

ибо и врача, и студента надо учить не только в „детских“ учреждениях, они должны быть тесно связаны с той медико-профилактической организацией, в которой им завтра, по окончании своей учебы, придется самостоятельно работать. До сих пор, надо признаться, ВУЗы принимали недостаточное участие в проработке вопросов здравоохранения и профилактического медико-санитарного дела в ТР. В отн. близости к жизни ВУЗ'ы далеко ушли вперед по сравн. с Мед. ВУЗ'ами.

Таким образом, важнейшей задачей ближайшего времени в области рационализации медицинского дела в Казани является организация и проведение в жизнь районирования города с разделением его на первое время хотя бы на три района. Вокруг районной Поликлиники концентрируются, помимо врачебных кабинетов по разным специальностям, лаборатории, рентгена и станции скорой помощи, врачи помощи на дому, первая помощь на предприятиях, санитарные врачи-консультации, районный распределитель и транспорт. К этой Поликлинике прикрепляются стационарные учреждения. Вокруг Поликлиники должно быть фиксировано внимание советской общественности и организация мощного Котига должна обеспечить участие организованной части населения в этой большой работе по обслуживанию населения района.

В заключение укажем, что все мероприятия по улучшению качества и эффективности медобслуживания населения будут проведены в жизнь ускоренным темпом с переходом лечучреждений на непрерывную работу. С переводом поликлиник, яслей, пунктов первой помощи на производство, медпомощи на дому, Туб. и Вен. диспансеров и Зубопротезной лаборатории на непрерывную неделю мы добьемся повышения обслуживания населения в их пропускной способности на 16,3% при дополнительных расходах на 7,9%. Помимо политического и культурного значения рациональность этого мероприятия очевидна.

На основании изложенного позволим себе сделать следующие выводы:

1) Рационализация лечебно-профилактического дела является важнейшей задачей по преодолению трудностей и повышению эффективности медобслуживания населения; 2) социалистическое соревнование—метод, при помощи которого эта задача может быть выполнена с наибольшим успехом и наилучшей эффективностью; 3) рационализация в деле здравоохранения ТР до сих пор не получила широкой общественной поддержки, а врачебная масса недостаточно осознала важность этих мероприятий и слабо втянута в эту работу; 4) основное направление в дальнейшей работе по рационализации должно идти по двум линиям: рационализации медпомощи населению и рационализации аппарата.

В области медобслуживания актуальными вопросами являются: а) районирование медпомощи населению; б) урегулирование госпитализации больных, уменьшение прогула коек. улучшение питания в больницах, для чего необходима переквалификация персонала путем создания специальных курсов; в) особой проработки требует вопрос о специализации лечебных учреждений города и г) внедрение действительно профилактических начал во все звенья нашей сети.

В отношении аппарата—дальнейшая децентрализация его, что даст улучшение качества работы мест и самого Наркомата.

К научной проработке профилактики и рационализации медицинского дела ТР должны быть привлечены Мед. ВУЗы Казани, которые до сих пор уделяли этим вопросам недостаточное внимание.

Наконец, переход на непрерывную неделю медсанучреждений ускорит темп выполнения поставленных перед нами задач во всех областях здравоохранения, в частности в области рационализации медпомощи населению.

Впечатления с III-его Всесоюзного съезда ото-рино-ларингологов¹⁾.

Б. С. Голанд и С. П. Яхонтов.

Съезд состоялся 27—31 августа 1929 г. в г. Одессе. Вечером 26 августа в доме Красной Армии Замятникомздрав Украины тов. Нагорным Съезд был открыт, с приветственными речами выступили председатель Оргбюро съезда

¹⁾ Доложено в Рино-ларинго-отоларингической секции Общества врачей при Казанском университете 20. XI. 1929.

д-р Розенфельд, представитель Наркомздрава РСФСР тов. Моргуляс, представители местной администрации и медицинских обществ. После приветственных речей была единогласно принята резолюция по поводу событий на Дальнем Востоке следующего содержания: «Третий Всесоюзный съезд ото-риноларингологов, собравшись на своем первом заседании, учитывая международные обстоятельства, создавшиеся в связи с выступлением китайских генералов и белобандитов при захвате КВЖД, выражает свое глубокое возмущение и протест против насильственных действий. Съезд вместе со всей советской общественностью заявляет во всеуслышание, что по призыву правительства о защите первого социалистического отечества научные работники готовы выступить и отдать все свои силы и знания для защиты Октября. Съезд глубоко уверен, что врачебная масса в своей повседневной практической деятельности сумеет показать свою преданность рабоче-крестьянскому государству, сплотив свои ряды для работы в области здравоохранения, и создать крепкую боевую единицу для защиты отечества мирового пролетариата от военного потрясения. Да здравствует незыблемый союз науки и труда. Да здравствует Красная Армия—верный защитник союзных границ. Да здравствует вождь пролетариата В.К.П.(б).»

