

Сибирская Врачебная Газета

ВЫХОДИТЬ ЕЖЕНЕДЕЛЬНО ВЪ ИРКУТСКѢ

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ П. И. ФЕДОРОВА

при ближайшемъ участіи:

Багашева И. А. (Москва), **ф.-Бергмана Г. А.** (Иркутскъ), **Блюменфельда М. Л.** (Иркутскъ), **прив.-доц. Бутягина П. В.** (Томскъ), **Бормана В. Л.** (Благовѣщенскъ), **проф. Вершинина Н. В.** (Томскъ), **Делекторскаго Н. И.** (Томскъ), **проф. Добромыслова В. Д.** (Кіевъ), **Ельяшевича Б. А.** (Иркутскъ), **прив.-доц. Зимина А. Н.** (Томскъ), **Жаршина А. А.** (Иркутскъ), **Кирилова Н. В.** (Приморская обл.), **прив.-доц. Жиселя А. А.** (Москва), **Козьмина М. О.** (Омскъ), **Корелина В. В.** (Томскъ), **Крутовскаго В. М.** (Красноярскъ), **проф. Левашева И. М.** (Томскъ), **проф. Лобанова С. В.** (Томскъ), **Михайловскаго И. П.** (Иркутскъ), **проф. Мыша Вл. М.** (Томскъ), **Никольскаго Д. П.** (Петербургъ), **Пескина Я. А.** (Иркутскъ), **Пешновскаго Н. Я.** (Иркутскъ), **проф. Покровскаго М. М.** (Томскъ), **пр.-доц. Софотерова С. Н.** (Томскъ), **Спаснаго Н. С.** (Томскъ), **прив.-доц. Суханова С. А.** (Петербургъ), **Соколова Н. В.** (Томскъ), **проф. Тихова П. И.** (Томскъ), **Франкъ-Жаменецаго З. Г.** (Иркутскъ), **Фрайфельда А. О.** (Иркутскъ), **прив.-доц. Чистякова П. И.** (Томскъ) и мног. другихъ.

Подписная плата 7 руб. въ годъ. Допускается разсрочка: при подпискѣ 4 руб. и къ 1 июля 3 руб.

Адресъ редакціи: Иркутскъ, Большая, 73.

Единственное представительство по сбору объявленій за границей: Русское Справочное Бюро Э. Муравкина. Берлинъ, Фридрихштрассе. 133а.

Alleinige Geschäftsstelle und Inseraten—Annahme für das Ausland: E. Murawkin, Russisches Reise—Auskunftsbureau, Berlin Friedrichstrasse, 133a.

Годъ 6-й. Воскресенье 25-го августа 1913 г. № 34-й.

СОДЕРЖАНІЕ:

Н. А. Гланцъ. Случай сифилитическаго шанкра верхней губы. Лечение Neosalvarsan'омъ.—**В. А. Ларинъ.** Туберкулезъ въ Иркутскѣ. (Окончаніе).—Парижская Медицинская Академія по вопросу объ обязательномъ заявленіи о туберкулезѣ.—Фельетонъ. **А. Н. Зиминъ.** Воспоминанія врача о русско-японской войнѣ. (Продолженіе).—Рефераты. Психіатрія.—Врачебная хроника.—Протоколы Общества Врачей восточной Сибири за 1913 годъ.—Объявленія на обложкѣ.

Случай сифилитическаго шанкра верхней губы. Лечение Neosalvarsan'омъ*).

Н. А. Гланца.

Въ началѣ января этого года товарищъ **В. М. Крутовскій** прислалъ ко мнѣ больного маляра **Н** съ просьбой осмотрѣть его и полечить.

До этого больной около двухъ недѣль посѣщалъ амбулаторію 3-й городской лечебницы, откуда **д-ръ Былитскій**, сомнѣваясь въ діагнозѣ, послалъ его въ 1-ю лечебницу къ **д-ру Крутовскому**.

*) Сообщено въ засѣданіи Общества врачей Енисейской губ. 4 июня 1913 года.

При осмотрѣ, у больного, на верхней губѣ, на срединѣ ея, толстая буро-красная короста, величиной въ 15-коп. монету, а въ правой подчелюстной области замѣтна уже удаленіи опухоль величиной съ гусиное яйцо. При удаленіи коросты, на этомъ мѣстѣ губы оказалась характерная для твердаго шанкра поверхностная язва, вѣриѣ—эрозія слизистой губы, блестящая, какъ бы лакированная, ярко-краснаго цвѣта, слегка кровоточащая. Вся губа нѣсколько припухла и не плотно прилегала къ зубамъ.

Опухоль правой подчелюстной области при ощупываніи представляла большой пакетъ железъ твердыхъ, безболѣзненныхъ, но не прощупываемыхъ ясно въ отдѣльности. При ощупываніи губы, гдѣ находится язва, констатируется ясный, хрящевой твердости, инфильтратъ. По клинической картинѣ для меня не было сомнѣнія, что это случай первичнаго склероза верхней губы со склераденитомъ. На другой день я показывалъ этого больного въ 1-й городской лечебницѣ **Крутовскому**, **Гинибургу** и **Рачковскому**, которые присоединились къ такому діагнозу.

Самъ больной могъ разсказать объ источникѣ своего зараженія очень мало. По его словамъ, у него на верхней губѣ, приблизительно въ срединѣ декабря прошлаго года, образовалась трещина, которую онъ смазывалъ сначала вазелиномъ потомъ глипериномъ, и только. Гдѣ заразился, не знаетъ, указываетъ лишь на то, что живетъ на одной квартирѣ съ товарищемъ по профессіи, который, будто, боленъ сифилисомъ и лечился отъ этой болѣзни въ городской больницѣ, втеченіи двухъ мѣсяцевъ, еще очень недавно; пользовался одной съ нимъ посудой во время ѣды и питья. На половомъ членѣ у больного—никакихъ сифилитическихъ явленій, железы въ другихъ областяхъ, какъ паховыя, локтевыя и др., прощупываются, но далеко не такъ увеличены, какъ въ подчелюстной области справа. Въ приготовленномъ мной изъ отдѣляемаго язвы препаратѣ, съ окраской по **д-ру Шерешевскому**, (13—15 капель раствора **Giemsa** кипятится съ 10 к. с. ^{1/2}0 раствора

ра глицерина, и эта горячая смѣсь наливается на препарат и оставляется втеченіе 2—3 минутъ), я блѣдныхъ спирохетъ не нашель, хотя, повторяю, клиническая картина не оставляла сомнѣнія въ типичности этого случая, какъ твердаго шанкра. Быстрый эффектъ послѣ одного внутривеннаго вливанія 0,75 Neosalvarsan'a, а потомъ и произведенная реакція Wassermann'a только подтвердили діагнозъ.

Gerber въ своей монографіи о сифилисѣ полости рта, зѣва и слюнныхъ железъ (*Handbuch der Geschlechtskrankheiten III Bd, 1 Hälfte*) указываетъ, что въ склерозахъ губъ часто не удавалось находить блѣдныхъ спирохетъ (случаи *Doutrelepont'a, Borde'a, Merle, Delbanco*).

Изъ всѣхъ внѣполовыхъ склерозовъ склерозы губъ рта самые частые. Врачу, говоритъ *Фурнье*, легко распознать шанкръ губы, если онъ объ этомъ думаетъ. Уже въ 1563 году *Leonardus Botallus'u* былъ знакомъ первичный склерозъ губы, и онъ указываетъ на способъ его передачи чрезъ поцѣлуй и посуду. Частота склерозовъ губы, говоритъ *Dr Gerber*, становится понятной, если подумать о безчисленныхъ путяхъ, по которымъ спирохеты могутъ передаваться именно на губахъ.

Для изученія способовъ передачи сифилиса, по мнѣнію *проф. Ге*, имѣетъ огромное значеніе знакомство съ бытовыми условіями народа; въ нихъ мы можемъ, говоритъ онъ, найти объясненіе для странныхъ фактовъ.

Д-ръ Теплинскій въ клиникѣ *проф. Адамока* въ Казани наблюдалъ нѣсколько случаевъ склерозовъ вѣкъ, развившихся, какъ оказалось, вслѣдствіе того, что одна больная сифилисомъ женщина лечила глаза вылизываніемъ конъюнктивальнаго мѣшка.

Между обойщиками въ распространеніи внѣполового сифилиса имѣетъ, на примѣръ, значеніе обычай брать въ ротъ обойные гвозди и не израсходованные бросать обратно въ мѣшокъ, откуда потомъ другіе рабочіе берутъ тѣ же гвозди.

На основаніи самыхъ большихъ статистикъ *Stiebel* приводитъ слѣдующія интересныя цифры

Воспоминанія врача о русско-японской войнѣ.

Дорогой женѣ и милому сыну.

(Продолженіе.)

Въ Хайченѣ госпиталю пришлось взять большія фанзы, служившія постояннымъ дворомъ и, въ силу этого, особенно загаженныя. Къ такому помѣщенію мы отнеслись отрицательно, считая, что госпиталь при такой обстановкѣ работать не можетъ. Потомъ жизнь приучила насъ быть менѣе требовательными. Такія фанзы въ 3—4 дня хорошо нами приспособлялись: обметалась вѣсовая пыль, выносилась всякая рухлядь, окна оклеивались чистой бумагой, дававшей больше свѣта, стѣны или оклеивались также бумагой, или затягивались простынями, полъ устилался циновками. Кроватей не нужно было, каны служили прекрасными нарами.

Въ такихъ зданіяхъ потомъ мнѣ приходилось устраивать и операционныя комнаты; получалось довольно сносно и чревосѣченія проходили безъ осложнений. Бѣда была, если поднимался вѣтеръ,

относительно частоты склерозовъ губъ изъ наблюдавшихся различными специалистами случаевъ внѣполовыхъ склерозовъ.

