

С И Б И Р С К А Я В Р А Ч Е Б Н А Я Г А З Е Т А

„Сибирская Врачебная Газета“ выходитъ по вторникамъ еженедѣльно въ размѣрѣ 1—2 печатныхъ листовъ съ обложкою

Подписная цѣна: на годъ 7 р. Допускается разсрочка: при подпискѣ $\frac{1}{2}$ р. и къ 1-му июля 3 рубля.

Плата за объявленія по соглашенію

ВЫХОДИТЪ ЕЖЕНЕДѢЛЬНО
ВЪ
ИРКУТСКѢ.

Редакція открыта ежедневно съ 2 до 4 час. дня.

Статьи и всякую корреспонденцію просятъ направлять по слѣдующему адресу редакціи:

Иркутскъ, Васинская, 27. Телефонъ редакціи № 817.

Единственное представительство по сбору объявленій за границей—Русское Справочное Бюро Э. Муравкина. Берлинъ, Фридрихштрассе, 136.



Alleinige Geschäftsstelle und Inseraten-Annahme für das Ausland: E. Murawkin, Russisches Reise-Auskunftsbureau, Berlin Friedrichstrasse, 136.

Содержаніе: И. П. Михайловскій. Къ ученію объ аппендицитѣ rsp. перитифлитѣ (продолженіе).— Н. В. Соколовъ. Предохранительныя противохолерныя (по способу Kolle) прививки въ г. Томскѣ съ весны 1905 г. по осень 1909 г. (окончаніе).—Фельетонъ. Изъ жизни сельскаго врача N-ской губ.—Рефераты. Женскія болѣзни и акушерство.—Нужды больничнаго дѣла въ г. Иркутскѣ (Докладъ комиссіи при Обществѣ врачей Восточной Сибири) (продолженіе).—Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.—Врачебная хроника.—Объявленія на обложкѣ.

Изъ хирургической лечебницы д-ра Г. фонъ Бермана въ Иркутскѣ

Къ ученію объ аппендицитѣ rsp. перитифлитѣ.

И. П. Михайловскаго.

(Продолженіе).

Высказываясь за раннія операціи аппендицита, мы все-таки не принадлежимъ къ крайней фракціи приверженцевъ хирургическаго леченія послѣдняго и примѣняемъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ терапію сообразно съ періодомъ хроническаго воспалительнаго процесса червеобразнаго отростка. Принимая во вниманіе слабую склонность воспалительнаго процесса при аппендицитѣ къ излеченію и его хроническое теченіе, прерываемое обостреніями, во время которыхъ процессъ протекаетъ чрезъ стѣнки отростка въ брюшную полость и здѣсь проявляется то въ видѣ слипчиваго воспаленія съ послѣдовательными спайками и сращеніями отростка съ брюшными органами, то въ видѣ ограниченыхъ и разлитыхъ гнойниковъ, мы въ отношеніи терапіи аппендицита, при которомъ, несомнѣнно, имѣется очагъ септической и токсической, различаемъ слѣдующіе моменты: 1) легкіе и средней тяжести случаи аппендицита тотчасъ, распознанные—а) первично и в) при возвращающихся приступахъ; 2) болѣе тяжелыя формы аппендицита, гдѣ бурное теченіе болѣзни съ самаго начала, не смотря на абсолютный покой и строгую діету держится, такимъ до 3—5 дня и когда перитифлитическая опухоль выражена довольно ясно и общее состояніе больного ухудшается; 3) случаи аппендицита, распознанные чрезъ нѣсколько дней отъ начала болѣзни а) при стихающихъ явленіяхъ и в) при обостреніяхъ и прогрессивномъ усиленіи воспалительнаго

процесса; 4) аппендициты въ такъ наз. скрытомъ періодѣ, когда явленія остраго воспаленія исчезли (промежуточное время между приступами): а) случаи съ вскрытіемъ нарыва во время приступа и в) случаи безъ вскрытія перитифлитической опухоли во время обостренія воспалительнаго процесса; 5) случаи аппендицита съ кратковременными приступами, продолжающимися отъ нѣсколькихъ часовъ до сутокъ; 6) случаи *appendicitis larvata s. appendicitis chronica adhaesiva* не дающіе обычныхъ приступовъ и встрѣчающіеся наичаще въ пожиломъ возрастѣ. и 7) случаи тяжелаго разлитого гнойнаго и септическаго перитонита, осложняющіе паритифлиты.

Въ виду того, что мы не знаемъ внутреннихъ средствъ, превращающихъ тяжелый случай аппендицита въ легкій, останавливающихъ или ослабляющихъ инфекцію и предупреждающихъ распространеніе процесса на брюшину, естественно, что всякій аппендицитъ rsp. перитифлитъ подлежитъ леченію хирурговъ или, въ крайнемъ случаѣ, совмѣстному леченію терапевта и хирурга, потому что только послѣдній по постановкѣ діагноза аппендицита м. б. компетентнымъ въ строгомъ выборѣ наилучшаго времени для операціи и въ критическомъ освѣщеніи данныхъ, служащихъ противопоказаніемъ къ операціи, въ какомъ бы стадіи болѣзни она не предпринималась.

Въ раннемъ и промежуточномъ періодахъ первично наблюдаемаго аппендицита, при стихающихъ явленіяхъ нѣсколько дней продолжающагося перитифлита и въ случаяхъ разлитого септическаго перитонита, если только нѣтъ особыхъ показаній къ оперативному вмѣшательству, мы придерживаемся исключительно консервативнаго—выжидательнаго леченія съ цѣлю дать возможно полный покой воспаленному отростку кишечника, успокоить боли и устранить перистальтику. Обыкновенно полный покой въ постели на спинѣ съ приподнятой верхней поло-

виной тѣла для уменьшенія напряженія брюшной стѣнки, запрещеніе двигаться и голодная діета (холодная отварная вода или при рвотѣ только смачиваніе языка), ледь или спиртовые согрѣвающие компрессы на животъ уже улучшаютъ рѣзко состояніе больного, рвота и боли стихаютъ, пульсъ улучшается, t^0 понижается. Все, что усиливаетъ перистальтику, на примѣръ слабительныя и клизы, какъ въ лечебницѣ такъ и въ частной практикѣ, особенно въ первые дни заболѣванія, по возможности, избѣгали. Запоръ, обусловливаемый параличнымъ состояніемъ воспаленнаго отростка и ближайшей слѣпой кишки, не требуетъ леченія. При задержкѣ стула и скопленіи газовъ, безпокоющихъ больного и затрудняющихъ дыхательную дѣятельность, нерѣдко приносятъ пользу вмѣсто слабительныхъ и клизмъ—вставленіе въ заднепроходное отверстіе резиновой трубки, подкожное впрыскиваніе физостигмина ($\frac{1}{2}$ —1 mlgr.), и горячія воздушныя ванны на область живота t^0 70—90°, продолжительностью отъ 20 до 45 минутъ, смотря по общему состоянію больного.

Что касается наркотическихъ, то мы примѣняли ихъ только въ исключительныхъ случаяхъ, когда изъ за болѣзненности больной очень безпокоенъ, не можетъ спать, или когда дыханіе брюшн. типа совершенно отсутствуетъ, принимая чисто реберный типъ; при этомъ изъ наркотическ. отдаемъ предпочтеніе морфію (подкожно), кодеину и белладоннѣ; впрочемъ изрѣдка въ частной практикѣ приходилось примѣнять небольшія дозы и опія (0,01—0,015) съ салоломъ или бензо-нафтоломъ по 3 приѣма въ день.

Изъ наружно примѣняемыхъ почти во всѣхъ острыхъ и подострыхъ случаяхъ перитифлита средствъ мы пользуемся или льдомъ, или спиртовыми компрессами, смѣняемыми въ теченіе дня пузырями съ горячей водой или сухими припарками; здѣсь приходится обыкновенно руководствоваться субъективнымъ ощущеніемъ больныхъ, изъ которыхъ одни хорошо переносятъ ледь, другіе—тепло или согрѣвающие компрессы. Въ періодъ выздоровленія для скорѣйшаго рассасыванія перитифлической опухоли охотно и съ очевидной пользой примѣняемъ чрезъ 1—3 дня водяныя ванны 27—30°. Разнаго рода разрѣшающія мази и пластыри, а равно массажъ и гимнастику мы принципиально не назначаемъ, считая ихъ не только излишними, но и вредными даже при замедленномъ рассасываніи экссудата.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Предохранительныя противохолерныя (по способу Kolle) прививки въ г. Томскѣ съ весны 1905 г. по осень 1909 г. *)

Ж. В. Соколова.

(Окончаніе).

Въ Сборникѣ по общественно-санитарнымъ и врачебно-бытовымъ вопросамъ, изданномъ въ настоящемъ году Обществомъ русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова напечатана статья П. П. Розанова—

*) Докладъ въ засѣданіи общества практическихъ врачей томской губерніи 14 октября 1909 г.

