

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ

Д. БОЛТЪ И К^О

ТЕЛЕФОНЪ

№ 619.
№ 141-26.



МОСКВА,

ИЛЬИНКА ЮСИФОВСКОЕ ПОДВОРЬЕ

ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ

ХИРУРГИЧЕСКИХЪ
ИНСТРУМЕНТОВЪ,

РЕЗИНОВЫХЪ

И ПЕРЕВЯЗОЧНЫХЪ ПРЕДМЕТОВЪ,

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХЪ

ПРИНАДЛЕЖНОСТЕЙ.

ПРЕНСЪ-КУРАНТЫ ВЫСЫЛ. ПО ТРЕБОВ. БЕЗПЛАТНО.



АДРЕСЪ ДЛЯ ТЕЛЕГРАММЪ,
"БОЛТЪ МОСКВА"

СМОТРИ НА ОБРОТЪ



Научная библиотека
 Ленинградского университета
 Ленинград

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“ выходит по вторникамъ еженедѣльно въ размѣрѣ 1—2 печатныхъ листовъ съ обложкою.

Подписная цѣна: на годъ 7 р. Допускается разсрочка: при подпискѣ 3 р. и къ 1-му сентября 2 р.

Плата за объявленія по соглашенію.

ВЫХОДИТЬ ЕЖЕНЕДѢЛЬНО

ВЪ

ИРКУТСКѢ.

Редакція открыта ежедневно съ 2 до 4 час. дня.

Статьи и всякую корреспонденцію просить направлять по слѣдующему адресу редакціи:

Иркутскъ, Мяснорядская, 28. Телефонъ редакціи № 817.

Содержаніе: Проф. С. В. Лобановъ. Три случая продолжительной, полной потери зрѣнія съ послѣдующимъ возстановленіемъ его.—Прив.-доц. В. Д. Добромысловъ. Къ учению о *Manche à ressort* въ связи съ анатомо-физиологическими данными. (Продолженіе).—Я. А. Калачниковъ. Септическая анемія.—Фельетонъ. Л. А. Цытасъ. О-ва въ Берлинѣ.—Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.—Врачебная хроника.—Протоколы О-ва врачей В. С.—Объявленія на обложкѣ.

Три случая продолжительной, полной потери зрѣнія съ послѣдующимъ возстановленіемъ его.

Проф. С. В. Лобанова.

Каждому практическому врачу, имѣющему дѣло съ глазами больными, известно, что если у больного зрѣніе понижается до потери способности отличать свѣтъ отъ тьмы ($V=O$), то оно у такихъ больныхъ въ громадномъ % случаевъ не возстановляется и эти больные остаются слѣпыми навсегда. При нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваніяхъ, не смотря на полную потерю свѣтоощущенія въ теченіи продолжительнаго времени, зрѣніе можетъ возстановиться: это—преимущественно случаи слѣпоты при острыхъ заболѣваніяхъ, напр., острая глаукома, воспаление зрительнаго нерва или сѣтчатки, амблиопія нервнаго происхожденія и т. под. Въ этихъ случаяхъ при правильномъ распознаваніи и своевременно начатомъ леченіи зрѣніе можетъ возстановиться, но это бываетъ не часто.

Недавно проф. Wagemann сообщилъ (Klin. Monatsbl. f. Augenheil. февраль 1908) случай полной слѣпоты, продолжавшейся около 3 недѣль, у 44-хъ лѣтней здоровой женщины вслѣдствіе остраго воспаления обоихъ зрительныхъ нервовъ; черезъ 3½ мѣсяца зрѣніе вернулось до $\frac{2}{3}$ нормальнаго, сопровождаясь суженіемъ поля зрѣнія, блѣднымъ сосочкомъ зрительнаго нерва и суженными артеріями сѣтчатки.

Въ моей практикѣ за послѣдніе 3 года встрѣтилось три случая сравнительно продолжительной полной потери зрѣнія съ послѣдующимъ, неполнымъ возстановленіемъ его.

Въ виду рѣдкости и неуточности этихъ случаевъ въ практическомъ отношеніи я намѣренъ кратко описать ихъ, тѣмъ болѣе, что такіе случаи представляютъ интересъ не только для специалиста, но и для каждаго практикующаго врача, такъ какъ легко могутъ встрѣтиться въ практикѣ.

1 случай. Въ августѣ 1906 г. былъ приведенъ на мой домашній пріемъ мужчина 25 лѣтъ

отъ роду, ослѣпшій, по его словамъ, 6 дней т. назадъ. Сначала появился туманъ предъ глазами, неясность зрѣнія, которая все увеличивалась, и черезъ 2 сутокъ наступила полная слѣпота. При изслѣдованіи найдено: зрачки умѣренно расширены, не реагируютъ на свѣтъ; офтальмоскопъ обнаруживаетъ небольшую гиперемію сосочковъ зрительнаго нерва, неясность границъ ихъ и замѣтное поблѣднѣніе наружныхъ половинъ *papillae* надъ внутренними, вены сѣтчатки расширены; желтое пятно безъ измѣненій. Свѣтоощущенія нѣтъ ($V=O$). Ощущаетъ болѣзненность при движеніи глазъ. Диагнозъ—*neuritis retrobulbaris* oc. *utriusque*. Ясныхъ указаній со стороны общаго состоянія на этиологию болѣзни не обнаруживается. Ревматизма, сифилиса, алкоголизма нѣтъ; моча нормальна.

Рекомендовано: дымятыя консервы, іодистый калий (8,0:100,0) внутрь, слабительное, ванны 28°. Черезъ 4 дня появляется реакція зрачка на правомъ глазу и различаетъ маханіе руки передъ этимъ глазомъ; еще черезъ день зрѣніе этого глаза $\frac{2}{3}$, а черезъ 5 дней $V=\frac{20}{40}$; офтальмоскопически безъ переменъ. Зрѣніе лѣваго глаза оставалось $=O$. Затѣмъ больной уѣхалъ и я не видѣлъ его до сентября 1908 г., когда онъ снова былъ у меня, при чемъ оказалось, что зрѣніе праваго глаза полное ($V=\frac{20}{20}$), лѣвый-же глазъ слѣпой ($V=O$). Офтальмоскопически—лѣвый сосочекъ зрительнаго нерва атрофированъ (*atrophia alba*), правый-же тоже блѣденъ съ узкими артеріями сѣтчатки. Поле зрѣнія праваго глаза не сужено, скотомъ нѣтъ, цвѣтоощущеніе правильное.

Такимъ образомъ, у этого больного правый глазъ былъ лишенъ свѣтоощущенія 10 дней и, не смотря на это, зрѣніе возстановилось въ послѣдствіе до нормы; лѣвый-же глазъ остался слѣпымъ и на немъ развилась атрофія зрительнаго нерва.

Второй случай. Въ мартѣ 1908 г. мнѣ пришлось наблюдать одного господина 48 лѣтъ, который получилъ обоюдостороннее воспаление зрительнаго нерва, начавшееся въ позадиглазничной части (*neuritis retrobulbaris*), быстро дошед-

шее до *parilla* и развившееся при след. обстоятельствах: 6 марта больной замѣтил сильное затуманивание зрѣнія на обоихъ глазахъ, больше на правомъ, и выпадение наружной половины поля зрѣнія этого глаза; 7 марта въ правомъ глазу пропало свѣтоощущение и ухудшилось зрѣніе лѣваго глаза до $\frac{10}{200}$; 8 марта выпала наружная часть поля зрѣнія лѣваго глаза, а 9-го этотъ глазъ лишился свѣтоощущения.

Болезнь сопровождалась на обоихъ глазахъ неполнымъ опущениемъ верхняго вѣка (*ptosis*), отекомъ вѣкъ и конъюнктивы глазного яблока и ограничениемъ подвижности глазъ во все стороны; эти явления держались дней 7 отъ начала заболѣванія глазъ и постепенно исчезли. Сильныя головныя боли предшествовали недѣлю заболѣванію глаза и продолжались 4 дня, послѣ того, какъ развилась болѣзнь глазъ.

При офтальмоскопированіи въ первые два дня болѣзни обнаруживались небольшія явления воспаления зрительнаго нерва, а на 3-й день появились рѣзкіе признаки остраго воспаления зрительнаго нерва и кровоизліяніе въ сѣтчатку въ области желтаго пятна. Быстрое наростаніе явленій на обоихъ глазахъ съ постепенно развивающейся картиной воспаления зрительнаго нерва, сопровождавшееся сильными головными болями, заставляло остановиться на предположеніи о центральномъ поражении зрительнаго нерва, довольно быстро спускавшемся и дошедшемъ до *parilla*. Со стороны общаго состоянія больного прямыхъ указаній на причину, вызывавшую заболѣваніе глазъ, найти не удалось, за исключеніемъ развѣ инфлуэнцы, которой больной страдалъ незадолго до поражения глазъ. Для леченія было назначено: пребываніе въ темнотѣ, отвлекающія (горчишники, мушка, слабительныя, горячія ножныя ванны), потогонное, іодистый калий и натрій и салициловый натръ внутрь.

Потеря свѣтоощущения на лѣвомъ глазу продолжалась до 20 марта, когда впервые больной сталъ различать свѣтъ отъ тьмы, а затѣмъ постепенно и крайне медленно началось возстановленіе количественное зрѣніе. Правый глазъ все время былъ лишенъ свѣтоощущения. Одновременно съ появленіемъ зрѣнія началось и уменьшеніе явленій на днѣ глаза: кровоизліянія стали рассасываться и сосокъ зрительнаго нерва проясняться и приходитъ къ нормѣ. Въ настоящее время (черезъ 1 годъ послѣ начала болѣзни): зрѣніе праваго глаза = 0; лѣваго — $\frac{20}{70}$; вблизи этимъ глазомъ можетъ читать мелкій шрифтъ; поле зрѣнія и цвѣтоощущеніе нормальны, скотомъ нѣтъ; офтальмоскопически небольшое поблѣдненіе обоихъ сосочковъ зрительнаго нерва (больше праваго) и замѣтное расширеніе венъ сѣтчатки; кровоизліянія совершенно разошлись.

