

Сибирская Врачебная Газета

ВЫХОДИТЪ ЕЖЕНЕДЕЛЬНО ВЪ ИРКУТСКѢ

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ П. И. ФЕДОРОВА

при ближайшемъ участіи:

Багашева И. А. (Москва), ф.-Бергмана Г. А. (Иркутскъ), Блюменфельда М. Л. (Иркутскъ), прив.-доц. Бутыгина П. В. (Томскъ), Бормана В. А. (Благовѣщенскъ), проф. Вершинина Н. В. (Томскъ), Делекторскаго Н. И. (Томскъ), проф. Добромыслова В. Д. (Кіевъ), Ельшиевича Б. А. (Иркутскъ), прив.-доц. Зиминова А. Н. (Томскъ), Жаршина А. А. (Иркутскъ), Кирилова Н. В. (Приморская обл.), прив.-доц. Киселя А. А. (Москва), Козьмина М. О. (Омскъ), Корелина В. В. (Томскъ), Крутовскаго В. М. (Красноярскъ), проф. Левашева И. М. (Томскъ), проф. Лобанова С. В. (Томскъ), Михайловскаго И. П. (Иркутскъ), проф. Мъша Вл. М. (Томскъ), Никольскаго Д. П. (Петербургъ), Пескина Я. А. (Иркутскъ), Пешковскаго Н. Я. (Иркутскъ), проф. Поляковскаго М. М. (Томскъ), пр.-доц. Софотерова С. Н. (Томскъ), Спасскаго Н. С. (Томскъ), прив.-доц. Суханова С. А. (Петербургъ), Соколова Н. В. (Томскъ), проф. Тихова П. И. (Томскъ), Франкъ-Каменецкаго З. Г. (Иркутскъ), Фрайфельда А. О. (Иркутскъ), прив.-доц. Чистакова П. И. (Томскъ) и мног. другихъ.

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

Адресъ редакціи: Иркутскъ, Большая, 73.

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

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

Годъ 6-й. Воскресенье 30-го іюня 1913 г. № 26-й.

СОДЕРЖАНІЕ:

А. Болдыревъ. Диагностическое значеніе изслѣдованія спинно-мозговой жидкости для психіатрической клиники.—В. А. Бѣлловскій. Чума и мѣры борьбы съ нею во Внутрен. Киргизск. Ордѣ Астрах. губ. (Окончаніе).—Фельгонъ. Н. К. Шагъ назадъ.—Рефераты. Психіатрія.—Врачебная хроника.—Протоколы Общества Врачей восточной Сибири за 1913 годъ. Объявленія на обложкѣ.

Изъ Томской Окружной Лечебницы для душевно-больныхъ.

Диагностическое значеніе изслѣдованія спинно-мозговой жидкости для психіатрической клиники*).

А. Болдырева.

Не вдаваясь въ подробности историческаго развитія этого метода, я пропущу спорные и неясные вопросы—вопросы, главнымъ образомъ, касающіеся деталей; останавливаясь на данныхъ твердо установленныхъ, по которымъ большинство изслѣдователей пришло къ одному выводу и которые, безъ всякаго сомнѣнія, имѣютъ практическій интересъ.

Техника самаго прокола въ высшей степени проста и, думаю, останавливаться на ней нѣтъ

*) Изъ отчета о научной командировкѣ.

нужды; инструментарій ограниченъ—игла въ 7 смт. длиной и пробирка..

Говоря объ ограниченности инструментарія, я имѣю въ виду только бѣлковую реакцію *Nonne-Apelt'a*; для болѣе детальнаго изученія форменныхъ элементовъ спинно-мозговой жидкости требуется центрифуга съ числомъ оборотовъ около 2000 въ минуту, камера Фукса-Розенталя... Впрочемъ, объ этомъ я буду подробнѣе говорить ниже.

Длина иглы должна быть не менѣе 7 смт.; что касается толщины ея, то чѣмъ тоньше, тѣмъ лучше, конечно, до известнаго предѣла; иглы должны быть платиновыя: не окисляясь онѣ остаются одинаково острыми долгое время, тупой конецъ иглы заканчивается оливой, удобной для соединенія съ резиновой трубкой, отверстіе въ оливѣ имѣетъ видъ усѣченнаго конуса, что даетъ возможность соединять ее съ аппаратомъ *Кренша*; къ игламъ должны быть плотно пригнаны стальные стержни, которые, съ одной стороны, играютъ роль пробокъ и не даютъ возможности истекать жидкости раньше времени, а съ другой—гибкая сталь не позволяетъ сминаться и очень тонкой платиновой иглѣ и, съ третьей, точно соотвѣствуя сръзу иглы, стержень препятствуетъ ея засоренію въ моментъ вкола.

Описанная игла, соединенная съ остроконечной пробирочкой, плотно закрытой резиновой пробкой, гарантируетъ стерильное взятіе спинно-мозговой жидкости.

Описание изслѣдованія спинно-мозговой жидкости начну съ самой простой, съ самой несложной, доступной для производства въ обыкновенной участковой больницѣ, т. е. съ бѣлковой реакціи *Nonne-Apelt'a*.

Первая обстоятельная работа о спинно-мозговой жидкости принадлежит *Ковику*, но съ тѣхъ поръ почти втеченіе 30 лѣтъ этимъ вопросомъ занимались мало и только въ послѣдніе полтора десятка лѣтъ, благодаря, главнымъ образомъ,

французамъ, снова обратили вниманіе на спинно-мозговую жидкость.

Нормальная спинно-мозговая жидкость прозрачна, слабо щелочной реакціи, удѣльный вѣсъ ея около 1007, она содержитъ 0,8% неорганическаго твердаго осадка и 0,2% бѣлковъ, главнымъ образомъ глобулиновъ; форменныхъ элементовъ крайне незначительное количество.

Въ концѣ прошлаго столѣтія въ литературѣ стали появляться указанія, что при воспалительныхъ явленіяхъ центральной нервной системы количество бѣлка въ спинно-мозговой жидкости бываетъ увеличено.

Въ 1903 году Guillaing et Parant положили начало реакціи, которая теперь именуется Нонне-Апельта.

Нормальная спинно-мозговая жидкость при кипяченіи опалесцируетъ; если по охлажденіи осадить муть сѣрно-кислой магnezіей, то вторичное кипяченіе жидкости не мѣняетъ ея прозрачности; совсѣмъ другое получается при кипяченіи жидкости, взятой у паралитиковъ и табетиковъ: при первомъ кипяченіи получается густая муть, точно такой же результатъ получается и при вторичномъ кипяченіи отфильтрованной жидкости.

Въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ сказанное авторами подтвердилось; такъ, въ 1905 году Deroulait, изслѣдуя спинно-мозговую жидкость одиннадцати паралитиковъ, нашель, что количество бѣлка колеблется стъ 0,65% до 3% на 1000.

Въ томъ же году Кутнеръ опубликовалъ свои изслѣдованія, произведенныя на значительномъ матеріалѣ; онъ обследовалъ спинно-мозговую жидкость у 102 больныхъ и пришелъ къ заключенію, что во всѣхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича количество бѣлка въ спинно-мозговой жидкости увеличено.

Въ 1907 году Нонне и Апельтъ опубликовали свой методъ изслѣдованія спинно-мозговой жидкости, который по важности въ смыслѣ діагностическомъ въ настоящее время ставится на ряду съ реакціей Вассермана и цитологическимъ изслѣдованіемъ.

Шагъ назадъ.

Въ концѣ прошлаго года въ газетахъ промелькнуло коротенькое извѣстіе о томъ, что въ Читѣ оставили службу сразу два переселенческихъ врача вѣдствіе примѣненія на практикѣ новыхъ правилъ, по которымъ они оказались подчиненными подрайонному чиновнику, не получившему высшаго образованія.

Конечно, такое сообщеніе произвело бы болѣе сильное впечатлѣніе, если бы было прибавлено, что въ Забайкальскомъ переселенческомъ районѣ всѣхъ врачей только и состояло два.

По пока такое явленіе оказывается все-же, какъ бы, единичнымъ. Почему же это? Или итъ болѣе принципиальныхъ врачей? Или парализована возможность повторенія подобныхъ случаевъ?

Методъ Нонне-Апельта основанъ на томъ, что въ концентрированныхъ растворахъ солей альбумины растворяются, а глобулины нѣтъ, и состоятъ въ полунасыщеніи спинно-мозговой жидкости сѣрно-кислымъ аммоніемъ.

Такъ какъ для насыщенія въ водѣ ammonium sulfuricum растворяется въ отношеніи 1:2, то для полунасыщенія его нужно брать въ отношеніи 1:4.

Можно производить изслѣдованіе спинно-мозговой жидкости при помощи готоваго насыщеннаго раствора сѣрно-кислаго аммонія, беря равные объемы жидкостей.

Если въ продолженіе первыхъ трехъ минутъ появится муть или опалесценція, то, по словамъ автора, реакція считается положительной—это Ph. 1.

Для полученія Ph. 2 муть отфильтровываютъ, подкисляютъ жидкость и подогреваютъ до кипѣнія. (Для производства бѣлковой реакціи необходимо, чтобы сѣрно-кислый аммоній не давалъ кислой реакціи—слѣдуетъ употреблять препаратъ Мерка).

Какова же діагностическая цѣнность даннаго метода?

Сначала посмотримъ, что говорятъ авторы метода, а потомъ разберемъ нѣкоторые методы другихъ изслѣдователей.

Апельтъ полагаетъ, что указанный способъ даетъ возможность дифференцировать спинно-мозговую неврастенію съ сифилисомъ въ анамнезѣ съ одной стороны и неврастенической періодъ прогрессивнаго паралича съ другой; кромѣ того, помощью этой реакціи можно различать принадлежности эпилепсіи отъ припадковъ прогрессивнаго паралича.

Въ 1909 году Нонне на основаніи огромнаго матеріала, (имъ было сдѣлано около 1000 изслѣдованій), сравнивая результаты бѣлковой реакціи съ обнаруженіемъ лимфоцитоза, пришелъ къ выводу, что Ph. 1 всегда отрицательно для спинно-

Для Сибири переселенческая медицина является зачаткомъ той нормы подачи врачебной помощи населенію, которая выработана для центра земскими учрежденіями. Переселенческое вѣдомство, относительно, не жалѣло средствъ на развитіе медицинской части въ уровенъ съ запросами дня и можетъ во многихъ мѣстахъ грдиться постановкой этого дѣла, успешной борьбой съ эпидеміями и такимъ оборудованіемъ больницъ, о какомъ старая сельская медицина не смѣетъ и мечтать.

Казалось, что въ дѣлѣ обезпеченія медицинскою помощью и привлеченія къ работѣ на этомъ поприщѣ не лукавыхъ, а дѣйствительныхъ, тружениковъ для переселенческой организациіи предстоить лишь путь неизмѣннаго совершенствованія.

Отъ главнаго переселенческаго управленія еще недавно печатались призывы въ „Русскихъ Вѣдомостяхъ“ съ приглашеніемъ

мозговой неврастении съ сифилисомъ въ прошломъ, лимфоцитозъ же въ такихъ случаяхъ встрѣчался въ 40%.

Выводы названныхъ авторовъ были подтверждены цѣлымъ рядомъ изслѣдователей; не останавливаясь подробно на всѣхъ работахъ, сошлюсь только на нѣкоторыя.

Еще въ 1903 году французы *Guillain et Parant*, изслѣдуя спинно-мозговую жидкость при различныхъ заболѣваніяхъ, констатировали увеличение бѣлка при прогрессивномъ параличѣ. Въ 1905 году *Deroubaix*, изслѣдуя спинно-мозговую жидкость у 11 паралитиковъ, у всѣхъ констатировала увеличение бѣлка, имъ же была изслѣдована спинно-мозговая жидкость у 13 больныхъ съ юношескимъ слабоуміемъ и 6 эпилептиковъ, при чемъ количество бѣлка у больныхъ двухъ послѣднихъ категорій оказалось неувеличеннымъ. Въ томъ же году *Kutner* опубликовалъ работу, въ которой говорить, что при прогрессивномъ параличѣ количество бѣлка въ спинно-мозговой жидкости всегда увеличено, но авторъ не считаетъ возможнымъ на основаніи увеличенія бѣлка ставить діагнозъ прогрессивнаго паралича и полагаетъ, что отсутствіе бѣлка въ спинно-мозговой жидкости имѣетъ большое значеніе, какъ дѣлающее діагностику прогрессивнаго паралича менѣе вѣроятной.

Richter, оцѣнивая діагностическое значеніе реакціи *Нонне-Апельта*, говорить, что эта реакція не даетъ возможности постановить или исключить прогрессивный параличъ, но, если принять во вниманіе, что неподвижность зрачковъ при прогрессивномъ параличѣ встрѣчается въ 60%, а бѣлковая реакція въ 99%, то значеніе ея становится яснымъ.

На съѣздѣ сѣверо-германскихъ психіатровъ въ 1909 году *Вассермейеръ* доложилъ результаты своихъ изслѣдованій, гдѣ онъ приходитъ къ выводамъ, согласнымъ съ *Нонне и Апельтомъ*, что страданіе нервной системы на почвѣ сифилиса во всѣхъ случаяхъ даютъ увеличеніе бѣлка и положительную пробу *Нонне-Апельта*.

