

X-70 5201  
Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ  
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ  
1911—1912 учебномъ году

X  
№ 3.



# БОЛѢЗНИ ОРГАНОВЪ ДЫХАНІЯ ВЪ РУССКОЙ АРМІИ.

Матеріалы къ выясненію заболѣваемости по медицин-  
скимъ листамъ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

С. Н. Хозяшева.

БИБЛИОТЕКА  
Харьковского медицинского общества

№ 5201

ПЕРЕВІРНО  
1926

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были про-  
фессора: академикъ В. Н. Сиротининъ, А. П. Фавицкій и приватъ-  
доцентъ А. А. Липскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отдѣльнаго Корпуса Жандармовъ, Спасская. 17

1911.

Серія докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ въ  
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ  
1911—1912 учебномъ году.

7-ноя 2012

№ 3.

Харьковскаго Медицинскаго Института

№ 5201

# БОЛѢЗНИ ОРГАНОВЪ ДЫХАНІЯ

ВЪ РУССКОЙ АРМІИ.

ПЕРЕВІРНО

1936

ПРОВЕРЕНО

Материалы къ выясненію заболеваемости по медицинскимъ листамъ.

Библиотека-Читальня  
Харьк. Гос. Ун-та и Харьк. Мед. Ин-та  
Мат. № 10  
Шифр. дес.  
"X" кеттер  
1942  
4545  
70

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

С. Н. Хозяшева.

ПЕРЕВІРНО

1936

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессор: академикъ В. Н. Сиротининъ, А. П. Фазицій и приватъ-доцентъ А. А. Липскій.

Изд. № 1-го Харьк. Мед. Института  
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА

БИБЛИОТЕКА  
ХАРЬКОВСКАГО  
МЕДИЦИНСКАГО ОБЩЕСТВА  
№ 504

С. ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отдѣльнаго Корпуса Жандармовъ

1911.

1966 г.  
Ленинград



1950

Переучет-60

7 - мая 2012

ВРАЧ РАМ - 7

Докторскую диссертацию врача С. Н. Хозяшева под заглавием: «Болезни органов дыхания в русской армии. Материалы к выяснению заболеваемости по медицинским листам» печатать разрешается с тем, чтобы по отпечатану было представлено в ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академию 500 экземпляров самой диссертации и 300 экземпляров краткого резюме ее (выводов), при чем 150 экземпляров диссертации и выводы должны быть доставлены в канцелярию Академии, а остальные 350 экземпляров диссертации — в библиотеку Академии.

С.-Петербург, 8 октября 1911 года.

Ученый секретарь, профессор А. Моисеев.



Болезни органов дыхания дают наибольшую общую убыль за смертью и увольнением в неспособные из всех войсковых болезней, причем убыль эта превышает четвертую часть всей убыли от болезней в армии. Выяснение условий, способствующих возникновению и развитию болезней органов дыхания в армии имбеть, таким образом, большой научный вопрос и весьма важное значение не только для самой армии, но и для всего государства <sup>1)</sup>.

Большое количество работ посвящено вопросу о бугорчатке легких в армии; из них слѣдует отметить работы д-ров: Блукета <sup>8)</sup>, Гейлиха <sup>20)</sup>, Георгиевскаго <sup>21)</sup>, Горбачева <sup>27)</sup>, Игнатовича <sup>28)</sup>, Закржевскаго <sup>32)</sup>, Любомудрова <sup>52)</sup>, Марка <sup>56)</sup>, Поспѣлова <sup>65)</sup>, Щепотьева <sup>97)</sup> и др. Все эти работы исходят преимущественно из общих цифровых данных ежегодных отчетов о санитарном состоянии армии, или данных, касающихся отдельнаго округа или даже каких-нибудь единичных войсковых частей. Одни цифровыя данныя годовых отчетов о заболеваемости, убыли в неспособные и смертности от бугорчатки легких не могут исчерпывать собой весь этот вопрос; равнымъ образом выводы изъ наблюдений, касаю-

<sup>1)</sup> Общая убыль за смертью и увольнением в неспособные является лучшим критеріемъ въ отношеніи войсковыхъ болезней. Заболеваемость въ томъ видѣ, какъ принято выражать ее въ отчетахъ, не вполне удовлетворяетъ данной цѣли: выражая собой число заболевшихъ, она не даетъ прежде всего представления о числѣ заболевшихъ лицъ; наконецъ далеко не всегда одинаково отношеніе къ регистраціи больныхъ, — число зарегистрированныхъ больныхъ можетъ быть болѣе или менѣе въ зависимости отъ того, заботили ли болѣе въ лечебныхъ заведеніяхъ, или въ околотакахъ и въ строю. Убыль въ неспособные и смертность не могутъ въ свою очередь служить въ отдаленности для характеристики болезней, влияя на величину другъ друга, такъ: болѣе числомъ уволенныхъ можетъ быть повлечена смертность.

щихся единичных войсковых частей, двух, трех гарнизонов, даже цѣлага округа не могутъ быть распространяемы на всю армию.

Помимо работъ о бугорчаткѣ легкихъ въ арміи существуетъ обширная литература, затрагивающая болѣзни органовъ дыханія въ связи съ другими войсковыми болѣзнями; кромѣ того имѣется много изслѣдованій, въ задачу которыхъ входитъ выясненіе отдѣльных вліяній на организмъ солдата, въ частности на органы дыханія; работы эти не даютъ однако всесторонняго освѣщенія причинъ болѣзней органовъ дыханія (Архиповъ<sup>3)</sup>, Афанасьевъ<sup>4)</sup>, Бертенсонъ<sup>6)</sup>, Бритневъ<sup>11)</sup>, Баулинъ<sup>5)</sup>, Бѣлявинъ<sup>12)</sup>, В. В-евъ<sup>15)</sup>, Гензель<sup>23)</sup>, Лебедевъ<sup>51)</sup>, Макаровъ<sup>63)</sup>, Никольскій<sup>62)</sup>, Пумпянскій<sup>68)</sup>, Радаковъ<sup>70)</sup>, Смоленскій<sup>76)</sup>, Стефановскій<sup>78)</sup>, Сухорскій<sup>83)</sup>, Тиминскій<sup>90)</sup>, Яновскій<sup>100)</sup> и мн. др.).

Изъ трудовъ, которые имѣли своей непосредственной задачей исключительно выясненіе условий происхожденія болѣзней органовъ дыханія въ арміи, можно указать только на трудъ д-ра Столярова<sup>79)</sup> 1872 г. «О причинахъ развитія грудныхъ болѣзней въ арміи» и на статью д-ра Блукета<sup>8)</sup> на ту же тему (В. М. Ж. 1898 г., февраль).

Насколько послѣдняя изъ нихъ является краткой, далеко не все выясняющей и мало обоснованной въ своихъ выводахъ, настолько первая—устарѣлой для настоящаго времени. Д-ръ Столяровъ не могъ считаться прежде всего съ крупной ролью заразнаго начала въ происхожденіи болѣзней; кромѣ того по сравненію съ тѣмъ временемъ значительно измѣнились социальныя и экономическія условія жизни государства, рѣзко измѣнилась и сама военная служба съ введеніемъ общей воинской повинности. Работа д-ра Столярова, во многомъ потерявшая значеніе для настоящаго времени, заслуживаетъ упоминанія по своему прошлому значенію: она оказала вліяніе на выработку правилъ приема новобранцевъ и послужила толчкомъ къ дальнѣйшимъ многочисленнымъ изслѣдованіямъ относительно пригодности измѣреній роста, груди и вѣса для оцѣнки здоровья новобранцевъ. Результатами подобныхъ изслѣдованій явилось введеніе въ инструкцію по

приему новобранцевъ различныхъ нормъ для груди въ соотвѣтствіи съ ростомъ; нормы эти съ теченіемъ времени неоднократно мѣнялись и вопросъ о значеніи измѣреній остался далеко нерѣшеннымъ и по сіе время.

Настоящая работа преслѣдуетъ ту же цѣль, которую имѣли въ виду только что упомянутые авторы, а именно: способствовать выясненію различныхъ условий возникновенія и развитія болѣзней органовъ дыханія въ арміи. Различіе между этими работами и настоящей заключается въ томъ, что послѣдняя съ одной стороны исходитъ изъ научныхъ возрѣній даннаго времени на этиологию названныхъ болѣзней, съ другой имѣетъ въ виду современныя условія военной службы и пользуется наконецъ для своей цѣли совершенно инымъ матеріаломъ, касающимся при томъ всей арміи. Матеріаломъ для настоящей работы послужили годовые отчеты о санитарномъ состояніи русской арміи, отчеты о народномъ здравіи издав. Мин. Вн. Д., и медицинскіе листы уволенныхъ и умершихъ въ арміи отъ всѣхъ болѣзней органовъ дыханія въ 1907 г. и отъ бугорчатки легкихъ въ 1906 г.

Достоинство тѣхъ и другихъ отчетовъ хорошо выяснено въ многочисленныхъ работахъ, благодаря которымъ значеніе ихъ для научно-статистическихъ работъ вполне опредѣлилось, поэтому останавливаться на ихъ характеристикѣ влізше. Въ отношеніи военно-санитарныхъ отчетовъ необходимо лишь отмѣтить введенную съ 1904 г. въ отчетность новую классификацію болѣзней, благодаря чему бугорчатка и кружное воспаленіе легкихъ были выдѣлены изъ группы болѣзней органовъ дыханія и включены въ группу инфекционныхъ. При сопоставленіи данныхъ за періодъ времени, въ который имѣли мѣсто различныя классификаціи болѣзней, приходится слѣдовать во избѣжаніе неточностей какой-нибудь опредѣленной изъ нихъ. При сопоставленіи данныхъ о заболѣваемости, убыли въ неспособные и смертности отъ болѣзней органовъ дыханія за 10—15 послѣднихъ лѣтъ въ официальныхъ отчетахъ, въ статьѣ д-ра В-ева<sup>15)</sup> о санитарномъ «благоустройствѣ» русской арміи и др. не принято во вниманіе упомянутое различіе въ группировкѣ болѣзней: данныя до 1904 г. заключаютъ въ себѣ вмѣстѣ съ другими болѣзнями органовъ



дыхания бугорчатку и крупозное воспаление легких, в данных же с 1904 г. последних болезней нет. При сравнении получилось таким образом несоответствие в виде уменьшения величины заболеваемости, убыли и смертности за последние 4 года.

В настоящей работе при сопоставлении общих данных приходилось следовать группировке, действовавшей до 1904 г., соответствие которой приведены и данные последних 5 лет. Выбор группировки болезни обусловлен тесной связью бугорчатки легких со многими болезнями органов дыхания, занесенными классификацией в другие графы санитарной ведомости: плевритами, хроническими катаррами верхушек легких и в особенности с хроническим воспалением легких.

Последнее заблуждение, до выделенія в 1904 г. бугорчатки легких, рассматривалось с ней за одно заблуждение, в настоящее время зачастую регистрируется под № 89 (проч. болезни орг. дыхания). Авторы, разбиравшие бугорчатку легких до 1904 г. по цифровым отчетам, приводили величину заболеваемости, убыли в неспособные и смертности от нее несколько большую по сравнению с тем, что могла бы дать классификация последнего времени; в равной степени является несомненным правильным делать выводы, исходя из новой классификации, насколько уменьшилось число заблуждений и смертных случаев от бугорчатки легких за последние годы по сравнению с прежним временем.

Хронический бронхит и частые катары дыхательных путей не стоят в непосредственной связи с бугорчаткой и допускают возможность различного толкования их этиологии, но громадная убыль, которую несут от них армия и которая совершенно не отвечает обычному представлению о более или менее благоприятном течении этих болезней, приближает их к бугорчатке и во всяком случае делает крайне затруднительным их разграничение.

Profes. Lemoine 49) в своей работе о туберкулезе во французской армии и флоте в свою очередь не находит возможным разграничить хронический бронхит и бугорчатку и рассматривает их вместе. «Наши классические сочинения»,

говорит он, «учат тому, что хронический бронхит — болезнь зрелого возраста и старца, и если возможно признать, что несколько офицеров и несколько солдат лечатся в госпиталях и даже увольняются от хронического бронхита, то во всяком случае это не приложимо к высокой цифре, обозначенной в этой графе статистикой».

Невозможность разделения хронич. бронхита и частых катарров дыхательных путей от бугорчатки становится тем более понятной, если принять во внимание особенность нашей статистики. Благодаря этой особенности в графу бугорчатки легких (№ 32 носолог. табл.) включаются преимущественно случаи, доказанные клинически и бактериологически, что могло бы быть допустимо, если бы статистика заносила в эту графу случаи с открытым туберкулезом, имея одновременно особую графу для больных скрытым туберкулезом, или сомнительных по туберкулезу. О числе случаев нахождения в мокроте Коховских бактерий у заведомо туберкулезных можно судить по наблюдениям д-ра Любомудрова 52) в Московском воен. госпитале: из 249 умерших от бугорчатки легких не было найдено перед тем Коховских бактерий в 33% при чем в 20% при казеозной бронхопневмонии. Помимо нахождения Коховских бактерий в мокроте туберкулезных больных, врачей заставляет рассматривать случаи бугорчатки, не оставляющая сомнений с клинической стороны, за хр. кат. дышат путей с унаком питанія под № 866 и 89 отсутствие микроскопического исследования, так как не все военно-лечебные заведения располагают возможностью производить эти исследования.

В противоположность годовым отчетам медицинские листы заслуживают более подробной характеристики и оценки в смысле годности их для научно-статистических работ потому уже, что в медицинской литературе существует против них предубеждение, выраженное, правда, единичными авторами.

Медицинские листы заключают в себя подробные сведения о важнейших моментах из жизни до службы каж-

даго нижняго чина, о прохожденіи службы и о состояніи здоровья его съ приѣма на службу и до конца ея; свѣдѣнія эти несомнѣнно могли бы способствовать выясненію общихъ условій заботливости и убыли въ армии и остаются тѣмъ не менѣе мертвымъ матеріаломъ. Д-ръ Георгіевскій <sup>21)</sup> смысляетъ на то, что листы нерѣдко составляются фельдшерами, а не врачами и такимъ образомъ свѣдѣнія ихъ могутъ страдать неточностью, хотя почти одновременно съ нимъ прав.-доц. Гольдманъ <sup>25)</sup> считаетъ вполне обезпеченной достоверность матеріала медицинскихъ листовъ.

Свѣдѣнія медицинскихъ листовъ, какъ извѣстно, частью являются копіей съ приѣмно-формулярнаго списка нижнихъ чиновъ, который составляется въ воинскихъ присутствіяхъ, и частью заполняются въ теченіи службы. Относительно первыхъ свѣдѣній врядъ ли могутъ возникать какія-нибудь сомнѣнія, такъ какъ приѣмно-формулярный списокъ является официальнымъ документомъ, устанавливающимъ мѣстоожительство, вѣроисповѣданіе, сословіе, возрастъ, семейное положеніе и состояніе здоровья въ опредѣленіи врачей при поступленіи, какъ доказательства пригодности принятаго на службу. Здѣсь можетъ имѣть мѣсто развѣ только безграмотная переписка, на которую нерѣдко спускательно смотрятъ врачи, имѣя своими помощниками добросовѣстныхъ и усердныхъ, но имѣя своими помощниками малограмотныхъ ротныхъ фельдшеровъ. Упрекъ можетъ быть сдѣланъ содержанію этихъ свѣдѣній въ зависимости отъ установленной формы медицинскихъ листовъ, но никакъ не отъ воли составителей. Давая свѣдѣнія о мѣстоожительствѣ принятаго на службу по мѣсту его происхождения, медицинскій листъ не указываетъ мѣста постоянного жительства передъ призывомъ, тогда какъ послѣднее обстоятельство весьма важно для сужденія о вліяніи на заботливое службѣ въ неодинаковыхъ мѣстныхъ условіяхъ.

Вѣроисповѣданіе можетъ имѣть значеніе по столько, по сколько оно можетъ свидѣтельствовать о національности, чтобы судить о степени пригодности къ службѣ въ связи съ національными особенностями и, конечно, вѣроисповѣданіе далеко не во всѣхъ случаяхъ передаетъ національность и поэтому упоминаніе національности принятаго на службу въ меди-

цинскомъ листѣ болѣе бы соответствовало данной цѣли. Наконецъ въ графѣ о недостаткахъ, найденныхъ при приѣмѣ на службу равнымъ образомъ и при осмотрѣ въ части отбѣта «недостатковъ нѣтъ» неполнѣ опредѣлена и было бы болѣе цѣлесообразно отмѣтить: «здоровъ, хорошаго (крѣпкаго) или средняго сложенія».

Свѣдѣнія, заносимыя въ медицинскіе листы о перемѣнахъ въ службѣ и заболѣваніяхъ, зависятъ безусловно отъ составителей ихъ и можно предположить, что они не заносятся съ достаточной полнотой и аккуратностью, но подобныя предположенія бездоказательны. Медицинскіе листы на уволенныхъ и умершихъ заслуживаютъ во всякомъ случаѣ полного довѣрія уже потому, что они не оставляются въ частяхъ войскъ, но пересылаются въ Главное Военно-Санитарное Управленіе чрезъ рядъ инстанцій и вездѣ подвергаются тщательной проверкѣ. Надо отдать справедливость, несмотря на осужденіе, внесенное медицинскимъ листамъ отдѣльными авторами, ихъ матеріаломъ воспользовались уже для своихъ работъ въ сравнительно болѣе позднее время Аврамовъ <sup>4)</sup>, Михневичъ <sup>60)</sup>, Никольскій <sup>62)</sup> и Оранскій <sup>63)</sup>.

Въ медицинскихъ листахъ могутъ быть, конечно, недочеты, но эти недочеты болѣею частью легко усматриваются и исправимы.

Однимъ изъ подобныхъ недочетовъ медицинскихъ листовъ является нерѣдкое противорѣчіе между заболѣваніемъ и краткой выдержкой изъ медицинскаго свидѣтельства объ увольненіи, такъ: въ графѣ о заболѣваніяхъ отмѣчается малокровіе, въ выдержкѣ изъ свидѣтельства указывается еще другая болѣзнь: хронической бронхитъ, хроническій катарръ кишки и др., или же ссылка на соответствующій послѣднимъ заболѣваніямъ пунктъ Цир. Гл. Штаба 1884 г. за № 55.

Противорѣчіе происходитъ благодаря тому, что больной, поступающій съ общими неопредѣленными жалобами, не даетъ вначалѣ врачу объективно какихъ-либо мѣстныхъ измѣненій, и регистрируется, какъ малокровный. Диагнозъ этотъ нерѣдко остается до конца и проводится во всѣхъ цифровыхъ отчетахъ; тогда какъ въ комиссіяхъ при освидѣтельствованіи отмѣчается настоящее заболѣваніе, вполне опредѣлившееся къ этому вре-



мени. Другим подобным недочетом листов следует признать неполноту правильную регистрацию болезней, так например: носовые полипы нередко регистрируются под № 85 фисол. таблицы, как заблуждение носовой полости, нередко под № 46, как новообразование; костоѣда реберь подлѣ плеврита туберкулезнаго происхожденія подлѣ № 33, но иногда подлѣ № 104 и даже подлѣ № 88 в. Въ однихъ случаяхъ заблужденія разсматриваются по локализациѣ процесса, въ другихъ тѣ же заблужденія—со стороны этиологии и наконецъ исключительно съ патолого-анатомической точки зрѣнія.

На происхожденіе подобныхъ неправоудностей въ регистраціи вліяетъ отчасти несовершенство существующей классификаціи болезней, имѣющей въ основѣ своей одновременно всѣ три указанные принципа.

Въ медицинскихъ листахъ указанные недочеты не имѣютъ большого значенія потому уже, что въ нихъ занесены названія болезней, а не одни номера нозологической таблицы, и соотвѣственно этимъ названіямъ легко могутъ быть исправлены допущенныя неправоудности. Въ цифровыхъ отчетахъ ошибки, происходящія благодаря неправоудной классификаціи болезней, могутъ быть открыты и исправлены только при посредствѣ медицинскихъ листовъ и поэтому тотъ, кто пользуется для своихъ работъ цифровыми отчетами, менѣе всего имѣетъ право не довѣрять медицинскимъ листамъ.

I.

Ниже приведены свѣдѣнія о величинѣ заблуждаемости, убыли въ неспособные и смертности въ арміи отъ болезней орг. дыханія за 35 лѣтъ существованія общей воинской повинности съ 1874 г. по 1908 г. Начало правильной регистраціи больныхъ въ арміи положено только съ введеніемъ новыхъ формъ врачебной отчетности въ 1887 г.; поэтому свѣдѣнія, относящіяся къ предшествовавшему времени, хотя и взяты изъ всеподданнѣйшихъ отчетовъ военнаго министерства и санитарныхъ отчетовъ, являются лишь приблизительными и большого значенія имѣть не могутъ. До 1887 г. регистраціи больныхъ зависѣла въ значительной степени отъ личнаго усмотрѣнія и произвола составителей отчетовъ, заблуждаемость офицерскихъ и нижнихъ чиновъ разсматривалась вмѣстѣ и наконецъ многія свѣдѣнія, какъ напр. относительно убыли въ неспособные, были далеко неполны. Непонятное съ современной научной точки зрѣнія существовавшее въ то время подраздѣленіе болезней (повѣтренныя, органическія и худосочныя, заразныя и паразитныя, болезни нервной системы и наружныя болезни) не позволяеть въ свою очередь представить въ полномъ объемѣ разбираемую группу болезней за этотъ періодъ времени. Болезни орг. дыханія заносились частью въ группу повѣтренныхъ (катарры дыхательныхъ путей, воспаленіе грудныхъ органовъ — легкихъ и плевры), частью въ группу органическихъ и худосочныхъ (чаотка легкихъ и проч. болезни дыхательнаго снряда). Въ группѣ повѣтренныхъ болезней въ ряду съ катаррами дыхательныхъ путей существовали многочисленные и крайне неопредѣленные въ діагностическомъ отношеніи послабляющія горячки (катарральныя, гастрическія и ревматическія); съ большой вѣроятностью можно считать, что въ числѣ этихъ болезней регистрировались и болезни орган.

дыхания; точно также можно думать, входили въ число болѣзней гѣла и горла болѣзни верхнихъ дыхательныхъ путей.

Съ 1887 г. было установлено за правило регистрировать больнымъ каждаго, кто зачисляется таковымъ въ приказѣ по войсковой части: заболѣваемость нижнихъ чиновъ выдѣлена въ особую группу отъ заболѣваемости офицерскихъ чиновъ и свѣдѣнія о ней становятся болѣе точными и подробными. Классификація болѣзней, введенная въ 1887 г., подверглась измѣненію въ 1904-мъ году, при чемъ крупное воспаленіе и бугорчатка легкихъ были изъяты изъ группы болѣзней орг. дыханія. Въ приводимыя свѣдѣнія о заболѣваемости и убыли отъ болѣзней орг. дыханія за послѣдніе годы включены вновь эти болѣзни для сохраненія единства необходимаго при сопоставленіи данныхъ, относящихся къ различнымъ классификаціямъ болѣзней, и въ виду тѣсной связи съ бугорчаткой другихъ болѣзней орг. дыханія, какъ было уже отмѣчено въ предисловіи.

№ 1.

Заболѣваемость, убыль въ неспособные и смертность отъ болѣзней орг. дыханія съ 1874 г. по 1908 г.

Г О Д Ы.	Абсолюты, числа.			Въ % къ списочному составу.				Въ % ко всемъ забол., увол. и умерш.			
	Заболѣваемость.	Убыль въ неспособ.	Смертность.	Заболѣваемость.	Убыль въ неспособ.	Смертность.	Общ. убыль.	Заболѣваемость.	Убыль въ неспособ.	Смертность.	Общ. убыль.
1874 г. . .	45969	непяз.	3646	53,2	непяз.	4,23	непяз.	11,8	непяз.	42,2	непяз.
1875 г. . .	46149	>	3463	54,4	>	4,08	>	12,5	>	41,9	>
1876 г. . .	46325	>	3013	51,2	>	3,33	>	12,7	>	37,3	>
1877 г. . .	54114	>	2714	72,2	>	3,62	>	15,0	>	36,7	>
1878 г. . .	55257	8661	3276	67,2	14,4	3,99	13,8	12,5	31,6	27,1	28,9
1879 г. . .	49642	10445	3469	51,8	11,0	3,62	14,5	11,3	27,5	34,9	29,0
1880 г. . .	52458	10436	3019	58,4	11,6	3,36	14,9	13,3	33,4	34,3	33,6

1881 г. . .	51051	9069	3406	55,8	9,9	3,73	13,6	13,2	32,6	37,0	33,7
1882 г. . .	41213	7361	2625	46,7	8,3	2,98	11,3	12,4	32,0	35,9	33,0
1883 г. . .	43079	8645	3121	48,8	9,8	3,54	13,3	13,6	32,3	41,7	34,4
1884 г. . .	39996	7528	2966	46,3	8,7	3,43	12,1	14,2	30,2	47,3	33,6
1885 г. . .	41811	8214	2821	47,4	9,3	3,19	12,5	14,7	32,3	44,3	34,7
1886 г. . .	40783	7702	3046	45,5	8,6	3,41	12,0	15,0	30,8	46,0	34,0
1887 г. . .	50349	6878	2197	60,1	8,2	2,62	10,8	11,4	31,5	42,8	33,7
1888 г. . .	51721	7297	2441	61,7	8,7	2,91	11,9	12,2	34,3	41,4	35,8
1889 г. . .	51038	7042	2329	59,3	8,2	2,75	11,0	11,9	33,5	35,1	33,9
1890 г. . .	47844	7555	2419	57,5	9,1	2,91	12,0	12,2	34,3	41,4	35,8
1891 г. . .	48436	7640	2233	56,8	8,9	2,62	11,5	13,4	35,6	42,4	26,9
1892 г. . .	44067	7308	2188	50,5	8,4	2,59	10,8	12,1	33,9	30,0	32,9
1893 г. . .	47916	8170	2371	53,5	9,1	2,65	11,7	13,5	35,1	37,5	35,6
1894 г. . .	41452	7688	1944	45,4	8,4	2,13	10,5	13,2	35,1	35,9	35,2
1895 г. . .	43128	7888	2170	46,0	8,4	2,31	10,7	14,1	34,7	37,3	35,2
1896 г. . .	41931	18243	2140	44,2	8,7	2,25	11,0	14,0	34,9	41,6	36,3
1897 г. . .	39074	7891	1864	40,4	8,2	1,93	10,1	13,1	32,8	33,8	33,8
1898 г. . .	30328	7651	1746	40,9	7,7	1,77	9,5	13,7	32,4	37,2	33,5
1899 г. . .	39752	7638	1630	39,9	7,7	1,64	9,3	13,0	32,0	38,0	32,9
1900 г. . .	47741	9189	1908	47,1	9,2	1,88	11,1	13,5	32,6	39,6	33,6
1901 г. . .	46354	9582	1697	46,3	9,6	1,69	11,3	13,0	31,7	39,1	32,6
1902 г. . .	49976	9620	1600	49,5	9,5	1,58	11,1	14,1	31,8	40,3	32,8
1903 г. . .	51068	10202	1446	49,3	9,8	1,59	11,2	14,2	33,4	40,2	34,1
1904 г. . .	55897	10954	1262	51,8	10,1	1,17	11,3	14,4	32,6	38,6	33,2
1905 г. . .	61306	14839	1589	50,8	12,3	1,31	13,6	12,8	27,3	36,3	27,9
1906 г. . .	66800	12763	1050	50,3	9,6	0,79	10,4	12,2	24,3	26,7	24,1
1907 г. . .	72469	14706	1379	58,1	11,8	1,09	9,8	13,3	26,8	32,6	27,2
1908 г. . .	73298	14012	1382	59,1	11,3	1,11	12,4	13,4	27,9	35,2	28,4



— Въ приведенныхъ свѣдѣнiяхъ содержатся только тѣ данныя, которыя касаются армiи въ мирной ея обстановкѣ и въ нихъ не вошли заболѣваемость и убыль отъ болѣзней органовъ дыханiя дѣйствующихъ армiй бышнихъ за этотъ періодъ войнъ. Несмотря на последнее обстоятельство объясненіе наибольшей заболѣваемости (въ  $\frac{9}{100}$  къ спис. сост. армiи), совпавшей съ послѣдней турецкой войной въ 1877—78 гг., приходится искать въ условiяхъ военного времени, неблагопріятно отразившихся на состоянiи здоровья и тѣхъ войскъ, которыя не принимали участiя въ военныхъ дѣйствiяхъ. Наименьшая заболѣваемость, если разсматривать ее въ отношенiи списочнаго состава армiи, падаетъ на послѣднюю половину 90-хъ годовъ, послѣ чего заболѣваемость прогрессивно увеличивается до конца и это увеличеніе происходитъ одновременно съ увеличеніемъ армiи. Среднiй списочный составъ въ 1900-хъ годахъ (1900—1908 гг.) увеличился по сравненiю съ списочнымъ составомъ 1890-хъ годовъ (1891—1899 гг.) на 198853 чел. \*) и заболѣваемость на каждую 1000 чел. спис. сост. увеличилась съ 46,1 на 51,6. А. Laveran<sup>47)</sup>, Chauvel<sup>31)</sup>, Grancher<sup>31)</sup> еще въ 90-хъ годахъ указывали на увеличеніе контингента армiи, какъ на причину болѣшой заболѣваемости въ ней, въ особенности туберкулезомъ; приведенный фактъ можетъ служить лишнимъ подтвержденіемъ ихъ словъ. Общая убыль въ противоположность заболѣваемости за весь періодъ держитъ почти на одной и той-же высотѣ; замѣчается, правда, уменьшеніе смертности къ концу, но одновременно съ этимъ происходитъ увеличеніе убыли въ собственные. Болѣзни орг. дыханiя по усиленной заболѣваемости за послѣднее время не выдѣляются въ ряду остальныхъ войсковыхъ болѣзней, общая же убыль отъ нихъ въ сравненiи съ убылью отъ остальныхъ болѣзней повышается замѣтно какъ въ отношенiи уволенныхъ, такъ и въ отношенiи умершихъ.

\*) Среднiй спис. сост. съ 1900 г. по 1908 г.—1128378 (10155400:9).  
 > > > > 1891 г. по 1899 г.—929525 (8365728:9).