И такъ, въ этомъ случаѣ послѣ полной потери зрѣнія въ теченіе 12 дней, на одномъ глазу зрѣніе возстановилось до $\frac{20}{70}$, на другомъ — погнѣло; при чемъ слѣдуетъ отмѣтить, что офтальмоскопическія явленія на обоихъ глазахъ, какъ во время болѣзни, такъ и черезъ годъ послѣ нея рѣзкой разницы не представляли.

Третій случай, который я хочу изложить здѣсь, принадлежитъ къ совершенно иной категоріи острой слѣпоты, именно это случай истерической слѣпоты.

21 октября 1908 г. въ клинику Томскаго у-та была приведена дѣвушка 18 л., прислуга, лишившаяся зрѣнія наканунѣ вечеромъ. По ея словамъ, 20 октября вечеромъ она почувствовала себя дурно и лишилась сознания; придя въ

себя черезъ полъ-часа или часъ, она убѣдилась, что ослѣбла, ничего не видитъ обоими глазами, которыми всегда видѣла очень хорошо.

При разспросѣ оказалось, что она всегда была здорова, никакими серьезными болѣзнями не хворала, только годъ т. наз. съ ней былъ одинъ разъ припадокъ, когда она на короткое время лишилась сознания, да года 3 т. наз. страдала глистами, которые удачно были изгнаны при помощи какихъ-то пилюль.

Передъ тѣмъ, какъ лишилась зрѣнія, чувствовала себя хорошо и ни на что пожаловаться не могла. При изслѣдованіи глазъ было найдено: зрачки средней величины хорошо реагируютъ на свѣтъ; при наружномъ осмотрѣ и офтальмоскопированіи глаза никакихъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Полная слѣпота, нѣтъ свѣтоощущения, ($V=0$). Со стороны общаго состоянія, не смотря на подробное изслѣдованіе, не удается установить ничего ненормальнаго. Моча безъ измѣненій. Явныхъ признаковъ истеріи нѣтъ, но, по словамъ лицъ, постоянно живущихъ съ больной, она часто безъ причины плачетъ и смѣется, легко раздражается и спорится съ окружающими. Была назначена внутрь микстура изъ бромистаго натра съ іодистымъ калиемъ (6,0:180,0) и ванна 28°. 22 октября никакихъ перемѣнъ съ больной не было замѣтно, выглядѣла она грустной и боялась, что зрѣніе къ ней не вернется.

23-го около 3 часовъ дня больная стала различать свѣтъ, а вечеромъ зрѣніе возстановилось, при чемъ все предметы казались окрашенными въ красный цвѣтъ.

На другой день утромъ при изслѣдованіи оказалось полное зрѣніе на обоихъ глазахъ, нормальное поле зрѣнія и цвѣтоощущеніе.

30 декабря больная была приведена въ клинику снова ослѣпшей и рассказала, что наканунѣ вечеромъ она сильно испугалась разбившейся лампы и вспыхнувшего керосина, послѣ чего лишилась зрѣнія (до этого послѣ первой потери зрѣнія она видѣла хорошо). При изслѣдованіи: зрачки умѣренной величины, реагируютъ на свѣтъ; зрѣніе—слабое свѣтоощущеніе съ неправильной проэкціей свѣта; въ наружныхъ и внутреннихъ частяхъ глазъ измѣненій нѣтъ. Больная весела и убѣждена, что скоро будетъ видѣть, какъ только приметъ лекарство, которое давали ей прошлый разъ. Ей дали, *ut aliquid fiat*, дистиллированной воды, куда было прибавлено немного *natrî sulfuricî*, и сказали, что это тоже самое лекарство, которое она принимала прошлый разъ, только нѣсколько крѣпче и что къ вечеру или завтра утромъ она начнетъ видѣть. На другой день утромъ зрѣніе вернулось.

3 апрѣля 1909 г. вечеромъ она опять лишилась зрѣнія послѣ одной неприятности (пропажа платья), а 5-го утромъ стала видѣть по прежнему.

Такимъ образомъ въ теченіе 5 съ небольшимъ мѣсяцевъ больная 3 раза лишилась зрѣнія и дѣлалась совершенно слѣпой: въ первый разъ—3 сутокъ, во второй и третій разы—по 1½ сутокъ.

Съ большей вѣроятностью можно предполагать, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ *истерической слѣпотой*, выраженной въ такой формѣ, какая въ практикѣ встрѣчается не часто.

Относительно двухъ первыхъ описанныхъ здѣсь случаевъ я хотѣлъ-бы обратить вниманіе на два обстоятельства, которыя напрашиваются

сами собой въ видѣ вывода изъ наблюдений этихъ случаевъ.

Первое—при остромъ воспаленіи зрительнаго нерва (*neuritis retrobulbaris* или *papillitis*) зрѣніе, не смотря на полное исчезновеніе его въ теченіе продолжительнаго времени (10—12 дней и 3 недѣли), можетъ возстановиться вполне или частично; а поэтому, наблюдая такихъ больныхъ, не слѣдуетъ ставить дурного предсказанія *quo ad visum*, въ особенности въ началѣ болѣзни. Второе—предсказаніе въ такихъ случаяхъ крайне затруднительно и съ нимъ не слѣдуетъ спѣшить.

Въ самомъ дѣлѣ, обратимся къ моимъ случаямъ: въ первомъ случаѣ совершенно одинаковая болѣзнь и одновременно начавшаяся приводитъ одинъ глазъ къ полной, неизлечимой слѣпотѣ, другой какъ-бы падаетъ и зрѣніе на немъ возвращается нормальное.

Почему не возстановилось зрѣніе на обоихъ глазахъ или почему оба глаза не остались безвозвратно слѣпыми?

Во второмъ случаѣ—крайне тяжелая болѣзнь постигаетъ оба глаза: одинъ глазъ сохраняется со зрѣніемъ $\frac{20}{70}$, другой—остается слѣпымъ.

Почему не возстановилось зрѣніе до нормы въ этомъ послѣднемъ глазу или почему не остался слѣпымъ первый глазъ?

Отвѣта на эти вопросы не даютъ ни исторіи болѣзни, ни объективныя данныя офтальмоскопическаго изслѣдованія, ни этиологія болѣзни, которая въ такихъ случаяхъ часто бываетъ темна.

Причины такого неодинаковаго исхода болѣзни, несомнѣнно, существуютъ, но современныя клиническіе способы не даютъ намъ возможности узнать ихъ; въ особенности это затруднительно, если поражается позадиглазничная часть зрительнаго нерва.

Вотъ почему ставится въ крайнѣ затруднительное положеніе въ отношеніи прогноза врачъ, лечащій больного съ острымъ воспаленіемъ зрительнаго нерва и полной потерей зрѣнія: онъ ставится въ затруднительное положеніе и передъ больнымъ, и его окружающими, и передъ товарищами, съ которыми часто приходится консультировать у такихъ больныхъ, и въ особенности передъ самимъ собой: возстановится ли у больного зрѣніе, когда и въ какой степени—вопросы, отвѣтить на которые всегда трудно, а иногда невозможно. Нужно терпѣливо ждать, не спѣшить съ прогнозомъ и помнить, что даже въ случаяхъ продолжительной полной потери зрѣнія оно можетъ вернуться частично или полностью.

Изъ Томской желѣз. дор. больницы

Къ ученію о *Hanche à ressort* въ связи съ анатомофизиологическими данными.

Прив.-доц. В. Д. Добромыслова.

(Продолженіе).

Если мы обратимся къ работѣ Zueizer'a о воспаленіи слизистыхъ сумокъ тазобедренной области, содержащей всю казуистику предшествовавшихъ ему случаевъ и къ новѣйшимъ казуистическимъ работамъ, а равно и къ соответствующимъ главамъ руководствъ практич. хирургіи