Первое заседание было посвящено исключительно профессиональным заболеваниям верхних дыхательных путей. Д-р Грамбичкии, в своем докладе «*Профессиональные болезни верхних дыхательных путей*» дает в начале определение о профессиональном заболевании вообще и в нашем Союзе в частности. Подробно останавливается на болезненных формах верхних дыхательных путей, развивающихся под влиянием пыли, газов, паров, влажности и резких температурных колебаний. Вопрос о профилактике занимает в докладе видное место. Дальше идет сравнительно подробное описание профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей в полиграфической промышленности, горном деле, металлургической и металло-обрабатывающей промышленности, фарфоро-фаянсовых, стекольных и цементных заводах, при работе с хромовыми соединениями, в табачной, мукомольной, деревообделочной и текстильной промышленности и других производствах. В заключение докладчик останавливается на необходимости единой номенклатуры профессиональных заболеваний, в которую должно быть вложено определенное содержание, на необходимости выработать единый клинический метод обследования по определенной карте. Несмотря на то, что клинические кафедры должны быть проникнуты профилактическим направлением, необходимо создать кафедры, где бы производилось преподавание профессиональных заболеваний. Должно быть введено обязательное исследование состояния верхних дыхательных путей у рабочих, по крайней мере у тех из них, которые поступают на вредные производства. Пр.-доц. Работнов осветил вопрос о *профессиональных заболеваниях голоса*. Диагностика профессиональных заболеваний голоса не может быть поставлена на основании обыкновенного исследования верхних дыхательных путей, для этого должны применяться все методы, выработанные за последнее время фонетикой. Прогноз всегда сомнителен, потому что причинный момент редко может быть устранен. Лечение профессиональных заболеваний голоса должно быть прежде всего профилактическое. Моменты, с которыми необходимо считаться для профилактики болезней голоса: 1) метод преподавания должен быть согласован с индивидуальностью учащегося; 2) вредно заниматься пением в период мутации; 3) нельзя продолжительное время фонировать на высокой tessiture как в речи, так и в пении; 4) недостаточная тренировка predisposes к болезни голоса; 5) неправильное определение рода голоса; 6) преувеличенные расчеты на выносливость и силу голоса и 7) заболевания верхних дыхательных путей. Заболевания сердца, легких, кишечника, нервной системы, анемия, а также ослабленное питание, переутомление могут служить predisposing моментом к развитию расстройств голоса. Психические явления, как чувство страха, неуверенность в себе и др., могут ускорить разрушение голоса. Для лечения уже развившейся болезни голоса докладчик рекомендует кроме употребления известных медикаментов всевозможные виды электро-физиотерапии. Д-р Круквер сообщил об *изменениях слизистой оболочки верхних дыхательных путей в условиях табачного производства*. Белые крысы помещались в наиболее пыльный табачный цех и затем по истечении определенных сроков подвергались исследованию. Гистологическое исследование слизистых этих животных показало наличие табачной пыли во всех тканях верхних дыхательных путей. Докладчик считает, что у крыс 1-го месячного стажа имеется *tabacosis universalis*, а у крыс с большим стажем намечаются воспалительные явления и гибель мерцательного эпителия.

2-я половина первого заседания была посвящена *роли некоторых профессиональных вредностей на ухо*. Преображенский демонстрировал изменения в ganglion spirale у белых мышей после отравления последних свинцом, ртутью и серебром. Миссепонжик показывал изменения во внутреннем ухе морских свинок после отравления свинцом. Лозанов демонстрировал препараты, где видны большие изменения во внутреннем ухе собак и кроликов, находящихся более и менее долгое время в гвоздильном заводе. Руттенбург сообщил о влиянии СО на орган слуха. Вульфсон, Шпайер и Тарасенко сообщали относительно *лечения глухоты электро-акустическими приборами проф. Скрицкого*. Аппарат удобен для диагностики, дает некоторое улучшение слуха иногда у детей, но у взрослых не дает хороших результатов.