## II.

Въ происхожденiи войсковыхъ болѣзней помимо непосредственнаго и исключительнаго влiянiя неблагопріятныхъ условiй военной службы играетъ весьма существенную роль состоянiе здоровья нижнихъ чиновъ армiи въ моментъ прiятiя ихъ на службу. Смерть или инвалидность на первыхъ порахъ службы отъ болѣзней съ медленнымъ теченіемъ не оставляетъ сомнѣнiя въ происхожденiи этихъ болѣзней до службы, — на службу можетъ ложиться развѣ только отвѣтственность за ускореніе печальнаго исхода. Въ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ о безусловномъ превосходствѣ инфекціоннаго начала надъ защитными силами организма въ свою очередь не можетъ быть рѣчи. За предшествующимъ состоянiемъ здоровья и здѣсь остается значеніе, какъ въ отношенiи предрасположенiя къ заболѣванiю, такъ и въ отношенiи прогноза, — влiянiю инфекціи легче всего поддаются и первыми гибнутъ въ борьбѣ съ ней люди съ болѣе слабымъ здоровьемъ.

Въ интересахъ военной санитарiи представляется весьма важнымъ разграниченіе заболѣваемости въ связи съ условiями военной службы отъ заболѣваемости вследствие несовершенствъ пріема на службу, допускающихъ въ ряды армiи людей съ слабымъ здоровьемъ и больныхъ. Это разграниченіе даетъ возможность установить извѣстную степенъ здоровья для лицъ, призываемыхъ къ службѣ, въ соответствiи съ новыми для нихъ условiями жизни, свойственными военной службѣ. Какъ велико участiе въ происхожденiи войсковыхъ болѣзней самой службы съ одной стороны и съ другой несовершенство пріема на службу, можетъ быть выяснено главнымъ образомъ путемъ сопоставленiя данныхъ относительно заболѣваемости и убыли по отдѣльнымъ годамъ службы. Заболѣваемость и убыль въ концѣ службы, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ своихъ случаевъ, могутъ быть поставлены въ зависимость отъ условiй самой службы. Заболѣваемость и въ особенности убыль, характеризующая болѣе позднiй періодъ болѣзни, даютъ полное право искать недостатки въ пріемѣ на

-службу, если заболѣваемость и убыль относятся къ началу ея.

Въ годовыхъ санитарныхъ отчетахъ имѣются данныя по годамъ службы относительно общей величины заболѣваемости и убыли отъ всѣхъ болѣзней. Этими данными нельзя руководствоваться для отдѣльныхъ группъ болѣзней, гдѣ могутъ встрѣтиться иныя соотношенія, которыя только и должны быть принимаемы въ расчетъ въ мѣропріятія, касающіеся отдѣльныхъ войсковыхъ болѣзней, равнымъ образомъ при оцѣнкѣ здоровья отдѣльныхъ органовъ у лицъ, призываемыхъ на службу.

Въ отношеніи болѣзней органовъ дыханія въ русской арміи не имѣется никакихъ данныхъ, указывающихъ величину заболѣваемости или убыли по годамъ службы, за исключеніемъ бугорчатки легкихъ. Имѣющіяся данныя относительно бугорчатки легкихъ не могутъ считаться достаточными, такъ какъ относятся къ единичнымъ войсковымъ частямъ, самое большее къ отдѣльнымъ гарнизонамъ, составляющимъ по всякомъ случаѣ незначительную часть арміи. Вполнѣ понятно, что выводы изъ подобныхъ отрывочныхъ данныхъ нельзя распространять на всю армію; въ особенности они могутъ быть непригодны для характеристики современной военной службы, касаясь ея 15—20 лѣтъ тому назадъ, въ виду рѣзко помѣнившихся условій ея за указанный промежутокъ времени.

Изъ работъ, выясняющихъ заболѣваемость и убыль отъ бугорчатки въ арміи по годамъ службы, выдѣляется работа д-ра Георгіевскаго <sup>21)</sup> (дис. 1895 г.) подъ заглавіемъ: «Матеріалы къ вопросу о заболѣваніи среди нижнихъ чиновъ арміи бугорчаткой по срокамъ службы и родамъ оружія». На основаніи своего матеріала, полученнаго изъ архивовъ 3-хъ Петербургскихъ госпиталей, д-ръ Георгіевскій приходитъ къ заключенію, что наибольшая заболѣваемость бугорчаткой падаетъ на 3-й годъ службы, постепенно нарастая съ 1-го года и убывая съ 3-го года къ концу службы. Авторъ приписываетъ это медленному развитію туберкулезнаго процесса и высказываетъ предположеніе, что на службу попадаютъ сравнительно мало лицъ съ скрытымъ туберкулезомъ.

Выводы д-ра Георгіевскаго въ общемъ болѣе или менѣе сходятся съ выводами, къ которымъ пришли въ своихъ изслѣдованіяхъ д-ръ Бертенсонъ <sup>6)</sup> по даннымъ внутренняго отдѣленія Николаевскаго Военнаго госпиталя и д-ръ Афанасьевъ <sup>4)</sup> по даннымъ анатомическаго покоя того же госпиталя. Д-ръ Бертенсонъ на основаніи полученныхъ имъ данныхъ считаетъ болѣе неблагоприятнымъ 4-й годъ службы; д-ръ Афанасьевъ приходитъ къ болѣе категорическому заключенію, что почти всѣ безъ исключенія военнослужащіе чахоточные заболѣваютъ на службѣ, давая при этомъ наибольшій процентъ на 3-мъ, 4-мъ году службы. Всѣ три автора пользовались почти одновременно одними и тѣми же матеріалами, относящимся преимущественно къ Петербургскому гарнизону, поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, что результаты ихъ изслѣдованій получились болѣе или менѣе тождественныя.

Д-ръ Влукетъ <sup>8)</sup>, имѣя въ своемъ распоряженіи совершенно иной матеріалъ (Варшавскій мѣстный лазаретъ), пришелъ уже къ нѣсколько другому выводу, что заболѣваемость бугорчаткой болѣе неблагоприятнымъ является 2-й годъ службы. Относительно болѣе ранняго времени (70-хъ г.) приводитъ свидѣнія д-ръ Шмулевичъ <sup>98)</sup>; судя по этимъ свидѣніямъ бугорчатка болѣе развита на 3-мъ и 4-мъ году службы.

Въ своей работѣ д-ръ Георгіевскій ссылается между прочимъ на работы д-ровъ Гейлиха <sup>20)</sup>, Горбачева <sup>27)</sup>, Игнатовича <sup>28)</sup> и Гольница <sup>25)</sup>, имѣвшихъ своей задачей выясненіе другихъ вопросовъ, связанныхъ съ бугорчаткой въ арміи и лишь попутно высказавшихся по данному вопросу, что наибольшій процентъ встрѣчавшихся въ ихъ матеріалѣ туберкулезныхъ больныхъ относится къ старослужащимъ, главнымъ образомъ къ 3-му году службы. Последніе авторы пользовались для своихъ работъ еще меньшимъ по численности матеріаломъ; такъ напр.: д-ръ Гейлихъ указываетъ на 78% старослужащихъ изъ 23-хъ чахоточныхъ. Подобныя данныя благодаря своей малочисленности, указывающей скорѣе на ихъ случайный характеръ, еще меньше, чѣмъ данныя д-ровъ Георгіевскаго, Бертенсона, Афанасьева и Влукета, пригодны



для каких бы то ни было предположений, касающихся всей армии. Других исследований в этом направлении в особенности для настоящего времени не имеется, несмотря на всю важность их в виду изменившихся условий службы, главным образом за последние 5 летъ. Для характеристики последних летъ могут служить приведенные ниже данные медицинских листовъ на уволенныхъ и умершихъ в 1907 году отъ бугорчатки органовъ дыханія во всей армии, за исключением военныхъ тюремъ. Заболѣваемость и убыль отъ болѣзней вь тюрьмахъ могутъ имѣть нѣсколько иной характеръ вь отношеніи своего происхожденія и не приложимы къ характеристикѣ обычной службы вь армии.

Данные относительно убыли вь армии вь 1907 году отъ бугорчатки органовъ дыханія <sup>1)</sup>:

	уволено.	умерло.	общая убыль.
На 1-мъ году службы.	831	259	1090
» 2 » » »	715	173	888
» 3 » » »	531	108	639
» 4 » » »	124	34	158
» прочихъ годахъ службы	41	26	67
<b>Итого:</b>	<b>2242</b>	<b>600</b>	<b>2842</b>

Убыль вь неспособные и смертность отъ бугорчатки органовъ дыханія за 1907 годъ одинаково и вь то же время рѣзко падаетъ отъ начала службы къ концу; еще болѣе нагляднымъ представляется это изъ диаграмма № 1, изображающей общую убыль отъ бугорчатки органовъ дыханія отдельныхъ летъ службы вь <sup>0</sup>/<sub>100</sub>-номъ отношеніи къ общей убыли за все года службы. Этимъ приемомъ воспользовался для своихъ выводовъ д-ръ Георгіевскій съ той лишь разницей, что имъ взята была вмѣсто общей убыли заболѣваемость бугорчаткой.

Общая убыль отъ бугорчатки вь армии, включая вь себя уволенныхъ вь неспособные и умершихъ, есть вь тоже время

<sup>1)</sup> Ниже слѣднія разбираются вь соответствии со списочнымъ составомъ армии.

№ 1.

Общая убыль отъ бугорчатки органовъ дыханія за 1907 годъ:

По годамъ службы: <sup>1)</sup>

63965



ИЗДАНИЕ  
1-го Хелвн. Мед. Института  
1907

Велич. уб. въ % къ общ. за все г. сл.	1-го	2-го	3-го	4-го	Пр. г.
абсолютн. числа . . .	1090	888	639	158	67

выраженіе заболѣваемости <sup>2)</sup> ею, поэтому, пользуясь данными

<sup>1)</sup> Каждый столбецъ обозначаетъ величину убыли за соответствующій годъ службы въ % къ величинѣ убыли за все года службы.

<sup>2)</sup> Зарегистрированный туберкулезный больной не можетъ оставаться на службѣ, получаящійся небольшой всплескъ заболѣвшихъ противъ выжившихъ со службѣ вь отчетахъ представляетъ число ошибочно диагностированныхъ случаевъ, такъ какъ для перемѣнъ неправильнаго диагноза не существуетъ особой графы и все неправильно показанные заболѣвшими показываются вь графѣ выздоровѣвшихъ.

ПЕРЕВЕРНУ  
1935

БИБЛИОТЕКА  
Харьковского Военнаго Института  
№ 5201

относительно общей убыли бугорчатки органовъ дыханія, можно судить одновременно и о дѣйствительной величинѣ заболѣваемости ихъ.

Считая имѣніе д-ра Георгіевскаго, что туберкулезному процессу свойственно медленное теченіе въ большинствѣ случаевъ, обще признаннымъ; на основаніи данной діаграммы нельзя однако согласиться съ нимъ и другими авторами, пришедшими къ заключенію, что бугорчатка въ арміи наибольшее всего (а по д-ру Афанасьеву всѣ почти случаи безъ исключенія) наблюдается въ болѣе поздніе годы службы, являясь какъ-бы результатомъ ея. Какъ видно изъ діаграммы, почти  $\frac{2}{3}$  всей убыли отъ туберкулеза органовъ дыханія въ 1907-мъ году пришлось на 1-ый годъ службы, превосходя потерю за послѣдніе годы службы, вмѣстѣ взятые. Убыль на 2-мъ году службы можетъ имѣть различное объясненіе, но въ большинствѣ случаевъ должна быть отнесена къ заболѣваемости начала службы, такимъ образомъ увеличивая послѣднюю еще болѣе. За это говорить прежде всего то обстоятельство, о которомъ уже было сказано выше, а именно: общая убыль указываетъ собою поздній періодъ болѣзни, имѣющей при томъ медленное теченіе; наконецъ молодые солдаты нерѣдко прибываютъ въ свои войсковыя части довольно поздно и успѣваютъ выбыть изъ строя, считаясь официально на 2-мъ году службы и пробывши на ней менѣе года. Значительная убыль въ началѣ службы отъ бугорчатки органовъ дыханія находится, несомнѣнно, въ связи съ большимъ по численности списочнымъ составомъ этого времени по сравненію съ концомъ службы \*); тѣмъ сильнѣе разница между настоящимъ выводомъ и выводами изслѣдовавшихъ этотъ вопросъ 15—20 лѣтъ тому назадъ и получившихъ вопреки меньшему по численности списочному составу послѣднихъ лѣтъ службы наибольшую заболѣваемость въ эти годы.

По разбираемому вопросу объ убыли по годамъ службы въ слѣдствіе бугорчатки органовъ дыханія является необходи-

\* ) Списочный составъ различныхъ лѣтъ службы не одинаковъ, въ обычное мирное время списоч. составъ первыхъ лѣтъ службы многочисленнѣе состава конца службы и вполнѣ понятно, чѣмъ больше списочный составъ, тѣмъ больше можетъ быть больныхъ и наоборотъ.

мымъ выяснить, насколько достаточны данныя одного года для признанія за ними существенныхъ доказательствъ болѣшой заболѣваемости бугорчаткой въ началѣ службы за послѣднее время. Разница въ величинахъ общей убыли начала и конца службы взятаго года слишкомъ велика, чтобы противоположныя данныя другихъ лѣтъ могли привести къ иному выводу или по крайней мѣрѣ сгладить ее. Возможность рѣзкихъ скачковъ допустима только въ томъ случаѣ, если бы эти данныя носили случайный характеръ и не имѣли бы въ своей основѣ опредѣленной причины. Подобныхъ рѣзкихъ скачковъ мы не видимъ прежде всего въ такихъ же ежегодныхъ данныхъ санитарныхъ отчетовъ относительно всѣхъ болѣзней, и это даетъ уже возможность признать приводимыя данныя неслучайными. Отсутствие случайности въ данныхъ подтверждается въ свою очередь отдѣльными ихъ величинами, выражающими общую убыль отъ бугорчатки органовъ дыханія по годамъ службы въ отдѣльныхъ округахъ, какъ это показано въ діаграммѣ № 2; въ этой діаграммѣ усматриваются тѣ же процентныя отношенія всей убыли, какъ въ 1-й діаграммѣ. Данныя округовъ, выражая данныя всей арміи въ малыхъ величинахъ, тѣмъ самымъ даютъ большіе шансы на полученіе случайныхъ колебаній; они, безусловно, разнятся между собою, а также отъ данныхъ всей арміи, но эта разница касается лишь смежныхъ годовъ, — убыль же въ началѣ службы всюду остается значительной и превращающей убыль конца службы. Колебанія, имѣющія мѣсто въ отдѣльныхъ округахъ, могутъ быть приписаны не столько простой случайности благодаря именно малымъ величинамъ послѣднихъ, сколько особенностямъ, свойственнымъ каждому округу въ отдѣльности; по крайней мѣрѣ послѣднее можетъ быть съ болѣею вѣроятностью отмѣчено въ первыхъ 2-хъ годахъ службы. Особенности, характеризующія отдѣльные округа и отличающія ихъ другъ отъ друга, возможны только или въ отношеніи состава людей, отбывающихъ въ нихъ воинскую повинность, или въ отношенія условій самой службы въ нихъ. Составъ нашей арміи во всѣхъ округахъ по физическому здоровью представляется почти однороднымъ, какъ результатъ однихъ и тѣхъ же наборовъ, гдѣ къ здоровью призываемыхъ

предъявляются общія для всѣхъ требованія; исключеніемъ можетъ считаться только одинъ гвардейскій корпусъ, который формируется изъ людей, отборныхъ по своему здоровью. Со-

№ 2.

Распределение общей убыли отъ буторчатки\* орг. дыханія въ 1907 г. по годамъ службы въ отдѣльныхъ округахъ (диагр. № 2).

	Абсолютныя числа.						въ % къ общ. числу.				
	1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	пр.	Всего	1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	пр. г.
Петербургск. окр.	134	150	117	32	13	446	30,0	33,6	26,2	7,2	3,0
Вилensk. >	116	87	51	12	4	270	42,9	32,2	19,0	4,4	1,5
Варшавск. >	194	171	93	34	4	496	39,1	34,5	18,7	6,9	0,8
Кіевск. >	137	139	81	29	14	400	34,2	34,7	20,2	7,2	3,5
Одесск. и Об.В.Дов.	73	51	42	7	3	176	41,5	29,0	23,8	4,0	1,7
Московскій окр. .	101	107	58	16	16	298	33,9	35,9	19,4	5,4	5,4
Казанск. > .	27	20	23	2	8	80	33,7	25,0	28,8	2,5	10,0
Кавказск. > .	75	47	55	6	—	183	41,0	25,7	30,0	3,3	—
Туркестанск. > .	36	23	15	7	2	83	43,4	27,7	18,1	8,4	2,4
Омскій. > .	15	11	12	—	—	38	39,5	28,9	31,6	—	—
Иркутск. > .	50	15	24	3	1	93	53,8	16,1	25,8	3,2	1,1
Пріамурск. > .	132	67	68	10	2	279	47,3	24,0	24,4	3,6	0,7
ВСЕГО. . .	1090	888	639	158	67	2842	—	—	—	—	—

ставъ людей въ различныхъ округахъ, по крайней мѣрѣ согласно принятому у насъ комплектованію послѣднихъ, не можетъ такимъ образомъ служить для характеристики особенностей ихъ и вліять на разбираемая данныя; рѣшающая роль,



въ данномъ случаѣ остается на сторонѣ условій службы, — наиболее тяжелыми изъ нихъ принято считать въ крайнихъ округахъ. Въ диаграммѣ № 2 убыль 1-го года службы въ крайнихъ именно округахъ рѣзко выдѣляется своей большой величиной надъ убылью остальныхъ лѣтъ, тогда какъ во внутреннихъ округахъ, правда, немногихъ, она уже по сравнению съ тѣми меньше и часть ея, хотя и небольшая, идетъ въ убыль 2-го года службы. Разница убыли 1-го и 2-го года службы находится такимъ образомъ въ соответствии съ условиями службы въ округахъ. Более неблагоприятныя условія службы въ крайнихъ округахъ, весьма понятно, скорѣе приводятъ къ тяжелому исходу существовавшую болѣзнь; поэтому наибольшая величина убыли падаетъ въ нихъ на 1-й годъ службы. Благоприятныя условія въ нѣкоторыхъ внутреннихъ округахъ отсрочиваютъ этотъ исходъ на болѣе продолжительное время, ко 2-му году службы; послѣднее усиливаетъ предположеніе, отмѣченное вначалѣ, что убыль 2-го года службы отъ бугорчатки органовъ дыханія выражаетъ собой заболѣваемость, относящуюся главнымъ образомъ къ началу службы и слѣдовательно ставить происхождение ея въ связь съ условиями пріема на службу. Колебанія послѣднихъ лѣтъ службы не представляютъ особеннаго интереса, такъ какъ данныя этихъ лѣтъ службы выражены повсюду малыми величинами и они имѣютъ значеніе только для общаго вывода, что величина заболѣваемости въ арміи бугорчаткой органовъ дыханія къ концу службы очень незначительна. Изложеннаго вполне достаточно для признанія, что данныя приведеннаго одного года не являются случайными, а выводъ изъ нихъ настолько очевидный, что можетъ быть распространяемъ и на другіе года при равныхъ ихъ условіяхъ съ разбираемымъ годомъ для происхожденія заболѣваемости.

Мы въ правѣ рассчитывать на получение иного вывода изъ данныхъ 1906-го года, какъ отличающагося отъ другихъ лѣтъ послѣдняго времени въ отношеніи состава арміи. Списочный составъ послѣднихъ сроковъ службы былъ несравненно больше въ 1906-мъ году, чѣмъ въ другіе годы, въ виду продолжавшейся еще демобилизаціи арміи послѣ войны и задер-

БИБЛИОТЕКА  
Харьковскаго Военнаго Института

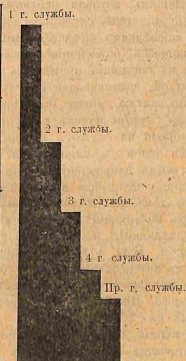


жавшей на службѣ лицъ, кончившихъ службу. Благодаря тяжелой обстановкѣ только что минувшей войны, коснувшейся большинства старослужащихъ этого года, послѣдній, также вполне естественно, долженъ былъ дать значительную убыль послѣднихъ сроковъ службы. Изъ разобранныхъ медицинскихъ листовъ на уволенныхъ и умершихъ отъ бугорчатки легкихъ въ 1906-мъ году упомянутое предположеніе относительно значительной убыли старослужащихъ по сравненію съ 1907-мъ годомъ вполне подтверждается; тѣмъ не менѣе число выбывшихъ на 1-мъ году службы остается такимъ же большимъ, какъ въ 1907-мъ году. Данныя общей убыли за 1906-й годъ выражены въ диаграммѣ № 3.

На основаніи всего выше изложеннаго относительно 2-хъ лѣтъ, взятыхъ изъ послѣдняго времени, мы въ правѣ полагать, что значительное число жертвъ въ арміи отъ бугорчатки органовъ дыханія поступаютъ въ нее уже съ зачатками болѣзни. Въ равной степени въ правѣ считать очень большимъ число лицъ, принимаемыхъ на службу съ слабымъ здоровьемъ, организмъ которыхъ не можетъ долго выдерживать борьбы съ инфекціей безъ ощутительнаго для себя вреда. — неблагоприятный для нихъ исходъ борьбы выясняется чрезвычайно быстро, въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Настоящее заключеніе становится такимъ образомъ въ явное противорѣчіе съ заключеніемъ д-ра Георгіевскаго <sup>21)</sup> и др., изслѣдовавшихъ вопросъ 15—20 лѣтъ тому назадъ. Заключение это было уже приведено раньше, при чемъ высказано также то, что авторы пользовались матеріаломъ, составленнымъ незначительную часть арміи, тогда какъ здѣсь данныя касаются всей арміи, — въ этомъ различіи и слѣдуетъ искать наиболѣе вѣроятное объясненіе противорѣчія. Другое объясненіе противорѣчія, имѣющее въ себѣ также извѣстную долю вѣроятности, можетъ быть въ томъ значительно болѣе широкъ промежутокъ времени, который разделяетъ настоящее изслѣдованіе отъ прелѣхихъ, въ особенности послѣднія 5 лѣтъ во многомъ измѣнили къ лучшему службу въ арміи. За описываемое время улучшилось питаніе нижнихъ чиновъ, улучшилась по крайней мѣрѣ съ внѣшней стороны обстановка казарменныхъ помѣщеній и приняты мѣры къ соблюденію ниж-

ними чинами извѣстной опрятности и чистоты. Судя по уменьшенію смертности и увеличенію числа уволенныхъ можно

**№ 3. Общая убыль отъ бугорчатки легкихъ за 1906 годъ.**  
По годамъ службы: <sup>1)</sup>



Вѣтъ	Убыль	Въ % къ убыл. за всѣ г. служб.
кажд. г. служ.	155	17,3
	263	29,7
	402	45,3
	519	58,8
	887	100,0

считать, что военная санитарія принимаетъ за послѣдніе годы все имѣющіеся въ ея распоряженіи способы къ своевременному обнаруженію болѣзни и мѣры къ немедленному увольненію изъ арміи обнаруженныхъ больныхъ. Санитарныя условія

<sup>1)</sup> Каждый столбъ диаграммы выражаетъ собой величину убыли соответствующаго года службы въ %-номъ отношеніи къ общей величинѣ убыли за всѣ года службы.

современной военной службы стоят несомненно выше таковых же условий, бывших 15—20 летъ тому назад; по этому вполне возможно, что заболѣваемость бугорчаткой, обязанная своимъ происхожденіемъ исключительно условіямъ службы, уменьшилась въ значительной степени, та именно заболѣваемость, которая наблюдалась прежними авторами въ болѣе поздніе годы службы.

Въ послѣднемъ предположеніи существуетъ единственное неподдающееся объясненію обстоятельство: если военная санитарія въ состояніи примѣнить всѣ средства для борьбы съ бугорчаткой, возникающей на службѣ въ болѣе поздніе годы, то точно также могла бы бороться и съ заболѣваемостью 1-го года службы путемъ предупрежденія заноса ея въ армію при принятіи на службу. За послѣднія 15 лѣтъ не видно никакихъ перемѣнъ, клонящихся къ тому, чтобы оберечь армію въ этомъ направленіи.—пріемъ на службу, несмотря на увеличеніе контингента новобранцевъ, съ технической стороны остается тѣмъ же, какимъ былъ при малочисленныхъ наборахъ. Въ инструкціяхъ для освидѣтельствованія новобранцевъ, устанавливающихъ необходимую степень здоровья для годности къ службѣ, если и были сдѣланы нѣкоторыя измѣненія, то только въ интересахъ сохраненія большихъ наборовъ, соответственно понижающихъ главное качественное достоинство арміи, ея здоровье. Последнее будетъ подробно разсмотрѣно въ главѣ о пріемѣ на службу.

Настоящій выводъ о большомъ количествѣ выбывающихъ отъ бугорчатки орг. дыханія въ началѣ службы, расходясь съ выводами прежнихъ авторовъ, изслѣдовавшихъ этотъ вопросъ въ отношеніи нашей арміи, согласуется съ выводами современныхъ авторовъ относительно иностранныхъ армій. Выводы эти приведены въ статьѣ С. Sforza, <sup>84)</sup> по Schulzeu'y (старш. врачъ при воен. мин-ствѣ въ Берлинѣ) больше 1/2 туберкулезныхъ падаютъ на 1-ый г. службы, почти 1/2 ч. на 2-ой г. и немного болѣе 1/3 послѣ 2 лѣтъ службы. Lemoine <sup>49)</sup> для французской арміи даетъ слѣд. данныя за 1900-ые года: 10,6—8,4 для молодыхъ солдатъ и 6,4—4,7 для старыхъ солдатъ (‰/оо къ списочн. составу). Такимъ образомъ и въ иностранныхъ арміяхъ, гдѣ условія

службы значительно разнятся отъ условій службы въ нашей арміи, на первомъ планѣ остается стремленіе къ возможно большому численному составу арміи, а не забота объ охраненіи здоровья служащихъ въ ней.

Наравнѣ съ величиной заболѣваемости и убыли отъ бугорчатки орг. дыханія въ отдѣльныхъ годахъ службы заслуживаетъ вниманія относительная частота заболѣваемости и убыли по годамъ службы. Объ относительной частотѣ убыли въ отдѣльныхъ годахъ службы отъ бугорчатки органовъ дыханія въ арміи и въ отдѣльныхъ округахъ можно судить по приведенной ниже величинѣ, полученной изъ сопоставленія числа выбывшихъ каждого года службъ съ соответствующимъ списочнымъ составомъ его въ отношеніи 1: 1000. Списочный

### № 3.

Общая убыль отъ бугорчатки органовъ дыханія по годамъ службы въ отношеніи къ списочному составу (1:1000) за 1907 г.:

	1-й годъ службы.	2-й годъ службы.	3-й годъ службы.	4-й годъ службы.	Проч. года служб.
Во всей арміи. . . . .	2,8	2,4	3,9	7,5	2,1
Петербургскій окр. . . . .	3,9	5,0	10,0	21,3	3,8
Виленскій окр. . . . .	2,7	1,9	3,6	7,6	1,7
Варшавскій окр. . . . .	2,7	2,2	3,8	11,8	0,9
Кіевскій окр. . . . .	3,6	3,3	5,4	10,5	4,1
Одесскій окр. и Обл. В. Донск.	3,0	2,1	4,6	3,9	0,9
Московскій окр. . . . .	3,5	3,7	4,4	8,1	4,8
Казанскій окр. . . . .	2,0	1,3	3,4	2,6	2,8
Кавказскій окр. . . . .	2,1	1,5	3,4	2,0	—
Туркестанскій окр. . . . .	1,8	1,5	2,1	4,9	1,9
Омскій окр. . . . .	2,0	1,9	3,1	—	—
Иркутскій окр. . . . .	1,6	0,7	2,0	2,2	1,5
Примурскій окр. . . . .	3,3	2,6	2,2	6,5	3,7



составъ отдѣльныхъ лѣтъ службы взять тотъ, которымъ пользовались составители официального санитарнаго отчета за 1907 г.

Эти данныя приводятъ къ выводу, что отъ бугорчатки органовъ дыханія въ арміи въ концѣ службы (3—4 г.) выбываютъ за смертью и неспособностью къ службѣ относительно чаще, чѣмъ вначалѣ (1 г.). Подобный выводъ приближается къ выводамъ прежнихъ авторовъ, тѣмъ не менѣе между ними остается существенная разниа. Въ настоящемъ случаѣ приходится считатьъ съ очень незначительной абсолютной величины убыли въ концѣ службы по сравнению съ убылью начала службы. Прежніе авторы основывали свое заключеніе о большой заболѣваемости или по абсолютной величинѣ ея (Блукетъ 8), или же по отношенію къ общему числу туберкулезныхъ, бывшихъ въ лечебныхъ заведеніяхъ (Георгиевскій 21); во всѣхъ случаяхъ одновременно наблюдалась и превышавшая абсолютная величина заболѣваемости въ концѣ службы.

Значительная разниа въ абсолютной величинѣ убыли въ концѣ службы для послѣдняго времени и въ абсолютной величинѣ заболѣваемости<sup>1)</sup>, наблюдавшейся 15—20 лѣтъ тому назадъ, можетъ только указывать, что въ настоящее время хотя и чаще выбываютъ въ концѣ службы, чѣмъ въ началѣ ея отъ бугорчатки органовъ дыханія, но въ меньшей степени, чѣмъ раньше. Убыль 2-го года службы представляется меньшей по сравнению съ убылью 1-го года и послѣднихъ лѣтъ въ большинствѣ округовъ, за исключеніемъ 3-хъ внутреннихъ округовъ (Петерб., Московск., Кіевск.). Убыль 1-го года службы обусловлена для лицъ, бывшихъ уже больными при приемѣ на службу, частью неблагоприятными условіями перваго времени службы, частью болѣе обстоятельной оцѣнкой здоровья во время службы, чѣмъ при приемѣ.

Было бы ошибочно предполагать, что убыль 1-го года службы заключаетъ въ себѣ всѣхъ тѣхъ, кто явился на службу съ зачатками этой болѣзни; относительно хорошее общее состояніе здоровья отдѣльныхъ лицъ, сравнительно болѣе благоприятная для нихъ условія службы (во внутр. окр.) поз-

<sup>1)</sup> Раньше было уже объяснено, что убыль отъ бугорчатки есть въ то же время выраженіе заболѣваемости.

воляютъ имъ оставаться на службѣ долѣе и считаться здоровыми и послѣ 1-го года службы. Меньшая убыль 2-го года службы по сравнению съ убылью 1-го года говоритъ за то, что подобныхъ лицъ выбываетъ во всякомъ случаѣ меньше, чѣмъ въ 1-мъ г. службы; исключеніе могутъ дать лишь нѣкоторые округа, а именно: внутренніе съ болѣе благоприятными условіями службы. Послѣдующее за 2-мъ г. службы увеличеніе убыли въ концѣ службы свидѣтельствуетъ о томъ, что къ лицамъ, имѣвшимъ зачатки болѣзни при приемѣ, прибавляются заболѣвшіе на службѣ и если руководствоваться спичочнымъ составомъ отдѣльныхъ лѣтъ службы, число послѣднихъ повидимому значительно. Изъ разбора данныхъ по годамъ службы относительно бугорчатки органовъ дыханія въ арміи получается слѣдующій общій выводъ: большое количество прибывающихъ на службу благодаря недостаткамъ приема уже больными представляетъ собою постоянный источникъ зараженія и парализуетъ въ значительной степени стремленія военной санитаріи избавить армію отъ заболѣваемости бугорчаткой органовъ дыханія и на службѣ.