на службу врачей для завѣдыванія больницами на „земскихъ условіяхъ“ работы.

И вдругъ диссонанс-горькая иллюстрація невозможности для чуткаго работника мириться съ „новыми правилами“!

Въ чемъ дѣло?

„Новыя правила“ — только ловкій маневръ, предложъ для „особой складки“ чиновниковъ, чтобы „выжить“ непокладистыхъ врачей.

Переселенческая организація знаетъ *два тѣла врачей*. По линіи движенія переселенческой волны съ 1906—1907 годовъ пришлось спѣшно формировать врачебно-пропускные и питательные пункты; на нихъ производилась регистрація проходящихъ партій въ цѣляхъ статистическихъ, отбирались заразные больные для остановки и леченія, выдавались нуждающимся путевые совѣты, даже мелкія есуды, оказывалась амбулаторная помощь за-

На томъ же съѣздѣ *Нонне*, говоря о діагностикѣ парасифилитическихъ заболѣваній, думаетъ, что ни одна изъ новѣйшихъ реакцій (лимфоцитозъ, реакція *Вассермана* и проба на сульфатъ аммонія) не имѣютъ рѣшающаго значенія для дифференціального діагноза между органическими на почвѣ сифилиса и функциональными заболѣваніями нервной системы, но всѣ вмѣстѣ взятая говорить съ несомнѣнностью за определенное заболѣваніе.

Во всякомъ случаѣ присутствіе бѣлка въ спинно-мозговой жидкости при наличности клиническихъ симптомовъ дѣлаетъ діагностику прогрессивнаго паралича болѣе вѣроятной, чѣмъ безъ пробы на сѣрно-кислый аммоній. Изъ русскихъ авторовъ укажу на работу *д-ра Бялкова* и статью *д-ра Мацкевича*.

Въ 7 случаяхъ несомнѣннаго прогрессивнаго паралича *д-ръ Бялковъ* при производствѣ реакціи *Нонне-Апельта* получилъ ясную муть еще до полного растворенія аммонія; въ двухъ случаяхъ, гдѣ были даныя думать о сифилисѣ мозга, реакція оказалась положительной. Изслѣдуя спинно-мозговую жидкость у страдающихъ раннимъ слабоуміемъ и эпилепсией, авторъ бѣлковой реакціи не получалъ; правда, въ одномъ случаѣ эпилепсія и двухъ—юношескаго слабоумія онъ встрѣтилъ нѣкоторое подобіе положительной реакціи *Нонне-Апельта*, но, если считать характерной для истинно положительной реакціи быстроту ея полученія, то придется сказать, что въ указанныхъ случаяхъ реакціи *Нонне-Апельта* не имѣлось.

Въ послѣднее время *Lange* предложенъ болѣе тонкій методъ для обнаруженія бѣлковыхъ тѣлъ въ спинно-мозговой жидкости. Практически я съ этимъ методомъ не знакомъ, а потому ограничусь лишь объясненіемъ идеи этой реакціи.

Растворъ коллоидальнаго золота при дѣйствіи на него хлористаго натра даетъ хлопьевидный осадокъ, присутствіе бѣлка препятствуетъ выпаденію осадка. Различныя бѣлки обладаютъ этой способностью въ различной степени, но всегда въ определенной для даннаго вида бѣлка. Эта

болѣвшимъ, отпускались горячая пища и молоко дѣтямъ, а иногда и ослабѣвшимъ взрослымъ.

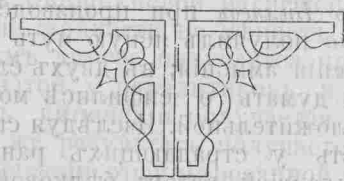
Всѣ такія операціи поручались врачамъ или студентамъ-медикамъ старшихъ курсовъ. И дѣло шло вездѣ успѣшно, персоналъ выполнялъ самыя сложныя административныя требованія, работая и днемъ, и ночью, не считаясь „часами работы“, а чувствуя обязанность всегда быть готовымъ къ труду, какъ на войнѣ, на голодѣ или на эпидеміи. Изъ такихъ кадровъ испытанныхъ неистомчивымъ трудомъ образовались врачи—хозяева медицинскаго и больничнаго дѣла. Имъ переданы—особенно по Западной Сибири—больницы въ полное распоряженіе, такъ какъ фактически эти же врачи подавали указанія, чѣмъ обставить растущія больницы, какія постройки возводить, по какому плану и пр. Авторитетъ этихъ врачей стоялъ всегда высоко въ глазахъ коллегъ-чиновниковъ пере-

степень препятствовать осаждению может быть точно вычислена. Определяют, сколько миллиграммов данного бѣлка предохраняютъ 5 к. см. коллоидальнаго золота отъ осаждения 0,5 к. см. 10⁰ хлористаго натра.

Нормальная спинно-мозговая жидкость, разведенная 0,4⁰ хлористымъ натромъ, не измѣняетъ краснаго цвѣта золота, появленіе осадка указываетъ на патологическій процессъ.

При сифилитическихъ пораженіяхъ нервной системы эта реакція идетъ параллельно лимфоцитозу, но появляется гораздо раньше его; иногда этимъ способомъ можно опредѣлить заболѣваніе нервной системы еще во второмъ періодѣ сифилиса, когда никакихъ другихъ признаковъ, указывающихъ на пораженіе мозга, не имѣется.

(Окончаніе слѣдуетъ.)



ЧУМА и мѣры борьбы съ нею во Внутрен. Киргизск. Ордѣ Астрах. губ.

В. А. Бѣлиловскаго.

*Инспектора Губернскаго Врачебнаго Инспектора.
(Бывш. старшаго врача Внутр. Киргизск. Орды).*

(Окончаніе).

7) Необходимо увеличеніе числа административныхъ лицъ (депутатовъ), какъ болѣе интеллигентныхъ элементовъ, или уменьшить такія громадныя единицы, какъ части, а кандидатовъ стар-

шинъ сдѣлать на жалованьи и число ихъ увеличить. Принятіе мѣръ и оповѣщеніе въ зависимости часто отъ маленькаго административнаго лица—старшины или его кандидата—ибо киргизъ извѣщаетъ прежде всего его; часто за отсутствіемъ таковыхъ на мѣстахъ, киргизу некого увѣдомить и, такимъ образомъ, проходитъ много дней.

8) Необходимо поднять культуру населенія путемъ увеличенія школъ и ихъ удовлетворительной постановки; чтобы ни говорили, а просвѣщеніе—главный пособникъ въ дѣлѣ борьбы съ заразными болѣзнями.