Такъ, у *Masson'a* изъ 37—11 на губахъ, у *Lavergne* изъ 27—11, у *Lavalée* изъ 45—16, у *Bulkley* изъ 65—30, у *Ricord'a* изъ 29—12, у *Neumann'a* изъ 84—54, у *Поспѣлова* изъ 198—49, *Nivet* изъ 581—412, у *Чистякова* изъ 897—391, т. е. въ общемъ 45,57%.

По статистикѣ *Scheuer'a*, изъ 14590 внѣполовыхъ склерозовъ было на губахъ 3880 (*Dr. Gerber* — вышеупомянутая монографія). На нижней губѣ первичный склерозъ встрѣчается чаще, чѣмъ на верхней. *Bieck* объясняетъ это тѣмъ, что на нижней губѣ, особенно на срединѣ ея, чаще всего бываютъ трещины.

Наоборотъ, *Krefting* наблюдалъ 76 разъ на верхней губѣ, а 49 на нижней; *проф. Поспѣловъ* тоже 23 на верхней, 20 на нижней, *проф. Ге* 13 на верхней и 10 на нижней губѣ.

Иногда склерозъ губы выраженъ лишь трещиной съ нѣсколькими мозолистыми краями, но такая трещина, какъ указываетъ *проф. Поспѣловъ*, отличается отъ обыкновенной трещины тѣмъ, что она не заживаетъ долго. Затвердѣніе на мѣстѣ бывшаго склероза губы можетъ оставаться еще очень долгое время послѣ энергичнаго леченія. Такъ, *Montgomery* приводитъ случай, когда у 52-лѣтней пациентки такое затвердѣніе оставалось втеченіе 144 дней, а ощущалось нѣсколько еще чрезъ годъ.

Что касается терапіи, то одно внутривенное вливаніе *Neosalvarsan'a*. (*Dos V*) дало въ моемъ случаѣ, какъ я упомянулъ выше, отличный результатъ. Уже чрезъ недѣлю послѣ вливанія нельзя было замѣтить и слѣда отъ бывшаго склероза; затвердѣніе исчезло, железы не прощупывались даже въ подчелюстной области тамъ, гдѣ раньше уже на разстояніи была видна опухоль склераденита. Кромѣ указаннаго одного вливанія никакого другого леченія мной въ этомъ случаѣ не примѣнялось; больной, весьма довольный полученнымъ отъ одного вливанія наружнымъ излеченіемъ, къ сожалѣнію, отказался отъ предложен-

щелей было такъ много, что пыль наносилась цѣлыми пластами. Зимой отъ холода приходилось спасаться желѣзными печами, каны грѣли плохо.

Хайченскія фанзы были особенно загажены и пропитались специфическимъ запахомъ китайскаго жилья; лукъ, чеснокъ, бобовое масло, вонючій китайскій табакъ, дымъ отъ кановъ и пригоранія циновокъ внесли свою долю въ этотъ духъ, который мы опредѣляли словами: „жилемъ пахнетъ“. Но труда солдатскаго не жалѣли и помѣщеніе приняло приличный видъ, даже вонючій дворъ былъ засыпанъ пескомъ.

Приспособленіе фанзъ потребовало отъ насъ гораздо болѣе труда, чѣмъ сами больные; послѣднихъ было мало и ложились они къ намъ не охотно; мы стояли въ 2—3-хъ верстахъ отъ вокзала, всѣмъ хотѣлось быть помѣщенными въ госпиталяхъ при станціи, ближе къ своимъ и къ своей дорогѣ. Это чувство было присуще всѣмъ.

Среди больныхъ этого времени у меня остался въ памяти молодой солдатъ Григорій Вольтнецъ, доставленный къ намъ китайцами на носилкахъ верстъ за 20. У Вольтнца имѣлось 26 ранъ, нанесенныхъ холоднымъ оружіемъ. Онъ рассказывалъ слѣдующее: „Я отсталъ отъ своихъ и на меня набрели японцы; одинъ изъ нихъ, отнимая винтов-

наго ему мной дальнѣйшаго abortивнаго леченія (по крайней мѣрѣ, еще два вливанія Neosalvarsan'a въ комбинаціи съ ртутными инъекціями или втираніями).

Вторичныя явленія у него не появились до сихъ поръ, хотя уже прошло шесть мѣсяцевъ*)

Недавно мнѣ удалось его убѣдить провѣрить состояніе болѣзни Wassermann'овскою реакціей. По моему просьбѣ, таковая любезно произведена была докторомъ Либманомъ и дала положительный результатъ, что и надо было ожидать ввиду далеко не законченнаго леченія. На мое повторное указаніе больному, что ему въ такомъ случаѣ обязательно надо продолжать леченіе, я получилъ отвѣтъ, что ему некогда, такъ какъ сейчасъ, весной, для него, малара, началась страдная пора.

Послѣ трехъ лѣтъ наблюденій надъ дѣйствіемъ салъварсана (неосалъварсана) никто ужъ теперь не питаетъ надежды на возможность исполненія желанія Ehrlich'a одной большой дозой (therapia magna sterilisans) убить всѣхъ спирохетъ въ организмѣ и, такимъ образомъ, сразу же оборвать сифилитическій процессъ. Наоборотъ, въ настоящее время имѣется уже достаточно данныхъ, указывающихъ, что для болѣе или менѣе стойкаго результата, даже при самомъ раннемъ леченіи сифилиса, необходимы многократныя вливанія „606“ или „914“ въ комбинаціи со ртутью.

Мои личныя наблюденія, правда, немногочисленныя, надъ abortивнымъ леченіемъ сифилиса салъварсаномъ тоже говорятъ за возможность купированья болѣзни, но срокъ наблюденія (пока нѣсколько мѣсяцевъ) для такой хронической болѣзни, какъ сифилисъ, слишкомъ малъ, чтобы позволить себѣ дѣлать выводы.

По этому вопросу имѣется уже весьма богатая литература. Многочисленныя наблюденія различныхъ авторовъ у насъ и за-границей говорятъ за возможный стойкій результатъ abortивнаго леченія. Я позволю себѣ изъ многихъ имѣющихся у меня литературныхъ данныхъ привести нѣкоторыя. Такъ, *dr. Hugo Müller* въ своей статьѣ „О

*) Я больного видѣлъ еще на-дняхъ, въ іюль мѣсяца н. г.

длительныхъ результатахъ салъварсанаго abortивнаго леченія сифилиса“ (Munch. med. Woch. 1913, № 8) на основаніи статистики за 1910 и 1911 годы говорить, что, благодаря салъварсану, въ этомъ отношеніи „достигнуты уже сейчасъ такіе результаты, которые превзошли всякія ожиданія“. Необходимо только, по его мнѣнію, начинать такое леченіе, не дожидаясь наступленія положительной W реакціи, а раньше, когда она еще отрицательная. Всѣ его 30 случаевъ остались здоровыми клинически и серологически до сихъ поръ. Онъ дѣлалъ 2—3 вливанія салъварсана, комбинируя его со ртутью.

Д-ръ Абуловъ въ русскомъ „Журналѣ кожн. и венер. болѣзней“ за ноябрь—декабрь 1912 года въ статьѣ объ abortивномъ леченіи сифилиса дѣлаетъ слѣдующій выводъ на основаніи своихъ 26 случаевъ, которые онъ долгое время наблюдалъ: только салъварсанъ, одинъ или въ комбинаціи со ртутью, примененный въ первичномъ періодѣ сифилиса, при отрицательномъ еще W, давалъ отличный результатъ (вторичныя явленія не показались втеченіе 1½ лѣтъ). Ни вырѣзаніе твердаго шанкра, ни гектинъ абсолютно, по его наблюденіямъ, не помогали, а ртуть только на время задерживала появленіе вторичныхъ явленій сифилиса.

Д-ръ Пешковскій, («Сиб. Врач. Газ.» 1913 г., №№ 4—6), говоря о раннемъ леченіи сифилиса, указываетъ, что „съ введеніемъ въ терапію салъварсана сообщенія о повторномъ зараженіи сифилисомъ встрѣчаются все чаще и чаще“. Онъ самъ наблюдалъ два случая такихъ реинфекцій. Въ литературѣ, дѣйствительно, все больше и больше приводятся разными авторами такого рода наблюденія. Даже такой скептикъ по части салъварсана, какъ извѣстный вѣнскій профессоръ Finger въ послѣднемъ изданіи своего учебника кожныхъ и венерическихъ болѣзней (часть II, венерическія болѣзни 1913 г.) говоритъ, что въ настоящее время самымъ главнымъ показаніемъ применія салъварсана, въ комбинаціи со ртутью, это первичный склерозъ, для достиженія abortивнаго леченія, и lues maligna. А насколько важно, какъ можно раньше, начинать леченіе сифилиса, стало особенно

ку, ударилъ меня по рукѣ топоромъ, винтовка выпала, меня связали и погнали въ свой лагерь, поощряя штыковыми ударами сзади“. Дѣйствительно, у Волынца было разсѣчено предплечіе съ обнаженіемъ обѣихъ костей и имѣлось 55 штыковыхъ раненій на спинѣ и затылкѣ. „Ночью, продолжалъ онъ разсказывать, меня оставили безъ особаго надзора и я бѣжалъ, трое сутокъ лежалъ въ гаольняѣ и на седьмыя набрелъ на своихъ и былъ первый разъ перевязанъ“. Раны у Волынца кишѣли червями и мы не въ одинъ день избавились отъ нихъ.