Разнообразіе въ этиологіи болѣзней органовъ дыханія (М.М. 85—89 носол. таб.), а главное ея невыясненность для большинства этихъ болѣзней уменьаетъ значеніе многихъ данныхъ, общихъ для нихъ всѣхъ, тѣмъ не менѣе данныя относительно убыли по годамъ службы не утрачиваютъ интереса. Значительное преобладаніе въ группѣ болѣзней органовъ дыханія \*) хроническихъ болѣзней съ длительнымъ теченіемъ надъ острыми, даетъ возможность судить по разницѣ убыли въ началѣ и концѣ службы о большемъ или меньшемъ вліяніи на заболѣваемость органовъ дыханія условій службы съ одной стороны и условій приема на службу съ другой.

Уволенные и умершіе отъ бол. орг. дыхан. (М.М. 85 и 89 нос. таб.) въ арміи въ 1907-мъ году по отдѣльнымъ годамъ службы распредѣлялись въ слѣдующемъ видѣ:

\*) Въ группу болѣзней, отмѣченныхъ въ медіц. листахъ подъ № 85—89, входятъ: бол. нос. пол.—227; хронич. кат. гортани—299; хр. бронх. и часто повт. кат. дых. путей—6177; кат. легочн. верхуш.—397; хрон. восп. легк.—466; остр. кат. пнеймонія—660; ангина лег.—79; плеврит—3714 и пр. бол.—87; въ числѣ послѣднихъ преимущественно болѣзни съ неопред. diagn., такъ: провухарканье—48.

	увол.	умер.	общ. убыль.
На 1-мъ году	5563	195	5758
» 2 » »	3792	77	3869
» 3 » »	1979	50	2029
» 4 » »	328	10	338
Проч.	102	9	111
	11764	341	12105

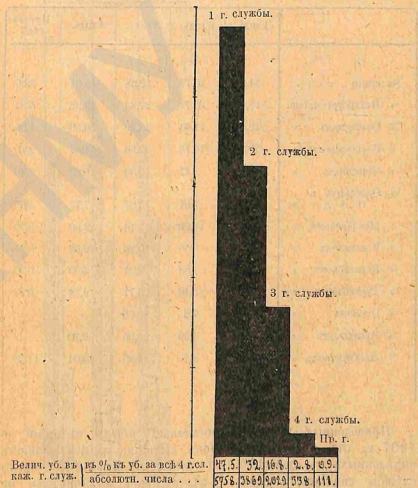
№ 4.

Распределение общей убыли отъ бол. орг. дых. (№ 85—89 нос. таб.) въ отдельныхъ годахъ службы по округамъ въ 1907 г.

	Абсолютныя числа.					въ % къ общей величинѣ.					
	1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	пр. г.	Всего	1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	пр. г.
	Петербургск. окр.	615	466	292	45	20	1438	42,8	32,4	20,3	3,1
Виленскій »	686	516	261	32	3	1498	45,8	34,4	17,5	2,1	0,2
Варшавскій »	1474	1241	542	105	12	3374	43,7	36,8	16,1	3,1	0,3
Кіевскій »	569	354	162	45	11	1141	49,9	31,0	14,2	3,9	1,0
Одесскій »	384	173	117	14	15	703	54,6	24,6	16,7	2,0	2,1
Московскій »	719	461	201	27	20	1428	50,3	32,3	14,1	1,9	1,4
Казанскій »	160	102	70	2	18	352	45,4	29,0	19,9	0,6	5,1
Кавказскій »	299	154	117	22	5	597	50,1	25,8	19,6	3,7	0,8
Туркестанскій »	151	53	41	13	1	259	58,3	20,5	15,8	5,0	0,4
Омскій »	69	42	34	—	—	145	47,6	29,0	23,4	—	—
Пркутскій »	229	100	72	13	—	414	55,3	24,2	17,4	3,1	—
Примурскій »	403	207	120	20	6	756	53,3	27,4	15,9	2,6	0,8
ВСЕГО. . .	5758	3869	2029	338	111	12105	—	—	—	—	—

№ 4.

Общая убыль отъ болѣзней органовъ дыханія по годамъ службы за 1907 годъ: <sup>1)</sup>



<sup>1)</sup> Каждый столбецъ диаграммы обозначаетъ величину убыли соответствующаго года службы въ %-номъ отношеніи къ величинѣ ея за всѣ года службы.



## № 5.

Распределение общей убыли в армии по округам в отношении 1:1000 ч. спис. состава по годам службы:

	1 годъ.	2 годъ.	3 годъ.	4 годъ.	Прочіе года.
Въ арміи . . . . .	14,87	10,72	12,54	16,01	3,56
» Петербургск. окр.	17,95	15,77	27,33	29,98	5,84
» Виленскомъ »	16,00	11,44	18,20	20,30	1,00
» Варшавскомъ »	20,91	16,15	22,56	34,52	2,73
» Кіевскомъ »	14,61	8,42	10,94	16,28	3,26
» Одесскомъ и О. В. Д. »	15,98	7,01	12,87	7,77	4,66
» Московскомъ »	26,60	16,00	15,16	13,60	5,93
» Казанскомъ »	11,75	6,50	10,56	2,62	6,35
» Кавказскомъ »	8,42	4,88	7,27	7,35	0,95
» Туркестанск. »	7,88	3,46	5,77	9,24	0,97
» Омскомъ »	9,20	7,2	8,78	—	—
» Иркутскомъ »	7,16	4,99	6,03	9,70	—
» Пріамурскомъ »	10,09	8,3	3,99	13,04	11,28

Приведенныя данныя относительно убыли в армии за 1907 г. отъ болѣзней органовъ дыханія, за исключеніемъ выдѣленныхъ въ инфекціонную группу, по отдѣльнымъ годамъ службы свидѣтельствуютъ о значительной величинѣ ея на 1-мъ году службы, какъ это наблюдалось и въ отношеніи бугорчатки. Рѣзкая разница въ убыли 1-го года службы и конца службы наглядно выражена на диаграммѣ № 4, изображающей величину убыли каждого года службы въ арміи

въ процентномъ отношеніи ко всей величинѣ ея, равнымъ образомъ на диаграммѣ № 5, изображающей такое же распрежденіе убыли въ различныхъ округахъ. Последняя диаграмма указываетъ, что убыль отъ болѣзней орган. дыханія повсюду рѣзко падаетъ съ каждымъ послѣдующимъ годомъ и притомъ съ большей послѣдовательностью, чѣмъ при бугорчаткѣ. Судя по цифровымъ даннымъ, относительная частота (въ ‰ къ сп. сочн. составу) убыли отъ болѣзней органовъ дыханія по отдѣльнымъ годамъ службы нѣсколько отличается отъ той, которая была найдена въ отношеніи бугорчатки органовъ дыханія. Убыль отъ бугорчатки, слѣдовательно и заболѣваемость ею, въ концѣ службы наблюдается значительно чаще по сравненію съ началомъ службы, проч. же болѣзни органовъ дыханія въ общемъ хотя и усиливаются на 3-мъ году службы по сравненію съ 2-мъ годомъ, но не достигаютъ той интенсивности, которая замѣтна въ началѣ службы.

Итакъ, разбираемая данныя позволяютъ признать за болѣшой убылью и въ особенности за относительной ея частотой на 1-мъ году службы отъ болѣзней орган. дыханія достаточный доводъ въ пользу происхожденія большинства ихъ въ связи съ недостатками приема на службу, допускающими въ армию большое число больныхъ и предрасположенныхъ къ заболѣваніямъ. Сдѣланный выводъ въ общемъ приближается къ выводу о бугорчаткѣ орг. дыханія и такимъ образомъ устанавливается значительное соотвѣтствіе для начала службы между бугорчаткой и другими болѣзнями орг. дыханія, имѣющими также преимущественно хроническій характеръ. Усиливающаяся убыль къ концу службы отъ бугорчатки органовъ дыханія не находитъ себѣ полного соотвѣтствія со стороны убыли отъ другихъ болѣзней органовъ дыханія. Это несоотвѣтствіе склоняетъ къ мысли, что въ концѣ службы невнятенность бугорчатки уменьшается насчетъ другихъ болѣзней съ неопредѣленнымъ диагнозомъ: хроническое воспаленіе легкихъ, хроническій бронхитъ, катарры верхушекъ, хроническій или часто возвращающійся катарръ дыхательн. путей, которыхъ въ концѣ службы становится меньше по сравненію съ бугорчаткой. Доказательствомъ можетъ служить слѣдующее сопоставленіе: изъ 6177 человекъ, уволенныхъ въ 1907-мъ г. отъ хр. брон-

хита и хр. кат. дыхательн. путей вышло: на 1-мъ году сл. 47,3<sup>0</sup>%, на 2-мъ г. 33,5<sup>0</sup>%, на 3-мъ году 16,0<sup>0</sup>%, на 4-мъ г. 2,6<sup>0</sup>% и пр. л. сл. 0,6<sup>0</sup>%, тогда какъ отъ бугорч. орг. дыханія (17 стр.) на 1-мъ году службы 38,35<sup>0</sup>%; на 2-мъ году 31,24<sup>0</sup>%, на 3-мъ году 22,5<sup>0</sup>%, на 4-мъ году 5,56<sup>0</sup>% и въ проч. годахъ службы 2,35<sup>0</sup>%.

Въ медицинскихъ листахъ уволенныхъ и умершихъ нижнихъ чиновъ арміи въ 1907-мъ г. отъ бугорчатки и другихъ болѣзней органовъ дыханія имѣются отмѣтки о существованіи у извѣстнаго числа изъ нихъ при поступленіи на службу различныхъ болѣзней. Отмѣтки болѣзней относятся преимущественно ко времени прибытія ихъ въ войсковыя части; такимъ образомъ, въ воинскихъ присутствіяхъ эти болѣзни въ громадномъ большинствѣ случаевъ прошли незамѣченными и лишь въ незначительномъ числѣ были замѣчены и признаны за маловажныя и не препятствующія къ приему на службу.

Изъ болѣзней, о которыхъ сдѣланы отмѣтки въ медицинскихъ листахъ, наиболее встрѣчаются болѣзни органовъ дыханія, такъ: изъ 2815 чел.<sup>1)</sup>, выбывшихъ отъ бугорчатки органовъ дыханія, 184 чел. и изъ 12028 чел.<sup>2)</sup>, выбывшихъ отъ остальныхъ болѣзней органовъ дыханія, 854 чел. имѣли при своемъ поступленіи на службу различныя болѣзни тѣхъ же органовъ дыханія. На ряду съ разнообразными заявленіями самихъ больныхъ (кашель, боль въ груди, кровохарканье), которымъ, очевидно, не было своевременно придано значенія, имѣются указанія на вполне опредѣленныя болѣзни: хроническое воспаление легкихъ, катарры и уплотненіе верхушекъ, плевриты и т. д., но и эти болѣзни не послужили препятствіемъ къ принятію на службу. Какъ наиболее тяжелые случаи изъ нихъ, 75 чел. изъ числа выбывшихъ отъ бугорчатки органовъ дыханія и 478 чел. изъ числа выбывшихъ отъ остальныхъ болѣзней органовъ дыханія (3,7<sup>0</sup>% всей убыли), хотя и были опротестованы въ войсковыхъ комиссіяхъ, тѣмъ не менѣе въ комиссіяхъ по переосвидѣтельствуванію молодыхъ солдатъ были вторично признаны годными къ службѣ.

Слѣдующія по частотѣ своей за болѣзнями органовъ дыханія среди отмѣченныхъ при приемѣ болѣзней являются ма-

<sup>1)</sup> Изъ 2842 чел., выбывшихъ отъ бугорчатки органовъ дыханія, о 27 чел. нѣтъ никакихъ свидѣній о состояніи ихъ здоровья при приемѣ на службу.

<sup>2)</sup> Изъ 12105 чел., выбывшихъ отъ другихъ болѣзней органовъ дыханія, о 77 чел. нѣтъ никакихъ свидѣній о состояніи ихъ здоровья при приемѣ на службу.



ловровіе и слабосиліе: 77 чел. изъ выбывшихъ отъ бугорчатки органовъ дыханія, и 323 чел. изъ выбывшихъ отъ остальныхъ болѣзней органовъ дыханія. Изъ нихъ 1,4% общей убыли отъ всѣхъ болѣзней органовъ дыханія послужили въ свою очередь причиною протеста со стороны войсковыхъ комиссій, но также были признаны годными къ службѣ комиссіями по пересвидѣтельствуванію молодыхъ солдатъ. Если въ отношеніи болѣзней органовъ дыханія, существовавшихъ при приѣмѣ на службу у лицъ, выбывшихъ впоследствии отъ болѣзней тѣхъ же органовъ, является полное основаніе предполагать въ нихъ тѣ именно болѣзни, которыя и послужили причиною убыли, то въ малокровіи и слабосиліи приходится видѣть не только благоприятную почву для развитія болѣзней органовъ дыханія, но и возможность перваго проявленія наиболее серьезной изъ нихъ: скрыто протекающей, но уже существующей бугорчатки.

Остальныя болѣзни, отмѣченныя при приѣмѣ (болѣзни сердца, желудка и кишекъ, нервныя болѣзни, страданія и искривленія костей—позвоночника, грудной кѣтки, болѣзни кожи—язвы, фурункулезъ) носятъ въ отдѣльности характеръ единичныхъ заболѣваній, тѣмъ не менѣе въ общей сложности составляютъ для лицъ, выбывшихъ отъ бугорчатки органовъ дыханія — 5,2% ихъ числа (145 чел.) и для выбывшихъ отъ другихъ болѣзней органовъ дыханія—5,4% ихъ (653 ч.). Эти заболѣванія, если и не имѣютъ непосредственной связи съ болѣзью, послужившей причиною смерти или неспособности къ службѣ, могли оказать во всякомъ случаѣ большое вліяніе на возникновеніе и болѣе быструю развязку ея; тѣмъ болѣе что въ 59,3% своего числа повели къ протесту въ войсковыхъ комиссіяхъ и если больные остались на службѣ, то всецѣло были обязаны рѣшенію особыхъ комиссій по пересвидѣтельствуванію новобранцевъ.

Подводя итогъ болѣзнямъ, отмѣченнымъ при приѣмѣ на службу у лицъ, выбывшихъ затѣмъ отъ бугорчатки и другихъ болѣзней органовъ дыханія, приходится признать 11,4%<sup>1)</sup> всего числа умершихъ и уволенныхъ отъ бугорчатки органовъ

1) 406 чел. изъ 2815.

дыханія и 15,2%<sup>1)</sup> отъ остальныхъ болѣзней органовъ дыханія, наименьшей величиной, указывающей на связь этой убыли съ несовершенствами приѣма на службу.

0,9 общаго числа принятыхъ на службу съ различными болѣзнями и затѣмъ выбывшихъ со службы отъ болѣзней органовъ дыханія въ 1907 г. падаетъ на первые 2 года службы (2114 чел.), въ особенности на 1-ый годъ (65,8%); это обстоятельство въ свою очередь говоритъ за тѣсную связь между существовавшими при приѣмѣ болѣзнями и болѣзнями органовъ дыханія, повлекшими за собою на службѣ смерть или инвалидность.

Для характеристики условій приѣма на службу, допускающихъ въ ряды арміи больныхъ людей, могутъ служить главнымъ образомъ увольняемые по болѣзни вскорѣ же послѣ приѣма опротестованные молодые солдаты, число которыхъ за послѣдніе годы значительно увеличилось, доходя до 15% изъ числа принятыхъ на службу. При разборѣ медич. листовъ на уволенныхъ и умершихъ въ 1907 году отъ бугорчатки орг. дыханія была возможность одновременно установить 36 случаевъ, окончившихся смертью отъ бугорчатки среди лицъ, пробывшихъ менѣе одного мѣсяца въ своихъ войсковыхъ частяхъ, куда они являлись съ приѣма уже въ тяжеломъ состояніи. Большинство изъ нихъ не успѣло за смертью попасть въ комиссію по пересвидѣтельствуванію новобранцевъ, нѣкоторые же изъ нихъ хотя и попали въ эти комиссіи, были уволены передъ смертью отъ службы, но не могли быть отправлены на родину въ виду тяжелаго состоянія. Случаи эти не включены въ приводимыя нами данныя убыли отъ бугорчатки въ арміи, такъ какъ смертность ихъ не можетъ быть отнесена на счетъ санитарнаго состоянія арміи, тѣмъ не менѣе они могутъ служить дополненіемъ къ даннымъ, характеризующимъ условія приѣма на службу.

Возможность ошибокъ при освидѣтельствovanіи во время приѣма на службу оправдывается прежде всего различными затрудненіями чисто техническаго свойства, которыя могутъ быть объяснены стѣсненіемъ во времени и способахъ изслѣдованія. Объ этихъ затрудненіяхъ неоднократно указывалось въ медич.

1) 1830 чел. изъ 12028.

печати (проф. Косоротовъ <sup>42</sup>), Косухинъ <sup>43</sup>), Пялковскій <sup>69</sup>) и др.); но ими не исчерпывается возможность допущения на службу больных людей. Изъ имѣвшихъ болѣзни при поступленіи на службу и выбывшихъ затѣмъ изъ арміи въ слѣдствіе бол. орг. дыхания въ 1907 г. 8,5% (1234 чел. изъ 14,843 ч.) не только остались безъ вниманія въ воинскихъ присутствіяхъ, но были признаны несмотря на протестъ войск. врачей годными къ службѣ въ комиссіяхъ по переосвидѣтельствуванію опротестованныхъ новобранцевъ, находившихся въ лучшихъ условіяхъ для освидѣтельствования, чѣмъ воинск. присутствія <sup>1</sup>).

*Понятіе о здоровьи* въ смыслѣ годности къ военной службѣ представляется крайне условнымъ; при освидѣтельствovanіи призываемыхъ на военную службу принято считать здоровымъ лишь, удовлетворяющихъ требованіямъ особыхъ инструкцій для освидѣтельствovanія новобранцевъ. Инструкціи эти вырабатываются въ соответствіи съ научными положеніями даннаго времени о здоровьи, съ численностью арміи и условіями службы. Значеніе ихъ громадно, такъ какъ они не только должны обезопасить армію при приѣмѣ отъ ненужныхъ для нея слабыхъ и больныхъ людей, но и давать возможность удалить во время со службы оказавшихся негодными къ ней въ слѣдствіе болѣзни. Въ настоящее время значеніе инструкцій углубляется еще тѣмъ, что убыль изъ арміи отъ болѣзней потребуетъ большихъ расходовъ отъ государства для обезпеченія инвалидов, какъ это предполагается въ недалекомъ будущемъ. Весьма важнымъ представляется рѣшеніе вопроса, насколько существующая инструкція удовлетворяетъ въ научномъ и практическомъ отношеніи и обезпечиваетъ приѣмъ на службу дѣйствительно здоровыхъ.

За все время существованія общей воинской повинности инструкція по освидѣтельствуванію новобранцевъ подвергалась неоднократнымъ измѣненіямъ, хотя и неодинаково часто: наиболѣе часто въ первые 10 лѣтъ (4 раза) и значительно рѣже въ послѣднія 25 лѣтъ (3 раза). Частые пересмотры и измѣненія инструкцій вначалѣ объясняются новизной дѣла,

но они безусловно желательны, такъ какъ только такимъ путемъ могутъ быть выработаны надлежащія правила для освидѣтельствovanія призываемыхъ; целесообразность ихъ можетъ быть проверена каждый разъ на матеріалѣ одного, двухъ призывовъ, который долженъ подвергаться детальной разработкѣ.

Измѣненія инструкцій сравнительно мало коснулись требованій въ отношеніи органовъ дыхания. Современная инструкція признаетъ препятствіемъ къ приѣму на службу въ слѣдующихъ случаяхъ: 57 ст. неправильно образованная грудь: узкая, вдавленная, рахитическая (такъ наз. птичья); а также укороченіе или искривленіе ключицы или реберъ, затрудняющее дыханіе, движеніе или поеніе одежды или амуниціи.

58 ст. Бугорчатка, хроническое воспаленіе легкихъ или подреберной плawy.

59 ст. Хроническій катарръ дыхательныхъ путей съ упадкомъ общаго питанія, распріеніе дыхательныхъ вѣтвей (бронхоэктазія и эмфизема легкихъ).

Редакція этихъ статей осталась та-же, что и въ прежнихъ инструкціяхъ за исключеніемъ ст. 59, изъ которой выдѣлено въ самостоятельную статью первое удущье (asthma nervosum) съ добавленіемъ: по уснатуян въ лечебномъ заведеніи; кромѣ того въ противоположность первоначальнымъ инструкціямъ (до 1883 г.), къ хроническому катарру дыхательныхъ путей добавлено требованіе одновременнаго упадка общаго питанія. Первое измѣненіе относительно перваго удущья не имѣетъ въ сущности большого значенія въ виду ограниченнаго числа подобныхъ больныхъ среди призываемыхъ и кромѣ того предварительное испытаніе въ лечебномъ заведеніи; требуемое послѣдней инструкціей, можетъ вестн только къ болѣе правильному распознаванію этой болѣзни.

Требованіе послѣднихъ инструкцій одновременнаго упадка общаго питанія при хроническомъ катаррѣ дыхательныхъ путей слѣдуетъ признать болѣе важнымъ измѣненіемъ. Въ инструкціи бугорчатка легкихъ, хроническое воспаленіе легкихъ рассматриваются отдѣльно отъ хроническаго катарра дыхательныхъ путей съ упадкомъ общаго питанія; въ дѣйствительности врядъ ли можно требовать отъ экспертовъ-врачей

<sup>1</sup>) Порядокъ переосвидѣтельствovanія за послѣднее время нѣсколько издѣненъ, но судить объ этомъ измѣненіи пока не приходится за отсутствіемъ данныхъ.



въ воинскихъ присутствіяхъ, исходя изъ современныхъ научныхъ положеній, чтобы они на основаніи одного физическаго изслѣдованія, притомъ однократнаго могли разграничивать эти страданія другъ отъ друга.

Въ практическомъ отношеніи для призываемаго и для службы это не имѣетъ, правда, никакого значенія, такъ какъ будетъ ли признана бугорчатка или хроническій катарръ дыхательныхъ путей съ упадкомъ питанія, больной такой одинаково не подлежитъ приему. Раздѣленіе это можетъ имѣть значеніе только для статистики, которая дастъ ошибочныя данныя относительно бугорчатки и хроническаго катара дыхательныхъ путей съ упадкомъ общаго питанія, если будетъ руководствоваться этимъ разграниченіемъ.

Явленія хроническаго катара дыхательныхъ путей, гдѣ нѣтъ бросающагося въ глаза упадка питанія, свидѣтельствуютъ о сравнительно благоприятномъ теченіи процесса, и далеко не опредѣляютъ характера процесса. Оцѣнка питанія представляется крайне условной и питаніе можетъ быть признано вполне сноснымъ даже въ далеко зашедшихъ случаяхъ туберкулеза.

Могутъ ли врачи воинскихъ присутствій брать на себя отвѣтственность—на основаніи однократнаго изслѣдованія рѣшать, что имѣютъ дѣло съ первичнымъ хроническимъ бронхитомъ, не прешаствующимъ службѣ, а не съ такимъ, въ основѣ котораго кроется болѣе серьезная болѣзнь, какъ бугорчатка, и наконецъ могутъ ли давать благоприятный прогнозъ въ первомъ случаѣ, сообразуясь съ условными службы? Отвѣтъ можетъ быть только отрицательный и потому рѣшеніе о годности къ службѣ, намъ кажется, можетъ быть сдѣлано только на основаніи вѣстосторонняго клиническаго выясненія болѣзни въ лечебномъ заведеніи.

Частыя указанія о существованіи при приемѣ на службу болѣзненныхъ явленій со стороны органовъ дыханія у выбывающихъ затѣмъ отъ бугорчатки и прочихъ болѣзней этихъ органовъ свидѣтельствуютъ, что эти явленія своевременно не были достаточно оцѣнены.

Уставъ войскою повинности (ст. 170) предусматриваетъ затрудненіе или сомнѣніе при распознаваніи болѣзней и въ этихъ случаяхъ предоставляетъ право отсмѣлять сомнительныхъ

призываемыхъ на испытаніе въ лечебное заведеніе. Инструкція считается съ этимъ (19 п.) и несмотря на это находить нужнымъ оговорить въ отношеніи многихъ болѣзней обязательное предварительное испытаніе въ лечебномъ заведеніи; послѣднее должно быть распространено и на хроническій катарръ дыхательныхъ путей въ тѣхъ именно случаяхъ, гдѣ врачи присутствія не находятъ возможнымъ дать заключеніе о годности.

Измѣненія въ инструкціяхъ по освидѣтельствуванію повобращевъ коснулись главнымъ образомъ оцѣнки тѣлосложенія. Отъ воинскаго присутствія требуется выясненіе не только здоровья призываемаго къ службѣ, но и его пригодность къ ней въ смыслѣ физическаго развитія; въ крѣпкомъ, хорошемъ тѣлосложеніи принято видѣть гарантію этой пригодности и наоборотъ въ слабомъ сложеніи неспособность къ службѣ и предрасположеніе къ различнымъ заболѣваніямъ.

Д-ръ Приселковъ<sup>67)</sup>, завѣдывавшій санитарной частью на войнѣ 1877—78 г.г., изъ личнаго тяжелаго опыта приходитъ къ слѣдующему заключенію относительно освидѣтствованія принимаемыхъ на службу: «обыкновенно ограничиваются фактомъ кажущагося отсутствія серьезныхъ болѣзней, но очень рѣдко обращается вниманіе на степень выносливости его къ усиленному труду, сопряженному съ военнымъ временемъ. Недостаточно того, что призываемый не кашляетъ, онъ долженъ быть здоровымъ и крѣпкимъ человѣкомъ, иначе онъ 1-ый заболѣетъ еще на мѣстѣ до выступленія, 1-ый заболѣетъ на пути и 1-ый заболѣетъ на базисѣ военныхъ дѣйствій, послужитъ причиною переполненія госпиталей, послужитъ источникомъ военныхъ эпидемій и ослабитъ силы здоровой части арміи, онъ будетъ главнымъ врагомъ арміи, бьющимъ ее съ тылу». Если обратиться къ исторіи армій, мы видимъ, что вездѣ и всюду сознавалась необходимость комплектованія армій крѣпкими и сильными людьми и только въ критическіе моменты, переживаемые государствами, утрачивалось сознаніе этой необходимости и ряды войскъ пополнялись безъ всякаго разбора, кѣмъ только можно.

«Первое правило военной гигиены» говоритъ L a v e r a n<sup>47)</sup>, «состоятъ въ удаленіи изъ армій всѣхъ людей хилыхъ, съ



хроническими болезнями или просто слишком слабых, чтобы перенести трудности службы в военное время». Это правило д-ра Оранскій (63) въ своей недавней работѣ б. значеніи вѣса новобранцевъ считаетъ далекими отъ практическаго выполненія. Вопли совмѣщаясь съ отсутствіемъ строго безошибочныхъ объективныхъ способовъ опредѣленія крѣпкаго, хорошаго тѣлосложенія, мы не считаемъ невозможнымъ и недопустимымъ пользоваться въ этихъ цѣляхъ теми признаками, которые приближаютъ насъ къ этому опредѣленію. Отказъ отъ этихъ признаковъ былъ бы повятеиъ въ томъ случаѣ, если бы за ними слѣдовало разоруженіе армій, такъ какъ трудно мириться съ безразличіемъ, съ которымъ армія формировалась бы къ явному ущербу для нея и для государства. Допущеніе въ ряды армій большого числа слабосильныхъ и предрасположенныхъ къ заблѣваніямъ при первыхъ благоприятныхъ къ тому условіяхъ облегчаетъ правда, производство многочисленныхъ наборовъ, но едва ли нужно помянуть, что главное достоинство армій не въ количествѣ, а въ качествѣ ея. Извѣстная численность арміи неизбежна, но заслуга будетъ не въ стремленіи увеличивать эту численность, а въ тѣхъ преобразованіяхъ, которыя, сохраняя ее, увеличатъ боевую силу арміи.

Современная инструкция въ слѣдующихъ выраженіяхъ характеризуетъ хорошее тѣлосложеніе (п. 7): «плотная эластическая кожа, крѣпкія вѣтлоки, широкія плечи, правильно сформированная грудь, хорошо сложенная спина; хорошо пригнанные локати, крѣпкія кости, достаточно развитые мускулы, глибокія руки и здоровыя ноги». Къ этимъ признакамъ слѣдуетъ добавитъ ростъ не менѣе 2 1/2 верш., требуемый дѣствующимъ одновременно съ инструкціей уставомъ о воинской повинности для признанія извѣстнаго физическаго развитія и возмужалости. Подъ правильно сформированной грудью надлежитъ понимать согласно инструкціи ту, окружность которой не менѣе 1/2 роста. Инструкція въ 1 ст. описанія болѣзней ставитъ препятствіемъ къ службѣ врожденное слабое тѣлосложеніе, выражающееся плохими развитіемъ костей и мышечной системы, узкой грудью и непропорціональною конечностей по отношенію къ туловищу, съ

явными признаками общаго физическаго вырожденія, по почитанію въ лечебномъ заведеніи.

Послѣднее представляется лишней формальностью, разв даны одновременно признаки хорошаго и слабого тѣлосложенія, которыми должно руководствоваться и лечебное заведеніе. Въ явныхъ случаяхъ слабого тѣлосложенія, которое признается единогласно приемщиками, можно было бы вполне доверить ихъ совѣти, знанію дѣла и опыту; въ случаяхъ разногласія, сомнѣнія или затрудненія дать опредѣленный отвѣтъ, согласно 170 ст. Устава рѣшеніе вопроса должно быть предоставлено лечебному заведенію.

Дѣствующая инструкция, къ сожалѣнію, вноситъ сама нѣкоторую неопредѣленность, давая признаки крѣпкаго тѣлосложенія; какъ мы уже видѣли, въ числѣ ихъ она требуетъ (п. 7) правильно сформированную грудь (не менѣе 1/2 роста), съ другой стороны допускаетъ наличность хорошаго тѣлосложенія съ недостаточнымъ размѣромъ груди (11 п.). Въ 1-ой статьѣ описанія болѣзней, узкая грудь влючена въ число признаковъ слабого тѣлосложенія, являющагося препятствіемъ къ приему на службу; равнымъ образомъ согласно 51 ст. узкая грудь уже сама по себѣ служитъ также препятствіемъ къ службѣ, но ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ не указывается размѣра узкой груди, препятствующей приему.