Бергмана, Брунса и Микулича и Русской Хирургіи, то не найдемъ тамъ такого признака при воспаленіи глубокой вертельной слизистой сумки. Hoffa въ Рук. практ. хир., напротивъ, опредѣленно говоритъ, что воспаленныя глубокія вертельныя сумки мало подвижны, благодаря анатомическому положенію ихъ, а въ казуистикѣ этого страданія можно найти только два—три случая, гдѣ воспаленная глубокая вертельная сумка была немного подвижна въ стороны, въ остальныхъ случаяхъ подвижность отсутствовала. Ясно было, что мы, помимо водянки глубокой вертельной слизистой сумки, имѣемъ дѣло еще и съ другимъ страданіемъ, извѣстнымъ со времени Ferraton'a подъ именемъ *Hanche à ressort*. Какъ уже указано, это страданіе въ первомъ же случаѣ было смѣшано съ произвольнымъ вывихомъ бедра, а въ случаѣ Bayera съ воспаленіемъ слизистой сумки. Кромѣ того и другія заболѣванія области тазобедреннаго сустава, сопровождающіяся шумомъ, должны быть исключены. Нормальныя по объему, безболѣзненные движенія въ тазобедренномъ суставѣ, отсутствіе патологическаго положенія конечности и болѣзненности при давленіи на область сустава спереди, безболѣзненность толчкообразнаго давленія на суставъ чрезъ посредство разогнутой ноги—все говорило за наличность здороваго сустава на больной сторонѣ. Одинаковая длина конечностей и стояніе большого вертела на Roser-Nélaton'овской линіи исключали, помимо другихъ симптомовъ, тразматическій и врожденный вывихи. Оставалось исключить произвольный вывихъ. Braun, описывая произвольные вывихи, подробно останавливается и на описываемомъ страданіи, указывая на возможность смѣшенія того и другого. Особенно трудно отличіе, если происходитъ неполный вывихъ. Въ нашемъ случаѣ имѣлось одинаковое стояніе большого вертела на обѣихъ сторонахъ на Roser-Nélaton'овской линіи, пребываніе его при ходьбѣ и стояніи на одномъ и томъ же мѣстѣ и на той же линіи, одинаковое отстояніе вертела отъ верхней подвздошной ости, одинаковая длина конечностей. При рентгеноскопії картина отношенія костей тазобедреннаго сустава другъ къ другъ одинакова; какъ и сами кости, на обѣихъ сторонахъ какъ при покойномъ стояніи, такъ и при переступаніи съ ноги на ногу, не смотря на то, что форма тазобедренной области на больной сторонѣ мѣняется, какъ указано въ исторіи болѣзни. Исключивши всѣ указанныя заболѣванія, оставалось принять за причину шума порывистое перескальзываніе чрезъ б. вертель пучковъ большой ягодичной мышцы. Уже въ исторіи болѣзни упомянуты положительные признаки, которые вели къ данному діагнозу. При осмотрѣ было ясно видно во время сгибанія ноги въ тазобедренномъ суставѣ внезапное перескальзываніе надъ большимъ вертеломъ расположенныхъ подъ кожными покровами возвышенія и напряженнаго тяжа; при ощупываніи можно было отчетливо отмѣтить, что напряженный тяжъ есть нѣкоторая часть большой ягодичной мышцы, внезапно перескальзывающей чрезъ плавно двигающийся большой вертель; тяжъ этотъ перескальзывалъ обратно при разгибаніи ноги чрезъ также двигающийся вертель, но былъ гораздо менѣе натянутъ. Шумъ щелканья и перескальзываніе мышечныхъ пучковъ можно было прекратить, прижавши мышечносухожильную часть мышцы къ большому вертелу послѣ того, какъ произошло перескальзываніе; новыя разгибанія и сгибанія сустава уже не давали шума, хотя вертель и совершалъ точно такія же движенія. Больная наша, само собою разумѣется, не была симулянткой, да и картина ея болѣзни по объективнымъ признакамъ была очень далека отъ симуляціи. Все это и дало намъ возможность поставить діагнозъ водянки вертельной глубокой сумки и *hanche à ressort*.

ренномъ суставѣ неприведенной и неротированной и приведенной и ротированной внутрь. Полно налитая сумка при этомъ хорошо ошупывалась подъ большой ягодичной мышцей, но ни сама мышца не напрягалась отъ ея присутствія, ни сумка не перескальзывала чрезъ вертелъ. Тогда вновь раскрывали разрѣзъ, удлиняли его вверхъ и внизъ за полюсы сумки и препарировали. Во всѣхъ пяти случаяхъ сумки имѣли нижнюю границу на нижней же границѣ большого вертела, за то верхняя и задняя распространялись за его предѣлы. Верхняя граница сумки заходила за верхушки сант. на 2—3 и болѣе, лежала на мышечной части средней ягодичной мышцы, задняя же доходила до мышечной части квадратной мышцы бедра. Такимъ образомъ расположеніе сумки на нашихъ препаратахъ не вполне совпадаетъ съ схематическими рисунками ея данными у Toldt'a на рис. 574, 575 и у Шпальтегольца на рис. 385, 386 и 387. Въ атласахъ названныхъ авторовъ сумка изображена очень малюющей, особенно на нѣкоторыхъ рисункахъ. Мы не думаемъ, что намъ пришлось столкнуться съ чрезмерно развитой сумкой, а патологическаго состоянія ея не было; при такой малой величинѣ сумки, какъ она изображена на атласахъ, она теряла бы значительную часть своей физиологической функціи или вѣрнѣе, не давала бы плавнаго скольженія мышцы по большому вертелу во время обширныхъ движеній бедра. Вѣдь функцію слизистыхъ сумокъ, о которой вездѣ только сказано, что эти сумки облегчаютъ движенія на мѣстахъ усиленной дѣятельности мышцъ или тренія ихъ о кости, надо представлять себѣ такимъ образомъ, что при движеніи частей, между которыми лежитъ сумка, стѣнки сумки слѣдуютъ за движеніемъ этихъ частей и, благодаря гладкости ихъ и небольшому количеству смачивающей ихъ серозной жидкости, онѣ плавно скользятъ, а вмѣстѣ съ ними и лежащая надъ ними части, по отношенію другъ друга. Въ данномъ случаѣ малые размѣры сумки не соответствовали бы обширнымъ движеніямъ вертела при различныхъ движеніяхъ ноги и, слѣдовательно, механизму появленія слизистыхъ сумокъ.

При препаровкѣ всегда далѣе оказывалось, что поверхность сумки, прилежащая къ большой ягодичной мышцѣ, довольно тѣсно съ ней соединена сухожильными и мышечными частями, часть ихъ можно отпрепаровать ножомъ отъ сумки, а часть приходится перерѣзать у стѣнки сумки во избѣжаніе разры-

вовъ ея, пальцемъ же отдѣлить сумку отъ мышца нѣтъ возможности. Особенно же прочно укрѣплены въ соединительной ткани, плотно лежащей на вертелѣ, боковыя части нижняго полюса сумки. Здѣсь встрѣчается немало и широкихъ пучковъ, которые совершенно не поддаются усиліямъ тянущаго пальца и должны быть раздѣлены ножомъ. Слабѣе, но еще прочно укрѣплена поверхность сумки, прилежащая къ выдающейся кнаружи части наружной поверхности большого вертела, за то выше и на задней поверхности большого вертела сумка очень легко выслаивается пальцемъ. Подобный механизмъ укрѣпленія сумки позволяетъ ей быть неподвижной по отношенію подлежащихъ частей и заставляетъ двигаться вмѣстѣ съ ними, а, слѣдовательно, и скользить стѣнкамъ сумки другъ по другу. Если бы укрѣпленіе сумки было иное, или оно было бы нарушено въ какой-либо части и сумка безъ скольженія стѣнокъ другъ о друга начала бы перемѣщаться съ какой-либо движущейся частью всей своей массой, то ясно, что она утратила бы свое значеніе, не облегчала бы движеній и они не были бы такъ плавны. Кстати здѣсь замѣтимъ, что прикрѣпленія сухожилія большой ягодичной мышцы къ большому вертелу, о чемъ неоднократно говорится у профессора Кузнецова на стр. 673, мы при препаровкѣ, въ соответствіи съ литературными анатомическими данными, не находили.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Изъ лаборатории госпитальной терапевтической клиники Томскаго Университета.

Септическая анемія. *)

Я. Я. Калачикова.

Септическая анемія относится къ разряду анемій вторичныхъ; по гематологическому составу и гистологической картинѣ органовъ септическая анемія подходит подъ типъ злокачественной; клиническое теченіе ея опредѣляется картиной основнаго страданія септическимъ заболѣваніемъ, которое и опредѣляется

*) Доложено въ научномъ сообщеніи госпитальныхъ клиникъ 1909 г.

но заинтересованы М. П. С. и Сиб. губ. земство 3.) М. В. Д., заинтересованному вопросомъ объ оспопрививаніи, необходимо указать, что лишь расширеніе медицинской сѣти поможетъ упорядочить этотъ вопросъ, для чего требуется субсидія. Эти мысли, въ связи съ поднятымъ вопросомъ объ открытіи межгубернскаго участка въ Яровщинѣ, и легли въ основѣ проекта расширенія медицинской сѣти за счетъ заинтересованныхъ вѣдомствъ.

Благодаря народнымъ бѣдствіямъ въ видѣ оспенныхъ и холерныхъ заболѣваній, мы имѣемъ на 1909 г. кое-какія санитарныя перспективы. Само же уѣздное земство въ лицѣ, конечно, его официальныхъ представителей, хронически пребываетъ въ мертвой точкѣ. Очередное земское собраніе послѣдней сессіи имѣло передъ собою и глазами картину санитарной помощи уѣзду, нарисованную комиссіей, специально для того избранной Санитарнымъ Совѣтомъ. Но... взаимныя попытки выручить уѣздъ изъ этого состоянія, оно встало на ложную позицію: докладъ комиссіи оно записало за счетъ составителя его, санитарнаго врача, вошло въ рискованную критику нѣкоторыхъ деталей доклада, оставляя въ сторонѣ основную его мысль, и несмотря на ясную мотивировку члена собранія

Гарина, не пожелало дать голоса делегату отъ врачей, утвердило списки систематически мертворождаемыхъ имъ санитарныхъ попечителей и съ сознаніемъ слѣдующаго дѣла похоронило врачебный проектъ. По выраженію предсѣдателя управы С. В. Илимова, проектъ проваленъ за его тенденцію. Дѣйствительно, проектъ имѣлъ общеземскую санитарную тенденцію, между тѣмъ какъ Новоладожскій уѣздъ, по праву давности, свылся со своей тенденціей.

Чтобы охарактеризовать эту послѣднюю, брошу ретроспективный взглядъ на работу того органа, который по инструкціи вѣдаетъ санитарное дѣло уѣзда, именно Санитарнаго Совѣта (протоколы съ 1897 г. по 1908 г. включительно).

Еще 24 января 1897 года санитарный врачъ З. Г. Френкель заявилъ, что постановленія санитарной комиссіей, работавшей передъ Совѣтомъ, носятъ чистый платоническій характеръ.

Эта безплодность всякихъ постановленій и еще того болѣе—разсужденій проходитъ красною нитью черезъ весь послѣдующій десятилѣтній періодъ дѣятельности санитарнаго органа, который, при историческомъ освѣщеніи, выпукло демонстрируетъ тенденцію Новоладожскихъ земскихъ «дѣятелей».