9) Необходимо объединить санитарную организацію степей Астраханской губернии и Уральской области, хотя въ лицѣ одного инспектора медицинской части обѣихъ степей, обязанности котораго можетъ исполнять одинъ изъ старшихъ врачей киргизскихъ степей, какъ то имѣется уже для сѣвернаго побережья Чернаго моря, гдѣ инспекторъ карантинныхъ несетъ обязанности главнаго врача Одесскаго карантиннаго.

Вотъ при улучшеніи хотя бы нѣкоторыхъ изъ вышесказанныхъ ингредиентовъ врачебно-санитарная организація будетъ вполне на высотѣ своей задачи.

О. Административныя мѣры.

Въ 1908 г. въ отчетѣ о Саралджинской чумной эпидеміи мы писали: „несомнѣнно и не можетъ быть двухъ мнѣній о томъ, что административная власть должна быть на мѣстѣ эпидеміи, и она является первою и главною помощницею медицинскаго персонала въ дѣлѣ прекращенія эпидеміи“. Теперь мы можемъ только подтвердить эту мысль.

Мѣстная администрація, какъ высшая, такъ и низшая, была на высотѣ своей задачи; депутаты, правители, старшины, направляемые высшимъ своимъ начальствомъ, работали буквально день и ночь для наибыстрѣйшаго исполненія предъявленныхъ нами требованій; приходилось сдѣлать рас-

селенческихъ, умѣвшихъ цѣнить ихъ самостоятельность въ дѣлѣ врачебно-продовольственномъ. Администраторы считали даже удобствомъ, что врачи брали на себя и хозяйственныя функціи, и бухгалтерію, шли на встрѣчу упрощеніямъ отчетности, выдвигая на первый планъ возможность всегда произвести фактическую контрольную ревизію, какъ гарантію заботливаго веденія дѣла. Администраторы были довольны тѣмъ обстоятельствомъ, что у нихъ остается больше времени для выполненія другихъ служебныхъ задачъ.

О такомъ типѣ врачей было осведомлено Главное Управленіе, такое направленіе въ постановкѣ врачебно-продовольственнаго дѣла считалось соотвѣтственнымъ видамъ центра, такъ какъ дало очевидные результаты успѣшнаго появленія и развитія больничнаго дѣла по образцу земствъ.

По въ Восточной Сибири—на мѣстахъ

водворенія переселенцевъ—инымъ путемъ эволюціонировала медицина. Здѣсь превалирующая роль выпадала чиновнику-администратору: онъ не чувствовалъ особой надобности въ широкой или въ самостоятельной постановкѣ больничнаго дѣла, ставилъ выше всего свои канцелярскія функціи, вѣрилъ въ то, что простой народъ привыкъ цѣнить свою жизнь или здоровье дѣтей невысоко, опасности отъ распространенія эпидемическихъ болѣзней не признаетъ, полагая, что все зависитъ отъ „воли Божіей“. Такой пунктовый чиновникъ часто поддерживалъ даже мысль о томъ, что всѣ стѣснительныя мѣропріятія по случаю инфекціонныхъ заболѣваній составляютъ моду, обязательны для интеллигенціи въ городахъ, а для деревенскихъ жителей излишни. Также точно и къ больницѣ такіе чиновники относились съ предубѣжденіемъ, что въ ней готовы лежать тунеядцы, худшій элементъ переселенія, что врачи естественно склонны преувеличивать

пораженіе вечеромъ, или даже ночью, о доставленіи кибитокъ, комплектовъ бѣлья и платья, утвари, обоза и проч. и къ утру, точно по щучьему велѣнію, все готово.

Для извѣстной стройности и согласованности въ работѣ мы проводили свои распоряженія административнаго характера только по соглашенію или съ председателемъ временнаго совѣта А. Ю. Вольферцемъ, если онъ былъ въ зараженномъ урочищѣ, или чрезъ начальника оцѣпленія, каковыми были совѣтники временнаго совѣта, который уже отъ себя и отдавалъ всѣ приказанія. Вообще все, что дѣлалось въ оцѣпленномъ районѣ, должно было быть извѣстнымъ начальнику оцѣпленія, который и находился всегда вмѣстѣ съ нами для удобства сношеній.

Въ будущемъ желательно было бы, чтобы такъ и шло: старшій врачъ и вообще медицинскій персоналъ всѣ свои распоряженія административнаго характера долженъ отдавать только чрезъ административныхъ лицъ, и все, что ни дѣлается въ районѣ оцѣпленія, должно быть извѣстнымъ начальнику оцѣпленія, какъ высшему административному лицу при старшемъ врачѣ.

Положенія.

1) Во всѣхъ бывшихъ вспышкахъ чумы въ Букеевской Ордѣ подавляющее большинство заболѣваній было легочною формою чумы.

2) Чума, начавшись въ концѣ октября 1909 г., захвативъ 116 сл. заболѣваній, съ 115-ю смертельными исходами и 1-мъ выздоровленіемъ, окончилась 16-го февраля 1910 г.

3) Извѣстіе о заболѣваемости, запоздавшее въ начальномъ періодѣ, въ послѣдующихъ было почти немедленное и чрезъ медицинскій персоналъ.

4) Клинической и патолого-анатомической діагнозы подтверждался и бактериологически, причемъ въ началѣ эпидеміи діагнозъ подтверждался экспериментально на животныхъ

значеніе больницъ, склонны вызвать въ кочуящемъ народѣ охоту валяться на казенный счетъ въ больницахъ, а посему такія тенденціи необходимо сдерживать, т. к. расходы на больничное дѣло могутъ быстро вырасти до нежелательныхъ размѣровъ. На встрѣчу такимъ стремленіямъ—сузить больничное дѣло и тормозить его развитіе—пошли и нѣкоторые врачи. Во многихъ пунктахъ, гдѣ създавна уже существовали переселенческіе агенты, особенно въ городахъ, состояли переселенческимъ врачами совмѣстители. Иногда это званіе принималъ городской или тюремный врачъ, иногда ближайшій военный. Во всякомъ случаѣ коренную службу несъ фельдшеръ, подносявшій врачу на подпись требованія и вѣдомость, а врачъ удѣлялъ немногіе часы посѣщеній пункта на осмотръ больныхъ, умѣвшихъ терпѣливо дожидаться приѣма, и спѣшилъ въ другое мѣсто на практику. Во многихъ мѣстахъ такіе врачи,—сводившіе свою роль до чисто-лечебной

5) Нѣтъ никакой особой необходимости въ высылкѣ органовъ для установки діагноза въ какую-либо центральную бактериологическую лабораторію; высылка эта небезопасна и органы приходятъ въ сильно измѣнившемся видѣ.