Желательна прежде всего строго опредѣленная формулировка, недопускающая никакихъ противорѣчій; неопредѣленность современной инструкціи въ данномъ случаѣ выражается въ отношеніи размѣра грудной кѣтки, который она повидимому въ принципѣ признаетъ и въ то же время допускаетъ возможность не считаться съ нимъ.

Надо отдать справедливость, всѣ инструкціи съ введеніемъ устава воинской повинности предъявляли различныя требованія относительно размѣра грудной кѣтки, въ чемъ и заключалась наиболѣе существенная разница ихъ. Къ этимъ различнымъ требованіямъ отдѣльныхъ инструкцій слѣдуетъ добавитъ различныя требованія дополнительныхъ къ инструкціямъ циркуляровъ. Наименьшій размѣръ грудной кѣтки, требовавшійся инструкціей 1876 г. былъ менѣе 1/2 роста на

$\frac{1}{2}$  вершка. Въ результатѣ этого требованія—большое число неспособныхъ къ службѣ при пересвидѣтельствovanii, у которыхъ притомъ оказывался недостатокъ въ груди, и требованіе относительно размѣра груди пришлось (1882 г.) повысить на цѣлый вершокъ (окружность груди =  $\frac{1}{2}$  роста +  $\frac{1}{2}$  вершка).

Повышеніе это въ свою очередь обусловило большое число забракованныхъ изъ-за одного лишь недостатка въ размѣрѣ грудной кѣтки.

Въ слѣдующемъ году (1883) новой инструкціей былъ пониженъ снова размѣръ на  $\frac{1}{4}$  верш. (окружность груди =  $\frac{1}{2}$  росту +  $\frac{1}{4}$  вершка), при этомъ было сдѣлано исключеніе для евреевъ, которые признаются инструкціей способными къ службѣ и въ томъ случаѣ, если окружность грудной кѣтки менѣе  $\frac{1}{2}$  роста до  $\frac{1}{2}$  вершка. Въ 1885 году циркуляромъ М. В. Д. за № 169 разосланнымъ губернаторамъ, требованіе еще болѣе понижено: «недостатокъ окружности груди на одну, двѣ и даже  $\frac{3}{8}$  вершка, въ особенности при ростѣ болѣе 2 аршинъ 5-ти вершковъ, не считать препятствіемъ къ приему на службу, если призываемый обладаетъ при этомъ общимъ здоровьемъ и имѣетъ хорошее правильное развитіе мускуловъ и нормальное состояніе внутреннихъ органовъ; въ сомнительныхъ же случаяхъ должно быть производимо двойное измѣреніе груди по слѣдующему способу: при опущенныхъ вдоль оси тѣла рукахъ, измѣряется тѣсною подмышковъ размѣръ во время наиглубочайшаго вдыханія, затѣмъ при полномъ выдыханіи; средняя цифра укажетъ существующій размѣръ подмышковаго периметра; тоже самое производится и на уровнѣ мечевиднаго отростка грудной кости. При здоровомъ состояніи, верхній подмышечный объемъ долженъ превышать нижній кефидовальный отъ 3-хъ до 5-ти сантиметровъ».

Колѣбанія, которыя мы видимъ въ требованіяхъ размѣра грудной кѣтки, объясняются съ одной стороны преобладаніями въ данное время взглядами на размѣры груди, съ другой стороны результатами наборовъ: слишкомъ малый размѣръ грудной кѣтки обуславливалъ большое число неспособныхъ въ арміи, большой размѣръ—большое число забракованныхъ въ присутствіяхъ.

Возвращаясь къ требованіямъ инструкціи относительно крѣпкаго тѣлосложенія, мы видимъ среди нихъ лишь размѣры роста и грудной кѣтки, наиболее приближающіе къ тонкимъ и притомъ объективнымъ признакамъ и поэтому они главнымъ образомъ заслуживаютъ вниманія.

Остальные признаки: плотная эластическая кожа, крѣпкій затылокъ, широкія плечи, хорошо сложенная спина, хорошо приложенныя ладонки, крѣпкія кости, достаточно развитыя мускулы, габіиа руки и здоровыя ноги представляются въ высшей степени субъективными, относительно которыхъ можетъ быть самое разнообразное сужденіе.

Если мы не въ состояніи избавиться отъ подобной субъективной оцѣнки, то она должна быть во всякомъ случаѣ предоставлена исключительно военнымъ приемщикамъ: военнымъ врачамъ и строевымъ офицерамъ, а не людямъ, не имѣющимъ никакого понятія о военной службѣ, какими зачастую являются члены воинскихъ присутствій.

Число военныхъ врачей недостаточно для назначенія во всѣ воинскія присутствія, но строевыхъ офицеровъ всегда найдется достаточное число, чтобы въ каждомъ присутствіи принималъ участіе хоть одинъ изъ нихъ помимо уѣзднаго воинскаго начальника. Д-ръ Горскій<sup>29)</sup> совершенно справедливо настаиваетъ на назначенія послѣднихъ въ воинскія присутствія.

Размѣры роста и груди заслуживаютъ болѣе вниманія въ противоположность только что перечисленнымъ признакамъ, но значеніе ихъ при освидѣтельствovanii призываемыхъ далеко не установлено.

Изъ разбора медицинскихъ листовъ нами взяты измѣренія роста и груди при приѣмѣ на службу у лицъ, выбывшихъ вполнѣдствіи отъ бугорчатъ и хроническаго катарра дыхательныхъ путей.

Въ литературѣ имѣется значительное число измѣреній какъ у лицъ здоровыхъ, такъ и больныхъ, нами взяты измѣренія въ то именно время у этихъ больныхъ, когда они свидѣствовались при приѣмѣ на службу и при освидѣтельствovanii не было подозрѣній, что имъ грозитъ въ сравнительно близкомъ будущемъ смерть или инвалидность влѣдствіе бугор-



чатки или хронического сатарра дыхательных путей. Последние изменения имѣютъ преобладающее въ воисковыхъ присутствіяхъ передъ измѣреніями большинства, для котораго сомнительные случаи составляютъ большинство, для котораго измѣренія могутъ имѣть значеніе, если только они являются выраженіемъ физическаго развитія и крѣпости.

У завѣдомо больныхъ во всякомъ случаѣ наличность признаковъ болѣзни дѣлаетъ излишнимъ прибѣгать къ этимъ измѣреніямъ. Измѣренія больныхъ не могутъ быть приняты въ расчетъ при освидѣтельствованіи лицъ, не внушающихъ подозрѣній и оказывающихся впоследствии больными, — у тѣхъ и другихъ могутъ быть совершенно различныя соотношенія въ измѣреніяхъ; для сопоставленія же необходимо брать только равнозначущіе случаи.

Взятая нами измѣренія вполне отмѣчаютъ данной дѣлы и на основаніи ихъ можно судить о значеніи размѣра роста и груди для выясненія годности принимаемыхъ на службу.

Ростъ. Установленный ростъ въ нашей арміи не менѣе  $174\frac{1}{8}$  (153,4 см.) по сравнению съ ростомъ въ другихъ европейскихъ арміяхъ является однимъ изъ наименьшихъ, хотя за послѣднее время замѣтна повсюду тенденція къ пониженію предѣльнаго минимальнаго роста изъ-за увеличенія численнаго состава арміи. Въ Италіи 153,5 см., въ Австріи 153,7 см., въ Германіи и Франціи 154 см., въ Испаніи 156 см., въ Бельгіи 157 см. и наконецъ самый высокій размѣръ въ Англіи 5 ф. 3 л. (160 см.); такой же высокій размѣръ существуетъ и въ Сѣверной Америкѣ — 160 см.

Количество бракуемыхъ въ присутствіяхъ по росту въ общемъ представляется незначительнымъ (по Герскому <sup>30)</sup> — 3,78%, поэтому они не представляютъ большого интереса въ вопросѣ о значеніи роста въ арміи. Слабосиліе, послѣдшее основаніемъ для установленія минимальнаго роста, могло быть рассматриваемо лишь въ связи съ общими условіями службы въ арміи, въ особенности по отношенію къ военному времени (усиленные переходы, тяжесть снаряженія). На нашемъ матеріалѣ, взятомъ изъ арміи, представляется невозможнымъ дать заключеніе о степени годности къ службѣ лицъ, не принимаемыхъ въ армію по

росту; но врядъ ли могутъ быть серьезныя возраженія противъ малаго роста, если лица, обладающія имъ, во вполнѣ здоровыя и соответственно своему росту хорошо развитыя физически, будутъ приниматься въ особые дѣла: для нестроевой службы, въ мѣстныхъ командахъ, въ различныхъ штабахъ и управленійхъ и т. п.

Ростъ, съ которымъ принимаются на службу, заслуживаетъ вниманія при разсмотрѣніи условій, благопріятствующихъ заболѣваемости въ арміи бугорчаткой и др. болѣзнями органовъ дыханія, такъ какъ въ литературѣ по данному вопросу имѣются нѣкоторыя указанія, но недостаточно опредѣленные и разнорѣчивыя. Д-ръ Баулинь <sup>5)</sup> приводитъ въ своей работѣ цѣлый рядъ авторовъ (Гаммондъ <sup>19)</sup>, Ларрей <sup>46)</sup>, Кандельейль <sup>35)</sup>, Лаверавъ <sup>47)</sup>, Пироговъ <sup>64)</sup> и др.) которые на основаніи своихъ личныхъ наблюденій отмѣтили сравнительную частоту хохотки и др. болѣзней органовъ дыханія между людьми высокаго роста. Кетла <sup>45)</sup>, одинъ изъ первыхъ обстоятельно разработавшій вопросъ о ростѣ и его связи съ различными внѣшними условіями, пришелъ къ заключенію, что высокій ростъ стоитъ въ связи съ жизненнымъ благополучіемъ и наоборотъ малый ростъ съ плохими матеріальными условіями, задерживающими развитіе организма. Бугорчатка совершенно справедливо относится къ болѣзнямъ по преимуществу бѣднаго класса, поэтому, исходя изъ заключенія Кетла, мы въ правѣ были бы признать наибольшее распространеніе бугорчатки между малорослыми, что идетъ въ разрѣзъ съ выше приведенными наблюденіями. Д-ръ Баулинь <sup>5)</sup> изъ своего матеріала для людей высокаго роста получилъ лучшія физическія качества за незначительнымъ исключеніемъ и поэтому не согласенъ признавать за высокимъ ростомъ какаго бы то ни было значенія.

Для 4562 чел. умершихъ и уволенныхъ въ арміи нижнихъ чиновъ въ 1906 и 1907 г.г. отъ бугорчатки органовъ дыханія и для 5962 чел. уволенныхъ съ хроническимъ катарромъ дыхательныхъ путей въ 1907 г., по даннымъ медицинскихъ листовъ полученъ нами средній ростъ въ 1-мъ случаѣ 37,8 верш. (168,0 см.) и во 2-омъ случаѣ — 37,6 верш. (167,2). Въ томъ же и другомъ случаѣ средній ростъ совпа-



дасть, как это видно из таблицы № 6, сь наибольше многочисленной группой, которая является одной и той же для бугорчатки и для хронического катарра дыхательных путей. Численность остальных групп постепенно уменьшается от группы среднего роста какъ въ сторону меньшаго роста, такъ и въ сторону болѣе высокаго роста соотвѣтственно биноміальной линіи Кеттла<sup>44)</sup>, выражающей собой известную сообразность въ многочисленныхъ и однородныхъ группахъ роста.

Къ сожалѣнію не имѣется данныхъ, опредѣляющихъ ростъ нижнихъ чиновъ арміи, съ которыми можно было бы сопоставить полученныя данныя относительно роста у больныхъ. Въ работѣ д-ра Оранскаго<sup>63)</sup> имѣются данныя, касающіяся только новобранцевъ 6-ти корпусовъ, при чемъ взяты корпусъ съ наибольшимъ во всей арміи ростомъ: гвардейскій и гренадерскій, а изъ прочихъ (29) лишь 4; такимъ образомъ средний ростъ (169,3 см.), полученный въ этой работѣ, долженъ быть значительно выше средняго для арміи и поэтому не можетъ служить для указанной цѣли. Въ литературѣ имѣются кромѣ того свѣдѣнія относительно роста призывныхъ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ мѣстностей, свѣдѣнія эти подробно приведены въ работѣ д-ра Горскаго<sup>30)</sup>. По нимъ средний ростъ призывныхъ представляется весьма различнымъ (36,7—37,5 вер.) для различныхъ мѣстностей въ зависимости отъ вліянія на ростъ мѣстныхъ, національныхъ и другихъ условий, какъ доказано многочисленными изслѣдованіями (Майеръ<sup>58)</sup>, Топинарь<sup>87)</sup>, Вертранъ<sup>47)</sup>, Брока<sup>10)</sup> и др.). Будучи взятъ изъ данныхъ, относящихся и къ забравованнымъ изъ-за малаго роста, средний ростъ призывныхъ представляется ниже средняго роста арміи, поэтому съ нимъ въ свою очередь не можетъ быть сопоставленъ полученный средний ростъ для служившихъ въ арміи. Принимая во вниманіе сказанное относительно средняго роста, полученнаго д-ромъ Оранскимъ и средняго роста призывныхъ, мы склоняемся къ той мысли, что средний ростъ вышедшихъ изъ арміи больныхъ бугорчаткой и хроническимъ катарромъ дыхательныхъ путей въ общемъ близокъ къ среднему росту арміи. Съ большою положительностью, чѣмъ о среднемъ ростѣ,

можно говорить о разницѣ роста больныхъ и призывныхъ на основаніи сопоставленія отдѣльныхъ группъ роста тѣхъ и другихъ, какъ это приведено въ таблицѣ.

№ 6.

№ группы роста.	РОСТЪ.	Абсолютное число вышедшихъ изъ арміи.		% общей убыли изъ арміи.		% призывныхъ по даннымъ д-ра Горскаго.
		Отъ бугорчатки орг. дых.	Отъ прогчихъ бол. орг. дых.	Отъ бугорчатки орг. дых.	Отъ прогчихъ бол. орг. дых.	
1	34 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —35 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> в. 153,4—157,8 см.	199	344	4,4	5,7	11,4
2	35 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —36 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> в. 157,8—162,2 см.	562	895	12,3	15,0	21,6
3	36 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —37 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> в. 162,2—166,7 см.	1104	1505	24,26	25,2	26,3
4	37 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —38 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> в. 166,7—171,1 см.	1208	1530	26,5	25,7	22,6
5	38 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —39 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> в. 171,1—175,6 см.	912	1054	20,0	17,7	10,5
6	39 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —40 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> в. 175,6—180,0 см.	440	463	9,6	7,7	3,1
7	40 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —41 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> в. 180,0—184,5 см.	108	130	2,4	2,2	0,6
8	свыше 41 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> в. 184,5 см.	29	41	0,6	0,7	0,1

Изъ сопоставленія съ данными д-ра Горскаго легко замѣтить, что численность группъ у призывныхъ возрастаетъ до 3-ей группы, послѣ чего рѣзко убываетъ; у туберкулезныхъ и больныхъ хроническимъ катарромъ дыхательныхъ путей наиболѣе многочисленной является 4-ая группа съ болѣе высокимъ ростомъ; группы съ малымъ ростомъ малочисленнѣе, а съ болѣе высокимъ ростомъ многочисленнѣе по сравнению съ соотвѣтствующими группами призывныхъ. Сопоставленіе это позволяетъ съ нѣкоторою вѣроятностью предположить, что при высокомъ ростѣ сравнительно чаще встрѣчается бугорчатка орг. дыханія и хроническій катарръ дыхательныхъ путей. Среди призывныхъ по вычисленію д-ра Горскаго<sup>30)</sup> ростъ, отъ-чающий средне-армейскому (ниже 38,0 в.) наблюдается въ

72,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; выше же ростъ, который требуется для гвардіи— въ 24,02<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. У туберкулезныхъ въ 1-мъ случаѣ—53,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, во 2-мъ 46,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и у больныхъ хроническимъ катарромъ дыхательныхъ путей въ 1-мъ случаѣ 58,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, по 2-мъ 41,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Это сравненіе въ свою очередь говоритъ въ пользу сдѣланнаго предположенія. Часть разработаннаго матеріала, а именно: общая убыль на 1-мъ году службы отъ бугорчатки органовъ дыханія и хроническаго катара дыхательныхъ путей представляеть наиболѣе цѣнные данныя въ вопросѣ о ростѣ. Въ отчетѣ М-ва Внутр. Дѣлъ о народномъ здравіи имѣются ежегодно свѣдѣнія о ростѣ принятыхъ по отдѣльнымъ группамъ роста, чѣмъ и можно воспользоваться для выясненія, какому росту соотвѣтствуетъ наибольшая убыль туберкулезныхъ и больныхъ хроническимъ катарромъ дыхательныхъ путей, вышедшихъ изъ арміи въ 1-мъ году службы. На диаграммѣ № 6 приведена относительная величина убыли изъ арміи отъ бугорчатки органовъ дыханія и хроническаго катара дыхательныхъ путей на 1-мъ году службы въ 1907-мъ году по отдѣльнымъ группамъ роста соотвѣтственно даннымъ отчета Мин. Вн. Д. о ростѣ принятыхъ на службу въ призывѣ 1906 года.

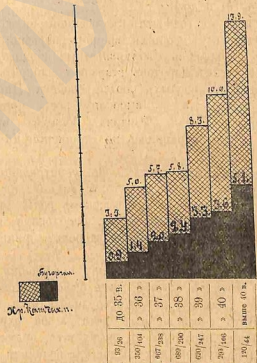
Приведенныя выше данныя и въ особенности настоящая диаграмма вполне подтверждаютъ наблюденія многихъ авторовъ, что среди людей высокаго роста относительно чаще встрѣчаются болѣзни органовъ дыханія, по крайней мѣрѣ бугорчатка и хроническій катарръ дыхательныхъ путей.

Имѣя въ виду, что средній ростъ туберкулезныхъ и больныхъ хрон. катарромъ дыхательн. путей въ общемъ близокъ къ средн. росту въ арміи и что на обычный ростъ арміи (средне-армейскій) приходится болѣе, чѣмъ 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> этихъ больныхъ, мы не въ правѣ во всякомъ случаѣ признавать за высокимъ ростомъ первостепенное значеніе въ благоприятствующихъ условіяхъ этой заболѣваемости. Съ высокимъ ростомъ, въ особенности при хорошемъ здоровьи и кажущемся хорошемъ тѣлосложеніи, связана прежде всего служба по преимуществу въ определенныхъ войскахъ (гвардіи), гдѣ могутъ быть наиболѣе неблагоприятныя условія службы (казарменныя размѣщенія, климатическія условія, усиленные наряды),

Питаніе въ арміи, какъ справедливо замѣчено нѣкоторыми авторами (Lavegan<sup>47</sup>), Баулинъ<sup>5</sup>), приспособлено главнымъ образомъ для лицъ средняго роста, поэтому

№ 6.

Распределеніе вышедшихъ отъ бугорчатки органовъ дыханія и хронич. катар. дыхат. пут. на 1-мъ году служ. по росту въ <sup>0</sup>/<sub>100</sub>-мъ отн. къ числу прин. на сл. <sup>1</sup>).



оно можетъ быть недостаточнымъ для людей высокаго роста и

<sup>1</sup>) Число вышедшихъ каждой группы роста взято въ <sup>0</sup>/<sub>100</sub>-мъ отношеніи къ числу принятыхъ соотвѣтственной группы роста (см. стр. 48). Диаграмма въ цѣломъ изображаетъ убыль отъ хрон. кат. дых. путей, болѣе затемненная ея часть—убыль отъ бугорч. орг. дыханія; числа надъ столбцами обозначаютъ: надъ верхними—величину убыли отъ хр. кат. дых. п. изъ числа принятыхъ (<sup>0</sup>/<sub>100</sub>), надъ нижними—такую же величину отъ бугорчатки орг. дых.; подъ диаграм. абсолют. числа убыли: верхняя—бугорч. орг. дых.; нижн.—хр. кат. д. путей.



обуславливать съ своей стороны усиленную ихъ заболѣваемость. Помимо условій службы, которая могутъ вліять на усиленную заболѣваемость при высокомъ ростѣ, приходится считатьъ съ относительнo малымъ размѣромъ у нихъ грудной кѣтки, какъ это установлено многими авторами, въ особенности тѣми, которые подвергали разбору матеріалъ воинскихъ присутствій. (Горскій<sup>90</sup>), Левицкій<sup>48</sup>), Соколовъ<sup>77</sup>), Скаткинъ<sup>73</sup>) и др.).

Въ вопросѣ о годности къ военной службѣ высокому росту отводилось съ давнихъ временъ первенствующее значеніе; такъ по крайней мѣрѣ извѣстные полководцы грековъ, римлянъ и другихъ народовъ старались набирать войска преимущественно изъ рослыхъ людей (войска Пярра, римскіе легіоны); пристрастіе къ высокому росту проглядывало и въ болѣе позднее время (Фридрихъ Великій), въ настоящее время оно также сохранилось по отношенію къ избраннымъ войскамъ (гвардія).

Изъ приведенныхъ данныхъ не усматривается никакихъ преимуществъ за высокимъ ростомъ; какъ бы ни было велико значеніе другихъ условій при высокомъ ростѣ въ происхожденіи усиленной заболѣваемости, необходимо внимательное и серьезное отношеніе къоцѣнкѣ здоровья принимаемыхъ на службу съ высокимъ ростомъ.

Грудь. Помимо роста въ ряду признаковъ физической годности къ военной службѣ, какъ было уже сказано нами, заслуживаетъ вниманія развитіе грудной кѣтки, которое принято оцѣнивать соотношеніемъ размѣра ея окружности съ ростомъ; такимъ образомъ въ результатъ получается болѣе или менѣе опредѣленная математическая величина. Всѣ остальные признаки, которые приводятся инструкціями для сужденія о физической годности къ службѣ, не поддаются уже никакимъ измѣреніямъ и всецѣло рѣшаются на глазъ приемщиковъ. Корпусный врачъ гвардейскаго корпуса Унтербергеръ<sup>91</sup>), мнѣніе котораго въ данномъ случаѣ является авторитетнымъ, говорить, что опытный глазъ на раздѣломъ тѣлѣ сразу получаетъ впечатлѣніе о слабогрудомъ, но и онъ признаетъ, что опытность далеко не присуща каждому приемщику.

Хорошо развитая грудь съ давняго времени являлась однимъ изъ главныхъ требованій приема на военную службу,

такъ по крайней мѣрѣ мы находимъ въ описаніи Verenія физическихъ качествъ воина, что онъ долженъ отличаться: «*erecta cervix, lato pectore, humeris musculosis*». Въ первой половинѣ прошлаго столѣтія возникаетъ мысль выразить это требованіе въ болѣе или менѣе опредѣленной величинѣ на основаніи размѣровъ грудной кѣтки; является цѣлый рядъ изысканій въ данномъ направленіи, которые приводятъ къ положительнымъ результатамъ относительно пригодности измѣренія грудной кѣтки въ оцѣнкѣ здоровья и физического развитія принимаемыхъ на службу. Литература по данному вопросу обстоятельно разобрана А. Laveran'омъ<sup>47</sup>) въ его военной глѣнѣ, а у насъ д-ромъ Баулинымъ<sup>3</sup>) въ его диссертациі. Д-ръ Нейнеръ<sup>5</sup>) первымъ устанавливаетъ наименьшій периметръ грудной кѣтки, который долженъ требоваться отъ конскриптовъ, и вскорѣ же въ Пруссіи корп. врачъ Гильдсгеймъ<sup>5</sup>) это измѣреніе вводитъ въ практику; подъ влияніемъ результатовъ подобныхъ изслѣдованій требованіе распространяется и въ другія арміи.

L. Laveran<sup>47</sup>) и Vincent<sup>17</sup>) устанавливаютъ размѣръ грудной кѣтки для людей крѣпкаго тѣлосложенія въ 83 см. и слабога тѣлосложенія 77 см.

Столяръ<sup>79</sup>) и Зеландъ<sup>33</sup>) на основаніи своихъ измѣреній у 4930 человекъ пришли къ заключенію, что у хорошо сложеннаго человѣка окружность груди всегда превышаетъ  $\frac{1}{2}$  роста на 25—40 мм., тогда какъ у людей слабога тѣлосложенія и чахоточныхъ она равна  $\frac{1}{2}$  росту и даже менѣе.

Фрѣлихъ<sup>95</sup>) принимаетъ за минимальный размѣръ у здороваго 20-лѣтняго мужчины въ 80 см. при глубокомъ вдохѣ и онъ же категорически высказывается противъ мнѣнія австрійскаго военнаго врача Тольдта<sup>86</sup>), одного изъ первыхъ противниковъ измѣренія груди. Д-ръ Тольдтъ на основаніи своихъ анатомическихъ изслѣдованій пришелъ къ выводу, что соотношенія между окружностью груди и емкостью грудной полости не существуетъ.

Большинство противниковъ измѣренія груди у принимаемыхъ, считается главнымъ образомъ на мнѣніе Тольдта, не считающаго съ результатами подобныхъ же изслѣдованій д-ра Сур-



вилло<sup>82)</sup>, проверявшего на трупах опыты Тольдта и приведшего къ противоположным выводам. Разницу въ выводахъ д-ръ Сурвилло объясняетъ тѣмъ, что Тольдтъ не принялъ во вниманіе въ своихъ изслѣдованіяхъ высоту стоянія диафрагмы и указываетъ, что при одинаковыхъ стояніяхъ диафрагмы соотношеніе между окружностью груди и емкостью легкихъ является наиболее очевиднымъ.

Увлеченіе первыхъ изслѣдователей размѣромъ грудной кѣтки, какъ выразителемъ здоровья и общей физической крѣпости, привело къ тому, что стали приписывать ему рѣшающее значеніе, и оно сказалось главнымъ образомъ у насъ въ Россіи (Вережкинъ<sup>14)</sup>, Судаковъ<sup>81)</sup>, Архиповъ<sup>3)</sup>, Столаровъ<sup>79)</sup> и др.), гдѣ преимущественно производились подобныя изслѣдованія. Это увлеченіе вполнѣ справедливо встрѣтило протестъ со стороны другихъ изслѣдователей (Vallin<sup>13)</sup>, проф. Косоровъ<sup>42)</sup>, проф. М. Яновскій<sup>100)</sup>, Циккельъ<sup>96)</sup>, Пясковскій<sup>63)</sup> и др.), хотя и этими послѣдними не отрицается въ большинствѣ случаевъ связь между соотношеніемъ размѣровъ и степенью здоровья. Проф. Яновскій, протестуя противъ измѣреній груди, не отрицаетъ въ то же время этой связи, какъ видно изъ его словъ: «нѣтъ никакого сомнѣнія, что между узкогрудными слабогрудыхъ больше, чѣмъ между широкогрудными». Несостоятельность пернаго увлеченія обнаружилась на дѣлѣ, благодаря громадному числу забракованныхъ изъ-за одного недостатка въ груди противъ установленной нормы. Во многихъ государствахъ вынуждены были отказаться отъ первоначальныхъ размѣровъ грудной кѣтки, а въ нѣкоторыхъ эти требованія совершенно исключены изъ инструкцій для освидѣтельствованія новобранцевъ. А. Лавеганъ<sup>47)</sup> видитъ причину этого отказа главнымъ образомъ въ уступкѣ чисто военнымъ интересамъ: въ невозможности обезпечить армию при подобныхъ требованіяхъ нужнымъ для нея числомъ конскриптовъ. Отстаивая прежній минимальный размѣръ груди (77 см.) Лавеганъ считаетъ современный взглядъ на непригодность измѣренія груди въ оцѣнкѣ здоровья и физическаго развитія принимаемыхъ на службу въ свою очередь крайностью, противоположной крайности первыхъ изслѣдова-

телей, подводя ее подъ обычный въ медицинѣ законъ реакціи. Дѣйствительно, на ряду съ критикой, опирающейся на изрѣстныхъ данныхъ, хотя быть можетъ не всегда точныхъ и достаточно убѣдительныхъ, встрѣчается рѣзкое осужденіе измѣренія груди новобранцевъ въ присутствіи. Д-ръ Тукмачевъ<sup>89)</sup> въ своей короткой замѣткѣ по поводу пріема новобранцевъ говоритъ, что измѣреніе груди у нихъ ведетъ къ тому, что освобождаются отъ службы крѣпкіе и здоровые люди только потому, что есть недомѣръ въ груди. Въ подтвержденіе своихъ словъ д-ръ Тукмачевъ не приводитъ никакихъ данныхъ, поэтому съ ними нельзя серьезно считаться; категоричность же, съ которой онъ высказывается, не есть основаніе для признанія за ними правоты. Несмотря на наступившую реакцію, необходимость измѣренія грудной кѣтки при пріемѣ отставало и отстаивается различными авторами, при чемъ указывается на связь съ плохо развитой грудью слабосилія, въ особенности же на предрасположеніе къ груднымъ болѣзнямъ и чахоткѣ въ частности у лицъ, узкогрудыхъ. Тисе<sup>88)</sup> на основаніи своихъ изслѣдованій грудной кѣтки у туберкулезныхъ характеризуетъ ее недоразвитіемъ или атрофической.

Маскiewicz<sup>54)</sup> нашелъ малую окружность у туберкулезныхъ въ 4 раза чаще, чѣмъ у здоровыхъ. Тисеа<sup>88)</sup>, критикуя неопредѣленность бельгійской инструкціи, требуетъ измѣненія статьи: «общая слабость организма съ предрасположеніемъ къ чахоткѣ», дающей поводъ къ злоупотребленіямъ, путемъ установленія минимума объема груди. Машковскій<sup>59)</sup> на основаніи значительнаго преобладанія аномальныхъ грудныхъ кѣтокъ у чахоточныхъ по сравненію съ здоровыми, которое онъ констатировалъ на своемъ матеріалѣ, дѣлаетъ предположеніе, что аномальное въ высокой степени развитіе груди, играло въ заблѣваемости легкой бурчаткой роль предрасполагающаго момента. Пумпянскій<sup>68)</sup> на основаніи 30000 сдѣланныхъ имъ измѣреній высказывается рѣшительно въ пользу измѣреній грудной кѣтки, пріяв къ заключенію, что у болѣе крѣпкихъ людей и болѣе относительная окружность груди. Изъ современныхъ авторовъ слѣдуетъ упомянуть австрійскаго военнаго врача Е. Glaser'a<sup>24)</sup>, который,

разбирая различные признаки годности к службѣ, считаетъ измѣреніе окружности груди заслуживающимъ полнаго вниманія.