«Смертельный исходъ какъ реакція послѣ противохолерной прививки», авторъ которой на основаніи данныхъ отчета о противохолерныхъ прививкахъ, примѣнявшихся въ Петербургѣ въ 1908 г., составленнаго докторомъ *Кашкадамовымъ*, дѣлаетъ выводъ о возможности смертельнаго исхода послѣ прививокъ въ 0.1%. Свои выводы П. П. Розановъ дѣлаетъ на основаніи 2697 случаевъ, въ коихъ отмѣчена реакція, что составляетъ всего лишь 34,6% общаго числа привитыхъ. Въ отчетѣ отмѣченъ такой случай: нѣкто *Карташевъ* около 12 ч. дня 8 сентября 1908 г. получилъ прививку по способу *Kolle* и черезъ 55 часовъ скончался, при чемъ поносъ и рвота появились только утромъ 10 сентября, а наканунѣ покойный чувствовалъ лишь общее недомоганіе. Въ параллель къ этому П. П. Розановъ приводитъ опыты *Шуррнова* съ лошадьми, при чемъ одна изъ лошадей пала на третьи сутки послѣ впрыскиванія холерной вакцины, при чемъ картина заболѣванія сильно напоминала клиническую картину заболѣванія азіатской холерой; при вскрытіи павшей лошади найдено: «трупъ окоченѣвшій, производитъ впечатлѣніе деревяннаго... Глаза полуоткрыты, глубоко впали въ глазницы. Подкожная клѣтчатка плотна и суха... Кровь полужидкая, не свертывается. Желудокъ и кишки (тонкія), покрытыя сплошь кровоизліянiami, содержатъ жидкія пищевыя массы... Мочевой пузырь сморщенъ и не содержитъ мочи».

Затѣмъ П. П. Розановъ въ Петербургскомъ отчетѣ указываетъ еще на два случая заболѣванія и смерти, наступившихъ подозрительно близко послѣ вакцинаціи. Сидѣлка Петропавловской больницы заболѣла черезъ два дня послѣ первой прививки очень тяжелой формой холеры и умерла. Служитель Обуховской больницы И. Борщевскій заболѣлъ на третій день послѣ прививки и тоже умеръ. Въ отчетѣ всѣ эти три случая смерти объяснены заболѣваніемъ азіатской холерой, но въ то-же время въ отчетѣ не отмѣчено, что въ данныхъ случаяхъ производились бактериологическія изслѣдованія изверженій.

При этомъ нужно отмѣтить, что *Карташеву* прививка была произведена въ то время, когда въ Петербургѣ была уже значительная эпидемія холеры. О времени прививки сидѣлки Петропавловской больницы и служителю Борщевскому данныхъ нѣтъ, но, судя потому, что, повидимому, бактериологическаго изслѣдованія изверженій этихъ больныхъ не производилось, что при ясности клинической картины и при массѣ заболѣвавшихъ было уже совершенно излишне, можно допустить, что эти двѣ прививки были произведены во время развитія эпидеміи, такъ какъ, если бы эти заболѣванія наблюдались въ началѣ, то на нихъ, безъ сомнѣнія, было бы обращено вниманіе, и изверженія были изслѣдованы бактериологически. Если-же принять во вниманіе установленный фактъ, что въ испражненіяхъ петербуржцевъ какъ во время холерной эпидеміи, а также послѣ ея прекращенія очень часто находили холерныхъ вибрионовъ, то можно почти съ увѣренностью сказать, что и въ данномъ случаѣ при изслѣдованіи, по всей вѣроятности, были-бы обнаружены холерные вибрионы, а особенно-же у больничной прислуги.

Затѣмъ нельзя упустить изъ виду слѣдующаго обстоятельства. Почти всѣ авторы отмѣчаютъ, что наивысшая точка реакціи, даже хотя-бы въ видѣ желудочно-кишечнаго расстройства, обычно наблюдается вечеромъ въ день прививки, если таковая была произведена въ утренніе часы, а къ утру слѣдующаго дня почти всегда всѣ явленія стихаютъ. Въ данныхъ же случаяхъ начало и наивысшая точка реакціи наблюдалась къ концу вторыхъ сутокъ, въ началѣ третьихъ сутокъ и въ теченіи третьихъ сутокъ, что до извѣстной степени противорѣчитъ общему правилу. Такимъ образомъ въ данныхъ случаяхъ нѣтъ ни-

какихъ фактическихъ указаній, чтобы, не выходя изъ области предположеній, утверждать, что смерть въ данномъ случаѣ наступила какъ реакція послѣ противохолерныхъ прививокъ; скорѣе-же можно считатьъ съ той возможностью, что въ данномъ случаѣ наблюдалось чисто стучайное совпаденія момента прививки съ инкубационнымъ періодомъ заболѣванія азиатской холерой. О такой возможности много говорили на противохолерномъ Пироговскомъ съѣздѣ врачей въ Москвѣ въ 1905 г. Возможно и послѣдующее зараженіе въ видѣ, такъ называемой, молніеносной холеры: такъ, на примѣръ, Корташевъ проболѣлъ всего лишь 7 часовъ.

Если-же ко всѣму этому добавить томское наблюденіе надъ тремя тысячами привитыхъ, то можно допустить, что выводы *П. П. Розанова*, какъ основанные на теоретическихъ предположеніяхъ и не обоснованные опытнымъ путемъ, едва ли вѣрны и во всякомъ случаѣ требуютъ тщательной провѣрки. Прежде всего необходимо было подвергнуть самому тщательному изслѣдованію изверженія и трупы вышеупомянутыхъ лицъ. Въ заключеніе долженъ сказать, что въ литературѣ нѣтъ ясныхъ и опредѣленныхъ данныхъ, на основаніи которыхъ можно бы-было допустить, что иногда смерть наблюдалась исключительно какъ реакція послѣ предохранительной противохолерной прививки по способу Kolle. Если-же даже согласиться съ *П. П. Розановымъ*, то во всякомъ случаѣ процентъ смертности долженъ высчитываться къ общей массѣ привитыхъ, а не по отношенію только къ тѣмъ изъ привитыхъ, у которыхъ наблюдалась та или иная реакція.

Въ работѣ доктора *Е. П. Неболюзова* отмѣчено, что весной 1908 г. въ Томскомъ бактериологическомъ институтѣ наибольшій процентъ прививающихся далъ интеллигентный классъ (68.1%), лицъ-же рабочаго класса было сравнительно не много (12.1%). По даннымъ доктора *Б. З. Ноторина*, рабочій классъ далъ немного болѣе 25% всего числа привившихся у него; по даннымъ доктора *Сибирцева*, число привившихся рабочаго класса достигаетъ до 30% и по даннымъ амбулаторіи Томской городской имени Ивана Некрасова больницы, число привившихся изъ рабочаго класса (два нищихъ) достигаетъ 46%.

Такимъ образомъ амбулаторіи томскаго городского общественнаго самоуправленія, какъ болѣе доступныя и знакомыя для сѣраго люда, даютъ значительно болѣе процентъ прививающихся изъ рабочаго и сѣраго класса городского населенія, хотя въ то-же время необходимо отмѣтить, что общая масса привившихся во всѣхъ трехъ городскихъ амбулаторіяхъ значительно меньше общаго числа привившихся въ Бактеріологическомъ институтѣ. Поэтому при организациі будущихъ массовыхъ прививокъ никоимъ образомъ нельзя игнорировать участковыя амбулаторія городского общественнаго самоуправленія, а, наоборотъ, на нихъ-то и нужно главнымъ образомъ сосредоточить все свое вниманіе и какъ можно шире и доступнѣе организовать прививки именно въ этихъ учрежденіяхъ. И наконецъ долженъ отмѣнить, что главная масса городского населенія, среди которой и нужно примѣнять прививки (начлежники, рабочіе Черемошниковъ, рабочіе, ютящіеся въ разнаго рода подвалахъ, прислуга трактировъ, чайныхъ и проч.) на прививки не являлась, да едва-ли и явится до тѣхъ поръ, пока это дѣло не будетъ организовано вполне рационально, какъ, на примѣръ, введеніе вечернихъ часовъ для прививокъ и т. д.

На засѣданіи общества практическихъ врачей томской губ. 14 октября 1909 г. по существу настоящаго доклада было сдѣлано нѣсколько замѣчаній. Между прочимъ, городской думскій врачъ *Б. З. Ноторинъ* заявилъ, что весной 1908 г. онъ произвелъ

себѣ три прививки холерной вакцины, причемъ въ первый разъ было вприснуто 5,0, черезъ 5 дней эта доза повторена и черезъ 4 дня произведена третья прививка въ той-же дозѣ. Такимъ образомъ было вприснуто 15,0 холерной вакцины. Реакція послѣ такой большой дозы была крайне незначительна и *Ноторинъ* все время продолжалъ работать.—Вольно-практикующій врачъ *И. А. Янкелевичъ* заявилъ, что весной 1908 года онъ среди своихъ пациентовъ произвелъ прививки болѣе 50 человекамъ, при чемъ черезъ значительный промежутокъ времени (8 мѣяцевъ) у *двухъ* наблюдалъ *психозъ*, а у *трехъ* *первое* *разстройство въ довольно тяжелой формѣ!*

По поводу этого заявленія приходится сказать слѣдующее. Въ теченіи 8 мѣяцевъ у людей съ неравновшанной нервной системой могли быть и другія совершенно постороннія причины, которыя и вызвали наблюдаемая докторомъ *Янкелевичемъ* расстройства психики и нервной системы. Тѣмъ болѣе, что если бы прививки могли вызывать такъ часто подобнаго рода расстройства, то мы имѣли бы въ г. Томскѣ послѣ прививокъ массу психически больныхъ и нервнобольныхъ, такъ какъ процентъ заболѣванія, по заявленію доктора Янкелевича, очень высокъ, но никто изъ другихъ товарищей подобнаго рода явленій не замѣчалъ. Думаю, что въ данномъ случаѣ было чисто случайное совпаденіе. Всѣ пять человекъ вскорѣ поправились. Количество-же привитыхъ докторомъ *Янкелевичемъ* еще разъ убѣждаетъ меня въ томъ, что я при подсчетѣ привитыхъ въ г. Томскѣ не ошибся, а даже, вѣрнѣе, это количество привитыхъ значительно превышаетъ три тысячи человекъ.