6) Полученіе чистыхъ культуръ, имѣющее высокое научное значеніе, должно быть обставлено съ такою чрезвычайной педантичностью въ солидной лабораторной обстановкѣ, чтобы назначенный для сего опытный специалистъ бактериологъ былъ огражденъ отъ возможныхъ вышнихъ несчастныхъ случайностей и чтобы онъ ничѣмъ инымъ на эпидеміи не отвлекался.

7) Желательно, чтобы для пользы дѣла и всесторонняго изученія эпидемиологіи чумы, бактериологическія изслѣдованія производились на массѣ эпидеміи специальнымъ бактериологомъ, свободнымъ отъ всякихъ другихъ обязанностей.

8) Инкубационный періодъ чумы тянется отъ нѣсколькихъ часовъ до 14 дней. Посему срокъ обсервации желательно установить прежній—до 10-ти дней.

9) Клиническое теченіе чумы указываетъ, что на нее слѣдуетъ смотрѣть, какъ на остро-инфекционную болѣзнь съ рѣзкимъ пораженіемъ всей нервной системы, особенно симпатическихъ центровъ и центровъ сердца, пораженіемъ всей воздухоносной системы, перерожденіемъ железистыхъ органовъ съ послѣдующей нитоксикаціей организма продуктами жизнедѣятельности чумныхъ бактерий.

10) Терапія безсильна и ничтожна при легочной формѣ чумы.

11) Мужчины болѣютъ чумою чаще женщинъ; дѣти болѣютъ мало (18,87%), а грудные младенцы не болѣютъ; средний возрастъ—отъ 20 до 50 л.—болѣеть въ 53,3%.

12) Первые случаи чумы 1908—1909 г.г. заносны.

функции тѣхъ элементовъ, которые къ нимъ обращались,—привились настолько, что съ повышеніемъ окладовъ жалованья отъ переселенческаго управленія перешли окончательно на службу переселенческую. Но они такъ привыкли къ старому своему положенію, что не захотѣли взять на себя хозяйственную часть, заявивъ, что врачебное дѣло—у постели больного, но не на кухнѣ... Правда, что многіе изъ нихъ не квіетисты на дѣлѣ, а выработанные специалисты—окулисты, хирурги: они сумѣли потребовать благоустройства операционныхъ, снабженія больницъ инструментами, сумѣли въ новыхъ условіяхъ производить трудныя операціи, поднять „технику“ леченія для переселенцевъ по сравненію съ тѣмъ, что ранѣе выпадало на долю старожиловъ-крестьянъ. Но рядомъ съ заботой о больницѣ эти врачи индифферентно относились къ санитарнымъ вопросамъ района, къ борьбѣ съ эпидеміями, къ употребленію больничнаго кредита, считая

13) Точно сказать—эндемична или заносна чума—еще пока нельзя. Несомненно, что обь степи—Астраханская и Уральская—заражены и другъ друга заражаютъ. Надо думать, что чума занесена въ русскіе поселки Астраханской губ. и отсюда перешла и въ Донскую область. Вообще же чума приходитъ съ Дальняго Востока и Перси.

14) Зараза распространяется въ степныхъ областяхъ и губерніяхъ юго-востока Россіи, главнымъ образомъ, людьми, вещами, платьемъ и пр. Проф. Мещниковъ полагаетъ, что въ вещахъ находятся носители бациллъ (клеши или какое другое насекомое), въ которыхъ чумный бациллъ живетъ очень долго и т. о. передается зараза и происходитъ вспышки чумы.

15) Роль грызуновъ для степей не доказана равно не доказано, чтобы чумою болѣли и ее распространяли верблюды и др. животныя, ибо легочная чума передается главнымъ образомъ людьми и вещами.

16) Нечистоплотность, низкая степень культуры киргизъ, скученность, паразиты и прочія антигигиеничныя условія жизни ихъ способствуютъ распространенію инфекціонныхъ заболѣваній среди киргизъ.

17) Концентрація медицинскаго персонала происходила быстро, какъ только получалось увѣдомленіе, и чрезъ 2—3 дня по полученіи извѣстія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и въ тотъ-же день медико-административный персоналъ уже работалъ на мѣстѣ эпидеміи.

18) Въ самыхъ очагахъ эпидеміи работалъ только киргизскій медицинскій персоналъ, за исключеніемъ Врачебнаго Инспектора *Антаева*, бывшего на Бейсъ-Кулакѣ. Командированіе персонала извнѣ должно производиться только въ случаѣ нужды, ибо командированные прѣзжаютъ поздно и незнакомы ни съ мѣстностью, ни съ условіями.

19) Концентрація персонала идетъ по извѣстному плану, который мѣняется сообразно даннымъ условіямъ.

неделикатнымъ знакомиться съ подробностями хозяйства, состоящаго въ вѣдѣніи пунктоваго чиновника. А послѣдній не только привыкъ не тяготиться хозяйственной частью, но обыкновенно входилъ во вкусъ закупокъ, хозяйственной распорядительности, ставя себя даже въ особую заслугу мелкіе успѣхи въ хозяйственномъ отношеніи, какъ эквивалентъ дефектовъ, и крупныхъ, въ прочихъ отрасляхъ дѣятельности.

Надо сказать, что съ эгоистической точки зрѣнія лучше жилось врачамъ второго типа: во-первыхъ, они отдавали меньше времени службѣ и имѣли возможность сохранить частную практику, если даже не увеличить ее пріемомъ въ больницу платныхъ оперируемыхъ; во-вторыхъ, для нихъ устраивались лучшія квартиры, съ большими удобствами т. к. въ тѣхъ больницахъ, гдѣ хозяйство было въ рукахъ врачей, первыя средства всегда намѣчались на расширеніе и улучшеніе больницъ; въ третьихъ, эти врачи были

20) Устройство эвакуаціоннаго лагеря является значительнымъ улучшеніемъ въ борьбѣ съ эпидеміей.

21) Трупы умершихъ отъ чумы, представляющіе значительную опасность, должны быть сжигаемы, если условія мѣста и времени не позволяютъ точно и педагогично провести погребеніе ихъ

22) Обслѣдованіе фельдшерскими отрядами населенія въ окружности зараженныхъ очаговъ, не представляя существенной пользы, желательно для выясненія вообще санитарнаго барометра окружной мѣстности въ данный моментъ.

23) Эвакуація и изоляція производилась детально и строго съ полнымъ обмываніемъ и перекладываніемъ.

24) Принята была система внутреннихъ карантинныхъ и частично—внѣшней.