Д-ръ Алфѣевъ<sup>2)</sup>, наиболѣе другихъ осудившій формулу воинскихъ присутствій (размѣръ груди въ соотношеніи съ полуростомъ), высказываетъ за то, что вообще никакія математическія формулы, полученныя изъ антропометрическихъ измѣреній, не могутъ быть примѣнны въ воинскихъ присутствіяхъ уже потому, что въ силу существующихъ законоположеній и современныхъ взглядовъ на пріемъ, простительнѣе принять на службу десять больныхъ или неспособныхъ, чѣмъ не принять одного здороваго или способнаго. Подобная тенденція не заслуживаетъ вниманія, какъ въ корнѣ подрывающая значеніе освидѣтельствованія при пріемѣ и явно kloпящаяся къ нарушенію интересовъ арміи. Ген. Редигеръ<sup>7)</sup> совершенно справедливо высказываетъ опасеніе, что наша армія, благодаря недостаткамъ пріема новобранцевъ, можетъ оказаться въ физическомъ отношеніи гораздо слабѣе иностранныхъ, хотя величина нашей арміи составляетъ лишь 0,81% населенія въ Имперіи, тогда какъ въ Германіи это отношеніе равняется уже 1,08%, а во Франціи 1,31%.

Всѣ инструкціи по освидѣтельствованію новобранцевъ предписываютъ руководствоваться исключительно результатами перкуссій и аускультаций въ оцѣнкѣ здоровья внутреннихъ органовъ. Перкуссия и аускультация безспорно занимаютъ первенствующее положеніе въ ряду диагностическихъ методовъ, но это еще не даетъ право говорить, что и они обладаютъ абсолютной точностью и давали бы тождественныя результаты у различныхъ исследователей. Возможность разногласій въ оцѣнкѣ полученныхъ результатовъ при перкуссіи и аускультаций подтверждается повседневыми фактами и находить себѣ объясненіе не только въ опытности и умѣнн пользоваться этими методами, но и въ субъективной оцѣнкѣ результатовъ исследования. Штрюмпель<sup>9)</sup> вполне справедливо предостерегаетъ отъ переоцѣнivanja легкихъ притупленій, которыя по его словамъ часто приводятъ къ ошибочнымъ диагнозамъ. Blumel Clagus<sup>9)</sup>, указывая на 85 ошибочно принятыхъ въ санаторіи Görbersdorfa изъ 1700 чел., объясняетъ это ошибочными диагнозами: притупленіемъ вслѣдствіе сколіозовъ, мышечныхъ гипертрофій и т. д.

Wolff-Eisner<sup>18)</sup> говоритъ, что удлиненіе выдыха и жесткое дыханіе отнюдь не во всѣхъ случаяхъ указываютъ на существованіе инфильтратовъ и что эти явленія могутъ встрѣтиться и у здоровыхъ субъектовъ; по мнѣнію Fernet<sup>49)</sup> и Bartha<sup>49)</sup> ослабленіе везикулярнаго дыханія также само по себѣ далеко не рѣшаетъ діагностику туберкулеза. Lemoiné<sup>50)</sup> изъ 945 человекъ констатировалъ у 86 аномаліи дыханія (у 59 ослаб. дыханіе и у остальныхъ удлинен. выдыхъ и жесткое дыханіе); изъ нихъ лишь 8 получило временный отпускъ и 11 были уволены окончательно, остальные были въ продолженіе службы исполнѣ здоровыми, мало того большинство изъ нихъ никогда не заявлялось съ жалобами на болѣзнь. Перкуссия и аускультация, какъ-бы ни былъ опытенъ исследователь, къ сожалѣнію, зачастую не въ состояніи обнаружить центральныхъ туберкулезныхъ фокусовъ, которые открываются иногда при помощи рентгеновскаго метода (Vierhuff<sup>16)</sup>). Тотъ, кто требуетъ точныхъ, безошибочныхъ способовъ исследования при освидѣтельствованіи новобранцевъ, долженъ былъ бы отказаться и отъ этихъ цѣнныхъ методовъ, какими являются перкуссия и аускультация.

Опредѣленіе годности къ службѣ въ воинскихъ присутствіяхъ можетъ быть во многихъ случаяхъ только приближительнымъ. Въ явныхъ случаяхъ существованія болѣзни или физическаго недоразвитія присутствіе въ правѣ забрakovывать подобныхъ лицъ; тамъ же, гдѣ является сомнѣніе хотя-бы на основаніи одного какого-либо признака, необходимо вестороннее клиническое исследование, возможное только въ лечебномъ заведеніи и требующее болѣе или менѣе продолжительный срокъ. Подобные случаи предусмотрены 170 ст. Устава о воин. повин. и этимъ путемъ лишь можно избѣжать тяжелыхъ послѣдствій рискованнаго пріема въ ряды арміи сомнительныхъ по своему здоровью людей.

Мы не располагаемъ всѣми данными, на основаніи которыхъ можно было-бы судить о пригодности для воинскихъ присутствій многочисленныхъ математическихъ формулъ, предложенныхъ различными авторами и выражающихъ собой степень здоровья и физической пригодности, за исключеніемъ роста и груди.



Собранные измерения роста и груди у 4962, выбывших из армии вследствие бугорчатки, и 5962, выбывших от хронического катарра дыхательных путей, могут служить лишь для выяснения нѣлесообразности формулы воинских присутствій (соотношеніе окружности груди съ  $\frac{1}{2}$  роста); измерения относятся ко времени поступления на службу, когда они были признаны здоровыми, а не ко времени болѣзни. Для сопоставленія полученныхъ данныхъ съ данными, касающимися здоровыхъ людей, пришлось руководствоваться главнымъ образомъ данными д-ра Оранскаго<sup>63</sup>). Данныхъ о средней груди вообще арміи здоровыхъ людей въ литературѣ не имѣется; имѣются свѣдѣнія отдельныхъ авторовъ о средней груди призванныхъ въ различныя мѣстностяхъ Имперіи, но они касаются не только здоровыхъ людей, но и заведомо больныхъ, забракованныхъ присутствіями и людей съ сомнительнымъ здоровьемъ, поэтому не могутъ служить для сравненія съ данными, полученными въ настоящемъ случаѣ. Въ таблицѣ № 7 приводится сравненіе полученной величины средней груди и ея излишка надъ полуростомъ у выбывшихъ отъ болѣзней орг. дыханія, хотя и принятыхъ на службу за здоровыхъ, съ подобными величинами у здоровыхъ людей съ одной стороны и у заведомо больныхъ съ другой.

Средняя грудь у сомнительныхъ здоровыхъ людей (выбывшихъ со службы отъ бугорчатки органовъ дыханія и хронического катарра дыхательныхъ путей) оказалась въ общемъ меньше, чѣмъ у здоровыхъ, и больше, чѣмъ у заведомо больныхъ; разница эта наиболее значительна съ данными д-ра Столярова<sup>79</sup>) и Зеландъ<sup>33</sup>). Размѣръ средней груди почти во всѣхъ измеренияхъ превышаетъ размѣръ соответствующаго полуроста, за исключеніемъ у чахоточныхъ по Столярову и Зеландъ, гдѣ грудь= $\frac{1}{2}$  росту и даже нѣсколько менѣе его. Превышеніе размѣра груди надъ соответствующимъ полуростомъ представляетъ замѣтныя колебанія: наименьшее превышеніе у заведомо больныхъ, нѣсколько больше у сомнительныхъ здоровыхъ и больше всего у здоровыхъ. Сдѣланное сопоставленіе даетъ возможность предположить, что соотношеніе размѣра груди и полуроста можетъ служить указаніемъ на известную степень здоровья.

№ 7.

	При приемѣ у выбывш. вслѣдств. со службы.		У больн. бугорч. легкыхъ, хрон. кат. дѣх. путей и слабосильныхъ.		У здоровыхъ.	
	Отъ бугорч. орг. дѣх.	Отъ хронич. катарр. дѣх. путей.	По данн. д-ра Оранскаго въ отношеніи къ полуросту.	По данн. Столярова и Зеландъ уволен.:	По даннѣмъ д-ра Оранскаго.	По даннѣмъ Столярова и Зеландъ.
Средняя грудь . . . . .	86,7	85,9	85,4	83,1	88,7	89,2
Средній ростъ . . . . .	168,0	167,2	—	166,7	169,3	166,7
Разница между груд. и $\frac{1}{2}$ рост.	2,7	2,3	—	-0,25	-0,45	5,85

Изъ данныхъ, касающихся средней груди у людей, признанныхъ при приемѣ здоровыми и вслѣдствіи выбывшихъ изъ арміи отъ бугорчатки органовъ дыханія и хронического катарра дыхательныхъ путей, обращаетъ на себя вниманіе разница въ размѣрахъ средней груди у выбывшихъ на 1-мъ году службы по сравненію со старо-служащими, а именно:

	Бугорчатка.	Хрон. катарръ дѣх. пут.
Средняя грудь при приемѣ у выбывшихъ на 1-мъ году службы . . . . .	86,2	85,3
Средняя грудь при приемѣ у старо-служащихъ . . . . .	87,2	86,4

Слѣдуетъ опять таки замѣтить, что въ томъ и другомъ случаѣ размѣры взяты въ одно время: при поступленіи на службу, поэтому не можетъ быть рѣчи о болѣе развитой груди у старо-служащихъ въ зависимости отъ службы на-

БИБЛИОТЕКА  
Харьковской Медицин. Академіи



возраста. Разница эта свидетельствует, что люди с менее развитой грудью или с меньшей ее окружностью выбывают раньше из строя и следовательно менее устойчивы, чѣм люди с большей окружностью груди; этимъ въ свою очередь подтверждается сдѣланное выше предположеніе, что окружность груди до известной степени характеризуетъ крѣпость организма, по крайней мѣрѣ со стороны органовъ дыханія.

Средняя грудь по группамъ роста при поступленіи на службу у выбывшихъ вѣдствіи отъ бугорчатки и хроническаго катарра дых. п. представляется въ слѣдующемъ видѣ:

№ 8.

Группа роста и средней ростъ группы. въ см.	Бугорчатка орган. дых.			Хроническ. катарръ дмх. пуг.		
	Число лѣт. дей.	Средняя грудь.	Разница между грудью и $\frac{1}{2}$ роста.	Число лѣт. дей.	Средняя грудь.	Разница между грудью и $\frac{1}{2}$ роста.
153,4—157,8	199	83,2	5,4	344	82,7	4,8
155,6						
157,8—162,2	562	84,3	4,3	895	83,4	3,4
160,0						
162,2—166,7	1104	85,1	3,2	1505	85,1	2,1
163,9						
166,7—171,1	1208	87,2	3,2	1530	86,3	2,3
168,0						
171,1—175,6	912	88,7	2,5	1054	87,8	1,6
172,4						
175,6—180,0	440	89,5	1,0	463	89,1	- 0,7
176,9						
180,0 и выше	137	90,6	-0,5	171	90,4	-0,7
182,2						

Изъ этихъ данныхъ мы видимъ, что у сомнительныхъ здоровыхъ абсолютный размѣръ груди увеличивается съ ростомъ, разница же съ полуростомъ уменьшается; на высомъ ростѣ соотношение мѣняется и полуростъ ужъ превосходить соответственный ему размѣръ груди; то же самое замѣчается по изслѣдованію другихъ авторовъ и у здоровыхъ. Д-ръ Баулинъ<sup>5)</sup> изъ данныхъ своего матеріала, пришелъ къ выводу, что въ среднемъ у здоровыхъ на каждые 4,44 см. роста прибавляется 1,65 см. окружности груди; у выбывшихъ отъ бугорчатки органовъ дыханія и хроническаго катарра дыхательныхъ путей при пріемѣ на службу, когда они считались здоровыми, увеличеніе это на взятыхъ матеріалѣ представляется меньшимъ: 1,3 см. На основаніи приведеннаго можно заключить, что размѣръ груди съ увеличеніемъ роста хотя и увеличивается, но въ недостаточной степени и въ особенности у людей, которая заблѣваютъ бугорчаткой органовъ дыханія или хроническимъ катарромъ дыхательныхъ путей.

Эти данныя оправдываютъ такимъ образомъ предположеніе, что среди людей высокаго роста относительно чаще встрѣчаются страданія дыхательныхъ путей, въ особенности захоткой, и этимъ объясны они въ значительной степени недостаточному развитію своей грудной кѣтки.

Ниже приведено распределеніе выбывшихъ изъ арміи отъ бугорчатки органовъ дыханія и хроническаго катарра дыхательныхъ путей по соотношенію размѣра грудной кѣтки къ  $\frac{1}{2}$  роста.

Подобнаго распределенія здоровыхъ людей въ арміи для даннаго времени не имѣется, съ которымъ можно было бы сопоставить полученное распределеніе выбывшихъ отъ болѣзней орг. дыханія, въ частности отъ бугорчатки ихъ. Такого рода свѣдѣнія приводятся д-ромъ Баулинымъ, при чемъ имъ найдена у здоровыхъ лишь въ 10% грудь меньше  $\frac{1}{2}$  роста и равна ему; такимъ образомъ получается рѣзкое несоответствіе съ данными для выбывшихъ со службы отъ бугорчатки органовъ дыханія и хронич. катарра дыхат. путей, малый размѣръ груди которыхъ не былъ до-

№ 9.

	Выбывшие от бугорчатки орг. даж.				Выбывшие от хрон. катарра даж. п.							
	Абсолютное число.		Въ % къ общему числу.		Абсолютное число.		Въ % къ общему числу.					
	Всего.	На 1 г.	Всего.	На 1 г.	Всего.	На 1 г.	Всего.	На 1 г.				
Грудь меньше 1/2 роста . . . . .	909	395	514	19,9	22,7	18,2	1302	772	1502	25,2	27,3	23,3
» = 1/2 роста . . . . .	166	64	102	3,6	3,7	3,6	215	96	119	3,6	3,4	3,8
» больше 1/2 р. до 1/2 вер. . . . .	1091	429	662	23,9	24,6	23,5	1938	635	723	22,8	22,5	23,1
» » до 1 вер. . . . .	1075	378	697	23,7	21,7	24,7	1386	639	747	23,3	22,5	23,8
» » до 1 1/2 » . . . . .	723	262	461	15,8	15,0	16,4	873	405	468	14,6	14,3	15,0
» » на 1 1/2 в. и выше . . . . .	598	215	383	13,1	12,3	13,6	628	292	346	10,5	10,0	11,0
Итого . . . . .	4562	1743	2819	100,0	100,0	100,0	5962	2829	3133	100,0	100,0	100,0

статочно отъѣненъ при приѣмѣ. Выводъ слишкомъ ясенъ, хотя его можно оспаривать на томъ основаніи, что д-ръ Баулинъ производилъ измѣренія въ концѣ еще 70-хъ годовъ, но среди взятаго имъ материала можно было ждать большаго числа съ недостаточнымъ размѣромъ груди, такъ какъ инструкция того времени допускала къ приѣму съ наименьшимъ размѣромъ груди чѣмъ въ последнее время. На основаніи сопоставленія мы въ правѣ предполагать, что число людей съ малымъ размѣромъ груди среди выбывшихъ отъ болѣзней орг. дыханія, въ частности отъ бугорчатки ихъ, представляется значительнымъ при томъ, что инструкция устанавливаетъ размѣръ груди у людей съ хорошимъ сложеніемъ не менѣе 1/2 роста, и на основаніи 1-й статьи распсіянія болѣзней не допускаетъ къ приѣму лицъ слабого сложенія. Объясненіе значительнаго числа съ недостаточной грудью можетъ заключаться толоку въ той неопредѣленности инструкции, которая обезцѣниваетъ установленный ею же размѣръ груди (п. 11 расп. бол.). Наиболее опредѣленное представленіе о значеніи размѣра груди при отѣнкѣ здоровья принимаемыхъ на службу получается изъ сравненія числа выбывшихъ на 1-мъ году службы и выбывшихъ черезъ болѣе продолжительный срокъ, — наибольшее число лицъ съ малой грудью падаетъ на 1-й г. службы; слѣдовательно чѣмъ меньше размѣръ окр. груди, тѣмъ больше шансовъ скорѣе выбыть изъ арміи. (табл. № 9).

Настоящій матеріалъ даетъ указанія на неодинаговую численность въ отношеніи размѣра грудной клѣтки лицъ различной національности. Данныя эти, взятыя въ 0/0 къ соответствующему общему числу, приведены въ табл. № 10.

Наибольшее число съ малымъ размѣромъ груди приходится на группу евреевъ, рѣзко выдающихся изъ всѣхъ остальныхъ группъ; значительно меньше евреевъ, но больше другихъ группъ даютъ узкую грудь кавказскіе инородцы. Всѣ остальные группы имѣютъ размѣръ груди, мало отличающій ихъ другъ отъ друга и близкій къ среднему: почти для всѣхъ грудь превышаетъ размѣръ роста на 1/2 вершка въ 50 0/0 случаевъ, столько же приходится и на менѣйшій размѣръ. Относительно этихъ послѣднихъ группъ дѣлать какой либо выводъ

## № 10.

	Выбывшие от бугорчатки органовъ дыханія.				Выбывшие от хроническаго катарра дыхательн. путей.			
	Грудь меньше $\frac{1}{2}$ роста.	Грудь равна $\frac{1}{2}$ росту.	Грудь болше $\frac{1}{2}$ P. до $\frac{1}{2}$ вер.	Грудь болше $\frac{1}{2}$ P. отъ $\frac{1}{2}$ вер. и выше.	Грудь меньше $\frac{1}{2}$ роста.	Грудь равна $\frac{1}{2}$ росту.	Грудь болше $\frac{1}{2}$ P. до $\frac{1}{2}$ вер.	Грудь болше $\frac{1}{2}$ P. отъ $\frac{1}{2}$ вер. и выше.
1. Православные *) . . . . . (преимуществ. русскіе).	18,5	3,7	24,5	53,3	23,8	3,8	22,7	49,7
2. Прочіе христіане *) . . . . . (нѣмцы, поляки, латыши, эсты и друг.).	18,3	3,6	23,5	54,5	24,5	2,6	22,0	50,9
3. Евреи . . . . .	48,4	3,2	18,5	29,8	48,5	3,5	21,3	26,7
4. Магометане, язичники . . . . . (татары, башкиры, черемисы, бураты, калмыки и др.).	17,8	3,5	25,5	53,2	18,8	3,8	24,9	52,5
5. Кавказскіе инородцы . . . . . (армяне и грузины по преимуществу).	27,5	3,4	20,2	48,9	25,6	4,2	26,8	43,4

не представляется возможнымъ уже потому, что онѣ крайне разнородны въ своемъ составѣ, такъ въ группу «прочіе христіане» входятъ нѣмцы, поляки, латыши, эсты и др., которые несомнѣнно различаются межъ собою, — въ происхожденіи, къ сожалѣнію, не выясняетъ эти народности. Большое число узкогрудыхъ среди евреевъ и отчасти кавказцевъ находится въ связи съ ихъ національными особенностями. Не располагая данными о томъ, какъ велика убыль отъ болѣзней органововъ дыханія въ арміи среди евреевъ по сравнению съ другими, мы не въ состояніи судить о значеніи малаго размѣра ихъ груди въ заболѣваемости этихъ органововъ. Кавказскихъ

\*) За исключеніемъ кавказцевъ.

инородцевъ есть полное основаніе считать предрасположенными къ бугорчаткѣ и другимъ болѣзнямъ органововъ дыханія по той усиленной заболѣваемости, которая замѣчается среди нихъ въ арміи и будетъ отмѣчена нами въ дальнѣйшемъ; здѣсь, такимъ образомъ, является возможность ставить въ связь это предрасположеніе съ малымъ размѣромъ ихъ грудной кѣтки. Проф. Косоротовъ<sup>42)</sup>, относясь критически къ установленію извѣстной нормы для размѣра грудной кѣтки при приѣмѣ на военную службу, указываетъ, что эта норма должна видоизмѣняться соотвѣственно тѣмъ или инымъ особенностямъ, между прочимъ и національнымъ. Размѣры грудной кѣтки несомнѣнно находятся въ тѣсной связи съ различными условіями жизни, но устанавливая опредѣленную величину размѣра ея, какъ показателя здоровья, пришлось бы требовать отъ всѣхъ призываемыхъ именно эту величину, такъ какъ было бы крайней несправедливостью требовать отъ однихъ болѣе крѣпкое здоровье, отъ другихъ болѣе слабое. Инструкция 1883 г. дѣйствительно установила размѣръ грудной кѣтки болше полуроста на  $\frac{1}{2}$  вершка для приема на службу всѣхъ, кромѣ евреевъ, приемъ которыхъ допускался и съ грудью менѣе  $\frac{1}{2}$  роста на  $\frac{1}{2}$  вершка, очевидно, въ предположеніи, что евреи по сравнению съ другими болѣе узкогруды. Разсуждая такъ, можно придти къ заключенію, что если среди нихъ было бы замѣчено большое число туберкулезныхъ больныхъ, необходимо было бы допустить приемъ страдающихъ туберкулезомъ. Равномѣрное распреденіе воинской повинности въ государствѣ менѣе всего относится къ задачамъ инструкціи по освидѣтельствованію здоровья новобранцевъ, которая прежде всего должна беречь армію отъ слабыхъ и больныхъ людей. Если призывъ или военная служба обнаруживаютъ непригодность къ ней людей въ зависимости отъ предшествовавшихъ: національныхъ, профессиональныхъ и другихъ условій жизни, естественно имъ должны быть видоизмѣнены условія самой службы раньше, чѣмъ допускать подобный приемъ; наконецъ, во избѣжаніе неравномѣрнаго распреденія воинской повинности, она въ извѣстныхъ случаяхъ могла бы быть замѣнена другою повинностью передъ государствомъ.



Если принять во внимание минимальный размер груди, указанный в инструкции некоторых армий, для приема на службу, мы видим, что средний размер груди, полученный нами у сомнительных здоровых, близок к размеру, существующему только в Англии—86,3 см. Остальные размеры не только меньше его, но и меньше размеров, полученных другими авторами (д-р Оранский<sup>63</sup>), Столяров<sup>79</sup>), Зеланд<sup>83</sup>) и заведомо больных<sup>\*)</sup>.

Подобные слишком малые размеры груди не могут, конечно, обезопасить армию от поступления в ее ряды людей, предрасположенных к заболеванию или с плохим здоровьем, но применение их, в особенности в соотношении с размером роста, избавит армию от наиболее худшего элемента и значительно облегчит прием. Наглядность и возможность легко проверить данное измерение, не говоря уже о его несложности, скорее приводят к согласному заключению членов приемных комиссий, таково мнение La v e r a n'a<sup>47</sup>) и с ним нельзя не согласиться, судя по опыту, вынесенному из воинских присутствий.

Отзыв проф. Ландцера<sup>68</sup>) об измерении груди, как о драгоценном и, главное, постоянном критерии годности рекрута к военной службе одинаково грешит, как и полное обезличивание его другими исследователями. Полученные данные свидетельствуют о несомненной связи известной неустойчивости организма по крайней мере в отношении органов дыхания с недостаточным размером груди, тем однако не исключается возможность заболевания и с хорошо развитой грудной клеткой. Пользуясь этой связью, можно было бы предупредить роковые ошибки при освидетельствовании новобранцев в присутствиях тем, что в случаях недостаточного развития груди, если нет других явных признаков плохого здоровья, направлять для дополнительного исследования в лечебные заведения.

\*) Швеция—78 см., во Франции (инструкция 1905 г.)—77 см., в Италии размер не допускающий вовсе к службе (77—81 см.) соответственно росту.

## IV.

Разбор условий приема на службу показал, как велика возможность поступления на службу людей уже больных, легко восприимчивых к различным болезням, но было бы ошибочно объяснять высокую заболеваемость в армии одним несовершенством приема. Проф. Lemoine<sup>58</sup>) высказывается с положительностью за то, что случаи заражения бугорчаткой на службе должны быть отнесены к весьма редким, исключительным случаям. Это мнение, при всем глубоком уважении к автору, следует признать слишком оптимистичным, по крайней мере в отношении нашей армии, судя уже по одной относительной частоте убыли от нея, увеличивающейся к концу службы. В улучшении санитарной обстановки армии за последние годы ни в каком случае нельзя видеть тот предел, который может быть достигнут в этом направлении военной санитарией. Современная военная служба заключает в себе различные благоприятные для заболеваемости моменты, исключительно ей присущие; существование их подтверждается официальными ежегодными отчетами о санитарном состоянии армии. В последнем отчете (за 1908 г.) мы читаем: «Рост заболеваемости за последние годы, а также повышенную заболеваемость во многих округах можно объяснить следующими причинами:

1) Неблагоустройством казарм. По прежнему только казармы инженерного ведомства удовлетворяют требованиям гигиены и современной войсковой службе.

Значительно ниже стоят частновладельческие здания, выстроенные по плану инженерного ведомства при денежной субсидии от правительства.

2) Размещение нижних чинов по прежнему остается значительно скученным. По недостатку помещения во многих гарнизонах, напр. Приамурского округа, нижние чины размещались на двух-ярусных нарах, вследствие чего, помимо других санитарных неудобств, доступ солнечного

свѣта въ казармѣ значительно понижался, а провѣтриваніе ихъ мало достигало цѣли.

При неисправности печей нѣкоторыя помѣщенія (Приамурск. окр.) были настолько холодны, что температура въ нихъ опускалась до 5° по R. и даже ниже.

3) Вентиляція казарменныхъ помѣщеній, за рѣдкими исключеніями, является далеко недостаточной и удовлетворяетъ санитарнымъ требованіямъ только въ постройкахъ инженернаго вѣдомства, снабженныхъ вытяжными каминными и вентиляціонными трубами около печей. Плохая вентиляція казарменныхъ помѣщеній является одной изъ главнѣйшихъ причинъ сильнаго развитія и постоянного роста въ войскахъ болѣзней органовъ дыханія, что особенно сказывается въ тѣхъ казармахъ, гдѣ за отсутствіемъ столовыхъ и специальныхъ комнатъ для учебныхъ занятій (а такихъ казармъ много) люди спятъ, обѣдаютъ и учатся въ одномъ и томъ-же помѣщеніи. За отдаленностью-же отъ жилья отхожихъ мѣстъ, приходится вносить на ночь въ самое помѣщеніе или въ корридоръ его — ночные парши. Вообще отхожія мѣста, холодныя и примитивнаго устройства, во многихъ казармахъ построены вдали отъ жилищъ помѣщеній.

4) Солдатская постель. Главнымъ недостаткомъ ея по прежнему является тюфякъ, ибо солома въ большинствѣ частей мѣнялась 2, много 3 раза въ годъ. Не говоря уже о жесткости сбитаго тюфяка, онъ, не смотря на ежедневное выколачиваніе, все-же даетъ массу пыли, которая, разносясь по казарменнымъ помѣщеніямъ, оказываетъ вредное вліяніе на дыхательные пути и слизистую оболочку глаза, предрасполагая нижнихъ чиновъ къ заболѣванію бронхитомъ и конъюнктивитомъ. Соломенные тюфяки необходимо замѣнять матрацами изъ морской травы или мочалы, а гдѣ это не окажется возможнымъ — соломенными матами. Также весьма желательно отбросить старый, крайне негигиеничный способъ уборки половъ сухими щетками, и узаконить способъ метенія половъ опилками или пшаврами, овлаженными дезинфицирующими растворами, какъ это практикуется въ нѣкоторыхъ частяхъ войскъ.

Въ этой выдержкѣ изъ официального отчета подчеркивается лучшее устройство казармъ инженернаго вѣдомства по сравненію съ частновладельческими домами, случайно обрѣденными въ казармы; такимъ образомъ на послѣдніи больше всего ложится отвѣтственность въ происхожденіи болѣзней органовъ дыханія. Признавая извѣстныя преимущества казармъ первой категоріи, нельзя считать и ихъ вполнѣ безупречными; доказательствъ тому, что они обезпечиваютъ наименьшую заболѣваемость въ арміи въ отношеніи разбираемыхъ болѣзней, не имѣется. Казарменный вопросъ слишкомъ сложный и приходится считать съ разнообразіемъ фактовъ, такъ или иначе вліяющихъ на здоровье нижнихъ чиновъ арміи и связанныхъ съ ихъ размѣщеніемъ.

Кавалерійскія части въ противоположность частямъ другихъ родовъ оружія чаще всего размѣщены въ обывательскихъ домахъ, нерѣдко въ крестьянскихъ избахъ по деревнямъ и несмотря на это даютъ изъ всѣхъ родовъ оружія наименьшую заболѣваемость бугорчаткой и другими болѣзнями органовъ дыханія (стр. 83). Въ приведенномъ примѣрѣ недостатки обывательскихъ домовъ смягчаются другими условіями: болѣе широкимъ расквартированіемъ, что было еще замѣчено д-ромъ Столяровымъ<sup>79)</sup>, и стоянкой въ небольшихъ городахъ и деревняхъ, а не въ многолюдныхъ центрахъ. Неблагопріятнымъ вліяніемъ большихъ городовъ на размѣщеніе въ нихъ войскъ многими авторами у насъ и за границей объясняется усиленная заболѣваемость бугорчаткой въ этихъ войскахъ.

Д-ръ Успенскій<sup>92)</sup> по даннымъ, относящимся еще къ 70-мъ годамъ, приводитъ заболѣваемость бугорчаткой для гардейскихъ войскъ Петербурга—14,10<sup>00</sup>/<sub>000</sub>, а въ окрестностяхъ его 5,91<sup>00</sup>/<sub>000</sub>.

О средней заболѣваемости со стороны орг. дыханія, въ частности бугорчаткой, въ гарнизонахъ Петербурга, Москвы, Варшавы и Вильны по сравненію съ той-же заболѣваемостью въ гарнизонахъ ближайшихъ къ нимъ, но меньшихъ городовъ, можно судить по даннымъ отчетовъ за послѣднія 10 л. (съ 1898 г. по 1907 г.) приведеннымъ въ таблицѣ № 11.

## № 11.

	Петер-гофф.	Ораніен-баумъ.	С.-Петер-бургъ.	Царское Село.	Гатчина.
Болезни орг. дых.	39,18	52,97	70,98	51,04	43,31
Бугорч. легк. . .	4,83	5,6	9,78	4,49	3,75
	Орелъ.	Тула.	Москва.	Казуга.	Рязань.
Болезни орг. дых.	39,19	40,80	61,96	44,65	41,01
Бугорч. легк. . .	1,35	3,15	5,38	3,21	2,60
	Скверн-вицы.	Плоцк.	Варшава.	Сѣдлецъ.	Ломжа.
Болезни орг. дых.	45,3	47,2	77,37	52,35	49,65
Бугорч. легк. . .	3,9	2,0	4,47	2,99	3,89
	Могилевъ.	Витебскъ.	Вильна.	Митава.	Сувалки.
Болезни орг. дых.	25,96	28,31	49,02	37,7	29,25
Бугорч. легк. . .	2,6	1,60	7,54	3,98	1,49

Рѣзкая разница въ заболѣваемости органовъ дыханія, въ частности бугорчаткой, въ приведенныхъ гарнизонахъ можетъ объясняться вліяніемъ неблагоприятныхъ условій большихъ городовъ, но при этомъ необходимо имѣть въ виду и другія условія размѣщенія войскъ въ этихъ гарнизонахъ. Къ подобнымъ условіямъ должны быть отнесены: давность существованія казармъ, типъ ихъ построекъ, степень освѣщенія солнцемъ, высота мѣстности, почвенныя условія и т. п., но къ сожалѣнію настоящей матеріалъ не даетъ никакихъ относительно ихъ указаній.