РЕФЕРАТЫ.

Женскія болѣзни и акушерство.

Dr. W. Hagen. *О гинекологическихъ перитонитахъ*—München. med. Wochenschr. 1909, № 35.

Авторъ задается вопросомъ, отличаются ли въ прогностическомъ и терапевтическомъ отношеніяхъ перитониты, сопровождающіе инфекціонныя заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ отъ обыкновенныхъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, для которыхъ немедленное оперативное вмѣшательство считается хирургами въ настоящее время общепризнаннымъ методомъ. Относительно первыхъ мнѣнія, высказанныя на послѣднемъ хирургическомъ конгрессѣ, расходятся; гинекологи же, повидимому, склонны держаться выжидательнаго способа леченія.

Авторъ останавливаетъ свое вниманіе исключительно на тѣхъ перитонитахъ, которые обязаны своимъ возникновеніемъ инфекціоннымъ болѣзнямъ женской половой сферы и представляютъ особую характерную въ патолого-анатомическомъ отношеніи картину (именно пуэрперальные перитониты и такъ называемые перитониты придатковъ)—и исключаетъ перитониты, зависящіе отъ нагноившихся міомъ или отъ перекручиванія ножки, опухолей яичниковъ и т. д., такъ какъ такіе перитониты ничѣмъ ни отличаются отъ перитонитовъ другихъ брюшныхъ органовъ.

Что касается послѣродового перитонита, то онъ представляетъ наиболѣе опасную форму болѣзни, такъ какъ онъ почти всегда съ самаго начала имѣетъ токсически-септической характеръ. Такіе перитониты представляютъ такой же дурной прогнозъ, какъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда воспаленіе брюшины есть частное явленіе общаго зараженія.

Какъ извѣстно, пуэрперальная инфекция распространяется на брюшину тремя путями: чаще всего она идетъ по лимфатическимъ или кровеноснымъ путямъ—metrolymphangitis или metrophlebitis ruptulenta, или же гнойный эндометритъ переходитъ на брюшину по трубамъ и яичникамъ или же, наконецъ, перитонитъ получается метастатически.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ для удовлетворенія причиннаго показанія было бы необходимо удаление всей матки, о чемъ не можетъ быть и рѣчи при безъ того ослабленномъ состояннн организма у женщины, только что перенесшей родовой актъ.

Просто же удалять гной изъ полости брюшины при оставленнн источника его происхожденн—объ этомъ говорить не стоитъ.

Такимъ образомъ при пуэрперальныхъ перитонитахъ остается только стремиться къ повышенн общей сопротивляемости организма поднятнмъ его силъ и своевременнымъ примѣненнмъ сывороточной терапн; при этомъ нерѣдко бываетъ, что въ дальнѣйшемъ теченн болѣзни простое вскрытн гнойника оказываетъ существенную помощь организму въ его борьбѣ съ инфекцнй.

Совсѣмъ другое дѣло, такъ называемые, перитониты придатковъ. Здѣсь приходится прежде всего различать между случаями, въ которыхъ заболѣванн придатковъ уже раньше существовало болѣе или менѣе долгое время и случаями, въ которыхъ свѣжнй гнойный процессъ трубъ раньше, чѣмъ успѣваетъ обратнться въ форменнй гнойникъ, вызываетъ уже общнй перитонитъ. Послѣднн случаи принадлежатъ къ болѣе тяжелымъ и они, пожалуй, опаснѣе, чѣмъ перитифлиты, такъ какъ при аппендицитахъ прободенн предшествуютъ болѣею частью защищающн брюшину мѣстныя сращения, между тѣмъ какъ при перитонитахъ придатковъ окружающая брюшина обыкновенно нисколько не подготовлена. Къ тому же вирулентность

свѣжаго гонорройнаго гноя не только не уступаетъ вирулентности аппендицита, но можетъ и превосходить ее, такъ какъ кромѣ гонококковой инфекцн здѣсь можно находнть еще и другихъ возбуднтелей гноя. Такн перитониты придатковъ представляютъ часто съ самаго начала картину тяжелой общей интоксикацн.

Нѣсколько менѣе опаснымъ, но все же весьма серьезнымъ нужно считать прободенн болѣшихъ гнойныхъ трубныхъ абсцессовъ и опорожненн ихъ въ свободную полость брюшины.

Такн случаи по своей опасности весьма близки съ прободеннмъ аппендицита въ свободную полость брюшины и если вирулентность гноя при первыхъ можетъ быть менѣе сильна, чѣмъ при послѣднихъ, что, впрочемъ, сомнительно, то надо имѣть въ виду, что при перитонитахъ придатковъ женщины сильно ослаблены предшествовавшимъ длительнымъ процессомъ.

Къ счастью, это случается рѣдко, такъ какъ болѣные органы лежатъ глубоко въ маломъ тазу за маткой, покрыты flexura sigmoidea и тамъ уже своевременно образуются прочныя сращения. Въ подобныхъ случаяхъ своевременное хирургическое вмѣшательство часто неизбѣжно. Но болѣшинство придатковыхъ перитонитовъ происходитъ путемъ постепеннаго перехода воспаленн съ давно существовавшего уже гнойнаго заболѣванн придатковъ; гнойные зародыши достигаютъ брюшины по лимфатическимъ путямъ; эта форма отличается во многихъ отношеннхъ отъ вышеописанныхъ. Хотя и эта форма протекаетъ вначалѣ очень бурными обще-перитонитическими явленнми, но дальнѣйшее теченн имѣетъ гораздо болѣе благоприятный характеръ. Надо полагать, что въ этихъ случаяхъ не бываетъ общаго бактернйнаго зараженн брюшины. Здѣсь своевременно образуются пластическн эксудаты, представляющн преграду для

Изъ жизни сельскаго врача Н-ской губ.

Желая подѣлиться съ читателями Сиб. Врач. Газ. своими впечатлѣннми и наблюденнми наль жизнью сельскаго врача въ западно-сибирской губ., я долженъ начать съ оговорки. Факты, излагаемые мною, очень недавняго происхожденн: 1906—08 годовъ. Но въ послѣднее время въ Н-ской губ. случнлись два первостепенной важности событн. Управлять губерннй будетъ новнй губернаторъ, завѣдывать врачевнымъ отдѣленнмъ назначенъ новнй врачевнй инспекторъ. Тамъ, гдѣ законы издаются при болѣе или менѣе дѣятельномъ участн населенн, слѣдуя указаннмъ жизненныхъ потребностей, а разъ принятнй законъ становится регуляторомъ жизни, укладывая ея въ извѣстныя рамки—тамъ перемѣна администратора не можетъ оказывать значительнаго влннн на жизнь края. У насъ не то. Съ назначеннмъ новаго начальника можно ожидать и худшаго: рисковано будетъ спорнть съ тѣми, кто предсказываетъ, что кромѣ подписн подъ „бумагами“, все останется по прежнему, мы-же, забывая латинскую пословицу, гласящую, что spes mater stultorum est, будемъ надѣяться, что положенн сельской медицины вообще, а сельскаго врача въ частности при новыхъ начальникахъ въ Н. губ. значительно улучшнтся.

Меднцинскнй участокъ. 11-й меднцинскнй участокъ X уѣзда состоитъ изъ десяти волостей

съ 68000 насел. Днаметръ участка 92 и 38 верстъ. Больница лежитъ не въ центрѣ участка, а въ сѣверо-восточной части его, такъ что дальнѣйшня селенн въ Ю.-З. направленн отстоятъ на 70 вер., въ Ю.-В.—на 22 вер. Кромѣ больницы (на 6 коекъ) при которой—врачъ, фельдшеръ и фельдшерица-акушерка, есть два самостоятельныя фельдшерскн пункта, однн въ 30-ти, другой въ 50-ти вер. Количество принятыхъ больныхъ за послѣднн пять лѣтъ было: въ 1904 г. кол. болн. 11250 чел., число посѣщенн—17,651; въ 1905 г. кол. бол. 10943, число посѣщ. 17865; въ 1906 г. кол. бол. 12931, числ. пос. 21697; въ 1907 г. кол. бол. 13991, числ. пос. 24276; въ 1908 г. кол. бол. 15600, числ. пос. 27406, за первое полугодн 1909 кол. бол. 9636, числ. пос. 17740. Количество больныхъ, принятыхъ врачевъ и тремя фельдшерами вмѣстѣ, было почти одинаково. Небольшой процентъ больныхъ, обращающихся за врачевной помощью, не можетъ, конечно, быть указателемъ заболѣваемости населенн. Цѣлая масса больныхъ не пользуется меднцинской помощью изъ-за дальности разстоянн, плохнхъ дорогъ, особенно весной и осенью и т. д. Какая масса больныхъ не можетъ по разнымъ причинамъ пользоваться врачевнымъ совѣтомъ, видно изъ того, что всякнй разъ, когда случнтся бывать, особенно въ болѣе отдаленномъ селенн, моментально являются десятки болѣе или менѣе серьезныхъ больныхъ за совѣтомъ. Часто, получивъ обѣщанн помощи, они на другой день