Въ Хайченѣ нашъ госпиталь подвергся нападенію пьянаго офицера, съ обнаженной шашкой погнавшася за дежурнымъ врачомъ и фельдшеромъ. Первый счастливо укрылся, а второй получилъ нѣсколько ударовъ. Пришлось вызвать вооруженную команду и такимъ образомъ прекратить безобразіе. На другой день этотъ пьяный герой со слезами просилъ не губить его, жену, дѣтей.

17-го іюля показались отходящіе мимо насъ обозы; 18-го было непрерывное движеніе и горюдъ былъ запруженъ солдатами и повозками. Жара стояла убійственная; на отходящая среди дня войска нельзя было смотрѣть безъ сострада-

нія. Когда я уже послѣ этого сталъ читать Андреева „Красный смѣхъ“, я поразился реальностью его описанія, невольно вселяющаго въ васъ ужасъ, и вспомнилъ это отступленіе. Я вспоминаю, какъ къ намъ забрѣли двое военныхъ—одинъ врачъ, другой запасной офицеръ, бывший судебнымъ слѣдователемъ. Красныя, запыленные лица, воспаленные глаза, растегнутые ворота рубахъ, какая то безнадежность и полная беспомощность въ движеніяхъ и рѣчи—тогда насъ страшно поразили. Эти люди отступали съ госпиталемъ по дорогѣ, обстрѣливаемой японцами и, какъ бывало всегда, когда попадалъ въ такую исторію обозъ, возникла паника. Валились лошади въ повозкахъ, загромождающая горную дорогу, отовсюду напирало, солнце безжалостно печетъ, непріятели не видать и нельзя оцѣнить серьезности положенія. Такіе люди доходили до своихъ и беспомощно падали безъ думъ, безъ чувствъ.

Въ этотъ же день вечеромъ мы прекратили приѣмъ больныхъ, свернули госпиталь и ждали приказа отходить. Прошла ночь, все время шли войска и громыхали повозки. Зная военные порядки, мы начали подумывать: не забыли ли про насъ? А это бывало—я подѣлюсь подобнымъ фактомъ. Одинъ изъ врачей отправился по началству;

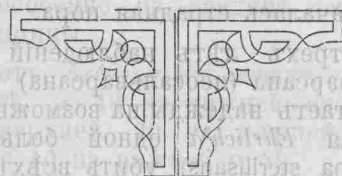
ясно въ самое послѣднее время; открытія перво-степенной важности—спирохетъ, *Wassermann'овской* реакціи и салварсана—дали возможность лучше разобраться въ патологіи сифилиса.

Въ своемъ докладѣ о первыхъ ста вливаніяхъ салварсана („*Сиб. Врач. Газ.*“ 1912 г.) я приводилъ уже указанія *Wechselmann'a* и другихъ, какъ скоро сифилисъ поражаетъ центральную нервную систему. Теперь мы уже знаемъ, что спирохеты въ течение нѣсколькихъ недѣль отъ начала болѣзни распространяются по всему организму, проникая во всѣ его ткани, не дѣлая при этомъ исключенія для центральной нервной системы, какъ это думали раньше.

Проф. Pollitzer (Нью-Йоркъ) въ своей интересной статьѣ (*Dermat. Woch.* 1913, № 19), озаглавленной «Конецъ парасифилису», указываетъ, что теперь, когда *Nogouchi* доказалъ присутствіе спирохетъ въ мозгу страдавшихъ прогрессивнымъ параличамъ, уже не подлежитъ сомнѣнію сифилитическая природа этого страданія. Съ самаго начала болѣзни спирохеты, попадая въ головной мозгъ, производятъ тѣ измѣненія въ немъ, послѣдствіемъ которыхъ и является прогрессивный параличъ. Послѣдній, говоритъ *проф. Pollitzer*, „не косвенный результатъ сифилитическихъ токсиновъ, т. е. не пара—или post-сифилитическое страданіе, а разсѣянный спираллозъ мозга, сифилисъ *per se*“. Только очень рано начатое леченіе сифилиса способно предотвратить такія серьезныя послѣдствія поздняго сифилиса.

Ожидать появленія вторичныхъ явленій, какъ это дѣлалось раньше, въ настоящее время не выдерживаетъ критики. Это значило бы, какъ говорить тотъ же *проф. Pollitzer*, медлить до тѣхъ поръ, пока весь организмъ пропитается спирохетами. Какъ только распознанъ первичный склерозъ, необходимо приступать къ абортивному леченію сифилиса посредствомъ нѣсколькихъ вливаній салварсана въ комбинаціи со ртутнымъ леченіемъ. Кромѣ того, благодаря салварсану, въ рукахъ врачей, несомнѣнно, имѣется теперь отличное средство очень быстро обезвредить больного сифилисомъ для окружающихъ.

Нечего говорить, насколько это важно при различныхъ открытыхъ сифилидахъ, особенно при такой локализаци, какъ полость рта или на губѣ, какъ въ описываемомъ мной случаѣ. Но мы сейчасъ находимся на пути къ тому, чтобы успѣшно купировать сифилисъ уже въ самомъ началѣ его проявленія, избавляя, такимъ образомъ, больного по возможности скорѣе отъ угрожающихъ ему тяжелыхъ послѣдствій этой болѣзни, вплоть до спинной сухотки и прогрессивнаго паралича.



Туберкулезъ въ Иркутскѣ.

В. А. Ларина.

(Окончаніе).

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію *смертности*. Къ сожалѣнію, здѣсь я лишена возможности представить движеніе смертности отъ туберкулеза за цѣлый періодъ лѣтъ, такъ какъ въ Иркутскѣ официальныхъ свѣдѣній по этому вопросу совершенно не имѣется вплоть до 1910 года. Имѣются лишь статистическія данныя, собранныя *д-ромъ П. И. Федоровымъ* за 1901 и 1902 годы и *д-ромъ П. Г. Шнейдерманомъ* за 1903 г., свѣдѣнія же за послѣднее трехлѣтіе разра-

оказалось, начальство само уже передвинулось къ сѣверу и къ вечеру мы имѣли приказаніе передвинуться на слѣдующую станцію. Была темная ночь, когда мы вышли; вышли, не зная дороги, не имѣя ни карты, ни компаса. Кстати скажу: все время былъ большой недостатокъ картъ и получить ихъ было чрезвычайно трудно для обыкновеннаго смертнаго. Да и что это за карты! Нѣкоторыхъ деревень не было, а названіе другихъ перепутано. Такъ было все время, а, кажется, могли бы тыль Ляояна и Мукдена нанести на карты! Идти пришлось въ сторонѣ отъ желѣзной дороги. Кругомъ стоялъ стѣной гаольянъ, такъ подозрительно, да еще для незнакомаго съ мѣстностью, шелестѣвшій своими жесткими листьями. Тяжелы ночные переходы, организмъ привыкъ къ отдыху въ это время, ноги еле двигаются, мечтается о мирной обстановкѣ. Какъ бы то ни было, на другой день мы были на мѣстѣ, сдѣлавъ 30-верстный переходъ. Ночью во время нашего похода на ст. Хайченъ случился переполохъ. Какая то конная часть отправилась на рѣку поить лошадей; обратно, сокращая дорогу, она шла прямо чрезъ гаольянъ; часовому показалось это подозрительнымъ, онъ выстрѣлилъ. Раздался крикъ: „Японская кавалерія!“ Спавшіе солдаты выскочили изъ пала-

токъ; началась беспорядочная стрѣльба, къ счастью, скоро прекратившаяся и давшая сравнительно мало жертвъ. Нѣкоторые солдаты въ одномъ нижнемъ бѣльѣ бросили лагерь и бѣжали; бѣжали далеко за 3—4 версты, наводя своимъ видомъ страхъ на стоявшіе части и обозы.

На ст. Айсяндзянь, куда теперь пришелъ нашъ госпиталь, пришлось первый разъ столкнуться съ недостаткомъ воды. Изъ колодца, вычерпаннаго до дна, намъ приносили какую-то жижу, да и то въ недостаточномъ количествѣ. Мы прибѣгали къ очисткѣ, которую дѣлали такимъ образомъ. Немного давали водѣ отстояться, затѣмъ прибавляли полуторихлористаго желѣза и соды. Для удобства перевозки мы имѣли листы фильтровальной бумаги, пропитанной растворами желѣза и соды, послѣдній брался насыщенный; листы возились завернутые въ восковую бумагу. Смотря по величинѣ посуды, мы бросали разной величины куски бумаги, на ведро около 100 квадратн. сант. Вода быстро отстаивалась и была пріятна на вкусъ. Сначала мы пили кипяченую воду, но потомъ нужда заставила пренебречь этой предосторожностію.

Чрезъ день мы ушли изъ Айсяндзяня къ сѣверу на 15 верстъ. Тамъ же остался другой гос-

ботаты детально и рисуютъ намъ слѣдующую картину*).

Въ 1910 году умерло отъ туберкулеза 298 чел., въ 1911 г.—287 чел. и въ 1912—271. Въ Томскѣ за эти же годы умерло 359, 397 и 370 чел. Вычисляя смертность 1 на 10000 населенія и сравнивая ее со смертностью въ другихъ городахъ, мы получаемъ слѣдующую картину: на 10000 чел. умираетъ въ

	1907 г.	1908 г.	1909 г.	1910 г.	1911 г.	1912 г.
Томскѣ	35,1	31,3	37,9	34,2	37,9	
Иркутскѣ	—	—	—	23,9	20,9	20,8
С.-Петербургѣ	—	33,0				
Москвѣ	—	25,8				
Одессѣ	—	24,0				
Варшавѣ	—	22,0				
Вѣнѣ	—	36,0				
Парижѣ	—	35,8	—	37,4		

т. е. иначе говоря, по смертности отъ туберкулеза Иркутскѣ ничуть не уступаетъ Варшавѣ и Одессѣ и близко подходитъ къ Москвѣ, значительно отличаясь (въ хорошемъ смыслѣ) отъ Томска и Петербурга.

