12,5	7,1	9,3	13,4	0,1	15,4	9,8	18,1	11,8	32,7	11,9	42,9	0,0	0,0	3,5	2,2

таблицы № 8.

как причины смерти, является сравнительно небольшою; эта роль несколько замѣтнѣе выступаетъ только послѣ второго прорѣзыванія зубовъ (6—10 лѣтъ).

5) Въ возрастныхъ группахъ, обнимающихъ юношеской и самый цвѣтущій рабочіе возрасты (16—30 л.), смертность эта болѣзнь даетъ очень небольшую, какъ сама по себѣ, такъ и по сравненію съ другими причинами смерти.

6) Далѣе, очень выукло выступаетъ зависимость смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ отъ возраста: съ возрастомъ для обоихъ половъ она прогрессируетъ быстро, и это прогрессированіе идетъ геометрически, въ то время какъ возрастныя группы возрастаютъ арифметически; прогрессированіе въ предѣлахъ средняго періода рѣзче выступаетъ для мужчинъ, чѣмъ для женщинъ, но на старости эта разница между полами сглаживается.

7) Вмѣстѣ съ усиленіемъ смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ съ возрастомъ параллельно увеличивается и роль этой болѣзни, какъ причинъ смерти, за исключеніемъ періода глубокой старости, гдѣ при громадной смертности отъ этой болѣзни, роль ея не является первенствующею, а, повидимому уступаетъ некоторымъ другимъ болѣзнямъ; въ этомъ отношеніи получается некоторая аналогія между раннимъ дѣтствомъ и глубокою старостью.

8) Въ періодахъ жизни: дѣтскомъ и среднемъ, мужчинъ умерло за 10 лѣтъ отъ разбираемой болѣзни болѣе, чѣмъ женщинъ, а на старости, наоборотъ, женщинъ умершихъ оказалось вдвое болѣе, чѣмъ мужчинъ.

9) Среди поступившихъ въ больницы съ этою болѣзью мужчинъ преобладали возрасты отъ 16 до 20 лѣтъ и отъ 26 до 40 лѣтъ, а среди женщинъ старческаго возрастнаго группы, преимущественно періодъ отъ 60 лѣтъ до 70 лѣтъ.

10) И болѣзненные данныя очень рельефно отражаютъ въ себѣ вліяніе возраста на смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ; правда здѣсь это вліяніе не такъ бросается въ глаза, какъ въ данныхъ по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти; въ общемъ мы имѣемъ аналогію между тѣми и другими данными по вопросу о вліяніи возраста на смертность отъ разбираемой болѣзни.

## ГЛАВА ПЯТАЯ.

### Смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ за 1901—1910 г.г. въ С.-Петербургѣ по отдѣльнымъ участкамъ и пригородамъ и вліяніе на эту смертность мѣстныхъ санитарныхъ и другихъ условий.

Предварительныя замѣчанія. Планъ Петербурга въ теченіи разбираемаго періода подвергался нѣсколько разъ измѣненію; особенно рѣзкое измѣненіе его имѣло участіе и новые пригороды. Такъ, изъ снежныхъ отбросковъ I и II участковъ Нарвской части, 3 участка Ал.-Невской части и части Петергофскаго пригорода возникаетъ 4 участка Нарвской части, изъ нихъ изъ части 3-го участка Александр.-Невской получается 4 участка этой части, изъ части 4 участка Невской части, такъ называемой Гангаскій, создается изъ части 3 участка той же части, называемого Суворовскимъ; среди пригородовъ являются 3 новыхъ: Александровскій и Новодеревенскій, при чѣмъ первый изъ нихъ возникаетъ изъ части Шпасско-Дурицкаго пригорода. Въ 1910 году Большая и Малая Охта выдѣляются въ особый пригородъ, а оставшаяся часть 3 участка Выборгскаго участка получаетъ мы встрѣчаемъ еще одинъ новый самостоятельный участокъ, Новодеревенскій (помимо пригорода того же названія). Въ виду всего этого составъ сразу одну общую цѣльную таблицу за 10 лѣтъ мы не могли. Чтобы выйти изъ затрудненія, мы весь имѣвшій въ нашемъ распоряженіи, сырой матеріалъ разбили по пятилѣтнімъ и вмѣсто одной таблицы за все 10 лѣтъ составили двѣ таблицы по пятилѣтнімъ, для пераго пятилѣтія средина на 10 тысячъ мы вычислили въ населеніи по переписи 1900 года, а для второго—въ населеніи 1910 года, пользуясь данными предварительнаго подсчета населенія, недавно опубликованнаго Статистическимъ Отдѣленіемъ Петербургской Городской Управы, согласно этой переписи. Рядомъ съ этими таблицами мы помѣстили 3-ю, гдѣ приведена суммарная умирившая за оба пятилѣтія т. е. за все 10 лѣтъ, прочеемъ расчете смертности здѣсь свѣдѣламы по отношенію къ насел., среднему изъ 2-хъ послѣднихъ переписей. Такими образомъ нами все таки удалось отстоять одинъ изъ главныхъ принциповъ статистики, стоящихъ во главѣ угла ея, что выводы и заключенія только тогда могутъ претендовать на законность, когда они сдѣланы на основаніи цифрового матеріала, взятаго за болѣеюй промежутокъ времени.

Въ таблицѣ № 9 мы находимъ, что смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ въ среднемъ для Оттенскаго участка въ первомъ пятилѣтіи—11,4, а во 2-мъ—77,4‰. Такая разница не соответствуетъ истинѣ. Дѣло въ томъ, что въ 1910 году т. е. уже къ концу 2-го пятилѣтія, отъ этого участка отдѣляются Большая и Малая Охты и входятъ въ составъ пригородовъ. Правильнѣе будетъ

если мы этот участок сделаем однородным, т. е. так же, каким он был в среднем пятилетии, для чего нужно этот участок брать вместе с Ситомо, тогда мы найдем, что смертность от крупозной пневмонии со 2-го пятилетия, сравнительно с первыми, упадет со 11,4% до 9,3% и участок этот со 3 мѣста спустится на 9 (т. № 11). Получая таким образом при вычислении средних за 10 лѣтъ величину, выражающую интенсивность смертности от крупозного воспаления легких и от всех болезней, мы находим, что этот участок и во томъ и в другихъ отношеніяхъ займетъ 3 мѣсто (табл. № 10). Составить таблицу для частей города оказалось невозможнымъ изъ-за недостатка данных, но изъ нихъ мы знаемъ, что смертность от крупозного воспаления представляется величинами неоднородными, да они явились бы и лишними при наличии сбора по болѣе мелкимъ участкамъ, что дастъ болѣе точное и ясное представление.

Обращаясь къ обзору 3 отдѣла таблицы № 9, гдѣ приведена сводка 2 пятилѣтій и помѣщая данную интенсивности смертности отъ разбѣраемой болѣзни за всѣ 10 лѣтъ, мы находимъ въ числѣ первыхъ по смертности отъ этой болѣзни слѣд. участки: Рождественскій 3, 1, 2, Коломен. 2, Охтенскій \*) , Ал.-Невскій 2 и 3, Нарвскій 2-й, Петерб. 2 и 4. Въ этомъ отношеніи наши данныя почти цѣлкомъ совпадаютъ съ данными доктора Бушина: и у него въ числѣ первыхъ по смертности отъ крупозного воспаления легкихъ оказались участки: Рожд. 3, Ал.-Невск. 2 и 3, Колом. 2-й, Выб. 3-й, Рожд. 2, и Петерб. 2-й. Затѣмъ, и у него, и у меня наименьшую смертность отъ разбѣраемой болѣзни дали участки: 1 и 2 Адмир. части, Спасск. 1, Каз. 2 и 3, Лит. 1. Достойно вниманія, что участки, давшие наибольшую смертность и оказавшіеся въ этомъ отношеніи въ числѣ первыхъ, суть такіе, которые расположены на окраинахъ города, имѣютъ бѣдное населеніе и пользуются плохой репутаціей въ санитарномъ отношеніи, съ другой стороны, ихъ антиподы, т. е. участки, давшие наименьшую смертность, расположены центрально и суть богатые и благоустроенные районы столицы.

Если мы участки расположимъ въ нисходящемъ порядкѣ, въ зависимости отъ величины среднихъ на 10 тысячъ и будемъ сравнивать наши данныя съ таковыми доктора Бушина, то найдемъ, что 21 участокъ (Рожд. 3 и 2, Выб. 3, Колом. 2, Ал.-Н. 2 и 3, Спасскій 3, 4 и 1, Ал.-Н. 1, Пет. 3 и 2, Моск. 1 и 2, Лит. 1, 3 и 4, Каз. 2 и 3, Адмир. 1 и 2) или сохранили свои мѣста или очень слабо отодвинулись вверхъ или внизъ; усилилась замѣтно

\*) См. т. № 10.

смертность въ 7 участкахъ (всѣ участки Нарвской части, Рожд. 1-й, Каз. 1-й, Моск. 4-й и Лит. 2-й), а въ 9-ти (Пет. 1-й, Выб. 1-й и 2-й, Вас. 2-й, 3-й и 1-й, Моск. 3-й, Спасс. 2-й и Кол. 1-й) она упала. Если мы по даннымъ таблицъ №№ 9 и 11 сделаемъ расчетъ смертности на 10 т. отъ крупозного воспаления легкаго по пятилѣтнімъ для частей города, и располагая ихъ въ нисходящемъ порядкѣ, будемъ сравнивать съ данными д-ра Бушина, то получимъ слѣдующее:

1) Части давшія наибольшую смертность отъ крупозного воспаления легкаго (въ нисходящемъ порядкѣ):

За 1885—1900 гг. (Бушинъ) За 1901—1905 гг. За 1906—1910 гг.  
(Сред. на 10 т. по пер. 1890 г.) (по пер. 1900 г.) (по пер. 1910 г.)

Рождественская.	Рождественская.	Рождественская.
Петербургская.	Петербургская.	Колоненская.
Алекс.-Невская.	Алекс.-Невская.	Выборгская.
Выборгская.	Колоненская.	Алекс.-Невская.
Колоненская.	Выборгская.	Спасская.

Части съ наименьшею смертностью.

Адмиралтейская.	Адмиралтейская.	Адмиралтейская.
Литейная.	Казанская.	Литейная.
Казанская.	Васильевская.	Васильевская.
Спасская.	Литейная.	Казанская.

Какъ видно, данныя еще болѣе схожи между собою, мѣстами получается полное совпаденіе. Итѣя, оказывается, что за періодъ времени съ 1885 по 1910 годъ, т. е. въ теченіи 26-ти лѣтъ наблюдается почти неизмѣнно одно и то же: одни и тѣ же части и участки даютъ изъ года въ годъ наибольшую смертность отъ круп. пн., другіе же обнаруживаютъ обратное явленіе, т. е. даютъ минимальную смертность, причѣмъ незавидная привилегія первой принадлежить, какъ видно, бѣднымъ и плохимъ окраинамъ столицы, а прямую противоположность послѣднимъ составляетъ богатый и относительно благоустроенный центръ. Въ постоянствѣ этого явленія, на мой взглядъ, нужно видѣть уже своего рода правильность, считать его закононѣрнымъ. Д-ръ Гауль, обнаружившій на своихъ данныхъ наиб. заболѣваемость и см.—6 отъ сыпного тифа на окраинахъ города, говоритъ, что такое распределеніе сыпного тифа не составляетъ особености, принадлежащей исключительно этой болѣзни, что эти участки поражаются преимущественно также и другими инфекционными болѣзнями; другіе авторы говорятъ о томъ

Т А Б Л И

Смертность отъ крупозного воспаления легкихъ по участкамъ Петербурга и

Части и участки.	1901-1905 г.					Июль 1905 г.	Население 1900 года	Средняя на 10 т. жит. въ годъ.
	1901 г.	1902 г.	1903 г.	1904 г.	1905 г.			
Адмиралтейская 1 . . . . .	7	8	9	14	16	54	17964	6,0
"    2 . . . . .	14	10	17	10	10	61	22308	5,5
Казанская 1 . . . . .	13	19	13	24	11	80	20593	7,8
"    2 . . . . .	16	16	11	12	11	66	19109	6,9
"    3 . . . . .	8	16	5	7	13	49	16781	5,8
Спасская 1 . . . . .	11	5	6	9	6	37	14434	5,1
"    2 . . . . .	8	8	4	6	6	30	11321	5,3
"    3 . . . . .	34	42	47	46	48	217	55199	7,9
"    4 . . . . .	24	27	35	28	36	150	31819	9,4
Коломенская 1 . . . . .	31	48	33	38	31	181	38093	9,5
"    2 . . . . .	34	38	36	24	40	172	33338	10,3
Нарвская 1 . . . . .	27	41	36	34	27	165	41696	7,9
"    2 . . . . .	41	35	35	50	56	217	45603	9,5
"    3 . . . . .	24	29	35	35	42	165	34610	9,5
"    4 . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Московская 1 . . . . .	22	24	21	23	22	112	32654	6,9
"    2 . . . . .	18	13	27	29	20	107	30564	7,1
"    3 . . . . .	19	28	38	39	26	150	41353	7,3
"    4 . . . . .	39	38	44	44	37	202	50567	8,0
Ап.-Невская 1 . . . . .	21	33	27	22	13	116	29805	7,8
"    2 . . . . .	38	52	45	60	44	239	43278	11,0
"    3 . . . . .	32	58	53	59	64	266	51848	10,3
"    4 . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Рождественская 1 . . . . .	37	34	35	42	41	189	36038	10,5
"    2 . . . . .	34	27	25	32	38	156	34850	9,0
"    3 . . . . .	47	49	41	44	61	242	34473	14,0

Ц А № 9.

его пригородамъ (безъ нижнихъ чиновъ, согласно медиц. свид. о смерти).

1906 г.	1907 г.	1908 г.	1909 г.	1910 г.	Июль 1906-1910 г.	Население 1910 года.	Средняя на 10 т. жит. въ годъ.	ВСЕГО 1901-1910 г.		Нис. средн. по приг. 1901-1910 г.	Средняя на 10 т. жит. въ годъ.
								1901-1910 г.	Нис. средн. по приг. 1901-1910 г.		
7	8	13	13	15	56	18228	6,1	110	18096	6,1	
11	10	10	8	13	52	21504	4,8	113	21906	5,2	
18	18	21	25	15	97	20181	9,6	177	20387	8,7	
7	14	23	11	15	70	20291	6,9	136	19700	6,9	
9	7	15	7	10	48	17063	5,6	97	16922	5,7	
7	8	10	7	11	43	14184	6,1	80	14309	5,5	
3	9	4	10	7	33	10714	6,2	63	11017	5,7	
47	58	56	42	59	262	52121	10,1	479	53660	8,9	
21	24	24	26	32	127	32717	7,8	277	32268	8,6	
31	35	32	21	46	165	43636	7,6	346	40864	8,5	
37	46	56	51	61	251	41596	12,1	423	37467	11,3	
39	47	35	32	47	200	44442	9,0	365	43069	8,5	
45	61	52	68	62	288	65281	8,8	505	55442	9,1	
27	46	49	41	42	205	51149	8,0	370	42880	8,6	
16	21	25	25	26	113	31279	7,2	113	—	—	
15	23	21	26	28	113	33080	6,8	225	32822	6,9	
19	20	32	23	36	130	32689	7,6	237	31431	7,5	
30	31	22	25	35	143	43171	6,6	293	42262	6,9	
43	54	73	63	66	299	64771	9,2	501	57669	8,7	
24	27	30	22	32	135	37655	7,2	251	33730	7,4	
44	45	50	46	50	236	50352	9,4	475	46815	10,1	
41	59	53	59	60	272	55191	9,9	538	53519	10,0	
23	40	29	29	42	163	29371	11,1	163	—	—	
43	50	54	47	42	236	47224	10,0	425	41631	10,2	
32	46	48	44	48	218	46157	9,4	374	40503	9,2	
52	45	52	45	69	163	42718	12,3	505	38596	13,1	

Продолжение

таблицы № 9.

Части и участки.	1901 г.	1902 г.	1903 г.	1904 г.	1905 г.	Итого 1901-1905 гг.	Население в 1905 году.	Среднее на 10 кв. жит. в год.	1906 г.	1907 г.	1908 г.	1909 г.	1910 г.	Итого 1906-1910 гг.	Население по переписи 1910 года.	Среднее на 10 кв. жит. в год.	ВСЕГО 1901-1910 гг.	Нас. средн. по переписи 1901-1910 гг.	Среднее на 10 кв. жит. в год.
	Литейная 1. . . . .	21	24	19	20	12	96	27152	7,1	9	23	16	24	19	91	33520	5,4	187	30336
" 2. . . . .	25	31	29	27	22	134	32335	8,3	24	46	25	16	20	131	32481	8,1	265	32408	8,2
" 3. . . . .	26	24	29	29	21	129	31976	8,1	21	24	24	12	17	98	31560	6,2	227	31768	7,1
" 4. . . . .	13	20	11	16	10	70	22559	6,2	11	29	27	22	16	105	26078	8,1	175	24318	7,2
Васильевская 1. . . . .	12	19	30	13	28	102	34298	5,9	17	22	19	29	27	114	38868	5,9	216	36583	5,9
" 2. . . . .	39	41	32	54	32	198	50292	7,9	19	47	35	40	32	173	49516	7,0	371	49904	7,4
" Суворов.	32	25	48	38	33	176	46497	7,6	25	38	29	30	34	156	45062	6,9	332	45779	7,3
" Гаванск.	—	—	—	—	—	—	—	—	35	42	44	52	57	230	57474	8,0	230	—	—
Петербургская 1. . . . .	34	29	32	35	47	177	39220	9,0	35	50	45	47	50	227	59995	7,6	404	49607	8,1
" 2. . . . .	56	59	62	59	54	290	47102	12,3	47	49	48	49	51	244	59697	8,2	534	53400	10,0
" 3. . . . .	28	21	25	23	39	136	29570	9,2	16	40	35	25	36	152	43506	7,0	283	36538	7,9
" 4. . . . .	6	5	3	2	2	18	3733	9,6	42	38	50	33	58	221	49530	8,9	239	26633	9,0
Выборгская 1. . . . .	29	28	38	26	23	144	33701	8,5	12	35	25	25	29	126	37495	6,7	270	35598	7,6
" 2. . . . .	24	21	37	18	28	128	32362	7,9	31	43	37	41	49	201	55812	7,2	329	44087	7,5
Охтенский Новодеревенский	28	28	47	41	25	169	29507	11,4	38	30	50	44	3	165	42617	7,4	334	16884	19,8
Безъ адреса и призражя.	40	50	44	77	62	273	—	—	47	72	87	85	67	358	—	—	631	—	—
Итого въ городѣ . . . . .	1012	1123	1164	1207	1157	5663	1248122	9,1	1120	1486	1495	1398	1541	7040	1599139	8,8	12703	1423630	8,9
Охта	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Лѣсной . . . . .	23	45	34	32	34	168	22334	15,0	24	35	27	26	38	150	30125	10,0	318	26229	12,1
Новодеревенский	—	—	—	—	—	—	—	—	17	23	19	18	31	108	18355	11,8	108	—	—
Шлиссельбургский	71	83	69	61	79	363	78714	9,2	55	48	51	65	47	266	63468	8,4	629	71091	8,8
Александровский	—	—	—	—	—	—	—	—	22	29	27	19	29	126	36101	7,0	126	—	—
Полостровский	19	26	24	31	30	130	21544	12,1	25	36	25	18	43	147	31667	8,1	277	28855	9,6
Петергофский	58	67	74	137	95	431	68899	12,5	91	70	88	91	120	460	84231	10,9	891	76565	11,6
Итого въ пригородахъ . . . . .	171	221	201	261	238	1092	191491	11,4	234	241	237	237	353	1302	308569	8,4	2394	250030	9,6
Всего . . . . .	1183	1344	1365	1468	1395	6755	1439613	9,4	1354	1727	1732	1635	1894	8342	1907708	8,7	15097	1673660	9,0

же. Мелиховъ <sup>105</sup>) нашелъ, что наибольшее число больныхъ цингой и умершихъ отъ нея было въ участкахъ, близкихъ по санитарнымъ условіямъ. Смертность отъ кори по Риккертсону <sup>110</sup>) наибольшая была въ участкахъ: Выб. 2-мъ, Ал.-Невск. 3-мъ и 2-мъ, Пет. 3-мъ, Рожд. 1-мъ, Моск. 4-мъ, а наименьшая въ Адм. 2-мъ, Спасск. 1-мъ и 2-мъ, Лит. 1-мъ и 2-мъ, 3 и 4-мъ, Адм. 1-мъ. Райскій <sup>117</sup>) нашелъ, что больше всего умираютъ отъ чихотки легкихъ въ участкахъ, населенныхъ бѣдными рабочими людьми.

Полагая найти связь между смертностью отъ крупозаго воспаления легкихъ по отдѣльнымъ районамъ со смертностью въ нихъ отъ всѣхъ болѣзней, и составилъ особую таблицу (т. № 10), гдѣ параллельно съ данными о смертности отъ разбираемой болѣзни по участкамъ за десять лѣтъ, приведены данныя объ общей смертности отъ всѣхъ болѣзней, и не ошибъ въ своихъ расчетахъ: въ этой таблицѣ мы наталкиваемся на тотъ краснорѣчивый фактъ, что та и другая смертность очень часто находится почти въ полномъ соотвѣствіи между собою, идутъ въ унисонъ, рука объ руку. Здѣсь, съ одной стороны, мы видимъ плохе, бѣдные крайние участки: Охтенскій, Рожд. 3-й и 2-й, Колоненск. 2-й, Ал.-Невскій 2-й и 3-й, Нарвск. 2-й, гдѣ вѣдь съ максимальной смертностью отъ крупозаго воспаления легкихъ наблюдается таковая и отъ всѣхъ болѣзней, а съ другой стороны, центральные, богатые, благоустроенные участки Адмиралтейской, Литейной частей, Казанскій 2 и 3, Спасскій 2 и 1, Васильевскій 1, Московскій 1, гдѣ въ минимальной степени наблюдаются то и другое.

Въ 1 участкѣ Казанской части располагается Воспитательный домъ, который одинъ за 10 лѣтъ далъ 7867 смертей отъ всѣхъ болѣзней, въ то время, какъ безъ него во всемъ 1 участкѣ Казанской части смертей отъ всѣхъ болѣзней оказалось 2678; этотъ участокъ вѣдь нами безъ Воспитательнаго дома при вычисленіи смертности отъ всѣхъ болѣзней, какъ это сказано и въ Ежегодникѣ Петербурга; что же касается крупозаго воспаления легкихъ, то отъ этой болѣзни умерло вѣдьшера Воспитательнаго дома за 10 лѣтъ всего 7 человекъ, и они вошли въ общую сумму всѣхъ смертейъ случившейся отъ разбираемой болѣзни въ данномъ участкѣ.

Таблица № 11. Обзоръ этой таблицы гдѣ приведены данныя за каждое пятилѣтіе, снова подтверждаетъ только что сдѣланный общій выводъ: въ каждомъ изъ этихъ пятилѣтій мы видимъ въ числѣ первыхъ по смертности отъ крупозаго воспаления легкихъ, одни и тѣ же худше, бѣдные и отдаленные отъ центра участки: Рожд. 3, Колоненск. 2, Ал.-Невск. 2 и 3, Охтенскій, въ противоположность имъ на концѣ размѣщаются и такъ и здѣсь центральные, богатые и благоустроенные участки. Изъ лонкихъ участковъ

во 2-мъ пятилѣтій высокую смертность отъ данной болѣзни дали Александро-Невскій IV и Новодеревенскій, другіе же два: Нарвскій IV и Гаваискій въ этомъ отношеніи стоятъ довольно далеко отъ начала таблицъ. Достойно вниманія, что нѣкоторые участки, расположенные центрально, во 2-мъ пятилѣтій дали большую смертность и въ силу этого перескочили довольно высоко вверхъ: такъ, Спасскій 3-й, занимавшій въ первомъ пятилѣтій 20-е мѣсто, во 2-мъ пятилѣтій переходитъ на 4-е мѣсто; Казанскій 1-й въ первомъ пятилѣтій стоялъ на 24-мъ мѣстѣ, а во 2-мъ занялъ уже 8-е; съ другой стороны, встречаются участки (независимо отъ географическаго расположенія), гдѣ смертность во 2-мъ пятилѣтій рѣзко упала: такъ Петерб. 2-й, занимавшій въ первомъ пятилѣтій по смертности отъ кр. в. легкихъ, 2-е мѣсто, во 2-мъ пятилѣтій спустился на 16-е мѣсто, Спасск. IV съ 12-го перешелъ на 21-е, Петерб. 3-й съ 13-го на 29-е, Нарвск. III съ 11-го на 19-е. При-сматриваясь ближе къ даннымъ по пятилѣтіямъ, отдѣльно и сопоставляя ихъ между собою по соответственнымъ районамъ, замѣняемъ, что смертность отъ крупозаго воспаления легкихъ (по медицин. свидѣт.) измѣнилась въ 16-ти участкахъ, давъ всюду въ нихъ замѣтную разницу въ сторону усиленія или ослабленія, выходящую за предѣлы обычныхъ колебаній, свойственныхъ этой болѣзни. Упала смертность отъ этой болѣзни во 2-мъ пятилѣтій въ 11-ти участкахъ (Петербург. 2-й, Ал.-Невск. 2-й, Колом. 1-й, Нарвск. 3-й, Спасск. 4-й, Петерб. 3-й и 1-й, Выб. 1-й и 3-й или Охтенскій, Лит. 3-й и 1-й), а усилилось въ 5-ти (Моск. 4-й, Спасск. 3-й, Казанск. 1-й, Лит. 4-й, Нарвск. 1-й). Разница въ уменьшеніи смертности между первымъ колеблемъ довольно широко, между 4, 1—1, 4<sup>1000</sup> и разниа въ усиленіи между вторыми лежитъ въ предѣлахъ между 1,9—2,2<sup>1000</sup>. Разбираясь въ этихъ, только что приведенныхъ данныхъ, мы выносимъ такое впечатлѣніе, что крупозное воспаление легкихъ имѣетъ свойство протекать неравно-мѣрно, обнаруживая явную наклонность время отъ времени *мысленно* то ожесточаться, давать вспышки мелнкихъ ограниченныхъ эпидемій, то затихать. Если даже въ примѣненіи къ только что приведеннымъ даннымъ слово «эпидемія» слишкомъ громко и неумѣстно, то все-же, судя по нимъ нельзя отрицать того, что въ разбираемый періодъ, особенно въ первомъ пятилѣтій, наблюдались по *отдѣльнымъ участкамъ* ожесточенія или вспышки этой болѣзни.

Въ связи съ этими данными, мнѣ кажется, будетъ очень кстати привести рядъ любопытныхъ свидѣній объ этой болѣзни, почерпнутыхъ нами изъ литературныхъ источниковъ. Дѣло въ

ТАБЛИЦА № 10.

Расчет смертности от крупозного воспаления легких и от всех болезней за 1901—1910 г.г. на 10000 жителей (население среднее по переписям 1900—1910 г.г.).

№№	Участки расположенные в низкаждшемъ порядкѣ по смертности отъ крупознаго восп. легкихъ.	Средня на 10000 жит. въ годъ за 10 лѣтъ восприт. отъ круп. восп. легкихъ.		
		Средня на 10000 жит. въ годъ за 10 лѣтъ по смерти отъ всехъ болѣзней (населеніе среднее по переписямъ 1900—1910 г.г.).	Средня на 10000 жит. въ годъ за 10 лѣтъ по смерти отъ крупознаго восп. легкихъ (населеніе среднее по переписямъ 1900—1910 г.г.).	№№ по порядку въ анализѣ отъ расположенія участковъ болѣзней.
1	Рождественскій 3-й . . .	13,1	366,6	1
2	Коломенскій 2-й . . .	11,3	293,2	5
3	Охтенскій *) . . . . .	10,3	296,0	4
4	Рождественскій 1-й . . .	10,2	230,6	13
5	Алекс.-Невскій 2-й . . .	10,1	290,3	7
6	" 3-й . . . . .	10,0	316,2	2
7	Петербургскій 2-й . . .	10,0	225,9	15
8	Рождественскій 2-й . . .	9,2	253,6	8
9	Нарвскій 2-й . . . . .	9,1	234,8	12
10	Петербургскій 4-й . . .	9,0	220,6	17
11	Спасскій 3-й . . . . .	8,9	222,5	16
12	Казанскій 1-й . . . . .	8,7	131,3	35
13	Московскій 4-й . . . . .	8,7	194,4	21
14	Спасскій 4-й . . . . .	8,6	184,5	22
15	Нарвскій 3-й . . . . .	8,6	291,3	6
16	Коломенскій 1-й . . . .	8,5	179,9	24
17	Нарвскій 1-й . . . . .	8,5	198,6	20
18	Литейный 2-й . . . . .	8,2	149,8	28
19	Петербургскій 1-й . . .	8,1	211,1	18
20	" 3-й . . . . .	7,9	226,3	14

\*) Охтенскій участокъ имѣетъ выдѣлъ въ Охтанѣ.

Продолженіе таблицы № 10.

№№	Участки расположенные в низкаждшемъ порядкѣ по смертности отъ крупознаго восп. легкихъ.	Средня на 10000 жит. въ годъ за 10 лѣтъ смерт. отъ круп. восп. легкихъ.		
		Средня на 10000 жит. въ годъ за 10 лѣтъ по смерти отъ всехъ болѣзней (населеніе среднее по переписямъ 1900—1910 г.г.).	Средня на 10000 жит. въ годъ за 10 лѣтъ по смерти отъ крупознаго восп. легкихъ (населеніе среднее по переписямъ 1900—1910 г.г.).	№№ по порядку въ анализѣ отъ расположенія участковъ болѣзней.
21	Выборгскій 1-й . . . . .	7,6	250,7	9
22	" 2-й . . . . .	7,5	301,2	3
23	Московскій 2-й . . . . .	7,5	175,8	25
24	Алекс.-Невскій 1-й . . .	7,4	206,0	10
25	Васильевскій 3-й . . . .	7,4	245,0	10
26	Суворовскій . . . . .	7,3	240,4	11
27	Литейный 4-й . . . . .	7,2	152,0	27
28	" 3-й . . . . .	7,1	140,9	31
29	Казанскій 2-й . . . . .	6,9	184,1	23
30	Московскій 1-й . . . . .	6,9	143,1	29
31	" 3-й . . . . .	6,9	169,5	26
32	Литейный 1-й . . . . .	6,2	132,7	34
33	Адмиралтейскій 1-й . . .	6,1	105,9	38
34	Васильевскій 1-й . . . .	5,9	141,0	30
35	Казанскій 3-й . . . . .	5,7	134,7	33
36	Спасскій 2-й . . . . .	5,7	140,2	32
37	" 1-й . . . . .	5,5	117,5	36
38	Адмиралтейскій 2-й . . .	5,2	110,7	37
<b>Пригороды:</b>				
1	Лѣсной . . . . .	12,1	290,6	—
2	Петергофскій . . . . .	11,6	332,2	—
3	Полостровскій . . . . .	9,6	291,8	—
4	Шлиссельбургскій . . . .	8,8	318,6	—

том, что все авторы, наблюдавшие крупную пневмонию, как клиницисты, так и эпидемиологи, в один голос заявляют, что крупная пневмония временами становится заразной и принимает эпидемический характер; эти эпидемии иногда захватывают большие районы, напр., города, провинции, но это случается редко: чаще всего, даже постоянно, из года в год наблюдаются мелкие вспышки, ограниченные на протяжении пространства, так называемая гриппозная эпидемия, напр., в училищах, тюрьмах, казармах и пр. Многие из этих случаев отнóсят еще, что те формы крупной пневмонии, которая становится заразительными и разрастается до степени эпидемии, имеют свои анатомические и клинические особенности, отличающие их от доброкачественных форм. Когда Пу-Раскина<sup>40)</sup> в своей статье о крупной пневмонии приводит ряд примеров, вытекающих от других авторов и подтверждающих сказанное сейчас (Klebs, Jørgensen, Kühn и др.). Проф. Jørgensen<sup>41)</sup> по этому поводу говорит следующее: «как особая категория причин должны быть упомянуты, конечно, эпидемиологические факторы, издавна обращавшие на себя внимание врачей, но еще и помнить нть для них вполне удовлетворительного объяснения. Их проявление обнаруживается в следующих 2-х особенностях болезни: 1) периодические колебания частоты болезни в связи с временами года и, повидному, находящиеся в зависимости от метеорологических влияний, так что можно наобразить годовую кривую пневмонических заболеваний; 2) пневмония при известных условиях обнаруживает заразный характер, что этой болезни обыкновенно не свойственно; имеют вполне достоверная данные наблюдения относительно семейных доновых, казарменных и тюремных эпидемий, причем оказалось в большинстве случаев, что некоторая из этих заразных пневмоний и в клинической течении, и в анатомической картинѣ имѣли свои особенности, так, что они должны быть приняты, как особые формы болезни. Раньше причину появления таких форм крупного воспаления легких, полагали во влиянии пораженной местности и придавали большое значение почвенным условиям, потомъ бактериология показала все отдаленные стороны объяснить колебаниями вирулентности бактерий. В настоящее время больше недовольствуются этии болѣе догматическими, чѣм доказательными объяснениями, и снова дѣлается попытка находить достаточную причину для такой особенности в индивидуальных и, вообще эпидемиологических свойствах». Loewett<sup>42)</sup> в одном маленькомъ участкѣ наблюдал 6 случаевъ крупной пневмонии,

одинъ за другимъ, въ промежуткѣ 9-ти дней. Spraul<sup>43)</sup> описывает одну домовую эпидемию, гдѣ обнаружили 4 случая на протяжении 4—12 дней, причемъ двое умерло; въ мѣстѣ находились палочки, очень похожи на pneumobacillum Friedländer'a; послѣ основательной дезинфекціи жилища случаи заболевания больше не повторялись. Rowel<sup>44)</sup> наблюдалъ въ одной деревушкѣ подрядъ 9 случаевъ долевой пневмонии съ очень тяжелыми явлениями, причемъ у всѣхъ обнаружилась большая слабость сердца; семеро изъ 9 умерло, у 4-хъ зараза была отъ человека къ человеку, а у 2-хъ посредствомъ, черезъ прислугу. Кольскій<sup>45)</sup> касаясь вопроса о contagiозности крупной пневмонии и смѣлая на цѣлый рядъ ученыхъ сторонниковъ и противниковъ этого взгляда, склонился самъ къ тому, что болезнь не очень contagiозна, ибо въ его больничномъ матеріалѣ за 12 лѣтъ, при 4149-ти случаяхъ круп. пневмонии, было зарегистрировано только 21 случай у сидѣлокъ и 6 у больничныхъ служителей. Penzold<sup>46)</sup> говоритъ, что въ послѣднее время приводится все больше наблюдений о возможности посредственного переноса заразы, черезъ платье, постельные принадлежности, равно какъ зараженіи при долгомъ и близкомъ общении.

Параллельно съ этими наблюдениями глубокой интересъ представляютъ те наблюдения, которая подсказываютъ намъ, гдѣ же собственно мы должны искать источникъ эпидемиологической особенности крупной пневмонии, придающей ей заразительность и способное давать время отъ времени ограниченныя гриппозная эпидемии. Мы уже знаемъ со словъ проф. Юргенса<sup>41)</sup>, что въ этомъ явленіи ученые сравнительно еще недавно видѣли влияние пораженной местности и придавали большое значение почвеннымъ условиямъ. Игнатьевъ<sup>47)</sup> на основаніи своихъ наблюдений приходитъ къ убѣжденію, что инфекция крупного воспаления легкихъ имеетъ миазматический характеръ. Д-ръ Purjess<sup>48)</sup> приходитъ къ тому заключенію, что крупная пневмония — болезнь миазматическая, экзогенная, проявление которой тѣсно связано съ мѣстными почвенными условиями. Онь и проф. Penzold, говоря о школьныхъ казарменныхъ эпидеміяхъ, наипротивъ на то, что специфические микробы были найдены въ подпольной засылкѣ такихъ зараженныхъ домовъ. Другіе авторы отнóсятъ, что такъ называемая домовая эпидемия обнаруживалась въ помещеніяхъ переполненныхъ и душно провѣтриваемыхъ. Mendelsohn<sup>49)</sup> сообщаетъ, что въ одной семьѣ, состоявшей изъ 5-ти членовъ, заболѣло 4 человека послѣ того, какъ она поселилась въ чрезвычайно запущенной квартирѣ. Д-ръ Альбицкій<sup>50)</sup> наблюдавший вспышку эпидемии крупной пневмонии



ТАБЛИЦА № 11.