Такъ. 1) Комиссія 23. VIII 1896 г. постано-

кахъ бактеріальное отравленіе крови («bacterielle Blutvergiftung»¹⁾).

Септическое заболѣваніе могутъ вызвать:

1. Streptococcus longus
2. » brevis
3. Staphylococcus
4. Pneumococcus lanceolatus Frankel
5. Bacter. pneumoniae Friedlander
6. Bacterium coli
7. Gonococcus
8. Diplococcus iutracellularis Weichselbaum
9. Bacterium typhi
10. Bacterium pyocyaneum
11. Micrococcus tetragenes
12. Изъ группы Proteus
13. Salsacillus²⁾

Первыя наблюденія надъ красными кровяными тѣльцами при септическихъ процессахъ сдѣлалъ Braidwood (1868). Онъ нашелъ³⁾, что на свѣжѣмъ кровяномъ препаратѣ кр. кр. тѣльца превращаются въ неправильныя глыбки, имѣютъ форму дурманной ягоды и не обнаруживаютъ наклонности складываться въ видѣ монетныхъ столбиковъ. Quincke⁴⁾ (1871 г.) въ одномъ случаѣ піэміи послѣ трехдневной лихорадки нашелъ весьма значительное уменьшеніе содержанія гемоглобина.

Манассеинъ⁵⁾ (1872 года) констатировалъ при септицемической лихорадкѣ млекопитающихъ животныхъ уменьшеніе главнаго поперечника эритроцитовъ Mobitz и Goetschel (1883)⁶⁾ констатировали при септицеміи овецъ значительныя количественныя и качественныя измѣненія состава красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Особенно интересны были частыя колебанія относительно содержанія гемоглобина и стромы въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ. Оказалось, что они могутъ быть бѣднѣе гемоглобиномъ и богаче стромой, или наоборотъ.

Bond (1887)⁷⁾ наблюдалъ на микроскопическихъ препаратахъ крови при септической инфекціи наклонность гемоглобина къ кристаллизаціи.

Тумасъ (1887)⁸⁾ на основаніи своихъ опытовъ надъ собаками съ септической лихорадкой пришелъ къ выводу, что подъ вліяніемъ септической лихорадки абсолютное число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и абсолютное количество Hb. въ организмѣ уменьшается.

Roscher (1894),⁹⁾ работая подъ руководствомъ Grawitz'a нашелъ у септическихъ больныхъ пониже-

ніе концентраціи крови, въ среднемъ выводъ болѣе сильное, чѣмъ при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, и наступавшее спустя гораздо болѣе короткое время. Это пониженіе концентраціи крови было въ тяжелыхъ случаяхъ такъ сильно выражено, что оно обнаруживалось замѣтнымъ образомъ уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала болѣзни; кромѣ того, оно усиливалось пропорціонально продолжительности болѣзни и тяжести всей клинической картины. Если пониженіе концентраціи крови доходило въ короткое время до такой сильной степени, что количество сухого остатка крови падало до 15% и ниже, то въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни всегда наступалъ смертельный исходъ. Число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ было уменьшено во всѣхъ случаяхъ, форма ихъ обыкновенно не представляла значительныхъ измѣненій, и только въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ находили пойкилоцитозъ, микроцитозъ и макроцитозъ. Особенно сильно, притомъ во всѣхъ случаяхъ, было увеличено содержаніе воды въ кровяной сывороткѣ, и эта потеря бѣлка изъ кровяной сыворотки тоже шла параллельно тяжести заболѣванія, такъ что въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ наблюдалось до 6,25% сухого остатка сыворотки вмѣсто нормальныхъ 10,5%.

Причину этого сильнаго уменьшенія содержанія бѣлка въ крови Grawitz видитъ въ разрушеніи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Для доказательства послѣдняго положенія Grawitz приводитъ свой извѣстный случай септической анеміи: у больной наступилъ сепсисъ послѣ искусственнаго аборта, летальный конецъ наступилъ менѣе чѣмъ черезъ сутки. Инфекція была стафилококковая. Въ 1 куб. милл. крови было найдено 300000 кр. кр. тѣлецъ; кровь содержала 14,5% сухого остатка, а сыворотка 13,1%, послѣдняя цифра, ненормально высокая, зависѣла отъ находившихся въ сывороткѣ большихъ количествъ гемоглобина. Итакъ, говоритъ Grawitz, въ этомъ случаѣ острѣйшей септической инфекціи оказался чрезвычайно сильный гемоцитоллизъ, который въ самое короткое время уничтожилъ болѣе 90% всѣхъ кр. кров. тѣлецъ.

H. Strauss и Rohstein¹⁰⁾ при септическихъ процессахъ нашли число красн. кров. тѣлецъ уменьшеннымъ въ среднемъ до 3 милл. Эти же авторы въ одномъ случаѣ пуэрперальной септицеміи нашли мегалобласты.

Большинство авторовъ, начиная съ Donders'a

вила замѣнить 3 фельдшерскія вакансіи лекарскими помощниками и сдѣлать предложеніе земскому собранію о необходимости открытія новыхъ вакансій лекарскихъ помощницъ замѣнъ фельдшерскихъ, помимо принятыхъ собраніемъ XXVIII очер. сессіи 1893 г. (Выставъ, Шахново, Солецкая и Тигодская вол.). Въ этомъ послѣднемъ смыслѣ фигурируютъ на засѣданіи 25 VI 1897 г. фельдшерскіе пункты въ Выстовѣ и Шахновѣ, уже принятые, какъ сказано, еще въ 1893 г. зем. собраніемъ.

Характерно, что на запросъ комиссіи, принимались ли мѣры къ осуществленію этого постановленія, управа отвѣтила, что отъ лекарскихъ помощницъ заявленій не поступало, но и что публикаціи о вакансіяхъ не печатаются.

10 VI 1899 г. д-р Плаксинъ вноситъ на обсужденіе мысль объ уничтоженіи самостоятельнаго фельдшеризма за счетъ врачебной помощи (проектируется 9 врач. участковъ). 22 IX 1899 г. протоколъ говоритъ о подтвержденіи той же мысли. 22 VIII. 1901 года разсматривается проектъ Плаксина.

29 IV. 1903 г. объ этомъ проектѣ вспоминается съ тѣмъ, чтобы 30 VI. снова поднять вопросъ о расширеніи мед. сѣти въ редакціи Вегера (проектъ объ 11 врач. участкахъ—см.

СПБ. Зем. В. IX. 1903 г.). На засѣданіи 28 VII. 1903 проектъ сланъ въ комиссію, гдѣ пребываетъ и доселѣ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ въ комиссіи раздавались голоса о жалкой обстановкѣ фельдшерскихъ пунктовъ (15 IX. 1904 г.), приняты принципиально безграмотныя акушерки специально для сель по Отту. (24/II. 1899. Ротерозень и др.), указывалось на нецѣлесообразность лишать населеніе фельдшеровъ (10 VI., 20 IX. 1899 г., Ротерозень), привѣтствуется мысль о новомъ самостоятельномъ фельдшерскомъ пунктѣ, проектируется привлечь старость для регистраціи заразныхъ болѣзней, вручить имъ термометры, привлечь земскихъ начальниковъ къ тому же, организовать кадры «регистраторовъ изъ малосвѣдующихъ крестьянскихъ дѣвушекъ и пр.

Въ заключеніи—ни одной лекарской помощницѣ нѣтъ, самостоятельный фельдшеризмъ усилился (до 14), врачебныхъ участковъ не прибавилось, не выработаны даже принципы для расширенія медицинской сѣти, не говоря уже о специальныхъ, статистическихъ изысканіяхъ въ этомъ направленіи. Последняя мысль не находить содѣйствія даже до настоящаго времени.

Итакъ, вся сумма...

(1851 г.)¹¹⁾, констатируют при септических заболѣваніяхъ лейкоцитозъ. Такъ, въ случаѣ Riedera¹²⁾ было 37000 бѣлыхъ тѣлецъ, а въ случаѣ Cabot'a¹³⁾ даже 77500.

Lenhartz¹⁴⁾, занимаясь вопросомъ о септическихъ заболѣваніяхъ, обратилъ вниманіе и на измѣненія крови при сепсисѣ; онъ установилъ, что въ теченіи сепсиса могутъ наступить тяжелыя измѣненія крови, которыя въ нѣкоторомъ отношеніи вполнѣ сходны съ картиной пернициозной анеміи или рѣже съ острой лейкоэмией. Lenhartz наблюдалъ 11 случаевъ съ значительнымъ уменьшеніемъ кр. кр. тѣлецъ и другими тяжелыми измѣненіями. Въ одномъ случаѣ число красныхъ кр. тѣлецъ было (три счета черезъ день) 1260400, 1021280, 882200; число бѣлыхъ 30468, 29532 и 39680; Нб. отъ 30%—16%. Среди кр. кр. тѣлецъ было много большихъ и различной формы, много ядросодержащихъ; лейкоциты легко ранимы. На секціи—гнойный эндометритъ, высокая общая анемія, костный мозгъ похожъ на малиновое желе, дряблѣе жирно-перерожденное сердце съ эндокардитомъ. Дряблая, большая, на разрѣзѣ сѣро-красная селезенка. Инфекція—стрептококки и тонкія палочки.

Въ другомъ случаѣ стрептококкового сепсиса, наступившаго послѣ носоваго кровотеченія, число кр. кр. тѣлецъ было 642000, бѣлыхъ 2100, Нб. 15%. Было много ядросодержащихъ кр. кр. тѣлецъ. На секціи самые характерные признаки пернициозной анеміи. Относительно шести случаевъ Lenhartz лишь указываетъ однократныя изслѣдованія крови.