2-й день Съезда был посвящен почти исключительно вопросу о лечении острого мастоидита. В докладе «*Диагностика и терапия острых мастоидитов*» проф. Левин рассматривает под термином «мастоидит» с клинической точки зрения такой воспалительный процесс сосцевидного отростка, который возникает при известных неблагоприятных условиях как следствие, как осложнение острого гнойного отита. Это осложнение характеризуется местными и общими симптомами; оно может излечиться самопроизвольно или от консервативных мероприятий; в подавляющем же числе случаев оно требует оперативного вмешательства. Патолого-анатомический термин «мастоидит» обозначает воспаление сосцевидного отростка в самом широком смысле слова без различия формы и стадии его; воспаление наступает и существует уже с самого начала всякого острого отита, как составная часть его. Докладчик рекомендует различать патолого-анатомически «эмпиему» и «остеит», если в процесс вовлечена и кость сосцевидного отростка, причем считает, что остеит соответствует клиническому мастоидиту. Чтобы связать клиническую картину мастоидита с патолого-анатомической, докладчик подверг гистологическому исследованию больше 58 случаев оперированных по поводу острого мастоидита. Эти 58 сл. распределяются по времени начала острого отита следующим образом: на 3-й день от начала острого отита 1 сл., на 4-й—1, на 5-й—2, на 7-й—1, на 2-й неделе—7 сл., на 3-й—10, на 4-й—9, на 5—8, на 6-й—7 и позже 6-й—12. Докладчик не считает возможным провести классификацию гисто-патологических изменений по неделям или по дням, более целесообразно разделить весь материал на 2 стадии: 1) экссудативная и 2) пролиферативно-альтеративная стадии. 1-я стадия сосредотачивается главным образом в мукозно-перистальном покрове ячеек; при этой стадии никаких изменений кости ни в стенках ячеек, ни в перекладинах между ними, ни в костно-мозговых полостях не заметно, эта стадия свойственна самым ранним стадиям среднего отита, периоду не позже 6—7 дней. 2-я стадия характеризуется тем, что одновременно при помощи остеобластов получается образование грануляционной ткани, новообразование кости, при помощи же остеокластов—расплавление кости. Касаясь лечения, докладчик подробно останавливается на вопросе, когда надо оперировать. На основании своего материала, обнимающего 308 сл., оперированных в разное время после наступления острого среднего отита (в том числе 33 сл. с опасными осложнениями, 103—с доброкачественными и 15 (5,5%) со смертельным исходом), докладчик приходит к заключению, что операция должна быть произведена «своевременно»: ни рано и ни поздно. Приблизительно к такому же заключению приходит и проф. Компанеев в своем докладе «*О позднем и раннем оперативном вмешательстве при острых мастоидитах*». Докладчик считает, что под термином «мастоидит» надо понимать всякое заболевание сосцевидного отростка, а не только тот случай, когда процесс переходит на кость. Но не всякий мастоидит должен быть оперирован. Совсем иррационально все мастоидиты рано оперировать уже потому, что большое количество мастоидитов поддается консервативному лечению, а ранняя операция никоим образом не гарантирует от последующих осложнений. Поэтому правильней говорить о «своевременных» операциях. Ранняя операция может быть показана только в очень тяжелых случаях. В действительности же видно, что статистически большее количество летальных исходов наступает при ранних операциях, при поздних операциях смертность гораздо меньшая. Операция должна быть произведена или при очень тяжелых случаях, или когда уже становится ясно, что консервативное лечение не приведет к благоприятному исходу. Последнее не всегда совпадает с моментом возникновения эмпиемы в сосцевидном отростке, ибо опасность мастоидита может наступить и от распространения инфекции по преформированным путям. На основании литературных данных и своего материала, обнимающего 221 случай с 54-мя осложне-