Смертность от крупозного воспаления легких в Петербурге и его пригородах по пятилетиям (средняя на 10000 жителей рассчитывается в этой таблице в нисходящем порядке).

За 1901—1905 г.г. (по пер. 1900 г.)		За 1906—1910 г.г. (по пер. 1910 г.)	
№№ по гор.	УЧАСТКИ:	№№ по гор.	УЧАСТКИ:
	Средняя на 10 тыс.		Средняя на 10 тыс.
1	Рождества, 3-й . . . . . 14,0	1	Рождества, 3-й . . . . . 12,3
2	Петербургский 2-й . . . . . 12,3	2	Петербургский 2-й . . . . . 12,1
3	Выборгский 3-й . . . . . 11,4	3	Алекс. Невск. 4-й . . . . . 11,1
4	Алекс. Невск. 2-й . . . . . 11,0	4	Спасский 3-й . . . . . 10,1
5	Рождества, 1-й . . . . . 10,5	5	Рождества, 1-й . . . . . 10,0
6	Коломенский 2-й . . . . . 10,3	6	Александровск. 3-й . . . . . 9,9
7	Алекс. Невск. 3-й . . . . . 10,3	7	Новоделевенский . . . . . 9,9
8	Петербургский 4-й . . . . . 9,6	8	Казанский 1-й . . . . . 9,6
9	Коломенский 1-й . . . . . 9,5	9	Охтенский *) . . . . . 9,5
10	Нарвский 2-й . . . . . 9,3	10	Алекс. Невск. 2-й . . . . . 9,3
11	3-й . . . . . 9,3	11	Рождества, 2-й . . . . . 9,4
12	Спасский 4-й . . . . . 9,4	12	Московский 4-й . . . . . 9,2
13	Петербургский 3-й . . . . . 9,2	13	Нарвский 1-й . . . . . 9,0
14	Рождества, 2-й . . . . . 9,0	14	Петербургский 4-й . . . . . 8,9
15	Петербургский 1-й . . . . . 9,0	15	Нарвский 2-й . . . . . 8,8
16	Выборгский 1-й . . . . . 8,9	16	Петербургский 2-й . . . . . 8,2
17	Литейный 2-й . . . . . 8,3	17	Литейный 2-й . . . . . 8,1
18	3-й . . . . . 8,1	18	4-й . . . . . 8,1
19	Московский 4-й . . . . . 8,0	19	Нарвский 3-й . . . . . 8,0
20	Спасский 3-й . . . . . 7,9	20	Гаванский . . . . . 8,0
21	Нарвский 1-й . . . . . 7,9	21	Спасский 4-й . . . . . 7,8
22	Васильевский 2-й . . . . . 7,9	22	Коломенский 1-й . . . . . 7,6
23	Выборгский 2-й . . . . . 7,9	23	Московский 2-й . . . . . 7,6
24	Казанский 1-й . . . . . 7,8	24	Петербургский 1-й . . . . . 7,6

\*) Охтенский участок здесь являл связь с Охтиной, так что этот участок в связи пятилетиями будет представляться петербургским.

Продолжение таблицы № 11.

За 1901—1905 г.г. (по пер. 1900 г.)		За 1906—1910 г.г. (по пер. 1910 г.)	
№№ по гор.	УЧАСТКИ:	№№ по гор.	УЧАСТКИ:
	Средняя на 10 тыс.		Средняя на 10 тыс.
25	Алекс. Невск. 1-й . . . . . 7,8	25	Нарвский 4-й . . . . . 7,2
26	Васильев. 3-й (Сув.) . . . . . 7,6	26	Алекс. Невск. 1-й . . . . . 7,2
27	Московский 3-й . . . . . 7,3	27	Выборгский 2-й . . . . . 7,2
28	2-й . . . . . 7,1	28	Васильевский 2-й . . . . . 7,0
29	Литейный 1-й . . . . . 7,1	29	Петербургский 3-й . . . . . 7,0
30	Казанский 1-й . . . . . 6,9	30	Казанский 2-й . . . . . 6,9
31	Московский 1-й . . . . . 6,9	31	Суворовский . . . . . 6,9
32	Литейный 4-й . . . . . 6,2	32	Московский 1-й . . . . . 6,8
33	Адмиралтейский 1-й . . . . . 6,0	33	Выборгский 1-й . . . . . 6,7
34	Васильевский 1-й . . . . . 5,9	34	Московский 3-й . . . . . 6,6
35	Казанский 3-й . . . . . 5,8	35	Спасский 2-й . . . . . 6,2
36	Адмиралтейский 2-й . . . . . 5,5	36	Литейный 3-й . . . . . 6,2
37	Спасский 2-й . . . . . 5,3	37	Адмиралтейский 1-й . . . . . 6,1
38	1-й . . . . . 5,1	38	Спасский 2-й . . . . . 6,1
		39	Васильевский 1-й . . . . . 5,9
		40	Казанский 3-й . . . . . 5,6
		41	Литейный 1-й . . . . . 5,4
		42	Адмиралтейский 2-й . . . . . 4,8
	<b>Пригороды:</b>		
1	Льсной . . . . . 15,0		
2	Петергофский . . . . . 12,5		
3	Полустровский . . . . . 12,1		
4	Шлиссельбургский . . . . . 9,2		
		<b>Пригороды:</b>	
		1	Новоделевенский . . . . . 11,8
		2	Петергофский . . . . . 10,9
		3	Льсной . . . . . 10,0
		4	Шлиссельбургский . . . . . 8,4
		5	Полустровский . . . . . 8,1
		6	Александровский . . . . . 7,0

среди нижних чинов в Демьянши и обнаруживши, что все случаи возникли в нижнем этаже казармы, дает описание этому помещению: „в нижнем этаже казармы пол был ординарный, безъ нижнего наката, на балках, прямо лежащих на землѣ и оказавшихся сгнившими, подъ поломъ былъ сырой песокъ, нижняя поверхность половъ и балки сплошь были покрыты гродными массами плѣсени и грибовъ, подпольное пространство не провѣтривалось, за неизбѣгомъ отдушинъ“. Д-ръ Penkert<sup>82)</sup>, описывая эпидемию круп. пневмонии въ мартѣ 1887 года въ мѣстечкѣ R, передаетъ слѣдующія наблюдѣнія: первые случаи заболѣванія появились у дѣтей, посѣщавшихъ сельскую школу; въ текущемъ году, весною въ R было очень высокое стояніе водъ; недалеко отъ мѣстечка находилось кладбище, почва котораго была порозна, и, когда вода стала спадать, въ почвѣ началось усиленное разложене 22—23-го марта дулъ сильный вѣтеръ, имѣвшій направленіе отъ кладбища какъ разъ на тотъ домъ, гдѣ помещалась школа. Когда школа была закрыта по случаю праздниковъ, новыя заболѣванія не было; по мнѣнію Penkert'a, зараза, вызвавшая крупозную эпидемию, была занесена вѣтромъ съ кладбища въ школу; Penkert наблюдаетъ также весною взрывъ небольшой крупозной эпидемии на одномъ хуторѣ; источникъ заразы по автору нужно было искать въ названной кучѣ, которая гнила недалеко отъ жилищъ помѣщени; заболѣванія наблюдались, именно, въ тѣхъ комнатахъ, окна которыхъ были обращены къ названной кучѣ; заболѣванія прекратились съ уборкою ея. Вотъ такого рода заявленія, повторяющіяся съ теченіемъ времени все чаще, начинаютъ пріобрѣтать все большую вѣроятность и правдоподобность. Опираясь на эти заявленія, и мы начинаемъ отдавать себѣ болѣе или менѣе ясный отчетъ въ томъ, почему на окраинахъ, населенныхъ бѣдными, темными людьми и отличающихся плохими санитарными условіями, крупозная пневмония даетъ наибольшую смертность, въ то время какъ въ богатыхъ и благоустроенныхъ районахъ этого почти не приходится наблюдать. Чтобы выяснитъ, значеніе санитарныхъ условій для смертности отъ круп. пневмоніи, мы составили особую таблицу (№ 12) гдѣ, рядомъ съ данными о смертности отъ нея по участкамъ, приводимъ данныя санитарнаго состоянія послѣднихъ, причемъ мѣримомъ общаго санитарнаго состоянія участковъ, какъ и у д-ра Гауля, взяты скученность и густота населенія, обезпеченность населенія водою, ватер-клозетами и ваннами и среднія годовая квартирная плата на 1-го челоука, причемъ участки въ этой таблицѣ расположены въ нисходящемъ порядкѣ по количеству жителей на 1 комнату. Такъ

какъ эти санитарныя указанія влдутъ изъ переписи 1900 года (болѣе позднихъ свѣдѣній еще не имѣется), то мы рѣшили сопоставить съ ними данныя о смертности отъ круп. пневмоніи лишь за первое пятилѣтіе, находя, что выводы, полученные такимъ путемъ, будутъ ближе соответствовать действительности.

Скученность въ помѣщеніяхъ, какъ неизбѣжный спутникъ бѣдности мѣстнаго населенія, издавна считалась факторомъ крайне печальнымъ въ санитарномъ отношеніи, тѣмъ какъ, создавая пыль, грязь, неряшливость, недостатокъ и дурное качество влѣхаемаго воздуха, она наноситъ явный вредъ здоровью обитателей и сильно способствуетъ, какъ уже безспорно доказано, развитію инфекционныхъ болѣзней, особенно тѣхъ изъ нихъ, которыя имѣютъ прилипчивый характеръ. Судя по даннымъ таблицы, повидимому, прямого отношенія къ смертности отъ крупозной пневмоніи скученность не имѣетъ: нѣтъ между ними прямого параллелизма; въ этомъ наши выводы вполне сходятся съ таковыми д-ра Бушина. Такъ Ал.-Н. 3-й (самая большая скученность) и Коломенскій 2-й имѣютъ неодинаковую скученность, даютъ одинаковую смертность; то же самое наблюдается по отношенію къ участкамъ Спасск. 3-му, Нарвск. 1-му, Выб. 4-му, Васильевск. 2-му, въ такомъ же родѣ и дальше. Однако нельзя не усмотрѣть слѣдующаго: въ первомъ ряду стояние по смертности отъ крупозной пневмоніи участки, какъ-то: Рожд. 3-й, Ал.-Н. 2-й и 3-й, Нарвск. 2-й и 3-й, Петерб. 3-й Кол. 2-й и др., отличаются въ то же время и своею большою скученностью, тогда какъ въ участкахъ, гдѣ скученность мала, напр. участки Аамир. и Лит. частей, Каз. 3-й, Моск. 1-й, Вас. 1-й и др., и смертность очень невелика. Слѣдовательно, связь между ними безусловно есть, только она не такъ явно бросается въ глаза, доказывая ея ірзо справедливости того положенія, что на такое сложное явленіе, какъ смертность, оказываетъ влияние не одинъ какой-либо факторъ, множество ихъ. Дальше, слѣдуетъ густота населенія, выражающаяся числомъ квадр. саженей на одного челоука. Какъ видно изъ таблицы, скученность и густота населенія находятся въ обратныхъ отношеніяхъ между собою; въ центральныхъ участкахъ при малой скученности большая густота, а на окраинахъ, гдѣ скученность громадна, густота населенія ничтожна т. е. сами эти участки относительно мало застроены, содержатъ въ себѣ мало пустырей, свободныхъ мѣстъ. Изъ первыхъ исключеніе составляетъ Спасскій 3-й, гдѣ и скученность и густота велики; а среди окраинныхъ участковъ такое исключеніе состав-

## Т А Б Л И Ц А № 12.

Свертность, отъ, курганато, восполненій лесныхъ въ Петербургѣ и его пригородахъ въ среднемъ въ годъ за періодѣ 1901—1905 г.г., сравнительно съ густотою насаденій, случаемыю учисляемо и лѣтъ санитарныхъ востановленій согласно даннымъ, взятымъ изъ пер. 1900 г. (средняя числа утверждены въ году на 10000 насаен).

№№ по порядку.	УЧАСТИИ:	Сколько чювокъ на кюмнату	Сколько кв. сажокенія чювока.	№ кв. съ 10 и болѣе жт. на кюмнату.	№ квартиръ съ водо-проводомъ.	№ квартиръ съ водо-проводомъ.	№ квартиръ съ ваннон.	Средняя годовая кварт. тнция пята въ кубн.	ни чювокъ	Длины по снортомъ отъ крпа. водост. лнжк. отъ крпа. водост. лнжк. отъ крпа. водост. лнжк.	1901—1905 г.г.	
											Мѣста, занятя учестъ по снортомъ отъ крпа. водост. лнжк.	Мѣста, занятя учестъ по снортомъ отъ крпа. водост. лнжк.
1	Ал.-Невскій 3	3,9	21,4	4,4	58,9	44,2	3,7	24	10,3	7		
2	Спасскій 3	3,7	2,2	3,4	92,9	90,0	5,7	35	7,9	20		
3	Ал.-Невскій 2	3,6	3,5	4,2	68,7	54,8	4,7	28	11,0	4		
4	Нарвскій 3	3,4	26,4	2,9	52,6	46,2	7,5	26	9,5	11		
5	" 2	2,7	18,2	1,6	81,9	74,4	10,6	30	0,8	21		
6	" 2	2,7	18,2	1,6	81,9	74,4	10,6	30	0,8	21		
7	Рождественскій 3	2,7	18,1	2,5	59,8	29,4	16,7	37	14,0	10		
8	Выборгскій 1	2,6	6,5	2,5	70,5	64,0	9,1	46	9,0	14		
9	Выборгскій 1	2,6	51,7	0,9	58,0	53,0	7,8	34	8,5	16		
10	Московский 4	2,6	6,6	2,4	84,4	74,2	12,0	52	8,0	19		
11	Колпеловскій 2	2,5	11,4	1,6	82,3	81,8	19,0	45	10,3	6		
12	Ал.-Невскій 1	2,4	46,0	2,0	71,8	71,5	14,8	47	7,8	25		
13	Василевскій 3	2,4	23,0	1,0	61,1	51,0	6,0	35	7,6	26		
14	Выборгскій 2	2,4	28,3	1,9	48,4	47,3	5,0	26	7,9	23		
15	Выборгскій 3	2,4	31,3	0,9	81	13,3	0,6	24	11,4	3		
16	Рождественскій 1	2,3	5,9	1,5	89,5	61,8	12,9	57	10,5	5		
17	Василевскій 2	2,3	25,8	1,6	68,8	66,3	8,4	46	7,9	22		
18	Петербургскій 3	2,3	26,4	0,3	59,2	53,7	8,6	42	9,2	13		
19	Спасскій 4	2,2	3,9	1,5	92,5	84,4	10,3	59	9,4	12		
20	Казапскій 2	2,0	3,4	0,9	89,1	82,6	12,1	68	6,9	30		
21	Казапскій 1	2,0	4,9	1,3	87,3	78,8	15,0	70	9,5	9		
22	Московский 3	2,0	4,3	0,9	88,8	83,5	20,2	54	6,3	17		
23	Петербургскій 1	2,0	11,8	0,8	67,9	54,0	7,0	47	6,2	22		
24	Петербургскій 2	1,9	3,3	0,9	93,0	87,2	21,2	84	7,1	28		
25	Московский 2	1,8	12,6	0,6	77,4	65,5	18,3	75	5,3	37		
26	Спасскій 2	1,7	10,0	0,7	82,4	75,9	23,2	129	5,1	38		
27	" 1	1,6	5,7	0,8	74,9	69,4	17,3	115	7,8	24		
28	Казапскій 1	1,6	4,8	0,8	91,8	85,0	25,4	105	7,1	29		
29	Литейный 1	1,6	4,8	0,8	91,3	85,5	28,4	105	8,3	29		
30	" 2	1,6	4,7	0,8	91,3	85,5	28,4	105	8,3	29		
31	Казапскій 1	1,5	6,3	0,6	92,6	84,7	19,8	106	5,8	35		
32	Московский 1	1,5	3,7	0,6	96,2	89,3	25,6	116	3,5	38		
33	Литейный 3	1,5	4,5	0,9	73,4	61,9	24,4	131	6,2	32		
34	Василевскій 1	1,4	8,9	0,8	80,5	68,8	35,7	107	5,9	34		
35	Василевскій 2	1,4	10,5	0,7	85,6	75,5	27,7	160	5,5	36		
36	Александритскій 1	1,1	13,1	0,6	80,4	70,1	28,4	177	6,0	33		
37	" 2	1,1	13,1	0,6	80,4	70,1	28,4	177	6,0	33		
38	Петербургскій 4	0,8	31,7	0,7	13,4	30,3	3,5	69	9,6	8		
<b>Пригороды:</b>												
1	Шлиссельбургскій	3,1	225,5	—	—	—	—	—	9,2	4		
2	Петергофскій	2,9	166,9	—	—	—	—	—	12,5	2		
3	Полостровский	2,4	208,9	—	—	—	—	—	12,1	3		
4	Лѣсной	0,8	536,5	—	—	—	—	—	15,0	1		

плета. Петерб. 4-й, гдѣ, наоборотъ, очень малы и скученность и густота. Обращаясь къ даннымъ таблицы, мы не можемъ усмотрѣть какой либо связи между густотою населенія и смертною отъ крупозной пневмоніи. То же можно почти сказать и относительно  $\frac{1}{10}$  квартиръ съ 10 и болѣе жителей на одну комнату. При сопоставленіи коэффициента смертности съ  $\frac{1}{10}$  квартиръ, снабженныхъ водопроводомъ обнаруживается слѣдующее: участки Моск. 1-й и 2-й, Каз. 3-й и 2-й, Лит. 1-й, стоящіе на 1 мѣстѣ по числу такихъ квартиръ, дали очень малую смертность; помноживъ этихъ 5 участковъ, можно насчитать еще 7 (Моск. 3-й, Адм. 1-й и 2-й, Лит. 4-й, Вас. 1-й, Спасск. 1 и 2-й), гдѣ квартиры съ водопроводомъ составляютъ крупный  $\frac{1}{10}$  по смертности стодвадцати полье конецъ. Съ другой стороны, мы насчитываемъ 10 участковъ (Выб. 3-й, Пет. 4-й, 3-й и 2-й, Нарвск. 3-й, Ал.-Н. 3-й и 2-й, Рожд. 3-й), стоящихъ по числу такихъ квартиръ въ числѣ послѣднихъ, по смертности отъ круп. восп. легкихъ раздѣлились въ 1-мъ ряду отъ начала. Но наряду съ этимъ мы встрѣчаемъ и такіе участки, гдѣ такого соответствія нѣтъ: напр. Спасскій 3-й и Выб. 2-й дали одинаковую смертность отъ крупозной пневмоніи, между тѣмъ по числу квартиръ съ водопроводомъ первый занимаетъ 3-е мѣсто отъ начала, а второй такое же мѣсто, но отъ конца. Тѣмъ не менѣе, не смотря даже на нѣкоторыя отступленія мы должны признать краснорѣчивый фактъ, что въ 22-хъ участкахъ изъ 38-ми т. е. въ 58% обнаружена явная связь между водоснабженіемъ квартиръ и смертною отъ круп. пневмоніи устанавливающая обратную зависимость между ними: чѣмъ лучше въ участкѣ водоснабженіе квартиръ, тѣмъ меньше смертности даетъ крупозная пневмонія, и обратно. Совершенно также относится смертность отъ этой болѣзни къ числу квартиръ въ участкахъ, снабженныхъ ватерклозетами: въ 9 участкахъ, гдѣ  $\frac{1}{10}$  такихъ квартиръ очень высока, данная по смертности отъ круп. восп. легкихъ наименьшая, а въ 11-ти участкахъ обнаружены въ этомъ отношеніи обратныя явленія, слѣд. въ 20-ти участкахъ изъ 38-ми обнаружена такая же обратная зависимость между тѣмъ и другимъ, какъ между смертною и водоснабженіемъ. Наконецъ, мы насчитали 11 участковъ, гдѣ при наибольшемъ числѣ квартиръ съ ваннами наблюдаются наименьшія данныя по смертности отъ круп. восп. легкихъ и 7 съ обратнымъ явленіемъ, т. е. въ 18 участкахъ или почти въ половинѣ всего участковъ, мы встрѣчаемъ тѣ же соотношенія, какія оказались для квартиръ съ водопроводомъ и съ ватерклозетами. Общее впечатлѣніе изъ этого получается такое, что чѣмъ

лучше участокъ обеспеченъ проведенной водою, тѣмъ смертность отъ круп. пневмоніи меньше, а, слѣд., и заболѣваемость \*) ею меньше, и наоборотъ. Такъ какъ количество истраченной воды на 1 человѣка служитъ мѣриломъ культурности даннаго населенія, или, какъ говоритъ Рубинеръ \*\*) съ полнѣмъ потребности въ водѣ идетъ рука объ руку подъесть всего культурнаго состоянія населенія, то, очевидно, что и для крупозной пневмоніи, какъ и для другихъ инфекціонныхъ болѣзней, имѣетъ большое значеніе степень культурности населенія, оказывающей огромное влияние на развитіе и распространене этой болѣзни въ данной мѣстности.

Связь смертности отъ круп. пневмоніи съ годовою квартирною платой въ рубляхъ на человѣка. И здѣсь мы насчитали 22 участка изъ 38-ми, гдѣ проявляется довольно отчетливо обратная зависимость между платой за квартиру и смертною отъ данной болѣзни. Такіе участки, какъ Адмиралтейскіе, Спасскій 1-й, Лит. 4-й, Спасск. 2-й, Лит. 1-й, Моск. 1-й, Вас. 1-й и др., гдѣ квартирная плата высока, приближается къ 100 р., или превосходитъ эту цѣну, по смертности отъ круп. восп. легкихъ расположились далеко позади, а наряду съ ними въ участкахъ (Рожд. 3-й, Выб. 3-й, Ал.-Нарвск. 2-й и 3-й, Кол. 2-й и др.), гдѣ квартирная плата низкая, данная интенсивности занимаетъ первая мѣста. Оказывается, что на развитіе и распространене крупозной пневмоніи оказываетъ большое влияние не только степень культурности населенія, но и экономическое положеніе его, степень большей или меньшей зажиточности его. Имя въ виду, что этии 2-мя условіями: культурностію и зажиточностію, довольно точно опредѣляется социальное положеніе населенія, мы приходимъ къ общему заключенію, что крупозная пневмонія, какъ и прочія инфекціонныя болѣзни, имѣютъ тенденцію распространяться болѣе среди бѣднаго трудового класса населенія. Строгаго соответствія, выдержаннаго до конца параллелизма мы не нашли, да оно и быть не можетъ, ибо тутъ действуют не одинъ-два фактора, а одновременно цѣлая совокупность ихъ, проявляется взаимодѣйствіе многихъ неблагоприятныхъ условій: плохія жилища, тяжелый трудъ, плохое питаніе, безупрѣчный образъ жизни, нерабочность въ вѣхъ, алкоголизмъ, которымъ такъ сильно одержимъ нашъ простой рабочій людъ. Кроме неизвѣстно, что алкоголизмъ, наряду со старостію, очень отягчаетъ теченіе крупозной пневмоніи и сильно ухудшаетъ прогнозъ болѣзни. Вообще, данный

\*) Выказываясь такъ, мы полагаемъ, что между заболѣваемостію и смертною существовать въ общемъ прямое отношеніе, на что мы имѣемъ ясное указаніе въ выводѣ 3-й главы.

вопрос надо захватить гораздо шире, принять в расчет, помимо санитарных условий, еще и другие стороны: характер местности особенно степень загрязнения почвы, качество населения участка, создавшийся здесь бытовые условия и пр. Не малое значение, по-видимому, имеют здесь и самый характер жилищ, будут ли это позадний этаж, деревянная постройка, так называемая семейная квартиры рабочих, угловая квартир, полчужие приюты и постоянные двory. Таблицы мы для них не приводим, ибо, пользуясь цифровым материалом Ежегодника Петербурга за 1904 г. и др. А. Кашкадамова<sup>15)</sup>, открыто говоря, не могли найти связи между ними и смертностью от разбразаемой бозьзни. Но на основании этого отрицать их роль едва ли допустимо. Если не сами по себе и не прямо, то в общей суммь других причин, косвенно, ухудшая условия жизни обитателей и темь ослабляя их противодействие кь бозьзням, онь несомненно оказывают не малое влияние на развитие и распространение крупнозой пневмонии. Такь какь без сомненья и некоторое влияние на забозьзваемость оть крупнозой пневмонии оказывают характер района и качество его обитателей, то позволимь себе внести въ самыя общия чертахь приведе свьднья о частях и участках, почернутыя нами изъ „Отчетовь городск. санитарн. врачей за посльдние годы“<sup>12)</sup>, изъ коллективного труда врачей столичной полиции<sup>13)</sup> и изъ дисс-дра Гауля<sup>4)</sup>.

Участки Петербурга можно раздълить на 2 крупныя группы. Кь первой принадлежатъ лучше по благоустройству и по степени обезпеченности населения участки, которые по преимуществу захватили центральныя районы. Кь нимь относятся части Азиратаевская, Казанская, Литейная, первое 2 участка Спасской части, исключая въ главной своей массь людныя съ достатком и положением, среди кихъ первобытно преставителны развитой и денежной аристократии, богатые дворянныя дачныя, изъ высшаго чиновничества, духовенства, живущия собственными доходами и пр.

Кь 1-й же группь участковъ, хотя и несколько ниже по рангу, принадлежатъ Колоп. 1-й и первое участка Наревской, Московской, Васильевской и Петербургской частей. Население здесь смешанное: чиновники, учащие и учащия, военные, торговцы, лица свободныхъ профессий. Эти участки можно считать болше или меньше относительно благоустроенными, а население ихъ относительно обезпеченнымъ. Средня 3-я участка, расположенныя въ центръ, особое мьсто занимаютъ 3-я участка Спасской части. По характеру своему и качеству своего населения что нужно приписать ко 2-й группь, дачеры ио-Спасской площади, куда тянутся приемыя рабочия, мелкие ремесленники, кустари и пр. не мало среди нихъ попадаются иныя, влияние въ крайнюю бзность или дошедше до крайней степени нравственного паденья, выходящияся туземствомъ, кривлямя и грабежомъ. Такой характер, какь Спасск. 3-я, имеютъ и Спасск. 4-й который и по географическому своему расположению долженъ быть причисленъ

къ означеннымъ участкамъ. Ко 2-й группь принадлежатъ участки, худшие въ санитарномъ отношении, съ преобладающимъ населениемъ изъ разного рода рабочихъ, мелкихъ торговцевъ и ремесленниковъ. Кь нимь причисляются всь участки Алекс. Невской, Рождеств., Васильевской частей, посльдние участка Наревской, Московской, Петербургской, Васильевской частей и Колоп. 2-й. Почти всь эти участки расположились на окраинахъ столицъ, и заботь въ области чистоты заботь чрезьчурна бзность и некультурности местного населения съ его всеми факторы вынуждаютъ за собою возржае скученности, плохия жилищна, ихъ антисанитарность, загрязнение почвы и воздуха и пр. Много способствуетъ загрязнению почвы и воздуха здесь обилие фабрикъ и заводовъ, расположенныя въ этихъ районахъ; прибавить еще, что посльдние участки Александр-Невской и Рождественской частей даютъ приютъ большому числу легковозмъ и люномыхъ извозчиковъ, а въ льтнее время огромному контингенту приехавшихъ рабочихъ. Въ Колоп. части еще расположились разныя богадельни, прескверныя обитатели которыхъ даютъ не малую пищу для крупнозой пневмонии. Первое участка Выб. Ал. Невск. и Рожд. частей все-таки считаются несколько лучше, чьмь оставшая часть ихъ: въ нихъ возржается относительно болше обезпеченные торговцы средней руки, дачрычки, а наличность въ нихъ разныя учебныя заведенья заставляетъ считаться здесь учящимъ и учащими, чиновничкомъ и военнымъ.

**Пригороды.** Мы уже раньше убьднили, что общая смертность оть всьхъ бозьзней, и смертность оть крупнозой воспаления легкихъ въ пригородахъ стоятъ значительно выше, чьмь въ городь. Такия же отношения пригородовъ кь городу обнаружены Ал. Ал. Липсинъ<sup>1)</sup> по отношению ко всьмь инфлюэнциальнымъ бозьзнямъ и домъ Гауленъ<sup>6)</sup> по отношению кь сильному тифу. Если разсматривать данныя смертности оть круп. восп. легкихъ въ среднемъ за всь 10 лть въ пригородахъ: Петергофскомъ, Льсномъ, Шлиссельбургскомъ и Полостровск. (табл. 10), то нужно будетъ ихъ признавать крупными, и, при сопоставлении съ городскими участками, онь по своей величинь стали бы въ первый рядъ. По смертности оть крупнозой пневм. первая мьста занимаетъ Петергофскй и Льсной пригороды, къ которымъ во 2-мь пятилтьи въ этомъ отношении приныкаетъ еще новый пригородъ Ново-деревенскй.

Не смотря на то, что смертность оть круп. восп. легкихъ въ среднемъ для всьхъ пригородовъ во 2-мь пятилтьи упала съ 11,4 на 8,4<sup>1000</sup>, по сравнению съ первымъ пятилтьемъ (табл. 9), въ трехъ вышеупомянутыхъ пригородахъ она выше, чьмь для многихъ плохихъ городскихъ участковъ. Въ общемъ мы видимъ, что по смертности оть разбразимой бозьзни они<sup>\*)</sup> или идутъ наряду съ худшими участками города, или значительно ихъ пре-

\*) Т. е. пригороды.

Т А Б Л И

Распределение больных и умерших от крупозного воспаления легких  
1905 г.г.) по участкам

Ц А М Ё ІЗ.

(без нижних чиновъ) въ С.-Петербургѣ и пригородахъ (среднее за 1901—  
(по больничнымъ листкамъ).

Части и участки:	1901 годъ.		1902 годъ.		1903 годъ.		1904 годъ.		1905 годъ.		И Т О Г О.		На 10000 жит. ср. въ годъ.	
	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.
	Адмиралтейская 1 . . . . .	18	—	31	4	21	3	17	2	18	5	105	14	11,7
" 2 . . . . .	21	9	16	3	21	4	31	4	17	3	105	23	9,5	2,0
Казанская 1 . . . . .	33	7	73	3	29	—	59	6	116	7	310	23	30,1	2,2
" 2 . . . . .	20	4	24	15	28	3	41	7	38	6	151	35	15,8	3,6
" 3 . . . . .	13	1	15	6	15	2	37	3	14	5	94	17	11,2	2,0
Спасская 1 . . . . .	18	3	23	4	9	4	39	—	16	3	105	14	14,5	1,9
" 2 . . . . .	7	—	15	—	10	3	25	4	22	2	79	9	13,9	1,58
" 3 . . . . .	86	16	127	19	86	20	189	19	106	28	594	102	21,5	3,7
" 4 . . . . .	54	9	62	21	50	7	95	12	48	10				
Коломенская 1 . . . . .	59	13	71	18	46	16	85	6	78	8	309	59	19,4	3,7
" 2 . . . . .	50	11	46	13	41	13	71	4	49	13	339	61	17,8	3,2
Нарвская 1 . . . . .	53	12	66	15	54	17	64	6	74	8	311	58	14,9	2,8
" 2 . . . . .	66	16	84	15	81	17	143	19	109	17	483	84	21,2	3,7
" 3 . . . . .	52	15	67	14	61	14	92	7	74	9	346	59	20,0	3,4
Московская 1 . . . . .	34	2	37	8	30	6	35	7	32	8	168	31	10,3	1,9
" 2 . . . . .	45	4	40	4	35	7	47	6	36	4	203	28	13,5	1,8
" 3 . . . . .	47	4	57	11	38	13	63	11	53	17	258	56	12,5	2,7
" 4 . . . . .	61	10	89	22	71	16	126	28	69	19	416	95	16,4	3,7
Ал.-Невская 1 . . . . .	49	6	48	10	44	5	68	8	49	6	258	35	17,3	2,3
" 2 . . . . .	78	12	100	19	78	19	105	13	83	14	444	77	20,5	3,5
" 3 . . . . .	91	12	106	25	93	15	139	32	146	29	575	113	22,2	4,4
Рождественская 1 . . . . .	64	8	54	13	69	18	95	7	100	12	382	58	21,2	3,2
" 2 . . . . .	61	12	58	13	41	8	68	8	53	38	281	79	16,1	4,5
" 3 . . . . .	53	23	50	21	40	8	42	20	41	17	226	89	13,1	5,1

Продолжение

таблицы № 13.

Части и участки:	1901 годъ.		1902 годъ.		1903 годъ.		1904 годъ.		1905 годъ.		И Т О Г О .		На 10000 жит. ср. въ годъ.	
	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.
Литейная 1 . . . . .	30	9	31	8	38	6	37	14	27	7	166	44	12,2	3,2
" 2 . . . . .	31	11	34	5	30	8	49	5	43	5	187	34	11,5	2,1
" 3 . . . . .	33	5	31	19	36	6	42	20	35	7	177	57	11,1	3,5
" 4 . . . . .	10	6	24	2	20	1	21	4	21	4	96	17	8,5	1,5
Васильевская 1 . . . . .	34	5	32	15	38	16	37	7	35	10	176	53	10,2	3,1
" 2 . . . . .	95	14	87	21	65	18	103	21	92	13	442	87	17,5	3,4
" 3 . . . . .	57	14	64	16	64	16	88	16	86	13	359	75	15,4	3,2
Петербургская 1 . . . . .	61	9	68	6	66	12	67	18	88	11	350	56	17,8	2,8
" 2 . . . . .	50	20	72	8	71	23	76	18	102	24	371	93	15,7	3,9
" 3 . . . . .	56	10	50	5	40	7	45	12	50	17	240	51	16,2	3,4
" 4 . . . . .	—	—	4	1	8	2	—	—	4	—	16	3	8,58	1,6
Выборгская 1 . . . . .	22	5	44	10	22	7	44	4	50	10	182	36	10,8	2,1
" 2 . . . . .	37	7	56	9	59	11	75	15	57	16	284	58	17,5	3,58
" 3 . . . . .	52	2	52	2	53	4	50	7	53	9	260	24	17,6	1,6
Безъ адреса и прѣважн.	99	46	120	39	101	30	137	98	123	70	580	283	—	—
Итого въ городѣ . . . . .	1799	375	2131	462	1802	405	2647	498	2307	504	10686	2244	17,1	3,6
<b>Пригороды:</b>														
Шлиссельбургскій . . . . .	34	15	66	8	43	6	36	5	54	6	233	40	5,9	1,0
Помостровский . . . . .	10	9	8	4	23	6	13	5	12	3	66	27	6,1	2,5
Петергофскій . . . . .	133	23	168	23	102	25	173	37	145	33	721	141	20,9	4,1
Лѣсной . . . . .	17	4	19	9	19	8	23	8	25	6	103	35	9,2	3,1
Итого въ пригородахъ . . . . .	194	51	261	44	187	45	245	55	236	48	1123	243	11,7	2,5
ВСЕГО . . . . .	1993	426	2392	506	1989	450	2892	553	2543	552	11809	2487	16,4	3,5

Т А Б Л И

Распределение больных и умерших (по больничным листкам) от крупного  
родка (среднее за 1906—1910

Части и участки.	1906 г.		1907 г.		1908 г.		1909 г.	
	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.
Адмиралтейская 1	10	4	23	1	25	1	10	3
" 2	17	4	14	1	10	2	12	1
Казанская 1	51	7	63	9	58	7	52	6
" 2	18	1	24	3	18	2	20	2
" 3	12	1	12	3	10	3	15	1
Спасская 1	26	1	22	5	35	5	42	4
" 2	22	3	54	11	48	12	40	13
" 3	96	18	136	27	108	20	98	15
" 4	56	9	56	11	53	12	52	10
Коломенская 1	61	17	41	16	38	10	42	12
" 2	54	14	52	13	48	12	52	12
Нарвская 1	107	11	102	32	97	22	108	18
" 2	45	9	97	16	92	15	97	11
" 3	33	12	93	13	87	11	80	11
" 4	46	4	45	15	67	12	67	10
Московская 1	55	12	47	13	32	11	42	10
" 2	86	14	77	16	86	15	75	12
" 3	96	18	63	14	56	12	82	13
" 4	63	11	82	15	80	13	57	10
Ал.-Невская 1	71	10	85	16	83	10	72	12
" 2	79	14	113	18	97	22	102	20
" 3	62	20	132	13	125	19	113	25
" 4	88	24	105	21	98	18	87	20
Рождественская 1	65	9	111	19	101	21	98	20
" 2	47	19	85	14	76	15	56	12
" 3	32	4	46	10	47	10	33	8
Лигейная 1	43	5	31	7	48	5	30	2
" 2	33	1	67	5	57	2	58	2
" 3	18	2	41	11	40	12	32	9
" 4	42	2	56	12	51	7	40	6

Ц А № 14.