- | | | | | | | |
|----|---|----------|---|--------|-----|-----|
| 1) | R | 1052000, | L | 28400, | Нб. | 22% |
| 2) | | 1108000, | L | 7200, | Нб. | 35% |
| 3) | | 1250000, | L | 26042, | Нб. | 32% |
| 4) | | 1344000, | L | 6242, | Нб. | 30% |
| 5) | | 1463750, | L | 5600, | Нб. | — |
| 6) | | 1620000, | L | — | Нб. | 28% |

Изъ числа 11-ти въ двухъ случаяхъ инфекціоннаго гинекологическаго заболѣванія съ выраженной пернициозной анеміей наступило выздоровленіе. Въ первомъ случаѣ (endometritis purulenta, parametritis duplex purulenta) при изслѣдованіи крови 1/x₁ 1901 было найдено R 4320000, Нб. 18—20%, отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ какъ 1: 44, ядросодержащіе эритроциты, пойкилоцитозъ, анизоцитозъ. Кромѣ того найдены многочисленныя свѣжія кровоизліянія въ сѣтчатку. 1/x_{ii} найдено: R—2240000, Нб. 25% отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1: 90. 1/x_{ii} 1902 г.—

R—4320000, Нб.—70%, микроскопически кровь нормальная. Въ мартѣ больная совсѣмъ оправилась.

Въ другомъ случаѣ (высокая анемія, болѣзненность суставовъ, endometritis, parametritis, тромбозъ обѣихъ V. cruralium, pleuritis dextra, многочисленныя кровоизліянія въ сѣтчатку и бѣлые атрофическіе островки) при изслѣдованіи крови 21/x_{ii} 1901 г. найдено: Нб.—18%. R 1720000, отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1: 176, ядросодержащія кр. кров. тѣльца, пойкилоцитозъ, анизоцитозъ, эозинофильн. клѣтки, кровь стерильна.

1/x_{ii} 1902—Нб. 55—60%, R—4320000, нѣтъ ядросодержащихъ, незначительное увеличеніе лейкоцитовъ. 20/x_{ii}—Нб.—70%.

(Продолженіе слѣдуетъ).

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

2-й Конгрессъ Нѣмецкаго Урологическаго О-ва въ Берлинѣ

(19—22 апрѣля 1909 г.)

Засѣданія съѣзда происходили въ Langenbeck-Hause на Ziegelstrasse. Въ съѣздѣ принимали участіе члены Урологическаго Нѣмецкаго О-ва и посторонніе лица въ качествѣ участниковъ съ платой въ 10 марокъ. Народу было очень много.—Въ двухъ комнатахъ была устроена выставка инструментовъ и патологическихъ препаратовъ изъ области урологіи.

Особенное вниманіе обращала на себя коллекція проф. Israel'я, какъ по обилію, такъ и по рѣдкости патологическихъ формъ. Съѣздъ открылся въ 9 часовъ утра подъ предѣлательствомъ проф. Zuckerkandel'a изъ Вѣны. *) Въ своей вступительной рѣчи предѣлатель указалъ на быстрое развитіе урологіи, которая раньше составляла лишь маленькую область хирургіи, теперь же составляетъ самостоятельную область очень обширную, что доказываетъ фактъ существованія отдѣльныхъ урологическихъ О-въ не только въ Германіи, но и во Франціи, Голландіи, Италіи и др. странахъ. Упомянулъ объ умершихъ членахъ О-ва за время прошедшее послѣ пер-

*) Выѣето пр. Познера, который сложилъ съ себя званіе предѣлателя и въ съѣздѣ не участвовалъ.

дѣльныхъ лицъ, часто съ добрыми намѣреніями, окончилась лишь ухудшеніемъ положенія дѣла въ смыслѣ борьбы съ фельдшеризмомъ и ни на юту не приблизила врача къ населенію.

Впрочемъ, за счетъ формальнаго упорядоченія нужно записать точное указаніе селеній, входящихъ въ обширнѣйшіе врачебные районы (1906 г.) для свѣдѣнія врачей и исполненія, а равно и составленіе инструкцій для нихъ и санитарнаго совѣта.

2. По санитарно-школьному надзору, упомянутый уже д-ръ Френкель вноситъ 24 г. 1897 г. идею устройства въ школахъ гигиеническаго стола. 26 г. 1898 г. идетъ рѣчь о программѣ для осмотра школъ, а въ дальнѣйшемъ спорадически возникаютъ аналогичные вопросы по школьному надзору.

Въ заключеніи: санитарно-школьный надзоръ въ уѣздѣ отсутствуетъ.

Какъ курьезъ сообщу, что школьный столъ «новаго» типа, случайно попавшійся мнѣ въ концѣ 1908 г. на глаза на столѣ управы, далеко отстаетъ въ гигиеническомъ отношеніи отъ типа, который имѣлъ въ виду еще 27 г. 1897 г. д-ръ Френкель.

Техникъ Индриксонъ пытался защитити «гигиеническій» типъ, гдѣ не соблюдены ос-

новныя требованія въ отношеніи дифференціи, сослался на оффиціальное изданіе и въ заключеніи призналъ, что «негигиеническія» поправки къ «Эрисмановскому» столу сдѣланы по личнымъ указаніямъ школьной инспекціи.

Не смотря на опредѣленныя заявленія предѣлателя управы, санитарный врачъ къ участію въ школьномъ дѣлѣ, какъ экспертъ, не приглашался. Нѣтъ при управѣ и *технической коммисіи*.—все предоставлено единичнымъ усмотреніямъ и негигиенической столъ «гигиеническаго» типа продолжаетъ дѣлаться.

Я не привожу, въ интересахъ экономіи мѣста, всѣхъ подобнаго же рода фактовъ, разбросанныхъ въ протоколахъ; укажу лишь вкратцѣ на нѣкоторые изъ нихъ.

Въ теченіи этихъ десяти лѣтъ много разъ поднимались вопросы о введеніи чтеній по гигиенѣ, какъ общей санитарной мѣрѣ. До сихъ поръ никакихъ средствъ на это не отпускалось, и, какъ общая санитарная мѣра, чтенія не проведены.

12 авг. 1908 постановлено передать борьбу съ холерой въ руки врачей, въ виду отсутствія въ уѣздѣ работоспособнаго санитарнаго органа. До сихъ поръ постановленіе это не приведено въ исполненіе.

ваго съезда и предложил почтить ихъ вставаньемъ. Затѣмъ говорили прѣдствительныя рѣчи бюргермейстеръ, прѣдставители медицинскихъ О-въ и др. Между прочимъ былъ прѣдставитель и отъ Французскаго О-ва урологовъ.

Первый очень обстоятельный докладъ былъ сдѣланъ проф. Stoessel'emъ изъ Marburg'a и Wertheim'омъ (Вѣна) подъ названіемъ Urologie und Gynäkologie, въ которомъ авторы, разсмотрѣвъ взаимную связь и пограничную область этихъ двухъ отдѣловъ медицины, подробно останавливались на важности цистоскопии для гинекологовъ. Затѣмъ слѣдовалъ цѣлый рядъ докладовъ. Изъ наиболее интересныхъ, прослушанныхъ въ 1-й день, я могъ бы указать на докладъ Goldschmidt'a. Онъ остановился на результатахъ, полученныхъ въ теченіи полуторыхъ лѣтъ отъ примѣненія его діагностическаго уретроскопа съ орошеніемъ и перешелъ къ описанію дальнѣйшаго усовершенствованія этого инструмента съ цѣлью примѣненія его для леченія. Для этого въ трубку уретроскопа можетъ вставляться игла для электролиза, гальванокаустической ножъ и даже острая ложка. Особенно хорошіе перспективы обѣщаетъ его инструментъ при гипертрофіяхъ предстательной железы, такъ какъ онъ позволяетъ непосредственно подъ руководствомъ глаза дѣлать надрѣзы гипертрофированныхъ долей, а не дѣлать ихъ слѣпо. Инструментъ изготовляется фирмой Левенштейна въ Берлинѣ. Стоимость его довольно велика; въ продажу онъ еще не поступилъ и изготовляется лишь по особому заказу. Wossidlo указалъ, что, по его мнѣнію, уретроскопъ Гольдшмида незамѣнимъ при діагностикѣ заболѣваній входа въ пузырь, такъ какъ эта область не можетъ быть осмотрѣна ни цистоскопомъ ни старыми уретроскопами; что же касается сарціи galeinaginis, то онъ слишкомъ блѣднѣетъ подъ вліяніемъ растяженія жидкостью и нѣтъ возможности правильно распознать патологическіе процессы. Лечебнаго уретроскопа онъ еще же примѣнялъ. Frank отозвался осторожно объ этомъ инструментѣ, который онъ примѣнялъ и съ діагностической, и съ лечебной цѣлью. Привелъ одинъ случай гипертрофіи предстательной железы, гдѣ послѣ одной инцизии количество остаточной мочи съ 300—400 куб. с. упало до 80 к. с. Всѣ оппоненты указывали, что уретроскопъ Гольдшмида необходимъ для задней части уретры, но въ передней онъ можетъ оказать лишь слабыя услуги.

Еще десять лѣтъ тому назадъ былъ возбужденъ вопросъ о передачѣ леченія судорабочихъ и больницъ для нихъ въ земство. Вопросъ этотъ оставался безъ движенія все это время и только вотъ недавно назначенъ вновь для обсужденія

3. Такая «тенденція», которой покровительствуетъ земское собраніе, видна всюду и носитъ всѣ признаки, характеризующіе переходное время: мысли забѣгали впередъ въ сравненіи съ «интересами» земскихъ официальныхъ прѣдставителей. Послѣдніе желаютъ соблюсти требованія времени, но не жадаютъ провести ихъ въ жизнь. Такая тенденція чужда «культурѣ», чужда дѣлу.