Движеніе смертности по мѣсяцамъ представляется въ такомъ видѣ:

въ январѣ умирало за 1910—12 г. въ среднемъ	28 чел.
» февралѣ	25 »
» мартѣ	29 »
» апрѣлѣ	31 »
» маѣ	25 »
» июнѣ	25 »
» июль	16 »
» августѣ	22 »
» сентябрѣ	23 »
» октябрѣ	20 »
» ноябрѣ	22 »
» декабрѣ	20 »

*) Съ введеніемъ въ 1899 г. обязательной регистраціи смертности, статистика смертности въ Иркутскѣ поставлена,

т. е. также, какъ и заболѣваемость, смертность имѣетъ тенденцію къ повышенію зимою и весною, падая лѣтомъ и осенью. Maximum падаетъ на мартъ и апрѣль, minimum—на июль.

Изъ общаго числа 826 умершихъ на долю мужчинъ падаетъ 344 случая (41,6%), женщинъ 282 (35,4% и дѣтей 200 (23%).

По возрастамъ наши больные распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

На 1000 чел. умершихъ

въ возрастѣ до 5 лѣтъ	приходится	163 чел.
» отъ 6 до 10 »	»	65 »
» » 11 » 15 »	»	2 »
» » 17 » 20 »	»	28 »
» » 21 » 25 »	»	136 »
» » 26 » 30 »	»	128 »
» » 31 » 35 »	»	96 »
» » 36 » 40 »	»	87 »
» » 41 » 45 »	»	126 »
» » 46 » 50 »	»	81 »
» » 51 » 55 »	»	45 »
» » 56 » 60 »	»	19 »
» » 61 » 65 »	»	18 »
» » 66 » 70 »	»	6 »

Сравнивая эти цифры, приходимъ къ выводу, что наибольшая смертность (57,3%) падаетъ на самый цвѣтушій періодъ человѣческой жизни—на возрастъ отъ 21-го до 45 лѣтъ.

Отношеніе смертности къ заболѣваемости колеблется въ предѣлахъ 33—39%:

относительно говоря, довольно хорошо. Къ сожалѣнію, карточный матеріалъ оставался неразработаннымъ за цѣлый рядъ лѣтъ. Въ этомъ смыслѣ и нужно понимать указаніе автора, что «официальныхъ свѣдѣній по данному вопросу совершенно не имѣется вплоть до 1910 г.». При соответствующей обработкѣ имѣющагося въ наличности сырого матеріала свѣдѣнія эти могли бы быть пополнены.

(Примѣч. Редакціи).

питаль нашей дивизіи, работавшій почти 5 недѣль.

Въ это время началось усиленное заболѣваніе брюшнымъ тифомъ; врачи этого госпиталя также пострадали; двое изъ нихъ, томиши д-ра Дудкинскій и Соколовъ умерли, третій поправился. Въ походной жизни, очевидно, трудно исполнять санитарныя требованія и быть самому осторожнымъ. Такую же усиленную заболѣваемость далъ и другой мой госпиталь лѣтомъ 1905 года, когда онъ работалъ какъ заразный госпиталь. Въ это же время начались усиленные заболѣванія понесомъ съ высокой, беспорядочной температурой, тянувшіеся иногда по 2—3 недѣли; у насъ переохворали почти всѣ солдаты и врачи. Отчего это зависитъ, трудно сказать, но этотъ періодъ совпадаетъ съ періодами дождей и въ это же время наблюдается самое отчаянное количество мухъ: ихъ такъ много, что хлѣбъ, сахаръ сплошь ими покрыты и пища не видна подъ ними.

Съ 22-го іюля по 15-ое августа госпиталя нашъ стоялъ безъ дѣла. Мы жили почти совершенно въ мирной обстановкѣ, чувствуя себя какъ на дачѣ, стояли при рѣкѣ въ небольшой рошицѣ, насаженной на могилахъ.

14-го августа Айсяндзянъ былъ сданъ и около насъ снова показались отступавшіе обозы. А

на слѣдующій день бой шелъ на нашихъ глазахъ. Мы стояли при рѣкѣ; за ней шла долина и верстахъ въ 3-хъ на лѣвомъ флангѣ тянулась цѣпь горъ. Утромъ мы были разбужены орудійными выстрѣлами. Картина, представившаяся нашимъ глазамъ, была такова.

По цѣпи горъ были всюду раскинуты цѣпи солдатъ; внизу подъ горой стояла наша артилерія, изрѣдка бросая снаряды въ невидимаго непріятеля. Наши не задерживались; орудія по очереди отходили назадъ и, когда отошедшія открывали огонь, передовыя брались на передки и подъ защиту первыхъ также отходили назадъ. Такимъ же порядкомъ отступала и пѣхота. Резервный Семипалатенскій полкъ стоялъ съ нами. Мы были удивлены, почему нашъ госпиталь не снимаютъ; отправили помощника смотрителя къ корпусному командиру, который со своимъ штабомъ съ утра расположился въ нашей деревнѣ. Тотъ удивился нашему присутствію здѣсь, выругался и приказалъ немедленно отойти. Оказывается, про госпиталь забыли, а ихъ у корпуснаго врача въ распоряженіи только четыре! Дорога была очень тяжелая, такъ какъ предъ этимъ прошелъ дождь; лошади едва брали повозки. Отходилъ послѣдній поѣздъ, забравшій со станціи телеграфныя ад-

за 1910 г. заболѣло	767 ч.	умерло	298—38,8%
» 1911	» 797	»	267—33,5%
» 1912	» 725	»	271—37,3%

Такимъ образомъ изъ 3-хъ заболѣвающихъ умираетъ одинъ. Громадная и ужасающая цифра! *)

Изъ 100 человекъ, умершихъ отъ туберкулеза, 63 принадлежало къ замужнимъ и женатымъ, 34 къ дѣвицамъ и холостымъ и 3 ко вдовымъ и разведеннымъ. Такъ же, какъ и проф. Курловъ, мы можемъ констатировать печальный фактъ, что 66% (приблизительно) изъ нашихъ больныхъ оставляютъ послѣ себя сироты!

По сословіямъ умершіе распредѣляются такъ:

крестьянъ	67%
мѣщанъ	19%
пот. и личн. гражд.	6%
купцовъ	5%
дворянъ	3%

По образованію:

съ высшимъ	0,4%
» среднимъ	4,1%
» низшимъ	3,9%
грамотныхъ	10,4%
полуграмотныхъ	110,0%
неграмотныхъ	70,2%

По профессіямъ:

чернорабочихъ	57,1%
ремесленниковъ	20,4%
письмоводство	10,2%
хлѣбопашцевъ	8,7%
дом. хозяйство	2,3%
прислуга	1,3%

*) Здѣсь вновь приходится сдѣлать ту же оговорку, что и выше. Авторъ оперируетъ съ разнородными величинами: въ то время, какъ цифра смертности отъ туберкулеза весьма близка къ действительности, цифра—заболѣваемости имъ представляется весьма и весьма проблематичной.

(Примѣч. Редакціи).

И тутъ мы видимъ, что умирающіе въ подавляющемъ количествѣ приналежатъ къ лицамъ неграмотнымъ, крестьянамъ, чернорабочимъ!

Туберкулезъ въ Иркутскѣ чаще всего приводитъ заболѣвшихъ къ летальному исходу, локализуясь въ легкихъ (въ 82,7%); остальная часть падала (въ 17,3%) на остальные органы тѣла.

На 1000 челов. умершихъ на долю смерти отъ туберкулеза легкихъ приходилось . . . 827 чел.

» мозговыхъ оболочекъ	. . . 62
» лимфатическ. железъ	. . . 18
» гортани	. . . 17
» кишекъ	. . . 16
» плевры	. . . 14
» брюшины	. . . 12
» позвоночника	. . . 12
» почекъ	. . . 11
» костей и суставовъ	. . . 11

Пріѣзжихъ въ Иркутскъ специально для леченія было очень мало—всего около 0,3%, что, конечно, объясняется по сравненію, напр., съ Томскомъ, гдѣ число пріѣзжихъ достигаетъ 20%, тѣмъ, что Иркутскъ не считается крупнымъ научнымъ центромъ, не оборудованъ клиниками и т. д.

Въ заключеніе укажу на ту почти что безотрадную картину, какая вырисовывается при взглядѣ на родъ помощи больнымъ туберкулезомъ.

На 1000 чел. туберкулезныхъ смертей падаетъ

	1910 г.	1911 г.	1912 г.
леченныхъ въ больницахъ	245 ч.	461 ч.	479 ч.
» » дома	91	64	94
совсѣмъ оставшихся безъ помощи 664	» 475	» 427

Не смотря на видимое увеличеніе обращаемости больныхъ за врачебною помощью, все же больше 40% туберкулезныхъ умираютъ безъ помощи и дома,

параты, телефонъ, портившіе стрѣлки; для облегченія обоза мы сбросили часть своихъ вещей на открытую платформу, но въ ямѣ всетаки застряла у насъ послѣдняя повозка; прислуга стала нервничать, такъ какъ снаряды уже ложились на только что оставленномъ бивуакѣ; изъ повозки стали выбрасывать все лишнее, полетѣли мѣшки съ овсомъ и среди тяжести, обременявшей повозку, былъ выброшенъ ящикъ съ амбулаторной аптечкой 5 ф. вѣсомъ—такъ терялись люди! Повозка была спасена проходившимъ полкомъ. Мы сѣли на поѣздъ и двигались, останавливаясь на каждыхъ 50 саженьяхъ и принимая раненыхъ. Поѣздъ былъ такой длинный—забирали вѣдь все вагоны,—что въ головѣ поѣзда казалось, что хвостъ осыпается снарядами.