знаго воспаления легких (без нижних чинов) в С.-Петербурге и пригородах по частям и участкам.

1910 г.		И Т О Г О.		На 10000 жит. ср. вь годь.		В С Е Г О за 1901-1910 г.г.		На 10000 жит. вь годь.	
в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.
15	2	83	11	9,1	1,2	188	25	10,39	1,38
20	2	73	10	6,78	0,9	179	33	8,1	1,5
68	10	292	39	28,9	3,8	602	62	29,5	3,0
30	5	110	13	10,8	1,28	261	48	13,2	2,4
25	4	74	12	8,7	1,4	168	29	9,9	1,7
58	5	183	20	25,8	2,8	288	34	20,1	2,38
45	12	209	51	39,0	9,5	288	60	26,1	5,4
112	10	550	90	21,1	3,4	1144	192	21,3	3,58
57	11	274	53	16,7	3,2	583	112	18,0	3,4
38	12	220	67	10,1	3,1	559	128	13,6	3,1
62	15	258	66	12,9	3,2	525	120	14,0	3,2
110	13	524	96	23,6	4,3	835	154	19,3	3,58
102	25	433	78	13,2	2,4	916	162	16,5	2,9
98	18	391	65	15,3	2,5	737	124	17,2	2,89
82	20	307	61	19,6	3,9	307	61	—	—
37	15	213	61	12,9	3,7	381	92	11,6	2,8
82	18	406	75	24,8	4,6	609	103	19,38	3,28
103	21	389	78	18,0	3,6	647	134	15,3	3,1
63	15	345	65	10,4	2,0	761	160	13,2	2,77
85	13	396	61	21,0	3,2	654	96	19,4	2,8
97	20	488	94	19,4	3,7	932	171	19,9	3,6
110	20	542	97	19,6	3,5	1117	210	20,87	3,9
98	24	476	107	32,5	7,3	476	107	—	—
113	25	488	94	20,6	4,0	870	152	20,9	3,6
72	15	336	75	14,5	3,2	617	154	15,2	3,8
47	10	205	42	9,6	1,9	431	131	11,1	3,39
25	3	177	22	10,5	1,3	343	66	11,3	2,1
67	2	282	12	17,3	0,7	469	46	14,4	1,4
45	5	176	39	11,1	2,48	353	96	11,1	3,0
48	6	237	33	18,2	2,5	333	50	13,69	2,0



Продолжение

Части и участки.	1906 г.		1907 г.		1908 г.		1909 г.	
	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.
Васильевская 1 . . . . .	73	13	60	7	98	15	102	20
"    2 . . . . .	59	19	88	13	72	20	82	15
"    Сувор. . . . .	34	9	67	8	60	8	57	10
"    Гаван. . . . .	72	19	68	11	102	12	99	13
Петербургская 1 . . . . .	117	18	102	20	97	32	108	32
"    2 . . . . .	50	17	103	22	100	35	67	20
"    3 . . . . .	26	5	82	10	75	18	97	12
"    4 . . . . .	35	7	80	12	73	10	92	12
Выборгская 1 . . . . .	83	16	46	8	68	10	78	23
"    2 . . . . .	61	12	137	17	120	11	118	23
"    3 (Охтен). . . . .	25	10	58	9	25	12	30	8
Новоделеревенский (гор. часть). . . . .	2	1	7	3	9	5	10	5
Безъ адреса и прѣзжаніе . . . . .	229	49	228	82	199	86	218	78
Итого въ городѣ . . . . .	2390	474	3078	605	2969	612	2922	581
Охта: . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Шлиссельбургскій . . . . .	41	28	61	7	57	8	67	10
Александровскій . . . . .	15	10	13	3	13	3	10	3
Полкостровский . . . . .	23	10	31	7	36	6	46	5
Петергофскій . . . . .	102	3	150	36	140	46	150	32
Лѣсной . . . . .	22	2	36	6	26	7	36	8
Новоделеревенскій . . . . .	14	1	18	1	20	2	30	2
Итого въ пригородахъ . . . . .	217	54	309	60	292	72	339	60
ВСЕГО . . . . .	2607	582	3387	665	3261	684	3261	641

таблицы № 14.

1910 г.		И Т О Г О.		На 10000 жит. ср. въ годъ.		В С Е Г О. за 1901-1910 г.г.		На 10000 жит. въ годъ.	
в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.
95	15	428	70	22,0	3,6	604	123	16,5	3,3
90	22	391	89	15,8	3,58	833	176	16,69	3,5
62	15	280	50	12,4	2,2	639	125	14,0	2,7
115	28	456	82	15,8	2,8	456	82	—	—
107	25	531	127	17,7	4,2	881	183	17,7	3,69
98	20	418	114	14,0	3,8	789	207	14,7	3,87
82	15	362	60	16,6	2,7	602	111	16,4	3,6
90	16	370	57	14,9	2,3	386	60	14,49	3,2
88	20	363	77	19,3	4,1	545	113	15,3	3,17
102	22	538	85	19,2	3,0	822	143	18,6	3,2
25	10	167	49	78,4	23,0	427	73	25,29	4,3
2	1	30	15	7,9	3,9	30	15	—	—
231	51	1105	346	—	—	1685	629	—	—
3227	636	14586	2908	18,2	3,6	25272	5152	17,8	3,6
27	10	27	10	27,0	10,0	27	10	—	—
87	22	313	75	9,8	2,3	546	115	7,68	1,6
18	8	69	27	3,8	1,5	69	27	—	—
56	12	192	40	10,6	2,2	258	67	8,9	2,3
150	20	692	137	16,4	3,0	1413	278	18,4	3,6
28	9	148	32	9,8	2,1	251	67	9,57	2,5
15	3	97	9	10,6	1,0	97	9	—	—
381	84	1538	330	10,0	2,1	2661	573	10,6	2,3
3608	720	16124	3238	16,9	3,4	27933	5725	16,7	3,4

восходять. Причина неблагополучия пригородов не только для этой больницы, но еще больше для других инфекционных больниц, кроется в их отчаянных антисанитарных условиях. Ясное представление об этих последних мы получаем от отчетов санитарных врачей Петербургского земства <sup>17)</sup> и из санитарных очерков Самецкого <sup>18)</sup> и Никольского <sup>19)</sup>; последние касаются только Петергофского и Шлиссельбургского пригородов. Население здесь — мелкие торговцы, ремесленники, бѣдные ищущие и всякого рода рабочие, при обилии здесь фабрик и заводов. Водопровода нѣтъ, и население пользуется водою из загрязненных рѣчек. Страшная бѣдность, нужда во всем, отчаянные жилищные условия при чрезвычайной скученности, так что не только всѣ углы, но даже проходы въ коридорахъ бывають заняты. Сорная и навозная кучи, выгребная и помойная ямы при отсутствіи стоковъ распространяють зловоніе и создаютъ *страшное загрязнение ночамъ*; среди построекъ преобладають деревянные. Много здѣсь бѣзпріятнаго бродячаго элемента. Въ довершеніе всего этого крайнее невѣжество и повальное пьянство. Это писалось относительно Петергофскаго и Шлиссельбургскаго пригородовъ. Но въ такомъ же родѣ, повидимому, и другіе пригороды. Нѣсколько лучше среди нихъ по своимъ природнымъ условіямъ, богатой растительности и малому числу фабрикъ и заводовъ считается Лѣсной пригородъ. Однако этотъ пригородъ по смертности отъ круп. пневоніи стоитъ въ числѣ первыхъ. Д-ръ Оиельченко <sup>19)</sup> отмѣчаетъ, что, начиная съ 1903 года, заболѣваемость въ Лѣсномъ непрерывно прогрессируетъ; слѣдовательно, и тутъ имѣются какія-то общія, невѣстныя намъ причины, которыя создаютъ въ этой дачной мѣстности усиленную заболѣваемость и смертность.

Обзоръ больничныхъ данныхъ о заболѣваемости и смертности отъ крупозной пневоніи по участкамъ и отдѣльнымъ пригородамъ Петербурга (таблицы №№ 13 и 14).

Такъ какъ для Охтенскаго участка рассчитать смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ слѣдуетъ на оставшееся население участка послѣ отдѣленія отъ него Большой и Малой Охты, что, какъ мы уже видѣли, ошибочно, то изъ обзора ны исключаемъ этотъ участокъ. Для того, чтобы облегчить обзоръ и слѣвать его болѣе нагляднымъ, мы ниже указываемъ, въ какомъ бы порядкѣ расположились участки города, по заболѣваемости и смертности отъ круп. восп. легкихъ въ больницахъ (по даннымъ табл. 13 и 14).

УЧАСТИИ:	За 1901— 1910 г.г.		За 1901— 1905 г.г.		За 1906— 1910 г.г.	
	По забол. заболев.	Заболѣвае- мость по смерт- ности.	По заболѣ- ваемости.	По смерт- ности.	По заболѣ- ваемости.	По смерт- ности.
Адмиралтейскій 1 . . . . .	35	37	29	37	38	39
" 2 . . . . .	37	35	36	29	41	40
Казанскій 1 . . . . .	1	22	1	26	3	10
" 2 . . . . .	29	30	18	9	33	37
" 3 . . . . .	36	34	31	30	39	35
Спасскій 1 . . . . .	6	31	23	31	4	25
" 2 . . . . .	2	1	24	36	1	1
" 3 . . . . .	3	9	3	5	8	18
" 4 . . . . .	12	12	8	6	20	19
Коломенскій 1 . . . . .	28	21	9	16	36	23
" 2 . . . . .	25	18	20	17	29	20
Нарвскій 1 . . . . .	10	10	22	22	6	4
" 2 . . . . .	16	24	4	7	28	31
" 3 . . . . .	14	25	7	14	24	29
" 4 . . . . .	—	—	—	—	11	9
Московскій 1 . . . . .	31	27	34	32	30	12
" 2 . . . . .	9	15	25	33	5	3
" 3 . . . . .	19	19	27	24	17	14
" 4 . . . . .	30	28	15	8	34	34
Александро-Невскій 1 . . . . .	8	26	14	25	9	21
" 2 . . . . .	7	6	6	11	13	13
" 3 . . . . .	5	2	2	3	12	17
" 4 . . . . .	—	—	—	—	2	2
Рождественскій 1 . . . . .	4	7	5	18	10	7
" 2 . . . . .	21	4	17	2	26	22
" 3 . . . . .	33	13	26	1	37	35

УЧАСТКИ:	За 1901—1910 г.г.		За 1901—1905 г.г.		За 1906—1910 г.г.	
	По записи в метрических записках на смерти.	По запискам на смерти.	По запискам на смерти.	По запискам на смерти.	По запискам на смерти.	По запискам на смерти.
Литейный 1 . . . . .	32	32	28	19	35	36
" 2 . . . . .	24	36	30	27	19	41
" 3 . . . . .	34	23	32	12	32	30
" 4 . . . . .	27	33	38	38	16	28
Василевский 1 . . . . .	17	14	35	21	7	15
" 2 . . . . .	15	11	12	13	22	16
(Суворовский) 3 . . . . .	26	29	21	20	31	33
(Гаванский) 4 . . . . .	—	—	—	—	23	26
Петербургский 1 . . . . .	13	5	10	23	18	5
" 2 . . . . .	22	3	19	4	27	11
" 3 . . . . .	18	8	16	15	21	27
" 4 . . . . .	23	6	37	34	25	32
Выборгский 1 . . . . .	20	20	33	28	14	6
(Октябрьский) 3 *) . . . . .	11	17	13	10	15	24
Новодевичинский . . . . .	—	—	—	—	40	8
<b>Пригороды:</b>						
Шлиссельбургский . . . . .	4	4	4	4	4	2
Александровский . . . . .	—	—	—	—	6	5
Полостровский . . . . .	3	3	3	3	3	3
Петергофский . . . . .	1	1	1	1	1	1
Лыной . . . . .	2	2	2	2	5	4
Новодевичинский . . . . .	—	—	—	—	2	6
Охта . . . . .	—	—	—	—	—	—

\*) При обзоре за 10 лет и во 2-м пятилетии мы этот участок пропустили.

Если судить по местам, занимаемым участками по смертности от круп. восп. легких, то больше или меньше приблизительное соответствие за 10 летний период времени между больничными данными и данными по медицинским свидетельствам о смерти (см. таблицы 10 и 14) в том смысле, что если эти данные не вполне совпадают, то не очень расходятся между собой, мы могли заметить только во 11-ти из 37-ми участков, а если считать по пятилетиям, то за 1-ое пятилетие только в 15 участках из 38-ми, а за второе в 12-ти из 41-го участка \*). Насколько больничные данные далеки от того, чтобы дать действительную картину заболеваемости крупозной пневмонией, видно из следующих примеров:

Рожд. 3-й	По болн. данным	По мед. свид.	
	болн.	ум.	
	ум.	ум.	
за 10 лет . . . . .	11,7 <sup>79</sup> / <sub>1000</sub>	3,39 <sup>1</sup> / <sub>1000</sub>	13,1 <sup>1</sup> / <sub>1000</sub>
за 1-ое пятилетие . . . . .	13,1	5,15	14,0
за 2-ое пятилетие . . . . .	8,6	1,96	12,3

Выходит так, что из 3-го участка Рождества, части умирала от этой болезни больше чем поступало за нее в больницы. Если даже допустить, что такое несоответствие между этими и другими данными происходит от того, что здесь существуют богадельни со своими лазаретами \*\*), то как объяснить напр., то, что 2-й участок Спасской части, согласно больничным данным, за 10 лет дал второй по величине коэффициент заболеваемости крупозн. пневмонией и 1-й по смертности от нее в больницах, или во 2-м пятилетии он в том и другом отношении занял первое место, между тем, как этот участок, согласно данным по медицинским свидетельствам, стоит в числе последних по смертности от этой болезни. Надо полагать, что из участка поступала в больницы и умирала там от крупозного воспаления легких, более бедная часть местного населения, (домовая и личная прислуга, служащие в учреждениях или в торговых заведениях и пр.), которая в этом районе, повидному, является весьма незначительной. Аналогично Спасскому 2 му, мы находим в среднем за 10 лет, или за какое нибудь пятилетие,

\*) См. таб. 11, 13 и 14.

\*\*) Как видно из таблиц 2-а, в богадельнях умирающих от круп. восп. легких больше чем в больницах повидному, у умирающих стариков болезнь протекает скрытно и обнаруживается только во время аутопсии.

большую заболъваемость крупозной пневмонией или большую смертность отъ нея въ больницахъ, или то и другое вмѣстѣ, въ такихъ участкахъ, какъ напр., Каз. 1-й, Каз. 2-й, Спасск. 1-й, Моск. 2-й. Въ эти участки, согласно даннымъ по медицинскимъ свидетельствамъ о смерти, дали минимальную или, вообще, небольшую смертность отъ этой болъзни. Очевидно, наши расуждения по отношенію ко 2-му участку Спасской части, вполне уместны будутъ и въ примененіи къ этимъ участкамъ. Весьма возможно, что на поступленіе въ больницы оказываетъ влияние и близость больницы къ тѣмъ или другимъ участкамъ. Этимъ, я полагаю, нужно объяснить, что по числу поступившихъ въ больницы пневмониковъ въ среднемъ за 10 лѣтъ Спасскій 3-й занимаетъ третье мѣсто, а Коломенскій 2-й, который далъ вторую по величинѣ смертность отъ крупозной пневмонии, въ этомъ отношеніи занялъ 26-е мѣсто.

Въ общемъ мы видимъ, что больничныя данныя, по крайней мѣрѣ, по отношенію къ крупозной пневмоніи, какъ бы полны онѣ не были, далеки отъ того, чтобы дать точное представленіе о заболъваемости и смертности отъ этой болъзни, а, слѣд., было бы довольно рискованно видѣть въ этихъ данныхъ какой-нибудь критерій для сужденія о связи этой болъзни съ какими-нибудь санитарными, социальными или экономическими причинами или дѣлать по нимъ какія-нибудь обобщенія.

Теперь возьмемъ лишь однѣ больничныя данныя о заболъваемости и смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ и будемъ только ихъ между собою сравнивать. Въ среднемъ за 10 лѣтъ мы найдемъ изъ 37 участковъ въ 23-хъ и во всѣхъ пригородахъ болѣе или менѣе полный параллелизмъ между собою; то же приблизительно мы будемъ находить и по пятилѣтнимъ: за 1-ое пятилѣтіе такой параллелизмъ т. е. полное или близкое совпаденіе \*) наблюдается въ 19-ти изъ 38-ми участковъ, а за 2-ое въ 22-хъ изъ 41-го. Конечно, строго выдержаннаго отъ начала до конца параллелизма ожидать было нельзя, ибо, какъ мы уже раньше выяснили, на смертность, кромѣ числа заболѣвшихъ, оказываютъ влияние и другія причины. Но и этого вполне достаточно, чтобы имѣть право высказывать слѣдующія положенія: а) по общимъ даннымъ о смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ мы можемъ имѣть довольно вѣрное понятіе о заболъваемости этой болъзнью въ данной

\*) Совпаденіе по мѣстамъ, занимаемымъ данными, т. е. предполагается прямая зависимость между заболъваемостью и смертностью въ больницахъ отъ крупознаго воспаления легкихъ.

мѣстности; б) общія данныя о смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ и, при отсутствіи точныхъ данныхъ о заболъваемости, вполне достаточны, чтобы составить себѣ представленіе, какую роль среди прочихъ болъзней играетъ эта болъзня въ данной мѣстности, или установитъ для нея какія-нибудь статистическія законообразности. Эти положенія мы основываемъ на томъ, что заболъваемость и смертность отъ этой болъзни не только оказались параллельными въ цѣломъ городѣ и во всѣхъ пригородахъ, но и сохраняютъ этотъ параллелизмъ, соотвѣтствие между собою болѣею частью (болѣе 50%) и по болѣе мелкимъ районамъ и участкамъ.

#### Выводы.

1) Въ теченіи всего 26-ти лѣтняго періода времени, т. е. отъ 1885-го по 1910 годъ, смертность отъ этой болъзни оказывалась наибольшею въ частяхъ и участкахъ, расположенныхъ на окраинахъ, плохихъ въ санитарномъ отношеніи и населенныхъ бѣдными рабочими людьми, а наименѣею въ центральныхъ, богатыхъ и благоустроенныхъ районахъ.

2) Смертность отъ крупозной пневмоніи и смертность отъ всѣхъ болъзней въ общемъ идутъ по районамъ рука объ руку: тамъ гдѣ смертность отъ крупозной пневмоніи наибольшая, напр., на окраинахъ, и общая смертность огромная, и, наоборотъ.

3) Крупосная пневмония обнаруживаетъ явную наклонность время отъ времени по участкамъ усиливаться и давать мелкія, ограниченныя на протяженіи, гнздыя эпидеміи.

4) Эти гнздыя, ограниченныя эпидеміи крупозной пневмоніи, повидимому, зависятъ въ связи съ характеромъ района и зависятъ отъ почвенныхъ условій.

5) Въ общемъ санитарныя условія района, качество его населенія, социальное и экономическое положеніе и бытовая условія оказываютъ несомнѣнно большое влияние на смертность отъ крупозной пневмоніи,

6) Смертность отъ крупозной пневмоніи въ общей совокупности въ пригородахъ гораздо выше, чѣмъ въ городѣ, а по отдѣльнымъ пригородамъ она или равна смертности въ худшихъ участкахъ, или значительно превосходитъ ее.

7) Громадная смертность въ пригородахъ отъ всѣхъ и отъ всякихъ болѣзней находится въ зависимости отъ ужасныхъ мѣстныхъ санитарныхъ условий.

8) Если судить по больничнымъ даннымъ, то не только въ цѣломъ городѣ, но большею частью и по отдѣльнымъ, болѣе мелкимъ районамъ и участкамъ заболеваемость и смертность отъ крупозной пневмоніи находится въ пріятныхъ отношеніяхъ между собою.

## ГЛАВА ШЕСТАЯ.

Смертность въ С.-Петербургѣ и его пригородахъ отъ крупознаго воспаления легкихъ за періодъ времени отъ 1901 по 1910 г.г. по мѣсяцамъ и временамъ года.

Уже старые врачи обратили вниманіе на то, что крупозное воспаление легкихъ имѣетъ свойство проявляться строго периодически: они еще замѣтили, что это периодическое учащеніе или затиханіе болѣзни стоитъ въ тѣсной связи съ опредѣленными періодами года и обнаруживается изъ года въ годъ съ такою правильностью и постоянствомъ, что у нихъ сложилось убѣжденіе считать это явленіе вполне законнымъ, своего рода закономъ для крупознаго воспаления легкихъ, а съ другой стороны, видѣть въ этомъ фактѣ несомнѣнное вліяніе погоды или метеорологическихъ условий на развитіе данной болѣзни. Но въ чемъ въ точности проявляется вліяніе метеорологическихъ факторовъ, какіе изъ элементовъ погоды непосредственно способствуютъ развитію крупозной пневмоніи и какинъ образомъ, вопросъ и до сихъ поръ остается еще открытымъ, несмотря на обстоятельную работу, посвященную ему за границей и у насъ (Кольскій, Солонцевъ). Пр. Fürgens <sup>11)</sup> говоритъ что частота пневмоній очень правильно подчиняется периодическимъ колебаніямъ, такъ что можно изобразить годовую кривую пневмоническихъ заболѣваній. „Въ чемъ кроются причины этихъ колебаній“, говоритъ онъ „мы еще мало освѣдомлены; несомнѣнно метеорологическія явленія здѣсь должны имѣть нѣчто, но еще неясно, какъ дѣйствуютъ отдѣльные компоненты погоды: высота <sup>12)</sup> колебана ея, осадки и пр.“

Исходя изъ наблюденій, что учащеніе крупознаго воспаления легкихъ всегда приходится на холодное время года, старые врачи стали считать эту болѣзнь простудной, т. е. вызванной „простудой“, причѣмъ подъ понятіемъ „простуда“ они или разумѣли простое охлажденіе тѣла, или полагали такое болѣзненное состояніе, которое непосредственно вытекало изъ этого охлаждения. Однако это

учение, основанное на чистом эмпиризме, в настоящее время свелось почти совершенно на нет. Самое понятие "простуда" подверглось коренному изменению. Понять эту простуду в организме более сложное, чем простое складывание тела в ней стали видеть результат взаимодействия каких-то внутренних сил, который зависит не столько от силы внешнего раздражения, сколько от отношения к этому раздражению реактивной способности организма. Замечено было, что различные субъекты совершенно различно противостоят одному и тому же самому влиянию ветра или погоды. Сами паталог (проф. Пашутин, Альбицкий) стали учить, что так называемая простудная состояния возникают не столько под влиянием сильного холода, напр., зимой, сколько, именно, тогда, как внешнее раздражение не очень сильное, напр., в переходные периоды. Таким образом, самотовальная роль простуды, как главного этиологического фактора болезни и, в частности, крупозного воспаления легких, стала постепенно падать в глазах врачей, а с наступлением эры бактериологии и с открытием истинных виновников болезни, одно время даже совершенно отрицалась. Но и такой взгляд оказался крайностью. Периодически сильные усиления и затихания болезни и их связь с отдельными временами года слишком бросались в глаза и ясно говорили о значении метеорологических условий. Уже Шиммельс<sup>21)</sup> сообщил, что  $\frac{1}{3}$  случаев заболевания крупозной пневмонией приходится на весну и зиму и  $\frac{1}{3}$  на лето и осень. Снова стала выдвигаться роль простуды, на этот раз уже как важного самостоятельного фактора, понижающего жизненную энергию организма и дѣлающего его менее стойким в борьбе с болезненными началами. "Самая очевидность", говорит доктор Кольский<sup>22)</sup> "принуждает нас временною условием погоды отводить, если не главное, то далеко не последнее место среди ряда всевозможных в этиологической цепи заразных болезней и, в частности, крупозной пневмонии". Присутствуя теперь к обзору наших данных по месяцам и временам года, мы должны упомянуть, что свои результаты нам приходится сопоставлять с выводами авторов, которые, главным образом, работали с больничным материалом, и которые, в силу этого, больше говорят о заболеваемости, чем о смертности, но и без виду, что в огромном большинстве случаев весь цикл крупозного воспаления легких протѣкает, самое большее, в течение 10—15 дней, считая от начала заболевания до того или другого исхода его, то,

очевидно, мы не погрѣшим против истины, если будем наши результаты сравнивать с выводами этих авторов.

Таблица № 15. Внизу этой таблицей указано, какой % умерших за 10 лет от крупозного воспаления легких приходится на каждый месяц года. Для большей наглядности мы здесь ниже располагаем месяцы в нисходящем порядкѣ, в зависимости от величины процента.

Умершие от крупозного воспаления легких по месяцам за 10 лет в Петербургѣ и его пригородах.

Мужч.		Женщ.		Об. п.	
1. Январь . . .	12,10%	1. Апрель . . .	12,30%	1. Апрель . . .	12,00%
2. Апрель . . .	11,8 "	2. Январь . . .	11,3 "	2. Январь . . .	11,7 "
3. Май . . .	10,6 "	3. Мартъ . . .	11,2 "	3. Мартъ . . .	10,7 "
4. Мартъ . . .	10,2 "	4. Май . . .	10,1 "	4. Май . . .	10,4 "
5. Декабрь . . .	9,4 "	5. Декабрь . . .	9,9 "	5. Декабрь . . .	9,6 "
6. Февраль . . .	8,9 "	6. Февраль . . .	9,0 "	6. Февраль . . .	9,0 "
7. Ноябрь . . .	8,1 "	7. Ноябрь . . .	8,5 "	7. Ноябрь . . .	8,3 "
8. Июнь . . .	7,2 "	8. Октябрь . . .	7,6 "	8. Октябрь . . .	7,1 "
9. Октябрь . . .	6,7 "	9. Июнь . . .	6,4 "	9. Июнь . . .	6,4 "
10. Июль . . .	5,1 "	10. Сентябрь . . .	5,1 "	10. Сентябрь . . .	5,1 "
11. Сентябрь . . .	5,0 "	11. Июль . . .	4,5 "	11. Июль . . .	4,8 "
12. Августъ . . .	4,9 "	12. Августъ . . .	4,1 "	12. Августъ . . .	4,5 "

Среднее въ мѣсяцъ . . . 8,3%

Итак, максимум смертей во всѣх рубрикахъ приходится на апрѣль и январь, минимумъ на августъ, июль и сентябрь; считая сверху внизъ, вслѣдъ за двумя максимальными мѣсяцами, мы будемъ имѣть 2 другихъ весеннихъ мѣсяца—мартъ и май, за ними слѣдуютъ 2 другихъ зимнихъ мѣсяца—декабрь и февраль, следовательно, въ числѣ первыхъ шести мѣсяцевъ будутъ находиться все лето и зимние мѣсяца, а вторые шесть составятъ осенние и лѣтние. Въ каждомъ изъ первыхъ шести мѣсяцевъ % смертей отъ крупозного воспаления легкихъ будетъ выше среднего, а во слѣдующіе 5 будетъ ниже его, ноудь занимаетъ среднее положеніе между осенне-зимними и осенне-лѣтними мѣсяцами: на него приходится или средняя норма, или близко около этого. По мѣсяцамъ, которыя занимаютъ мѣсяцы, въ зависимости отъ величины процента, рубрики "женщины" и "мужского пола" совершенно тождественны между собою, а разница между этими двумя рубриками и рубрикою для мужского пола очень небольшая и сводится лишь къ

Т А Б Л И

Умершие от крупозного воспаления легких в 1901—1910 г.г. по месяцам свидетельствамъ

Мѣсяца:	Январь.			Февраль.			Мартъ.		
	М.	Ж.	Об.в.	М.	Ж.	Об.в.	М.	Ж.	Об.в.
До 6 мѣсяцевъ . . . . .	23	24	47	35	12	47	25	19	44
Отъ 7 до 12 мѣс. . . . .	54	34	88	54	36	90	44	51	95
"  1  "  5 л. . . . .	79	58	137	65	68	133	95	84	179
"  6  "  10  " . . . . .	46	28	74	33	25	58	23	29	52
"  11  "  15  " . . . . .	10	7	17	5	13	18	16	10	26
"  16  "  20  " . . . . .	29	26	55	26	14	40	41	13	54
"  21  "  25  " . . . . .	35	18	53	31	15	46	30	16	46
"  26  "  30  " . . . . .	44	24	68	32	23	55	35	25	60
"  31  "  35  " . . . . .	46	25	71	44	18	62	48	30	78
"  36  "  40  " . . . . .	83	36	119	54	21	75	67	23	90
"  41  "  45  " . . . . .	89	50	139	47	22	69	69	30	99
"  46  "  50  " . . . . .	82	42	124	60	34	94	55	40	95
"  51  "  55  " . . . . .	78	39	117	52	27	79	57	52	109
"  56  "  60  " . . . . .	73	66	139	49	38	86	60	54	114
"  61  "  65  " . . . . .	60	73	133	31	64	95	48	72	120
"  66  "  70  " . . . . .	47	87	134	39	64	103	32	76	108
"  71  "  75  " . . . . .	28	74	102	27	67	94	31	72	103
"  76  "  80  " . . . . .	40	52	92	14	45	59	18	55	73
"  81 и свѣше . . . . .	14	39	53	11	27	38	12	48	60
Незнаѣсти. возр. . . . .	1	1	2	2	—	2	2	3	5
Итого . . . . .	961	803	1765	710	645	1355	808	802	1610
% отнош. къ общему числу умершихъ . . . . .	12,1	11,3	11,7	8,9	9,0	9,0	10,2	11,2	10,7

Ц А № 15.

полу и возрастамъ в С.-Петербургѣ и его пригородахъ (по медицинскимъ о смерти).

Апрѣль.			Май.			Июнь.			Июль.		
М.	Ж.	Об.в.	М.	Ж.	Об.в.	М.	Ж.	Об.в.	М.	Ж.	Об.в.
26	32	58	36	19	55	20	16	36	24	21	45
48	33	81	49	34	83	23	24	47	31	27	58
88	71	159	64	77	141	62	48	110	44	50	94
25	28	53	32	30	62	18	23	41	19	18	37
14	8	22	5	11	16	7	7	14	3	7	10
45	21	66	42	19	61	24	10	34	15	5	20
40	24	64	35	22	57	37	16	53	18	11	29
50	24	74	41	24	65	30	15	45	23	12	35
62	36	98	44	23	67	48	15	63	23	13	36
69	31	100	58	35	93	46	27	73	32	11	43
109	43	152	81	30	111	38	22	60	33	9	42
77	34	111	89	44	133	59	28	87	40	18	58
85	65	150	56	38	94	37	25	62	28	12	40
52	69	121	67	55	122	48	34	82	22	20	42
41	73	114	50	61	111	23	34	57	17	12	29
40	78	118	45	62	107	19	27	46	15	31	46
29	84	113	25	55	80	18	38	56	10	16	26
20	67	87	13	49	62	8	26	34	7	15	22
15	50	65	13	25	38	5	19	24	2	14	16
2	5	7	1	5	6	3	—	3	1	1	2
936	876	1813	846	718	1564	573	454	1027	407	323	730
11,8	12,3	12,0	10,6	10,1	10,4	7,2	6,4	6,8	5,1	4,5	4,8

Продолжение

Месяца:	Августъ.			Сентябрь.			Октябрь.		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
До 6 месяцевъ . . . . .	19	10	29	12	8	20	22	12	34
Отъ 7 до 12 мѣс. . . . .	8	24	32	21	17	38	19	19	38
„ 1 „ 5 л. . . . .	36	40	76	31	29	60	40	53	93
„ 6 „ 10 „ . . . . .	16	22	38	21	22	43	35	30	65
„ 11 „ 15 „ . . . . .	3	5	8	4	1	5	9	4	13
„ 16 „ 20 „ . . . . .	15	6	21	16	4	20	24	3	27
„ 21 „ 25 „ . . . . .	7	9	16	21	8	29	12	21	33
„ 26 „ 30 „ . . . . .	20	9	29	22	17	39	23	23	46
„ 31 „ 35 „ . . . . .	29	9	38	30	12	42	33	21	54
„ 36 „ 40 „ . . . . .	37	16	53	32	20	52	45	19	64
„ 41 „ 45 „ . . . . .	34	15	49	43	10	53	42	23	65
„ 46 „ 50 „ . . . . .	47	18	65	34	24	58	54	36	90
„ 51 „ 55 „ . . . . .	25	12	37	26	19	45	41	29	70
„ 56 „ 60 „ . . . . .	31	7	38	34	27	61	36	30	66
„ 61 „ 65 „ . . . . .	25	24	49	17	33	50	26	55	81
„ 66 „ 70 „ . . . . .	15	16	31	17	33	50	23	49	72
„ 71 „ 75 „ . . . . .	12	20	32	9	30	39	22	42	64
„ 76 „ 80 „ . . . . .	7	17	24	4	23	27	15	42	57
„ 81 „ и выше . . . . .	5	14	19	5	28	33	5	32	37
Неизвестн. возр. . . . .	2	—	2	1	—	1	3	2	5
Итого . . . . .	393	293	686	400	365	765	529	545	1074
% отнош. къ общему числу умершихъ . . . . .	4,9	4,1	4,5	5,0	5,1	5,1	6,7	7,6	7,1

таблицы № 15.

Ноябрь.			Декабрь.			В С Е Г О.		
М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
17	21	38	34	25	59	293	219	512
32	9	41	36	29	65	419	337	756
61	60	121	65	64	129	730	702	1432
24	24	48	34	26	60	326	305	631
6	9	15	14	4	18	96	86	182
17	7	24	31	9	40	325	137	462
17	20	37	22	25	47	305	205	510
32	22	54	34	19	53	386	237	623
41	17	58	51	22	73	499	241	740
59	32	91	65	41	106	647	324	971
56	21	77	65	33	98	706	308	1014
62	35	97	50	38	88	709	391	1100
51	38	89	65	46	111	601	402	1003
51	46	97	45	48	93	567	494	1061
38	50	88	46	66	112	422	617	1039
37	58	95	32	60	92	361	641	1002
17	68	85	21	58	79	249	624	873
21	34	55	22	51	73	189	476	665
7	38	45	12	38	50	106	372	478
1	1	2	5	1	6	24	19	43
647	610	1257	749	703	1452	7960	7137	15,097
8,1	8,5	8,3	9,4	9,9	9,6	100,0	100,0	100,0



тому, что, за исключением 4 месяцев: декабря, февраля, ноября и августа, которые всюду сохраняли свои места, остальные месяцы, каждая пара соседних, меняются своими местами, становясь один за место другого: апрель и январь, март и май, октябрь и июнь, сентябрь и июль. Если составить по этим процентным нормам кривую, исходя от августовского минимума, то мы для рубрики: „женщины“ и „обоего пола“ получим следующую кривую: кривая, начиная с августовского минимума, поднимается все время непрерывно вплоть до января, в феврале она резко падает вниз, в март опять крутой подъем и, наконец, в апрель кривая достигает своей высшей, кульминационной точки, после чего начинается спуск до августовского минимума. Кривая для мужского пола имѣет точно такой же ход, с таким же направлением, только здесь кульминационная точка падает не на апрель, а на январь, т. е. кривая достигает наибольшей высоты не при втором своем движении вверх, а уже при первом. Колебания кривой между тремя последними месяцами: июль, август и сентябрь, очень малы, особенно для мужского пола, где получаются почти равные цифры, а между прочими месяцами колебания кривой болѣе значительны. Февральское понижение, повидному, нужно отнести на счет того, что зотыя месяцы самый короткий, короче других на 2—3 дня, что за 10 лет составило разницу в 20 дней. Въдь в сущности смертность оть крупознаго воспаления легких, падающая на февраль, далеко не маленькая, и разница между декабремь и февралемь очень небольшая (0,6—0,9%). Теперь сгруппируемь наши данныя по триметрамь и посмотримь какія отношенія создаются между временами года.