25) Зараженные землянки и кибижки съ ихъ имуществомъ, какъ неподдающіяся дезинфекціи, сжигались, обсервируемая—дезинфекцировалась въ предѣлахъ существующей для этого возможности. Химическая дезинфекція въ степяхъ или неблагоустроенныхъ селахъ должна быть оставлена, какъ совершенно ненадежная. Вещи, платье и пр. должно быть широко и абсолютно сжигаемо съ немедленной уплатой по дѣйствительной стоимости, при чемъ въ распоряженіе губернаторовъ долженъ быть отпущенъ для его постоянно пополняемый особый кредитъ, расходваніе коего на мѣстѣ должно быть при участіи фактическаго контроля.

26) Предохранительныя прививки Хавкинской лимфы не производились, а противочумной сыворотки—широко. Надо думать, что въ сывороткѣ мы имѣемъ средство, до нѣкоторой степени предохраняющее отъ заболѣванія чумою.

27) Лечебное дѣйствіе сыворотки при легочной чумѣ сводится къ нулю.

28) Санитарное состояніе жилищъ, особенно зимою—чрезвычайно неблагоприятно.

пріятіе для сослуживцевъ, т. к. относились снисходительно къ исполненію большичныхъ требованій хозяйственныхъ и служебныхъ, считая, что недочеты не ложатся на нихъ, и они не вправѣ настаивать на выполненіи каждаго своего требованія, т. к. дѣло согласованія расходовъ со смѣтою и съ контрольными правилами—очень сложное, требующее большого вниманія и массы времени для тщательнаго выполненія формальностей,—а потому надо мириться съ тормазами живому дѣлу. Утѣшались эти врачи тѣмъ, что въ „сельской медицинѣ“ еще больше тормозовъ и худшія общія условія службы.

Н. К.

(Продолженіе слѣдуетъ).



29) Деятельность медицинского персонала на наблюдательных пунктах ограничивается подачею медицинской помощи окружному населению, обследованием его въ радиусъ на 15 верстъ, съ обращеніемъ особаго вниманія на семьи, гдѣ были чумныя заболѣванія, и въ устраненіи могущихъ быть недочетовъ по мѣропріятіямъ на данномъ очагѣ. Въ случаѣ появленія заболѣваній— въ принятіи необходимыхъ мѣръ.

30) Вся Орда была обследована врачебно-фельдшерскихъ персоналомъ.

31) Въ Уральскую область чума занесена также, какъ и въ Киргизскую степь. На обѣ степи надо смотрѣть, какъ на одну, и мѣропріятія должны быть общими.

32) Врачебная организація освѣтила санитарное положеніе степи, до того неизвѣстное.

33) Всѣ инфекціонныя заболѣванія въ степи въ предѣлахъ возможности, при существующемъ персональ, обследуются.

34) Бактеріологическое изученіе инфекцій степи производится въ предѣлахъ возможности.

35) Эпидемическій складъ въ Ханской Ставкѣ недостаточенъ по размѣрамъ—необходимо его расширить и устроить отдѣленіе въ Казанкѣ, въ Бекетаѣ и въ Бекѣ-Мухамедовѣ; въ одномъ изъ уѣздныхъ городовъ Астрах. губ. и заражен. ч. Донской и Уральской областяхъ. Склады должны быть широко оборудованы и пополняемы. При складахъ необходимо имѣть автобусы, пригодные для степей.

36) Необходимо увеличить сѣть школъ и желательнo широкое распространеніе гигиеническихъ свѣдѣній въ степи путемъ продолженія раздачи брошюръ и листовъ на киргизскомъ языкѣ.

37) Врачебная и фельдшерская помощь слишкомъ еще разбросаны по степи и не могутъ, при такомъ составѣ, въ достаточной мѣрѣ справиться съ предстоящею ей широкою задачею оздоровленія степи; этимъ самымъ постепенно уменьшить заболѣваемость инфекціонными болѣзнями и прекратить вспышки чумы.

38) Для правильной постановки лечебнаго дѣла больницы необходимы; а, имѣя при нихъ разное отдѣленіе, врачи детально могутъ ознакомиться, изучить всѣ инфекціи въ степи не только клинически, но и бактеріологически.

39) Желательно устройство хотя бы самыхъ небольшихъ бактеріологическихъ лабораторій при каждомъ участкѣ и каждый участковый врачъ долженъ получить командировку для научнаго усовершенствованія вообще и изученія бактеріологіи, хотя бы въ такомъ масштабѣ, чтобы онъ могъ и діагнозъ поставить, и заняться изученіемъ различныхъ появляющихся въ степи инфекціонныхъ болѣзней, по примѣру сельскихъ врачей Астраханской губерніи. Бактеріологическія лабораторіи, предложенныя главнымъ врачебнымъ управленіемъ, недороги и ими могутъ быть снабжены всѣ участковые врачи.

40) Кроме того, желательно при каждомъ врачебномъ участкѣ имѣть дезинфекціонную камеру (типа-ли д-ра Прохорова или другого), но нельзя допустить, чтобы больница была безъ дезинфекціонной камеры.

41) Необходимо провести въ жизнь санитарно-попечительскую организацію, которая была нами проектирована и утверждена.

42) Необходимо ввести обязательную регистрацію смертности и рождаемости, такъ какъ такимъ путемъ мы также будемъ имѣть достаточныя свѣдѣнія о санитаріи той или иной части.

43) Необходимо увеличеніе числа административныхъ лицъ (депутатовъ), какъ болѣе интеллигентныхъ элементовъ, или уменьшить такія громадныя единицы, какъ части, а кандидатовъ старшинъ сдѣлать на жалованьѣ и число ихъ увеличить. Принятіе мѣръ и оповѣщеніе въ зависимости часто отъ маленькаго административнаго лица—старшины или его кандидата,—ибо киргизъ извѣщаетъ прежде всего его; часто за отсутствіемъ таковыхъ на мѣстахъ киргизу некого увѣдомить и такимъ образомъ проходитъ много дней. Необходимо: а) увеличить число врачебныхъ участковъ и фельдшерскихъ приемныхъ покоевъ; б) удвоить содержаніе всему медицинскому персоналу угрожаемыхъ мѣстностей; в) застраховать его жизни; г) сдѣлать службу въ степяхъ особо привилегированною; д) увеличить бюджетъ больницъ.

44) Необходимо поднять культуру населенія путемъ увеличенія школъ и ихъ удовлетворительной постановки; чтобы ни говорили, а просвѣщеніе—главный пособникъ въ дѣлѣ борьбы съ различными болѣзнями. Крайне важно организовать въ степяхъ (Букеевой и Уральской, Закасп. обл. и др.) ветеринарно-санитарную организацію для широкаго обследованія животныхъ въ степи.