Какъ бы ни была очевидна связь заболѣваемости органовъ дыханія съ приведенными факторами, за ними остается вто-

ростенное значеніе благоприятствующихъ моментовъ; они не заключаютъ въ себѣ той грозной непосредственной опасности, какъ официально удостовѣренные недостатки казармъ: тѣснота, недостаточная вентиляция и неудовлетворительное содержаніе помѣщеній.

Тѣсноту казармъ нерѣдко стараются оправдать различными трудностями и въ особенности дороговизной при постройкѣ ихъ и совершенно игнорируютъ тѣ громадные и непроезжимыя траты, которыя влекутъ за собой усиленная заболѣваемость, инвалидность и смертность въ арміи, какъ неизбежное послѣдствіе невыполненныхъ санитарныхъ требованій. Весьма цѣнны и поучительны слова Императора Александра III, начертанныя на одномъ изъ докладовъ по поводу постройки казармъ: «Все это исполнимо и не такъ трудно. Надо только умѣть, а главное хотѣть»<sup>57)</sup>. Установленная норма воздушнаго куба (1,5 куб. саж. на одного челов.) должна разматриваться какъ minimum, тѣмъ не менѣе этотъ законный minimum существуетъ далеко не вездѣ, — д-ръ Сибирскій<sup>84)</sup> въ В. Мед. Ж. за 1905 г. отмѣчаетъ случаи, гдѣ на нижняго чина приходится въ помѣщеніяхъ не болѣе  $\frac{1}{3}$  —  $\frac{3}{4}$  куб. саж.

Тѣснота въ казармахъ вліяетъ на тѣсноту размѣщенія кроватей, почему и приходится до сихъ поръ встрѣчать въ казармахъ сплошныя нары взаимъ кроватей. Опытъ Флюгге<sup>94)</sup>, Лаценко<sup>94)</sup> и Геймана<sup>94)</sup> устанавливаютъ возможность непосредственнаго зараженія брызгами, содержащими Коховскихъ палочекъ при кашлевыхъ приступахъ чахоточныхъ на разстояніи до 1-го метра; при такихъ условіяхъ опасность сплошныхъ наръ становится очевидной.

Переживаемое время характеризуется усиленнымъ строительствомъ казармъ, поэтому требуются рѣшительныя мѣры, чтобы въ основѣ строительства прежде всего лежала забота о здоровьи жившихъ чиновъ; вмѣстѣ съ тѣмъ является безусловно необходимымъ участіе военныхъ врачей въ строительныхъ коммиссіяхъ.

Тѣснота казармъ дѣлаетъ необходимымъ остальные недостатки помѣщеній: испорченность воздуха и плохое содержаніе ихъ. Въ теченіе дня, когда нижніе чины безпрестанно входятъ и уходятъ изъ помѣщеній, когда открываются окна и



двери для освежения воздуха, испорченный воздух в казармах может не ощущаться, — но тот кто не бывал в казармах ночью, не имеет представления, до какой степени может достигать испорченный воздух жилого помещения и как несовершенна естественная вентиляция. Улучшению вентиляции Simpson<sup>73)</sup> придает главное значение в рзкомь уменьшении бугорчатки в английской армии с 1860 года. Установленный воздушный кубь расчитан при условии 2-х—3-х-кратного обьема воздуха въ часъ; Lemoine, считая совершенно справедливо испорченность воздуха однимъ изъ наиболье благоприятствующихъ моментовъ для развитія бугорчатки, считаетъ недопустимымъ увеличение обьема воздуха въ помещеніи выше указаннаго числа, такъ какъ получается другая крайность — возможность простуды. Последнее соображеніе при существующей тьсотѣ и нашемъ сравнительно болѣе суровомъ климатѣ, чѣмъ во Франціи, не позволяетъ серьезно расчитывать на вентиляцію для устранения испорченнаго казарменнаго воздуха; вмѣстѣ съ тѣмъ не слѣдуетъ забывать, что и самое энергичное провѣтриваніе не освобождаетъ помещенія отъ возбудителей болѣзней.

Содержаніе помещеній въ должной чистотѣ, хотя и затруднено той же тьсотой ихъ, имѣть тѣмъ не менѣе первенствующее значеніе уже потому, что ведетъ къ значительному уменьшенію испорченности воздуха, являясь въ этомъ отношеніи цѣннымъ подспорьемъ недостаточной вентиляции, главнымъ же образомъ уменьшаетъ существующую опасность зараженія. Къ плохому содержанію помещеній должна быть отнесена и нераціональная уборка ихъ, отмѣченная официальными отчетами, и заключающаяся въ удаленіи изъ помещеній пыли сухими щетками. Подобная уборка способствуетъ тому, что большая часть пыли изъ укромныхъ угловъ помещенія, изъ-подъ кроватей и т. п., переносится снова въ воздухъ, на одежду нижнихъ чиновъ, на ихъ вещи и кровати. Постоянное вдыханіе пыли обусловливаетъ механическое раздраженіе слизистой оболочки верхнихъ дыхательныхъ путей, подготавливая такимъ образомъ благоприятную почву для болѣзнетворныхъ зародышей. Возможность зараженія черезъ пыль, содержащую Коховскія бациллы, установлена многочис-

ленными изслѣдованіями (Villemin<sup>31)</sup>, Cornet<sup>41)</sup>, Максимовичъ<sup>55)</sup>, Kastner<sup>47)</sup>, Straus<sup>80)</sup> и она не можетъ быть поколеблена изслѣдованіями, давшими отрицательный результатъ (Kelsch<sup>37)</sup>, Boison<sup>37)</sup>, Braune<sup>37)</sup>, Kirchner<sup>38)</sup>. Въ отчетѣ предлагается указывать способы мѣтенія позовъ ошкками или швабрами, овлаженными дезинфецирующими растворами. Какъ бы ни были многочисленны мѣропріятія къ поддержанію чистоты помещеній, осуществленіе ихъ возможно только при сознательномъ отношеніи выполняющихъ ихъ и при условіи постоянного надзора — Cornet<sup>31)</sup>, Lalesque<sup>31)</sup>, Rivier<sup>31)</sup> и др. не находили бациллъ въ комнатахъ дисциплинированныхъ больныхъ.

Наличность приведенныхъ выше изъ официальныхъ отчетовъ казарменныхъ недостатковъ не позволяетъ во всякомъ случаѣ проявлять увѣренность въ томъ, что въ нашей арміи случаи заболѣванія бугорчаткой на службѣ относятся къ исключительнымъ случаямъ, какъ это дѣлаетъ Lemoine<sup>49)</sup> относительно французской арміи. Опасность зараженія сплнкомъ очевидна благодаря существованію казарменныхъ недостатковъ; разборъ заболѣваемости по годамъ службы приведетъ къ заключенію, что относительная частота проявленія бугорчатки къ концу службы усиливается; все вмѣстѣ взятое скорѣе можетъ привести къ обратному заключенію, что заболѣваемость бугорчаткой на службѣ не представляется рѣдкимъ явленіемъ.

Помимо тяжелыхъ казарменныхъ условій, влияющихъ на упомянутую заболѣваемость и убыль отъ болѣзней органовъ дыханія, въ санитарныхъ отчетахъ нерѣдко указывается связь этой заболѣваемости и убыли съ неблагоприятными атмосферическими условіями. Въ доказательство приводится то, что наибольшая заболѣваемость падаетъ на холодные мѣсяцы (конце зимы и начало весны), а наименьшая на теплые лѣтние мѣсяцы. Вредное вліаніе приписывается главнымъ образомъ холодной и сырой погодѣ, которая обусловливаетъ собою простудныя заболѣванія. Чтобы судить о колебаніяхъ въ величинѣ заболѣваемости въ отдѣльныхъ мѣсяцахъ, ниже (табл. № 12) приводится средняя заболѣваемость за 10 лѣтъ (1894—1903) по отдѣльнымъ мѣсяцамъ, взятая изъ годового отчета за 1907 годъ.

## № 12.

	Бугорчатка легких.	Крупоз. пнеймония.	Прочія бол. орг. дыхап.
Январь . . . . .	0,34	0,8	2,16
Февраль . . . . .	0,37	0,8	2,35
Мартъ . . . . .	0,53	0,6	2,68
Апрѣль . . . . .	0,49	0,6	2,05
Май . . . . .	0,45	0,3	1,75
Юнь . . . . .	0,35	0,1	1,38
Юль . . . . .	0,24	0,1	1,14
Августъ . . . . .	0,20	0,1	0,96
Сентябрь . . . . .	0,20	0,1	0,96
Октябрь . . . . .	0,23	0,2	1,44
Ноябрь . . . . .	0,19	0,4	1,83
Декабрь . . . . .	0,26	0,9	2,37

Періодъ увлеченія бактериологіей свѣтъ почти къ нулю. какъ справедливо замѣчаетъ Lemoine <sup>49)</sup>, значеніе простуды въ происхожденіи болѣзней, и онъ на основаніи сдѣланныхъ имъ многочисленныхъ анкетъ рѣшительно высказывается за важную ея роль въ проявленіи бугорчатки. Рубинер <sup>72)</sup>, разбирая вліяніе климатическихъ условій на заболѣваемость, высказывается отрицательно объ усиленіи бугорчатки въ зависимости отъ отдѣльныхъ мѣсяцевъ. Изъ приведенныхъ данныхъ средней заболѣваемости по мѣсяцамъ подобная зависимость усматривается въ заболѣваемости бугорчаткой менѣе, чѣмъ въ отношеніи другихъ болѣзней органовъ дыханія. Май

и июнь, давшіе сравнительно большую величину заболѣваемости бугорчаткой, врядъ ли могутъ быть признаны болѣе благоприятнымъ временемъ для простудного вліянія, чѣмъ ноябрь и декабрь, давшіе наоборотъ значительно меньшую величину. Рѣзкая разница наблюдается еще болѣе въ заболѣваемости ноября и декабря по сравненію съ заболѣваемостью марта и апрѣля, болѣе близкихъ къ нимъ по метеорологическимъ условіямъ и не смотря на это давшихъ самую высокую заболѣваемость изъ всѣхъ мѣсяцевъ. Колебанія въ заболѣваемости по отдѣльнымъ мѣсяцамъ не могутъ быть поставлены въ зависимость отъ одной какой-либо исключительной причины. Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе связь этихъ колебаній съ условіями жизни въ тѣсныхъ негигіеничныхъ казармахъ съ одной стороны и съ другой въ лагеряхъ на открытомъ воздухѣ.

Къ началу лѣта въ уменьшеніи заболѣваемости сказывается прекратившееся вредное вліяніе казарменной жизни, наступаетъ полное затиханіе подъ благотворнымъ вліяніемъ лагерной жизни въ теченіе лѣта; какъ слѣдствіе этого вліянія — малая величина заболѣваемости удерживается еще въ началѣ казарменной жизни по возвращеніи изъ лагерей осенью, но снова постепенно нарастаетъ въ теченіе зимы подъ тѣмъ же вреднымъ вліяніемъ казарменной жизни.

Небольшая заболѣваемость въ дѣствующихъ арміяхъ во время послѣднихъ кампаній, несмотря на всѣ тяжести военного времени, можетъ быть объяснена только благотворнымъ вліяніемъ продолжительнаго пребыванія на открытомъ воздухѣ; это же подтверждается и недавнимъ приказомъ Командующаго войсками Туркестанскаго военного округа <sup>66)</sup> по поводу прекращенія состоянія здоровья нижнихъ чиновъ частей войскъ, предназначенныхъ въ Кудджинскій районъ, «Видъ людей прекрасный и бодрый», говорится въ приказѣ, «настроеніе войскъ не оставляетъ желать лучшаго, санитарное состояніе отличное и заболѣваній меньше, чѣмъ при расположеніи на постоянныхъ квартирахъ». Придавая большое значеніе въ происхожденіи болѣзней органовъ дыханія тяжелымъ казарменнымъ условіямъ, мы не въ правѣ отвергать одновременнаго участія атмосферическихъ условій, выражающагося въ

возникновении простудных заболеваний и ухудшении существующих уже болезней. Выход войск в лагери происходит обычно в мае месяца, тем же не менее май и даже отчасти июнь продолжают давать сравнительно большую заболеваемость орг. дыхания, как ни благотворно влияние лагерной жизни. Заболеваемость этого времени должна быть отнесена насчет влияния простуды благодаря неустойчивой погоды, резким колебаниям температуры в смежных днях и даже в течение одних и тех же суток, сильным ветрам, причем почва холодная и влажная, а недостаточность воздуха значительно. Флюгге<sup>93)</sup> указывает на опасность кажущихся теплых майских дней при сильном озарении солнца и холодных восточных ветрах. Влияние отдельных атмосферич. условий представляется в общем далеко еще неизученным, несмотря на весь интерес результатов, которые могли бы быть при этом получены. Большая заболеваемость со стороны орг. дых. отчасти в декабрь и главным образом в начале первой 1/4 года совпадает со временем прихода молодых солдат и началом их службы. Эти последние обстоятельства несомненно служат причиной увеличения заболеваемости в армии, относись к самому тяжелому времени службы, когда каждому нижнему чину приходится приспособляться к новым климатическим условиям и к новому режиму.

Время приема на службу (октябрь, ноябрь) уже само по себе является крайне неблагоприятным, предрасполагая к простудным заболеваниям. Во Франции, по докладу Глав. Воен. Санит. Инспектора L. Colin<sup>89)</sup>, указавшего на неблагоприятное в этом отношении время приема, нашлась возможность перенести его с ноября на октябрь. Надо отдать справедливость, во Франции, как и в других больших государствах территориальная система отбывания воинской повинности смягчает последующий за принятием на службу тяжелый условия акклиматизации. Отправление принятых на службу к месту назначения при неблагоприятной погоде и осенью бездорожья<sup>1)</sup> ведет к тому, что и не внушавший

<sup>1)</sup> Во многих местностях северных губерний новобранцам приходится следовать 200—300 верст пешком только до железной дороги.

сомнения при приеме может явиться в часть уже больным или по крайней мере к тому подготовленным.

Неудачное время для приема и передвижения новобранцев к месту службы вполне оправдывает шаблонные отписки воинских присутствий относительно молодых солдат, оказывающихся при переосвидетельствовании по прибытии в войсковая части больными и негодными к службе, что они заболели постъ приема на службу. Къ сожалѣнію совершенно не приняты мѣры къ выясненію тяжелых послѣдствій неблагоприятнаго времени для приема, отправления новобранцев къ мѣсту службы и ихъ акклиматизации въ отдаленныхъ мѣстностяхъ отъ обычнаго мѣстожителства. Изъ уволенныхъ и умершихъ въ 1907-мъ году отъ всѣхъ болѣзней органовъ дыханія, въ томъ числѣ бугорчатки и крупознаго воспаленія легкихъ, по даннымъ медицинскихъ листовъ, уроженцы Европейской Россіи и Кавказа, за исключеніемъ казачьяго войска, отбывавшіе воинскую повинность въ томъ же округѣ, гдѣ были приняты, дали на 1-мъ году службы—33,9% общей убыли за всѣ годы службы въ этомъ же округѣ; тѣ же изъ нихъ, кто отбывалъ повинность въ чужихъ округахъ, дали на томъ же 1-мъ году службы 49,5% подобной убыли<sup>1)</sup>. Значительное превышеніе убыли отъ болѣзней органовъ дыханія на 1-мъ году службы для лицъ, понавшихъ въ болѣе отдаленныя мѣста, говорить за болѣе тяжелыя послѣдствія указанныхъ неблагоприятныхъ моментовъ современной системы отбыванія воинской повинности въ нашей арміи. Перенесеніе приема или оставленіе на мѣстахъ приема для первоначальной подготовки (подобно обученію запасныхъ, ратниковъ ополченія) до осеннихъ мѣсяцевъ, какъ болѣе благоприятнаго времени, въ особенности же введеніе территориальной системы службы значительно уменьшило бы усиленную заболеваемость въ арміи, по крайней мѣрѣ со стороны органовъ дыханія.

Новобранцы, поступающіе изъ крайнихъ округовъ, за малымъ исключеніемъ, идутъ на комплектованіе арміи въ другихъ округахъ, принятые же въ центральныхъ округахъ въ

<sup>1)</sup> Увол. и умерш. въ своихъ округ. 2322 чел. изъ нихъ на 1 г. с. 788 ч.  
> > > въ чужихъ > 12605 чел. > > > < 6243 ч.



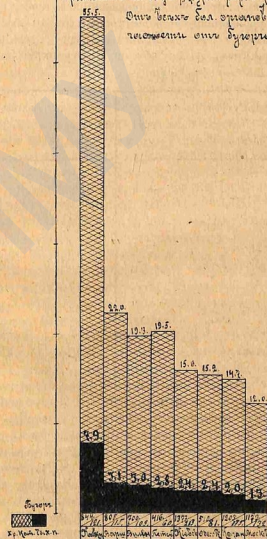
значительно больше число допускаются к отбыванию воинской повинности в своих округах. Ниже приведены (табл. № 11) данные общей убыли 1-го года службы уроженцев различных округов в % отношении к общей убыли их за все время службы от всех болезней органов дыхания.

№ 13.

Распределение всех выбывших от бол. орг. дых. по месту жительства до службы.	Убыль в 1 г. сл. в % к убыли за всё года службы.	Абсолюты, числа:	
		Убыль за 1 г. службы.	Убыль за всё года сл.
Уроженцы Кавказского округа.	60,4	847	1401
> Варшавск. >	54,2	805	1483
> Виленского >	48,5	700	1441
> Киевского >	47,0	1377	2929
> Одесского >	46,9	510	1087
> Казанского >	44,3	1203	2715
> Петербургск. >	41,2	416	1009
> Московского >	40,9	1173	2862
В среднем . . . . .	47,1	7031	14927

Из этих данных видно, что наиболее всего пострадали уроженцы 3-х крайних округов, менее всего отбывающих воинскую повинность в пределах своих округов. 1-й год службы для них является наиболее тяжелым из всех лет службы; причину этого следует искать прежде всего в том, что им больше, чем другим, приходится испытывать невзгоды дальнего переезда в неблагоприятное время года на службу из своего местожительства и перемену климата на первых порах службы. Также самое подтверждается данными общей убыли 1-го года, если рассмотреть число выбывших в соот-

Распределение выбывших на 1 службу по месту жительства на службе 1-го года для всех округов. Ось верхняя — абсолютные числа в процентах от принятого на службу, ось нижняя — абсолютные числа.



1) Больше затененная часть диаграммы относится к бургорчатк. орг. дых. диаграмма в целом изображает убыль от всех бол. орг. дыхания; числа над столбцами обозначают: над верхними — величину убыли (%) от всех болей орг. дых. из числа принятых на службу, над нижними — такую же величину убыли от бургорч. орг. дыхания, под столбцами — абсолютные числа.

вѣтствии съ числомъ принятыхъ на службу; данныя эти приведены ниже въ таблицѣ № 14 и диаграммѣ № 7, въ которой отдѣльными столбцами выражена для большей наглядности величина убыли среди уроженцевъ отдѣльныхъ округовъ отъ бугорч. орг. дых. и отъ всѣхъ бол. орг. дыханія на 1-мъ году службы въ ‰ къ числу принятыхъ на службу изъ этихъ округовъ.

№ 14.

Распределение уроженц. Европ. Россіи и Кавказа выбывш. на 1 г. сл. изъ числа принятыхъ въ призывъ 1906 г.	Отъ всѣхъ бол. орг. дых. ‰	Отъ бугорч. орг. дых. ‰
Уроженцы Кавказскаго округа . . . . .	55,5	7,9
> Варшавск. > . . . . .	22,0	3,1
> Виленскаго > . . . . .	19,3	3,0
> Петербургск. > . . . . .	19,5	2,8
> Киевскаго > . . . . .	15,6	2,4
> Одесскаго > . . . . .	15,2	2,4
> Казанскаго > . . . . .	14,7	2,0
> Московскаго > . . . . .	12,0	1,3

Въ перемѣнѣ климатическихъ условій при поступленіи на службу приходится усматривать толчокъ къ ухудшенію уже существовавшихъ при пріемѣ болѣзней съ хроническомъ теченіемъ, какъ бугорчатка органовъ дыханія у лицъ, выбывающихъ въ началѣ службы. Убыль, относящаяся къ этому времени, среди принятыхъ изъ различныхъ мѣстностей Имперіи, характеризуя вредное вліяніе перваго времени службы, въ то же время даетъ указанія на степень распространенности въ населеніи подобныхъ болѣзней и можетъ служить вмѣстѣ съ данными воинскихъ присутствій цѣннымъ подспорьемъ для правильной разверстки требуемаго контингента новобранцевъ. Разверстка новобранцевъ должна разсчитываться не только на отличіе призываемыхъ, которое можетъ дать та или иная мѣст-

ность, но и на число пригодныхъ изъ нихъ для условій военной службы; имѣющіеся для этой цѣли матеріалъ до сихъ поръ остается неразработаннымъ.

Приведенныя данныя заслуживаютъ вниманія въ этомъ отношеніи по крайней мѣрѣ настолько, чтобы возбудить интересъ къ дальнейшей разработкѣ ихъ. Здѣсь не приводятся данныя убыли среди уроженцевъ отдѣльныхъ губерній, всѣ губерніи приведены въ группахъ соответственно военнымъ округамъ. Въ данныхъ, касающихся отдѣльныхъ губерній, легче могутъ выступать благодаря малымъ величинамъ за одинъ отчетный годъ случайныя колебанія, къ которымъ приходится быть осторожнымъ, и на основаніи которыхъ нельзя строить положительныхъ выводовъ, убыль въ цѣлыхъ группахъ губерній представляетъ уже большую вѣроятность. Въ этихъ послѣднихъ усматривается небольшое сравнительно увеличеніе числа больныхъ бугорчаткой и другими болѣзнями органовъ дыханія среди уроженцевъ западныхъ губерній, входящихъ въ районъ Петербургскаго, Виленскаго, и Варшавскаго округовъ, по сравненію съ центральными и проч. губерніями; болѣе резко выдѣляется громадная убыль среди уроженцевъ Кавказа. О предрасположеніи къ болѣзнямъ органовъ дыханія уроженцевъ Кавказа отмѣчалось и раньше въ официальныхъ годовыхъ отчетахъ, но въ доказательство этого предрасположенія не приводилось никакихъ фактическихъ данныхъ, на основаніи которыхъ можно было судить хотя бы приблизительно о степени этого предрасположенія. Приведенная въ настоящемъ случаѣ убыль отъ болѣзней органовъ дыханія, въ частности отъ бугорчатки, отчеты показывают подобный пробѣлъ и указываетъ, что распространенность этихъ болѣзней среди Кавказскихъ уроженцевъ въ арміи представляется выдающеюся по сравненію съ заболѣваемостью принимаемыхъ на службу изъ остальныхъ мѣстностей Имперіи. Происхожденіе значительной убыли въ арміи отъ болѣзней органовъ дыханія среди Кавказцевъ можетъ быть объяснено возможностью поступления ихъ на службу въ большомъ числѣ уже больными, а также вліяніемъ тяжелыхъ условій службы, резко различающихся отъ ихъ прежней жизни; во всякомъ случаѣ въ томъ и другомъ отношеніи должны быть приняты соответствующія мѣры. Къ подобнымъ мѣрамъ должны быть отнесены: болѣе

строгое требование къ здоровью призываемых на службу, ограничение на службу по возможности въ пределах своего же округа или въ крайнемъ случаѣ въ округахъ, мало отличающихся по климатическимъ условіямъ, и наконецъ зачисленіе на такую службу, гдѣ служебныя обязанности были бы болѣе для нихъ благоприятны.

М. Coustan<sup>49)</sup>, исследовавшій величину заболеваемости бугорчаткой органовъ дыханія въ гарнизонахъ Франціи, расположенныхъ на различныхъ высотахъ, приводитъ слѣдующія весьма интересныя данныя: въ гарнизонахъ на высотѣ 775—467 метр.—4,2—7,2 туберкулезныхъ на 1000 чел. списочнаго состава, на высотѣ 169 метр. и ниже—7,5—17,7. Эти данныя указываютъ, что въ гарнизонахъ на болѣе значительной высотѣ бугорчатка органовъ дыханія встрѣчаетъ менше условий, благоприятныхъ для своего проявленія и наоборотъ; поэтому для уроженцевъ Кавказа, жителей горъ, служба въ низменныхъ равнинныхъ мѣстностяхъ въ особенности неблагоприятна, и поэтому при назначеніи ихъ на службу необходимо съ этимъ считаться. Высокая заболеваемость со стороны органовъ дыханія, въ частности бугорчаткой, какъ видно изъ дальнѣйшаго разбора ея по родамъ оружія, замѣчается въ крѣпостныхъ частяхъ; изъ медіцинскихъ листовъ на уволенныхъ и умершихъ Кавказцевъ усматривается, что они зачастую попадаютъ въ эти именно части Варшавскаго, Виленскаго и др. округовъ; поэтому при распредѣленіи ихъ по родамъ оружія является въ свою очередь нежелательнымъ назначеніе ихъ въ крѣпостныя части.

На ряду съ вліяніемъ климатическихъ условій на здоровье нижнихъ чиновъ вскорѣ по прибытіи ихъ къ мѣсту службы начинаетъ сказываться вліяніе другихъ условій новой жизни. Д-ръ Гончаровъ<sup>26)</sup> (стр. 5. Вопросы санитарной службы и этики въ полку 1908 г.) въ слѣдующихъ словахъ рисуетъ происходящую перемену подъ вліяніемъ этихъ условій: «стоитъ этому самому новобранцу пробывать въ войсковой части мѣсяцъ, два и съ нимъ происходитъ рѣзкая метаморфоза (я говорю о людяхъ болѣе или менѣе впечатлительныхъ) словоохотливости, развязности глѣтъ и слѣда,—передъ Вами стоитъ существо, кажется только и способное произносить ксаты и нексаты: «такъ точно, никакъ нѣтъ». И весь его внѣшній

обликъ рѣзко мѣняется: веселого въ глазахъ задора не видно, лицо какъ-бы осунулось, пропалъ здоровый румянецъ, движенія вялы и нерышительны, словомъ habitus больного на лицо, между тѣмъ все органы функционируютъ правильно и физическое изслѣдованіе не даетъ никакихъ отклоненій отъ нормы». Перемену въ молодомъ солдатѣ д-ръ Гончаровъ всецѣло относитъ къ тяжелому вліянію новаго режима на нервную систему и считаетъ достояннымъ «ничтожнаго повода, чтобы свалить его съ ногъ». Можно было бы думать, на основаніи словъ д-ра Гончарова, что военный режимъ съ гуманитарной точки зрѣнія остался тѣмъ же, какимъ былъ онъ 25—30 лѣтъ тому назадъ по описанію д-ра Зеландъ<sup>34)</sup> въ его статьѣ: «о незначительной причинѣ болѣзненности среди русскаго солдата»; послѣдній авторъ находитъ исполнѣ удачнымъ и отвѣчающимъ дѣйствительности народное выраженіе: «съ тоски виасть въ чухотку». Условія современной службы съ разсматриваемой точки зрѣнія должны быть признаны безусловно измѣнившимися къ лучшему въ сравненіи съ тѣмъ, которая наблюдалась Зеланде; если имѣются тѣмъ не менѣе тяжелыя послѣдствія привыканія къ новой жизни, объясненіе этому слѣдуетъ искать прежде всего въ общихъ причинахъ неустойчивости современной общественной жизни, которая даетъ арміи людей уже съ расшатанными нервами. Д-ръ Гончаровъ совершенно правъ, говоря о рѣзкой переменѣ за короткій срокъ въ молодомъ солдатѣ по прибытіи его въ часть, но приписывать ее исключительно воздѣйствію военного режима на нервную систему не представляется возможнымъ; равнымъ образомъ было бы ошибочно признавать въ современномъ молодомъ солдатѣ человека съ исполнѣ уравновѣшенной нервной системой. Молодые люди, прибывающіе на службу въ настоящее время, значительно разнятся въ этомъ отношеніи даже отъ тѣхъ, которые являлись лѣтъ 10 тому назадъ. Въ настоящее время если и встрѣчаются среди молодыхъ солдатъ, прибывающихъ на службу, веселое настроеніе, развязность и болтливость, о которыхъ говоритъ д-ръ Гончаровъ, то прежде всего возникаетъ подозрѣніе, не есть ли все это напускное, и въ громадномъ большинствѣ случаевъ достаточно небольшого наблюденія, чтобы сказать это съ положительностью. Настоящее время поражаетъ большимъ числомъ,



среди прибывающих в войсковые части, невращеников с различными функциональными расстройствами. Нервное переутомление, замечаемое в молодом солдате тотчас же по прибытии, не может рассчитываться на благотворное воздействие современного военного режима, — под его влиянием оно может ухудшаться. Функциональные расстройства со стороны различных органов предрасполагают к более серьезным болезням, в том числе и инфекционным. Lemoine <sup>49)</sup> говорит: «бациллы Коха все больше и больше заявляют себя, как паразит, обезнеченного организма»; слова эти приложимы и в отношении возбудителей многих других болезней. Было бы в высшей степени ошибочно искать лишь в нервном переутомлении благодарную почву для возникновения различных болезней. Д-р Радаков <sup>70)</sup> в статье, не потерявшей значения для настоящего времени: «Как уменьшить болезненность в армии», говорит, что подготовка к военной службе требует гораздо большего напряжения умственных способностей и мышечной деятельности, нежели обыкновенные ремесла или земледельческий труд, а военные упражнения приводят в более энергичное действие и при том всю мышечную систему, кровообращение и дыхательные органы, чем другие занятия. Благодаря сокращенному сроку и большим требованиям современной военной службы, вполне понятно, что еще резче и быстрее проявляется как нервное, так и физическое переутомление. Усиленные занятия первого времени службы производятся большей частью в казарменных помещениях, недостатки которых в гигиеническом отношении были уже описаны, поэтому нет ничего удивительного в громадной величине убыли от болезни органов дыхания, в частности от бугорчатки их на 1-м году службы. К сожалению немислимо рекомендовать перенесение занятий из тесных казарм на открытый воздух, где грозит другая опасность — легкая простужаемость, благодаря холодному времени года, с которым совпадает подготовка молодых солдат. Опасность эта велика уже потому, что солдатская одежда несмотря на свою недавнюю реформу рассчитана главным образом на красоту и сохранение единства и менее всего удовлетворяет своему непосредственному назначению —

охранять от вредного влияния холода в особенности непривычных к новым климатическим условиям.