Мужчины:	Женщины:	Обоего пола:
	Весна.	
32,6%	33,6%	33,1%
	Зима.	
30,4 "	30,2 "	30,3 "
	Осень.	
19,8 "	21,2 "	20,5 "
	Лѣто.	
17,2 "	15,0 "	16,1 "
100%	100%	100%

Итакъ, во всѣхъ трехъ рубрикахъ полное совпаденіе: максимумъ смертей оть крупознаго воспаления легкихъ падаетъ на весну.

за ней слѣдуетъ зима, осень, и, наконецъ, минимумъ приходится на лѣто. Въ общей сложности и выходитъ такъ, какъ сообщаетъ Цименсъ:  $\frac{2}{3}$  падаютъ на весну и зиму и  $\frac{1}{3}$  на осень и лѣто. У доктора Бушина также, какъ у насъ, максимумъ приходился на апрель, а минимумъ на августъ, также и у него, какъ у насъ, на послѣднихъ 3 мѣсяхъ стоить сентябрь, июль и августъ, только 2 максимумъ у него падаетъ на мартъ, а у насъ на январь, который у него стоить на 4 мѣся.

Въ той же таблицѣ № 15 приведены данныя о смертности не только по полу и месяцамъ, но и по возрастнымъ группамъ. Если не считать группы „незна“, то всѣхъ возрастныхъ группъ будетъ 19 и въ каждой изъ нихъ 3 рубрики: „мужчины“, „женщины“ и „обоего пола“, итого 57 рубрики; если мы будемъ разсматривать, на какіе мѣсяцы въ этихъ рубрикахъ приходится максимумы и минимумы, то окажется, что приходится:

Макимумъ:		а минимумъ:	
на апрѣль . . .	22 раза	на августъ . . .	24 раза
„ январь . . .	18 "	„ июль . . .	17 "
„ мартъ . . .	9 "	„ сентябрь . . .	13 "
„ май . . .	4 "	„ октябрь . . .	3 "
„ декабрь . . .	3 "		
„ февраль . . .	1 "		

Если же считать по временамъ года, причѣмъ для каждаго пола отдѣльно, то

Для мужского пола:			
На 1 м. будетъ	На 2 м.	На 3 м.	На 4 м.
весна . 12 разъ	зима . 12 разъ	осень . 15 разъ	лѣто . 15 разъ
зима . 7 "	весна 7 "	лѣто . 4 "	осень 4 "
Для женскаго пола:			
весна . 17 "	зима . 17 "	осень . 11 "	лѣто . 11 "
зима . 2 "	весна 2 "	лѣто . 8 "	осень 8 "
Для обоего пола:			
весна . 16 "	зима . 16 "	осень . 14 "	лѣто . 14 "
зима . 3 "	весна 3 "	лѣто . 5 "	осень 5 "
А. въ общей совокупности т. е. во всѣхъ 57 рубрикахъ будетъ:			
весна . 45 "	зима . 45 "	осень . 40 "	лѣто . 40 "
зима . 12 "	весна 12 "	лѣто . 17 "	осень 17 "



Полученныя при такой группировкѣ данныя обращаютъ на себя вниманіе своею типичностью и являются яркою иллюстраціей къ тѣмъ общимъ выводамъ, которые получились у насъ выше. Очевидно въ этихъ выводахъ мы имѣемъ указанія на такое явленіе, которое не является чѣмъ либо случайнымъ, а, наоборотъ, заключаетъ въ себѣ признаки постоянства и некоторой законности. Еще болѣе приходится убѣждаться въ этомъ послѣ разбора таблицъ № 16, гдѣ данныя смертности отъ разбираемой болѣзни сгруппированы по отдѣльнымъ годамъ и мѣсяцамъ. Оказалось, что по отдѣльнымъ годамъ максимумъ смертности отъ крупознаго воспаления пришелся 6 разъ на январь, 3 раза на апрѣль и только одинъ разъ на мартъ, минимумъ же поровну т. е. по 5 разъ на августъ и июль; если же считать по временамъ года, то обнаруживается слѣдующее:

По количеству смертныхъ случаевъ отъ крупознаго воспаления легкихъ за 1901—1910 г.г. оказывается:

На 1 мѣстѣ:	На 2 мѣстѣ:	На 3 мѣстѣ:	На 4 мѣстѣ:
Весна . 8 разъ	Лѣто . 8 разъ	Осень . 10 разъ	Зима . 10 разъ
Зима . 2 .	Весна 2 .		

Затѣмъ по этой таблицѣ мы обнаруживаемъ, что 5 лѣтъ въ числѣ первыхъ пяти по количеству смертей отъ этой болѣзни располагаются весенне и осенніе мѣсяцы, а вторые 6 составляютъ осенне и зимніе, въ другіе 5 лѣтъ порядкомъ этотъ размѣняетъ очень мало: среди 3 весеннихъ и 2 зимнихъ противостоятъ одинъ изъ осеннихъ, октябрь или ноябрь, вытѣсняя обыкновенно короткій февраль, который становится по главѣ второй шестерки, т. е. на 7 мѣсто.

Говорить о наличии эволюціи крупозной пневмоніи по мѣсяцамъ за отдѣльные годы, или абсолютныя цифры, довольно трудно, такъ и неправильно, ибо болѣе или менѣе вѣрные указанія на нее можемъ имѣть только данныя интенсивности и экстенсивности; послѣдніе по годамъ (глава 3-4а) не давали намъ права говорить о ней, по крайней мѣрѣ, по отношенію къ самому городу; правда въ отдѣльные годы въ историч. мѣсяцахъ (январь въ 1907 году, январь, мартъ и апрѣль въ 1908 году) и встрѣчается числа, въ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> раза превышавшія среднюю величину для соответственнаго мѣсяца, но, вѣдь, имъ уже вносили (глава 3) мѣсяца Нейбелг<sup>а</sup> и Копенг., что крупозное воспаление легкихъ имѣетъ свойство довольно широко колебаться, даже одинъ разъ величину въ 2 раза превышающую среднюю, а другой разъ даже менѣе половины ея.

Такимъ образомъ данныя о смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти приобретаютъ изумительную характерность: какъ бы мы къ нимъ не под-

ходили, какія бы руководящія точки мы не брали въ основу для группировки и комбинаціи, они неизмѣнно будутъ подчеркивать намъ типичную для этой болѣзни, эпидемиологическую особенность проявляться строго періодически, въ зависимости отъ отдѣльныхъ мѣсяцевъ и временъ года. Особенно это рельефно отразилось на связи смертности отъ нея со временами года. Онѣ намъ ясно показываютъ, что почти всегда наибольшее число смертныхъ случаевъ отъ этой болѣзни приходится на весну, за ней слѣдуетъ зима, на третью мѣстѣ стоитъ осень и, наконецъ минимумъ приходится на лѣто. Въ этихъ отношеніяхъ мы обнаруживаемъ такую правильность и постоянство, что находимъ возможнымъ считать это явленіе для крупознаго воспаления легкихъ явленіемъ закономѣрнымъ, видѣть въ немъ своего рода законъ для нея. Не такъ ужъ типично и менѣе постоянства обнаруживаетъ крупозная пневмонія въ распредѣленіи смертности по мѣсяцамъ, однако и тутъ мы замѣчаемъ, что, максимальное и минимальное напряженіе смертности изъ года въ годъ стараются отстоять свои дни и тѣ же сроки, т. е. ясно бросается въ глаза \*) тенденція максимуму падать на апрѣль или январь, а минимуму на июль или августъ. Обращаетъ на себя вниманіе и то, что при расположеніи мѣсяцевъ въ нисходящемъ порядкѣ въ числѣ первыхъ 6 стоятъ весенне и зимніе, а за ними слѣдуютъ осенне и лѣтніе мѣсяцы, и это замѣчается въ одинаковой степени какъ для обоего пола, такъ и для каждого пола въ отдѣльности; если и бывають почасъ отклоненія отъ такого порядка, то въ очень слабой степени. Въ общемъ мы все таки должны сказать, что той правильности и постоянства, а слѣд., законности въ распредѣленіи смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ, которую мы видѣли по отношенію къ временамъ года, по отношенію къ мѣсяцамъ уже не замѣчается, или она, пожалуй, и есть, но не въ такой степени, какъ тамъ, и не такъ резко бросается въ глаза.

Переходимъ теперь къ обзору болѣзненныхъ данныхъ (табл. №№ 17 и 18), для разбора беремъ общій итогъ въ ‰ 4,6% за 10 лѣтъ по мѣсяцамъ, т. е. данныя для города съ пригородами вмѣстѣ за разбираемый періодъ.

Распредѣляя наши данныя по триметрамъ т. е. по временамъ года, мы обнаруживаемъ слѣдующее:

А) Распредѣленіе болѣзненныхъ съ крупозной пневмоніей, поступившихъ въ больницы за 1901—1910 г.г. по временамъ года:

\*) См. группировки данныхъ въ табл. №№ 15 и 16.

Всего:		Мужчины:		Женщины:	
1) Весна . . . 35%	1) Весна . . . 35,6%	1) Весна . . . 33,7%	2) Зима . . . 27,8	2) Зима . . . 26,9	2) Зима . . . 29,6
2) Зима . . . 27,8	2) Зима . . . 26,9	2) Зима . . . 29,6	3) Осень . . . 20,9	3) Осень . . . 20,4	3) Осень . . . 22,1
3) Осень . . . 20,9	3) Осень . . . 20,4	3) Осень . . . 22,1	4) Лето . . . 16,3	4) Лето . . . 17,1	4) Лето . . . 14,6
4) Лето . . . 16,3	4) Лето . . . 17,1	4) Лето . . . 14,6	100%	100%	100%

В) Распределение по временам года умерших от крупного воспаления легких в больницах за 1901—1910 гг.

Всего:		Мужчины:		Женщинам:	
1) Весна . . . 33,7%	1) Весна . . . 32,3%	1) Весна . . . 35,1%	2) Зима . . . 28,9	2) Зима . . . 27,7	2) Зима . . . 30,9
2) Зима . . . 28,9	2) Зима . . . 27,7	2) Зима . . . 30,9	3) Осень . . . 20,4	3) Осень . . . 20,4	3) Осень . . . 20,4
3) Осень . . . 20,4	3) Осень . . . 20,4	3) Осень . . . 20,4	4) Лето . . . 17,0	4) Лето . . . 19,6	4) Лето . . . 13,3
4) Лето . . . 17,0	4) Лето . . . 19,6	4) Лето . . . 13,3	100%	100%	100%

Таким образом мы и здесь сь поразительной точностью наталкиваемся на тот же факт, что и выше: года заболеваемости и смертности по больницам мы по временам года получаем тѣ же отношения, что и для смертности от крупного воспаления легких по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти. Между всеми этими данными удивительная гармония. Въ то же время мы убеждаемся еще въ томъ, что заболеваемости и смертности от крупного воспаления легких въ больницахъ по временамъ года совершенно параллельны между собою. Въ этомъ отношении наши данныя вполне сходятся съ таковыми доктора Гольмца <sup>79)</sup>. Онъ нашелъ, что колебания заболеванія крупозной пневмонией по временамъ года почти сходны съ колебаниями смертности: maximum заболеваемости, какъ и смертности у него пришлись по большей части на весну, minimum на лето, поднятіе зимою и весною числа заболеваній, сравн. сь осенью и лѣтомъ, почти всюду было столь же велико, какъ и для смертности, т. е. получался выводъ, что колебания смертности от крупного воспаления легких по временамъ года находятся въ прямомъ отношеніи, главнымъ образомъ, къ количеству заболеваній. Пролонная обзоръ больничныхъ данныхъ далѣе, т. е. еще по мѣсяцамъ, мы между заболеваемостью и смертностью находимъ еще и другія общія точки: такъ, maximum всюду по рубрикамъ какъ въ отдѣлѣ заболеваемости, такъ и въ отдѣлѣ смертности приходится на апрѣль, а minimum на юль или августъ, 2) въ числѣ первыхъ 6 такъ и здѣсь выступаютъ весенніе и зимніе мѣсяцы, причемъ, если не считать января, весенніе мартъ

и май идутъ, впереди зимнихъ декабря и февраля. Слѣд., въ общемъ мы и по мѣсяцамъ года также находимъ параллелизмъ между заболеваемостью и смертностью, только онъ здѣсь нѣсколько замаскированъ, не такъ ужъ рѣзко выступаетъ впередъ; конечно, тогто полного соответствія, какое мы обнаружили между ними по болѣе крупнымъ промежуткамъ времени, т. е. по временамъ года, по мелкимъ промежуткамъ времени, напр. по мѣсяцамъ, нельзя было бы и ожидать, ибо, помимо числа заболевшихъ тутъ вліяютъ и другіе факторы: характеръ инфекции, возрастъ и силы больного и пр. Наличие яснаго параллелизма между заболеваемостью крупозной пневмоніей и смертностью отъ нея въ больницахъ, которую намъ пришлось констатировать и въ предыдущихъ главахъ, заставляетъ полагать, что это обстоятельство имѣть мѣсто также и внѣ больничной сферы. Слѣд. даетъ возможность намъ снова сказать, что данныя, трактующія только объ одной смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ, въ состояніи дать достаточное представление о степени распространенія этой болѣзни въ данной мѣстности; этотъ выводъ въ моихъ глазахъ приобретаетъ особую цѣнность, такъ какъ вполне оправдываетъ работы доктора Бушина и мою, основанная volens-nolens, въ силу вещей, почти исключительно на результатахъ по даннымъ о смертности. Итакъ, въ конечномъ итогѣ, мы видимъ, что больничныя данныя вполне подтверждаютъ тѣ выводы и положенія, къ которымъ привели насъ выше данныя по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти.

Теперь сопоставимъ наши результаты съ высказаніями некоторыхъ другихъ авторовъ.

Докторъ Гольмецъ <sup>79)</sup> нашелъ въ среднемъ за 6 лѣтъ, что maximum смертности отъ фибринознаго воспаления легкихъ въ Петербургѣ приходится на апрѣль, 2 maximum падаетъ на мартъ, первый minimum приходится на августъ и 2 на сентябрь, maximum падаетъ на весну, minimum на лето. Полное совпаденіе своихъ данныхъ авторъ нашелъ также у другихъ въ Россіи и заграничій, только въ Филадельфій и въ клиникахъ Цюриха maximum приходится на зиму.

Докторъ Блуменау <sup>74)</sup> пришелъ къ выводу, что по числу заболевшихъ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ самымъ неблагоприятнымъ мѣсяцемъ въ Петербургѣ оказывается январь, потомъ апрѣль, minimum приходится на августъ.

Докторъ Кольскій <sup>79)</sup> нашелъ для Москвы maximum заболеваемости въ апрѣль, потомъ въ мартъ, а minimum въ юль и августъ. И у него, какъ у доктора Гольмца, получилось, что

## Т А Б Л И

Распределение больных с крупным воспалением легких (без их  
(По больничным стат.)

Г О Р О Д Ъ:	Я н в а р ь.			Ф е в р а л ь.			М а р т ь.		
	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.
1901 . . . . .	91	45	136	106	47	153	156	54	210
1902 . . . . .	182	76	258	120	49	169	182	53	235
1903 . . . . .	154	76	230	92	41	133	156	57	213
1904 . . . . .	135	44	179	138	62	200	243	95	338
1905 . . . . .	212	80	292	140	50	190	184	51	235
1906 . . . . .	141	48	189	125	55	180	212	70	282
1907 . . . . .	350	158	508	251	77	328	278	108	386
1908 . . . . .	239	118	357	168	89	257	288	107	395
1909 . . . . .	212	109	321	202	110	312	210	105	315
1910 . . . . .	138	100	238	158	71	229	177	103	280
Итого . . . . .	1854	854	2703	1500	651	2151	2086	803	2889
% к итогу всех боль- ных кр. восп. легких.	10,3	11,7	10,7	8,4	8,9	8,5	11,6	11,0	11,4
<b>ПРИГОРОДЫ:</b>									
1901 . . . . .	12	2	14	6	7	13	17	2	19
1902 . . . . .	33	5	38	16	4	20	21	10	31
1903 . . . . .	13	8	21	14	7	21	22	3	25
1904 . . . . .	16	3	19	15	4	19	22	2	24
1905 . . . . .	24	6	30	19	3	22	15	5	20
1906 . . . . .	13	5	18	7	5	12	16	10	26
1907 . . . . .	43	9	52	33	5	38	32	7	39
1908 . . . . .	20	12	32	21	7	28	20	13	33
1909 . . . . .	22	7	29	32	8	40	20	14	34
1910 . . . . .	18	3	21	26	10	36	22	11	33
Итого . . . . .	214	60	274	189	60	249	207	77	284
% к итогу всех боль- ных крупн. восп. легких . . . . .	10,4	9,7	10,3	9,3	9,7	9,4	10,1	12,4	10,7
Итого гор. и пригор. . .	2068	914	2982	1689	711	2400	2293	880	3173
% к общему итогу всех больн. крупн. ного восп. легких.	10,3	11,5	10,7	8,4	8,9	8,6	11,5	11,1	11,4

## Ц А № 17.

жних чиновъ) въ С.-Петербургѣ и его пригородахъ по мѣсяцамъ года,  
стическимъ листкамъ).

А п р ѣ л ь.			М а я.			И ю н ь.			И ю л ь.		
М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.
162	54	216	182	49	231	73	30	103	54	21	75
221	78	299	197	64	261	126	43	169	67	34	101
143	53	196	141	43	184	66	37	103	67	26	93
269	90	359	208	77	285	155	73	228	135	40	175
183	62	245	174	58	232	123	50	173	96	33	119
252	100	359	166	58	224	127	59	186	52	17	69
258	89	347	238	91	329	166	61	227	71	30	101
262	103	365	216	62	278	155	40	195	104	37	141
256	142	398	284	147	431	156	56	212	90	24	114
317	133	450	221	95	316	173	58	231	135	40	175
2323	904	3227	2027	744	2771	1320	507	1827	871	292	1163
12,9	12,3	12,8	11,3	10,1	11,0	7,4	6,9	7,2	4,9	4,0	4,6
20	3	23	5	11	16	13	2	15	5	2	7
18	7	25	20	5	25	10	6	16	17	6	23
13	7	20	19	2	21	4	3	7	8	3	11
27	2	29	23	3	26	16	2	18	8	3	11
29	8	37	10	3	13	11	2	13	4	2	6
14	9	23	19	11	30	7	2	9	2	4	8
23	9	32	14	10	24	4	2	6	3	2	5
27	7	34	29	9	38	15	3	18	14	2	16
30	11	41	47	12	59	24	6	30	6	2	8
25	15	40	40	6	46	22	8	30	30	7	37
226	78	304	226	72	298	146	38	184	99	32	131
11,1	12,6	11,4	11,1	11,6	11,2	7,1	6,1	6,9	4,9	5,2	4,9
2549	982	3531	2253	816	3069	1466	545	2011	970	324	1294
12,8	12,3	12,6	11,3	10,3	11,0	7,3	6,9	7,2	4,9	4,1	4,6

Продолжение

ГОРОДЬ:	Августь.			Сентябрь.			Октябрь.		
	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.
<b>Г О Д Ы:</b>	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.
1901 . . . . .	85	26	111	91	43	134	76	55	131
1902 . . . . .	64	24	88	81	27	108	98	47	145
1903 . . . . .	45	22	67	76	42	118	111	66	177
1904 . . . . .	68	16	84	108	68	176	99	56	155
1905 . . . . .	97	31	128	104	32	136	128	44	172
1906 . . . . .	93	37	130	111	50	161	137	62	199
1907 . . . . .	73	34	107	81	44	125	108	59	167
1908 . . . . .	111	19	130	140	27	167	123	46	166
1909 . . . . .	115	20	135	100	51	151	101	54	155
1910 . . . . .	140	33	173	135	62	197	218	132	350
Итого . . . . .	891	262	1153	1027	446	1473	1196	621	1817
% кь итоту всьх боль- ныхь кр. восп. легкихь.	5,0	3,6	4,6	5,6	6,0	5,8	6,7	8,5	7,2
<b>ПРИГОРОДЫ:</b>									
1901 . . . . .	8	5	13	6	5	11	15	1	16
1902 . . . . .	6	3	9	13	1	14	13	1	14
1903 . . . . .	3	4	7	6	1	7	14	3	17
1904 . . . . .	8	—	8	14	3	17	17	2	19
1905 . . . . .	12	4	16	9	5	14	21	3	24
1906 . . . . .	9	2	11	10	3	13	15	3	18
1907 . . . . .	6	—	6	10	7	17	14	1	15
1908 . . . . .	10	2	12	7	8	15	15	4	19
1909 . . . . .	14	3	17	12	5	17	9	3	12
1910 . . . . .	13	2	15	18	6	24	29	11	40
Итого . . . . .	89	25	114	105	44	149	162	32	194
% кь итоту всьх боль- ныхь крупозн. восп. легкихь . . . . .	4,4	4,0	4,3	5,2	7,1	5,6	7,9	5,2	7,3
Итого гор. и пригор.	980	287	1267	1132	490	1622	1358	653	2011
% кь общему итоту вьсхь болн. крупоз- ныхь воспал. легкихь.	4,9	3,6	4,5	5,7	6,2	5,8	6,8	8,2	7,2

таблицы № 17.

Н о я б р ь .			Д е к а б р ь .			И Т О Г О .		
м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.
73	43	116	119	64	183	1268	531	1799
81	38	119	124	55	179	1543	588	2131
73	41	114	132	42	174	1256	546	1802
215	96	311	117	40	157	1890	757	2647
140	60	200	106	79	185	1687	620	2307
141	60	201	143	74	217	1700	690	2390
121	60	181	189	83	272	2184	894	3078
198	32	230	198	90	288	2199	770	2969
117	56	173	126	79	205	1969	953	2922
249	83	332	186	70	256	2247	980	3227
1408	569	1977	1440	676	2116	17943	7329	25272
7,9	7,8	7,8	8,0	9,2	8,4	100,0	100,0	100,0
20	5	25	19	3	22	146	48	194
20	4	24	20	2	22	207	54	261
9	2	11	12	7	19	137	50	187
28	—	28	25	2	27	219	26	245
13	5	18	19	4	23	186	50	236
11	5	16	29	8	37	152	65	217
19	7	26	16	8	24	239	70	309
10	2	12	23	12	35	211	81	292
18	9	27	21	4	25	255	84	339
22	7	29	24	6	30	289	92	381
170	46	216	208	56	264	2041	620	2661
8,3	7,4	8,1	10,2	9,0	9,9	100,0	100,0	100,0
1578	615	2193	1648	732	2380	19984	7949	27933
7,9	7,7	7,9	8	9,2	8,5	100,0	100,0	100,0

Т А Б Л И

Распределение умерших в больницах от крупного воспаления легких  
начиниши статисти

ГОРОДЪ. Г О Д Ы .	Январь.			Февраль.			Мартъ.		
	М	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.
1901	20	13	33	19	18	37	18	19	37
1902	33	32	65	23	20	43	31	31	62
1903	24	16	40	29	9	38	26	15	41
1904	26	18	44	28	8	36	20	16	37
1905	33	28	61	24	17	41	40	29	69
1906	26	10	36	27	10	37	30	17	47
1907	34	47	81	31	27	58	36	26	62
1908	41	51	92	21	35	56	30	36	66
1909	34	25	59	25	22	47	36	39	75
1910	34	24	58	25	20	45	40	23	63
Итого	305	264	569	252	186	438	307	252	559
% къ итоту всѣхъ умер. отъ кр. восп. легкихъ.	10,1	12,5	11,0	8,3	8,8	8,5	10,1	10,9	10,9
<b>ПРИГОРОДЫ:</b>									
1901	2	3	5	1	1	2	4	2	6
1902	1	2	3	3	—	3	4	2	6
1903	5	3	8	1	—	1	6	1	7
1904	4	—	4	3	1	4	4	1	5
1905	8	1	9	2	1	3	1	1	2
1906	2	—	2	2	1	3	1	2	4
1907	2	4	6	7	2	9	2	2	4
1908	4	4	8	2	4	6	8	6	14
1909	4	6	10	5	1	6	2	6	8
1910	9	1	10	5	1	6	2	1	3
Итого	41	24	65	31	12	43	34	23	57
% къ итоту всѣхъ умер- шихъ отъ крупнаго воспаленія легкихъ	10,4	13,3	11,3	7,9	6,6	7,5	8,7	12,7	10,0
Итого гор. и пригор.	346	288	634	283	198	481	341	275	616
% къ общему итоту всѣхъ умершихъ отъ круп. восп. легкихъ	10,1	12,5	11,1	8,3	8,6	8,4	10,0	12,0	10,8

Ц А № 18.

(безъ нижнихъ чиновъ) въ г. С.-Петербургѣ по мѣсяцамъ года. (По боль-  
чеккиши листкамъ).

Апрѣль.			Май.			Юнѣ.			Юль.		
М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.	М.	Ж.	Об.п.
25	22	47	22	24	46	19	8	27	10	3	13
37	28	65	24	17	41	21	12	33	18	8	26
22	19	41	17	14	31	14	10	24	12	6	18
40	32	72	30	16	46	23	8	31	13	8	21
35	17	52	27	16	43	20	11	31	13	6	19
45	28	73	24	17	41	33	6	39	10	4	14
46	26	72	52	34	86	23	13	36	16	11	27
31	21	52	35	34	69	39	24	63	23	12	35
42	32	74	40	30	70	41	11	52	28	3	31
52	45	97	42	28	70	40	13	53	26	11	37
375	270	645	313	230	543	273	116	389	169	72	241
12,4	12,7	12,5	10,3	10,9	10,7	9,0	5,5	7,5	5,6	3,4	4,7
4	2	6	4	1	5	1	2	3	1	—	1
5	1	6	6	—	6	3	—	3	2	—	2
3	—	3	7	—	7	2	1	3	—	1	1
5	2	7	4	—	4	7	1	8	2	—	2
6	1	7	2	2	4	3	1	4	2	1	3
2	2	4	3	1	4	4	2	6	1	—	1
2	2	4	4	1	5	1	3	4	2	—	2
7	3	10	4	3	7	1	1	2	1	—	1
3	5	8	8	1	9	—	—	2	—	—	—
5	5	10	2	7	9	3	1	4	2	1	3
42	23	65	44	16	60	27	12	39	14	3	17
10,7	12,7	11,3	11,3	8,8	10,5	6,9	6,6	6,8	3,6	1,7	2,9
417	293	710	357	246	603	300	128	428	184	75	258
11,9	12,7	12,4	10,4	10,7	10,5	8,8	5,6	7,5	5,4	3,3	4,5

колебания смертных случаев от крупозного воспаления легких оказались в прямом отношении к количеству заболеваний. Доктор Солонцев<sup>1)</sup> пришел на основании данных за 16 лет к убеждению, что существует как бы законность из года в год, что больных крупозной пневмонией больше всего падает на весну, затем следует зима, осень и меньше всего больных бывает летом, по месяцам maximum пневмоний падает на апрель, затем март и май, minimum на август и июль. Доктор Иванов<sup>2)</sup> для больницы общины Св. Георгия получил, что  $\frac{2}{3}$  всего количества больных пневмонией приходится на весну и зиму, а  $\frac{1}{3}$  на осень и лето. У доктора Германа<sup>11)</sup> за 12 лет (1869—1880) по наблюдениям в Обуховской больнице получило, что 38% больных пришлось на весну, 26% на зиму, 20% на лето и 15% на осень, по месяцам—у него maximum приходило на апрель и май, minimum на август и сентябрь. Таким образом, конечные итоги и у названных авторов, и у нас в общем оказываются почти тождественными между собою; если и встречается разноречие, то только на мелочах или второстепенных штрихах, которые не заслоняют общей картины и не мешают чистоте впечатлений, а это впечатленье таково, что невольно подсаживается мысль, что тут не без влияния внешних атмосферных условий. Доктор Солонцев справедливо говорит, что, так как разница между временами года, в сущности говоря, сводится к перемены погоды или к различным метеорологическим условиям, то этим самым уже дается повод предположить влияние их на развитие крупозного воспаления легких. Klinger<sup>79)</sup> находит, что весна потому представляет наимыгодная условия для развития крупозной пневмонии, что в это время погода отличается своею изменчивостью. Доктор Кольский сообщает, что некоторые ученые, как Huss, Bergmann, Riesel, Quinque и др., наблюдали преимущественное развитие крупозной пневмонии в пределах температур, близких к 0°. Это обстоятельство, на взгляд автора, имеет тесную связь с вопросом о более частом заболевании крупозной пневмонией в мягкие зимы или, вообще, с наступлением более мягкой погоды, напр., весной. И вот доктор Кольский, отказываясь дать объяснение этому обстоятельству, все таки, как бы в подтверждение сказанного, указывает, что во первых maximum респираторных спорове приходится на апрель, когда t° колеблется около 0°, в 2-х, в теплые зимы дней с такой t° больше, чем в холодные. 3) передвижение максимального напряжения повидному, зависит от того, насколько

раньше или позже наступает период типической апрельской погоды; таким образом, maximum может передвинуться с апреля на март или на май, что неоднократно и приходится наблюдать; наконец, в переходное время являются различные катары дыхательных путей или так называемые „простудные“ состояния, которые в свою очередь готовят почву для крупозной пневмонии. Исследователи восьмидесяти годов<sup>78)</sup> как Magelen, Netter, Zepine, Almqvist полагали, что „простуда“ в широком смысле или неблагоприятная атмосферная влияния действуют одновременно двояко: ослабляли организм и готовили почву для болезни, а с другой стороны, действовали на самих микроорганизмов. То, что эти авторы угадывали чутьем, пожалуй подтверждается фактически, согласно новейшим данным, как мы узнаем из ст. проф. Юргенса<sup>81)</sup> 8), только это совершается не прямым путем, а косвенно, так сказать, рикошетом. Дело в том, что когда понижается жизнеспособность живого организма, он становится чувствительнее, реактивная способность его повышается, что служит как бы импульсом, исходящим от организма и действующим раздражающе на бактерии, усиливая их вирулентность. Выходит так, что бактерии получают двойную помощь: сами они действуют сильнее, и жертва их нападения становится доступнее. Теперь невольно задается вопрос, какие же в точности те метеорологические условия или элементы погоды, которые оказываются невыгодными для развития болезни. В этом то и состояла задача работ Кольского<sup>79)</sup> и Солонцева<sup>8)</sup>; первый работал для Москвы, а второй для Петербурга, копысь в сложных, кропотливых таблицах истинных метеорологических станций и сопоставляя средние выводы из этих таблиц по месяцам или временам года с количеством больных крупозной пневмонией по тем же промежутокм времени. Результаты однако несмотря на большой труд, затраченный этими авторами, особенно доктором Кольским, получились довольно скромные. Приведем здесь результаты наставленной доктором Солонцева, которые ближе к нам, так как касаются Петербурга.

1) Отношение к t°. Из таблиц оказалось, что средняя t° наибольшая летом, затем следует осень, весна и зима, осенняя t° вдвое выше весенней, а летняя четверо выше осенней;

<sup>8)</sup> См. 2-ую главу «Очерк эволюции крупозного воспаления легких».



сопоставляя эти данные с больными крупозной пневмонией по временамъ года, приходишь къ тому выводу, что (°) немного выше 0° весной и ниже его зимою какъ бы является условіемъ, наиболее благоприятнымъ для заболѣванія крупозной пневмонией.

2) Осадки и абсолютная влажность. Изъ таблицъ получило, что среднее нормальное число дней съ осадками приходится на

весну:	лѣто:	осени:	зиму:
12	13	17	10

Слѣд., можно думать, что времена года съ меньшимъ числомъ осадочныхъ дней являются какъ бы болѣе благоприятными для заболѣванія крупозной пневмонией. Далѣе, при сопоставленіи среднихъ чиселъ больныхъ для каждаго времени года за 16 лѣтъ со средними количествами осадковъ, получаются среднія отношенія:

	Весна:	Зима:	Осень:	Лѣто:
Число больныхъ.	96	73	47	39
Колич. осадковъ.	77	85	140	211

Т. е. получаются между заболѣваемостью крупознымъ воспаленіемъ и абсолютною влажностью обратныя отношенія: чѣмъ меньше абсолютной влажности, тѣмъ болѣе оказалась заболѣваемость крупозной пневмонией.

Что же касается относительной влажности, которая, логически разсуждая, должна идти въ унисонъ съ абсолютной, она какъ таблицы показали, находится въ обратномъ отношеніи съ абсолютной: почти во все годы въ Петербургѣ средняя мѣсячная относительная влажность воздуха, начиная съ января постепенно уменьшается, достигая minimum'a въ юль, а съ юля она постепенно увеличивается до декабря включительно. Такие выводы, собственно говоря, не противорѣчатъ здравому смыслу и не уклоняются отъ правды. Вѣдъ, извѣстно, что чѣмъ ниже 0° или чѣмъ холоднѣе погода, тѣмъ меньше требуется водяныхъ паровъ для насыщенья воздуха, т. е. тѣмъ ниже будетъ точка росы, слѣд., зимою, въ холодные дни, при одномъ и томъ же количествѣ водяныхъ паровъ, относительная влажность будетъ болѣе, нежели лѣтомъ, въ теплые дни; такимъ образомъ выходитъ, что въ Петербургѣ, хотя зимою и весной абсолютное количество влаги въ воздухѣ меньше, однако относительная влажность будетъ болѣе, т. е. эти элементы будутъ какъ бы въ обратномъ отношеніи между собою. Въ конечномъ выводѣ, сопоставляя среднія числа больныхъ крупозной пневмоніей съ данными и влажности воздуха, получается обратное отношеніе

между числомъ больныхъ и абсолютнымъ содержаніемъ паровъ и прямо между числомъ пневмониковъ и относительнымъ содержаніемъ влаги, но въ некоторые мѣсяцы также и обратное: напр. весной, при сравненіи съ зимою. Сила вѣтра и атмосферное давление связи никакой не обнаружили. Докторъ Кольскій пришелъ къ нѣсколькимъ другимъ результатамъ. Оно и понятно, ибо климаты Петербурга и Москвы представляютъ почти прямую противоположность между собою. Въ заключеніе самъ докторъ Солонцовъ затрудняется признать значеніе своихъ выводовъ, справедливо разсуждая, что среднія метеорологическія числа могутъ вестн въ заблужденіе, такъ какъ онѣ только до нѣкоторой степени вѣрны.

Докторъ Кольскій, считаясь съ тѣмъ, что въ такомъ большомъ городѣ, какъ Москва, независимо отъ какихъ бы то ни было элементовъ погоды, благоприятствующихъ развитію крупозной пневмоніи, за цѣлый годъ не бываетъ такихъ дней, когда нѣтъ пневмоніи, высказываетъ, что заболѣваніе мисливо при всякой погодѣ, даже хорошей, теплой, если выгоды складываются социальнымъ и бытовымъ условіямъ. Съ этимъ мнѣніемъ доктора Кольскаго нельзя не согласиться, ибо мы уже видѣли, что санитарная и экономически-бытовая условія для смертности отъ крупозной пневмоніи имѣютъ немалое значеніе, что она также какъ и другія инфекціонныя болѣзни, имѣетъ тенденцію распространяться на окраинахъ, среди бѣдности. Къ этому мы могли бы добавить еще, что, наряду съ санитарными и социально-бытовыми условіями, судя по нашимъ цифровымъ даннымъ, огромное значеніе для развитія крупознаго воспаления легкихъ, пожалуй, даже болѣе, чѣмъ первая, имѣютъ естественные факторы, въ числѣ ихъ, какъ особенно рельефно выступаютъ въ этомъ отношеніи, нужно отмѣтить возрастъ больного и время года.

Выводы и заключенія.

1) Крупозная пневмонія въ своемъ проявленіи обнаруживаетъ всюду и изъ года въ годъ строгую періодичность: учащеніе болѣзней и ея затѣше постоянно и правильно чередуются между собою съ нѣяна другъ друга.

2) Эта постоянная и довольно правильная періодичность болѣзней тѣсно связана съ временами года и отдельными мѣсяцами, при чемъ между нею и временами года обнаруживаются болѣе тѣсная зависимость и болѣе постоянныя отношенія, чѣмъ между ею и мѣсяцами года.

3) Считая по временамъ года, maximum смертности отъ нея приходится преимущественно на весну, за ней слѣдуетъ зима, осень занимаетъ 3 мѣсто, а minimum падаетъ на лѣто, гораздо рѣже случается, что maximum передвигается на зиму или minimum на осень.