ниями и 9 случаев смерти (4%), докладчик считает, что число осложнений отнюдь не увеличивается соответственно давности процесса, а зависит от тяжести заболевания и других моментов. Также и смертность не увеличивается по мере отодвигания срока вмешательства, а, напротив, смертность уменьшается. Проф. Гешелин подробно останавливается на *гистопатологии мастоидита*. Его материал обнимает всего 20 случаев. 18 из них были подвергнуты и бактериологическому исследованию, причем в 7 сл. (35%) оказался гемолитический стрептококк, в 4-х (20%) — короткоцепочечный стрептококк; в 3-х (15%) — стафилококк и в 5-ти (30%) — диплококк. Все они были подвергнуты гисто-патологическому исследованию. Костные осколки (шпilterа), полученные во время операции, брались в известной последовательности 1) кортикальный слой, иногда вместе с надкостницей, 2) перивантральная область, 3) область верхушки и 4) перисинуальная область. В случаях с сильной деструкцией кости удавалось получить только костный осколок кортикального слоя и выскабливаемые ложечкой грануляционные массы. Докладчик делит свой материал по длительности периода, предшествовавшего операции. К 1-ой группе относятся 3 случая с длительностью до операции не больше 9 дней, ко 2-ой группе 9 сл. с длительностью от 10 до 21-го дня и к 3-ей группе — 8 сл. старше 3-х недель. В первой группе в гисто-картине преобладают деструктивные процессы с отсутствием костеобразования. Течение болезни острое, с сравнительно тяжелыми общими явлениями. 5 случаев из второй группы, давности в 17 дней, характерны преобладанием резорбции при относительно слабо выраженной аппозиции. Клеточные и костно-мозговые полости в стадии максимальной организации, в остальных случаях — процессы разрушения и созидания кости идут вместе. В случаях 3-ей группы доминирует костеобразование над резорбцией; чем длительнее заболевание, тем сильнее идет образование кости. В заключение докладчик приходит к выводу, что с точки зрения гисто-патологии острый мастоидит является ответной реакцией тканей отростка на инфекцию; в зависимости от характера инфекции, ее вирулентности, общего состояния организма, местного иммунитета, анатомо-биологического строения среднего уха (конституция и пневматизация), а также длительности заболевания докладчик наблюдал преобладание одного из процессов экссудативного, пролиферативного и альтерационного характера.

На *скарлатинозных мастоидитах* внимание Съезда было фиксировано Фрейдиной (Киев), считающей, что более ранняя операция при скарлатинозных отитах дает меньше осложнений и летальных исходов: ранняя *antrotomia* может предохранить от перехода в хронический отит.

Остальные доклады этого дня не относятся к программным, из них отметим: Благовещенский (Москва) предложил *новый материал для пластики* — карболит. Фенол, формалин и крезол в известной пропорции в присутствии катализатора (салигена) дают, по мнению докладчика, прекрасный по своим свойствам материал для пластики. Он горячо рекомендует его. Ястребова (Саратов) в докладе „*К проблеме миндалика как органа коррелятивного по отношению к щитовидной железе*“ делает выводы, что экстирпация миндалин у животных в молодом возрасте вызывает отставание роста, влечет за собою разные изменения в ткани щитовидной железы у этих животных и даже влияет на потомство в виде врожденной слабости и изменений в щитовидной железе и вызывает понижение сопротивляемости инфекции. Докладчица произвела тонзиллэктомию поросят в трехнедельном возрасте. Через 11 месяцев, исследуя щитовидные железы убитых животных, она нашла ясно выраженные изменения в ткани щитовидных желез оперированных животных, заключающиеся в форме фолликул, в количестве соединительной ткани, кровонаполнении, типе эпителия и в содержимом фолликул. Из двух поросят, родившихся от оперированной свиньи, у одного найдены такие же изменения в щитовидной железе, как и у оперированной свиньи. Оперированные свиньи, зараженные инфекционными болезнями, оказались менее устойчивыми, чем контрольные. Луковский (Воронеж) на основании массового *исследования микрофлоры кольца Waldeyer'a* приходит к следующим выводам: 1) Патогенные микроорганизмы, в частности гемолитические стрептококки, далеко не являются случайными находками при хронических тонзиллитах и при аденоидах. 2) В то время как кливически здоровые миндалины не содержали патогенной флоры, при хронических тонзиллитах встречались патогенные микроорганизмы в 100%, а при аденоидах II и III ст. — в 95,6%. 3) Хронический тонзиллит является наиболее частым носителем первичных очагов инфекции. 4) При хроническом лакунарном тонзиллите в миндалине может встречаться культура симбиоза *Plaut-Vincet'a*

без каких-либо признаков заболевания ангиной Vincent'a. 5) Вирулентность штаммов, выделенных при хроническом тонзиллите, колеблется в широких пределах. 6) Своевременная санация кольца Waideyer'a имеет большое практическое значение. Рудаков (Ленинград) и Ходяков (Ростов) остановились на изменении *тител* *сервиза* *дыхательных путей при инфекционных заболеваниях*.