дальнѣйшаго проникновенія микробовъ. При этомъ часть ихъ погибаетъ, что представляетъ новую опасность для организма: благодаря распаденію микробовъ, освобождается сразу масса содержащагося въ нихъ эндотоксина, который не задерживается сращеніями, а проникаетъ въ свободныя части брюшины и вызываетъ тамъ болѣе или менѣе распространенное воспаленіе. Такое воспаленіе брюшины никогда не бываетъ гнойнымъ, а представляетъ типичную форму химическаго перитонита и отличается отъ перитонитовъ другого этиологическаго происхожденія, кромѣ своей доброкачественности, еще раннимъ появленіемъ метеоризма. Послѣдній есть всегда парезъ кишечныхъ мышцъ, обуславливаемый токсическимъ вліяніемъ химическихъ продуктовъ на залегающія въ кишечныхъ стѣнкахъ нервныя сплетенія. Такого рода сравнительно доброкачественные придатковые перитониты отличаются не только въ прогностическомъ, но и въ діагностическомъ отношеніи. Хотя и здѣсь мы видимъ всѣ симптомы разлитого воспаленія брюшины: повсемѣстная боль живота, рѣзко увеличивающаяся при давленіи, повторныя рвоты, повышенная температура и частый пульсъ не оставляютъ сомнѣнія въ діагнозѣ болѣзни. Но при всякомъ другомъ перитонитѣ метеоризмъ составляетъ признакъ далеко ушедшей впередъ болѣзни и указываетъ на опаснѣйшее положеніе больного и на общую интоксикацію организма. Не то бываетъ при придатковыхъ перитонитахъ, такъ сказать, химическихъ. Здѣсь рано появляется болѣе или меньшій метеоризмъ, но, не смотря на высокую температуру и частый пульсъ, качество его довольно удовлетворительное и общій видъ больной не такой тревожный и не производитъ такого тягостнаго впечатлѣнія, какъ, напр., больные съ перитонитомъ вслѣдствіе прободенія аппендицита или желудка, если у нихъ уже существуетъ метеоризмъ. Это можно объяснить тѣмъ, что при придат-

ковыхъ перитонитахъ не получается общей интоксикации организма, а существуетъ только мѣстный химически-токсическій процессъ.

Въ такихъ случаяхъ умѣстенъ выжидательный методъ леченія, но и здѣсь бываетъ иногда необходимо въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни хирургическое вмѣшательство и къ нему надо быть всегда готовымъ, въ особенности при малѣйшемъ сомнѣніи въ діагнозѣ ножъ хирурга долженъ освѣтить картину болѣзни.

Б. Ельшиевичъ.

Dr. F. Weber. Къ примѣненію въ акушерствѣ обезкровливанія нижней половины тѣла по Momburgy'—Zentr. f. gynäkologie, 1909, № 41. Съ тѣхъ поръ, какъ въ прошломъ году Momburg опубликовалъ о своемъ новомъ способѣ искусственнаго обезкровливанія нижней половины тѣла сдавливаніемъ брюшной аорты при помощи тугаго обвязыванія живота каучуковымъ шнуркомъ, въ нѣкоторыхъ клиникахъ было испробовано это мѣропріятіе при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ съ благопріятными результатами.

Между тѣмъ Rieländer изъ Марбургской клиники сообщаетъ о недѣйствительности этого способа при кровотеченіяхъ и неблагопріятномъ, хотя и скоропреходящемъ, дѣйствиіи его на общее состояніе.

Поэтому авторъ сообщаетъ о своихъ случаяхъ изъ Мюнхенской клиники.

Онъ употреблялъ обыкновенную газовую трубку, толщиной съ большой палецъ, которою двумя турами обтягивали животъ и тянули съ такой силой, чтобы исчезалъ пульсъ въ бедренной артеріи. Только при исчезновеніи этого пульса достигаются желательные результаты—остановка кровотеченія и вмѣстѣ съ тѣмъ оно, исчезновеніе пульса, служитъ мѣриломъ допустимой степени сжатія безъ вреда для брюшинныхъ органовъ. Концы трубки вмѣстѣ скручивались

сами являются въ больницу. Нѣсколько селеній участка лежатъ за рѣкой. И въ весеннее половодіе, когда р. И. разливается на нѣсколько верстъ, баромы хотя ходятъ, но очень медленно и неправильно, такъ что переѣздъ на другой берегъ требуетъ немалыхъ усилій и сопровождается громадной потерей времени. Больныхъ изъ зарѣчныхъ селеній, расположенныхъ сравнительно довольно близко, почти совсѣмъ не бываетъ. За то двѣ волости другого участка расположены ближе къ моей больницѣ, чѣмъ къ своей участковой. Путь туда не преграждается рѣкой, а дорога, если не хорошая, то хотя проѣзжая и потому больные изъ этихъ волостей гораздо чаще посѣщаютъ нашу больницу, чѣмъ свою. Такъ что въ дѣйствительности одинъ врачъ II мед. участка долженъ лечить больныхъ 12-ти волостей съ населеніемъ въ 80—85 тыс. и діаметромъ участка въ 92—53 вер.

Восточно-сибирскіе врачи, принужденные дѣлать по своему участку сотни и тысячи верстъ, найдутъ, можетъ быть, что мой участокъ еще одинъ изъ лучшихъ. Но можно ли говорить о правильной медицинской помощи при такой площади и населенности участка? Вѣдь если считаться съ требованіями, поставленными многими земствами, чтобы одинъ врачъ приходился на 10—15 тыс. насел., а діаметръ врачебнаго участка не превышалъ 15—20 верстъ, то здѣсь нуженъ не одинъ, а шесть или хоть четыре врача. Одному не справиться. Посмотримъ однако, что облегчаетъ и какія условія затрудняютъ его дѣятельность.

Больница. Къ великому своему удовольствію, я попалъ въ одну изъ лучшихъ, какъ мнѣ говорили, сельскихъ больницъ N-ской губ. Превосходство этой больницы состояло въ томъ, что стѣны были цѣлы, потолки не обваливались, полъ ничѣмъ не напоминалъ фортепьянныхъ клавишъ: былъ крѣпкій и вездѣ выкрашенъ. Хотя двѣ старыя печи дымили, но все-таки нагрѣвали, а остальные были въ исправности. Свѣтлая и чистая операціонная комната (помѣщающаяся рядомъ съ примитивно устроеннымъ сортиромъ) вся выкрашена масляной краской. Въ антекѣ оставалось еще достаточно на первое время лекарствъ, а на четырехъ полкахъ шкафа были разложены необходимыя инструменты. Квартира врача изъ трехъ небольшихъ комнатъ, передней и крошечной кухни составляла верхній этажъ надъ больницей. Ходъ одинъ съ больничнымъ, а лѣстница, ведущая въ квартиру, настолько крута и съ такими узкими ступеньками, что только привыкнувъ можно было добраться по ней. Давно некрашенный, порядочно истоптанный и разохшійся полъ далъ многочисленныя щели, сквозь которыя всѣ больничные запахи свободно проникали и наполняли квартиру врача.

За неимѣніемъ помѣщенія при больницѣ, фельдшеръ жилъ въ селѣ и нѣсколько разъ въ день долженъ былъ путешествовать въ больницу. Въ комнатѣ, предназначенной для сидѣлки, помѣщалась сестра милосердія, завѣдующая хозяйствомъ, а двѣ сидѣлки ютились въ, такъ наз.,

или крепко держались съ обѣихъ сторонъ больной. Держали животъ въ стянутомъ положеніи 5—35 минутъ.

Прибѣгали къ этому способу при послѣродовой атоніи матки. Въ 5 изъ 16 случаевъ матка послѣ рожденія ребенка не сокращалась, послѣдъ былъ еще прикрѣпленъ, кровотеченіе значительное. По примѣненіи гуттаперчевого шнура картина сразу мѣняется; кровотеченіе прекращается, матка становится твердой, какъ камень, дѣтское мѣсто втеченіе $\frac{1}{4}$ часа самопроизвольно выдѣляется.

Также получили хорошіе результаты въ 11 случаяхъ атоніи матки послѣ отхожденія дѣтскаго мѣста. По снятіи трубки кровотеченіе больше не повторялось.

Этотъ способъ оказался еще полезнымъ тѣмъ, что далъ возможность производить операциі безъ всякой потери крови въ двухъ случаяхъ ручного отдѣленія послѣда, въ 10 случаяхъ разрывовъ шейки и въ 12 случаяхъ Hysterostomatomiae. Всего въ 40 случаяхъ способъ Momburg'a далъ хорошіе результаты. Только въ трехъ случаяхъ (2 атоническихъ кровотеченія и 1 ручное удаленіе послѣда) этотъ способъ не принесъ пользы.

Rielauder предполагаетъ, что этотъ способъ не достигаетъ цѣли, если желудокъ и кишки во время примѣненія способа Momburg'a недостаточно опорожнены. Авторъ думаетъ, что неудача можетъ зависѣть отъ отклоненія аорты въ сторону и недостаточнаго сжиманія ея шнуромъ.

Дурныхъ послѣдствій отъ этого способа авторомъ ни разу не наблюдалось.

Пульсъ былъ всегда умѣренной частоты. Дыханіе нормальное. Рвоты не было. Явленій, которыя указывали бы на сдавленіе брюшныхъ органовъ, не было. И въ послѣродовомъ періодѣ не наблюдалось дурныхъ послѣдствій и отъ этого приѣма. Ноги были подвиж-

ванной, въ которой однако ванны никогда не бывало. При ближайшемъ знакомствѣ съ этой „образцовой“ больницей, составляющую, какъ говорили, гордость врачебнаго инспектора, оказалось, что въ ней во первыхъ нѣтъ никакой вентилляціи, ни одной форточки въ многочисленныхъ окнахъ, ни одного вентилятора въ стѣнахъ; печные же наглухо заколочены и, повидчому, со дня сооруженія не дѣйствуютъ. Изъ двухъ теплыхъ сортировъ, расположенныхъ на двухъ противоположныхъ концахъ сквознаго корридора, ежедневно выносились наполнявшіеся за сутки судна. Выносить эти судна приходилось черезъ единственный ходъ, какъ разъ по срединѣ корридора, такъ что благовопіе каждаго судна наполняло равномерно половину больничныхъ помѣщеній. Надворныя постройки въ жалкомъ состояніи: съ погнувшимися стѣнами и дырявыми крышами. Совершенно ветхую баню нельзя было нагрѣть, такъ какъ щели въ стѣнахъ свободно пропускали налѣцъ, а полуразвалившаяся печь грозила пожаромъ. Ограда поначнувшаяся, шатающаяся отъ вѣтра, безъ многихъ дощечекъ, поддерживалась многочисленными подпорками.