4) Статистическія изслѣдованія съ несомнѣнностью доказываютъ также существованіе связи разбираемой болѣзни съ мѣсяцами года, только эта послѣдняя не такъ рельефно выступаетъ какъ отношеніе ея къ временамъ года.

5) Maximum заболеваемости и смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ почти всегда обнаруживаетъ склонность падать на апрѣль или на январь, а minimum на юль или августъ, чрезвычайно рѣдко maximum можетъ передвинуться на мартъ или май, и нѣсколько чаще minimum на сентябрь.

6) При расположеніи мѣсяцевъ года въ нисходящемъ порядкѣ смотря по числу смертей отъ крупознаго воспаления легкихъ, въ числѣ первыхъ шести располагаются весенніе и зимніе мѣсяцы, а вторые шесть составляютъ осенніе и лѣтніе.

7) Кривая смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ составленная по мѣсяцамъ представляется очень типичной: она отъ августовскаго minimum'a до апрѣльскаго maximum'a все время поднимается вверхъ, имѣя на пути только одну волну паденія въ февралѣ, а съ апрѣльскаго maximum'a начинаетъ спускаться внизъ до тѣхъ поръ, пока не достигнетъ minimum'a въ юль или августъ.

8) Выводы полученныя на основаніи болѣзненныхъ данныхъ вполне совпадаютъ съ выводами, полученными на основаніи данныхъ по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти.

9) Заболеваемость и смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ въ болѣзненные по временамъ года находятся въ прямомъ отношеніи между собой: между ними полный параллелизмъ; по мѣсяцамъ года между ними также существуетъ параллелизмъ, только менѣе замѣтный, чѣмъ первый.

## ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

Смертность въ С.-Петербургѣ и его пригородахъ отъ крупознаго воспаления легкихъ за 1901—1910 г.г. въ зависимости отъ продолжительности пребыванія въ немъ (безъ нижнихъ чиновъ, состоящихъ на службѣ).

Таблица 19. Общарѣвая средняя на 10000 населенія, мы находимъ для мужчинъ и женщинъ перевѣсъ смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ на сторонѣ коренныхъ жителей, т. е. тѣхъ, которые родились въ самомъ Петербургѣ и его пригородахъ. Въ этомъ отношеніи наши данныя вполне согласуются съ результатами доктора Бушина: и у него также смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ среди родившихся въ Петербургѣ была гораздо выше, чѣмъ среди пришлаго населенія. Вотъ его результаты.

Умерше отъ крупознаго воспаления легкихъ въ Петербургѣ и его пригородахъ (по Бушину) за 6 лѣтъ, съ 1885—1890 г.г. (средняя на 10000 по переписи 1890 г.).

	Мужчины:	Женщины:	Об. п.:
Коренные жители . . . . .	29,1 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>	20,8 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>	24,5 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>
Пришлые . . . . .	4,4 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>	3,3 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>	3,9 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>

Авторъ происхожденія этого факта ставитъ въ зависимость отъ того, что среди пришлаго населенія по преимуществу преобладаютъ молодые, физически здоровые, крѣпкіе (чернорабочіе), въ самомъ цвѣтущемъ возрастѣ (20—40 лѣтъ), между тѣмъ какъ среди кореннаго населенія много дѣтей и стариковъ. Ссылку на чернорабочихъ нельзя считать удачною, ибо, какъ увидимъ изъ слѣдующей главы, чернорабочіе по своей смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ идутъ въ числѣ первыхъ. Затѣмъ, точка зрѣнія, высказанная докторомъ Бушинымъ, имѣетъ настолько общій характеръ, что если его придержать въ отношеніи къ крупознаму воспаленію легкихъ, то съ такимъ же правомъ она должна найти себѣ примѣненіе и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Т А Б Л И Ц А № 19.

Распределение умерших от крупозного воспаления легких (по медиц. свид. о смерти) на родившихся в самом Петербурге и его пригородах и вне его.

РОДИВШИХСЯ Г О Д А :	В С.-Петер- бурге и его при- городах:			В н % Петербурга:			И Т О Г О :		
	м.	ж.	об. п.	м.	ж.	об. п.	м.	ж.	об. п.
1901 . . . .	128	189	317	297	321	618	485	510	995
1902 . . . .	182	216	398	360	323	683	542	539	1081
1903 . . . .	207	235	442	348	279	627	555	514	1069
1904 . . . .	185	237	422	361	333	694	546	570	1116
1905 . . . .	193	202	395	332	296	628	525	498	1023
1906 . . . .	188	175	363	324	300	624	512	475	987
1907 . . . .	212	219	431	360	390	750	572	609	1181
1908 . . . .	246	239	485	428	364	792	674	603	1277
1909 . . . .	220	229	449	384	345	729	604	574	1178
1910 . . . .	273	293	566	447	360	807	720	653	1373
Итого город с пригородами . .	2094	2234	4328	3641	3311	6952	5735	5545	11280
Население по пер- сел. 1900 г. На 10000 средн. в год . . . . .	206882	249017	455899	582822	400892	983714	789704	649909	1439613
Жители города . .	101,1	9,0	9,5	6,2	8,3	7,1	7,3	8,5	7,8
Жители города . .	1647	1854	3501	3086	2932	6018	4733	4786	9519
Насел. града по персел. 1900 г. На 10000 нас. ср. в год . . . .	173915	213137	387052	506229	354841	861070	680144	567978	1248122
Жители приго- родов . . . . .	447	380	827	555	379	934	1002	759	1761
Нас. пригор. по персел. 1900 г. На 10000 нас. ср. в г. . . . .	32967	35880	68847	76593	46051	122644	109580	81931	191491
Жители приго- родов . . . . .	13,6	10,7	12,0	7,2	8,2	7,6	9,1	9,2	9,2

Между тем, сам доктор Бушин, ссылаясь на А. А. Липсаго, проф. Скворцова и доктора Орлова заявляет, что по отношению к смертности от других инфекционных болезней, коренное и пришлое население распределяются как раз обратно, т. е. что пришлое население гораздо легче заражается всякими тифами, чем коренное. И, действительно, оно так и есть: почти при всех инфекционных болезнях, за исключением крупозной пневмонии и быть может еще бугорчатки легких, заболеваемость и смертность, пришлое население больше, чем среди уроженцев столиц. Это нашли А. Липский для всех заразных болезней, Лихачев и Каманин<sup>37)</sup> для возвратного тифа, Орлов и Гауль, для сыпного тифа и др. Следовательно, придерживаясь буквально точки зрения доктора Бушина, мы попадаем в явное противоречие. К сожалению по этому вопросу специально для крупозного воспаления легких у других авторов указаний мы находим очень мало. Из русских авторов, писавших об этой болезни, только доктор Бушин и касается этой стороны вопроса, да еще А. А. Липский говорит о нем при разбор материала петербургских городских больниц. Кольский, Солонцев, Иванов, проф. Афанасьев и Вакс совсем не затрагивают ее. Большинство авторов, которых нам пришлось пересмотреть, ссылаются на устаревший уже труд проф. Цимсена<sup>38)</sup>, где говорится, что коренное население данного места поражается крупозным воспалением легких чаще пришлое, как раз обратно тому, что бывает при плеврит. Автор этот приводит ряд примеров из литературы, подтверждающих его наблюдения, считает это явление постоянным повсеместным и готов видеть в нем эмпирический закон. Penzold<sup>39)</sup> также из своих наблюдений пришел к выводу, что истинные жители заболевают крупозным воспалением легких легче, чем приезжие. Авторы этому явлению объяснения не дают.

Обратимся теперь к обзору таблицы 20-й где показано, сколько времени прожили в Петербурге и его пригородах умершие от крупозного воспаления легких до начала своей болезни. Остатки пока вне разбора рубрику „неизвестн.“, куда вошли лица, время пребывания которых в столиц не было обозначено. Если судить по данным интенсивности, которая собственно говоря, одних и дает ясное представление о заболеваемости и смертности населения, то для мужского пола смертность от крупозного воспаления легких оказывается в тесной зависимости от продолжительности пребывания в столиц, и это оказывается одинаково справедливо.

ТАБЛИЦА № 20.

Распределение умерших от крупозного воспаления легких за 1901—1910 г.г.  
(Составлена по медицинским

на группы по продолжительности пребывания в столицах и ее пригородах.  
свидетельствам о смерти).

Г О Д А :	До 1 мѣсяца.			1—3 мѣс.			4—12 мѣс.			1—5 лѣтъ.			6—10 лѣтъ.			11—15 лѣтъ.		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
1901 . . . . .	8	1	9	—	—	1	4	2	6	30	20	50	18	17	35	11	9	20
1902 . . . . .	7	5	12	1	4	5	6	7	13	34	14	48	25	13	38	9	16	25
1903 . . . . .	3	6	9	4	3	7	11	7	18	33	24	57	12	8	20	14	5	19
1904 . . . . .	6	2	8	2	2	4	4	6	10	42	17	59	12	14	24	14	12	26
1905 . . . . .	3	1	4	3	—	3	8	7	15	26	18	44	16	17	33	26	4	30
1906 . . . . .	3	4	7	4	2	6	7	5	12	32	20	52	12	11	23	19	16	35
1907 . . . . .	9	1	10	2	6	8	6	9	15	40	32	72	16	20	36	27	12	39
1908 . . . . .	2	12	14	2	9	11	6	9	15	36	29	65	34	18	52	17	12	29
1909 . . . . .	5	10	15	4	5	9	7	10	17	41	34	75	30	23	53	29	18	47
1910 . . . . .	6	7	13	2	5	7	6	12	18	35	38	73	28	23	51	28	15	43
Итого городъ съ пригородами . . . . .	52	49	101	25	36	61	65	74	139	349	246	595	203	164	367	194	119	313
Насел. по переписи 1900 года . . . . .	м.—99879, ж.—56738,						об. п.—156617.						167974					
На 10000 нас. средн. въ годъ . . . . .	м.—1,4, ж.—2,8,						об. п.—1,9.						90360					
Городские жители . . . . .	46	44	90	20	32	52	56	67	122	310	219	529	177	145	322	164	108	272
Население по пер. 1900 года . . . . .	м.—87385, ж.—49732,						об. п.—137117.						146556					
На 10000 нас. средн. въ годъ . . . . .	м.—1,4, ж.—2,9,						об. п.—1,9.						79246					
Пригородные жители . . . . .	6	5	11	5	4	9	9	8	17	39	27	66	26	19	45	30	11	41
Насел. по переписи 1900 года . . . . .	м.—12494, м.—7006,						об. п.—19500.						21418					
На 10000 нас. средн. въ годъ . . . . .	м.—1,6, ж.—2,4,						об. п.—1,9.						11114					

Продолжение

таблицы № 20.

Г О Д А:	16—20 лѣтъ.			21—25 лѣтъ.			26—30 лѣтъ.			Больше 30 л.			Неизвѣстн.			И Т О Г О:		
	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.	м.	ж.	Об.п.
1901 . . . . .	14	11	25	18	18	36	19	11	30	64	79	142	110	154	264	297	321	618
1902 . . . . .	14	16	24	26	20	46	9	7	16	82	72	154	147	155	302	360	323	683
1903 . . . . .	12	8	20	19	11	30	12	5	17	76	53	129	152	149	301	348	279	627
1904 . . . . .	9	9	18	20	19	39	14	11	25	59	66	125	179	175	354	361	333	694
1905 . . . . .	16	7	23	20	12	32	12	6	18	68	80	148	134	144	278	332	296	628
1906 . . . . .	19	13	32	15	7	22	18	7	25	89	76	145	126	139	265	324	300	624
1907 . . . . .	15	11	26	16	19	35	9	11	20	65	90	155	155	179	334	360	390	750
1908 . . . . .	21	17	38	33	22	55	22	8	30	85	97	182	170	131	301	428	364	792
1909 . . . . .	31	14	45	24	23	47	15	5	20	71	98	169	127	105	232	384	345	729
1910 . . . . .	20	21	51	29	20	49	15	14	29	112	108	220	156	97	253	447	360	807
Итого городъ съ пригородами . . . . .	181	121	302	220	171	391	145	85	230	751	818	1569	1456	1428	2884	3641	3311	6952
Насел. по переписи 1900 года . . . . .	44223	34254	78477	37570	31010	68560	20655	19931	43636	43911	49318	93229	13906	11566	25492	582822	400892	983714
На 10000 нас. средн. въ годъ . . . . .	4,1	3,5	3,8	5,9	5,5	5,7	6,1	4,3	5,3	17,1	16,6	16,8	104,7	123,3	113,1	6,2	8,3	7,1
Городские жители . . . . .	153	103	256	185	141	326	115	75	190	647	741	1388	1213	1258	2471	3086	2932	6018
Население по пер. 1900 года . . . . .	38617	30577	69194	32531	27547	60078	20578	17844	38422	38565	44637	83202	11687	10450	22337	506229	354841	861070
На 10000 нас. средн. въ годъ . . . . .	4,0	3,4	3,7	5,7	5,1	5,4	5,6	4,2	4,9	16,8	16,6	16,7	102,0	120,4	110,6	6,1	8,3	7,0
Пригородные жители . . . . .	28	18	46	35	30	65	30	10	40	104	77	181	243	170	413	555	379	934
Насел. по переписи 1900 года . . . . .	5606	3677	9283	5039	3463	8502	3077	2137	5214	5346	4681	10027	2019	1136	3155	76593	46051	122644
На 10000 нас. средн. въ годъ . . . . .	5,0	4,9	5,0	6,9	8,7	7,6	9,7	4,7	7,7	19,5	16,4	18,1	120,4	149,6	130,9	7,2	8,2	7,6

будем ли мы брать все мужское население или отдельно города и пригородов. Эта зависимость сказывается в том, что смертность от крупного воспаления легких прогрессирует параллельно с продолжительностью пребывания, при чем рост смертности будет идти с каждой последующей рубрикой непрерывно и постепенно, больше или менее равномерно, кривая ее для города (а также „для города вместе с пригородами“) будет все время медленно ползти вверх, и только при переходе с предпоследней рубрики на последнюю делается крутой скачок вверх. Кривая мужской смертности для пригородов имеет тот же характер, только амплитуды волны здесь как будто несколько реже выражены. Кривая смертности от крупного воспаления легких для женского пола (см. диаграммы 10-ую и 12-ую), хотя в общем несет тот же характер, что и для мужского пола, однако она мне кажется правильнее и не выдержана до конца: сначала, в первых трех рубриках средняя на 10000 населения или дает слабое понижение (город) или почти равна между собою (пригороды), затем кривая смертности до самого конца движется вверх и на пути своем, перед самым концом, дает одну волну понижения, после чего она также, как и у мужчин, делается крутой скачок вверх. Несмотря на эти, к слову сказать, весьма несущественные шероховатости в ход кривых смертности для женского пола, мы и тут ясно обнаруживаем тесную связь смертности от крупного воспаления легких с продолжительностью пребывания в столицах и ее пригородах, и с таким же характером как и для мужского пола. Очевидно эти несправильности в ход кривых являются случайными, в силу, быть может, крайней подвижности населения пригородов или в силу каких нибудь неточностей и ошибок, вкрадшихся при переписи и подсчете населения; к такому заключению пришел и доктор Гауль, разбирая свои цифровые данные.

Таким образом наши данные устанавливали факт тесной связи смертности от крупного воспаления легких с продолжительностью пребывания в том смысле, что с продолжительностью пребывания в столицах увеличивается и смертность от этой болезни. Причина этому по моему мнению, очень проста: с увеличением продолжительности пребывания в столицах, увеличивается и возраст, человек стареет, а мы уже убедились, какое сильное влияние на смертность от крупного воспаления легких оказывает возраст человека. Кроме понятия „коренной житель“, мы еще различаем понятие „постоянный обыватель“. Последнее

понятие шире первого и обнимает собою как местных уроженцев, так и тех, которые прибыли в данной местности довольно долго, как бы акклиматизировались, вошли в общий строй местной жизни, слились с местным населением. Чтобы иметь право считаться постоянным обывателем, в среднем полагается прожить 9—10 лет во всяком случае не менее 5 лет. Какой бы срок мы не брали критерием, постоянства жительства, очевидно, будет такая разница между пришлыми и постоянными жителями в отношении смертности от крупного воспаления легких в том смысле, что первые, при том весьма значительный будет на стороне постоянных жителей. В чем же собственно кроется причина такого явления. По отношению к коренному населению и я склонен разделять вполне точку зрения доктора Вушин, т. е. считаю возможным полагать, что среди них много детей и стариков, которые, повиному, и создают перевес смертности их над недавно прибывшими в столицу элементами. По отношению же к той части постоянного населения столицы, которая составила из пришлых элементов, поселившихся в столицах более или менее давно и слившихся с местными обывателями, то, очевидно, тут косвенно сказывается влияние возраста человека. Что же касается до недавно прибывших, главную массу коих составляют ряды рабочих, мелких ремесленников и учащихся, то надо уж в priori полагать, что среди них преобладают возрасты от 16 до 30 лет; за это говорить, между прочим, значительное преобладание больших в этих возрастах во всех городских больницах, на что указывает и А. А. Лиссий. Это те возрастные группы, которые, как известно, дают менее всего жертв для крупного воспаления легких. Такое объяснение разбираемого явления, если его не обобщать, а отнести только к Петербургу и создаваемому в нем строю жизни, представляется весьма правдоподобным.

Обратимся теперь к рубрике „неизвестн.“. Здесь мы для смертности от крупного воспаления легких находим такие огромные величины, которые невольно привлекают к себе наше внимание: так цифры в этой рубрике, выражающие мужскую и женскую смертность, в 2—3 раза превосходят суммы средних для всех групп, взятых вместе. Сь рубрикою „неизвестн.“ нам приходится уже встречаться и раньше, в предыдущих главах, но пока в этих рубриках, указывающих на волные или невольные недочеты статистического материала, встречались не очень большие цифровые данные, мы, не зная, как подойти к

нимъ, съ какой стороны трактовать ихъ и принимая въ расчетъ значительность цифръ, просто старались игнорировать ихъ. Здѣсь же мы наталкиваемся на такое явление, что проити мимо, не коснувшись хоть сколько его, становится уже невозможнымъ. По мнѣнію А. А. Липскаго, въ рубрику «нема» попадаютъ какъ лица, отъ которыхъ нельзя было получить свидѣнія по ихъ болѣзненному состоянію, такъ и тѣ, у которыхъ была пропущена отгѣтка. Что первое возможно, показываютъ данныя самого А. А. Липскаго <sup>(1)</sup>, установившія среди больныхъ, пробившихъ въ больницахъ очень короткое время, 1—2 дня, огромный % съ крупозной пневмоніей. Повидимому это были такого рода больные, которые были доставлены въ столь тяжеломъ состояніи, что какихъ либо свидѣній дать о себѣ не могли. Очень часто врачами пропускается отгѣтка о нужныхъ свидѣніяхъ иногда просто потому, что часто не даешь себѣ отчета о важности этихъ свидѣній, больше обращая вниманіе на то, что ближе къ задачанъ врача, что облегчаетъ распознаваніе болѣзни. Это я сужу по себѣ, такъ какъ мнѣ пришлось порядочное время работать въ лечебныхъ заведеніяхъ. Но такое объясненіе примѣнимо сюда только отчасти и не оправдываетъ еще огромныхъ цифръ, встречающихся въ этихъ рубрикахъ. Если мы присмотримся, то увидимъ, что эта рубрика, стоящая на самомъ концѣ, какъ бы является естественнымъ концомъ кривой смертности, стремящейся все время неудержимо вверхъ, только съ тою разницей, что въ то время, какъ она въ предшествующихъ группахъ шла вверхъ медленно и постепенно, здѣсь она совершаетъ неизомѣрный подъемъ. Разъ уже обнаружено, что съ продолжительностью пребыванія въ столицѣ и въ пригородахъ увеличивается смертность отъ крупознаго воспаленія легкихъ, то не естественно ли было бы предположить, что въ эту рубрику попали люди очень пожилые, которые такъ давно поселились въ столицу, что, дѣйствительно, могли и совершенно забыть о времени своего приѣзда сюда. Что это люди очень старые, наводятъ насъ самыя цифры, выражающія смертность отъ этой болѣзни, которая очень напоминаютъ таковыя въ послѣднихъ возрастныхъ группахъ старческаго періода жизни, а, во вторыхъ, еще и то, что въ этой рубрикѣ данныя смертности для женщинъ значительно превышаютъ таковыя для мужчинъ.

#### Обзоръ больничныхъ данныхъ.

Таблица № 21. Если судить по числамъ, выражающимъ интенсивность заболѣваемости крупозной пневмоніей и смертности отъ нея въ больницахъ, то окажется, что и въ томъ, и въ другомъ

ТАБЛИЦА № 21.

Больные и умерше отъ крупознаго воспаленія легкихъ (безъ нижнихъ чиновъ). Родившіе въ Петербургѣ и его пригородахъ и въ его (по болѣзненнымъ листкамъ).

РОДИВШЕСЯ ГОДА:	Въ Петербургѣ и пригородахъ:		Въ его:		ИТОГО:	
	Больн.	Умер.	Больн.	Умер.	Больн.	Умер.
1901	256	51	1737	375	1993	426
1902	264	61	2128	445	2392	506
1903	259	55	1730	395	1989	450
1904	248	44	2644	509	2892	553
1905	209	51	2334	501	2543	552
1906	212	58	2395	470	2607	528
1907	327	68	3060	597	3387	665
1908	312	62	2949	622	3261	684
1909	325	58	2936	583	3261	641
1910	358	70	3250	650	3608	720
Итого	2770	578	25163	5147	27933	5725
На 10000 нас. средн. въ годъ (по переписи 1900 г.) *)	6,1	1,3	25,6	5,2	19,4	3,9
Въ томъ числѣ гор. жит. . . . .	2553	529	22719	4623	25272	5152
На 10000 гор. насел. среднее въ годъ (по переписи 1900 г.) . . . . .	6,6	1,4	26,4	5,4	20,2	4,1
Жители пригородовъ. На 10000 населенія пригородовъ среднее въ годъ (по переписи 1900 г. . . . .	217	49	2444	524	2661	573
	3,2	0,7	19,9	4,4	13,8	2,9

\*) Числовой составъ населенія по переп. 1900 г. приведенъ въ таб. № 19.

отношении родившихся вт Петербурга и его пригородов т. е. пришлое население значительно превосходит коренных жителей, так что для города получается отношение 4:1, а для пригородов 6:1. Следовательно в отношении смертности мы встречаем здесь то, что идет в явную разрыв с данными по медицинским свидетельствам о смерти. Сопоставив рядом ть и другя данные о смертности оть разбираемой болъзни между собой.

А) Изъ родившихся вт Петербурга и его пригородов умерло оть крупного воспаления легких обоого пола:

	Въ больницахъ:	По медиц. свидѣт.
Городъ—пригороды . . . . .	5,2 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>	7,1 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>
Городъ . . . . .	5,4 "	7,0 "
Пригороды . . . . .	4,3 "	7,6 "

Выходитъ, что изъ числа умирающихъ на 10 тыс. населения (по переписи 1900 года), на больницъ приходится оть 56—77% т. е. оть половины до 3/4.

В) Изъ родившихся въ самомъ Петербургѣ и его пригородахъ:

	Въ больницахъ:	По медиц. свидѣт.
Городъ—пригороды . . . . .	1,3 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>	9,5 <sup>0</sup> / <sub>1000</sub>
Городъ . . . . .	1,4 "	9,0 "
Пригороды . . . . .	0,7 "	12,0 "

Эти цифры говорятъ сами за себя и поясненія не требуютъ. Выводъ тотъ, что преобладающй контингентъ среди больныхъ и умирающихъ оть крупного воспаления легких въ больницахъ составляютъ пришельцы. Коренные же жители, повидному, въ огромной своей массѣ предпочитаютъ продлывать болъзнъ и умирать у себя дома. Не потому ли это происходитъ, что истинные, коренные жители сидятъ въ столицѣ "крячмы", т. е. болѣе обезпечены, принадлежатъ къ привилегированнымъ или имущимъ классамъ, располагаютъ лучшими условіями, вообще, а, слѣд., и въ отношеніи жилища, и въ смыслѣ ухода за собою, между тѣмъ какъ среди пришлыхъ много одинокихъ, безпротныхъ или располагающихся временно, по бивачному, т. е. по меблированнымъ комнатамъ, угламъ и пищенницъ возможности имѣть ухода за собою и лечиться дома. Конечно это только догадка, не претендующая на достовѣрность, утверждать же ее мы не имѣемъ данныхъ.

Таблица № 22. Кривыя, которыя здѣсь были бы составлены по числамъ, выражающимъ интенсивность заболѣваемости крупной

пневмоніей и смертности отъ нея въ больницахъ, явились бы очень неправильными, ибо эти числа, независимо оть продолжительности пребыванія въ столицѣ, то увеличиваются, то уменьшаются, такъ что дѣлать каки нибудь уже вполне опредѣленные выводы становится весьма затруднительнымъ. Отметимъ, что и тутъ наибольшія цифровыя данныя по заболѣваемости и смертности встрѣчаются въ рубрикѣ "иеназ.", второе мѣсто по заболѣваемости занимаютъ лица, прожившія въ столицѣ 1—5 лѣтъ. То же нашелъ и А. А. Липскій <sup>41)</sup>; по смертности же въ больницахъ послѣ рубрики "иеназ." идетъ группа съ продолжительностью „26—30“ лѣтъ: сию и понятно, ибо лица этой группы должны быть обременены годами.

**Выводы.**

1) Среди умершихъ въ Петербургѣ и его пригородахъ оть крупного воспаления легкихъ за 1901—1910 г.г. перевѣсъ оказывается на сторонѣ родившихся въ Петербургѣ и его пригородахъ, чѣмъ вѣтъ изъ (т. 19).

2) Между продолжительностью пребыванія въ столицѣ и ея пригородахъ и смертностью оть разбираемой болъзни существуютъ прямая отношенія: чѣмъ долѣе пребываніе въ Петербургѣ и его пригородахъ, тѣмъ сильнѣе смертность оть крупного воспаления легкихъ (т. 20).

3) Если раздѣлить пришлое населеніе на 2 группы: на давно прибывшихъ и ставшихъ постоянными жителями и недавно прибывшихъ, то перевѣсъ въ смертности будетъ значительнымъ на сторонѣ первыхъ, причѣмъ причина такой разницы повидному, сводится лишь къ влиянію возраста на смертность оть разбираемой болъзни.

4) Среди поступившихъ въ больницы съ крупнымъ воспаленіемъ легкихъ и умершихъ тамъ отъ него пришлое население значительно преобладаетъ надъ кореннымъ населеніемъ, а изъ пришлыхъ болѣе всего среди больныхъ оказалось проживающихъ въ столицѣ 1—5 лѣтъ.



Т А Б Л И

Распределение больных и умерших от крупозного воспаления легких (без пребывания внемь) (по

ГОДА:	До 1 м.		1—3 м.		4—12 м.		1—5 л.		6—10 л.	
	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.
1901 . . . . .	45	15	29	4	45	3	721	61	260	29
1902 . . . . .	54	14	47	2	49	2	810	92	319	45
1903 . . . . .	31	7	25	11	21	1	557	82	344	30
1904 . . . . .	52	11	47	6	34	4	1099	117	365	48
1905 . . . . .	51	8	50	6	55	8	858	109	347	45
1906 . . . . .	47	7	50	7	58	8	1005	110	306	54
1907 . . . . .	61	22	74	11	54	5	1108	107	432	67
1908 . . . . .	58	18	62	10	34	5	1171	267	558	47
1909 . . . . .	45	15	79	8	42	9	1226	214	485	52
1910 . . . . .	53	23	48	7	38	8	1271	274	623	60
Итого . . . . .	507	240	511	72	430	53	9826	1433	4039	477
На 10000 жит. ср. вь годъ . . .			9,2	1,6			38,0	5,6	25,6	3,0
Городск. жителей,	500	138	490	68	408	46	8292	1129	3720	427
На 10000 жит. ср. вь годъ . . .			10,2	1,8			36,7	5,0	27,3	3,1
Пригор. жит. . .	7	2	21	4	22	7	1534	304	319	50
На 10000 жит. ср. вь годъ . . .			2,5	0,7			47,1	9,3	14,4	2,2

Ц А № 22.

нижних чиновъ) въ С.-Петербургѣ и пригородахъ по продолжительности пребывания внемь (по больничн. листкамъ).

11—15 л.		16—20 л.		21—25 л.		26—30 л.		Бол. 30 л.		Незнавѣст.		И Т О Г О.	
в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.	в.	у.
145	25	165	38	64	30	84	41	129	110	50	19	1737	375
178	35	203	56	82	16	134	57	118	109	134	17	2128	445
156	25	188	60	57	16	101	54	171	86	109	23	1730	395
184	33	227	70	93	31	153	50	211	96	179	43	2644	509
182	44	169	51	90	22	108	65	157	88	267	55	2334	501
164	42	142	48	64	22	96	51	138	72	325	49	2395	470
237	60	214	49	100	30	121	68	195	95	464	83	3060	597
168	38	158	65	95	16	138	51	185	72	322	33	2949	622
203	32	124	72	89	22	132	56	193	75	318	28	2936	583
253	40	132	48	102	19	135	69	180	60	405	42	3260	650
1870	374	1692	557	836	224	1202	562	1677	863	2573	392	25163	5147
18,3	3,6	21,5	7,1	12,1	3,2	27,5	12,8	17,9	9,2	100,9	15,3	25,5	5,2
1722	332	1540	527	755	199	1115	534	1577	829	2383	345	22502	4574
19,2	3,7	22,2	7,6	12,5	3,3	29,0	13,9	18,9	9,9	106,6	15,4	26,1	5,3
148	42	152	30	81	25	87	28	100	34	190	47	2661	573
11,9	3,3	16,3	3,2	9,5	2,9	16,6	5,3	9,9	3,3	60,2	14,9	21,7	4,6

## ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

## Смертность от крупозного воспаления легких в Петербург за 1901—1910 г.г. по занятиям и профессиям.

Рубнеръ <sup>26)</sup>, Эрисманъ <sup>27)</sup> и Яисонъ <sup>28)</sup> вопросу о влиянии занятий и профессий на развитие отдельных болезней и на силу смертности отъ нихъ придаютъ огромное значение, полагая что этотъ вопросъ при правильной разработкѣ далъ бы много поучительнаго и интереснаго и составилъ бы одну изъ важнѣйшихъ главъ санитарной статистики. Къ сожалѣнію, на практикѣ встрѣчается не мало такихъ затрудненій, которымъ дѣлаютъ невозможнымъ вполнѣ правильно, согласно съ требованиями науки, разрѣшеніе этого вопроса. Главное затрудненіе лежитъ уже въ корнѣ этого вопроса и сводится къ тому, что распределеніе занятій въ населеніи постоянно и безпрестанно мѣняется, такъ что встрѣчается сплошь и рядомъ, что часть тѣхъ, кто въ день переписи показали свои занятія, въ день смерти могла принадлежать уже къ совершенно другой профессіи. Отсюда создается стремленіе у статистиковъ разсматривать населеніе не по отдѣльнымъ занятіямъ и профессіямъ, а по группамъ, болѣе или менѣ широкимъ, рассчитывая такимъ образомъ скорѣе иль дѣло съ величинами, болѣе однороднымъ. Но и эта система какъ показала практика, имѣетъ свой крупный недостатокъ. Такъ, зачастую приходится встрѣчать, что въ одной группѣ рядомъ стоятъ такіа занятія, которымъ по характеру своему мало походитъ другъ на друга, а слѣд., какъ таковыя, могутъ оказывать неодинаковое влияние на смертность. Напр., въ группѣ лицъ, занимающихся обработкою металловъ, встрѣчаемъ ювелировъ и часовщиковъ рядомъ съ кузнецами и молотобойцами, или въ одну группу сведены хозяева-кушцы и ихъ приказчики, а между тѣмъ уже а priori можно полагать, что отношеніе къ смертности тѣхъ и другихъ далеко не одинаковое. Тѣмъ не менѣ, несмотря на такой недостатокъ указанной системы, съ ней приходится ии-

рится, ибо другихъ способовъ, болѣе пригодныхъ, до сихъ поръ еще не придумано.

Но малую путаницу въ сужденіе о роли отдѣльныхъ занятій по отношенію къ смертности вносить и такъ называемый подборъ лицъ, вынужденный характеромъ самихъ занятій; есть такіа профессіи и занятія, которымъ требуютъ людей крѣпкихъ здоровьемъ и сильныхъ, а другія, болѣе легкія, не требующія большого физическаго напряженія избираются людьми съ болѣе слабымъ здоровьемъ, и вотъ, напр., въ вопросѣ о смертности лицъ, гравировъ, портныхъ и тому подобнымъ лицъ становившихъ втупикъ, затрудняясь сказать, играютъ ли тутъ роль роль занятія и въ какой степени, или имѣть болѣе значенія природная нестойкость организма у этихъ ромесленниковъ.

Другимъ минусомъ всякой статистической работы являются недочеты и пробѣлы, неизбежно встрѣчающіеся при разборѣ статистическаго материала, которые наносятъ замѣтный ущербъ цѣльности работы. Съ ними намъ приходилось имѣть дѣло уже раньше, почти въ каждой изъ предшествовавшихъ главъ, гдѣ они составляли рубрику „неизв.“. Не менѣ присущи они и этой главѣ, составляя группу L, куда вошли лица, не обозначившія своихъ занятій или средствъ къ жизни. Курьезно, что противъ этой группы для опредѣленія смертности въ среднемъ на 10 тысячъ имъ надолго огрениую до несравнотости цифру 2296,07<sup>1)</sup>/1000, которая чуть ли не въ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> раза превосходитъ численный составъ этой группы, согласно переписи 1900 года. Абсолютное число умершихъ въ этой группѣ тоже оказывается почти въ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> раза болѣе численнаго состава. Помимо упущеній, вошедшихъ и невошедшихъ, со стороны тѣхъ, чья обязанность собирать эти свѣдѣнія, помимо тѣхъ случаевъ, когда по тяжелому, безсонателному состоянію больныхъ или скорому наступленію смерти невозможно бываетъ получить ихъ, помимо дѣтей, подростковъ и части женщинъ, гдѣ на свѣдѣльствахъ отсутствуетъ отпечатокъ занатія, несомнѣнно доказано, что многіе умшленно умалчиваютъ о своихъ занятіяхъ, считаютъ похему то неудобнымъ о нихъ разглашать или даютъ ложная свѣдѣнія.

Приступая къ анализу нашихъ данныхъ (табл. 23) мы должны будемъ сказать, что значеніе ихъ двоякое: частью онѣ будутъ указывать на прямое влияние занятій и профессій на смертность, которое по отношенію къ крупозному воспаленію легкиихъ не такъ рельефно выступатьъ, какъ, напр., по отношенію къ туберкулезу легкиихъ и некоторымъ другимъ болѣзнямъ, еще болѣе значеніе ихъ

## Т А Б Л И Ц А № 23.

Увеличение отъ крупногаз возмаления легкости за 1901—1910 гг. по занятиям в г. С.-Петербургѣ и его пригородахъ (безъ нижн. чиновъ) (по ивдич. свѣдѣтельствамъ).