Прошли мы благополучно, переночевали въ Ляоянѣ и оттуда были двинуты на 11 верстъ сѣвернѣе на 101-ый разъѣздъ, гдѣ нашимъ госпиталемъ вмѣстѣ со многими другими былъ открытъ перевязочный пунктъ. Разъѣздъ, бывший пустыннымъ, оживился: длиннымъ рядомъ вдоль полотна желѣзной дороги вытянулись госпитальные шатры, у нѣкоторыхъ развивались флаги Краснаго Креста, а ночью горѣли красные фонари; всюду двигались врачи, сестры въ бѣлыхъ халатахъ. Мы сто-

яли въ центрѣ полукруга дѣли горь, гдѣ шелъ бой; съ лѣваго фланга къ 101 разъѣзду шла узко-колейная желѣзная дорога и оттуда должны были доставляться раненые. Артиллерійскій огонь былъ такъ частъ, что нельзя было сосчитать числа выстрѣловъ въ минуту—это былъ сплошной грохотъ выстрѣловъ. Весь горизонтъ покрывался кучками облаковъ, появившихся за блескомъ въ видѣ молніи—то рвались снаряды. Къ вечеру огонь стихалъ, чтобы рано утромъ снова возобновиться, иногда и ночь отравлялась этимъ грохотомъ.

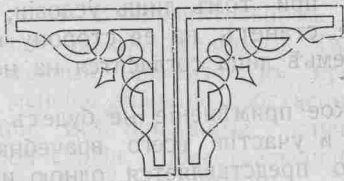
Изъ Ляояна шли поѣзда, нагруженные ранеными; вагоны были большею частью товарные, настоящихъ же благоустроенныхъ санитарныхъ было очень мало. У насъ раненыхъ было мало; на нихъ и во время перевязки и послѣ набрасывались съ жаднымъ любопытствомъ, стараясь узнать что-либо о ходѣ дѣла.

Извѣстія шли самая разнорѣчивая; рядовому солдату, офицеру было лишь извѣстно то, что происходило вокругъ него на небольшомъ, до 1 версты пространствѣ, а бой шелъ по фронту не на одинъ десятокъ верстъ. Смотря по тому, что видѣлъ распрашиваемый около себя, онъ говорилъ, или что дѣла хорши, наши продвинулись

не будучи даже зарегистрированными, съя и разнося вокруг себя заразу. О чудовищности этой цифры говорить не стоит: она ясна, сразу бьетъ въ глаза и говорить сама за себя!

Резюмируемъ теперь вкратцѣ содержаніе нашего доклада.

- 1) Туберкулезъ въ Иркутскѣ есть и въ довольно значительной степени;
- 2) Онъ, повидимому, имѣетъ тенденцію скорѣе повышаться, нежели понижаться;
- 3) Заболѣваютъ и умираютъ отъ tbc. чаще всего зимой и весной;
- 4) Заболѣваемость и смертность чаще всего встрѣчается у мужчинъ, въ наиболѣе цвѣтущемъ возрастѣ, притомъ у крестьянъ, неграмотныхъ, чернорабочихъ или ремесленниковъ, живущихъ на окраинахъ города и въ формѣ tbc легкихъ;
- 5) Процентъ не пользовавшихся леченіемъ, хотя и падаетъ постепенно, но все же поразительно великъ—болѣе 40%.



впередъ, или, наоборотъ, съ полной безнадежно-стью заявлялъ, что все потеряно.

Насколько военное вѣдомство было готово къ перевозкѣ большого количества раненыхъ, показываетъ слѣдующее. 20 или 21-го мы отправили вечеромъ своихъ раненыхъ и легли спать. Среди ночи насъ поднимаютъ и говорятъ: привезли поѣздъ раненыхъ изъ Ляояна. Торопливо одѣвшись, выходимъ къ полотну. Темно, ни одной души. Стоитъ длинный неосвѣщенной товарный поѣздъ. Изъ вагоновъ несутся стоны. Добываемъ фонари и съ усиленіемъ забираемся внутрь. На полу безъ подстилки навалены раненые, среди живыхъ попадаются трупы. Повязки промокли кровью, ею же смоченъ и полъ, мундиры, шаровары. Многіе лежатъ въ собственныхъ испражненіяхъ. Отовсюду слышатся просьбы: перевязать, напоить, одѣть, выпустить мочу. Поѣздъ пришелъ изъ Ляояна безъ врача, сестеръ, санитаровъ съ однимъ лишь машинистомъ. Брошенные на произволъ судьбы въ темные вагоны раненые производили ужасное впечатлѣніе. Мы могли сдѣлать этимъ несчастнымъ очень немного и они отправились дальше съ врачомъ въ качествѣ безпомощнаго свидѣтеля этихъ излишнихъ человѣческихъ страданій, какъ слѣдствія преступно скверной орга-

Парижская Медицинская Академія по вопросу объ обязательномъ заявленіи о туберкулезѣ.

Въ апрѣлѣ прошлаго года одна изъ парламентскихъ комиссій обратилась къ Парижской Медицинской Академіи съ предложеніемъ высказаться по вопросу объ обязательномъ заявленіи о туберкулезѣ, каковое имѣлось въ виду провести законодательнымъ путемъ.

Указанное обстоятельство послужило поводомъ для доклада *Letulle*'я и вызванныхъ имъ продолжительныхъ дебатовъ въ цѣломъ рядѣ засѣданій Академіи.

Напомнимъ, что данный вопросъ уже не впервые ставится передъ Академіей, которая въ свое время высказывалась по поводу его, *Letulle* указалъ, что обязательное заявленіе о туберкулезѣ уже установлено закономъ въ Дании, Норвегіи, Германіи, Англии, тогда какъ во Франціи оно яляется лишь факультативнымъ. Необходимо замѣтить, что среди врачей имѣется не мало противниковъ обязательности заявленія о туберкулезѣ, несмотря на то, что практика доказала цѣлесообразность этой мѣры.

Отъ имени комиссії, обсуждавшей этотъ вопросъ, *Letulle* въ заключеніе представилъ слѣдующія соображенія.

«Въ результатѣ всѣхъ тѣхъ доводовъ, которые мы сочли необходимымъ привести здѣсь, чтобы дать понятіе неврачебной публикѣ о важности данной задачи, мы подошли къ той мысли, что въ нынѣ дѣйствующемъ законодательствѣ въ дѣлѣ борьбы съ туберкулезомъ должны быть сдѣланы существенныя измѣненія. Нужна извѣстная регламентація, которая помогла бы, въ самой широкой степени, въ общей работѣ гигиенистовъ, филантроповъ и врачей съ государственной и частной инициативой.

Но, если вспомнить невѣроятныя оттяжки, благодаря которымъ осуществленіе санитарнаго закона

низации эвакуаціи раненыхъ. Не было санитарныхъ поѣздовъ для раненыхъ, а цѣлые пути были загромождены роскошными съ электрическимъ освѣщеніемъ и ваннами поѣздами всякихъ командующихъ, главнокомандующихъ, начальниковъ ихъ штабовъ. Творилось тоже, что и по всей Руси; въ то время, когда мужикъ пухъ съ голода, училъ своихъ ребятишекъ въ полуразвалившейся школѣ—министромъ отпускали десятки и сотни тысячъ на устройство квартиръ. Нашъ товарищъ довезъ этотъ поѣздъ до Мукдена за 65 в., и на этомъ растояніи имѣлъ 20 труповъ.

А. Н. Зиминъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).



1902 г. запоздало почти на четверть вѣка, то нельзя ли опасаться и въ будущемъ такихъ отсрочекъ, какія были въ прошломъ? *

Законодательныя мѣры, необходимыя въ социальной борьбѣ противъ туберкулеза, должны, по нашему, вытекать изъ слѣдующихъ положеній:

1) Туберкулезъ человѣка передается почти исключительно черезъ мокроту.

2) Борются противъ алкоголизма, нездоровыхъ жилищъ, фальсификаціи пищевыхъ продуктовъ; обезпечить населенію здоровую и дешевую пищу, нормально оплачиваемый трудъ въ лучшихъ профессионально-гигиеническихъ условіяхъ—это значитъ активно бороться противъ распространенія туберкулеза.

3) Заявление о туберкулезѣ, когда болѣзнь протекаетъ въ открытыя формы, обязательно.

4) Такое заявление лежитъ, по праву, на главѣ семейства или, въ случаѣ его отсутствія, на отвѣтственномъ лицѣ (управляющей домою, хозяйнѣ квартиры и т. д.) или же, наконецъ, при отсутствіи таковыхъ, на лечащемъ врачѣ.

5) Чтобы быть дѣйствительнымъ, заявление должно сопровождаться удостовѣреніемъ отъ лечащаго врача; заявления передается санитарному врачу (*medecin inspecteur d'hygiène*), обязанному хранить профессиональную тайну, непосредственно и исключительно сносящемуся съ больнымъ и его семействомъ.

6) Государство обязуется обезпечить каждому туберкулезному больному дезинфекцію и антитуберкулезную помощь, разъ только объ этомъ больному будетъ сдѣлано заявление и будетъ установлена его необезпеченность; государство приходитъ на помощь также тѣмъ родителямъ, для которыхъ заболѣвшія дѣти являлись опорой.