45) Для зараженныхъ мѣстъ необходимо организовать одну противочумную врачебно-ветеринарно-санитарную организацію, вѣдающую всю чумную борьбу и разрабатывающую всѣ научно-практическіе вопросы, связанные съ мѣрами по прекращенію чумныхъ вспышекъ на всемъ юго-востокѣ Россіи.



РЕФЕРАТЫ.

Психіатрія.

Dr. Heilig. Обь алкогольныхъ психозахъ (по материалу психіатрической и первой клиники университета въ Страсбургѣ за 1906—1910 г.).

Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie. V. 10. N. 1—2 1912 г.)

Авторъ наблюдалъ 238 случаевъ алкогольныхъ психозовъ—8,2% всѣхъ прошедшихъ черезъ клинику душевно-больныхъ. Изъ нихъ—83,2% мужчинъ и 16,8% женщинъ. Алкоголики къ больнымъ своего пола составляютъ 13,5%, алкоголички—2,7%. Рецидивы алкогольныхъ заболѣваній мужчины даютъ въ 10%, женщины въ 21%. У мужчинъ теченіе психозовъ болѣе

острое, у женщин замѣтнѣе выдвигается психическая дегенерация въ основѣ алкоголизма. Наслѣдственное предрасположеніе отмѣчено въ 17,9% (значительно ниже другихъ изслѣдователей), чистая алкогольная наследственность приблизительно въ трети этихъ случаевъ. Въ 20% параллельно наблюдались неалкогольная душевныя расстройства. Часто прирожденное слабоуміе и психопатическая дегенерация. У мужчинъ часто эпилепсія, у женщинъ истерія. Маниакально-депрессивный психозъ въ 3 раза чаще встрѣчается у женщинъ; рѣдко dementia praecox и во всѣхъ случаяхъ въ видѣ разновидности ея—*dem. paranoides*, трудно отличаеваемый отъ алкогольныхъ галлюцинозовъ. Часты старческія заболѣванія. Генуинная эпилепсія въ 6% случаевъ. Алкогольная эпилепсія (въ этиологическомъ смыслѣ) не часта (1,9%). За припадками ея—рѣдкими, но сильными, развиваются обычно длительныя затемненія сознания; психическія и физическія травмы располагаютъ къ злоупотребленію алкоголемъ, вызываютъ невыносимость къ нему съ появленіемъ сумеречныхъ состояній. *Delirium tremens*—«метаалкогольное» заболѣваніе, острый психозъ отъ расстройства обмѣна веществъ на почвѣ хроническаго алкоголизма. Клиническая картина его отличается отъ острой и хронической алкогольной интоксикаціи. Въ мочѣ при немъ находили бѣлокъ и сахаръ, въ крови лейкоцитовъ и уменьшеніе эозинофиловъ. Относительная частота его у мужчинъ и женщинъ приблизительно одинакова. Къ общему числу алкогольныхъ психозовъ *del. tremens* составляетъ 30,5%. При другихъ алкогольныхъ психозахъ оно встрѣчается въ 18%. Типическіе случаи составляютъ 55,4%. Abortивные *delirii* менѣе интенсивными или неполными симптомами 24,6%. Затяжные *delirii* (больше недѣли) могутъ быть выражены болѣе или менѣе рѣзко, заканчиваются обыкновенно литически безъ заключительнаго сна (до 27% съ нѣкоторыми типическими случаями, закончившимися такимъ же образомъ). Иногда *delirium* предшествуется галлюцинаторной стадіей (около 7%).

Какъ реакція на хроническое раздраженіе организма алкоголемъ—развившаяся алкоголическая психопатическая конституція (38%). Она выражается въ аффективной, интеллектуальной и моральной слабости. На этой почвѣ въ половинѣ случаевъ вслѣдствіе эндогенныхъ моментовъ идетъ измѣненіе психики въ преимущественно дементномъ, параноидномъ, галлюцинаторномъ или психастеническомъ направленіи. Иногда тенденція опредѣленнымъ образомъ реагировать на алкоголь выражена особенно сильно и обнаруживается раньше, чѣмъ произойдутъ общія измѣненія психики (первичные алкогольные психозы). Такіе первичные психозы сравнительно рѣдки, но развиваются они быстрѣе, чѣмъ алкогольная психопатическая конституція съ ея разновидностями. Первичная алкогольная мания и меланхолія могутъ диагностироваться тамъ, гдѣ алкоголь является единственнымъ этиологическимъ моментомъ, болѣзнь носить ясныя алкогольныя черты и нѣтъ признаковъ циркулярнаго психоза. Авторъ указываетъ по одному случаю такимъ образомъ опредѣляемаго первичнаго маниакальнаго и меланхолическаго алкогольнаго заболѣванія. Преимущественно первичные психозы составляютъ алкогольные галлюцинозы и алкогольная параноя. Галлюцинозы могутъ быть острыми и хроническими по началу и теченію. Параной изрѣдка начинаются остро, протекаютъ всегда хронически. Дифференціальный діагнозъ острыхъ галлюцинозовъ отъ затяжнаго *del. tremens* основывается на менѣе остромъ началѣ ихъ, на отсутствіи спутанности сознания и амнезіи даже въ острѣйшихъ случаяхъ, на преобладаніи обмановъ слуха надъ зрительными, на большемъ сохраненіи резидуальныхъ симптомовъ преимущественно въ видѣ параноидныхъ комплексовъ.

Несомнѣнныхъ острыхъ галлюцинозовъ у автора 0,9%, хроническихъ 2,8%. Такой же % составляютъ первичныя алкогольныя параной. Во отличіе отъ вторичныхъ параноидныхъ состояній, развивающихся на почвѣ алкоголической психопатической конституціи, при первичной параноѣ бываетъ ясное систематизированіе бредовыхъ идей, и послѣднія не способны къ корригированію. Развивается преимущественно бредъ ревности, позднѣ бредъ преслѣдованія и воздѣйствія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ галлюцинаторныя и параноидныя проявленія развиваются параллельно, въ другихъ параноѣ слѣдуетъ за галлюцинозомъ. Авторъ по истеченіи симптомовъ остраго галлюциноза никогда не видѣлъ полного *restitutium ad integrum*, какъ, напр., послѣ *del. tremens*.