ГРУППЫ ЗАНЯТІЙ.	Украине облаго поа отъ срл. возр. аге. вл. 1901—1910 г.		Численность во парллас 1900 г.		Украсно на. 10000 ж. в. ср. въ год.				
	Въ г-ро.	Итого.	Въ г-ро.	Итого.	Въ г-ро.	Итого.			
	дѣ.	дѣ.	дѣ.	дѣ.	дѣ.	дѣ.			
1. Сельское хозяйство, рыболовство и охота . . . . .	46	93	10201	9253	19454	4,51	5,08	4,78	
3. Обраб. металлов, мехов. продукты, проч. металлов . . . . .	13	8	21	5169	1846	7015	2,51	4,39	2,99
4. Обраб. металлов . . . . .	321	101	422	73354	52062	123416	4,38	1,94	3,36
5. Прочая мехов. индустрия и текстиль . . . . .	95	181	276	32211	9811	42022	2,95	18,45	6,57
6. Химическая индустрия . . . . .	2	9	11	4442	5456	9998	0,45	1,65	1,11
7. Прочая индустрия . . . . .	2	5	7	2477	1060	3537	0,81	4,72	1,98
8. Обраб. кож, волоса и проч. твара, животн. прод. и рыбнны . . . . .	44	5	49	15560	1568	17128	2,83	3,19	2,86
9. Производство бумаги . . . . .	48	7	55	11635	1885	13520	4,13	3,71	4,07
10. Прядильн., ткацкая и саваян. съ нити производства . . . . .	35	16	51	30336	12958	43294	1,15	1,23	1,18
11. Обраб. дерева . . . . .	166	32	218	36344	7839	44183	4,57	6,63	4,93
12. Пестельнич. прод. и прода . . . . .	78	13	91	31334	1352	32486	2,48	9,62	2,78
13. Прочая, сажалы и обуви . . . . .	475	81	556	97647	8966	106613	4,86	9,93	5,22
14. Суд. въ числ. тѣл и оладн . . . . .	145	15	160	20000	1978	21978	7,25	7,88	7,28
15. Родъ въ числ. тѣл и оладн . . . . .	335	52	407	53725	8583	62308	6,61	6,06	6,53
16. Полнпр. и пер. физик. силъ . . . . .	1	50	51	30331	1829	32160	4,43	9,84	4,76
17. Прочая, и пер. физик. силъ . . . . .	1	50	51	30331	1829	32160	4,43	9,84	4,76
18. Дича, промысл. зан. котор. съ точн. не указаны . . . . .	1828	477	2305	59311	10521	69832	30,82	45,34	33,81
20. Торг. камен., глиново, стѣлн., метал. и лѣзан. изъ мѣди . . . . .	2	—	2	8721	272	8993	0,24	—	0,22
21. Торг. лѣзвѣны изъ дерева, бумаги, кожи и т. п. . . . .	2	—	2	5187	196	5383	0,39	—	0,37
22. Торгов. предм. изъ дерева, бумаги, кожи и т. п. . . . .	54	7	61	49024	4270	53294	1,10	1,64	1,14
23. Торгов. предм. изъ металлов . . . . .	2	1	3	18981	1162	20143	0,11	1,67	0,16
24. Торговля изъ разносн . . . . .	9	1	10	17093	1132	18225	0,88	0,35	0,82
26. Торг. интл. по искус. пр . . . . .	17	2	19	4656	96	4752	3,65	20,93	3,65
27. Банкрис. и кред. учржд . . . . .	27	—	27	17546	540	18086	0,91	0,88	0,91
28. Перевз. въ торговлѣ . . . . .	63	6	69	16907	766	17673	3,73	7,63	3,90
29. Безъ точнаго обознач. торг. предпріятыя . . . . .	483	70	553	17748	1439	19187	32,85	48,64	34,03
30. Растрянна промышлн . . . . .	125	19	144	41137	4406	45543	3,04	4,31	3,16
31. Проч. по перелн. и сообщн . . . . .	328	30	358	93012	10955	103967	5,13	6,94	5,32
32. Службн. вѣдомств . . . . .	13	—	13	58317	1191	59508	5,87	17,41	6,21
33. Службн. вѣдомств . . . . .	170	8	178	62074	1600	63674	2,71	5,00	1,94
34. Войско и военный флотъ . . . . .	55	7	62	10548	1305	11853	5,21	3,36	5,20
35. Полиція . . . . .	49	6	55	10803	892	11695	4,54	4,73	4,70
36. Богослужене . . . . .	62	3	65	25957	685	26642	2,39	6,38	2,44
37. Учебная и воспит. дѣят . . . . .	111	15	126	23520	2091	25611	4,72	7,17	4,92
38. Врачебная дѣятельность . . . . .	1	—	1	2164	80	2244	0,46	—	0,45
39. Ученые общ., учржд., музеи, филантропн и пр . . . . .	99	5	104	16309	465	16774	6,07	10,75	6,20
40. Занятія по искусству и профессіи . . . . .	174	18	192	7977	533	8510	21,8	35,8	22,36
41. Проч. своб. профессія . . . . .									

Продолжение таблицы № 23.

ГРУППЫ ЗАНЯТИЙ	Умершие обоего пола от чумы в 1901—1910 г.			Численность по переписи 1900 г.			Умерло на 10000 ж. в ср. в год.		
	В горо.	В впр.	Итого.	В горо.	В впр.	Итого.	В горо.	В впр.	Итого.
	д.	д.	д.	д.	д.	д.	д.	д.	д.
42. Благоприят. учреждения . . . . .	2	—	2	2986	251	3237	0,67	—	0,62
43. Прислуга домова и личная (без точного обозначения).	782	81	863	49006	5317	54323	15,96	15,23	15,69
44. Живущие дома, холостые.	413	48	461	65765	5128	70893	6,28	9,36	6,50
45. Живущие в домах др. лиц . . . . .	88	7	95	34315	1988	36303	2,56	3,52	2,62
46. Живущ. в коммунальн. квартирах и в общинных учреждениях.	420	36	456	18446	1546	19992	25,48	23,29	25,31
47. Больн. в больницах, учрежд. и заочечные . . . . .	8	10	18	15517	2880	18097	0,52	3,88	0,99
48. Лица, без опр. зан. (не вхо. в предшествов. группы)	692	115	807	11190	1091	12281	61,84	105,41	65,71
49. Лица, без опр. зан. (не вхо. в предшествов. группы)	504	135	639	2564	214	2778	19,66	630,84	230,02
50. Проститутки . . . . .	3491	596	4087	15665	215	17880	2230,67	2772,09	2296,07
51. Проститутки или сред. вл. жинки.	3	—	3	1510	38	1548	1,99	—	1,94
ВСЕГО . . . . .	12703	2394	15097	1248122	19149	1439613	10,2	12,5	10,5

\*) В таблицу при разбор группы занятии идут все раскисши шифры, как это выхает всего вх. Статист. Бюро.

порт. Сиб.

скажется в том, что они косвенным образом будут отражать в себя социальное положение, степень культуры и материальной обеспеченности, быт, окружающую среду и обстановку, условия жизни, влияние таких факторов, как алкоголизм и пр.

Если выдвинуть из сферы нашего обзора группу L, соответствующую рубрике „неизв.“ предшествующих глав<sup>\*)</sup>, то наибольшая смертность от крупозного воспаления легких (230,0<sup>0/000</sup>) окажется в группе XLIX-ой, куда вошли лица без определенных занятий, а за ними пойдут лица, оказавшиеся временно без занятий (гр. XLVIII-си: = 65,7<sup>0/000</sup>). Эти две группы не о занятиях говорить, а о социальном и экономическом положении тех лиц, которых они обозначают. Повидному мы имеем здесь дело с людьми, совершенно обездоленными, из среды чернорабочих, прислуги, мелкого ремесленного люда, которые и при обычных, более благоприятных условиях несли жизнь, полную нужды и лишений. Оставалась без занятий, а след, лишаясь своего скудного заработка, который все таки, хоть кое-как, обеспечивал жалкое существование его и его семьи, эти люди впадают в ужасно бедственное положение и естественно делают жертвами всяких болезней, в том числе и крупозной пневмонии. Менее понятна для нас группа о лицах без определенных занятий. Очень немного вошло сюда лиц, против которых была отписка „домашнее хозяйство“, громадная же масса, преобладающее большинство, составившее ядро этой группы, были все таки люди без определенных занятий, затеяв сбившись с пути и опустившиеся, жавшие на чужой счет, наконец, было довольно много пожилых и больных, лишившихся трудоспособности, которым не удалось пристроиться в богательни и в больницы. Повидному, эта группа сборная и по составу своему разнородная, внесшая в себя и людей совершенно обездоленных, настоящих пасынков судьбы, и тех, которые сбивши с пути и стали отбросами общества.

За этими двумя группами слѣдует XXIX группа, куда вошли лица торгового класса, без точного обозначения их торгового предприятия. Здесь смертность от крупозного воспаления легких в среднем на 10 тыс. в год = 34,0<sup>0/000</sup>. Группы, точно обозначившие различия видов торговых предприятий (XX—XXVIII), в

\*) Другое автору (Гуль, Шевченко, Ландишевский) этой группы совершенно не позиционируют в своих таблицах, оглашаясь предварительно что столько то летов и ни судятельность, за отсутствием необходимых данных, исключены ими из рассмотрения.

отдельности дали смертность от этой болезни очень небольшую; даже в группах XXVI и XXVIII, где смертность относительно велика, она оказывается значительно ниже средней (11,97‰<sup>\*)</sup>. Дело в том, что только в 182 свидетельствах о смерти были точно обозначены роды торговли, во остальных же было написано просто „торговец“. Разбирая больничные материалы, среди больничных листов находили только единичные случаи, где точно указывался роды торговли, поему, при составлении таблицы 24, мы сочли за лучшее даже не выделять их, а включить их в одну XXIX группу. Если бы мы поступили таким образом, и в таблицу о смертности по медицинским свидетельствам, то в группах XXIX расчет смертности от круп. восп. легких в среднем на 10 тысяч в год оказался бы—не 34,0‰, а только 5,0‰ или ниже средней больше, чем вдвое. Но не в этом суть, а в том, что группы, обнимающие торговый класс, составлены весьма неудачно, ибо в них в одну кучу сведены такие элементы, которые между собою, кроме „касаательства к торговле“, ничего общего иметь не могут: хозяева-купцы, вместе со своими приказчиками, богатые negociants, гостинодворцы, биржевые маклеры, мирь торговой плутократии, и наряду с ними мелкие разночинцы, торгующие на грош, по мелочам, или в разност, располагавшие со своим лотком на открытом воздухе или в плохих лавчонках, чаще всего сырых и холодных зимом. Сойдись вместе в одной группе, они еще реже отграничат грань, отделяющую их друг от друга. Можно а priori думать, что эти элементы, столь различные по своему положению, относятся далеко неодинаково к заболеваемости и смертности вообще и по отношению к крупозному воспалению легких, в частности. Косвенным подтверждением высказанного могут служить больничные данные. Из составленной таблицы (24) мы узнаем, что торговцы среди больных крупозным воспалением легких в больницах заняли 6-ое место (заболеваемость=76,4‰<sup>\*)</sup>, а по смертности от этой болезни в больницах (11,2‰<sup>\*)</sup> 5-ое место. Не может быть сомнения в том, что в больницах попадал в огромный больничеств случаев только пролетарий этого класса: приказчики, мелкие торговцы, разносчики.

Вслед за группой XXIX следует группа XVIII (смертность=33,0‰<sup>\*)</sup>, где говорится о лицах, промышленные занятия которых с точностью не указаны. Абсолютно эта группа дала самую боль-

\* Среднее выводится из 47 групп; группа I в расчет не вошла.

шую цифру—2305 чел. умерших от крупозного воспаления легких. Огромную массу в этой группе составляют чернорабочие и фабричные обоего пола, т. е. такие элементы, которые, как оказывается, и по другим заразным болезням дают очень много жертв. Шевиченко<sup>34)</sup> говорит, что весь этот люд, крайне плохо обставленный в гигиеническом отношении, ничем не обезпеченный на австралийский день, злоупотребляющий алкоголем, дает очень большую заболеваемость и смертность среди петербургского населения. По Ландашевскому<sup>35)</sup> тяжелый труд, ужасная обстановка, в которой живут эти люди, злоупотребление водкой, вообще „нищета тела и духа“ оказывают огромное влияние на заболеваемость и смертность их. Гауль нашелши наибольшую заболеваемость сыпным тиффом среди чернорабочих и фабричных, говорит, что эти люди наименее обезпечены в материальном отношении, ютятся, главным образом, в ночлежных приютах и постоянных дворах, занимаются грубою, физической работою, питаются очень плохо. В русской литературе имеются работы, рисующие нам довольно образно условия жизни этого люда и его бедственное положение (Самецкий<sup>36)</sup>, Арнольд<sup>37)</sup>, Николаевский<sup>38)</sup>, Шмида<sup>39)</sup>, Покровская<sup>40)</sup> и<sup>41)</sup>).

Ни 5-ое место по величии смертности (25,4‰<sup>\*)</sup> будут живущие впомоществованем, составившие группу XLVI. Это—призраваемые к беднотельным и огромная смертность от крупозного воспаления легких объясняется преклонным возрастом их. Много их, по Ландашевскому и Шевченку, умирает кроме крупозной пневмонии, еще от старческой сухлости и рака.

Шестое место по смертности от крупозного воспаления легких занимает группа XLI (22,56‰<sup>\*)</sup>. Сюда вошли лица „прочих свободных профессий“: писаря, писцы, экономы, кастелянши, счетоводы, бухгалтеры и пр. Среди 192 умерших в этой группе наибольшее число смертных случаев от разбираемой болезни, а именно, 30,2%<sup>\*)</sup> пришлось на долю писарей и писцов. Труд этих последних труженников признается очень вредным для здоровья. Продолжительное сидение за столами с изогнутым вперед туловищем, душный и пыльный воздух канцелярий, отсутствие физических упражнений—все это сильно ослабляет их организм и делает их восприимчивыми к болезням. Гауль нашел большую смертность среди них от сыпного тиффа. Ландашевский нашел, что они в Петербурге занимают первое место по смертности от чакотки, давая 50%<sup>\*)</sup>. Он же нашел, что, вообще, лица, входящая в эту группу, дают большую смертность

от пороков сердца. В силу свойств их труда сердце их, лишенное тренировки, обладает слабой мускулатурой и, в случае требования на его работу, оказывается неспособным. В этом быть может и кроется причина большой смертности лиц этой группы, а, в частности, писарей и писцов.

После этой группы идет группа XLIII включавшая в себя личную и домовую прислугу, без точного указания их занятий. Здесь мы имеем смертность от крупозного воспаления легких =  $15,89\%$ . Абсолютное число умерших в этой группе 863 человека, из них кончилось больше всего, 244 человека, пришлось на долю просто прислуги, без определения рода ее занятий, затем идут дворники — 187 человек, сторожей 135, кухарок 68, швейцаров 64, коридорщиц 50, няней 36, горничных 23 и лакеев 22 человека. У доктора Гауля прислуга домовая и личная также дала высокую заболеваемость, сильным тифом и заняла среди всех групп 4 место. Условия жизни домашней прислуги описаны Листовым, при чем автор отмечает, что для нее обстоит самое плохое помещение, обыкновенно в кухне, она питается плохо, отдыха от работ почти нет и т. д., т. е. условия жизни ее весьма плохи, что неминуемо должно вести к ослаблению всего организма, кроме того, лица этой профессии, находясь без места, живут, конечно в углах, еще больше бьются и представляют вполне благоприятный материал для всякого рода заразных болезней. Что же касается домовой прислуги, куда принадлежат дворники, швейцары, сторожа и т. д., то условия жизни их хорошо известны: сырая, темная, холодная конура под лестницей или в погребке, заработок небольшой, а работа очень тяжелая, а потому нет ничего удивительного в том, что эти лица обладают малой сопротивляемостью своего организма. Ландшеский приводит данные санитарного обзора г. Москвы за 1895 г. согласно которым кухняная прислуга дала большую заболеваемость тифами и крупозным воспалением легких.

Остановившись несколько на коридорщиках, у нас их умерло немного: на 863 человека этой группы их пришлось всего 50 человек. К ним совершенно выводов, на основании своих данных пришли Ландшеский и Шевченко. Ландшеский нашел, что от крупозного воспаления легких смертность их достигает  $30,5\%$  или  $35\%$ , всех смертных случаев т. е. больше  $\frac{1}{3}$  падает на крупозное воспаление легких. Автор говорит, что между всеми женскими профессиями такой высокой смертности от крупозной пневмонии он нигде больше не встретил, и это

тем более останавливает его внимание, что лица этой группы обладают молодым возрастом, по условиям службы они более других должны быть гарантированы от заболевания заразными болезнями, между тем оказалось, что они дали высокую смертность и от брюшного тифа —  $15\%$  и от возвратного —  $3,5\%$ . Автор считает высокую смертность коридорщиц от заразных болезней отличительной их чертой и удовлетворительного объяснения этому не находит. У Шевченко получились сходные результаты: он также нашел громадную смертность коридорщиц от крупозного воспаления легких, составившую  $46,3\%$  всех смертных случаев, и порядочную от брюшного тифа —  $11,2\%$ . На первый взгляд наши данные как будто расходятся с выводами этих авторов.

Среди умерших в этой группе у нас оказалось 244 человека из прислуги, без точного указания их обязанностей. Сюда отнесены, повидимому, элементы личной прислуги, из среды горничных, кухарок, нянек и пр. Мнѣ думается, что сюда причислены и коридорщицы. При разборе больничных листов, мы в громадном большинстве случаев, особенно там, где было касалось элементов личной прислуги, находили только одну отметку „прислуга“; только среди заблужденных 231 листа, а среди умерших в больницах 41 лист нашли с отметкой „коридорщица“. Курьезно, что все эти принадлежали к 1-му участку Казанской части. Ясно, что это были коридорщицы Воспитательного дома. Если мы сопоставим цифру 41 пришедшую на один Воспитательный дом, с 50, которая приходится на весь Петербург сь пригородами, то поймем, что цифра 50 еще не определять истинного числа коридорщиц, умерших от крупозного воспаления легких, а сь другой стороны, что наши догадки о том, что высокая смертность от крупозного воспаления легких в этом богатом и лучшем участке Петербурга является случайной, создается искусственно, благодаря расположению здесь Воспитательного дома, получают большую вероятность.

В этой группе много умерших еще дали дворники 187 человек и сторожа 135. Надо заметить, что дворники на ряду сь праками, плотниками, навозниками и слесарями причисляются авторами (Липсий, Шевченко, Ландшеский, Солонев) к тем элементам, которые по своим занятиям оказываются наиболее предрасположенными к заболеванию крупозным воспалением легких. По отношению кь сторожам Ландшеский тоже нашел, что их умирает много от крупозного воспаления легких и

полагать, что среди них много людей преклонного возраста, о чем свидетельствует порядочная смертность их от апоплексии, рака и старческой дряхлости.

Вот эти семь групп дали смертность от крупозного воспаления легких, значительно превосходящую среднюю величину (11,97‰<sub>000</sub>). Далее уже пойдут группы, давшие смертность от этой болезни ниже среднего. Здесь встречаются величины, начиная с 8,56 и кончая ниже 0 (0,16‰<sub>000</sub>). Въ это число попали и всякия производства, влияние конкх на здоровье вообще и, въ частности, на расположение къ крупозному воспалению легких интересно было бы прослѣдить. Однако интерес этотъ будетъ заключаться уже не въ цѣлхъ группахъ, а въ отдѣльныхъ занятіяхъ и профессіяхъ, именно, тѣхъ изъ нихъ, которыя, согласно литературнымъ источникамъ, создаютъ особую склонность къ заболѣванію крупозной пневмоніей. Таковыми признаются авторами ремесло прачекъ, занятія по постройкѣ домовъ и устройству жилищъ, промыслъ извозчиковъ и занятія слесарей. Теперь посмотримъ, насколько наши данныя отвѣчаютъ этому взгляду.

За группою по личной и домовой прислугѣ слѣдуетъ по смертности отъ крупозного воспаления легкихъ группа о производстве и передачѣ физической силы, (8,56‰<sub>000</sub>). Абсолютное число умершихъ за 10 лѣтъ въ этой группѣ было не много, всего 55 человекъ, такъ что относительно большую смертность отъ крупозного воспаления легкихъ повидному нужно отнести за счетъ малочисленности этой группы по переписи. Сюда вошли машинисты, кочегары, электротехники и электромонтеры.

На 9 мѣстѣ стоитъ группа XIV, трактующая о чистотѣ тѣла и одежды. Сюда входятъ банщики, парикмахеры и прачки. Всѣхъ умершихъ въ этой группѣ было 160 человекъ, изъ нихъ на долю прачекъ пришлось 134 человекъ или 84%. Трудъ прачекъ считается очень тяжелымъ и очень пагубнымъ для здоровья. Грязное или зараженное бѣлье, убійственная обстановка среди которой эти труженицы работаютъ, чрезмѣрно сырой, тяжелый, насмѣнный испарениемъ воздуха, постоянное прионожаніе ногъ создаютъ для работницъ чрезмѣрную заболѣваемость и смертность отъ заразныхъ болезней, нефритовъ, пороковъ сердца, развивающихся на почвѣ ревматизма. Ландшескій нашелъ что отъ крупозной пневмоніи ихъ умираетъ вчетверо больше, чѣмъ портнихъ и другихъ работницъ.

Послѣ группы XIV идетъ группа XV по постройкѣ домовъ и устройству жилищъ, давшая смертность отъ крупозного воспаления легкихъ, — 6,59‰<sub>000</sub>. Сюда входятъ маляры, плотники, печники, шу-

натуры, каменщики и др. Всѣхъ умершихъ въ этой группѣ оказалось 407 человекъ, изъ конкхъ больше всего пришлось на долю маляровъ 90 человекъ и плотниковъ 77 человекъ. Работниковъ этой группы считаютъ особенно склонными давать большую заболѣваемость крупозной пневмоніей и брошнымъ тифомъ. Причину видятъ во первыхъ въ томъ, что эти работники дѣлая свою работу большею частью на открытомъ воздухѣ, подвергаютъ зимой и весной неблагоприятнымъ влияніямъ непогоды, во 2-хъ, что они, вырывая верхніе слои почвы, заламывая поля, очищая строительный мусоръ, грязную подпольную засыпку, непосредственно воспринимая заразу этихъ болезней. Зигорстъ говоритъ, что работы въблизи человѣческаго жилья неоднократно служили поводомъ къ развитію эпидемій крупозного воспаления легкихъ. По даннымъ смертности петербургскаго населенія Ландшескій нашелъ, что крупозное воспаление легкихъ и брошной тифъ чаще всего встрѣчаются у этихъ работниковъ и какъ бы составляя ихъ профессиональную болѣзнь. Для маляровъ кромѣ всѣхъ вышеприведенныхъ вредныхъ моментовъ въ работѣ лицъ, занимающихся постройкою домовъ и жилищъ, нужно добавить еще и вредные пары отъ красокъ, которыя, хронически отравляя ослабляютъ и дѣлаютъ ихъ болѣе восприимчивыми къ инфекціи. Не оспаривая правдыности выводовъ Ландшескаго, Шевченко и другихъ авторовъ, раздѣляя эту точку зрѣнія по отношенію къ работникамъ этой группы, не исключая плотниковъ и маляровъ, на основаніи своихъ данныхъ мы не имѣемъ возможности: для этого намъ не даютъ повода ни величина интенсивности смертности, ни абсолютное число умершихъ, какъ въ цѣлой группѣ, такъ и отдѣльно, по видамъ занятія въ ней.

Кумулятивному дѣйствію холода и влиянію простуживанія склонны приписывать часто встречающуюся заболѣваемость крупознымъ воспаленіемъ легкихъ среди легковозъ и помовыхъ извозчиковъ. Они входятъ въ группу XXXI, обозначающую промывальную по передвиганію и сообщенію (5,39‰<sub>000</sub>). Сюда входятъ еще почталыоны, рассыльные, кондуктора и пр. Всѣхъ умершихъ въ этой группѣ было 553 человекъ, изъ конкхъ на долю извозчиковъ пришлось 281 человекъ или 50%, съ лишнимъ, слѣд., взгляда этотъ на извозчиковъ пожалуй, находитъ себѣ нѣкоторое подтвержденіе въ нашихъ данныхъ. Находить себѣ нѣкоторое подтвержденіе у насъ и взглядъ на частую заболѣваемость и относительно большую смертность отъ крупозного воспаления легкихъ среди слесарей. Слесаря вмѣстѣ съ кузнецами, ювелирами и пр. вошли въ

IV группы обь обработки металлов, которая среди 47 групп заняла только 27 место и дала смертность 3,36‰. Всѣх умерших въ этой группѣ было 422 человека, изъ нихъ 177 или 42% приходится на долю слесарей. Виною тутъ считаются главнымъ образомъ то обстоятельство, что эти работники, работая передъ очагами и съ расплавленными металлами, постоянно въдыхаютъ на свѣжій воздухъ освѣженный и тѣмъ подвергаютъ себя разнымъ колебаниямъ вѣшней в°.

Взглядъ о томъ, что болѣе вредно въ смыслѣ заболѣваемости крупознымъ воспаленіемъ легкихъ: занятіе или на открытoмъ воздухѣ или въ закрытыхъ помѣщеніяхъ, до сихъ поръ еще въ наукѣ не установился прочно. Гризолле <sup>13)</sup>, уже давно высказали мнѣніе, что среди работающихъ въ закрытыхъ помѣщеніяхъ крупозное воспаление легкихъ встрѣчается въ 2 1/2 раза рѣже, чѣмъ у тѣхъ, кто принужденъ работать подъ открытымъ небомъ. Однако Кольскій <sup>14)</sup> приводитъ въ своей работѣ цѣлый рядъ ученыхъ (Köbhnorn, Kåbvenagel, Koranyi, Mendelsohn, Hirsch, Walbel, Moelmann, Kettler и др.) которые склонны винить больше работу въ закрытыхъ помѣщеніяхъ. Самъ Кольскій, повидимому, къ определеннымъ выводамъ не пришелъ. Солонцевъ <sup>15)</sup> на основании того, что большой процентъ у него получился для дворниковъ и извозчиковъ, склоненъ думать, что вѣшнія условія какъ будто не безразличны. Ландшевскому пришлось констатировать, что въ Петербургѣ сапожники и портные умираютъ отъ крупознаго воспаления легкихъ въ три раза меньше, чѣмъ плотники, штукатуры и пр. Приблизительно то же самое нашелъ и докторъ Шевченко. Обратимся къ нашимъ даннымъ. Возьмемъ для примѣра группу XIII о производствѣ одежды и обуви. Эта группа почти цѣлкомъ обнимаетъ портныхъ и сапожниковъ, такъ какъ изъ 556 умершихъ 226 было портныхъ и портницъ, а 226 сапожниковъ и башмачниковъ. Эта группа дала смертность—5,2‰ и заняла среди группъ 17 мѣсто въ то время какъ группа по постройкѣ домовъ заняла 10 (6,5‰), а группа по переодѣванию (извозчики) 15 мѣсто (6,20‰). Разница хотя и не очень рѣзкая, но позволяющая склонить чашку вѣсовъ на сторону работающихъ на открытoмъ воздухѣ.

Остальная группа ни оставляетъ безъ разбора. Скажемъ что тюрьма не оправдала нашихъ ожиданій, давъ всего 18 случаевъ или 0,99‰. Мало оказалось и больничныхъ силѣнокъ, всего 20 человекъ среди 126 умершихъ въ группѣ о врачебной дѣятельности. Въ преобладающемъ большинствѣ группъ смертность отъ крупозной пневмоніи въ пригородахъ оказалась значительно выше.

чѣмъ въ городѣ, что нужно отнести повидимому за счетъ худшихъ санитарныхъ условій и болѣе бѣдности мѣстнаго населенія.

Обратимся теперь къ обзору нашихъ больничныхъ данныхъ (таблица № 24).

Говорить намъ о нихъ много не приходится, ибо все, что можно было сказать по этому вопросу, мы постарались уже исчерпать при обзорѣ данныхъ о смертности. Отмѣтимъ прежде всего здѣсь, что больничныя данныя о заболѣваемости крупознымъ воспаленіемъ легкихъ и смертности отъ него въ больницахъ по отношенію къ группамъ, которая согласно медицинскимъ свѣдѣтельствамъ дали смертность отъ этой болѣзни выше средней, находятся въ полномъ согласіи съ этими послѣдними данными (табл. № 23). Для наглядности въ коротенькой таблицѣ приводимъ ниже указанія на тѣ нѣста, которая занимаютъ эти группы по своей заболѣваемости и смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ

Г р у п п ы:	Смертность по медицинскимъ свѣдѣтельствамъ (т. 23).	Больничныя данныя (т. 24).	Заболѣв.	Смертность.
Лица безъ опредѣл. занятій . . . . .	2	2	2	
Временно безъ занятій . . . . .	3	3	3	
Безъ точнаго обозначенія торг. предл.	4	6	5	
Лица, промысл. занят. хот. съ точностью не указаны . . .	5	4	4	
Проч. своб. профессій.	7	8	9	
Прислуга домовая и личная . . . . .	8	7	6	
Живущіе въпомоществованіи . . . . .	6	25	7	

Итакъ, во всѣхъ этихъ группахъ данныя, касающіяся крупознаго воспаления легкихъ, по занимаемымъ ими мѣстамъ въ общихъ таблицѣхъ или вполне совпадаютъ между собою, или очень близки



Т А Б Л И

Распределение больных и умерших от крупозного воспаления

ГРУППЫ ЗАНЯТИЙ	Больные обоим пола от круп. восп. легк. в 1901—1910 г.г.		
	Въ го-родахъ	Въ при-городкахъ	ИТОГО
1. Сельское хозяйство, рыболовство и охота.	96	25	121
2. Обработка ископ. продуктовъ, кроме мет.	123	33	156
*) 4. Обработка металловъ	836	147	983
5. Производство машинъ, орудій и инструм.	70	17	87
6. Химическія производства	7	1	8
7. Производство и обработка жировъ, маслъ и смолъ, веществъ	59	1	60
8. Обработка кожъ, волоса и прочія твердыя животн. продукт. и резин.	116	11	127
9. Производство бумажное	84	—	84
10. Прядильныя, ткацкія и связанныя съ ними производства	106	1	107
11. Обработка дерева	747	88	835
12. Производство питательныхъ продуктовъ	643	17	660
13. Производство одежды и обуви	1365	97	1462
**) 14. Содерж. въ чистотѣ тѣла и одежды	452	8	460
15. Работы строит. и по устройству жилищъ.	1321	48	1369
16. Полиграфическія производства	351	4	355
17. Производств. и передача физическ. силы.	76	4	80
18. Лица, промисл. занятія которыхъ съ точностью не указаны	6215	997	7212
29. Безъ точнаго обозначенія торговаго предпріятія	1399	67	1466
30. Трактирная промышленность	214	9	223
***) 31. Промышленность по передаче и сообщенію	1142	125	1267
32. Администрация	23	—	23
33. Судебно-вѣдомство	12	—	12
34. Войско и военная флотъ	30	—	30
35. Полиція	52	—	52
36. Богослуженіе	17	—	17

Ц А № 24.

легкихъ по занятіямъ въ 1901—1910 г.г. (по бѣльничнымъ листкамъ).

Умершие обоимъ пола от круп. восп. легк. въ 1901—1910 г.г.			Забѣлено на 10 тысячъ жителей въ ср. въ годъ			Умерло на 10 тысячъ жителей въ ср. въ годъ		
Въ го-родахъ	Въ при-городкахъ	ИТОГО	Въ го-родахъ	Въ при-городкахъ	ИТОГО	Въ го-родахъ	Въ при-городкахъ	ИТОГО
24	4	28	9,4	2,7	6,2	2,4	0,4	1,4
9	2	11	23,6	17,9	22,2	1,7	1,1	1,6
161	22	183	11,4	2,8	7,8	2,2	0,4	1,5
9	—	9	2,2	1,7	2,1	0,3	—	0,2
1	—	1	1,6	0,2	0,8	0,2	—	0,1
2	—	2	23,8	0,9	17,0	0,8	—	0,6
4	—	4	7,5	7,0	7,4	0,3	—	0,2
12	3	15	7,2	—	6,2	1,0	1,6	1,1
2	—	2	3,5	0,1	2,5	0,1	—	0,1
77	4	81	20,6	11,2	18,9	2,1	0,5	1,8
41	—	41	20,5	12,6	20,2	1,3	—	1,3
185	14	199	14,0	10,8	13,7	1,9	1,6	1,9
33	3	36	22,6	4,0	20,9	1,7	1,5	1,6
123	4	127	24,6	5,6	22,0	2,3	4,7	2,0
64	—	64	11,6	2,2	11,0	2,1	0,5	2,0
8	—	8	12,8	7,9	12,5	1,4	—	1,2
212	1405	104,8	94,8	103,2	20,1	20,2	20,1	
205	10	215	78,8	46,6	76,4	11,6	7,0	11,2
58	1	59	5,2	2,0	4,9	1,4	0,2	1,3
387	14	401	12,3	11,4	12,2	4,2	—	3,9
6	—	6	0,4	—	0,4	0,1	—	0,1
—	—	—	1,8	—	1,8	—	—	—
3	—	3	0,5	—	0,5	0,0	—	0,0
3	—	3	4,9	3,1	4,7	0,3	—	0,3
—	—	—	1,4	—	1,4	—	—	—

Продолжение

ГРУППЫ ЗАНЯТИЙ.	Больные обоего пола отъ круп. восп. легк. въ 1901—1910 г.г.		
	Въ го-родахъ.	Въ при-городахъ.	ИТОГО.
37. Учебная и воспитательная дѣятельность.	43	—	43
38. Врачебная дѣятельность.	68	—	68
39. Учебнымъ обществ., учрежденіямъ, музеямъ.	8	—	8
40. Занятія наукой.	37	1	38
41. Прочія свободная профессіи.	338	22	360
42. Благотворительныя учрежденія.	260	20	280
****) 43. Прислуга домовая и личная (безъ точнаго указаія).	2961	434	3395
44. Живущіе денежными доходами.	76	2	78
45. Живущіе на попеченіи другихъ лицъ и учреждений.	913	37	950
*****) 46. Живущіе вспоможеніемъ.	116	2	118
47. Заключенные.	89	—	89
48. Лица временно безъ занятія.	1616	92	1708
49. Лица безъ опредѣленныхъ занятія (не вошедші въ предш. группы).	790	135	925
50. Лица не обозначившія своего занятія или средствъ къ жизни.	2377	212	2589
51. Проституціи.	24	—	24
Итого.	25272	2661	27933

Примечаніе: 1) Въ группу XVIII вошли фабрично-работчіе и 2) Въ группу XIX вошли дѣлѣ торговои, такъ дѣльны по роду торговли, а 3) При разработкѣ заболѣваній, занимающіи \*) Слесарей—408 заб \*\*). Прачекъ—252 забл. \*\*\*). Ивоччиковъ—840 заб \*\*\*\*). Кормилицъ—231 заб \*\*\*\*\*). Живущихъ на сред.

таблицы № 24.

Умерше обоего пола отъ круп. восп. легк. въ 1901—1910 г.г.			Заболѣло на 10 тысячъ жи-телей въ ср. въ годъ.			Умерло на 10 тысячъ жи-телей въ ср. въ годъ.		
Въ го-родахъ.	Въ при-городахъ.	ИТОГО.	Въ го-родахъ.	Въ при-городахъ.	ИТОГО.	Въ го-рода.	Въ при-городахъ.	ИТОГО.
4	—	4	1,7	—	1,7	0,2	—	0,2
7	—	7	2,9	—	2,9	0,3	—	0,3
4	—	4	3,7	—	3,7	1,9	—	1,9
2	1	3	3,2	2,2	3,2	0,1	2,2	0,2
28	—	28	42,4	41,3	42,3	3,8	—	3,3
9	—	9	67,1	79,7	86,7	3,0	—	2,0
539	59	598	60,4	81,6	62,5	11,0	11,1	11,0
17	2	19	1,2	0,4	1,1	0,3	0,4	0,3
75	4	79	26,6	18,6	26,2	2,2	2,0	2,2
89	—	89	6,3	1,3	5,9	4,8	—	4,5
5	8	13	5,7	—	4,9	0,3	3,1	0,7
447	84	531	144,4	84,3	139,1	40,0	77,0	43,2
333	21	354	308,1	630,8	333,0	129,9	98,1	127,4
984	100	1084	1518,9	986,1	1454,3	628,8	465,1	609,0
—	—	—	15,9	—	15,8	—	—	—
5152	573	5725	20,2	13,9	19,4	4,1	2,9	3,9

фабричные, какъ въ большинствѣ матеріалѣ лица, занимающіяся торговлею, не распре-обозначены „торговцами“, хся разнаго рода производствами, наибольшее число выпало на долю: оя. 51 умер. 20 умер. бол. 94 умер. бол. 41 умер. родета.—483 забол. 49 умер.

друг к другу. Исключение составляют живущие вспомоществованием. Данная смертности здесь почти совпадают, но заболеваемость оказалась небольшой и заняла только 25 место. Это говорить за то, что при относительно небольшой заболеваемости крупными воспалением легких в петербургских богадельнях колоссальная смертность от него и еще раз красноречиво доказывает, какое огромное значение для смертности от этой болезни имеет старческий возраст.

Обратим еще внимание на заболеваемость крупными воспалением легких среди тех профессий и занятий, на которых утвердился взгляд как на располагающих к заболеванию этой болезнью и дающих наибольшую смертность от нее, взгляды в общем нашедший себе подтверждение в наших данных о смертности по медицинским свидетельствам.