Послѣ этихъ важныхъ детальныя справокъ перейду къ общему освѣщенію, для чего считаю умѣстнымъ привести здѣсь краткую выписку изъ протокола 20 января 1904 года.

«Вегеръ. Мы знаемъ, что придуманныя нами мѣры борьбы съ эпидеміями оказались нигде негодными... Это доказываетъ, что экстренныя мѣры не приносятъ пользы, нужны общія мѣры».

«Предсѣдатель (Деморъ) прерываетъ оратора, не позволяя касаться общаго мнѣнія борьбы».

А еще того раньше (въ 1902 г.) тотъ же

Въ веселое настроеніе пришелъ съездъ, когда послѣ доклада Lohnstein'a (Берлинъ), въ которомъ онъ восхвалялъ свою кюретту для леченія хроническихъ уретритовъ съ поверхностной гиперплазіей слизистой, поднялся Wossidlo и сказалъ: «предупреждаю товарищей чтобы они остерегались употреблять этотъ инструментъ—я видѣлъ отъ него очень плохія послѣдствія». Wossidlo доложилъ о случаѣ микоза мочеиспускательнаго канала, болѣзни очень рѣдкой, дающей картину хроническаго уретрита. Этиологическимъ моментомъ считается занесеніе грибка при инструментальномъ изслѣдованіи черезъ глицеринъ, въ которомъ грибокъ хорошо развивается.

Были заслушаны доклады Wertheim'a (Вѣна), который подробно останавливался на операціяхъ карциномъ матки въ связи съ пузыремъ и мочеточниками, Rogosz'a (Будапешть) о леченіи болѣзней уретры горячими зондами, Schneider'a о вакцинальной терапіи бактерійныхъ заболѣваній уретры и нѣсколько другихъ.

Во второй день были заслушаны доклады Frisch'a изъ Вѣны и Barth'a изъ Danzig'a о гнойныхъ, не туберкулезныхъ заболѣваніяхъ почекъ. Frisch'emъ же были доложены 3 случая повторной гематурии почечнаго происхожденія, гдѣ нельзя было установить причины никакими способами изслѣдованныя. Послѣ того какъ кровоточившая почка была удалена, оказалось, что дѣло шло о «pyelitis granulosa», очень рѣдкомъ заболѣваніи. Этиологическимъ моментомъ Frischъ считаетъ перенесенную задолго до этого гоноррею, каковая была въ анамнезѣ. Особенно интересныхъ докладовъ не было, былъ продемонстрированъ новый аппаратъ для количественнаго опредѣленія сахара въ мочѣ, былъ докладъ Pillicke (Берлинъ), въ которомъ онъ указалъ, что получилъ хорошій результатъ отъ леченія туберкулеза почекъ туберкулиномъ.

Послѣдовавшія затѣмъ демонстраціи проэціоннымъ аппаратомъ на экранѣ цистоскопическихъ, уретроскопическихъ и гистологическихъ снимковъ и препаратовъ были весьма интересны и поучительны. Особенно интересны были цистоскопическія картины случая сифилиса пузыря (Frank) у больного, который имѣлъ въ анамнезѣ язву penis'a, былъ женатъ, имѣлъ здоровыхъ дѣтей. Вслѣдствіе подозрительной цистоскопической картины (изъязвленіе съ инфильтраціей) у больного была продѣлана реакція Вассерманна, кото-

Вегеръ писалъ въ отчетѣ:

«Борьба эта (уездная земства съ эпидеміями) безуспѣшна. Весьма неудовлетворительная постановка участковой медицины въ уѣздѣ съ огромными участками и съ сильно развитымъ самостоятельнымъ фельдшеризмомъ, при хроническомъ отсутствіи участковыхъ врачей и частой ихъ смѣнѣ, при полномъ отсутствіи гигиеническихъ знаній въ населеніи и при общихъ санитарно-экономическихъ условіяхъ деревни—представляютъ весьма благопріятную почву для развитія эпидемій въ уѣздѣ и дѣлаютъ борьбу съ ними безуспѣшной... Эпидеміи въ Новоладожскомъ уѣздѣ не представляютъ собою чего либо внезапнаго—это явленіе хроническое, постоянное... Борются съ эпидеміями временными выѣздами врача, посылкой фельдшеровъ, сестеръ милосердія, такъ называемыми изоляціей и дезинфекціей, выставленіемъ у пораженныхъ домовъ красныхъ значковъ и принятіемъ прочихъ «мѣръ борьбы»—это значитъ бороться съ сильнымъ врагомъ негоднымъ оружіемъ. Думать, что при нынѣшней постановкѣ участковой медицины въ уѣздѣ возможна какая-нибудь борьба съ эпидеміями, возможно ослабить, остановить ихъ побѣдоносное шествіе,—это глубокое роковое заблужденіе»...

... дала положительный результат. При одномъ общемъ противолюэтическомъ леченіи безъ мѣстнаго, язва зажила гладкимъ рубцомъ. Большой интересъ вызвали рентгеновскіе снимки съ мочеточниковъ и доханокъ, предварительно наполненныхъ 6% масляной эмульсіей азотнокислаго висмута по способу Wolker'a. Нужно пожалѣть, что съ этими демонстраціями очень спѣшили, такъ какъ членамъ съѣзда предстояло отправиться на банкетъ, который долженъ быть состояться въ этотъ же день вечеромъ. Въ 3-й день въ утреннемъ засѣданіи были заслушаны доклады Casper'a и Zuckerkandl'a объ опухоляхъ пузыря. Casper высказалъ мнѣніе, что вопросъ о томъ, что считать доброкачественной опухолью и что злокачественной, спорный. Онъ лично высказывается за то, что критеріемъ не должна служить исключительно патолого—анатомическая картина, но и биологическая. Лечение опухоли возможно только оперативное и при томъ, по возможности, эндовезикальное. Цукеркандель, напротивъ, сторонникъ *sectio- nis altae*. Изъ оппонентовъ особенно, по моему мнѣнію, важное указаніе сдѣлалъ Frank; ему удавалось мѣстнымъ примѣненіемъ 5% раствора резорцина останавливать ростъ паполломъ, уничтожать ихъ склонность къ кровотеченію.—Много говорилось о разныхъ системахъ операционныхъ цистотомовъ, показывались разные новыя модели и пр. Въ вечернемъ засѣданіи были выбраны: предсѣдатель слѣдующаго съѣзда (Цукеркандель) и составъ президіума и назначено мѣсто слѣдующаго (черезъ 2 года) съѣзда—Вѣна. Затѣмъ Richter отъ имени Д-р Gasis'a сообщилъ новый способъ окраски Твс—бациллъ. Дѣло въ томъ, что къ кислотоупорнымъ бацилламъ принадлежитъ также *Smegeta—bacilla*, дифференціальный діагнозъ между которой и Твс—бациллой очень труденъ. И много уже было сдѣлано ложныхъ діагнозовъ на основаніи этого сходства. Оказалось, что Твс—бациллы не только кислото—упорны, ни и щелочно—упорны, тогда какъ смегмо—бациллы обезцвѣчиваются. Способъ окраски остается тотъ же самый, только вмѣсто кислоты берутъ растворъ ѣдкаго натра. Было выставлено нѣсколько препаратовъ Твс—бациллъ, окрашенныхъ по особому способу. (Во всѣхъ препаратахъ онѣ были хорошо окрашены, но зернисты, такъ какъ препараты были получены изъ щелочной мочи). Dr. Gasis, къ которому я обратился, былъ настолько любезенъ, что сообщилъ мнѣ подробно способъ

А вотъ и результатъ такой «тенденціи» (см. протоколы отъ 34 VI. 1908 г.): Новолодожскій уѣздъ совершенно не упорядоченъ въ санитарномъ отношеніи, между тѣмъ здѣсь особенно чувствуется нужда. Десятки тысячъ рабочихъ—нѣтъ всякаго регулированія ихъ жизни, хотя ихъ питаніе, ихъ жилища являются важнымъ пунктомъ въ дѣятельности надзора. Эти тысячи съѣтъ къ тому же заразу. Эпидемическая борьба въ уѣздѣ носить характеръ случайный, лечебный. У санитарнаго врача нѣтъ органа для своевременной регистраціи этихъ болѣзней, нѣтъ и возможности изучить этиологию (нѣтъ бюро и лабораторіи). Среди жилищъ, подлежащихъ вѣдѣнію санитарнаго надзора, вниманія заслуживаютъ школы. А это дѣло требуетъ не только описанія зданій, но врачу развертывается широкое поле и для регулированія всей внешней обстановки, создающей школьнымъ болѣзнямъ (мебель, книги и др.) и для внесенія поправки въ гигиену преподаванія и т. п.

Напомнимъ вопросъ о водоснабженіи, затронутый въ докладѣ (А. А. Цвѣтаевъ). Никакой планомѣрной работы нѣтъ. Для этого нужны постоянные органы»... (Продолженіе слѣдуетъ)
А. А. Цвѣтаевъ.

окраски, хотя работа его еще не появилась въ печати. (Она будетъ вскорѣ опубликована.) Такъ какъ этотъ новый способъ окраски очень интересенъ какъ съ теоретической, такъ и съ практической точки зрѣнія, я привожу его полностью.

Окраска: 1. приготовить растворъ Eosina (1,0 растворить въ дистиллированной водѣ въ 2—3 куб. сант.).

2. Сулемы 3,0. Воды дистиллиров. 100,0, растворяется при кипяченіи.