Первым симптомом неблагоприятного влияния службы на молодого солдата является его исхудание, которое при благоприятных условиях может выравниваться к концу обучения, но нередко продолжает усиливаться. Исхудание находит себе объяснение помимо нервного и физического напряжения в непривычном питании. Питание нижних чинов за последние годы значительно улучшилось и поэтому представляет меньше опасений в качестве предрасполагающего момента, каким признавался раньше (Баулинь <sup>5)</sup>, Успенский <sup>32)</sup> и др.), тем не менее самый факт привыкания к солдатской пище после домашнего стола остается в силе и не может не отражаться на здоровье молодых солдат. Перемена пищи сказывается неблагоприятно в особенности на уроженцах западной края и различных инородцах, среди которых чаще всего приходится наблюдать в течение первых месяцев службы наряду с легкими формами диспепсии ясно выраженные катарральные явления. Эти расстройства со стороны пищеварительных органов служат одной из главных причин исхудания у вполне здоровых до того времени людей. В прогрессирующем исхудании Lemoine <sup>49)</sup> склонен видеть один из ранних признаков проявления бугорчатки: ее переход из скрытого состояния в активную форму или аутоинфекции, которой Kelsch <sup>36)</sup> объясняет большое число туберкулезных 1-го года службы. Этот симптом во всяком случае настолько серьезен, что введение обязательных периодических взвешиваний молодых солдат крайне необходимо для временного зачисления при первых же потерях во всем в слабосильные команды. Команды слабосильных не могут быть предметом увлечения, так как они составляют прежде всего обузу армии, но временное зачисление в эти команды должно широко практиковаться с целью более удобного и скорого выздоровления и пригодности к службе слабосильных.

Влияние особенностей военной службы на здоровье нижних чинов сказывается неодинаково в различных родах оружия. При разбивке принявших в службу по ролям оружия, вопрос о соответствии их здоровья к службе в

том или вномъ родѣ оружія рѣшалъ до послѣдняго времени исключительно мѣстными воинскими начальниками. Такой порядок вещей вряд ли можетъ считаться вполне удовлетворительнымъ, но и на случай участія военныхъ врачей въ этой разбивкѣ необходимо вполнѣ определенныя соответствующія инструкции. Приведенныя ниже данныя изъ официальныхъ отчетовъ о заболѣваемости и общей убыли отъ болѣзней орг. дыханія въ отдельныхъ родахъ оружія за послѣднія 15 лѣтъ (таб. № 15) не только разнятся между собою, но и сами измѣняются съ теченіемъ времени и притомъ не въ одинаковой степени. Все это указываетъ на неоспоримое значеніе условій службы, зависящихъ отъ рода оружія, въ происхожденіи названныхъ болѣзней и требуетъ болѣе серьезнаго отношенія къ распредѣленію по различнымъ родамъ оружія принятаго на службу.

## № 15.

Заболѣваемость и общ. убыль отъ бол. орг. дыханія по родамъ оружія.

Въ ‰ кь списочному составу.

		1894 г.—1898 г.	1899 г.—1903 г.	1904 г.—1908 г.
Армія . . . .	забол. . . .	43,3	45,2	54,0
	об. уб. . . .	10,27	10,75	12,10
пѣхота . . . .	забол. . . .	45,9	49,4	56,3
	об. уб. . . .	11,10	11,81	12,83
артиллерія . . . .	забол. . . .	40,9	43,7	52,7
	об. уб. . . .	9,59	9,74	11,37
кавалерія . . . .	забол. . . .	35,5	40,8	45,8
	об. уб. . . .	9,15	10,40	10,75
инжен. войска . . . .	забол. . . .	32,9	38,9	52,0
	об. уб. . . .	8,65	9,74	11,67

Наибольшая величина заболѣваемости и общей убыли въслѣдствіе болѣзней органовъ дыханія, судя по приведеннымъ даннымъ, приходится на долю пѣхоты, превышая вмѣстѣ съ тѣмъ и соответствующую среднюю величину для всей арміи; слѣдующее мѣсто занимаетъ артиллерія, но заболѣваемость и убыль въ ней уже не достигаетъ средней величины для арміи.

Наибольшая заболѣваемость въ пѣхотѣ и такая же большая убыль въ ней по сравненію съ другими родами оружія объясняется преимущественно тѣмъ, что при разбивкѣ принято оставлять для нее всѣхъ тѣхъ, кто менѣе всего отвѣчаетъ по своему здоровью требованіямъ военной службы, другими словами большую часть людей со слабымъ здоровьемъ или сомнительныхъ. Разница въ заболѣваемости и убыли въ отдельныхъ родахъ оружія не можетъ быть объясняема однимъ лишь различіемъ въ ихъ составѣ, — несомнѣнное вліяніе условій самой службы, свойственныхъ каждому изъ нихъ, нагляднѣе всего подтверждается неодинаковымъ увеличеніемъ въ нихъ заболѣваемости и убыли за послѣднее время. Увеличеніе состава арміи влечетъ за собою увеличеніе числа слабыхъ и больныхъ людей, принимаемыхъ на службу, и мы въ правѣ были бы встрѣтить въ виду только что сказаннаго о пѣхотѣ неблагоприятное вліяніе современнаго увеличенія арміи на усиленіе заболѣваемости и убыли главнымъ образомъ въ ней. О неодинаковомъ увеличеніи заболѣваемости въ отдельныхъ родахъ оружія отъ болѣзней органовъ дыханія можно судить по разницѣ въ величинѣ ея за 1894—1898 г. и за 1904—1907 г., а именно:

пѣхота . . . . .	10,4
артиллерія . . . . .	11,8
кавалерія . . . . .	10,3
инженерныя войска . . . . .	19,1

Увеличеніе заболѣваемости въслѣдствіе болѣзней органовъ дыханія за послѣднія 10 лѣтъ наименѣе всего приходится на кавалерію и пѣхоту и это можетъ быть поставлено въ связь только съ тѣмъ, что замѣненія въ условіяхъ службы были за послѣднее время наиболѣе благоприятны для нихъ. Рѣзкое уси-

ление заболѣваемости въ инженерныхъ войскахъ должно находиться въ зависимости отъ условий службы, ставшихъ за послѣднее время въ нихъ болѣе тяжелыми, чѣмъ раньше и въ противоположность другимъ родамъ оружія.

Неблагопріятное вліяніе условий службы, выражающееся въ увеличеніи заболѣваемости и убыли отъ болѣзней органовъ дыханія, замѣтно и въ наиболѣе главныхъ подраздѣленіяхъ различныхъ родовъ оружія, въ подтвержденіе чего могутъ служить слѣдующія данныя за послѣдніе 15 лѣтъ (табл. № 16):

№ 16.

		1894—1898 г.г.	1899—1903 г.г.	1904—1908 г.г.
<b>ПѢХОТА:</b>				
гвард. полки	заб. . .	77,4	100,4	131,6
	об. уб. .	32,57	40,02	36,42
гренад. >	заб. . .	65,3	70,7	67,2
	об. уб. .	14,02	17,17	19,45
армейск. >	заб. . .	43,1	47,1	56,2
	об. уб. .	9,36	10,73	12,61
стрѣлк. >	заб. . .	34,2	35,1	43,3
	об. уб. .	7,3	7,27	8,3
крѣпост.	заб. . .	53,4	59,0	79,0
	об. уб. .	14,83	13,31	19,87
<b>КАВАЛЕРІЯ:</b>				
гвард. полки	заб. . .	39,6	45,1	61,8
	об. уб. .	14,87	14,14	15,3

		1894—1898 г.г.	1899—1903 г.г.	1904—1908 г.г.
армейск. полки	заб. . .	39,3	37,6	49,2
	об. уб. .	7,45	8,55	9,79
казачьи >	заб. . .	39,3	37,3	39,7
	об. уб. .	11,62	11,23	11,59
<b>Артиллерія:</b>				
гвардейскіе	заб. . .	28,6	47,9	76,0
	об. уб. .	12,3	15,39	17,8
гренадерскіе	заб. . .	44,5	51,7	56,3
	об. уб. .	7,9	9,12	13,51
пѣшак . . .	заб. . .	35,9	42,3	49,2
	об. уб. .	8,8	8,81	9,75
крѣпостная	заб. . .	44,6	44,5	60,8
	об. уб. .	11,37	10,6	13,95
кон. и мортирн. дивизионы	заб. . .	35,7	43,7	40,2
	об. уб. .	9,75	9,39	8,56

Заболѣваемость и убыль отъ болѣзней органовъ дыханія въ войскахъ гвардіи, въ особенности въ пѣхотѣ, ставятъ ее въ исключительное положеніе, такъ какъ весьма значительно превышаютъ заболѣваемость и убыль во всѣхъ остальныхъ войскахъ, а въ послѣднее время, какъ будетъ видно ниже, превышаютъ даже заболѣваемость и убыль въ военныхъ тюрь-



махъ, гдѣ онѣ достигаютъ наибольшей величины въ зависимости отъ совершенно иныхъ условій. Большая заболѣваемость и такая же большая убыль въ гвардіи тѣмъ болѣе обращаетъ на себя вниманіе, что послѣдняя должна комплектоваться изъ отборныхъ людей, лучшихъ по здоровью и наконецъ размѣщена въ лучшихъ стоянкахъ, гдѣ, казалось бы, санитарная обстановка скорѣе, чѣмъ гдѣ-либо, должна отвѣчать современнымъ научнымъ требованіямъ; въ действительности и то и другое возбуждаютъ серьезные сомнѣнія.

Комплектованіе гвардіи не можетъ считаться безупречнымъ уже по одному тому, что оцѣнка здоровья въ данномъ случаѣ была предоставлена до сихъ поръ усмотрѣнію некомпетентныхъ въ томъ лицъ—воинскихъ начальниковъ. Отсутствие явныхъ болѣзненныхъ явленій не даетъ еще права говорить о вѣтучемъ здоровьи и для врача было затруднительно дать на основаніи однократнаго изслѣдованія рѣшающее заключеніе въ каждомъ случаѣ о годности къ службѣ въ гвардіи. Однимъ изъ условій зачисленія въ гвардію служить высокой ростъ; на основаніи же измѣреній, разобранныхъ въ главѣ о приѣмѣ на службу, высокой ростъ при недостаточно развитой груди встрѣчается сравнительно часто у людей больныхъ бугорчаткой. Наименьшая заболѣваемость и наименьшая убыль отъ болѣзней органовъ дыханія среди стрѣльковыхъ частей по сравнению съ остальными войсками, какъ видно изъ тѣхъ же приведенныхъ давнихъ, повидимому должны служить подтвержденіемъ обратнаго вывода, что средней ростъ въ большей степени обуславливаетъ наибольшую степень здоровья, такъ какъ стрѣлковая части комплектуются преимущественно изъ людей средняго роста.

Д-ръ Столяръ <sup>79)</sup> въ своей диссертациі 35 лѣтъ тому назадъ точно также указываетъ на большую заболѣваемость грудными болѣзнями въ нѣкоторыхъ полкахъ съ высокими солдатами по сравненію съ существовавшими тогда егерскими полками, составленными изъ людей меньшаго роста. Значительно позднеѣ д-ръ Рейлихъ <sup>20)</sup> (1891 г.) приходитъ къ заключенію, что въ первыхъ роткахъ полковъ больше встрѣчается чахоточныхъ, чѣмъ въ послѣднихъ, разница между которыми, какъ извѣстно, заключается исключительно въ ростѣ;

наконецъ д-ръ Герценштейнъ <sup>22)</sup> объясняетъ также большую заболѣваемость въ гвардіи бугорчаткой высокимъ ростомъ при недостаточно развитой груди.

Если въ интересахъ сохраненія болѣе численности арміи вынуждены отказываться отъ болѣе строгихъ требованій къ здоровью принимаемыхъ, предпочитая болѣе, хотя и дюдой ея составъ, для небольшого числа, нужнаго въ гвардію, требованія эти могли бы быть легко осуществимы. Предположеніе о вполнѣ удовлетворительной санитарной обстановкѣ гвардейскихъ частей, могло бы быть основано на ея характеристикѣ, данной въ официальном отчетѣ за 1889 г.

«Казарменные помѣщенія гвардейскихъ частей», говорится въ отчетѣ, «занимаютъ исключительное положеніе въ ряду войсковыхъ жилищъ и многія изъ нихъ съ каждымъ годомъ приобрѣтаютъ не только полное благоустройство, но даже нѣрѣдко обставлены съ извѣстнымъ комфортомъ. Большинство зданій просторны; имѣютъ совершенныя приспособленія для отаженія и провѣтриванія, достаточно снабжаются свѣтомъ, располагаютъ теплыми хорошо провѣтриваемыми отхожими мѣстами, образцовымъ устройствомъ хозяйственныхъ службъ и другими условіями цѣлесообразнаго и удобнаго жилого помѣщенія». Подобная характеристика, подробно излагающая прекрасныя стороны санитарнаго благоустройства въ размѣщеніяхъ гвардейскихъ частей идетъ въ разрѣзъ съ донесеніями корпуснаго врача гвардейскаго корпуса, приведенными въ другомъ болѣе позднемъ отчетѣ (1902 г.) о санитарныхъ недостаткахъ гвардейскихъ казармъ. Эти послѣдніе донесенія заслуживаютъ болѣе довѣрія и на основаніи ихъ приходится безусловно считаться съ вліяніемъ плохого санитарнаго состоянія гвардейскихъ казармъ на большую заболѣваемость и убыль отъ болѣзней органовъ дыханія. Нахожденіе казармъ въ Петербургѣ, въ многолюдномъ центрѣ, въ довершеніе всего отличающемся своими плохими санитарными условіями, можетъ только усилить вредное вліяніе жилищныхъ условій гвардейскихъ частей. Армейскія части, расположенныя въ захолустныхъ небольшихъ городахъ, выигрываютъ болѣе въ санитарномъ отношеніи и жилищный вопросъ въ отношеніи заболѣваемости со стороны органовъ дыханія мѣтѣ

меньше значенія для этихъ войскъ, чѣмъ для гвардіи. Неблагопріятное вліяніе перваго времени службы въ свою очередь должно сказываться въ войскахъ гвардіи сильнѣй благодаря плохому петербургскому климату; это вліяніе могло бы быть ослаблено оставленіемъ предназначенныхъ въ гвардію на мѣстахъ пріема для первоначальнаго обученія до весеннихъ мѣсяцевъ или комплектованіемъ ея на счетъ другихъ войскъ людьми, уже обученными и съ выяснившимся здоровьемъ.

Послѣ гвардіи большая заболѣваемость и большая убыль отъ болѣзней органовъ дыханія наблюдается въ гренадерскихъ и крѣпостныхъ частяхъ. Составъ гренадерскихъ частей въ отношеніи физическаго здоровья значительно хуже гвардейскихъ и этимъ могутъ быть объяснены усиленная заболѣваемость и убыль среди нихъ. Составъ крѣпостныхъ частей, ничѣмъ не отличающійся отъ состава соответствующихъ армейскихъ частей съ меньшей заболѣваемостью, не можетъ поэтому оказывать существеннаго вліянія на разницу въ заболѣваемости и убыли въ послѣдніа должны быть объяснены главнымъ образомъ неблагоприятными условиями службы въ этихъ войскахъ: казарменными условиями, караульной службой. Усиленная заболѣваемость и убыль въ крѣпостныхъ частяхъ замѣчались еще 30 лѣтъ тому назадъ, судя по даннымъ д-ра Мокрицкаго <sup>61)</sup>, который между прочимъ ставитъ это въ связь въ свою очередь съ плохимъ размѣщеніемъ и караульной службой.

Вопросъ о заболѣваемости и убыли отъ бугорчатки легкихъ въ зависимости отъ службы въ различныхъ родахъ оружія не обсуждался со времени работъ д-ра Георгиевскаго <sup>21)</sup> (1891 г.), межъ тѣмъ измѣнившіяся условія военной службы этого времени могли обусловить собою значительную разницу и въ заболѣваемости бугорчаткой. Для характеристики послѣдняго времени приведены ниже данныя (табл. 17) изъ официальныхъ отчетовъ за послѣдніа 15 лѣтъ, представленныя въ видѣ средней заболѣваемости и средней убыли по 5-лѣтіямъ, при чемъ даныя послѣдняго 5-лѣтія приведены кромѣ того за каждый годъ отдѣльно. Сопоставленіе средних величинъ отдѣльныхъ 5-лѣтій между собою можетъ быть только приблизительное въ виду нѣсколькой иной классификаціи по-

слѣднаго 5-лѣтія. За послѣдніа 5 лѣтъ подразумеваются лишь вполнѣ установленные случаи бугорчатки, до этого же времени бугорчатка легкихъ рассматривалась вмѣстѣ съ хроническимъ воспаленіемъ; разница эта можетъ влечь за собою нѣкоторое уменьшеніе среднихъ за послѣднее 5-лѣтіе.

№ 17.

		1894—1896 г.	1899—1903 г.	1904—1908 г.	1904 г.	1905 г.	1906 г.	1907 г.	1908 г.
армія.	заболѣв.	4,0	3,8	2,5	2,7	2,8	2,0	2,4	2,5
	общ. уб.	3,43	3,49	2,22	2,35	2,49	1,73	2,15	2,38
пѣхота .	заболѣв.	4,0	3,7	2,4	2,5	2,8	1,9	2,4	2,5
	общ. уб.	3,62	3,1	2,13	2,30	2,40	1,66	2,21	2,30
кавалерія .	заболѣв.	3,8	3,5	2,5	3,2	3,2	2,0	2,1	2,1
	общ. уб.	3,28	3,1	2,4	3,19	3,1	1,85	1,87	1,94
артиллерія.	заболѣв.	4,3	4,0	2,6	2,6	3,3	2,2	2,4	2,5
	общ. уб.	3,71	3,38	2,4	2,49	3,10	1,95	2,16	2,23
инженери. войска .	заболѣв.	3,32	4,1	2,4	2,1	1,9	2,6	2,6	2,6
	общ. уб.	2,93	3,72	1,72	2,0	1,65	2,16	2,25	2,42

Рѣзкаго различія въ заболѣваемости и убыли отъ бугорчатки легкихъ въ различныхъ родахъ оружія, какое наблюдалось въ отношеніи всѣхъ болѣзней органовъ дыханія, мы не находимъ и было-бы трудно ожидать въ виду сравнительно небольшой величины для бугорчатки. Въ послѣднемъ 5-лѣтіи изъ данныхъ за каждый годъ замѣчается сравнительно боль-



шая величина заболеваемости и убыли в первых 2-х годах, что может быть отчасти объяснено составом армии за это время, а именно: присутствием в ее рядах большого числа призывных изъ запасов в виду войны, — последние к настоящему разбору не имеют непосредственного отношения, так как ее данные не входят в приведенных. Увеличение заболеваемости и убыли от бугорчатки легких замѣтно также и в послѣдних 2-х годах, в особенности в инженерных войсках, гдѣ та и другая величина превышают среднюю соответствующую величину и стоят выше по сравнению съ остальными. Въ отношеніи инженерных войскъ было уже отмѣчено увеличеніе заболеваемости и убыли отъ всѣхъ болѣзней органовъ дыханія и вмѣстѣ съ тѣмъ приведено наиболее вѣроятное объясненіе этого увеличенія главнымъ образомъ измѣненіями, происшедшими въ условіяхъ службы. Соответствіе въ ходѣ заболеваемости бугорчаткой и другими болѣзнями органовъ дыханія въ этихъ войскахъ позволяетъ признать вліяніе тѣхъ же условій службы на усиленіе бугорчатки легкихъ.

Данныя о бугорчаткѣ легкихъ въ наиболѣе главныхъ подразделенияхъ различныхъ родовъ оружія представляются въ слѣдующемъ видѣ:

№ 18.

	1894—1898 г.	1899—1903 г.	1904—1908 г.	1904 г.	1905 г.	1906 г.	1907 г.	1908 г.
Пѣхота:								
гвардейск. п.	заб. . 11,4	10,3	6,9	10,4	8,7	6,3	5,1	4,2
	об. уб. 11,04	10,3	6,66	10,12	8,41	5,92	4,72	4,15
	заб. . 4,2	5,3	3,5	5,3	3,8	3,0	2,8	2,4
гранад. пол.	об. уб. 3,74	5,1	3,3	5,26	3,8	2,91	2,59	2,48

	1894—1898 г.	1899—1903 г.	1904—1908 г.	1904 г.	1905 г.	1906 г.	1907 г.	1908 г.
армейск. п.	заб. . 3,7	3,5	2,4	2,1	2,6	2,0	2,5	2,6
	об. уб. 3,2	3,15	2,13	1,89	2,32	1,78	2,32	2,35
стрѣлк. пол.	заб. . 2,4	2,6	1,9	2,0	2,6	0,9	1,9	2,2
	об. уб. 1,98	2,03	1,77	2,01	2,34	0,73	1,68	2,00
крѣпостн. п.	заб. . 5,9	4,0	3,0	3,1	3,5	2,3	2,4	3,6
	об. уб. 5,12	3,54	2,73	2,96	3,16	2,08	2,18	3,25
Кавалерія:								
гвардейск. п.	заб. . 6,6	5,8	4,0	5,7	7,0	3,2	2,2	2,0
	об. уб. 5,44	5,36	3,98	5,8	6,77	3,2	1,9	2,2
армейск. п.	заб. . 3,0	2,8	2,2	2,5	2,7	2,0	2,11	1,8
	об. уб. 2,57	2,48	2,18	2,45	2,57	1,79	2,6	1,78
казачья пол.	заб. . 4,4	3,9	2,5	4,2	3,0	1,5	2,0	2,0
	об. уб. 4,1	3,61	2,42	4,19	3,0	1,40	1,67	1,82
Артиллерія:								
гвардейск.	забол. 7,6	7,6	5,2	8,3	7,4	5,5	1,6	3,4
	об. уб. 7,3	7,15	5,12	8,10	7,4	4,88	1,7	3,4
гранадерск.	забол. 2,7	3,2	2,9	2,8	4,6	3,1	2,6	1,7
	об. уб. 2,3	2,81	2,43	2,66	4,8	3,1	2,57	1,68
пѣшная.	забол. 3,6	3,3	2,2	1,9	2,8	2,0	2,2	2,3
	об. уб. 3,52	3,3	2,01	1,82	2,59	1,72	2,0	1,7
конная	забол. 3,6	3,0	1,9	1,8	1,7	1,9	1,9	2,1
	об. уб. 3,2	2,9	1,65	1,64	1,62	1,72	1,46	1,81
крѣпостная.	забол. 5,1	4,5	3,1	3,5	3,9	2,2	2,8	3,1
	об. уб. 4,23	3,71	2,87	3,17	3,77	1,95	2,66	2,70



Изъ этихъ данныхъ замѣтно выступаетъ различіе въ заболѣваемости и убыли отъ бугорчатки легкихъ въ различныхъ подраздѣленіяхъ отдѣльныхъ родовъ оружія; въ этомъ различіи сказывается соотвѣстніе заболѣваемости и убыли отъ бугорчатки легкихъ съ заболѣваемостью и убылью отъ всѣхъ болѣзней органовъ дыханія.

Наибольшая заболѣваемость и такая же убыль отъ бугорчатки легкихъ падаетъ, какъ и въ отношеніи всѣхъ болѣзней органовъ дыханія, на гвардію; значительно въ меньшей степени, но выше средней величины для арміи и по сравненію съ другими войсками, въ гренадерскихъ и крѣпостныхъ частяхъ, наименѣе же всего въ стрѣлковыхъ. Соотвѣстніе въ заболѣваемости и убыли отъ бугорчатки легкихъ съ заболѣваемостью и убылью отъ всѣхъ болѣзней органовъ дыханія позволяетъ предположить общія для нихъ условія, благоприятствующія происхожденію тѣхъ и другихъ болѣзней, которыя и были отмѣчены при разборѣ данныхъ, касающихся болѣзней органовъ дыханія.

Относительно заболѣваемости и убыли среди заключенныхъ въ военныхъ тюрьмахъ и дисциплинарныхъ батальонахъ имѣются лишь краткія цифровыя данныя въ годовыхъ отчетѣхъ, но и этихъ данныхъ достаточно, чтобы признать, что пребываніе въ тюрьмахъ и дисциплинарныхъ батальонахъ крайне тяжело отзывается на здоровьи заключенныхъ, обусловливая усиленную заболѣваемость среди нихъ со стороны органовъ дыханія, въ особенности бугорчаткой легкихъ. Д-ръ Георгіевскій <sup>21)</sup> на основаніи данныхъ 3-хъ петербургскихъ госпиталей пришелъ къ выводу, что заболѣваемость бугорчаткой среди заключенныхъ занимаетъ 3-е мѣсто среди лечившихся въ этихъ госпиталяхъ. Д-ръ Коносовъ <sup>40)</sup> по даннымъ заболѣваемости и убыли въ московской тюрьмѣ (1902—1906 г.) отмѣчаетъ усиленную заболѣваемость въ этой тюрьмѣ бугорчаткой подъ влияніемъ пребыванія въ ней; въ отношеніи остальныхъ болѣзней органовъ дыханія онъ получилъ болѣе благоприятныя данныя, указывающія, что эти болѣзни даютъ заболѣваемость ниже средней заболѣваемости въ арміи. Выводы д-ра Георгіевскаго нельзя не признать случайными, такъ какъ величина заболѣваемости арестованныхъ

была взята имъ безъ всякаго соотношенія къ величинѣ заключенныхъ въ тюрьмахъ; равнымъ образомъ данныя д-ра Коносова, касающіяся одной московской тюрьмы, нельзя распространять на всѣ военныя тюрьмы и дисциплинарные батальоны.

Заболѣваемость и убыль отъ болѣзней органовъ дыханія, въ частности отъ бугорчатки легкихъ, среди заключенныхъ въ военныхъ тюрьмахъ и дисциплинарныхъ батальонахъ по даннымъ официальныхъ отчетовъ за послѣднія 15 лѣтъ въ сравненіи съ средней величиной заболѣваемости и убыли въ арміи приведены въ табл. № 19.

№ 19.

	Болѣзни органовъ дыханія.						Бугорч. органовъ дыханія.					
	Заболѣваемость.		Уволен. въ несп.		Смертность.		Заболѣваемость.		Уволен. въ несп.		Смертность.	
	Армія.	Военныя тюрьмы.	Армія.	Военныя тюрьмы.	Армія.	Военныя тюрьмы.	Армія.	Военныя тюрьмы.	Армія.	Военныя тюрьмы.	Армія.	Военныя тюрьмы.
1894—1898 г.г.	43,5	118,9	8,2	10,7	2,3	9,18	4,0	19,2	2,4	6,6	1,07	6,45
1899—1903 г.г.	46,4	110,5	9,2	12,5	1,59	6,0	3,8	15,4	2,4	3,4	0,89	5,0
1904—1908 г.г.	54,0	107,1	11,0	31,3	1,1	5,07	2,5	10,0	1,8	5,2	0,48	3,36

Изъ приведенныхъ официальныхъ данныхъ, а также изъ сопоставленія съ данными, касающимися отдѣльныхъ родовъ оружія, не трудно убѣдиться, что наибольшая величина заболѣваемости и убыли отъ болѣзней органовъ дыханія, въ частности отъ бугорчатки легкихъ въ арміи наблюдается среди заключенныхъ, хотя и замѣтно постепенное пониженіе этой величины. По даннымъ послѣдняго 5-лѣтія можно считать, что заболѣваемость отъ болѣзней органовъ дыханія среди заключенныхъ имѣетъ особая для своего происхожденія условія по сравненію съ заболѣваемостью въ остальной арміи.

В противоположность увеличению заболеваемости за последние 5 лет в армии, отразившемуся на всех родах оружия, по сравнению с предшествующими 5-летию, среди заключенных наблюдается понижение этой заболеваемости. Из незначительного, правда, числа заключенных, выбывших за смертью и увольнением в неспокойные за 1907 и 1906 г. от бугорчатки легких, хронического воспаления легких, хронического бронхита—227 чел. всего лишь 46 чел. относятся к 1-м двум годам службы, таким образом  $\frac{3}{4}$  всей этой убыли относится к заболевшим в конце своей службы. Последнее до известной степени подтверждает в свою очередь различие в характере происхождения заболеваемости среди заключенных и в остальной армии, где на конец службы приходится лишь  $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$  всей убыли. Большое число выбывших в армии в начале службы от болезней органов дыхания, в частности от бугорчатки, было объяснено большим числом поступающих в службу уже больными; по отношению к заключенным объяснение это не допустимо и приходится считаться с зависимостью большей части заболеваний с условиями службы, в частности с пребыванием в тюрьмах.

Продолжительное пребывание в замкнутых помещениях при недостатке свежего воздуха, физических упражнений и худшем питании, чем в остальной армии, несомненно является одной из главных причин усиленной заболеваемости и убыли от болезней органов дыхания, в особенности от бугорчатки легких среди заключенных. Неблагоприятные условия пребывания в тюрьмах и дисциплинарных батальонах не составляют во всяком случае единственную причину большой заболеваемости среди заключенных. Поступление в тюрьму со времени совершения преступления предшествует целый ряд митарств (войсковые карьера, гаутвахта и т. д.); эти митарства достаточно одвигаются, тогда как в них следует искать прежде всего благоприятная для начала заболеваемости условия.

Различие в службах строевых и нестроевых нижних чинов армии дает полное право предполагать соответствующую разницу в их заболеваемости.

В литературе совершенно не имеется сведений, на основании которых можно было бы судить, в какой степени отражаются на здоровье нижних чинов современные условия той и другой службы. Выбор лиц на нестроевую службу основывается до сих пор на соображениях, мало касающихся здоровья зачисляемых; существует, правда, взгляд на нестроевую службу, как более легкую, но ни на чем неоснованный и совершенно ошибочный. Указывается целый ряд маловажных физических недостатков, допускающих зачисление на нестроевую службу; недостатки эти в роду плоских стоп и кривых пальцев в связи с упомянутым взглядом отвлекают, повидимому, внимание от более серьезных органов. Занятия в войсковых канцеляриях, швальных и других мастерских, а также уход за всевозможными больными вряд ли в чем имеют преимущества перед занятиями строевых чинов на открытом воздухе, в отношении же органов дыхания должны быть признаны более неблагоприятными, но за отсутствием фактических доказательств последнее обстоятельство не принимается, очевидно, в расчет.

Медицинскими листами дана полная возможность в точности установить влияние различных условий на здоровье нижних чинов армии путем подробного и аккуратного занесения в эти листы относительно прохождения их службы и оно должно быть установлено в виду важного своего значения.