На больничномъ дворѣ вышлое новое, довольно красивое зданіе подъ желѣзной крышей, т. наз. баракъ, построенный на средства крестьянъ II медицинскаго участка, для помѣщенія раненныхъ воиновъ. Пстройка обоилась, кажется, изрядно, но осталось еще что-то около 1000 руб. на отдѣлку и обзаведеніе. Долго не могъ я про-

ны съ перваго же дня. Мочеиспусканіе и испраженія нанизъ совершались какъ обыкновенно. Только въ 8 случаяхъ было легкое повышеніе температуры, но это зависѣло отъ другихъ причинъ.

В. Ельмисвичъ.

Проф. M. Flesch. О Hyperemesis gravidarum—
Münch. med. Wochenschr. 1909, № 41.

Автору приходилось неоднократно убѣждаться, что во многихъ случаяхъ причиной неукротимой рвоты беременныхъ служить брачная жизнь. У него было нѣсколько случаевъ, когда у женщинъ, принятыхъ имъ въ клинику для производства искусственнаго выкидыша или преждевременныхъ родовъ ради не поддававшейся никакому леченію рвоты, послѣдняя прекращалась безъ всякой операциі отъ одного факта пребыванія въ больницѣ и, слѣдовательно, прекращенія супружескихъ сношеній.

Б. Е.

Жужды больничнаго дѣла въ г. Иркутскѣ.

(Докладъ комиссіи при Обществѣ врачей Восточной Сибири).

(Продолженіе).

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНІЮ.

Гражданское населеніе города Иркутска получаетъ стационарную помощь въ слѣдующихъ больницахъ: Кузнецовской, Ивано-Матренинской дѣтской, Медвѣдниковской для хрониковъ и Солдатовской

никнуть внутрь этого барака, такъ какъ дверь была заперта, а ключъ хранился неизвестно гдѣ. Дѣло въ томъ, что зданіе построено на средства десяти волостей и одна волость не считала себя въ правѣ распоряжаться имъ. Баракъ не значился въ числѣ больничныхъ построекъ, слѣдовательно, и врачъ на него не имѣлъ права. Крестьянскій начальникъ забылъ, кому было поручено хранить ключъ, а полицейскія власти не успѣли завладѣть имъ. Зданіе было общее и ничье, однако распоряжаться имъ на какомъ то, никому неизвѣдомомъ основаніи, могла губернская администрація.

Розыскавъ, наконецъ, ключъ и, проникнувъ внутрь зданія, я былъ пораженъ безалаберностью внутренняго расположенія. Широкій корридоръ съ 5 дверями, 3-ми печками и 2 окнами раздѣлялъ домъ на двѣ неравныя половины. Налѣво одна громадная комната въ 4 окна и съ двумя выходами въ корридоръ, направо двѣ меньшія комнаты. Въ одной изъ нихъ, дальнѣйшей отъ входа, вмазанъ котелъ (будущая ванна, какъ мы объясняли), другая раздѣлена перегородкой на двѣ крохотныя коморки. Въ первой коморкѣ нельзя ничего поставить т. к. всѣ стѣны заняты дверями, окномъ и печкой, въ другой—громадный сибирскій стульчакъ, напоминающій орудіе казни. Кроме этого замѣчательнаго стульчака, другой мебели нѣтъ. Нѣтъ и кухни или хоть русской печки. Видно, что окончаніе войны наступило раньше, чѣмъ успѣли приготовить помѣщеніе для раненныхъ, а баракъ остался въ томъ видѣ, какъ

О характеръ дѣятельности указанныхъ больницъ можно судить по нижеслѣдующимъ даннымъ.

Кузнецовская больница. Больница эта имѣетъ штатное количество коекъ 220, но уже давно вышла изъ этой нормы, о чемъ свидѣлствуетъ слѣдующая таблица, показывающая общее годовое и среднесуточное количество больныхъ за 11 послѣднихъ годовъ.

1898 г.	1507	222	1904 г.	3214	278
1899 „	1951	227	1905 „	3722	316,8
1900 „	2265	241	1906 „	3779	304,8
1901 „	2490	252	1907 „	3220	273,5
1902 „	2510	266	1908 „	4476	335,8
1903 „	2836	284			

Въ поясненіе къ этой таблицѣ необходимо указать, что въ 1907 г., вслѣдствіе бѣдшаго въ больницѣ пожара, часть больничнаго помѣщенія временно не функционировала и пріемъ больныхъ былъ значительно ограниченъ, чѣмъ и объясняется нѣкоторое пониженіе количества больныхъ по сравненію съ предыдущими годами. Принимая во вниманіе эту оговорку, мы видимъ такимъ образомъ, что количество больныхъ, пользующихся въ Кузнецовской больницѣ, изъ году въ годъ увеличивается и въ послѣдніе годы значительно превысило ея штатную норму.

Разбивая далѣе общее годовое количество больныхъ на болѣе крупныя рубрики, мы можемъ судить о характерѣ дѣятельности различныхъ отдѣленій больницы. (Здѣсь имѣются, съ сожалѣнію,

болѣе подробныя данныя только для послѣднихъ шести годовъ).

	Заразн.	Венерич.	Душеви.	Хирург.	Родил.	Гинек.	Терап.
1898 г.	162						
1899 „	230						
1900 „	305						
1901 „	223						
1902 „	314						
1903 „	385						
1904 „	265	892	236	464	269	113	864
1905 „	347	768	268	621	258	148	1320
1906 „	398	933	271	734	369	172	845
1907 „	326	702	265	623	333	144	827
1908 „	1488	464	276	595	259	197	1350

Изъ рассмотрѣнія этой таблицы видно, что наибольшій ростъ количества больныхъ отмѣчается по первымъ двумъ рубрикамъ—заразные и венерическіе больные, при чемъ для второй рубрики не слѣдуетъ смущаться якобы уменьшеніемъ цифръ за послѣдніе два года: дѣло въ томъ, что въ 1907 г., какъ уже указывалось выше, вслѣдствіе бѣдшаго пожара пріемъ больныхъ былъ ограниченъ и это ограниченіе, между прочимъ, было направлено главнымъ образомъ на венериковъ; въ слѣдующемъ же 1908 г., благодаря рѣзкому наплыву въ больницу возвратно-тифозныхъ больныхъ, пришлось прибѣгнуть еще къ большому искусственному ограниченію пріема другого рода больныхъ и опять-таки ограниченіе это было направлено преимущественно на венерическія отдѣ-

его застала перемиріе. Но стѣны, полы и крыша хорошо сложены, крѣпки, зданіе новое, обширное, и я сталъ хлопотать, чтобы его хоть какъ нибудь использовать. Совмѣстно съ крестьянскимъ начальникомъ мы принялись посылать заявленія, дѣлать представленія. Прежній врачъ хотѣлъ, кажется, приспособить баракъ подъ квартиру врача. Но такъ какъ это потребовало бы значительныхъ расходовъ, а между тѣмъ при гнѣдности и населенности участка здѣсь ощущается большая нужда въ родильномъ приютѣ или, по крайней мѣрѣ, въ расширеніи женскаго отдѣленія, то во время пріѣзда „для ревизіи“ бывшаго вице-губернатора, я предложилъ устроить въ баракѣ женское отдѣленіе и квартиру для фельдшерки-акушерки. Планъ мой снискалъ одобреніе и обѣщаніе „поддержать“. Прошло три года. Вслѣдствіе необитаемости зданіе приходитъ въ упадокъ; печи покосились и дали трещины, большинство оконныхъ стеколъ выбиты камнями деревенскихъ шалуновъ, окна и двери искривились, полъ во многихъ мѣстахъ прогнилъ. И не смотря на крайнюю нужду въ помѣщеніи, какъ для больныхъ, такъ и для медицинскаго персонала, новое зданіе стоитъ безъ всякаго употребленія и разрушается, а губернское начальство не можетъ собраться дать хоть какой нибудь отвѣтъ на всѣ наши предложенія и ходатайства. Въ послѣднее время уже я просилъ позволенія поселить въ пустующемъ баракѣ фельдшера. Категорическій отказъ пришелъ очень скоро.