Слѣдовательно, коммисія предлагаетъ Академіи въ отвѣтъ на обращенный къ ней со стороны парламентской группы запросъ высказаться въ слѣдующемъ духѣ:

Медицинская Академія, принимая во вниманіе, что съ туберкулезомъ, какъ съ заразною болѣзью, можно бороться успѣшно только посредствомъ общепрофилактическихъ мѣръ общественнаго и частнаго характера; что высшія требованія человѣческой солидарности налагаютъ въ качествѣ абсолютнаго обязательства извѣщеніе о каждомъ случаѣ открытаго туберкулеза, но что, въ свою очередь, тѣ же требованія, обращенныя къ обществу, выдвигаютъ на первый планъ постоянную дѣятельность всѣхъ мѣропріятій по предохраненію и антитуберкулезной помощи, признанныхъ дѣйствительными; что этотъ долгъ социальной помощи становится съ каждымъ днемъ, болѣе и болѣе настойчивымъ, чтобы противодействовать натиску бациллъ, поражающихъ преимущественно лицъ, наиболее обездоленныхъ и семьи бѣдныхъ, впавшія въ нищету—принимая все это вниманіе, Академія полагаетъ:

I. Въ интересахъ общества, чтобы каждый случай бациллярнаго открытаго туберкулеза, разъ только діагнозъ его точно установленъ, былъ предметомъ заявленія представителямъ администраціи, при условіи точно установленной регламентаціи;

II. Обязательное заявление объ открытомъ туберкулезѣ, будетъ ли оно сдѣлано до или послѣ смерти, должно безусловно вести за собою всѣ необхо-

димыя профилактическія мѣры, въ частности—дезинфекцію;

III. Академія полагаетъ, что обязательность заявленія должна идти рука объ руку съ обязательностью организаціи помощи туберкулезнымъ больнымъ, лишеннымъ средствъ».

Приведены заключенія изъ доклада *Letulle's* встрѣтили горячія возраженія со стороны нѣкоторыхъ членовъ Академіи. *Albert Robin* говорилъ:

«Обязательное извѣщеніе о туберкулезѣ ставитъ себѣ цѣлью регистрацію туберкулезныхъ больныхъ ради оздоровленія, путемъ *стройной дезинфекціи* тѣхъ очаговъ заразы, которые создаются около такихъ больныхъ.

Даже и въ томъ случаѣ, если бы таковая дезинфекція смогла быть полной, что далеко отъ дѣйствительности, она все же имѣетъ дѣло только съ однимъ изъ элементовъ болѣзни и потому не въ состояніи оказать какое-либо непосредственное вліяніе на воспримчивую къ туберкулезу почву. Такимъ образомъ, обязательное извѣщеніе является однимъ лишь изъ средствъ среди цѣлага ряда другихъ въ общей социальной борьбѣ съ туберкулезомъ.

Въ виду той разрухи, которую она вноситъ въ жизнь и въ будущее семействъ, имѣющихъ въ своей средѣ туберкулезнаго больного, она можетъ быть осуществяема при томъ лишь условіи, что общественное мнѣніе станетъ на ея сторону и что отвѣтственные въ семьѣ лица согласятся на нее.

Ея широкое примѣненіе не будетъ возможнымъ безъ согласія и участія всего врачебнаго міра, помощь котораго представляется одною изъ главныхъ частей дѣла.

Обязательное заявление повлечетъ за собою не только правильную и регулярную дезинфекцію всѣхъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ бывають, проводятъ время туберкулезные больные, ихъ движимаго имущества, ихъ бѣлья и проч., но кромѣ того должно будетъ взять на себя обязанность общественнаго призрѣнія и леченія всѣхъ бѣдныхъ больныхъ, а также и помощи ихъ семьямъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).



РЕФЕРАТЫ.

Психіатрія.

Dr. A. Luther. О существованіи хронических алкогольных галлюцинозовъ. (Zeitsch. f. d. gesamtr Neur. u. Psychiatri B. IX. N. 5, 1912 г.).

По вопросу о значеніи алкоголизма въ происхожденіи душевныхъ болѣзней въ литературѣ существуютъ различныя воззрѣнія. Съ одной стороны признается, что алкоголизмъ можетъ быть, какъ исключительная причина, во всѣхъ формахъ душевнаго разстройства (Meyer.); съ другой—категорически отрицается существованіе хроническихъ алкогольных психозовъ, и описываемые таковыми относятся къ dem. praesox (Graeter). Большинство авторовъ раздѣляетъ болѣе или менѣе средніе взгляды.

Авторъ наблюдалъ за 7½ лѣтъ 160 случаевъ алкогольных психозовъ, изъ нихъ 9 женщинъ. Къ алкогольнымъ галлюцинозамъ относится 27 случаевъ. Всѣ—мужчины. 8 изъ нихъ острая и подострая, 19—хроническія формы. 7 наиболѣе типическихъ представлены авторомъ въ подробныхъ исторіяхъ болѣзней. Возрастъ больныхъ отъ 32 до 62 л., преимущественно выше 40 л. Въ значительномъ количествѣ случаевъ тяжелая наследственность. Чѣмъ сильнѣе выраженъ эндогенный моментъ въ происхожденіи психоза, тѣмъ меньше значеніе собственно алкогольной интоксикаціи. Всѣ описанные 7 случаевъ развились изъ острой стадіи, представлявшей смѣшеніе галлюциноза, делирія и симптомокомплекса Корсакова. (По Shotsen'y—типичное происхожденіе для алкогольных психозовъ.) Исходъ различный,—въ одномъ случаѣ постепенное прекращеніе галлюцинацій, въ двухъ—уменьшеніе ихъ, въ двухъ—длительное стационарное состояніе, въ остальныхъ—прогрессированіе обмановъ чувствъ. Въ двухъ случаяхъ наблюдались колебанія настроенія, не вліявшія на силу галлюцинацій и на степень сознанія болѣзни. Въ 3-хъ случаяхъ галлюцинаціи переработывались въ бредовомъ направленіи. Система бреда отсутствовала, бредовыя идеи въ сравненіи съ галлюцинаціями являлись случайными. Важно въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи то, что не бываетъ бредового образованія безъ отношенія къ галлюцинаціямъ. Изъ обмановъ чувствъ преобладали слуховые: голоса направлены къ больному прямо или говорятъ о немъ. Они опредѣленно локализованы и носятъ опредѣленный тонъ и характеръ. Массовые голоса въ хронической стадіи уступаютъ на задній планъ. Устрашающій характеръ галлюцинацій острой стадіи съ переходомъ въ хроническую измѣняется иногда до пріятнаго. Иногда какъ при острой, такъ и при хронической формѣ слышатся странныя слова. Зрительныя галлюцинаціи, никогда не отсутствующія въ острой стадіи, въ хронической незначительны.

Возможны обманы чувствительности и галлюцинаціи вкуса и обонянія. У автора они наблюдались въ одномъ случаѣ. Выступающій аффектъ въ острой стадіи—боязнь съ юмористической окраской; съ переходомъ въ хроническую форму, настроеніе бываетъ частью злобное, частью юмористическое. Никогда не бываетъ мрачной замкнутости параноиковъ. Распада личности нѣтъ, ориентировка не затруднена, память не страдаетъ, сохраняется воспоминаніе деталей болѣзни. Часто наблюдается характерная для алкоголиковъ диссимуляція болѣзни—скрываніе галлюцинацій. Для дифференцированія отъ dem. praesox имѣетъ

значеніе поздній возрастъ больныхъ алкогольными галлюцинозами, развитіе болѣзни изъ острой, чисто алкогольной стадіи безъ предварительныхъ кататоническихъ симптомовъ и гипохондрическаго настроенія, сохраненіе сознанія личности, отсутствіе въ теченіи болѣзни характерныхъ для dem. praesox разстройствъ въ образованіи представлений, кататоническихъ разстройствъ воли, движеній, сохраненіе добродушной говорливости и правильнаго отношенія между чувствомъ, мыслью и дѣйствіемъ.

По заключенію автора, существуютъ, какъ самостоятельная форма болѣзни, хроническіе алкогольные галлюцинозы, однако въ неосложненной формѣ это—очень рѣдкіе психозы. Они встрѣчаются много рѣже, чѣмъ, наприм., комбинированные съ акоголизмомъ случаи dem. praesox.

А. Кіясовъ.

G. Schröder. Изслѣдованіе обмена веществъ при delirium tremens. (Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie B. 9, N. 2, 1912 г.).

Новѣйшими изслѣдованіями установлено уменьшеніе при del. tremens кровяного давленія на 40—50% и увеличеніе въ крови бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, особенно полинуклеарныхъ лейкоцитовъ. По своей симптоматологіи del. tremens не напоминаетъ общаго алкогольнаго отравленія. Краepilin называетъ его «мета-алкоголическимъ» заболѣваніемъ, въ основѣ котораго предполагаются глубокія измѣненія обмена веществъ. Del. trem. сравнивали съ диабетической комой, уремией, предполагали въ основѣ его пневмококковую кишечную инфекцію. Въ 80—90% случаевъ при del. tremens наблюдается большее или меньшее повышеніе t°. Авторъ изслѣдовалъ обменъ веществъ у 6 больныхъ неосложненнымъ del. tremens, дававшимъ незначительное повышеніе t°, однократное за все время болѣзни. Исключены случаи съ судорогами. Больнымъ не давалось снотворнаго. Опыты производились за время болѣзни отъ начала галлюцинацій и до втораго дня послѣ критическаго сна. Пища—молоко, бѣлый хлѣбъ, яйца. Изслѣдовалась только моча больныхъ. Бѣлокъ открывался кипяченіемъ, количество амміака перегонкой въ вакуумъ-аппаратъ при 40° по Schlafer'у, азотъ по Kjeldahl—Gunning'у. Параллельно химическому изслѣдованію отмѣчались клиническіе симптомы. По даннымъ изслѣдованія—отъ высшаго пункта болѣзни до перваго дня послѣ критическаго сна количество азота и амміака уменьшается, однако съ отдѣльными обратными толчками. Это уменьшеніе особенно ясно и наиболѣе равномерное для амміака. Авторъ считаетъ это явленіе характернымъ для delir. tremens и объясняетъ его увеличеніемъ кислотныхъ образованій въ организмѣ на высотѣ болѣзни—можетъ быть, по причинѣ безпокойства и усиленной мышечной работы больныхъ. Числа, какія найдены для выдѣленія общаго количества азота, въ среднемъ выше общеизвѣстныхъ и являются особенно высокими въ сравненіи съ относительно малымъ количествомъ азота, вводимаго пациентами съ пищей. Автору удалось отчасти подмѣтить, что усиленное выведеніе амміака совпадало съ большимъ безпокойствомъ больныхъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ мочѣ больныхъ находился альбуминъ, цилиндры отсутствовали.