Къ полученному раствору сулемы добавить 1 куб. сантим. *жированаго масла* (oil cedri) и опять кипятить, пока вся жидкость не сдѣлается бѣлой молочнаго цвѣта

Затѣмъ растворы № 1-ый и № 2-ой смѣшиваются вмѣстѣ. Смѣсь наливается на препаратъ и подогревается *до паровъ* (1 минута приблизительно).

Затѣмъ препаратъ погружается на 2 секунды въ слѣдующую, жидкость для обезцвѣчиванья:

Ѣдкаго натра 1,0 йодистаго калия 0,5, 50% алкоголя 100,0. Препарат долженъ принять слегка зеленоватый видъ.

Затѣмъ препаратъ получаетъ еще дополнительную контрастную окраску—погруженіемъ на 1 секунду въ слѣдующій растворъ:

Метиленовой синьки 0,1.

Воды 80 куб. сант.

Соляной кислоты 1,0.

Алкоголя 20, 0.

Затѣмъ обмыть, высушить и т. д.

На 4-ый день съѣзда было только утреннее засѣданіе, которое закончилось на часъ раньше назначеннаго времени, такъ какъ господа докладчики почему то не явились. Изъ докладовъ наибольшаго вниманія заслуживаетъ таковой Strassmann'a «Къ испытанію двигательной способности пузыря». Остановившись на томъ фактѣ, что одной изъ причинъ бактериурии можетъ служить недостаточная двигательная способность пузыря, онъ предлагаетъ впрыскивать въ этихъ случаяхъ 10,0 5%—раствора іодоформа въ маслѣ, затѣмъ слѣдить собирая мочу, сколько и когда выдѣлится изъ пузыря. Нѣкоторый интересъ имѣло сообщеніе Strauss'a изъ Франкфурта о полной экстирпации мочевого пузыря. Всѣхъ случаевъ насчитываютъ въ литературѣ около 30, изъ нихъ въ живыхъ остались только 3-е. Авторъ тоже сдѣлалъ одну экстирпацию съ летальнымъ исходомъ въ 48 час.

Всего на съѣздѣ было участниковъ больше 200 человекъ, было много иностранцевъ. Изъ русскихъ я видѣлъ на съѣздѣ между прочими проф. Федорова изъ Петербурга и Салѣжко изъ Одессы.

Н. Пенковскій.

Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ общества.

Общество практическихъ врачей г. Томска и Томской губерніи.

Въ засѣданіи 8 апрѣля д-ръ Н. В. Соколовъ демонстрировалъ случай *поперечнаго перелома надколенной чашки*. Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ Сибирской Врачебной Газетѣ.

Д-ръ Ф. А. Киркевичъ сдѣлалъ сообщеніе о зрѣніи и глазахъ воспитанницъ, Томской Маріинской Гимназіи. Своему сообщенію онъ предпослалъ общія замѣчанія о неудовлетворительномъ состояніи стараго зданія гимназіи въ гигиеническомъ отношеніи вслѣдствіе переполненія классовъ и плохой вентиляціи; въ связи съ этимъ, по его мнѣнію, находится большой процентъ (49)⁰/₀ предъявляемыхъ воспитанницами жалобъ на головныя боли, одышку и др. симптомы малокровія. Въ отношеніи зрѣнія и состоянія глазъ изслѣдовано 962 воспитанницы; найдено 9⁰/₀ Em., 57,86⁰/₀ Нур., 24,71 Муор. и 7,49 Ast.; осурота зрѣнія въ 87⁰/₀ оказалась нормальной; трахома обнаружена въ 0,7⁰/₀. Сравнительно мало замѣчено было ученицъ съ расстройствами аккомодациі.

Въ преніяхъ по поводу доклада принимали участіе врачи К. Н. Маковъ, А. И. Макушинъ и др.

Въ административной части засѣданія продолжалось обсужденіе программы по изслѣдованію причинъ дѣтской смертности въ Томской губерніи.

Въ засѣданіи Общества 18 апрѣля д-ръ Г. М. Муладзе сдѣлалъ сообщеніе о хирургическихъ способахъ леченія гиперширофіи предстательной железы. Докладъ предполагается къ напечатанію въ Сибирской Врачебной Газетѣ.

Въ преніяхъ, послѣдовавшихъ за сообщеніемъ, д-ръ А. И. Макушинъ спросилъ докладчика, чѣмъ объяснить рѣдкость операціи простатэктоміи въ Россіи, сравнительно съ практикой заграничныхъ хирурговъ. Д-ръ Н. В. Соколовъ указалъ, что операція эта рѣдко производилась въ клиникѣ проф. Салищева, но не изъ боязни операціи, а потому, что покойный хирургъ суживалъ показанія для нея, ограничивая ихъ лишь злокачественными новообразованіями.

Д-ръ Н. И. Плоскиревъ сообщилъ вторымъ случаѣмъ склероза на вѣкахъ. Сдѣлавъ литературную и статистическую справку о частотѣ вѣнолового зараженія сифилисомъ, онъ вновь обратилъ вниманіе на отсутствіе у города стаціонарнаго отдѣленія для заразныхъ формъ сифилиса. Его больной не могъ быть принятъ въ больницу Общественнаго Приказа за отсутствіемъ средствъ. Городъ съ своей стороны имѣетъ только амбулаторію для сифилитиковъ. Амбулаторія, безусловно, оказываетъ большую помощь населенію, привлекаетъ больныхъ членовъ семьи для осмотра, собираетъ статистическія данныя, сообщаетъ здравыя понятія о сущности и профилактикѣ болѣзни. Это послѣднее уже сказалось въ настоящее время поразительнымъ уменьшеніемъ въ Томскѣ случаевъ мягкаго шанкра. Но всего этого мало, — для города является неотложной необходимостью открытія спеціальной больницы или отдѣленія. Докладчикъ выразилъ сожалѣніе, что въ обществѣ и даже среди врачей распространенъ взглядъ

на сифилисъ, какъ на болѣзнь позорную, дурную, секретную; по его мнѣнію, борьба съ сифилисомъ должна служить предметомъ общественной гигиены, а учебники по гигиенѣ должны сообщать нѣкоторыя свѣдѣнія по этому вопросу.

Д-ръ С. С. Оксеновъ указалъ докладчику, что послѣдній, по всей вѣроятности, введенъ въ заблужденіе своими больными: въ больницу Общественнаго Приказа сифилитики принимаются бесплатно и его больнымъ не могло быть отказано въ приѣмѣ за недостаткомъ денежныхъ средствъ.

Д-ръ А. И. Макушинъ не нашелъ возможнымъ согласиться съ докладчикомъ, будто бы уменьшеніе случаевъ мягкаго шанкра должно быть поставлено исключительно въ связь съ вліяніемъ на населеніе городской спеціальной амбулаторіи; это или случайность, или объясняется какими либо другими причинами, которыя слѣдуетъ поискать.

По мнѣнію д-ра Н. В. Соколова, спеціальная больница или отдѣленіе для сифилитиковъ необходимо еще и потому, что нѣкоторые случаи остраго перелоя могутъ потребовать иногда изоляціи.

Д-ръ К. В. Куррессовъ обратилъ вниманіе членовъ Общества на чрезвычайную частоту случаевъ сифилитическаго склероза за послѣднее время, что онъ склоненъ объяснить недостаточностью или отсутствіемъ контроля за проституціей — въ публичныхъ домахъ, баняхъ, гостиницахъ и пр. Общество постановило обратить вниманіе городского Обществен. Управленія на необходимость устройства больницы для сифилитиковъ.

Д-ръ А. И. Макушинъ отмѣтилъ неудовлетворительность популярныя книжекъ, трактующихъ о сифилисѣ, предложилъ избрать изъ школьныхъ врачей и преподавателей гигиены комиссію, которая разработала бы вопросъ о наиболее рациональной формѣ популяризаціи свѣдѣній о сифилисѣ въ учебникахъ гигиены и т. д.

П. Ч.

Врачебная хроника.

Вымирающее племя. 12 апрѣля членъ Р. Географическаго О-ва В. И. Анучинъ прочелъ въ Томскѣ публичную лекцію объ енисейцахъ — представителяхъ вымирающаго племени, вкрапленнаго среди русскихъ поселеній Туруханскаго края. Онъ сообщилъ между прочимъ, что среди нихъ много слѣпыхъ; зрѣніе ихъ, не смотря на то что они должны заниматься охотою, вообще очень плохое, причиной чего служитъ тра-

хома, которою они страдают въ 80⁰/₀; не безъ вліянія, по его мнѣнію, остается вліяніе ослѣпляющаго своею бѣлизной снѣга.

Распространенію трахомы благоприятствуютъ дурныя гигиеническія условія. Енисейцы никогда не моются изъ боязни простуды; умываютъ только лицо изъ общей грязной посуды и моютъ лишь роженцы.

Для содѣйствія разрѣшенію при трудныхъ родахъ практикуется встряхиваніе роженцы за руки и за ноги при помощи 3—4 человекъ; роды происходятъ обыкновенно въ сидячемъ положеніи.

Выборы профессора на кафедру хирургіи въ Томскомъ университетѣ. «Сиб. Жизнь» сообщаетъ, что въ засѣданіи совѣта томскаго университета 18 апрѣля состоялись выборы на вакантную кафедру факультетской хирургіи. На конкурсѣ участвовали: проф. Том. универ. *Мишгъ*, приватъ-доцентъ московскаго университета *Венловскій*, приватъ-доцентъ московскаго же университета *Дзирне*, приватъ-доцентъ томскаго университета *Добромысловъ*, приватъ-доцентъ харьковскаго университета *Филипповъ*.

Кандидатомъ медицинскаго факультета былъ представленъ проф. *Мишгъ*. Однако при баллотировкѣ въ совѣтъ университета проф. *Мишгъ* получилъ 12 избирательныхъ шаровъ и 20 неизбирательныхъ.