Зданіе больницы, какъ я уже сказалъ, было не дурно, снаружи выглядѣло даже нарядно, но уже три года тому назадъ требовало ремонта. Производить таковой изъ средствъ, отпускаемыхъ на содержаніе больницы, не было никакой возможности. При необыкновенномъ возрастаніи цѣнъ на всѣ жизненныя припасы (мука 3—4 г. тому назадъ стоило 60—65 к., теперь 1 р.—1 р. 5 к., мясо было 4¹/₂—5 к., теперь 10—12 к., дрова—1 р. 35 к.—1 р. 50 к., теперь 2 р.—2 р. 50 к. и т. д.), 900 руб. отпускаемыхъ на хозяйство едва хватаетъ при томъ условіи, что или больныхъ недостаточно кормили, уменьшая порціи мяса, молока, яицъ (о рюмкѣ вина и думать нечего), или ограничивали пріемъ больныхъ. Но, прибѣгая даже къ такимъ энергическимъ мѣрамъ, заключать годовой балансъ безъ дефицита не удавалось. Дефицитъ этотъ нарастаетъ изъ года въ годъ, такъ какъ на покрытіе его не отпускается особыхъ суммъ, а дается предложеніе „уплатить изъ авансовыхъ средствъ“, чѣмъ фактически уменьшается приходъ каждаго новаго года. Изъ отчетовъ и прилагаемыхъ къ нимъ оправдательныхъ документовъ Врачеб. Отдѣл. должно было знать, какъ обстоитъ дѣло; но на всѣ просьбы и представленія дать денегъ на необходимый ремонтъ получался одинъ отвѣтъ: произвести ремонтъ изъ авансовыхъ суммъ, или еще чаще никакого отвѣта не получалось. Впрочемъ, года полтора тому назадъ уѣздный распорядительный комитетъ, вслѣдствіе предложенія Губерн. Управл. поручилъ

ления, которыя временно даже совершенно закрывались.

Въ этой же таблицѣ необходимо остановить вниманіе на послѣдней рубрикѣ—терапевтическіе больные: мы видимъ значительный ихъ подъемъ въ 1908 г. Объясняется это слѣдующимъ образомъ. Вслѣдствіе занятія всѣхъ барачковъ тифозными больными, т. е. хроническій барачек временно упразднился, а больные хроники переводились въ Медвѣдниковскую больницу. Имѣя возможность на нѣкоторое время избавиться отъ хрониковъ, являющихся наравнѣ съ душевно-больными страшною обузою для больницы, эта послѣдняя болѣе свободно начала принимать внутреннихъ больныхъ, которымъ въ обычное время отказывается за недостаткомъ мѣстъ. Благодаря этому, явилась болѣе интенсивная работа терапевтическаго отдѣленія, показывающая, насколько вообще это отдѣленіе въ обычное время не удовлетворяетъ всѣмъ предъявляемымъ къ нему запросамъ.

Необходимо сдѣлать къ вышеприведенной таблицѣ еще одно замѣчаніе. Въ послѣдніе годы отмѣчается несомнѣнный ростъ родильнаго отдѣленія больницы, при чемъ къ цифрамъ, относящимся къ двумъ годамъ—1907 и 1908—необходимо сдѣлать тѣ же оговорки, какія сдѣланы были выше къ цифрамъ венерическаго отдѣленія.

Общій выводъ изъ только что приведенной таблицы, намъ кажется, можно сдѣлать слѣдующій. Прогрессивно увеличивающіеся запросы

мѣстному стан. приставу „въ возможно непродолжительномъ времени составить смету необходимаго ремонта больницы“. Собралась цѣлая коммиссія: приставъ, волости, старш., подрядчикъ, каменщикъ, плотникъ—составили подробную смету, подписали актъ и съ первой почтой послали по назначенію. Черезъ 2—3 мѣсяца пріѣхалъ губернской архитекторъ. Въ полчаса успѣлъ все осмотрѣть, „что-то записать и удостовѣрить, что ремонтъ необходимъ и будетъ немедленно произведенъ. Осенью прошлаго года отъ того-же комитета опять получилась „бумага“ такого-же точно содержания съ требованіемъ посрѣшнить. Опять коммиссія, свидующія люди, и актъ. Въ этомъ году, послѣ двухъ „ревизій“ больницы, предложеніе Врач. Отдѣл. составить „хотя бы отъ руки“ планъ больницы съ указаніемъ, „нуженъ-ли и какой ремонтъ?“. Благодаря случайному пребыванію въ селѣ студента техника, планъ довольно подробно удалось сдѣлать и въ десятый разъ повторить мольбу о необходимости ремонта. Въ результатъ: ни разрѣшенія, ни денегъ, ни какого-бы то ни было отвѣта не получено. А между тѣмъ за эти три года штукатурка со стѣн во многихъ мѣстахъ обвалилась, 4 печи совсѣмъ нельзя топить, 2 требуютъ починки, крыльцо грозитъ обваломъ, баня, того и гляди, рухнетъ, погребъ въ такомъ состояніи, что въ него ничего нельзя поставить, ванны нѣтъ и т. д. и т. д., а заботливое начальство молчитъ.

„Денегъ нѣтъ“—говорили мнѣ мѣстные чл-

населенія къ Кузнецовской больницѣ растутъ главнымъ образомъ на счетъ увеличенія общезаразныхъ, венерическихъ, внутреннихъ больныхъ и отчасти на счетъ растущей нужды въ родовспомогательной помощи. Больница уже давно изнемогаетъ подъ тяжестью выпадающей на нее работы и вынуждена прибѣгать къ искусственному ограниченію пріема больныхъ. И тѣмъ не менѣе ей удается это лишь отчасти: не смотря на настоячивыя требованія губернской администраціи держаться ближе къ штатамъ, превышеніе ихъ изъ году въ годъ увеличивается.

Обращаясь далѣе къ анализу нѣкоторыхъ другихъ цифръ, касающихся Кузнецовской больницы, мы останавливаемъ вниманіе на слѣдующей таблицѣ.

Среднесуточное количество больныхъ

	Въ венерич. отдѣл.	Въ отд. душевн. о.	Въ остальныхъ отдѣл.
1904 г.	66,7	103	109
1905 „	50,0	120	146,8
1906 „	55,5	110	139,3
1907 „	35,5	114	123,3
1908 „	30,7	134	171,1

Въ послѣдній годъ за выдѣленіемъ извѣстнаго количества душевныхъ больныхъ въ Томскую окружную лечебницу психіатрическое отдѣленіе больницы нѣсколько поосвободилось, но это, конечно, лишь временно: можно ожидать, что пройдетъ нѣсколько лѣтъ и количество больныхъ этого отдѣленія достигнетъ прежней цифры.

новники, когда я обращался къ нимъ съ вопросомъ. „Всему виною Государственная Дума: не утверждаетъ во время сметъ, ну и выходитъ во всемъ задержка“. Отвѣтъ, хотя черезчуръ прямолинейный, внесъ однако нѣкоторое успокоеніе. Что же дѣлать, если по причинѣ медленной работы Г. Думы, нѣтъ денегъ! Какъ только Г. Дума утвердитъ сметы, деньги получатся и тогда можно будетъ исправлять печи. Впоследствии только я узналъ, что Г. Дума тутъ не причемъ, что 200—300 руб. на ремонтъ сельской лечебницы можно при желаніи всегда найти не изъ обще-государственныхъ, а изъ мѣстныхъ, т. е. земскихъ средствъ. Но еще болѣе поразительныя свидѣнія были мною получены отъ высокопоставленнаго лица, компетенція и авторитету котораго нельзя не вѣрить. Я узналъ, что именно съ настоящаго года денегъ будетъ меньше. Въ продолженіи нѣсколькихъ лѣтъ уже У-ское Губ. Управл. получало по 60000 на постройку новыхъ и ремонтъ старыхъ больницъ. Но такъ какъ деньги эти оставались не израсходованы, при чемъ остатокъ за одинъ годъ достигалъ 30000 р., то съ настоящаго года на эти надобности будетъ отпущаться не 60, а только 30 т. въ годъ. Наша больница не имѣетъ ванны, печи испорчены, погребъ развалился; но вѣдь я знаю, видѣлъ другія больницы того-же убавка, въ которыхъ прямо такъ опасно ходить, потому что или потолокъ обрушится, или полъ провалится, въ которыхъ ледяная вода замерзаетъ, одинъ наружный видъ ко-

Обращаясь къ только что приведенной таблицѣ и помни то, что говорилось нами раньше о дѣятельности венерическаго отдѣленія въ послѣдніе два года, мы видимъ, что больничныя койки распределяются крайне неравномерно по отдѣленіямъ: два ея отдѣленія, венерическое и психіатрическое, отнимаютъ у нея столько же коекъ, сколько всѣ остальные, вмѣстѣ взятые. Тоже самое видно изъ слѣдующей таблицы, дающей распределение больничныхъ дней по отдѣленіямъ:

	Венер. отд.	Психіатр. отд.	Всѣ остальн.
1904 г.	24357	37560	39808
1905 „	18204	43800	52266
1906 „	20228	40150	50519
1907 „	13038	41975	45150
1908 „	11150	48910	62644

А всего за указанный періодъ: по венерическому отдѣленію 86977, по отдѣленію душевнобольныхъ 212345 и по всѣмъ остальнымъ отдѣленіямъ 251387.

Значительное количество дней, проведенныхъ венериками и прямо таки огромное количество дней, проведенное душевнобольными, объясняется, помимо большого наплыва такихъ больныхъ, еще и тѣмъ, что каждый изъ нихъ занимаетъ койку въ продолженіи большого промежутка времени, а именно: въ среднемъ за пять лѣтъ каждый венерикъ занималъ койку 23,5 дня, каждый душевнобольной 154 дня, а каждый больной изъ остальныхъ отдѣленій всего только 19 дней. Отсюда ясно, насколько повысилась бы интенсивность ра-

боты въ больницѣ, если бы въ ней не было такого балласта, какъ венерическое и въ особенности психіатрическое отдѣленія, которыя оба вмѣстѣ болѣе, чѣмъ на половину, исчерпываютъ ея дѣятельность.