В докладе (3-й день Съезда) по программному вопросу „О стенозах гортани“ проф. Иванов (Москва) коснулся только острых стенозов. Имея большой опыт в лечении хронических стенозов гортани, докладчик (им было оперировано 298 больных, из коих 204 были излечены) задел и этот вопрос указав, что он всегда применял ларингофию с последующим введением Т-образной резиновой трубки. Докладчик д-р Пляшенико (Одесса) описал *хронические стенозы гортани*, причем в разделении их он держался классификации Nagtega. Докладчик имел возможность наблюдать 153 сл. хронических стенозов, из которых 62 были обусловлены опухолями, 25-люэсом, 25—сыпным тифом. Из 42 больных, подвергшихся длительному лечению, у 36 получилось полное выздоровление. Основным методом лечения была ларингофию с эксцизией рубцов, трансплантацией по Thiersch'y и продолжительной дилатацией. Прив.-доц. Харшак (Киев) поделился впечатлениями от своего опыта (147 случаев) в *хирургическом лечении хронических стенозов гортани*. Он пришел к выводу, что при хронических стенозах гортани, требующих трахеотомии с последующей ларингостомией, нужно всегда производить первичную ларингостомию. Первичная ларингостомия имеет то преимущество перед вторичной, что она избавляет больного от вторичной операции, на которую он не всегда соглашается. При перихондритах первичная ларингостомия может предупредить дальнейшее разрушение остова гортани гнойным процессом и оборвать начавшееся. Подробно описывая технику операции, он, между прочим, ставит за пришивание кожи к слизистой, а расширение стомы ведет бужированием ватно-марлевыми валиками. После организации стомы поручает больным бужировать своими пальцами. На основании доклада проф. Свержевского (Москва) «*Применение хирургической диатермии при заболеваниях верхних дыхательных путей, в частности при злокачественных заболеваниях носа и носоглотки*» можно сделать заключение, что диатермия (в форме coagulatio) имеет большие преимущества в смысле безопасности от кровотечений. Какого большого % смертей в первые часы после обширных операций, какой наблюдался при обычном оперировании, здесь нет; % выздоровлений вообще значительно больший. К недостаткам этого метода относится то обстоятельство, что мы не знаем, где кончается демаркационная линия, а потому приходится удалять тканей больше, чем надо. Последовательные кровотечения наблюдаются и здесь, причем в самое различное время. Особенную чувствительность к коагуляции имеют кости и хрящи. При неосторожном прижигании этих тканей получаютсся сильнейшие боли и невроз. Большая чувствительность к прижиганию хрящей объясняет, почему в гортани диатермия не привилась. Большое сообщение о *склероме* сделал проф. Бурак из Минска. За 2½ года через клинику уха, носа и горла Белорусского у-та прошло более 200 склеромных больных, поэтому Б.С.С.Р., по автору, надо считать главнейшим мировым очагом по степени распространения склеромы. Докладчик подчеркнул ряд спорных вопросов по бактериологии и серологии склеромы. Так, было указано, что бацилл Frisch'a не всеми признается единственным этиологическим фактором заболевания. Был высказан взгляд на незначительную заразительность склеромы. Терапия применялась как консервативная (бужирование и рентгено-ауто-гемо-вакцинотерапия), так и оперативная, причем комбинированная терапия дала лучшие результаты. Вопросы об озене были посвящены доклады: 1) проф. Елина (Одесса)—«*О возбудителе озены и ее лечении*» и 2) проф. Рудакова и Кугаро (Ленинград) «*О сывороточном титре при озене*». Как известно, по росту на разных питательных средах, по их культуральным свойствам капсульную группу бактерий (озенозную, фридлендеровскую и склероматозную бациллы) трудно дифференцировать. Исходя из факта, что различные штаммы этих бактерий отличаются различными свойствами (мутация), проф. Елин отрицает специфичность микробов озены и склеромы и считает их родственными между собой по возбудителю. Для лечения им успешно применялась поливалентная вакцина. Рудаков подошел к вопросу с точки зрения расстройства функции щитовидной железы ее гиперфункция и гипофункция, и смысл лечения озены видит в устранении этих расстройств. Луков (Саратов) хороший результат получил от *применения минимальных концентраций*