А. Кіясовъ.

A. Jacob. Къ клиникѣ и патологической анатоміи хроническаго алкоголизма; къ вопросу о заболѣваніяхъ мозжечка. (Zeitschr. f. d. Ges. Neurologie u. Psychiatrie B. XIII, N. 1, 1912 г.).

Въ центральной нервной системѣ при алкоголизмѣ находились очаговья пораженія. Alzheimer указывалъ на близкое отношеніе delir. tremens и Корсаковского симптомокомплекса къ poliоencephalitis acuta haemorrhagica superior. Авторъ описываетъ случай типичнаго алкогольнаго сумасшествія у тяжелаго хроническаго алкоголика пожилаго возраста, гдѣ душевная болѣзнь была осложнена продолжавшимися около 10 л. нервными разстройствоми. При сохранившихся рефлексахъ и чувствительности больной обнаруживалъ разстройство походки церебеллярнаго типа и разстройство рѣчи и письма. Смерть больного послѣдовала отъ маразма. Секція черезъ 9 час. послѣ смерти. Макроскопически найдено утолщеніе твердой мозговой оболочки и помутнѣніе мягкой. Мозгъ атрофированъ, вѣсъ 1500 гр. Явленія артеріосклероза. Въ мякоти вещества мозга и въ большихъ гангліяхъ многочисленныя кровяныя точки. Микроскопически—въ глубокихъ слояхъ коры мозга описанныя Alzheimer'омъ сенильныя друзы. Гангліозныя клѣтки представляли дегенеративныя измѣненія: жирово-пигментное перерожденіе, хроническій склерозъ. Фибриллы клѣтокъ утолщены. Въ мякоти увеличеніе гліозныхъ клѣтокъ. Особенно рѣзко выражены патологическія измѣненія въ мозжечкѣ: клѣтки Purkinje во многихъ извилинахъ отсутствуютъ совершенно, въ другихъ дегенеративно измѣнены. Въ ихъ области разрастаніе гліи, многочисленныя сенильныя бляшки. Мѣстами участки измѣненія артеріосклеротическаго происхожденія въ мякоти органа.

Патолого-анатомическая картина мозга представляетъ алкогольныя, сенильныя и артеріосклеротическія измѣненія, которыя сильнѣе захватываютъ мозжечокъ, чѣмъ большой мозгъ. Пораженіе преимущественно мозжечка при алкогольныхъ заболѣваніяхъ описано разными авторами. Сенильныя друзы обычно слабо захватываютъ мозжечокъ даже въ тяжелыхъ атипическихъ случаяхъ старческой болѣзни. Пр. *Бехтеревымъ* описана острая церебеллярная атаксія у алкоголиковъ, объясняемая имъ сосудистыми измѣненіями въ мозжечкѣ. *Krapelin* относитъ атактическія разстройства делириковъ къ поражению мозжечка, именно клѣтокъ Purkinje. По предположенію автора, въ его случаѣ ослабленный алкогольемъ мозжечокъ легко поддавался развитію въ немъ артеріосклеротическихъ и старческихъ измѣненій. Въ совокупности дѣйствующихъ на мозжечокъ причинъ—старости, артеріосклероза, алкоголизма,—послѣднему принадлежала первенствующая роль. Кромѣ того, сильному развитію артеріосклероза могъ также благопріятствовать алкоголизмъ.

А. Кіасовъ.



Врачебная хроника.

— Всего двѣ недѣли тому назадъ намъ пришлось касаться въ отдѣлѣ врач. хроники вопроса о помощи городскихъ самоуправленій Пироговскому Обществу на изданіе *городского сборника*. Къ стыду сибирскихъ городовъ, мы должны занести теперь на страницы нашей газеты, что *Томская городская дума* въ засѣданіи 13 августа 15-ю головами противъ 11-ти отклонила это ходатайство. Намъ нисколько не удивляетъ, что томская гор. управа высказалась за таковое отклоненіе. Но насъ удивляетъ, что врачебно-коллегіальный органъ при гор. управѣ, а также городское санитар. бюро не сумѣли поставить обсужденіе этого вопроса въ надлежащую плоскость и настоять на обратномъ рѣшеніи.

Въ числѣ ораторовъ, высказывавшихся за удовлетвореніе ходатайста Пироговскаго Общества, мы не встрѣтили имени предсѣдателя врач. совѣта *д-ра П. Ф. Ломовицкаго*, которому, казалось бы, слѣдовало выступить съ авторитетной поддержкой.

Мы судимъ по отчетамъ о думскомъ засѣданіи, помѣщеннымъ въ обѣихъ томскихъ газетахъ. Въ этихъ отчетахъ упоминается о докладѣ гор. управы. А гдѣ же докладъ или, по крайней мѣрѣ, заключеніе врач. совѣта? Или этотъ вопросъ прошолъ безъ всякаго участія врачебныхъ силъ городского самоуправленія? Если это такъ, то еще болѣе печальна роль представителей общественной медицины въ нашихъ сибирскихъ Афинахъ.

— На томъ же засѣданіи *томской* городской думы съ грѣхомъ пополамъ (15-ю головами противъ 13-ти) прошолъ вопросъ о командированіи на Гигіенич. выставку санитар. врача *д-ра П. М. Мультановскаго*, съ ассигнованіемъ 200 р. и съ обязательствомъ представить думѣ отчетъ о своей побѣдѣ.

— Омская *городская управа* внесла въ думу докладъ о приглашеніи на городскую службу *двухъ школьныхъ врачей*. Окладъ содержанія назначенъ по 1200 рублей, при чемъ въ обязанность имъ вмѣняется наблюденіе за школьниками и леченіе ихъ и учащихъ. Кромѣ того, возбуждается вопросъ о бесплатномъ отпускѣ лекарствъ по рецептамъ школьныхъ врачей изъ городской аптеки.

— Въ *Якутскѣ* дворяниномъ Астраханцевымъ пожертвовано 10,000 р. на *оборудованія электро-светло-водолечебницы* *Кр. Креста* и рентгеновскаго кабинета со взносомъ ежегодно на содержаніе лечебницы одной тысячи рублей.

— Строительный комитетъ, избранный *томской городской думой* въ началѣ т. г. для *постройки дитской больницы* на пожертвованія вдовы бывшаго гор. головы *А. П. Михайловой*, въ послѣднемъ своемъ засѣданіи обсуждалъ заданія для проекта больницы.

— Существующая при врачебно-санитарномъ совѣтѣ комиссія по предварительной разработкѣ вопросовъ, сдаваемыхъ на заключеніе, детально разработала всѣ заданія.

По заключенію указанной комиссіи, учитывая требованія науки, терапевтическое отдѣленіе должно имѣть 6 палатъ по 4 койки, при чемъ каждая палата должна имѣть площадь пола, кубическое содержаніе воздуха и количества свѣта, согласно послѣднимъ требованіямъ науки. Кромѣ этого, терапевтическое отдѣленіе будетъ имѣть 4 запасныхъ палаты (двѣ на 2 койки каждая и 2—по одной) для трудно больныхъ, умирающихъ или безпокойныхъ. Хирургическое отдѣленіе должно быть распределено въ 2 палатахъ на 3 койки каждая и въ 2 палатахъ, рассчитанныхъ по 1 больному на каждую, при чемъ послѣднія двѣ койки предназначаются для тяжело больныхъ. Кромѣ этого, хирургическое отдѣленіе будетъ снабжено цѣлымъ рядомъ другихъ специально приспособленныхъ помѣщеній.

Больница будетъ имѣть достаточно большой, площадью въ 90 саж. дневной залъ для выздоравливающихъ дѣтей, столовую, буфетную, кабинетъ врача, комнату для лабораторіи, для дежурнаго персонала, комнаты для кабинетовъ свѣтлеченія, электролеченія, водолеченія, рентгенолеченія, необходимое количество ваннъ и проч.

Затѣмъ комиссія врачебно-санитарнаго совѣта признала необходимымъ, чтобы при больницѣ обязательно была амбулаторія для приносимыхъ дѣтей, изолированная отъ больницы и рассчитанная на 50 чел. въ одинъ пріемъ.

Роль этой амбулаторіи не должна, по мнѣнію комиссіи, сводиться только къ пріему больныхъ и прописыванію лекарствъ, но амбулаторія должна поставить своей цѣлью охрану здоровья дѣтей путемъ обученія матерей правильному уходу за дѣтьми и вскармливанію ихъ. При этомъ комиссія признала, что въ такой амбулаторіи съ консультаціей для дѣтей грудного возраста неизбѣжно понадобится организовать раздачу стерилизованнаго молока и другихъ питательныхъ смѣсей для больныхъ дѣтей.

Имѣя въ виду указанныя соображенія, комиссія сочла необходимымъ намѣтить для амбулаторіи рядъ необходимыхъ помѣщеній и въ томъ числѣ „молочную кухню“.

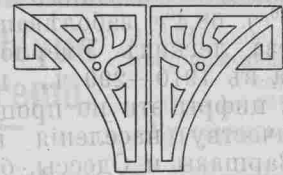
Принимая во вниманіе значенія питанія для больныхъ, комиссія высказалась за то, чтобы больница имѣла свое небольшое молочное хозяйство.