Группа IV. Обработка металлов. Всего заболело 983 человека, из них слесарей 408 или 41,7%.

Группа XIV. Содержание в чистоте тела и одежды. Всего заболело 460, из них прачек 252, или 54,7%.

Группа XXXI. Промышленность по передаче и сообщению заболело 1267 из них лоповых и легковых извозчиков 840 или 66,3%.

Группа XLIII. Прислуга домовая и личная (без точного указания). Заболело 3395 из них кормилиц 231 т. е. около 7%.

Это очень немного, если его распространить на всю столицу; однако не нужно забывать, что во это число попали только кормилицы Воспитательного дома, а другие кормилицы вошли, видимо, в итог под общим названием «прислуга».

В таблице № 24 выходящее положение заняла группа XLV, куда отнесены лица, живущие на попечение других лиц и учреждений. По заболеваемости крупными воспалением легких (26,2‰) эта группа занимает 9-е, а по смертности в больницах от этой болезни (2,8‰) 11-е место. Но эта же самая группа в таблице № 23 заняла очень скромное положение (32-е место) давая смертность = 2,6‰. Среди 950 человек этой группы, лежавших с крупными воспалением легких в больницах, 483 человека или 51% было живущих на средства родственников. Громадное большинство из них воспитанники разных учебных заведений. В больницах их умерло 49 человек, а по медицинским свидетельствам о смерти из 95 человек, умерших во всей этой групп, живших на средства родственников

т. е. воспитанников, оказалось 88 или 92,5%, причем, как видно, 49 или больше половины (56%) нашли смерть в лечебных заведениях.

## ВЫВОДЫ:

1. В числ первых по смертности от крупного воспаления легких стоят группы 49 и 48, куда вошли лица без определенных занятий и времени без занятий, т. е. такая группа, которая отражает в себе влияние не занятий, а бедственного положения и связанной с ним тяжелой жизненной обстановки тех лиц, которые причислены к этим группам.

2. Если исключить лиц, принадлежащих к торговому классу, то на 3-ем месте по смертности от крупного воспаления легких оказывается группа 18, включившая в себя фабричных и чернорабочих обоего пола, т. е. таких элементов, которые дают много жертв и для других заразных болезней, причем причина этого видимому, опять не столько тяжелый труд их, сколько тяжелая телесная жизнь, полная нужды и всяких лишений; к этим трем группам нужно отнести 43 группу о личной и домовой прислуге, давшую смертность, значительно выше средней; эти 4 группы больше или меньше однородная и указывают, что для смертности от крупного воспаления легких имеют огромное значение тяжелые условия жизни, вызванные скудностью или отсутствием средств к ней, в связи, быть может, некультурностью этих элементов и excessами в области алкоголизма.

3. Если судить по данным больницы, рядом с первыми тремя группами по силе смертности от крупного воспаления легких будет стоять торговый класс; исходя из того что в больницы попадает преимущественно беднота, надо полагать, что большую смертность дадут пролетарият этого класса: приказчики, разносчики, мелкие торговцы и пр., слездов, и эта группа будет больше или меньше родственна с теми группами и подтверждать сказанное нами выше.

4. Среди групп, давших смертность выше средней имеется группа 46, обозначающая призранных в богадельнях стариков и старух и еще группа 41 куда отнесены лица свободных профессий, среди которых доминирующую роль играют писаря и писцы, дающие большой процент смертности и от других заразных болезней, особенно от хохотки легких; у этих лиц, по-

## Т А Б Л И Ц А № 25.

Распределение умерших от крупозного воспаления легких в С.-Петербурге и его пригородах (без нижних чинов) по сословиям. (По медицинским свидетельствам)

и его пригородах (без нижних чинов) по сословиям. (По медицинским свидетельствам о смерти).

Городъ и пригороды.	Дворяне и чиновники.			Духовныя.			Граждане почетные и личные.			Купцы.			Мѣщане.			Царские и ремесленники.		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
1901 .....	43	79	122	3	4	7	12	10	22	4	6	10	124	119	243	15	21	36
1902 .....	66	78	144	3	4	7	13	9	22	4	9	13	129	138	267	20	15	35
1903 .....	61	84	145	4	5	9	10	6	16	9	9	18	130	130	260	15	15	30
1904 .....	57	74	131	3	12	15	15	8	23	7	12	19	109	138	247	12	17	29
1905 .....	52	60	112	4	7	11	11	11	22	3	2	5	114	130	244	14	8	22
1906 .....	57	66	123	4	5	9	13	6	19	4	6	10	103	140	243	11	13	24
1907 .....	84	99	183	4	8	12	21	9	30	8	5	13	143	166	309	18	17	35
1908 .....	76	79	155	4	6	10	22	15	37	6	13	19	142	148	290	17	14	31
1909 .....	57	76	133	8	7	15	19	11	30	5	9	14	123	123	246	16	18	34
1910 .....	55	97	152	4	8	12	22	9	31	9	10	19	141	143	284	12	9	21
Итогог . . . . .	608	792	1400	41	66	107	158	94	252	59	81	140	1258	1375	2633	150	147	297
Население по переписи 1910 года . . . . .	53508	63080	116588	3251	4106	7357	20057	25427	48484	6949	8131	15080	м.—127760, ж.—147362, об. п.—275122,					
На 10000 въ средн. за 10 лѣтъ . . . . .	11,4	12,6	12,0	12,6	16,1	14,5	6,3	4,0	5,2	8,5	10,0	9,3	м.—11,0, ж.—10,3, об. п.—10,6.					

Продолжение

Городъ и пригороды.	Нисше чины и изъ семьи.			Крестьяне.		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
1901 .....	20	46	66	327	255	582
1902 .....	17	28	45	403	306	709
1903 .....	16	37	53	440	294	734
1904 .....	21	30	51	459	360	829
1905 .....	11	34	45	484	335	819
1906 .....	9	16	25	486	311	797
1907 .....	9	29	38	543	436	979
1908 .....	12	24	36	590	424	1014
1909 .....	12	26	38	555	441	996
1910 .....	11	21	32	650	465	1115
Итого . . .	138	291	429	4947	3627	8574
Население по переписи 1910 года .....	1146	3562	4708	544529	364257	908786
На 10000 въ средн. за 10 лѣтъ .....	120,4	81,7	91,1	9,1	10,0	9,4

таблицы № 25.

Финляндскіе уроженцы.			Иностранные подданные.			Не указавшие сословія и различія.			И Т О Г О.		
М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
14	21	35	14	12	26	14	20	34	590	593	1183
24	15	39	11	8	19	13	31	44	703	641	1344
15	23	38	5	11	16	20	26	46	725	640	1365
14	13	27	10	14	24	48	25	73	765	703	1468
17	20	37	11	5	16	30	32	62	751	644	1395
17	11	28	12	6	18	21	37	58	737	617	1354
20	12	32	7	22	29	35	32	67	892	835	1727
14	15	29	14	17	31	41	39	80	938	794	1732
6	11	17	12	15	27	36	49	85	849	786	1635
8	18	26	7	13	20	91	91	182	1010	884	1894
149	159	308	103	123	226	349	382	731	7960	7137	15097
8862	12496	21358	10878	12973	23851	7764	10515	18279	789704	649909	1439613
16,8	12,7	14,4	9,5	9,5	9,5	45,0	36,3	40,0	10,0	11,0	10,5

видимо сказывается взаимодействие нескольких неблагоприятных моментов: природная нестойкость организма, крайне изнурительный труд, отражающийся особенно на сердцах и плохих условиях жизни, не обеспечивающейся скудностью заработка.

5. По отношению к этим 7 группам данных, касающихся заболеваемости крупозным воспалением легких и смертности от него в больницах находятся в полном соответствии с данными по медицинским свидетельствам о смерти, за исключением призванных в богадельнях, у которых при относительно небольшой заболеваемости очень большая смертность, зависящая от преклонного возраста представителей этой группы.

6. По отдельным занятиям и профессиям наиболее проценты заболевших и умерших, как в больницах, так и вообще \*) от крупозного воспаления легких в соответственных группах помимо писарей, дворников, сторожей и просто — «прислуги», дали еще прачки, пономые и легкие извозчики и слесари.

7. При сопоставлении лиц, работающих в закрытых помещениях и на открытом воздухе, в отношении заболеваемости крупозной пневмонией и смертности от нее, перевес падает на сторону тех занятий, которые производятся на открытом воздухе.

\*) т. е. по числу свидет. о смерти.

## ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

### Распределение смертности от крупозного воспаления легких за 1901—1910 г.г. в г. С.-Петербурге и его пригородах по сословию, семейному положению и образованию.

Уже в респ. можно думать, что от разбора данных по этим пунктам получится такие результаты, которые будут носить лишь общий характер и большого интереса не представляют. Судя по работам других авторов (Гауля, Каванина, Бушвиля), значение этих результатов, главным образом, сводилось к тому, что они прямо или косвенно подтверждали те же результаты и положения, которые получались в предшествующих главах. Приступая к разбору данных по этим вопросам, начнем с обзора их по сословию: с этих вопросов, как известно связывается некоторое представление о материальном положении, культурности, образе жизни и часто о роде занятий разбиранных лиц.

А. Распределение данных по сословию (табл. 25 и 26).

В таблицах 25-й даны сведения об умерших от крупозного воспаления легких, согласно медицинским свидетельствам. Если судить по абсолютным числам, то окажется, что главную, преобладающую массу умерших составляют крестьяне; среди мужчин они дали 62,2%, а среди женщин 51%, т. е. их один из умерло от крупозного воспаления легких больше, чем по всем другим сословиям, вместе взятым. Оно и понятно, если вспомнить, что крестьяне составляют преобладающую массу бедного населения и пришлых рабочих элементов, находящих себе приют на окраинах и в пригородах столиц, что из их среды набирается большинство чернорабочих, фабричных, доновой и личной прислуги, извозчиков, прачек и проч. За крестьянами следуют мещане, давшие среди мужчин 15,8%, а среди женщин 19,2%, всех умерших от крупозного воспаления легких; это сословие по экономическому и социальному положению, степени культурности и образу жизни принадлежащих к нему лиц очень мало отличается от крестьянского. Меньше всего умерших оказалось (в инст. пор.) среди мужчин — иностранцев, купцов и духовных, а среди женщин — гражданок, купчих и из духовенства, т. е. лиц, принадлежащих к более или менее ину-

шимъ классамъ. Въ общемъ получается впечатлѣніе, что на смертность отъ разбредной болѣзни оказываетъ вліяніе степень зажиточности того или другого класса населенія: въ тѣхъ сословіяхъ, гдѣ люди не обезпечены и ведутъ жизнь, полную нужды и лишений, умираютъ отъ данной болѣзни гораздо больше, чѣмъ въ другихъ, съ контингентомъ лицъ болѣе инушихъ. Нѣсколько другихъ отношенія получаются, если судить по даннымъ интенсивности смертности отъ крупозаго воспаления легкихъ. На первомъ мѣстѣ будутъ стоять нижніе чины и ихъ семьи, давшія для смертности отъ крупозаго воспаления легкихъ величины, превосходящія среднюю въ 12 разъ для мужского пола (120,4<sup>0</sup>/<sub>1000</sub>) и почти въ 8 разъ для женскаго (81,4<sup>0</sup>/<sub>1000</sub>). Абсолютно умершихъ отъ крупозаго воспаления легкихъ въ этой группѣ было немного: мужчинъ, 1,7<sup>0</sup>/<sub>100</sub> а женщинъ 4<sup>0</sup>/<sub>100</sub> всей суммы умершихъ по полу, но если сопоставить число умершихъ отъ крупозаго воспаления легкихъ съ численнымъ составомъ населенія этой группы по полу, то найдемъ, что мужчинъ умерло отъ крупозаго воспаления легкихъ болѣе, чѣмъ десятая часть, а женщинъ 13-ая; такая большая смертность находитъ себѣ объясненіе въ преклонномъ возрастѣ лицъ этой группы; сюда причислены отставные солдаты, старики инвалиды и ихъ жены-старушки, большая часть коихъ находитъ прирѣзье въ богадѣльняхъ. Послѣ нижнихъ чиновъ и ихъ семей слѣдуетъ группа разночинцевъ и лицъ, не указавшихъ своего сословія, давшихъ величины, которая въ 3—4 раза превосходитъ среднія; однако абсолютное число умершихъ отъ крупозаго воспаления легкихъ въ этой группѣ тоже было не много: мужчинъ—4,3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, женщинъ 5,3<sup>0</sup>/<sub>100</sub> всей суммы умершихъ; повидимому расчетъ смертности на 10 т. въ годъ, отъ этой болѣзни оказался великимъ потому, что, по сравнению съ численнымъ составомъ, умершихъ все-таки было довольно много. Если выдѣлимъ эти двѣ группы и обратимся къ остальнымъ сословіямъ, то величина, выше средней, среди мужчинъ мы найдемъ для финляндскихъ уроченцевъ, духовныхъ и дворянъ, а ниже ея для иностранцевъ, крестьянъ, купцовъ и гражданъ; среди женщинъ—выше средней получились для духовныхъ, финляндскихъ уроченковъ и дворянокъ, а ниже ея—во всѣхъ остальныхъ сословіяхъ, въ томъ числѣ для крестьянокъ и ибшанокъ. Такиимъ образомъ выходитъ, что крестьянское и ибшанское сословія, которая абсолютно дали много умершихъ отъ крупозаго воспаления легкихъ, особенно крестьянское сословіе, по расчету въ годъ на 10 т. населенія стоятъ позади другихъ.

Причина этому—громкая численность этихъ сословій, осо-

### Т А Б Л И Ц А № 26.

Больные и умерше отъ крупозаго воспаления легкихъ въ гор. С.-Петербурѣ и пригородахъ (безъ нижнихъ чиновъ) по сословіямъ. (По больничнымъ листкамъ).

Г О Д А :	Дворяне и чиновники		Духовные		Граждане безъ чиновъ и безъ сословія		Купцы и ремесленники		Мѣщане и разносѣльщики		Цѣлые и раздѣльные сословія	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1901 . . . . .	16	3	4	—	10	1	10	2	158	34	426	43
1902 . . . . .	17	4	10	2	11	2	3	1	223	49	429	54
1903 . . . . .	18	4	13	1	6	2	9	1	1	175	52	96
1904 . . . . .	20	8	18	1	1	10	1	1	223	38	55	8
1905 . . . . .	29	2	11	3	8	2	8	1	167	48	104	51
1906 . . . . .	17	4	10	4	11	4	1	1	187	42	136	46
1907 . . . . .	31	6	20	2	14	1	18	2	139	43	157	49
1908 . . . . .	28	3	18	2	11	3	5	2	161	37	110	50
1909 . . . . .	40	5	23	1	15	5	10	2	192	60	110	60
1910 . . . . .	49	7	31	1	15	5	10	2	210	70	119	72
Итого . . . . .	249	47	157	43	9	3	11	12	21854	488	1152	472
Ср. на 10000 за 10 лѣтъ . . . . .	1,6	0,8	2,4	0,9	2,6	0,3	4,1	1,0	3,1	15,6	4,1	8,3

Продолжение таблицы № 26.

Г О Д А	Ивл. чл. мн и ить семейств.		Крестьянв.		Финлянд. уроженц.		Иностран. подданны.		Служ. не отбыв. в равно-члн.		И Т О Г О																
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.															
	чл.	чл.	чл.	чл.	чл.	чл.	чл.	чл.	чл.	чл.	чл.	чл.															
1901	1	1	1160	367	122	17	519	4	10	2	4	1414	264	579	182												
1902	1	1	1160	324	123	17	518	10	12	3	1	1750	304	642	202												
1903	1	1	1153	198	140	114	20	518	12	6	1	5	3	7	3	596	177										
1904	1	1	1795	295	692	176	27	10	5	112	5	4	21	3	2109	364	783	189									
1905	1	1	1595	265	509	141	23	10	13	10	25	4	15	1	1744	4	1873	339	670	213							
1906	1	1	1583	270	566	126	19	14	3	13	11	5	11	3	168	1852	338	785	190								
1907	1	1	2170	302	715	207	21	6	26	5	6	10	9	4	1	2423	381	861	331								
1908	1	1	2130	284	675	274	19	210	2	18	2	1	3	1	3	2	5224	390	1037	251							
1909	1	1	1941	311	862	186	29	81	2	1	1	1	1	1	1	1	5224	390	1037	251							
1910	1	1	2179	330	822	186	29	81	2	10	5	4	1	1	2	2	2536	442	1072	276							
Итого	30	5	17168	2679	6221	1649	242	71	215	63	11	2	4	19	55	16	75	65	30	42	22	25,3	4,3	19984	326	7949	2399
Средн. на 10000 за 10 лѣт.	26,1	4,3	31,5	4,9	17,0	4,5	24,2	7,1	21,5	6,3	11,2	4,4	12,6	3,8	138	42	42	42	30	42	22	25,3	4,3	19984	326	7949	2399

бенно крестьянского: напр. изъ населенія въ 1.439.613 человекъ обоего пола (перепись 1900 года) на долю однихъ крестьянъ приходится 903.786 человекъ. Очевидно, на величину интенсивности смертности оказываютъ огромное влияние взаимоотношенія между числомъ умершихъ и численнымъ составомъ населенія данного сословія; рельефно сказывается влияние и другихъ моментовъ, напр., возраста (нижние чины, духовные).

Большинства данныхъ (т. 26). Если мы, исходя изъ абсолютныхъ чиселъ, расположимъ сословія отдѣльно по полу въ исходящемъ порядкѣ, то мы и для большихъ крупнымъ воспаленіемъ легкихъ, и для умершихъ отъ него въ больницахъ, получимъ одинъ и тотъ же порядокъ: въ числѣ первыхъ будутъ идти послѣдовательно крестьяне, итъшане, дворяне, финляндские уроженцы, а на концѣ расположатся купцы и духовные, слѣдовательно, и по сословіямъ — между больными и умершими отъ крупного воспаленія легкихъ въ больницахъ существуетъ прямая отношенія. Также въ общемъ замѣчается и по даннымъ интенсивности или среднѣмъ на 10 т. Если судить по послѣднимъ, то обнаружимъ слѣдующее: \*) среди мужчинъ — въ числѣ больныхъ крупнымъ воспаленіемъ легкихъ первое мѣсто занимаютъ крестьяне, потомъ слѣдуютъ нижние чины, финляндские уроженцы, итъшане съ цеховыми, а подъ конецъ пойдутъ дворяне, граждане, духовные и купцы; въ числѣ умершихъ отъ него въ больницахъ первыми идутъ финляндские уроженцы, крестьяне, нижние чины и итъшане съ цеховыми и послѣдними купцы, дворяне, духовные; среди женщинъ — въ числѣ поступившихъ съ этою болѣзью и умершихъ отъ нея въ больницахъ больше всего оказалось изъ крестьянокъ, финляндскихъ уроженокъ и итъшанокъ; очень мало больныхъ женщинъ было изъ купеческаго, дворянскаго и духовнаго сословій, а изъ умершихъ въ больницахъ, если не считать семействъ нижнихъ чиновъ, гдѣ умершихъ женщинъ сослѣмъ не было, было очень мало изъ духовственна, купеческаго и гражданскаго сословія. Изъ обзора ясно, что главную массу больныхъ съ крупнымъ воспаленіемъ легкихъ въ больницахъ составляютъ лица, принадлежащія къ бѣднымъ, наимущимъ классамъ: крестьяне, итъшане, финляндские уроженцы (\*\*); напротивъ, изъ тѣхъ сословій гдѣ предполагается нѣкоторый достатокъ и лучшія условія жизни (духовные, дворяне, купцы, граждане), въ больнымъ съ этою болѣзью посту-

\*) Дѣл., не обозначившихъ своего сословія мы не разсматриваемъ.

\*\*\*) Большинство изъ нихъ прихаживаетъ на заработки рабочимъ.



## Т А Б Л И

Распределение умерших от крупозного воспаления легких в Петербурге

Г О Д А:	Хлозцыкъ.	Данцъ.	Итого.	Женщцы.	Замужныя.	Итого.
1901 . . . . .	85	85	170	173	104	277
1902 . . . . .	113	98	211	182	100	282
1903 . . . . .	95	84	179	202	95	297
1904 . . . . .	81	92	173	222	104	326
1905 . . . . .	78	92	170	211	94	305
1906 . . . . .	68	82	150	218	121	339
1907 . . . . .	133	121	254	229	146	375
1908 . . . . .	139	124	263	276	144	420
1909 . . . . .	112	112	224	218	136	354
1910 . . . . .	128	125	253	289	159	448
Итого гор. и пригор. . .	1032	1015	2047	2220	1203	3423
Населеніе по переписи 1900 г. . . . .	283849	188199	472048	308257	209520	517777
На 10000 жителей сред- нее за 10 лѣтъ . . . . .	3,6	5,4	4,3	7,2	5,7	6,6

## Ц А № 27.

и его пригородахъ по семейному положенію. (По медиц. свѣд. о смерти).

Возрастъ и разведенныя.	Возръ и раз- веденныя.	Итого.	Неизвѣстныхъ			И Т О Г О .		
			М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
			161	90	251	449	458	907
			198	96	294	539	491	1030
			214	108	322	539	455	994
			246	124	370	581	520	1101
			252	132	384	570	478	1048
			241	91	332	552	484	1036
			303	139	442	707	668	1375
			297	122	419	751	634	1385
			279	141	420	653	619	1272
			289	140	429	755	681	1436
			2480	1183	3663	6096	5488	11584
			1448	923	2371	610438	486193	1096631
			1712,7	1281,7	1544,9	10,0	11,3	10,6

пасть редко. Среди больных и умерших от крупозного воспаления легких в больницах перевес почти во всех случаях оказывается на стороне мужчин, за исключением купечества и духовенства, но из последних сословий поступило вообще так мало, что серьезно говорить о них не приходится. Сопоставляя наши больничные данные с данными А. А. Липского <sup>4)</sup>, находим большое совпадение, почти тождество между ними. У него среди больных (в %) больше всего оказалось: среди мужчин — крестьян, оставших солдат, ибмань и финляндских уроженцев, среди женщин — крестьянок, ибманок, из солдатских семейств и финляндских уроженок.

В) Распределение данных по семейному положению (т. 27 и 28).

В эти данные включены лица только свыше 16-ти летнего возраста. В таблицах 27-й указана смертность от крупозного воспаления легких, согласно медицинским свидетельствам. Наибольшая смертность по каждому полу (ср. на 10 т.) оказывается у вдовцов и разведенных, за ними идут женатые и замужние, наконец, холостые мужчины и дѣвчцы. Среди вдовцов и холостых перевес будет на стороне женщин, но женатых мужчин будет больше, чем соответственно замужних женщин.

Т. 28. Среди поступивших в больницы с крупозным воспалением легких по семейному положению, для каждого пола находим один и тот же порядок: у мужчин — больше всего холостяков, потом вдовцов и женатых; у женщин — дѣвчцы, вдовы и замужние женщины. Очевидно, те элементы, которые по условиям жизни, создавшимся для них, лишены были ухода за собою дома или не рассчитывали на это, предпочитали ложиться в больницы. Среди умерших в больницах от крупозного воспаления легких — для мужчин находим тот же порядок и здесь также вдовы сохраняют свое печальное первенство, а далее, по сравнению с таблицей 27-й замужние и дѣвчцы ибмань занимают 2-е место, а на последнем будут женатые. Среди больных и умерших от крупозного воспаления легких в больницах всюду перевес на стороне мужчин. Итак, и по общим свидетельствам и по больничным данным, больше всего от крупозного воспаления легких умерло вдовы и вдовцов. Тоже получилось и у доктора Бушина, но у последнего на 2-м месте по смертности от крупозного воспаления легких стояли холостые и дѣвчцы, а у нас женатые и замужние. Гауль нашел, что и от

ТАБЛИЦА № 28.

Больные и умершие от крупозного воспаления легких в г. С.-Петербурге и пригородах (без нижних классов) по семейному положению. (По больничным листкам).

Г О Д А :	Холостых.		Дѣвчц.		Женатых.		Замуж.		Вдовцов и разведен.		Всего и	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1901 . . . . .	706	78	176	45	464	128	158	40	29	22	127	87
1902 . . . . .	848	121	229	72	654	130	162	49	37	30	138	78
1903 . . . . .	642	107	204	63	462	129	156	52	36	21	122	59
1904 . . . . .	1071	150	378	76	683	164	145	46	40	27	172	57
1905 . . . . .	898	103	217	66	618	165	189	37	31	20	164	89
1906 . . . . .	913	95	277	65	566	180	199	42	37	20	119	64
1907 . . . . .	1201	134	454	92	764	161	235	67	35	34	103	109
1908 . . . . .	1270	139	477	88	895	147	282	55	28	16	120	67
1909 . . . . .	1328	162	515	103	748	192	230	48	37	24	125	92
И Т О Г О . . . . .	10012	1242	3257	827	6142	1551	1948	501	342	239	1305	819
На 10 т. ср. за 10 летъ . . . . .	35,3	4,4	17,3	4,4	19,9	5,0	9,3	2,3	20,2	14,1	14,9	9,3

Продолжение таблицы № 28.

Г О Д А:	Неизвестных.			И т о г о.			Общего пола.			
	м.		ж.	м.		ж.	м.		ж.	
	в.	у.	ж.	в.	у.	ж.	в.	у.	ж.	
1901 . . . . .	22	4	1	1	1221	232	462	173	1683	405
1902 . . . . .	79	13	1	1	1518	294	530	200	2048	494
1903 . . . . .	46	12	2	2	1186	269	485	176	1671	445
1904 . . . . .	40	11	3	3	1041	233	399	153	1499	358
1905 . . . . .	67	30	11	6	1614	338	599	228	2549	538
1906 . . . . .	68	20	31	7	1584	315	626	178	2210	493
1907 . . . . .	129	34	33	6	2129	363	825	274	2954	637
1908 . . . . .	118	30	28	5	2118	335	709	318	2827	653
1909 . . . . .	98	33	30	8	1846	356	865	238	2711	594
1910 . . . . .	110	40	32	10	2223	418	902	259	3125	677
И Т О Г О . . . . .	784	231	183	52	17260	3263	6693	2199	23973	5462
На 10 т. ср. за 10 лѣтъ . . . . .	541,4	159,5	116,2	36,3	28,4	5,3	13,8	4,5	21,9	5,0

сильного тифа вдовъ и вдовцовъ умираетъ больше всего. Оказывается, что и по общей смертности (Янисонъ <sup>20</sup>) на сторонѣ вдовъ и вдовцовъ наибольшей переѣвъ, по сравнению съ лицами другихъ категорій. Профессоръ Схворцовъ <sup>21</sup>) вдовое состояние въ смыслъ продолжительности жизни считаетъ очень опаснымъ. Говоритъ о влияніи брака или холостой жизни на смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ наши данныя не даютъ повода; если, согласно медицинскимъ свидѣтельствамъ, умерло отъ крупознаго воспаления легкихъ больше женатыхъ и замужнихъ, чѣмъ холостыхъ и дѣвчатъ, то быть можетъ, это отъ того, что среди первыхъ больше встрѣчается людей преклоннаго возраста, чѣмъ среди послѣднихъ.

С. По вѣрнополованію (т. 29 и 30). Этотъ вопросъ предполагается и национальность тѣхъ или другихъ лицъ: православные—русские, лютеране—нѣмцы и финляндскіе уроженцы, иудеи—евреи, магометане—татары и проч. Затѣмъ они, какъ и вопросъ по сословіямъ, даютъ нѣкоторыя указанія о закятности, культурности и образѣ жизни разбиремыхъ лицъ, о нравахъ и обычаяхъ, связанныхъ или освещенныхъ тою или другою религіею: воздержаніе отъ пьянства, умирный и правильный образъ жизни, патриархальность, сплоченность и взаимная поддержка (старобрядцы и евреи). Между прочимъ, интересъ представляетъ общепризнанный фактъ, что иудеи даютъ наименьшую заболѣваемость и смертность отъ заразныхъ болѣзней. Въ справедливости этого факта убѣдились на своихъ данныхъ также Орловъ, Каманинъ, Буницъ и Гауль. Объясненіе этого факта авторы ищутъ въ обособленности евреевъ, въ умирности ихъ образа жизни, въ воздержанности отъ пьянства, въ ихъ приверженности къ семейнымъ началамъ, а для петербургскихъ евреевъ нужно допустить еще и относительную важность ихъ (Гауль <sup>4</sup>). И наши данныя въ этомъ отношеніи не составляютъ исключенія изъ общаго правила. Въ табл. 29 (медиц. свид.) среди евреевъ для каждаго пола получается наименьшая смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ. Въ больницахъ среди больныхъ за 10 лѣтъ (т. 30) было всего 8 евреевъ: 5 мужчинъ и 3 женщины, и изъ нихъ никто не умеръ. Очень мало дали и старобрядцы, о которыхъ у насъ составилось представленіе, какъ о болѣе или менѣе закятныхъ, сплоченныхъ между собою, съ патриархальнымъ укладомъ жизни, трезвыхъ и трудолюбивыхъ. Среди умершихъ по общимъ свидѣніямъ (т. 29) они даютъ по смертности отъ крупознаго воспаления легкихъ 2-й minimum, а по заболѣваемости и смертности отъ этой болѣзни въ больницахъ (т. 30) ста-

## Т А Б Л И

Распределение умерших от крупозного воспаления легких (без нижних  
медицинским свид

## Ц А № 29.

чиновъ) въ г. С.-Петербургѣ и его пригородахъ по вѣрнопознанию. (По  
тельствамъ о смерти).

Г О Д А :	Православные.			Лютеране.			Рим.-Катол.			Старообрядцы.			Магометане.			Иудеи.			Безъ означ. и проч. вѣрн. исп.		
	м.	ж.	об. п.	м.	ж.	об. п.	м.	ж.	об. п.	м.	ж.	об. п.	м.	ж.	об. п.	м.	ж.	об. п.	м.	ж.	об. п.
	1901 . . . . .	496	488	984	55	65	120	21	23	44	3	4	7	6	—	6	4	6	10	5	7
1902 . . . . .	572	540	1112	69	54	123	41	28	69	4	3	7	3	3	6	9	5	14	5	8	13
1903 . . . . .	606	528	1134	58	65	123	33	26	59	7	5	12	3	1	4	4	7	11	14	8	22
1904 . . . . .	619	590	1209	62	53	115	40	40	80	6	4	10	3	2	5	7	5	12	28	9	37
1905 . . . . .	626	537	1163	53	5	109	44	29	73	3	4	7	5	2	7	10	7	17	10	9	19
1906 . . . . .	630	517	1147	53	51	104	23	28	51	8	5	13	4	2	6	6	7	13	13	7	20
1907 . . . . .	760	708	1468	60	69	129	45	31	76	4	6	9	5	4	9	12	7	19	6	11	17
1908 . . . . .	802	653	1455	65	81	146	34	36	70	7	7	14	5	2	7	9	7	16	16	8	24
1909 . . . . .	721	664	1385	47	68	115	41	29	70	3	5	8	6	1	7	16	12	28	15	7	22
1910 . . . . .	866	756	1622	49	62	111	61	34	95	4	6	10	4	3	7	9	14	23	17	9	26
Итого городъ съ при- городами . . . . .	6998	5981	12679	571	624	1195	383	304	687	49	48	97	44	20	64	86	77	163	129	83	212
Населеніе по пере- писи 1900 г. . . . .	678865	551400	1230265	46582	54696	101278	41897	27432	69329	5648	4760	10408	4720	1330	6050	10714	9671	20385	1278	620	1898
Коэффициентъ на 10000 жителей . . . . .	9,9	10,8	10,3	12,3	11,4	11,8	9,1	11,1	9,9	8,7	10,1	9,3	9,3	15,0	10,6	8,0	8,0	8,0	100,9	133,9	111,7

ТАБЛИЦА № 30.

Больные и умершие от круглового воспаления легких (без нижних чинов) в г. гор. С.-Петербурга и пригородах по вероисповеданиям. (По больничным листам).

Г О Д А:	Православные.			Лютеране.			Католики.					
	м.		ж.	м.		ж.	м.		ж.			
	в.	у.	в. у.	в.	у.	ж.	в.	у.	в. у.			
1901	1289	216	499	163	56	15	48	14	60	9	31	5
1902	1587	268	576	179	78	23	39	17	75	9	26	6
1903	1537	348	534	154	56	13	41	21	58	11	21	2
1904	1673	318	563	171	56	13	37	21	55	20	14	6
1905	1730	296	605	185	81	27	33	21	57	18	13	5
1906	1737	311	696	170	62	18	33	14	47	18	21	5
1907	2231	347	866	256	85	22	49	17	98	9	46	10
1908	2259	323	783	312	97	22	52	12	47	5	15	9
1909	2035	359	959	228	102	19	48	10	82	10	28	12
1910	2381	421	1011	258	88	10	27	5	57	8	32	15
И Т О Г О . . . . .	18427	3105	7286	2086	810	195	384	133	666	102	262	77
На 10000 насел. ср. вь годъ . . . . .	27,1	4,6	13,2	3,8	17,4	4,2	7,0	2,4	15,9	2,4	9,5	2,8

Продолжение таблицы № 30.

Г О Д А:	Старообрядцы.			Магистране.			Будды.					
	м.		ж.	м.		ж.	м.		ж.			
	в.	у.	в. у.	в.	у.	ж.	в.	у.	в. у.			
1901	1	—	1	—	8	4	—	—	—	—		
1902	2	—	—	—	7	4	—	—	—	—		
1903	1	—	—	—	6	1	—	—	—	—		
1904	2	—	—	—	4	—	—	—	—	—		
1905	3	—	3	—	4	2	—	—	—	—		
1906	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—		
1907	1	—	1	—	5	2	—	—	—	—		
1908	1	—	—	—	7	—	—	—	—	—		
1909	2	—	2	—	3	2	—	—	—	—		
1910	3	—	2	—	6	1	—	—	—	—		
И Т О Г О . . . . .	16	7	12	3	60	17	2	—	5	—	3	—
На 10000 насел. ср. вь годъ . . . . .	2,8	1,2	2,5	0,6	12,7	3,6	1,5	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0

рообрядцы — мужчины занимают 2-ое, а их женщины 3-ье место от конца. Наибольшая смертность (г. 29), согласно медицинским свидетельствам, получилась среди мужчин — для лютеран, православных, магометан, а среди женщин для магометанок, лютеранок и католичек; православная женщина занимают место между католичками и старообрядками. В больниц (г. 30) из мужчин наибольшую заболеваемость и смертность от крупозного воспаления легких дали православные и лютеране, а из женщин православная, католички, а лютеранки следуют за католичками. Наши данные (табл. 29) и данные доктора Бушина довольно близки между собою: у доктора Бушина наибольшая смертность от круп. восп. легких среди мужчин оказалась у лютеран, православных и магометан (полное совпадение с нашими данными), а среди женщин — у лютеранок и католичек; магометанки у него занимают предпоследнее место, а у нас первое, а послед них уже идут лютеранки и католички.

#### Выводы:

1. Из сословий по данным интенсивности наибольшую смертность от крупозного воспаления легких дали нижние чины и их семьи; кроме них, величина, превышающая среднюю, одинаково для каждого пола, дали финляндские уроженцы, духовные и дворяне; наименьшая смертность приходится на долю лиц гражданского сословия; по большинчим данным — наибольшая заболеваемость круп. восп. легких приходится на крестьянское, а наименьшая на купеческое сословие, по этим же данным смертность выше средней получилась для крестьян и финляндских уроженцев.

2. По семейному положению — наибольшая смертность от крупозного восп. легких приходится на долю вдов и вдовцов, за ними по порядку следуют женатые и замужние, холостые и дѣвцы; по большинчим данным — наибольшая заболеваемость круп. восп. легких падает на холостиков и дѣвцы, за ними идут вдовцы и вдовы, женатые и замужние, а по смертности в больницах прежде всего идут вдовцы и вдовы, а послед них у мужчин идут женатые и холостяки, у женщин дѣвцы и замужние.

3. По вѣроисповѣданію — наименьшую смертность от крупозного восп. легких дали иудеи и старообрядцы, а наибольшую у мужчин лютеране и православные, а у женщин магометанки и лютеранки; среди больниц и умерших от крупозного восп. легких в больницах преобладающий контингент составляют лица православного вѣроисповѣданія.