Понятно, что при такомъ положеніи вещей, какъ это уже и говорилось выше, больница все чаще и чаще отказываетъ такимъ больнымъ, которые безусловно нуждаются въ больничной помощи. О дѣйствительномъ количествѣ ея отказовъ судить довольно трудно, хотя регистрація отказовъ и ведется: надо имѣть въ виду, что постоянныя ссылки на недостатокъ мѣстъ, періодическія официальные объявленія о сокращеніи или даже прекращеніи приѣма то въ то, то въ другое отдѣленіе настолько извѣстны населенію, что многіе и не пытаются проситься въ больницу, а больничной персоналъ, вынужденный ежедневно переживать тяжелыя минуты отказа больнымъ въ самомъ для нихъ необходимомъ, въ свою очередь избѣгаютъ спрашивать больныхъ о желаніи ихъ помѣститься въ больницу. Въ общемъ въ теченіи года заносится свыше 1000 отказовъ, каковую цифру, на основаніи только что сказаннаго, нужно считать значительно ниже дѣйствительной.

Отказывается по преимуществу слѣдующимъ категоріямъ больныхъ: хроническимъ неизлечимымъ, которымъ больничное пребываніе уже не можетъ принести пользы; такимъ хроническимъ больнымъ, которые требуютъ для замѣтнаго улучшенія ихъ здоровья многихъ мѣсяцевъ и ко-

торыхъ приводить въ уныніе, а въ это время Врач. Отд. умудряется сэкономить 30 т. въ годъ „остатковъ“. Это-ли не забота о постановкѣ врачебнаго дѣла въ губерніи!

Хирургическія инструменты. Хотя наша больница въ достаточной мѣрѣ была снабжена инструментами, но качество ихъ далеко не соответствовало количеству. Большинство ножей затуплены, многіе зазубрены, другіе покрыты ржавчиной. Ножницы, ланцеты и т. д. требовали основательной очистки и отполировки. Въ первые же дни своего пребыванія въ лечебницѣ я сообщилъ объ этомъ Врач. Отд., прося отпустить хоть 25 руб. на починку инструментовъ. Отвѣта пришлось ждать не долго: *всего только 2½ года*, когда уже новый врач. инспекторъ сообщилъ, что въ № въ настоящее время есть возможность исправлять хирургическія инструменты и потому я могу прислать свои для починки. Собралъ и послалъ. Когда и въ какомъ видѣ получу ихъ обратно—не знаю.

Между прочимъ, въ лечебницѣ имѣются только двѣ шины: одна для голено-стопнаго и другая для локтеваго сустава. Неоднократныя просьбы о присылкѣ шинъ, такъ какъ въ нашей мѣстности, гдѣ сельско-хозяйственныя машины имѣютъ значительное распространеніе, часто встрѣчаются осложненные переломы конечностей,—остаются безъ отвѣта. Во время приѣзда бывшаго г. вице-губернатора я высказалъ ему эту потребность

больницы. „Всякихъ шинъ я вамъ пришлю сколько угодно“, отвѣчалъ г. виц.-губ. „въ складахъ Краснаго Креста валяются ихъ цѣлыя горы, оставшихся за ненадобностью (?) послѣ войны, напишите только какихъ надо“. Написалъ. Черезъ полгода г. виц.-губерн. уѣхалъ губернаторствовать въ другую область, гдѣ занялся (какъ оповѣщали газеты) организаціей Союза Русск. Нар., а шины, неотосланныя на мѣсто военныхъ дѣйствій „за ненадобностью“, должно быть, и теперь мирно покоятся въ складахъ Краснаго Креста...

Сельскій Врачъ.

(Продолженіе слѣдуетъ)



торые потому съ нѣкоторымъ успѣхомъ могутъ пользоваться амбулаторно; нѣкоторымъ больнымъ, страдающимъ венерическими болѣзнями—напримѣръ, неосложненнымъ острымъ и хроническимъ уретритомъ, легкими формами мягкаго шанкра и сифилисомъ при отсутствіи заразныхъ проявленій болѣзни (въ 1908 г. съ появленіемъ тифозной эпидеміи отказы получали всѣ безъ исключенія венерики); больнымъ, страдающимъ, хотя и острыми, но непродолжительными и легкими заболѣваніями.

Ивано-Матренинская дѣтская больница.

Дѣтская больница, имѣющая съ прошлаго года штатъ въ 36 коекъ, функционируетъ въ Иркутскѣ съ осени 1905 г. О движеніи больныхъ въ ней можно судить по слѣдующей таблицѣ:

	Общее годов.	Средне-суточн.	Общее годов.	Средне-суточн.
1896	478	26,8	1903	730
1897	807	30,9	1904	733
1898	972	37,5	1905	620
1899	767	39,3	1906	774
1900	898	42,9	1907	734
1901	810	39,9	1908	983
1902	664	33,7		

Изъ этой таблицы мы прежде всего усматриваемъ, что и дѣтская больница уже давно вынуждена была выйти изъ положенныхъ ей штатовъ, хотя общее годовое количество ея больныхъ установилось приблизительно на опредѣленной высотѣ (въ среднемъ около 750 человекъ въ годъ), давая въ ту и другую сторону извѣстныя колебанія.

Разсматривая дѣятельность больницы по ея отдѣленіямъ за послѣдніе пять лѣтъ, мы получимъ слѣдующую картину.

	Хирург.	Терап.	Скарл.	Дифтер.	Коревое
1904	104	284	118	205	21
1905	92	224	172	122	8
1906	102	257	206	152	53
1907	100	348	147	135	2
1908	137	401	140	149	35

Въ этой таблицѣ не указаны единичные случаи оспенныхъ заболѣваній, коклюша, сифилиса и рожи, каковыя обычно, за неимѣніемъ въ больницѣ специальныхъ отдѣленій, въ нее не попадаютъ. Тоже самое нужно сказать отчасти о коревыхъ больныхъ: они принимаются лишь съ тяжелыми осложненіями, въ остальныхъ же случаяхъ получаютъ отказъ.

Изъ сопоставленія цифръ скарлатинныхъ и дифтеритныхъ больныхъ, съ одной стороны прошедшихъ чрезъ амбулаторію, а съ другой принятыхъ въ ея стационарныя отдѣленія, видно, что за все указанное время изъ привозившихся въ больницу скарлатинныхъ больныхъ попало въ нее въ качествѣ стационарныхъ не болѣе 50%, а изъ дифтеритныхъ свыше 60%. Въ отношеніи къ скарлатиннымъ больнымъ остающіеся 50% можно считать именно той цифрой, которая полу-

чаетъ отказъ за недостаткомъ мѣстъ. Что же касается дифтеритныхъ больныхъ, то цифра отказа здѣсь, по всей вѣроятности, нѣсколько ниже 40% непринятыхъ въ больницу, такъ какъ многіе изъ дифтеритныхъ больныхъ не оставляются ихъ родителями и послѣ сдѣланнаго въ амбулаторіи вирусиванія сыворотки отвозятся домой.

Дѣтская больница, какъ видно изъ приведенныхъ таблицъ, болѣе чѣмъ на половину работаетъ своими заразными отдѣленіями (собственно говоря, преимущественно скарлатиннымъ и дифтеритныхъ и отчасти только коревымъ) и тѣмъ не менѣе она далеко не удовлетворяетъ предъявляемымъ къ ней требованіямъ. Она отказывается, по крайней мѣрѣ, въ половинѣ случаевъ скарлатиннымъ больнымъ, она отказывается въ огромномъ большинствѣ случаевъ коревымъ больнымъ, почти совершенно не принимаетъ коклюшныхъ больныхъ, не имѣетъ отдѣленій для сифилитиковъ, для рожистыхъ и для оспенныхъ (послѣдніе въ количествѣ 13 человекъ были приняты въ 1908 г. въ видѣ исключенія).

Всѣмъ пречисленнымъ категоріямъ больныхъ дѣтская больница отказывается главнымъ образомъ по недостатку и ограниченности специальныхъ отдѣленій въ ея баракахъ. Съ другой стороны, имѣя ограниченный штатъ, она вынуждена въ то же время регулировать пріемъ въ незаразные отдѣленія, отказывая подчасъ такимъ больнымъ, которые, несомнѣнно, нуждаются въ больничной помощи, хотя здѣсь и имѣется достаточно свободнаго помѣщенія.

Втеченіе послѣдняго года въ ея главной корпусѣ въ нижнемъ этажѣ были помѣщены возвратно-тифозные больные (за счетъ особаго ассигнованія) и мы видимъ, что, благодаря этому, цифра больныхъ терапевтическаго отдѣленія сразу повысилась до 400.

Солдатовская больница. Къ той характеристикѣ, которая сдѣлана была этой больницѣ въ докладѣ комиссіи 1904 г., прибавить приходится очень немного. Попрежнему она остается мало полезнымъ для города учрежденіемъ—именно въ то время, когда она функционируетъ на обычномъ для нея положеніи. Только превращаясь во временно заразную (что съ нею за послѣдніе годы было нѣсколько разъ), она оказывала нѣкоторое влияние на ходъ больничнаго дѣла въ городѣ. Такъ, осенью 1907 г. она была превращена въ холерный баракъ и, благодаря довольно быстро оборвавшейся эпидеміи, довольно сносно справилась съ этою своею задачею. Но зато всю зиму она вынуждена была выстоять пустой, обычныхъ же больныхъ пришлось помѣщать въ навѣтое для этихъ цѣлей частное помѣщеніе. Затѣмъ, благодаря появленію въ городѣ возвратнаго тифа и заполненію всѣхъ заразныхъ барачковъ Кузнецовской больницы больными этого рода, Солдатовская

больница въ маѣ 1908 г. была превращена до известной степени въ обще-заразную. Только, благодаря обычному затишью въ заболѣваемости обще-заразными болѣзнями въ лѣтніе мѣсяцѣ, Солдатовская больница справилась и на этотъ разъ, но уже значительно хуже, съ новой для нея задачей.