хлора (1:200.000) в терапии заболеваний верхних дыхательных путей, для чего пользовался т. н. газо-калорийным способом. Пαιлучный эффект замечался при острых процессах, хуже—при хронических. При сухих катаррах и озене—улучшений не видел. Лившиц (Киев) подчеркнул важное преимущество местного обезболивания при оперативных вмешательствах в о-р.-л-гии, после коего кровяное давление быстро (в ближайшие часы) выравнивается, тогда как после общего наркоза это расстройство продолжается обычно несколько дней. Доцент Фельдман и Иванчик предложили анатомическое обоснование и критическую оценку подкожных и подслизистых *доступ к п. maxillaris и крылонебному узлу*. Сконструированной им и иглой в ряде случаев они вводили анестезирующие растворы в указанных образованиям и были довольны полученной анестезией. Кигин и Евстафьева (Москва) попробовали *цинк-ионофорез* при лечении гнойных отитов и полученными результатами остались довольны. По их мнению, метод этот по своей простоте и быстроте действия заслуживает применения в терапии оторрей. Д-р Моргулис (Москва), разрабатывая вопрос, *не является ли туберкулез гортани противопоказателем к искусственному мукоинотораксу*, пришел к отрицательному заключению, наоборот, он часто видел значительные изменения к лучшему и в гортани, пораженной туберкулезом. *О частоте и характере заболеваний придаточных полостей носа* на основании секционного материала сообщил д-р Кажлаев (из Баку) и д-р Урбах (Саратов)—по данным кафедры судебной медицины. Поражение гайморовых пазух (чаще в комбинации с заболеванием других полостей) найдено у человека в 92%. По количеству сопутствующих заболеваний остальные пазухи располагаются в таком порядке: решетчатые 56%, основная полость 44%, лобная в 20%. С программной темой *«Заболевания носа и глаза в их клиническом взаимоотношении»* выступил проф. Бурак. Сделавши оговорку, что установление причинной связи между заболеваниями придаточных полостей носа и изменениями в зрительном нерве при ретробульбарных невритах до последнего времени не имеет под собой вполне надежной патолого-анатомической и экспериментальной базы, что даже такие простые вопросы, как вопрос о роли патологии носа с его полостями в этиологии заболеваний слезопроводящих путей, вопрос о связи трахомы с изменениями в носу и т. п., не могут считаться окончательно решенными,—докладчик кратко изложил историю вопроса, а затем остановился на характере взаимоотношений носа и глаза. Он подробно трактовал о путях и способах перехода заболеваний носа и его полости на орбиту, глаз и его наружный аппарат. Касаясь патогенеза собственно ретробульбарных невритов риногенного происхождения проф. Бурак перечислил все существующие гипотезы (инфекционная, интоксикационная, венозного и лимфатич. застоя и др.), причем сам он, очевидно, придерживается теории вазомоторного расстройства и рекомендует обратить особенное внимание на циркуляцию крови в глазном диске.

В общем Съезд прошел весьма оживленно, было сделано 56 докладов и 260 чел. участвовало в прениях. Отметим, затем, многолюдность Съезда (497 делегатов из всех уголков СССР) и его прекрасную организованность.

Библиография и рецензии.

Б. Я. Шимшелевич, В. Н. Мешков и Т. Р. Никитин. *Лечебная физкультура*. Для врачей и специалистов по физической культуре. Под редакцией Б. Я. Шимшелевича с предисловием Н. А. Семашко. Госуд. мед. издательство, Москва, 1929, 270 стр., ц. 2 р. 90 к.

Прочно заложены советским здравоохранением основы физической культуры: успешно и быстро ее развитие. Еще совсем недавно, каких-нибудь 6—7 лет тому назад, приходилось ей пробивать с невероятными усилиями дорогу, чтобы убедить и организовать широкие трудящиеся массы для профилактического использования естественных природных факторов. Лед общественной инертности тронулся, и физкультурное движение, как первооснова профилактики народного здоровья, развивается широкою волною по всему Союзу. Вместе с тем обозначаются уже новые перспективы. Физкультура переросла свои первоначальные задачи. Прделанная большая научная работа, тщательно поставленные лабораторные исследования, систематически проведенные клинические наблюдения плюс завидная активность руководителей физкультурного движения открывают стрелку для его параллельного