#### Литература.

1. А. А. Липский „Заразные заболевания в С.-Петербурге в 1902 г.“ сообщение 2 отдѣленію Русскаго Общ. охран. нар. здравія 10 февраля 1903 года.
2. А. А. Руссовъ „Къ статистикѣ заболеваемости дѣтей по возрастамъ“. СПб. 1887 г.
3. А. А. Липский „Болезненность и смертность Петербургскаго населенія въ 1891 году по даннымъ больницы, находящихся въ вѣдѣніи С.-Петербургскаго Городскаго Общественнаго Управленія“. СПб. 1893 г.
4. „Статистическіе Ежегодники С.-Петербурга“ за 1901 — 1907 г.г.
5. Prof. Max „Экспериментальная діагностика, серотерапія и профилактика заразныхъ болѣзней“ перев. съ нѣмецк. 1909 г.
6. Докторъ Н. П. Гауль „Заболеваемость и смертность отъ холернаго тифа въ С.-Петербургѣ и его пригородахъ съ 1900 по 1909 г.г.“ дисс. СПб. 1911 г.
7. Д. Я. Бушинъ „Смертность въ С.-Петербургѣ отъ крупознаго воспаления легкихъ съ 1885—1900 г.г.“ дисс. СПб. 1905 г.
8. К. М. Солонцевъ „Къ вопросу о крупозной пневмоніи п наблюденіямъ въ Петербургской Маринской для бѣдныхъ больницѣ за 16 лѣтъ (1880—1895 г.г.) въ связи съ метеорологическими явленіями“ дисс. СПб. 1899 г.
9. В. И. Каманинъ „Эпидемія возвратнаго тифа въ С.-Петербурге съ октября 1906 г. по мартъ 1909 года“ дисс. СПб. 1909 г.
10. Проф. М. И. Афанасьевъ и докторъ П. Б. Ванскъ „Диплококковая инфекция“ изд. журн. „Современная Медицина и Гигіена“ СПб. 1907 года.
11. Докторъ Н. Ивановъ „Материалы къ вопросу о волокнистомъ воспаленіи легкихъ“ дисс. СПб. 1894 г.
12. В. С. Одяницкій-Почобутъ „Смертность грудныхъ дѣтей въ С.-Петербургѣ, въ зависимости отъ времени ихъ рожденія по

- ибещаянъ и временя года въ 1896—1900 г.г.", СПб. дисс. 1903 г.
13. Д. М. Филипповъ „Смертность дѣтей въ возрастѣ 0—15 лѣтъ въ С.-Петербургѣ за 1881—1890 г.г.“ дисс. СПб. 1894 г.
14. И. О. Матусевичъ „Дѣтская смертность въ зависимости отъ густоты и скученности населенія по участкамъ С.-Петербурга“ дисс. СПб. 1904 г.
15. В. Г. Кашкадамовъ „Санитарное состояніе гор. С.-Петербурга“ 1909 г.
16. А. А. Липскій „Нѣсколько данныхъ больницыю статистики С.-Петербурга“, „Большинчая Газета Боткина“ за 1902 г.
17. Его же „Заразныя заболѣванія въ Петербургѣ въ 1903 г.“ сообщеніе въ научномъ собраніи врачей санитарной комиссіи.
18. А. А. Филаретовъ „Къ бактериологіи фибринозой пневмоніи“ дисс. СПб. 1898 г.
19. Отчеты санитарныхъ врачей С.-Петербургскаго губернскаго земства за 1901 и за 1903—1909 г.г.
20. Проф. Ю. Э. Янсонъ „Сравнительная статистика населенія“ СПб. 1893 г.
21. Проф. И. Скворцовъ „Курсъ практической гігіены“, Варшава 1884 г.
22. Н. А. Ландишевскій „Материалы къ вопросу о смертности населенія С.-Петербурга въ зависимости отъ рода занятій“ дисс. 1898 г. СПб.
23. Максъ Рубнеръ „Учебникъ гігіены“ перев. съ нѣм. 1897 г.
24. Ф. Ф. Эрисманъ „Профессиональная гігіена“. 1878 г.
25. Спасскій „О вліяніи нѣкоторыхъ занятій на здоровье Ижевскихъ рабочихъ“ дисс. СПб. 1888 г.
26. Ф. Ф. Эрисманъ „Курсъ гігіены“, отдѣлъ „Санитарная Статистика“ 1887 г.
27. Барановъ „Къ вопросу о вліяніи нѣкоторыхъ профессій на смертность отъ чахотки“ дисс. СПб. 1893 г.
28. Бэжъ „Гігіена“ 1897 г. русск. переводъ.
29. Лайе „Профессиональная гігіена“ съ франц. перев. доктора Святловскаго.
30. Эйхгорсть „Учебникъ частной патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней“.
31. Цимсень „Руководство частной патологіи и терапіи“ изд. 1876 г.
32. Марво „Болѣзни солдатъ“ перев. съ франц. 1895 г.
33. Санитарный обзоръ гор. Москвы 1895 г.
34. Шевченко „Смертность населенія С.-Петербурга по воз-

- растнымъ группамъ въ зависимости отъ рода занятій“ дисс. 1894 г. СПб.
35. Святловскій „Фабричная гігіена“ 1891 г.
36. Клейманъ „Материалы по демографіи С.-Петербурга или медіо-статистическій очеркъ движенія населенія столицы за 25 лѣтъ (1881—1905 г.г.)“ дисс. СПб. 1906 г.
37. Bertillon „Cours élémentaire de Statistique“ Paris 1895 г.
38. Проф. Ю. Э. Янсонъ „Теорія статистики“ СПб. 1891 г.
39. Pott „Пневмонія въ дѣтскомъ возрастѣ“ „Bibliothek der medicinischen Wissenschaften“ Dräsche 1898 г. перев. съ нѣмецк.
40. Успенскій „Вліяніе С.-Петербурга на здоровье распороченныхъ въ немъ войскъ“ 1892 г. СПб.
41. А. А. Липскій „Волѣзнимость и смертность С.-Петербургскаго населенія въ 1887 г. по даннымъ городскихъ больницъ“.
42. Его же „Главнѣйшія болѣзни въ 1896—1897 г.г.“ изъ Статист. Ежегодн. С.-Петербурга за 1897 г., изд. 1899 г.
43. Pensoldt „Крупозная пневмонія“ Bibliothek Dräsche 1897 г. перев. съ нѣм.
44. Pensoldt und Stintzig „Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten“ 1897 г.
45. Emil Schwarz „Внутреннія болѣзни“ съ нѣм. 1905 г.
46. Prof. Neubner „Lehrbuch der Kinderheilkunde“ Leipzig 1908 г.
47. Guillard „Элементы по статистикѣ челоѣка или демографія“ перев. съ франц.
48. Dr. Bernhardt. Bendix „Lehrbuch der Kinderheilkunde“ Berlin 1909 г.
49. Dr. Mering „Учебникъ внутреннихъ болѣзней“ съ нѣм. 1903 г.
50. Эйленбургъ-Афанасьевъ „Реальная энциклопедія медицинск. наукъ“ 1894 г. „О крупозной пневмоніи“ статья Когалуй-Раскиной.
51. Prof. Eulenbourg „Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde“ Bd. VIII 1910 г. „Lungenentzündungen“ prof. Jürgens.
52. Aufrecht „Die Lungenentzündungen“ Nothnagels speziell. Pathol. und Therap. 1890, Bd XIV Hälfte I, abtheilung I.
53. R. Emmerich und A. Fawitzky „Die Künstliche Erzeugung von Immunität gegen croupöse Pneumonie und die Heilung dieser Krankheit“ „München. mediz. Wochenschrift“ 1892 № 32.
54. Litten „Kontusionspneumonie“ „Deutsch. medezin Wochenschr.“ 1907 № 13.

55. Tendelov „Studien über die Ursachen der Lungen-krankheiten“ Wiesbaden 1902.
56. Winckelmann „Die Behandlung der fibrinösen Pneumonie mit Römer's Pneumokokkenserum“ „München. medicin. Woch. 1906 № 1.
57. Spaull „Four cases of infective pneumonia“ aus Zentralblatt für inn. Medi 1911 г. № 37.
58. Lowett „Six consecutive cases of pneumonia suggesting infection“ реф. изв. „Zentralbl. f. inn. Med. № 37, 1911 г.
59. Powell „Epidemie pneumonia“ реф. отсюда же.
60. Prof. Kolle и d-r. Hetsch, „Экспериментальная бактериология и заразная больница“ съ нйм. 1908 г.
61. Шаальбе, „Основы частной патологии и терапии“ перев. съ нйм. 1902 г.
62. Prof. A. Wechselbaum, „Учение о чужеродных“. 1908 г. перев. съ нйм. 1900 г.
63. Dieulafoy, „Руководство внутренней патологии“, пер. съ франц. 1899 г.
64. Karl Rose, „Eine influenzähnliche Diplokokkenepidemie“. Münch. med. Woch. 1904 № 44.
65. Robert Pringle, „Resemblances between the clinical effects of pneumococcal and meningococcal infections“, реф. изв. Zentralbl. f. inn. Med. 1911. № 25.
66. Grau, „Über den Zusammenhang von Raucheinatmung und Krüppeler Pneumonie“. „Medicinische Klinik“. 1910. № 12.
67. Fiessinger et Saule, „Contributions à l'étude de la crise de la pneumonia fibrineuse“, реф. изв. Zentralbl. f. inn. Med. 1910. № 39.
68. Grober, „Zu der Frage der Infektionswege und zum Verlauf der Pneumokokkenmeningitis“. „München. med. Woch.“ 1910 № 25.
69. Rodenwaldt, „Pneumokokkensepsis und Pneumokokkenserum Römer“, „Deutsch. med. Woch.“ 1910. № 30.
70. М. И. Гольманец, „Смертность оть волокниного воспаления легких въ Петербургъ, въ зависимости оть возрастного состава населения за 1881—1886 гг.“ „Врачъ“. 1888 г. № 22.
71. „Русский Врачъ“ 1907 г. № 5, реф. изв. Zeitschrift für Hygiene 1906. № 54. (Опытъ Selter'a).
72. Соловцовъ, „О функциональных расстройствахъ сердца при фибринозой пневмонии“. „Русский Врачъ“. 1907 г. № 12.
74. Проф. Н. Я. Чистовичъ и проф. В. А. Юрвичъ, „О процессѣ выдорования при заражении пневмококками“. „Русский Врачъ“. 1907 г. № 43.

74. Е. Б. Елугинау, „Къ вопросу о лѣчении фибринозой пневмоніи“. „Русский Врачъ“. 1908 г. № 4.
75. Сласокудая, „Случай нарыва въ легкомъ послѣ Friedländer'овской пневмоніи“. „Русский Врачъ“. 1908 г. № 41.
76. Шюлереръ, „Къ вопросу объ атипическихъ формахъ воспаления легких“. Спб., дисс. 1900 г.
77. Проф. Н. Я. Чистовичъ, „Этиология фибринозой пневмоніи“. „Русский Врачъ“. 1910 г. № 51.
78. Альбикии, „Къ эпидеміи крупозной пневмоніи“. „Врачъ“. 1885 г. № 4.
79. П. И. Кольскій, „О вліяніи метеорологическихъ условий на произведеіе крупознаго воспаления легких“. Москва, дисс. 1892 г.
80. Лебединскій, „Къ вопросу объ этиологіи крупозной пневмоніи“. Спб., дисс. 1885 г.
81. Е. Игнатъевъ, „Матеріалы къ эпидемиологіи и этиологіи крупозной пневмоніи“. Москва. 1888 г.
82. Fenkert, „Pneumonia grouposa epidemica“ Berlin. Klinisch. Woch. №№ 40 и 41 1881 г. (цит. по Кольскому).
83. Jastoud, „Etiologie du froid et' étiologie parasitaire de la pneumonie aiguë“. „Gazette des hopitaux“. 1889. № 113.
84. Дольдъ, „Бактерицидное дѣйствіе крови, плазмы и сыворотки на пневмококки и его значеніе для иммунитета“, реф. въ „Вѣстн. Общ. Гигиены, Судебн. и Практич. Медицины“, июль 1911 г.
85. Гольдцигеръ, „О предрасположеніи къ заболѣванію на основаніи данныхъ статистики“. „Русский Врачъ“. 1911 г. № 5.
86. Hugo Schottmuller, „Zur Aetologie der Pneumonia grouposa“ „Munch. medicin. Wochenschrift“. 1905. № 30.
87. Kokawa aus Japan, „Zur pathologischen Anatomie der Kapselbazillen Pneumonie“ „Deutsch. Archiv zur klinische Medizin“ 1904. т. 80 стр. 39.
88. D-r Lucien Béco, „Recherches sur la fréquence des septémies secondaires au cours des infections pulmonaires (pn. lobaire)“. „Revue de Medicine“ 1894 г. page 385 et 462.
89. Арустамовъ, „Къ вопросу о происхожденіи и клинической бактериологіи круп. восп. легких“. Спб., дисс. 1889 г.
90. Госсъ, „Къ вопросу о сифтанныхъ инфекціяхъ“. Спб., дисс. 1903 г.
91. А. М. Левинъ, „О стрептококковыхъ пневмоніяхъ“. „Большинная газета Боткина“. 1898 г. №№ 15 и 16.



92. Проф. А. И. Мансеев. „Къ патологической анатомии и гистологии Фридендровской пневмонии“. „Большинная газета Боткина“. 1900 г. №№ 20 и 22.
93. Мамонов. „Врачебная газета“. 1902 г. стр. 309 (по Чистовичу ?).
94. Prochaska. „Zentralblatt für Inner. Medicine“ 1900 № 46.
95. Н. И. Самойкин. „Санитарный очерк Шлиссельбургского и Петергофского пригородовъ въ 1894 г.“. „Вѣсти. Общ. гигиены, Судебн. и Практич. Медицины“. 1905 г. т. 27.
96. В. А. Арнольдъ. „О жилищныхъ условіяхъ рабочихъ ремонта пути на Никол. жел. дор.“. „Вѣсти. Общ. гигиены, Суд. и Практич. Медицины“. 1906 г. № 42.
97. Д. Н. Никольскій. „Шлиссельбургскій пригородный участокъ въ санитарномъ отношеніи“. „Вѣсти. Общ. гигиены, Судебн. и Практич. Медицины“. 1901, августъ.
98. Шмидтъ. „Санитарная условія жизни рабочихъ на рыбныхъ промыслахъ въ устьѣ Волги“. „Журналъ Русск. Общ. охр. нар. здравія“. 1896 г.
99. М. И. Покровская. „О жилищныхъ петербургскихъ рабочихъ“. „Вѣсти. Общ. гигиены, Судебн. и Практич. Медицины“. 1895, т. 25.
100. Она-же. „О жилищныхъ рабочихъ петербургскихъ пригородовъ“. „Журн. Русск. Общ. охр. нар. здравія“ 1896 г. т. 29.
101. Листовъ. „Санитарное положеніе домашней прислуги“. „Вѣсти. Общ. гигиены, Судебн. и Практич. Медицины“. Апрель, 1910 г.
102. В. И. Бинтокъ. „Очеркъ санитарнаго состоянія домовъ 2 участка Рождественской части г. С.-Петербурга“. „Журн. Русск Общ. охр. нар. здравія“. 1896 г.
103. Онъ-же. „Ночлежныя пріюты и постоянныя дворы въ С.-Петербургѣ“, отдѣльный оттискъ 1896 г.
104. Проф. Филатовъ. „Лекціи объ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ у дѣтей“. Москва 1885 г.
105. А. Е. Меликовъ. „Материалы по статистикѣ заболѣваемости и смертности отъ цинги въ С.-Петербургѣ съ 1881—1895 г.г.“. дисс. Спб. 1897 г.
106. Э. А. Ферманъ. „Смертность отъ брюшнаго тифа въ С.-Петербургѣ съ 1895—1906 г.г.“. дисс. Спб. 1907 г.
107. С. В. Посадскій. „Медицинскій отчетъ городской барачной больницы въ память С. П. Боткина за 25 лѣтъ“. Спб. 1907 г.

108. М. П. Перцель. „Заболѣваемость и смертность отъ брюшнаго тифа въ С.-Петербургѣ“, дисс. Спб. 1892 г.
109. Новосельскій. „Статистическія данныя—приложенія къ „Вѣстнику Общ. гигиены, Судебн. и Практич. Медицины“ за 1900—1910 г.г.“.
110. „Изъ области санитарной статистики“. „Санитарія и гигиена“ 1911 г. № 17, сентябрь.
111. Ф. Германъ. „Историческій очеркъ Обуховской больницы за 100 лѣтъ“ (1784—1884).
112. Отчетъ Спб. Городск. Общ. Управленія за 1908 г.
113. „Городъ С.-Петербургъ съ точки зрѣнія медицинской полиціи“, составл. врачами С.-Петерб. стотич. полиціи 1897 г.
114. Павловскій. „Заболѣваемость и смертность отъ кори и скарлатины въ С.-Петербургѣ“, дисс. Спб. 1896 г.
115. Ф. Ф. Адамсонъ. „Заболѣваемость и смертность отъ дифтерита въ С.-Петербургѣ съ 1896—1905 г.г.“. дисс. Спб. 1907 г.
116. В. Е. Риккертсонъ. „Дѣтская смертность отъ кори за 16 лѣтъ въ С.-Петербургѣ съ 1896—1904 г.г.“ Спб., дисс. 1907 г.
117. А. А. Равскій. „Къ вопросу о смертности отъ чахотки съ 1895—1904 г.г.“. дисс. Спб. 1905 г.
118. Baginsky. „Руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ“, 1899 г. перев. съ нѣмецк.
119. Проф. Филатовъ. „Семіотика и діагностика дѣтскихъ болѣзней“, 1892 г. Москва.
120. M. Netter. „Pneumonie lobaire“ „Traité de médecine sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud“ 1893 т. IV.
121. Нимеиеръ. „Руководство къ частной патології и терапіи“, съ нѣм. 1881 г.
122. Adolf Stämpel. „Руководство къ частной патології и терапіи“, съ нѣм. 1894 г.
123. Проф. Н. П. Гудобинъ. „Общая и частная терапія дѣскаго возраста“, 1900 г.
124. West (Brit. med. journal 1904 г., цит. по Бушину) и Moran („Formes communes de la pneumonie infantile“. Semaine medicale 1900 г. (по Бушину).
125. Prof. Alois Pick und d-r Adolf Hecht „Клиническая семіотика“, пер. съ нѣм. 1908 г.
126. D-r Purjess. „Die Aetiologie der croupose Pneumonie“, рефер. „Медиц. обозрѣніе“ 1884 г. N 20.

127. Widal, Lemierre, Gadaud. „Société médicale des hopitaux 1903 г. цит. по Чистовичу.

128. Проф. А. П. Фавиций, „Объ искусственной невосприимчивости животных къ диплококковой пневмонии“. „Врачъ“. 1891 г. № 35.

129. Rosenow. „Medical News“, реф. изъ „Baumgarten's, Jahresbericht“ 1903 г. стр. 62.

130. Harbitz, реф. изъ „Zentralblatt für Bacteriologie“, т. 18, № 19, цит. по Чистовичу.

131. Roelike „Die Wright'schen Opsonine bei acuten Infektionskrankheiten“ Deutsch. medicin. Wochenschr.“ 1907. № 37.

132. Prof. Ribbert in Bohn „Anatomische und bacteriologische Beobachtungen über Influenza“ „Deutsch. medic. Wochenschr. 1890. № 4.

## ВЫВОДЫ.

На основании разработанных нами статистических данных по крупозному воспалению легких въ С.-Петербургѣ за 1901—1910 г.г. приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Крупозное воспаление легкихъ въ С.-Петербургѣ болѣзнь эндемическая, существующая постоянно и обнаруживающая свойство по отдельнымъ годамъ протекать равномерно. Смертность отъ него въ самомъ городѣ, какъ и отъ нѣкоторыхъ другихъ инфекционныхъ болѣзней (тифы всѣхъ формъ) съ теченіемъ времени идетъ на пониженіе, въ пригородахъ же столицы пониженія смертности отъ этой болѣзни не замѣчается.

2) Крупозное воспаление легкихъ въ С.-Петербургѣ среди инфекционныхъ болѣзней по своей смертности занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ и какъ таковое требуетъ къ себѣ такого же санитарнаго отношенія, какое проявляется напр. къ тифамъ, острымъ сыпямъ и пр.

3) Въ годы, когда учащается заболеваемость, усиливается и смертность отъ крупознаго воспаления легкиахъ, т. е. между заболеваемостью и смертностью въ общемъ существуетъ параллелизмъ, но при наличности параллелизма, строгой пропорциональности между ними не замѣчается, что повидимому зависитъ отъ того, что на величину смертности, кромѣ числа заболѣвшихъ, вліяютъ еще характеръ болѣзни, осложненія, возрастъ больного и пр.

4) Огромное большинство больныхъ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ не попадаетъ въ лечебныя заведенія: среди городскихъ жителей, умершихъ отъ этой болѣзни, нашли себѣ смерть въ больницахъ менше половины, а изъ пригородовъ только одна четвертая — одна пятая часть.

5) Между смертностью мужчин и женщин наблюдается параллелизм: сь увеличением смертности одного пола увеличивается смертность и для другого и обратно.

6) Смертность оть крупозного воспаления легких вь раннемь дѣтствѣ сама по себѣ довольно велика, но роль этой болѣзни, какъ причины смерти, ввиду огромной общей смертности дѣтей оть другихь болѣзней, сравнительно очень невелика; эта роль нѣсколько заиѣтные выступаютъ вь возрастѣ 6—10 лѣтъ.

7) Вь юности и молодомь рабочемь возрастѣ (16—30 лѣтъ) крупозное воспаление легкихь даетъ смертность очень небольшую какъ само по себѣ, такъ и по сравнению сь другими причинами смерти.

8) Позже, начиная со второй половины среднего періода (31—60 лѣтъ) вплоть до глубокой старости, связь между смертностью оть крупозного воспаления легкихь и возрастомь больныхь обнаруживается очень рельефно: смертность оть него сь возрастомь прогрессируетъ быстро, какъ для мужского, такъ и для женскаго пола, причемъ вь среднемь періодѣ ростъ ея для мужчинъ сказывается рѣзче, чѣмъ для женщинъ, однако вь старческихь годахь разницы между полами не существуетъ; этотъ выводъ подтверждается и болыничными данными.

9) Вмѣстѣ сь усилениемь смертности оть крупозного воспаления легкихь сь возрастомь, параллельно увеличивается и роль этой болѣзни, какъ причины смерти, за исключениемь періода глубокой старости, когда при громадной смертности оть этой болѣзни, роль ея не является первенствующимь, а уступаетъ другимь болѣзнямъ; вь этомь отношеніи получается нѣкоторая аналогія между раннимь дѣтствомь и глубокой старостью.

10) Вь дѣтскомь и среднемь возрастахь оть крупозного воспаления легкихь мужчинъ умерло больше, чѣмъ женщинъ, а вь старческихь годахь наоборотъ женщинъ, умершихъ оть этой болѣзни оказалось вдвое больше, чѣмъ мужчинъ.

11) Среди мужчинъ, поступившихъ вь больницы сь крупознымь воспалениемь легкихь преобладали возрасты 16—20 и 26—40 лѣтъ, а среди женщинъ старческаго возрастнаго группы преимущественно 60—70 лѣтъ.

12) Вь теченіе 26 лѣтнаго періода (1885—1910 г.г.) смертность оть крупозного воспаления легкихь оказывалась наибольшее вь частяхъ и участкахъ, расположенныхъ на окраинахъ столицъ, плохихъ вь санитарной отношеніи и населенныхъ бѣднымь рабо-

чимъ людемь, а наименьшее вь центральныхъ богатыхъ благоустроенныхъ районахъ.

13) Смертность оть крупозного воспаления легкихь и смертность оть всѣхъ болѣзней вь общемь идуго по районамъ одинаково: гдѣ смертность оть крупозного воспаления легкихь болышая напр., на окраинахъ, тамъ и общая смертность огромная и наоборотъ.

14) Крупозное воспаление легкихь обнаруживаетъ склонность время оть времени по участкамъ усиливаться и давать мелкія, ограниченныя на протяженіи, гнѣздыя эпидеміи, которыя, повидимому находятся вь связи сь характеромъ района и его населенія.

15) Санитарныя условія района, качество его населенія, социальное и экономическое положеніе послѣдняго, бытовые условія вь общемь оказываютъ несомнѣнно болышее влияние на смертность оть крупозного воспаления легкихь.

16) Смертность оть крупозного воспаления легкихь вь общей совокупности вь пригородахъ гораздо выше, чѣмъ вь городѣ, а по отдельнымъ пригородамъ она или равна смертности худшихъ участковъ города или значительно превосходитъ ее.

17) Громадная смертность вь пригородахъ оть всѣхъ и оть всякихъ болѣзней находится вь зависимости оть ужасныхъ мѣстныхъ санитарныхъ условій.

18) Крупозное воспаление легкихь вь своемь проявленіи обнаруживаетъ изъ года вь годъ постоянную и правильную периодичность, тѣсно связанную сь временами года и отдельными мѣсяцами.

19) По временамъ года—maximum заболѣваемости и смерности оть крупозного воспаления легкихь приходится на весну, за ней слѣдуетъ зима, осень и лѣто; иногда, но гораздо рѣже, maximum падаетъ на зиму, или minimum на осень.

20) По мѣсяцамъ года—maximum заболѣваемости и смерности оть крупозного воспаления легкихь преимущественно приходится на апрѣль или январь, а minimum на іюль или августъ; очень рѣдко maximum передвигается на мартъ или май, и нѣсколько чаще minimum на сентябрь.

21) Переувѣсь смертности оть крупозного воспаления легкихь оказывается на сторонѣ рѣдкихъ вь самомъ Петербургѣ и его пригородахъ, чѣмъ вѣе его.

22) Между продолжительностью пребыванія вь столицѣ и ея пригородахъ и смертностью оть крупозного воспаления легкихь

существуют прямая соотношения: чем дольше пребывание в столицах, тем выше смертность от этой болезни.

13) Если разделить пришлое население на 2 группы: на давно прибывших и ставших постоянными жителями и недавно прибывших, то значительный перепад в смертности от крупного воспаления легких будет на стороне первых; причина этого повидимому лежит в косвенном влиянии возраста на смертность от этой болезни.

14) Наибольшую смертность от крупного воспаления легких дали лица без определенных занятий и временно без занятий; кроме них, смертность от этой болезни значительно выше средней, дали фабричные и чернорабочие бданные, неимущие элементы торгового класса, домова и личная прислуга, писаря и призываемые в богадельни; на основании этих данных приходим к выводу, что для смертности от крупного воспаления легких имеет значение не столько определенный род занятий, сколько общая тяжесть условия жизни, вызванная скудостью или отсутствием средств к ней, в связи с тяжестью труда, некультурностью и эксцессами в области алкоголизма.

15) По отдельным занятиям и профессиям.—наибольшая  $\frac{1}{10}$  заболевших и умерших от крупного воспаления легких в соответственных группах дали, кроме писарей, дворников, сторожей и просто „прислуги“, еще прачки, слесари, ломовые и легковые извозчики.

16) При сопоставлении лиц, работающих в закрытых помещениях и на открытом воздухе, перепад в заболеваемости и смертности от крупного воспаления легких падает на сторону занятий на открытом воздухе.

17) По сословиям—наибольшую смертность от крупного воспаления легких дали отставные нижние чины и их семьи, а наименьшую лица гражданского сословия; в больницах среди больных и умерших от этой болезни преобладали мужчины и женщины из крестьянского сословия.

18) По семейному положению наибольшая смертность от крупного воспаления легких приходится на вдов и вдовцов, а наименьшая на холостяков и девиц.

19) По исповеданию наименьшую смертность от крупного воспаления легких дали иудеи и старообрядцы, а наибольшую у мужчин—католики и православные, у женщин—нагометанки и лютеранки, в больницах среди такого рода больных преобладающий контингент составляли лица православного исповедания.

Заканчивая работу, приношу свою сердечную благодарность глубокоуважаемым:

Профессору Виктору Александровичу Левашову за сердечное отношение ко мне и любезную помощь советами.

Приват-доценту Виктору Александровичу Липскому за предложенную тему, опытное руководство и ценные указания при выполнении работы;

Профессору Александру Павловичу Фавицкому за согласие быть цензором работы.

Считаю еще своим приятным долгом сказать сердечное спасибо за предоставленный материал и содействие по выполнению работы глубокоуважаемым: Управляющему Статистическим Отделением С.-Петербургской Городской Управы Виктору Владимировичу Степанову и его Помощнику Доктору ВенIAMину Исааковичу Винштоку, последнему еще за советы и указания.

## ПОЛОЖЕНИЯ.

1. Полное отсутствие зимы в общепринятом смысле и почти полное отсутствие каких-либо атмосферных осадков, постоянно и обилие солнечных лучей и обусловленный всеми этими факторами жаркий и сухой климат Египта делают его единственным и незаменимым истоком для климатического лечения нефритов: почки почти вполне отдыхают, за них усиленно работает кожа, причем, благодаря большой сухости воздуха, эта работа кожи малочувствительна, почти незаметна, а высокая жара, доходящая в апрель до 30° R, даже при наличии хамсина, переносится большими довольно легко.

2. Особенно благоприятно протекают под влиянием Египетского климата полостные нефриты, с склонностью к хроническому течению, затѣм незапущенные хронические нефриты, когда деятельность почек, их способность выделять соли (урологический коэффициент) не сильно подавлены.

3. При запущенных формах хронических нефритов, сопровождающихся сильным понижением урологического коэффициента, рассчитывать на успешные результаты лечения под влиянием Египетского климата очень трудно.

4. Для климатического лечения нефритов от октября до половины мая одинаково пригодны Гелуань и Новый Гелиополис, однако слѣдует предпочесть Гелуань, такъ какъ Гелиополис болѣе открытъ и менѣе защищенъ отъ сѣверо-восточнаго вѣтра.

5. Удивительно чистый воздухъ пустыни, обилие солнца и мягкость климата дѣлаютъ Гелуань очень пригоднымъ для лечения начальныхъ формъ туберкулеза легкихъ и весьма полезнымъ для тѣхъ, кто предрасположенъ къ этой болѣзни.

6. Далеко зашедшія формы туберкулеза легкихъ, съ склонностью къ распаду, подъ влияніемъ сухого климата Египта принимаютъ очень неблагоприятный оборотъ съ склонностью къ быстрому течению и такихъ больныхъ посылать туда абсолютно не слѣдуетъ.

7. Саѣтовья ванны, дѣйствующія подъ влияніемъ лучистой теплоты и саѣта, приносятъ громадную оздоровительную пользу при леченіи подагры и общаго ожиренія и служатъ незаменимымъ поспорьемъ къ другимъ способамъ леченія (дѣта, минеральныя воды).

8. Arg. nit. при леченіи хроническаго перелоа незаменимъ ибо дѣйствуетъ вѣрнѣе и быстрее, чѣмъ производная отъ него (протарголъ, нитратанъ, альбаргинъ, ларгинъ и пр.).

9. Дуоталь повышаетъ аппетитъ и можетъ быть полезенъ при упадкѣ общаго питанія.

10. При хроническихъ бронхитахъ, сопровождающихся упорнымъ кашлемъ, приносятъ пользу дуоталь, тіоколь и сиропинъ.

### Curriculum vitae.

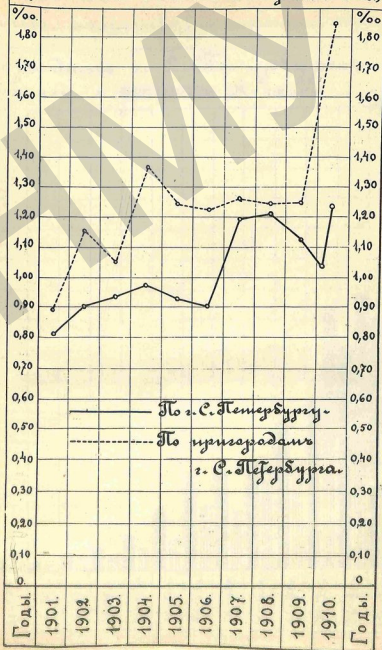
Эиануилъ Иосифовичъ Кальфъ каримскаго вѣроисповѣданія родился въ гор. Николаевѣ въ 1876 году, кончилъ мѣстную гимназію съ золотою медалью въ 1894 году, а ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую академію съ отличіемъ въ 1899 году. Сначала зачисленъ былъ на службу въ 4 Кавказскій стрѣлковый батальонъ, а съ марта 1907 года переведенъ въ 1 Кавказскій стрѣлковый батальонъ, имѣя переименованій въ полкъ того же названія. Съ апрѣля 1900 и до начала 1906 года состоялъ въ прикомандированіи къ Тифлисскому военному госпиталю. Въ декабрь 1906 года былъ командированъ на Дальній Востокъ, гдѣ несъ обязанности ординатора при Никольскъ-Уссурийскомъ мѣстномъ лазаретѣ до сентября 1907 года, 11 апрѣля 1909 года въ составѣ Тавризскаго отряда отправляется въ Персію, въ гор. Тавризъ, откуда 21 сентября 1910 года командированъ въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію для усовершенствованія въ медицинскихъ наукахъ. Въ 1910/11 учебномъ году сдалъ экзамены на доктора медицины при В.-м. академіи.

Два сообщенія его: 1) „о случаѣ ложнаго діабета“ и 2) „о случаѣ распространеннаго гліоматоза центральной нервной системы“ изъ Тифлисскаго военнаго госпиталя были напечатаны въ трудахъ Кавказскаго Медицинскаго Общества.

Настоящую работу: „Смертность отъ крупознаго воспаленія легкихъ въ 1901—1910 гг. въ С.-Петербургѣ и его пригородахъ“ представляетъ для соисканія степени доктора медицины,

къ таблицѣ №21.

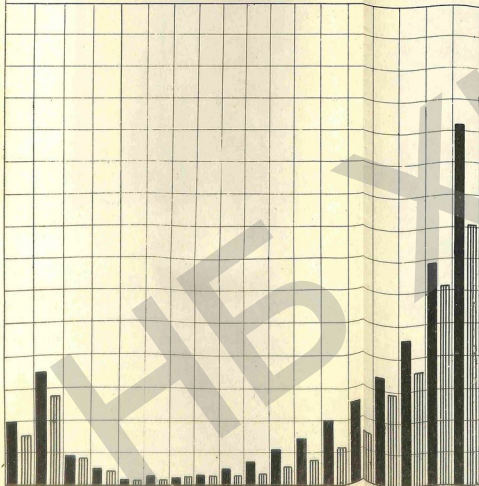
Коэффициентъ смертности  
отъ крупознаго воспаленія легкихъ  
по годамъ за 1901—1910 г.г.  
(на 1000 чел. населенія по переселенію 1900г.)



# Смертность отъ крупознаго воспаления легкихъ по полу и возрасту - Средняя за 1901-1910 г. г. на 10 тыс. населения (по пересчету 1910 г.)

## По г. С. Петербургу.

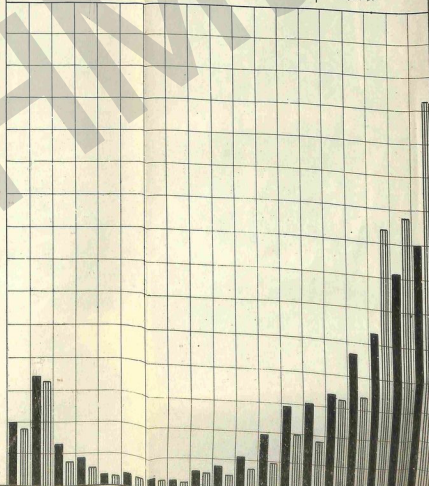
Мужчины и Женщины.



%000.  
Число  
случаев  
смерти  
на 1000.

## По пригородамъ г. С. Петербурга.

Мужчины и Женщины.



Возраст-  
ная  
группы.

До 6 мѣс.  
7-12 мѣс.  
1-5 лѣтъ  
6-10 л.  
11-15 л.  
16-20 л.  
21-25 л.  
26-30 л.  
31-35 л.  
36-40 л.  
41-45 л.  
46-50 л.  
51-55 л.  
56-60 л.  
61-65 л.  
66-70 л.  
71-75 л.  
76-80 л.  
81-и больше

Смертность отъ крупозного  
воспаленія легкихъ за 1901-1910 г.г. по  
мѣсяцамъ (въ % къ общему тѣлу.)

■ Мужчины и ■ Женщины.