Принимая во вниманіе размѣръ пожертвованія, комиссія врачебно-санитарнаго совѣта, какъ и строительный комитетъ, рѣшили, чтобъ при больницѣ были помѣщенія только для младшаго и средняго больничнаго персонала.

Часть крыши надъ зданіемъ больницы комиссія рѣшила предназначить для солнечныхъ ваннъ и воздушнаго леченія. Отопленіе рѣшено паро-водяное.

Стоимость оборудованія опредѣлена въ 35,000 р.

— Въ засѣданіи *Иркутскаго санитарнаго совѣта* 22-го августа происходили выборы врача, завѣдующаго Михѣевской лечебницей, на мѣсто оставившаго городскую службу *д-ра Б. И. Кауфмана*. Подавляющимъ большинствомъ голосовъ избранъ врачъ Знаменской лечебницы *К. А. Давыдовъ*. При обсужденіи вопроса о замѣщеніи этой вакантной должности возникли довольно острые пренія: санитарному бюро было поставлено, прежде всего, на видъ то обстоятельство, что не было произведено публикацій и вопросъ рѣшается безо всякой подготовки; кромѣ того, еще разъ обнаружился нѣкоторый антагонизмъ между двумя совѣщательными коллегіальными органами гор. самоуправления—т. н. совѣщаніемъ городскихъ врачей и санитарнымъ совѣтомъ. Намъ думается, что подобнаго рода конфликты будутъ неизбѣжными до тѣхъ поръ, пока не разграничатся болѣе строго сферы компетенціи этихъ органовъ или, вѣрнѣе, пока не прекратитъ своего юридическаго существованія первый изъ нихъ, на что нами уже указывалось ранѣе.



Иркутская Городская Управа

приглашаетъ ВРАЧА на должность завѣдующаго городской Знаменской амбулаторной лечебницей въ Знаменскомъ предмѣстьѣ.

— Условія службы: —
жалованье 1500 рублей

при готовой квартирѣ, отопленіи и освѣщеніи; разъѣздныхъ для посѣщенія больныхъ на квартирахъ 300 руб.

Срокъ подачи прошеній—шестое сентября.

Протоколы Общества Врачей Восточной Сибири за 1913 г.

Протокол № 5.

(Продолжение).

Докладъ имѣетъ цѣлью попытаться восполнить существующій пробѣлъ относительно статистики туберкулеза въ Иркутскѣ. Матеріаломъ служили амбулаторныя карточки, свидѣтельства о смерти, вѣдомости городскихъ амбулаторій, отчеты больницъ, «Извѣстія» городской думы, церковно-метрическія записи и пр. За послѣдніе три года заболѣваютъ туберкулезомъ 700—800 человекъ въ годъ. По количеству заболѣваемости Иркутскъ не уступаетъ провинціальнымъ городамъ средней Россіи и во много разъ превосходитъ югъ. Чаше всего регистрировалась заболѣваемость зимой, затѣмъ идутъ весна и осень, minimum падаетъ на августъ и сентябрь. Изъ 100 человекъ, заболѣвшихъ въ возрастѣ свыше 20 лѣтъ, болѣе половины падаетъ на возрастъ 21—35 лѣтъ. По процентному отношенію къ общей заболѣваемости первое мѣсто занимаютъ русскіе, по проценту же заболѣвшихъ туберкулезомъ къ общей численности національной группы они уступаютъ мѣсто евреямъ, татарамъ, бурятамъ и полякамъ. Чаше всего туберкулезъ встрѣчается у крестьянъ (67,5%), чернорабочихъ (41,6%) и живущихъ при томъ на окраинахъ (91,7%). 68,4% заболѣваній падаетъ на долю туберкулеза легкихъ. Умерло въ Иркутскѣ отъ туберкулеза въ 1910—299 ч., 1911 г.—267 ч. и въ 1912—271; цифры эти по процентному отношенію къ количеству населенія не уступаютъ таковымъ же Варшавы и Одессы, близко подходят къ Москвѣ. Смертность повышается зимой и весной, падая лѣтомъ и осенью. Наибольшая смертность падаетъ на возрастъ 21—45 лѣтъ. Отношеніе смертности къ заболѣваемости колеблется между 33—39%. 69% умершихъ оставляютъ послѣ себя сиротъ. По сословіямъ больше всего смертей у крестьянъ (67%), по образованію—у неграмотныхъ (70,2%), по профессіямъ—у чернорабочихъ (57%); чаше всего умираютъ отъ туберкулеза легкихъ (82,7%). Болѣе 40% туберкулезныхъ умираютъ безъ врачебной помощи.

Въ преніяхъ по докладу, въ которыхъ приняли участіе *Зисманъ, Шастинъ, Михайловскій, Кауфманъ, Ельшиевичъ, Федоровъ* и др., большинствомъ оппонентовъ отмѣчена была недостаточная достоверность и неполнота использованнаго докладчикомъ матеріала, что значительно понижаетъ цѣнность сдѣланныхъ имъ выводовъ.

Д-ръ *Абловъ* указалъ на неправильное включеніе докладчикомъ гарнизона при вычисленіи процента заболѣваемости, что при дѣленіи матеріала на возрастныя группы можетъ сильно извратить выводы.

Д-ръ *Петровъ* обратилъ вниманіе на большую заболѣваемость туберкулезомъ сѣльно-поселенцевъ, преимущественно кавказцевъ и высказалъ предположеніе, что причиной такой заболѣваемости служить не столько перемѣна климатическихъ условій, сколько пребываніе на каторгѣ, что доказывается высокой заболѣваемостью туберкулезомъ въ Александровской центральной тюрьмѣ.

Д-ръ *Фрайфельдъ* выразилъ сожалѣніе, что въ докладѣ за отсутствіемъ достаточнаго матеріала не выяснена сравнительная заболѣваемость туберкулезомъ мѣстнаго и пріѣзжаго населенія.

3. Секретарь *Франкъ-Каменецкій* доложилъ, что избранная въ засѣданіи 28-го ноября комис-

сія по организаціи празднованія юбилея О-ва намѣтила изданіе историческаго очерка о дѣятельности О-ва за 50 лѣтъ и устройство торжественнаго засѣданія, на которомъ, помимо оглашенія очерка или извлеченія изъ него, желательнo прочтеніе членами Общества одного или двухъ докладовъ на общественно-медицинскія темы. О желаніи своемъ прочитать такой докладъ Комиссія проситъ сообщить секретарю не позднѣе 1-го марта. Въ виду предстоящихъ особыхъ расходовъ въ связи съ празднованіемъ юбилея, Комиссія предлагаетъ установить на текущей годъ для членовъ Общества дополнительный взносъ въ размѣрѣ не менѣе пяти рублей.

Предложенія Комиссіи приняты, и постановлено сообщить объ этомъ письменно всѣмъ членамъ Общества.

4. *М. Л. Блюменфельдъ* прочиталъ докладъ: „Послѣдняя эпидемія скарлатины въ Иркутскѣ“.

Докладчикъ разсматриваетъ развившуюся въ Иркутскѣ осенью 1912 года эпидемію скарлатины, какъ частный случай наблюдаемой въ появленіи скарлатинныхъ эпидемій періодичности; послѣдняя впервые замѣчена была около 30 лѣтъ назадъ нѣмецкими эпидемиологами, а позднѣе самостоятельно была выяснена русскими земскими врачами—статистиками, особенно *Куркинъ*мъ. Такъ какъ скарлатиной обыкновенно заболѣваетъ не болѣе трети того дѣтскаго населенія, которое могло бы заболѣть, то послѣ обычной эпидеміи остается небереблѣвшей значительная часть дѣтей, и эта часть ежегодно увеличивается благодаря естественному приросту населенія. Такимъ образомъ черезъ опредѣленные промежутки лѣтъ накапливается большое количество горячаго въ смыслѣ скарлатины матерьяла, и тогда появляются благоприятныя условія для большой вспышки постоянно имѣющейся въ городѣ эпидеміи. Нѣмцы наблюдали такія ожесточенія скарлатины черезъ промежутки въ 10 лѣтъ, русскіе врачи—черезъ пять лѣтъ. По мнѣнію докладчика, многіе факты изъ послѣдней иркутской эпидеміи дѣлаются понятными съ точки зрѣнія закона періодичности. Съ сентября по декабрь было 526 заболѣваній (противъ 163 въ 1911 г. и около 200 въ 1910 г.), которыя распредѣлялись равномерно по всей территоріи города; центръ, обычно дающій значительно меньшую заболѣваемость, чѣмъ окраины, на этотъ разъ сравнялся съ ними, что объясняется болѣе значительнымъ накопленіемъ восприимчиваго къ скарлатинѣ матеріала въ болѣе культурномъ центрѣ, чѣмъ на окраинахъ, гдѣ высокой процентъ дѣтей переболѣваетъ скарлатиной въ обычные годы. Затяжной характеръ эпидеміи объясняется развитіемъ въ центрѣ, гдѣ условія для переноса заразы менѣе благоприятны, чѣмъ на окраинахъ, вслѣдствіе чего она распространяется медленнѣе. Накопленіемъ восприимчиваго матеріала объясняется и относительная частота домовыхъ эпидемій; въ каждой третьей семьѣ было болѣе одного заболѣванія, въ прежніе годы въ каждой десятой. То обстоятельство, что смертность въ эту эпидемію была не выше, чѣмъ въ предыдущіе годы, показываетъ, что стойкость населенія и сама инфекция не измѣнились, а произошло лишь большее разсѣяніе инфекции вслѣдствіе наличности восприимчиваго матеріала.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Редакторъ-Издатель *Н. Федоровъ*.