Приближеніе холеры снова заставило приспособить Солдатовскую больницу въ качествѣ холернаго барака, куда и было принято нѣсколько подозрительныхъ по холерѣ больныхъ. 13-го октября 1908 г. больница была закрыта для ремонта, каковой закончился только въ январѣ текущаго года. Профункціонировавъ до начала лѣта на обычномъ для нея положеніи, больница снова была превращена въ заразную (на этотъ разъ для одной скарлатины), въ качествѣ каковой она работала до 3-го іюня. Тутъ снова произошло ея закрытіе для ремонта, окончившагося лишь въ первыхъ числахъ сентября.

Изъ этой краткой исторіи Солдатовской больницы за послѣдніе два—три года видно, насколько ненормально вообще ея положеніе. Утрачивая все болѣе и болѣе первоначальный свой характеръ и становясь преимущественно заразной, она, собственно говоря, не годится ни для того, ни для другого. Какъ прежняя Солдатовская больница, она нашла уже себѣ оцѣнку: помощь, приносимая ею городскому населенію, сводилась почти къ нулю и тѣ приплаты, которыя на ея содержаніе дѣлаются уже давно городскимъ самоуправленіемъ, можно сказать, пропадаютъ даромъ. Солдатовская больница, какъ заразная, каковой она дѣлается за послѣднее время, точно также не можетъ оказывать сколько нибудь замѣтнаго вліянія въ общемъ строѣ городской медицины: она совершенно къ этому не приспособлена, очень мала и потому можетъ служить для означенныхъ цѣлей лишь въ началѣ или концѣ эпидемій, когда количество заболѣваній относительно не велико.

Медвѣдниковская больница для хрониковъ. И объ этой больницѣ приходится почти буквально повторять то, что писалось въ докладѣ прежней комиссіи Общества врачей. Характеръ полубольницы и полубогадѣльни лишаетъ Медвѣдниковскую больницу какого-либо замѣтнаго значенія въ общемъ больничномъ строѣ города. Насколько слабо движеніе въ ней больныхъ, видно изъ слѣдующей таблицы.

	Оставал. отъ пред. г.	Прибыло	Умерло.
1904	49	50	29
1905	29	33	25
1906	31	76	36
1907	35	59	25
1908	42	136	56

Если исключить послѣдній годъ, когда въ больницу временно были переведены больные изъ Солдатовской больницы, а также хроники Кузнецовской больницы, то мы видимъ, что 40 штат-

ныхъ коекъ Медвѣдниковской больницы ежегодно въ среднемъ могутъ обслуживать 75—95 больныхъ, при чемъ одинъ больной проводитъ въ больницѣ около 150 дней.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.

Общество практическихъ врачей Томской губерніи.

Въ очередномъ засѣданіи Общества, 14-го октября, подъ предсѣдательствомъ д-ра В. В. Корелина, сдѣланы были слѣдующія сообщенія:

1. Д-ръ Н. В. Вершининъ—„Физиологическое опредѣленіе крѣпости наперстянки и новый препаратъ *дицигалиса*“.

Различные сорта наперстянки отличаются непостоянствомъ и неодинаковой силой физиологическаго дѣйствія; одна и та же доза—то даетъ недостаточный, то чрезмѣрный физиологическій эффектъ. Это известно давно и давно предлагались способы для испытанія физиологическаго дѣйствія наперстянки (Kobert и др.).

Въ настоящее время проф. Gottlieb, съ этой цѣлью, ряду лягушекъ, по 30,0 гр. вѣсомъ каждая вводитъ въ возрастающихъ дозахъ экстрактъ наперстянки и замѣчаетъ, черезъ сколько времени происходитъ остановка сердца. Дозу, отъ которой, черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ введенія, останавливается дѣятельность сердечной мышцы, онъ считаетъ за единицу крѣпости. Путемъ этого метода имъ полученъ былъ титрованный порошокъ наперстянки. Кромѣ того, проф. Gottlieb'у удалось найти способъ для очистки листьевъ наперстянки отъ веществъ (сапонины), обусловливающихъ побочное дѣйствіе этого средства на кишечникъ. По его указаніямъ, теперь готовится *extractum digitalis depuratum*, содержащій только вещества, терапевтически дѣйствующія на сердце. Этотъ порошокъ въ желудкѣ не измѣняется и легко всасывается въ кишечникъ. Въ продажѣ онъ отпускается въ видѣ таблетокъ и носитъ названіе *digipuratum*. Каждая таблетка (0,1) содержитъ 8 единицъ крѣпости и представляетъ терапевтически дѣйствующую дозу. Препаратъ отпускается въ стеклянныхъ трубочкахъ, по 12 таблетокъ въ каждой; одна трубочка считается достаточной для курса леченія, при чемъ въ первый день больному дается 4 табл., во 2-й и 3-й по 3 и въ 4-й остальные. Опубликованныя въ литературѣ клиническія наблюденія подтверждаютъ цѣнныя свойства новаго препарата—его надежное дѣйствіе на сердце и отсутствіе раздражающаго вліянія на кишечникъ.

Сообщеніе д-ра Вершинина заинтересовало практическихъ врачей и дало поводъ къ оживленной бесѣдѣ.

2. Д-ръ Н. В. Соколовъ—„Противо холерныя прищипки въ Томскѣ“.

Послѣднее сообщеніе напечатано въ «Сиб. Врач. Газетѣ».

Врачебная хроника.

Тобольская больница. Въ статьѣ «Объ обезпеченіи стационарнымъ леченіемъ бѣдныхъ жителей Тобольска». (Сиб. Вопросы № 37) д-ръ *Вл. Кулишинъ*, указывая на тотъ странный фактъ, что при 85 штатныхъ койкахъ, больница имѣетъ въ среднемъ 63,7 больного, даетъ слѣдующую характеристику ей:

Больница является мало продуктивной, потому что, какъ бюрократическое созданіе отжившихъ временъ, сама въ себѣ носитъ причину своей нежизненности. Существовая на больничныи сборъ съ населенія и тратя довольно солидную сумму, 50—55 тысячъ въ годъ, на свое содержаніе, она, тѣмъ не менѣе, не даетъ бесплатнаго леченія никому, кромѣ венериковъ, и такимъ образомъ деретъ съ одного вола двѣ шкуры: больничныи налогъ вноси и за леченіе въ больницѣ заплати; а тѣ вола, у которыхъ шкура не годится для повторнаго сдиранія, преспокойно остаются за флагомъ. Съ одной стороны, существованіе платы, которая къ тому же взимается впередъ, если не за мѣсяць, то за 10 дней, дѣлаетъ поступленіе бѣдняковъ затруднительнымъ, а съ другой—больница не интересуется тѣми больными, которые не могутъ платить. Къ тому же весь строй больницы чисто бюрократическій, съ массой ненужныхъ служащихъ, солидной канцеляріей съ обширнымъ письмоводствомъ,—все это живетъ и тунеядствуетъ на счетъ больного, затрачивая очень приличную сумму больничнаго сбора, которая съ успѣхомъ могла бы идти на расширеніе больничнаго дѣла. На работѣ больницы отражается и то обстоятельство, что она, какъ всякое казенное учрежденіе, не лишена тенденции возможнаго сокращенія расходовъ и полученія остатковъ. Осуществляется же эта тенденція на счетъ сокращенія приѣма больныхъ. Наконецъ, казенно-бюрократическая постановка дѣла неминуемо выражается казенно-бюрократическимъ отношеніемъ и къ больному, развивая по отношенію къ нему холодное казенное равнодушіе.

Одно обстоятельство въ приведенной цитатѣ намъ кажется непонятнымъ: какимъ это образомъ происходитъ взиманіе больничнаго налога безъ обязательнаго бесплатнаго приѣма плательщиковъ его? Насколько намъ извѣстно, налогъ этотъ разрѣшается только при непремѣнномъ условіи бесплатнаго приѣма всѣхъ платящихъ его. Въ этомъ то и заключается невыгодность его, такъ какъ, не будучи всеобщимъ, онъ не является достаточнымъ для обезпеченія больничной помощью даже и тѣхъ ограниченнахъ слоевъ населенія, которыя обязуются его вносить.

Къ XI Пироговскому Съѣзду. По сообщенію столичныхъ газетъ, на послѣднемъ засѣданіи

организаціоннаго комитета по созыву XI съѣзда обсуждался вопросъ о времени съѣзда. Послѣ обмена мнѣній постановлено перенести съѣздъ на апрѣль 1910 г. Выставка будетъ устроена не только на время съѣзда, но и на все лѣто 1910 г. Въ выставкѣ примутъ участіе петербургское городское самоуправленіе, петербургское земство, Общество охраненія народнаго здравія и Техническое Общество.

Открытіе томской окружной психіатрической лечебницы. 25 октября должно было состояться офиціальное открытіе Томской окружной лечебницы для душевно-больныхъ. Съ открытіемъ лечебницы значительно облегчается положеніе душевно-больныхъ, а особенно переживающихъ начальныя стадіи заболѣванія и въ нѣсколькихъ округахъ Сибири отойдутъ, наконецъ, въ область преданія пріобрѣтшіе печальную извѣстность дома для сумасшедшихъ.

Пожелаемъ со своей стороны совѣту врачей вновь открытаго лечебнаго заведенія организовать и поставить дѣло въ условія наиболѣе совершенныя не только для леченія и призрѣнія больныхъ, но и возможныя для разработки научныхъ вопросовъ психіатріи.