Послѣ такого исхода совѣтъ обратился къ баллотировкѣ остальныхъ кандидатовъ, изъ которыхъ приватъ-доцентъ *Венловскій* получилъ 17 избирательныхъ и 14 неизбирательныхъ шаровъ, приватъ-доцентъ *Дзирне* 11 избират. и 20 неизбират., приватъ-доцентъ *Добромысловъ* 8 избир. и 23 неизбирательныхъ и приватъ-доцентъ *Филипповъ* 4 избир. и 27 неизбират. Такимъ образомъ избраннымъ оказался приватъ-доцентъ *Венловскій*.

О дѣятельности хирургическаго отдѣленія благовѣщинской городской больницы. „Амурскій Край“ сообщаетъ, что старшимъ врачомъ городской больницы д-ромъ *Борманомъ* составленъ годовой отчетъ о дѣятельности хирургическаго отдѣленія больницы. Отчетъ этотъ является первымъ за все время существованія отдѣленія и занимаетъ 29 писчихъ листовъ. Отчетъ рисуется всю постановку дѣла, указанія и наблюденія надъ произведенными операціями и леченіемъ послѣоперационнаго періода, указаніе методовъ леченія и операций и пр. Къ отчету приложены таблицы. Всего было больныхъ за 1908 годъ 296 м. 70 ж., изъ нихъ выздоровѣло 212 м. 40 ж., умерло 25 м. 8 ж.

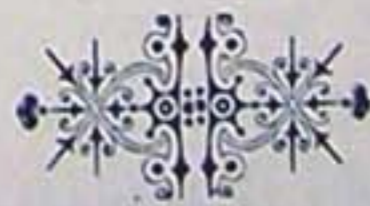
Проведено дней въ больницу всего 7216, что въ среднемъ 19,7. Самое большое количество падаетъ на ноябрь 26 м. 4 ж., декабрь 32 м. 6 ж. и январь 36 м. 14 ж.

По возрасту больные распределяются такъ: 10—20 лѣтъ было 42 м. 13 ж. 20—30 лѣтъ—111 м., 24 ж., 30—40 лѣтъ—119 м., 18 ж. и дальше числа понижаются.

Всего большихъ операцій произведено 88, изъ нихъ въ ноябрѣ наибольшее число 15, августъ 12, апрѣль и июнь по 11. Малыхъ операцій 149, а всего операцій 258, массажей 396, начиная съ августа мѣсяца. Трепанцій черепа 2, ампутацій 11. Чревосѣченій 15, грыжесѣченій 11.

Описаніе операцій разбиты по системѣ заболѣваній отдѣльныхъ органовъ; наблюденія подтверждаются исторіей болѣзни и при каждомъ отдѣлѣ сопровождаются таблицами.

Объ эпидеміи сыпнаго тифа среди переселенцевъ Тобольской губерніи. «Сиб. Вопросы» сообщаютъ, что въ Таборинской вол. Туринскаго уѣзда болѣзнь успѣла уже скопиться въ поселокъ. Изъ 80 душъ 30 человекъ, разнося заразу, разбѣжалось по сосѣднимъ деревнямъ, 25 умерло, остальные настолько больны, что некому пищу готовить, некому ходить за скотомъ. Верхне-Кырымскій поселокъ находится въ самомъ глухомъ углу уѣзда, вдали отъ всякихъ дорогъ и если бы не отставной солдатъ, пославшій въ волостное правленіе лаконическое извѣстіе: «весь поселокъ вымираетъ»—никто бы и не зналъ про тифъ. Врачебной помощи въ этой части уѣзда почти совершенно нѣтъ: одинъ врачъ ушелъ еще въ январѣ, другой въ отпуску, а третій, переселенческій, и такъ-то едва справляется. Интереснѣе всего, что когда помощникъ завѣдующаго переселенческимъ отдѣломъ въ Тобольской губ. просилъ разрѣшить командировку въ Туринскій уѣздъ тюменскаго пунктоваго врача, то изъ Петербурга пришелъ отказъ.



Протоколы О-ва врачей Вост. Сиб. въ г. Иркутскѣ
за 190⁸ г.

ПРОТОКОЛЬ № 6.

(Окончаніе).

4) Въ текущихъ дѣлахъ былъ заслушанъ отказъ д-ра Н. Я. Пешковскаго, въ виду выѣзда его на $\frac{1}{2}$ года, отъ участія въ комиссіи по обследованію Аршана.

Было заслушано приглашеніе О-ва Морскихъ врачей въ Кронштадтѣ, по поводу торжества 50-ти лѣтняго юбилея О-ва.

Постановлено послать привѣтственную телеграмму.

Должено заявленіе вновь открывшагося О-ва Якутскихъ врачей съ просьбой присылки научныхъ трудовъ О-ва. Постановлено исполнить.

Д-ръ Шнейдерманъ сдѣлалъ запросъ Правленію, какъ оно реагировало на посланное въ видѣ „отдѣльнаго мнѣнія“ къ протоколу 25 ноября письмо д-ра А. М. Серебrenникова.

Предсѣдатель доложилъ собранію, что это „отдѣльное мнѣніе“ отпавлено д-ру Серебrenникову обратно съ резолюціей слѣдующаго содержанія.

„Правленіе, ознакомившись съ Вашимъ письмомъ (особое мнѣніе къ протоколу засѣданія Общества Врачей В. С. отъ 25 ноября 1907 г.) пришло къ заключенію, что это не есть во 1) особое мнѣніе къ резолюціи, принятой О-вомъ врачей въ засѣданіи 25 ноября 1908 г., во 2) въ письмѣ не заключается никакихъ поправокъ въ редакціи протокола засѣданія 25 ноября 1908 г., въ 3) оно является попыткой возобновить уже закончившіяся пренія и въ 4) что прочтеніе этого письма въ очередномъ засѣданіи общества повлекло бы неизбежно за собой возобновленіе пренія, тѣмъ болѣе въ Вашемъ отсутствіи. Въ виду всего вышесказаннаго Правленіе Общества возвращаетъ Вамъ Ваше письмо съ тѣмъ, чтобы Вы, если найдете нужнымъ послѣ Вашего пріѣзда въ г. Иркутскъ, съ согласія О-ва и въ Вашемъ присутствіи, возобновили бы уже законченныя пренія.

Подлинное подписали члены Правленія.

Предложенъ въ члены О-ва врачъ Иннокентьевской желѣзнодорожной больницы Николай Ивановичъ Ивановъ—предлагаютъ д-ра И. П. Михайловскій и Патушинскій.

Засѣданіе закрылось въ 11 ч. 25 м.

Предсѣдатель Бергманъ.

Секретарь Г. Патушинскій.

ПРОТОКОЛЬ № 7.

Засѣданія 17 февраля 1909 г.

Присутствовали: Предсѣдатель Бергманъ, секретарь Патушинскій, казначей Брегель, действительные члены О-ва Жученко, Русановъ, Михайловскій Ельяшевичъ, Франкъ-Каменецкій, Федоровъ, Калусовскій, Фрайфельдъ, Поповъ, Гильдебрандъ,

Троицкій, Юргенсенъ, Москвитинъ, Абалаковъ, Заорскій, Соловьевъ, Левенсонъ, Нечаевъ, Шнейдерманъ и Третьяковъ. Гости врачи: Стуковъ, Чечинъ, Шелухинъ, Павловъ, нѣсколько членовъ посторонней публики, представители печати. Засѣданіе происходило въ зданіи Географическаго музея.

1) Былъ прочитанъ и утвержденъ безъ поправокъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Предсѣдатель сдѣлалъ краткое сообщеніе на тему „къ вопросу объ изслѣдованіи источника Аршана“.

Указавъ въ началѣ своего сообщенія на то, что О-во врачей въ данномъ вопросѣ должно интересоваться: 1) какіе и сколько источниковъ имѣются на Аршанѣ; 2) что вода ихъ содержитъ; 3) каковы климатическія и географическія условія мѣстоположенія этого источника; 4) насколько ист. Аршанъ расположенъ выше уровня оз. Байкаль; 5) какова температура воздуха и воды; 6) определеніе осадка; 7) сколько бываетъ солнечныхъ дней за сезонъ; 8) вѣтеръ, барометрическія колебанія и т. д.—докладчикъ сообщилъ далѣе, что, по наведеннымъ имъ справкамъ, такихъ свѣдѣній нѣтъ, но мѣстная метеорологическая обсерваторія охотно идетъ на встрѣчу этому начинанію и можетъ дать лицу, изъявившему согласіе, аппараты для наблюденія съ указаніемъ, какъ съ ними обращаться. По мнѣнію докладчика, само Общество врачей ничего не можетъ сдѣлать въ этомъ вопросѣ, такъ какъ у него нѣтъ для этой цѣли средствъ, поэтому единственнымъ выходомъ изъ этого положенія можетъ быть обращеніе къ частной благотворительности. Лично ему извѣстно, что г. Начальникъ Забайк. жел. дор. въ своихъ заботахъ о больныхъ агентахъ дороги уже обратилъ свое вниманіе на Аршанъ; въ его распоряженіи имѣется специальность химикъ и хорошо оборудованная лабораторія.

Въ виду этого докладчикъ предлагаетъ О-ву, не найдетъ ли оно для себя возможнымъ обратиться съ просьбой къ г. Начальнику дороги о прісылкѣ на Аршанъ химика *теперь же*, такъ какъ необходимо воду изслѣдовать на мѣстѣ, а именно при мерзлой почвѣ. Если бы Общество врачей рѣшило вопросъ въ положительномъ смыслѣ, то желательно рѣшить, въ какой формѣ сдѣлать обращеніе—письменно или Общество поручить это сдѣлать правленію. Постановлено поручить правленію обратиться къ начальнику дороги.