Выявление тяжелых условий службы нестроевых чинов делает зачисление на нестроевую службу более осмысленным, с другой стороны побуждает к более целесообразному устройству войсковых служебных помещений, как более нормальному распределению занятий нестроевых чинов и наконец к выполнению периодических медицинских осмотров, от которых эти чинов в настоящее время в большинстве случаев ускользают. Разбор медицинских листов на уволенных и умерших от болезней органов дыхания в армии за 1907-й год показал, что требуемая отметка о службах в листах далеко неполны и не всегда соответствуют действительности, так: чинов госпитальных



и лазаретных команд, различных управлений и штабов отмечены нередко строевыми. Большинство нестроевых поступает на службу в качестве строевых и уже на службе переводится на нестроевая должности и эти позднейшие переводы остаются неотмеченными, благодаря чему слѣдует считать число нестроевых по сравнению съ строевыми значительно меньше по медицинскимъ листамъ, чѣмъ въ дѣйствительности. Указаніе одной только нестроевой службы представляется въ свою очередь недостаточнымъ, такъ какъ дѣлается невозможнымъ выясненіе участія въ происхожденіи болѣзней условий, относящихся къ совершенно несходнымъ межъ собой занятіямъ, поэтому было-бы крайне желательнымъ, чтобы на будущее время дѣлались болѣе подробныя отмѣтки о нестроевой службѣ: «писарь, сапожникъ, слесарь, музыкантъ, лазаретный служитель и т. п.». Несмотря на неполноту свѣдѣній, имѣющихся въ настоящее время въ медицинскихъ листахъ о прохожденіи службы, заслуживаютъ вниманія во всякомъ случаѣ и тѣ данныя, которыя были получены изъ нихъ. Изъ числа уволенныхъ и умершихъ въ 1907-мъ году отъ бугорчатки органовъ дыханія приходится въ среднемъ 1 нестроевой на 16 строевыхъ нижнихъ чиновъ, и отъ всѣхъ остальныхъ болѣзней органовъ дыханія—1 нестроевой на 27 строевыхъ. Къ сожалѣнію, не имѣется соотношенія въ арміи строевыхъ и нестроевыхъ, поэтому и полученные соотношенія теряютъ свое значеніе, но, повидимому, бугорчатка органовъ дыханія удоситъ больше жертвъ среди нестроевыхъ по сравнению съ строевыми, чѣмъ остальные болѣзни органовъ дыханія; заслуживаетъ вниманія главнымъ образомъ соотношеніе убыли строевыхъ и нестроевыхъ въ отдѣльныхъ годахъ службы, а именно:

Изъ уволенныхъ и умершихъ отъ бугорчатки органовъ дыханія приходится:

На 1-мъ году службы	1	нестроев.	на 32	строевыхъ.
» 2-мъ »	» 1	»	» 16	»
» 3-мъ »	» 1	»	» 15	»
» 4-мъ »	» 1	»	» 5	»
» проч. год.	» 1	»	» 3	»

Изъ уволенныхъ и умершихъ отъ остальныхъ болѣзней органовъ дыханія приходится:

На 1-мъ году службы	1	нестроев.	на 37	строевыхъ.
» 2-мъ »	» 1	»	» 26	»
» 3-мъ »	» 1	»	» 21	»
» 4-мъ »	» 1	»	» 10	»
» проч. год.	» 1	»	» 5	»

Въ томъ и другомъ случаѣ мы видимъ рѣзко увеличивающуюся съ каждымъ годомъ убыль нестроевыхъ въ противоположность строевымъ, убыль которыхъ къ концу службы соответственно уменьшается; такимъ образомъ данныя эти могутъ служить отчасти указаніемъ на болѣе тяжелыя условия службы нестроевыхъ и несомнѣнное участіе ихъ въ происхожденіи болѣзней органовъ дыханія, въ особенности бугорчатки органовъ дыханія. Сдѣланный выводъ приобретаетъ тѣмъ большее значеніе, что къ концу службы, какъ было уже отмѣчено въ разборѣ болѣзней по годамъ службы, сказывается преимущественно вліяніе условий, свойственныхъ непосредственно самой службѣ.

Данныя, выражающія величину убыли по различнымъ категоріямъ нестроевой службы въ ‰-омъ отношеніи къ убыли всѣхъ нестроевыхъ<sup>1)</sup> представляется въ слѣдующемъ видѣ:

	Ниж. мед. персон.	Ветер. фельдш.	Писаря.	Музыканты.	Проч. нестр.
Бугорч. орг. дыханія.	40,6	4,8	11,5	12,1	31,0
Остальн. бол. дых. пут.	40,5	0,6	7,8	7,2	44,5

Приведенныя данныя слишкомъ малочисленны и взяты за небольшой сравнительно промежутокъ времени, чтобы на основаніи ихъ можно было-бы придти къ положительному выводу, тѣмъ не менѣе обращаетъ на себя вниманіе значительная величина убыли среди нижн. медич. персонала; величина эта распределяется слѣдующимъ образомъ:

<sup>1)</sup> 165 чел. отъ бугорч. орг. дых. и 469 чел. отъ ост. бол. орг. дых.



	Фельдшера % всей убыли	Фельдш. учов. % всей убыли	Служителя % всей убыли
Отъ бугорч. орг. дых. . . . .	56,0	16,9	27,1
» остальн. бол. орг. дых. . . . .	27,3	15,0	57,7
» всёхъ болѣз. орг. дых. . . . .	34,2	15,4	50,4

Въ приведенныхъ данныхъ бросается въ глаза разница въ убыли отъ бугорчатки органовъ дыханія и отъ остальныхъ болѣзней органовъ дыханія у служителей и фельдшерствъ: среди служителей наименьшая убыль приходится на бугорчатку орг. дыханія (27,1%), а наибольшая на остальные болѣзни орг. дыханія (57,7%), среди же фельдшеровъ убыли больше отъ бугорчатки орг. дыханія (56,0%) и меньше отъ остальныхъ болѣзней орг. дых. (27,3%). Разборъ медицинскихъ листовъ показалъ, что убыль среди служителей относится главнымъ образомъ къ началу службы, тогда какъ убыль среди фельдшеровъ — къ концу службы. Значительная убыль фельдшеровъ отъ бугорчатки орг. дых. могла бы быть скорѣе всего объяснена тѣмъ, что къ болѣе позднему времени службы становится болѣе определеннымъ характеръ болѣзни (бугорчатки) въ противоположность неопредѣленному диагнозу: хр. кат. дыхат. путей въ началѣ службы у служителей. Отсутствие свѣдѣній о численномъ составѣ служителей въ воен.-лечебн. заведеніяхъ не позволяетъ судить, хотя-бы приблизительно, о величинѣ убыли ихъ; въ отношеніи фельдшерскаго персонала въ санитарныхъ отчетахъ вмѣются свѣдѣнія относительно списочнаго состава и убыли ихъ отъ всёхъ болѣзней въ общей сложности. На основаніи этихъ свѣдѣній и данныхъ полученныхъ изъ разбора медицинскихъ листовъ, убыль отъ бугорчатки органовъ дыханія среди фельдшеровъ въ 1907-мъ году равняется 4,3 на 1000 чел. списочнаго состава; сравнивая эту величину съ другими величинами этой же убыли въ арміи, можно придти къ заключенію, что убыль фельдшерскаго персонала выше средняго для арміи (2,2 для бугорчатки легкихъ и 1,0 отъ бугорчатки прочихъ органовъ). Въ ряду различныхъ группъ убыль фельдшерскаго персонала отъ бугорчатки органовъ дыханія занимаетъ 3-е мѣсто послѣ убыли среди заключенныхъ въ военныхъ тюрьмахъ (7,1) и убыли въ гвардейскихъ пѣхотныхъ полкахъ (4,7).

Всѣ эти 3 группы, выделяющіяся среди остальныхъ въ арміи по убыли, а слѣдовательно и по заболѣваемости бугорчаткой орган. дых., поставлены въ совершенно отличныя между собою условия. Въ отношеніи своего низшаго персонала военносанитарное ведомство является болѣе всего ответственнымъ, будучи самостоятельнымъ въ проведеніи предупреждающихъ мѣръ. Убыль отъ бугорчатки органовъ дыханія среди фельдшерскаго персонала составляетъ 23,8% убыли ихъ отъ всёхъ болѣзней, тогда какъ въ арміи, бугорчатка всёхъ органовъ составляетъ лишь 6,7% всёхъ болѣзней и это въ свою очередь можетъ служить подтвержденіемъ, что бугорчатка орг. дых. среди военно-фельдшерскаго персонала является наиболѣе распространенной болѣзью, чѣмъ во всей арміи. Изъ числа выбывшихъ фельдшеровъ 35% были приняты на службу съ званіемъ фельдшера, слѣдовательно въ отношеніи этого числа еще можно искать связь заболѣваній съ дѣятельностью до службы, въ особенности, если принять во вниманіе, что 71,4% изъ нихъ вышло въ первые 2 года. Остальные фельдшера, составляющие почти  $\frac{2}{3}$  всей убыли, не имѣли ничего общаго до службы со своей специальностью и убыль ихъ относится къ концу службы, поэтому получается большая вѣроятность, что они обязаны своимъ заболѣваніемъ непосредственно военной службѣ.

Большая убыль отъ бугорчатки органовъ дыханія среди военныхъ фельдшеровъ во всей арміи по даннымъ хотя одного только года (4,3 на 1000 ч. ихъ спис. сост.) должна обращать на себя вниманіе уже потому, что находитъ себѣ достаточно объясненій въ тяжелыхъ условіяхъ службы ихъ. Немаловажную роль въ происхожденіи бугорчатки среди фельдшеровъ, равнымъ образомъ и среди всего низшаго медицинского персонала играетъ неудовлетворительный составъ ихъ, на что ссылался также Laveran (47) еще въ 1872 г., объясняя громадную смертность среди болѣзненныхъ служителей. Въ низшій медицинскій персоналъ, въ фельдшерскіе ученики и служители выделяется въ зависимости отъ усмотрѣній строевого начальства, по преимуществу непригодный для строевой службы элементъ, при этомъ рѣшающее значеніе имѣетъ ошибочный взглядъ на строевую службу, какъ на

болѣе легкую. При приемѣ новобранцевъ разбивка по родамъ оружія и зачисленіе въ лазаретныя и госпитальныя команды въ свою очередь основываются на этихъ же соображеніяхъ. Помимо неудовлетворительнаго состава низшаго медицинскаго персонала слѣдуетъ принять во вниманіе то, что онъ приступаетъ къ своей дѣятельности, будучи совершенно неподготовленнымъ къ ней; некультурность же той массы, изъ которой выходитъ, еще болѣе увеличиваетъ его безпомощность по уходу за больными и такимъ образомъ имѣются всѣ шансы для воспріятія наиболѣе распространеннаго инфекціоннаго начала, какъ бугорчатки. Постоянное пребываніе въ замкнутыхъ помѣщеніяхъ, нерѣдко переполненныхъ самыми разнообразными больными, отсутствие правильной отдыха, которымъ низшей медицинскій персоналъ обезпеченъ менѣе чѣмъ, кто-либо другой изъ военно-служащихъ, дополняетъ картину тяжелыхъ условій службы, которыхъ не встрѣчаемъ ни въ службѣ строевыхъ, ни въ службѣ остальныхъ нестроевыхъ. Эти условія затрагиваютъ вмѣстѣ съ тѣмъ другой весьма важный вопросъ о состояніи военно-лечебныхъ заведеній, не могутъ ли послѣднія способствовать сами распространенію туберкулезной заразы. Вопросъ не представляется новымъ и неожиданнымъ, въ сравнительно недавнее прошлое указывалась совершенно открыто полная возможность подобнаго распространенія, — проф. Манасеинъ<sup>21)</sup> безпричинно называлъ лечебныя заведенія — парниками чахоточныхъ. Матеріалъ, послужившій для настоящей работы, не заключаетъ въ себѣ данныхъ, которыя могли бы осветить этотъ вопросъ съ точки зрѣнія современнаго устройства и внутренняго распорядка военно-лечебныхъ заведеній; въ литературѣ позднѣйшаго времени также не имѣется никакихъ указаній.

Настоящая работа позволяетъ сдѣлать слѣдующія заключенія:

1. Большинство выбывающихъ изъ арміи за смертью и инвалидностью вслѣдствіе болѣзней орг. дыханія, по крайней мѣрѣ не менѣе половины всей убыли, приходится на начало службъ и тѣмъ свидѣтельствуетъ о несовершенствахъ приема

на службу, допускающихъ въ ряды арміи больныхъ и предрасположенныхъ къ этимъ заболѣваніямъ лицъ.

2. Взглядъ на узкую грудь, какъ на признакъ плохого состоянія орг. дыханія, свидѣтельствующій о существованіи болѣзни ихъ или предрасположенія, имѣть за собой полное основаніе, хотя и хорошо развитая грудь не исключаетъ возможности заболѣванія этихъ органовъ.

3. При приемѣ на военную службу необходимо считаться съ размѣромъ грудной кѣтки и признаніе годности къ службѣ при маломъ ея размѣрѣ можетъ рѣшаться только по испытаніи въ лечебн. заведеніи.

4. Высокій ростъ часто сочетается съ узкой грудью и не имѣть за собой никакихъ преимуществъ по сравненію съ среднимъ ростомъ при выборѣ крѣпкихъ и здоровыхъ людей въ арміи.

5. Инструкція по освидѣтельствуванію здоровья принимаемыхъ на службу даетъ неопредѣленные указанія относительно годности къ службѣ.

6. Усиленіе убыли изъ арміи вслѣдствіе бугорчатки орг. дыханія въ концѣ службы указываетъ на возможность заболѣваній въ связи съ условіями службы и эти заболѣванія не могутъ быть отнесены къ исключительнымъ случаямъ.

7. Наибольшее число заболѣваній бугорчаткой и друг. болѣзнями орг. дыханія въ арміи приходится на гвардейскія, гренадерскія и крѣпостныя части и на заключенныхъ.

8. Существующая система отбыванія воинской повинности въ противоположность территориальной способствуетъ усиленной заболѣваемости орг. дыханія.

Л И Т Е Р А Т У Р А .

1. Аврамовъ. Материалы по военно-медицинской статистикѣ. Опытъ разбора медиц. листовъ. Дис. 1895 СПб.
2. Алфеевъ, П. Наслѣдованіе математическихъ формулъ, предложенныхъ авторами для опредѣленія физической крѣпости организма. В. М. Ж. 1909 XII.
3. Архиповъ, А. Къ вопросу объ измѣреніи груди и о вѣшнваніи тѣла и объ ихъ значеніи. В. Сб. 1875, кн. 4.
4. Афанасьевъ. Труды врачей-Николаевскаго военнаго госпиталя т. I стр. 387.
5. Баулинъ, В. И. Материалы къ измѣренію у здоровыхъ солдатъ роста, вѣса, объема груди, жизненной емкости легкихъ, силы рѣчныхъ кистей вмѣстѣ и сила подъема. Дис. 1889. СПб.
6. Бертенсонъ. Внутренніе болѣзни въ С.-Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ въ 1890 г. В. М. Ж. 1891.
7. Блаукетъ. Причины грудныхъ болѣзней въ арміи и мѣры къ ихъ ограниченію. В. М. Ж. 1893. февр.
8. Блаукетъ. Изъ наблюденій надъ чахоточными въ Варшав. мѣст. лазаретѣ въ 1891 г. В. М. Ж. 1892, авг.
9. Blumenthal, S. München, medec. Wochenschrift. 1908 № 30.
10. Broca. Instructions générales pour les recherches anthropologiques. Paris 1879.
11. Брытневъ. Вліяніе карантинной службы на температуру тѣла, кожную температуру, жизненную емкость легкихъ, силу вдоха и выдоха, артериальное кровяное давленіе, мышечную силу и вѣсъ тѣла. 1889, дис. СПб.
12. Бѣлявинъ. Къ вопросу о болѣзненности и смертности среди солдатъ и ихъ причины. В. М. Ж. 1894, июнь.
13. Vallin, F. Rec. mém. méd. milit. 1876.
14. Вережкинъ, И. Респисаніе болѣзней по отношенію къ военной службѣ. В. М. Ж. 1878, 155.
15. В. В.—евъ. О санитарномъ „благоустройствѣ“ Русской арміи. Врачебная газета № 35—1909.
16. Vierhuff. Deutsche med. Wochenschr. 1907 № 15.
17. Vincent. Rec. mém. méd. milit. 1861 3-e serie t. VI.
18. Wolff-Eisner. Ранняя діагностика и иммунитетъ при туберкулезѣ преимущественно къ леченію и прогнозу. Перев. подъ редакц. В. Н. Томашевскаго 1911. СПб. Изд. практ. медиц.
19. Hammond. Treatise on hygiene special with references to the military service Philadelphie 1863; цит. по дис. Баулина. 1889.
20. Гейлихъ. Къ вопросу о заболѣваемости легкой чахоткой въ войскахъ. Дис. 1905. СПб.
21. Георгиевскій. Материалы къ вопросу о заболѣваемости нижнихъ чиновъ бугорчаткой по срокамъ службы и родамъ оружія съ приложеніемъ очерка и причинъ развитія бугорчатки въ населеніи и въ войскахъ. Дис. 1895. СПб.
22. Герценштейнъ. Войсковые болѣзни. Реальная энциклопедія медиц. наукъ проф. Eilenbourg—Афанасьева т. III стр. 724. СПб. 1892.
23. Гензель. О связи заболѣваемости орг. дыханія съ климат. и метеорологич. условіями мѣстностей. В. М. Ж. 1897, Мартъ.
24. Glaser, E. Der Wert physischer Eigenschaften für die Beurteilung der Militärdiensttauglichkeit und des Körperentwicklung. Militärarzt. 1908 № 16.
25. Гольмиевъ. Опытъ медико-статистич. описанія полка по медиц. листамъ. В. М. Ж. 1892 г., Ноябрь.
26. Гончаровъ. Вопросы санитарной службы и этики въ полку. 1908. Варш. Книгоизд. «Офицеръ Живанъ».
27. Горбачевъ. Материалы къ вопросу о поголовномъ изслѣдованіи мокроты на чахоточныя палочки у нижн. чиновъ. Врачъ, 1890.
28. Горбачевъ и Пгнатовичъ. Къ поголовному изслѣдованію мокроты на чахоточн. палочки у нижн. чин. Врачъ, 1891 № 41.
29. Горскій, П. А. Къ вопросу объ опротестованныхъ новобранцахъ. В. М. Ж. 1909, Июнь.
30. Горскій, П. А. Къ характеристикѣ физич. развитія населенія Бобруйскаго уѣзда, Минск. г. Дис. 1910. СПб.
31. Ganchet. Prophylaxie de la tuberculose. Bull. de l'Académie de Méd. 1898 vol. № 39 p. 695.
32. Захаржевскій. О разныхъ способахъ зараженія бугорчаткой и о мѣрахъ чрезвычайнаго ея распространенія особенно въ войскахъ. В. М. Ж. 1889, Апрель.
33. Зеландъ, Н. Zur Actiologie der Sterblichkeit der soldaten Deutsch. Vierteljahrsser. für öffentl. Gesundheitspflege 1871,



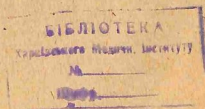
34. Зеландъ, Н. О непечальной причинѣ болѣзненности нашего солдата. В. С. Д. 1882 № 29 и 30.
35. Cardevielle, Louis. Thèse Paris 1878. изт. по дис. Баулина. 1889.
36. Kelsch, Tuberculose dans l'armée. Révue d'Hygiene. et de police Sanitaire. 1905 p. 810.
37. Kelsch, Boisson et Braun. De la virulence des poussières des casernes, notamment de leur teneur en bacilles tuberculeux. Bull. de l'Academie de méd. 27 dec. 1898.
38. Kirchner. Zeitschr f. Hygiene. 1895 p. 153.
39. Colin, L. Prophylaxie de la tuberculose. Bull. de l'Academ. de méd. 1898 vol. 39 p. 615.
40. Копосовъ. Вліяніе воен. тюрьмы на вѣсъ и здоровье заключенныхъ В. М. Ж. 1910. Май.
41. Cornet. Ueber Tuberculose Leipzig. 1891.
42. Косоротовъ. Замѣтки объ измреніи роста и груди у рекрутъ. В. С. Д. 1887 № 18.
43. Косухинъ. О порядкахъ и правилахъ освидѣтельствованіи подлежащихъ военной повинности. В. М. Ж. стр. 18.
44. Quetelet. Anthropometrie ou mesure des différentes facultés de l'homme. Bruxelles 1870.
45. Quetelet. Physique sociale ou essai sur le développement facultés de l'homme. Bruxelles 1869.
46. Larrhey. Discours à l'Academie de méd. 1887 30 avr.
47. Laveran, A. Hygiene militaire 1900.
48. Левицкій, В. Къ вопросу о физическомъ состояніи населенія Подольск. уѣзда. По даннымъ Подольскаго уѣзднаго воинскаго присутствія. Изд. Московск. губ. земства, М. 1901.
49. Lemoine, G. H. La tuberculose dans l'armée et la marine. O. Doin et fils, Editeurs 1909.
50. Lemoine, G. H. Anuscultation ou poumon chez les jeunes soldats. La Presse médic. Janv. 1907.
51. Лебедевъ, В. Наблюденіе надъ колебаніями роста, вѣса, окружности груди, ширины дыхат. размаха, жизненной емкости легкихъ и силъ мышцъ ручныхъ кистей. Дис. 1894. СПб.
52. Любомудровъ. Къ бактериологической діагностики туберкулеза въ арміи В. М. Ж. 1897, XI. 1042 стр.
53. Макаровъ. Болѣзненность, неспособность и смертность по отдельнымъ срокамъ службы. В. М. Ж. 1894 Apr.
54. Maskiewicz. Archiv de méd. milit. 1897. t. XXIV p. 94.
55. Максимовичъ, М. П. О загрязненія микробами половъ въ лечеб. завед. Врачъ 1894, № 16.
56. Маркъ. Къ вопросу о борьбѣ съ чахоткой въ арміи. В. М. Ж. 1907, Авг., Сент., Окт.

57. Мастыко. Ничто о постройкѣ казармъ. 156 стр. Воен. альманахъ на 1903.
58. Meyer. Bayerische Aërtzliches Intelligentsblatt. 1862. № 24, 25; реф. В. М. Ж. 1865, т. 92.
59. Масиковскій. Измѣреніе диаметра груди у здоровыхъ и чахоточныхъ больныхъ. Дис. 1889. СПб.
60. Михневичъ, И. Увольненіе по протесту новобранцы призыва 1895—1898 г.г. Дис. СПб. 1900.
61. Мокрицкій. Статистика смертности и неспособности къ службѣ hygiene. чин. крѣп. гарнизонъ Варш. Воен. Окр. Здровье № 8. 1882.
62. Никольскій. Материалы къ вопросу о смертности нижн. чин. арміи. 1908. Дис. СПб.
63. Оранскій, Н. Къ вопросу о значеніи вѣса тѣла у новобранцевъ. Дис. 1911. СПб.
64. Пироговъ. Начало общ. воен. полев. хирургіи. ч. II, стр. 428.
65. Поспѣловъ. Къ вопросу о бугорчаткѣ легкихъ въ арміи въ связи съ даннымъ, касающимся 146 Париз. пѣх. полка и отчасти Петерб. Окр. Дис. 1908. СПб.
66. Приказъ по Туркест. воен. окр. 9 Марта 1911 г.
67. Присежковъ. Военно-Санитарная часть въ минувшую войну. В. С. Д. № 1, стр. 7. 1851.
68. Пумпянскій, М. Значеніе окружности груди въ дѣлѣ отъбора тѣлеснаго развитія молодыхъ людей призывнаго возраста. В. М. Ж. 1892. Февраль.
69. Пясковскій, П. Къ вопросу о переосвидѣльствованіи новобранцевъ и критика существующихъ нынѣ способовъ стегометриі. В. С. Д. 1887. № 13.
70. Радаковъ. Какъ уменьшить болѣзненность въ арміи. В. С. Д. 1882. № 21.
71. Редигеръ. Комплектованіе и устройство вооруженной силы. изд. 1892. СПб.
72. Рубинеръ. Гигіена стр. 134. изд. 1897. СПб.
73. Скатикинъ, Н. Къ характеристикѣ физическаго развитія населенія Русскаго у., Московск. г. по даннымъ уѣзднаго воинск. присутствія (1874—1906) изд. Московск. губ. зем. за Май 1910.
74. Сибирскій. Солдатскій бытъ въ мирное время. В. М. Ж. 1905. Авг.—Нояб.
75. Simpson. Saldice 1908 p. 273.
76. Смоленскій, П. О комплектованіи арміи. В. С. Д. 1884. № 42—45.
77. Соколовъ, Н. Къ характеристикѣ физич. развитія и грамотности населенія Клиск. уѣзда по даннымъ уѣздн. воинск.

- присутствіи, наблюденіямъ врачей иъ ковом. обследованіи узда.  
Изд. Моск. Губ. Зем. Май 1903.
78. Стефановскій. Болъзненность среди солдатъ и ея причины. В. М. Ж. 1893. Сентябрь.
79. Столяровъ. О причинѣ развитія груди. болъзней въ войскахъ. Спб. Дис. 1872.
80. Straus. La tuberculose et son bacille. 1895. Paris.
81. Судаковъ, А. Состояніе здоровья признаемыхъ къ военной службѣ въ Россіи, Австріи и Германіи. В. С. Д. 1883. № 47—48.
82. Сурвилло. Измѣреніе груди, какъ критерій годности конскриптовъ къ воен. службѣ. В. М. Ж. 1876.
83. Сухорскій. Медіц. отчетъ за 1886 г. по IV хрон. груди. отдѣленію и пнеймон. лечебницѣ Петерб. Никол. воен. госпиталю. В. М. Ж. 1888. Май.
84. Sforza, C. La tuberculosi negli eserciti. Giornale di Medicina Militare anno LVIII 1910. pp. 558—586. реф. въ В. М. Ж. 1911. Май.
85. Titeca Faiblesse de competion et prédisposition à la phytisie pulmonaire. Recherches de moyen propres à en diminuer la fréquence dans l'armée. Работы дермографич. севіи VI интернаціональнаго конгресса гігіены и дермографіи въ Вѣнѣ. 1887.
86. Toldt. Studien über die Anatomie der menschl. Brustgegend mit Bezug auf die Messung derselben u. s. w. Stuttgart 1875.
87. Торинар. Elements de l'anthropologie générale. Paris 1885.
88. Truc. Lyon médical Juin 1885. Etudes sur le thorax de l'homme tuberculeux.
89. Тумачевъ. Приемъ новобранцевъ. Вѣст. Об. Гігіены 1903, стр. 906.
90. Тыминскій. Вліяніе кавалер. службы на развитіе организма у здоровыхъ людей. Дис. 1892.
91. Унтербергеръ. Домашнія санаторіи въ борьбѣ съ чахоткой. Спб. 1908, стр. 33.
92. Успенскій. О вліяніи Петербурга на болъзненность расположенныхъ въ немъ войскъ; докладъ въ общ. охр. народн. здравія. Врачъ 1890, № 20, стр. 469.
93. Flüggе. Grundriss der Hygien. 1908.
94. Flüggе. Zeitschrift, für Hygiene und Infectious krankheiten, vol. 30 p. 113, vol. 38, p. 1.
95. Froëlich. Военная Медицина. Перев. Иванова. Спб. 1888 г.
96. Цинкельдъ, ген.-м. Призывъ 1885 г. В. С. Д. 1886, № 12.

97. Щепотьевъ. Къ этиологіи чахотки въ арміи. В. М. Ж. 1896, Октябрь.
98. Шмудлевичъ, Я. Медицинск. статистика. В. М. Ж. 1882. Сент.
99. Штрюмпель. Части, патал. и терапіи внутрен. болъзней. Т. I, изд. 1898.
100. Яновскій, М. Несколько основательныхъ доводовъ въ пользу измѣренія окружности груди, какъ метода для опредѣленія возмужалости и силы организма. Рус. Мед. 1893. № 22—23.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ принести глубокую благодарность Его Превосходительству Завѣдыв. санитарно-статист. частью Гл. Воен.-Санит. Управления Ник. Ив. Козловскому за предоставленный матеріалъ и многоуважаемому приватъ-доценту Александру Александровичу Липскому за руководство и цѣнные указанія въ работѣ.



## ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Брюшной тифъ при одновременномъ существованіи у больного чинги можетъ быть смѣшанъ съ сыпнымъ тифомъ по обильному высыпанію.

2. Сыпной тифъ безъ сыпи нерѣдко встрѣчается въ Средней Азии среди туземнаго населенія.

3. Явленія сердечнаго невроза очень часты у нижнихъ чиновъ на 1-мъ году службы.

4. Писсукульскій корешокъ, распространенное средство въ цѣляхъ отравленія и самоотравленія въ восточной части Туркестана, повидимому, принадлежитъ къ одному изъ видовъ аконита и представляетъ собой сильнѣйшій ядъ.

5. Курсы сбереженія здоровья должны быть включены въ программу обязательнаго обученія молодыхъ солдатъ.

6. Полковые носильщики при соответствующей подготовкѣ могли бы нести санитарную службу въ войсковыхъ частяхъ въ мирное время.

7. Классификація болѣзней въ санитарныхъ отчетахъ, какъ имѣющая въ своей основѣ разнородные принципы, служить однимъ изъ источниковъ неправильной регистраціи заболѣваний.

## CURRICULUM VITAE.

Сергій Николаевичъ Хозяшевъ род. въ 1872 году въ г. Нижн.-Новгородѣ, среднее образованіе получилъ въ Тульской классич. гимназій, высшее—въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи и на военно-медицинскую службу зачисленъ 29 ноября 1898 г. На службѣ состоялъ и былъ въ командировкахъ: въ Варшавскомъ, Московскомъ, Туркестанскомъ, Казанскомъ, Виленскомъ, Приамурскомъ и Кавказскомъ воен. округахъ, въ настоящее время состоитъ на службѣ въ Петербургскомъ воен. округѣ младшимъ врачомъ 11 Финляндскаго стрѣлковаго полка. Въ теченіе службъ былъ неоднократно командированъ въ различныя воинскія присутствія на приемъ новобранцевъ. Съ 4 марта 1908 г. по 18 авг. 1908 г. состоялъ въ прикомандированіи къ Московскому воен. госпиталю для изученія бактериологій. Съ 1 октября 1908 года по 1 октября 1910 г. былъ прикомандированъ къ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи для усовершенствованія въ медицинскихъ наукахъ и въ теченіе этого времени сдалъ экзамены на доктора медицины.

Настоящую работу подъ заглавіемъ: «Болѣзни орг. дыханія въ русской арміи. Матеріалы къ выясненію заболѣваемости по медицинскимъ листамъ» представляетъ въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.