Къ психозамъ въ результатѣ острой алкогольной интоксикаціи относятся опьяненіе нормальныхъ и такъ наз. патологическое опьяненіе. Подъ послѣднимъ названіемъ неправильно объединяются алкогольныя сумеречныя состоянія и транзиторныя интоксикаціонныя психозы недостаточныхъ и дегенерантовъ. Сумеречныя состоянія кончаются глубокимъ сномъ. Пациентъ пробуждается съ полной амнезіей. При опьяненіи психопатовъ заключительнаго сна не бываетъ, и амнезія немного менѣе, чѣмъ у нормальныхъ; спутанность сознания и расстройство ассоціацій у психопатовъ менѣе сильно выражены. Сумеречное состояніе обычно вызывается меньшимъ количествомъ алкоголя и течетъ независимо отъ дальнѣйшаго дѣйствія яда. Это сближаетъ сумеречное состояніе съ алкогольной эпилепсіей и съ *del. tremens*. Послѣдняя болѣзнь также въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ быть вызвана алкогольнымъ эксцессомъ. Для развитія сумеречнаго состоянія нужна соответственная почва иного, не алкогольнаго происхожденія (травматическая психопатическая конституція, неврозы) и только рѣдко алкогольная конституція. Клинически, вѣроятно, и патолого-анатомически существуетъ такая связь между алкогольно-эпилептическими эквивалентами, алкогольными сумеречными состояніями и патологическими состояніями, характеризующими *delir. tremens*. Voss называлъ сумеречныя состоянія эквивалентами *delir. tremens*. Опьяненіе психопатовъ и психически ненормальныхъ напоминаютъ ихъ во многомъ, но не тождественны съ ними. Настоящія сумеречныя состоянія рѣдки (2,8%). Нормальное опьяненіе есть самый простой острый алкогольный психозъ, въ своихъ симптомахъ также обусловленный эндогенными компонентами. По существу при остромъ опьяненіи на короткое время развиваются тѣ же психическія черты, какія характеризуютъ хроническую алкоголическую конституцію. У нормальнаго индивидуума въ результатѣ опьяненія также могутъ быть расстройство ассоціацій и импульсивныя, ни чѣмъ не мотивированныя поступки*). Статья иллюстрируется рядомъ выдержекъ изъ исторіи болѣзней.

А. Кіасовъ.

Dr. M. Pappenheim. О дипсоманіи (изъ психиатрической клиники въ Гейдельбергѣ). *Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie u. Psychiatrie*. В. II, Н 3—4 1912 г.

Авторъ выступаетъ противъ воззрѣнія Kraepelin—Aschaffenburg—Gaupp'a, что дипсоманія представляетъ изъ себя эквивалентъ эпилепсіи. Отношеніе дипсоманіи къ эпилепсіи различно оцѣнивалось изслѣдователями въ зависимости отъ того, что понятіе эпилепсіи у различныхъ авторовъ неодинаковое,—то

*) Между всеми алкогольными психозами: различными видами *del. tremens*, затяжными делириями и острыми галлюцинозами, первичными и вторичными алкогольными психозами, различными видами этихъ психозовъ—существуютъ переходныя формы.

болѣе, то менѣе широкое. Тогда какъ одни считали характернымъ для эпилепсiи судорожные припадки опредѣленнаго типа, petit mal, своеобразное слабоумiе, другiе подѣ понятию эпилепсiи подводили и перiодическiя разстройства настроенiя психопатовъ, сближая эпилепсiю съ другими видами дегенерацiи. По автору, эпилепсiя есть прогрессирующее заболѣванiе анатомическаго характера, ведущее постепенно къ измѣненiю личности. При судорожныхъ припадкахъ и petit mal развивается опредѣленнаго характера слабоумiе, при однихъ измѣненiяхъ настроенiя этого не бываетъ. Слѣдовательно, послѣднiя иного происхожденiя. Съ этой точки зрѣнiя авторъ оцѣнивалъ исторiи болѣзни изъ работы Gaupp'a, опубликованной въ 1901 и трактующей дипсоманiю, какъ эпилептической симптомокомплексъ. Около половины случаевъ (изъ 27) дополнены имъ личнымъ изслѣдованiемъ больныхъ Gaupp'a о части другихъ онъ получилъ дополнительныя свѣдѣнiя отъ наблюдавшихъ ихъ врачей. Авторъ нашелъ, что ни одинъ изъ больныхъ Gaupp'a не слабоуменъ эпилептически, только у двухъ были припадки, подозрительные въ смыслѣ эпилепсiи; есть случаи алкогольной эпилепсiи, большая часть больныхъ представляетъ изъ себя дегенерантовъ-психопатовъ. Въ представленныхъ случаяхъ настроенiя, влекущiя къ пьянству, создавались внѣшними моментами, и самое пьянство являлось реакцiей на настроенiе въ цѣляхъ ослабленiя его. По выводамъ автора, дипсоманiя—функциональный психозъ. Совершенно особенное представляетъ изъ себя дипсоманической симптомокомплексъ, встрѣчающiйся, какъ преходящее явленiе, при органическихъ заболѣванiяхъ головного мозга. Каждый изъ повторныхъ припадковъ дипсоманiи состоитъ изъ измѣненiя настроенiя съ влеченiемъ къ алкоголю и состоянiя, вызваннаго дѣйствiемъ послѣдняго. Настроенiе при припадкѣ обычно депрессивное. Для дипсоманiи характерна значительная сила влеченiя къ алкоголю; цѣль влеченiя—заглушить тяжелое чувство. Нѣкоторые авторы, наоборотъ, считаютъ влеченiе немотивированнымъ, импульсивнымъ. Гдѣ алкогольный эксцессъ является не на почвѣ измѣненiя настроенiя, можно говорить о псевдодипсоманiи (напримѣръ, эксцессъ послѣ выпитаго по какому-либо случаю незначительнаго количества вина). Сила желанiя алкоголя непропорциональна тяжести настроенiя, она зависитъ также и отъ конституциональныхъ аномалiй субъекта. Какъ у алкоголиковъ-хрониковъ, перiодическое влеченiе къ вину у дипсомановъ также коренится въ психопатическихъ свойствахъ личности. Есть переходныя формы между хроническимъ алкоголизмомъ и дипсоманiей, также между послѣдней и псевдодипсоманiей. Дипсоманiя обычно слѣдуетъ за хронич. алкоголизмомъ, рѣдко ему предшествуетъ. Настроенiе дипсомановъ долго оцѣнивалось, какъ первичное (Magnan, Gaupp). Авторъ считаетъ его мотивированнымъ, экзогеннымъ по происхожденiю. Дипсоманы представляютъ изъ себя психопотовъ съ повышенной реактивной возбудимостью на внѣшнiя впечатлѣнiя. Воззрѣнiя автора на дипсоманiю болѣе утѣшительны, чѣмъ Gaupp'a, въ смыслѣ прогноза и терапiи. Прогнозъ не безнадеженъ, если устранить неблагоприятныя внѣшнiя обстоятельства. Терапiя состоитъ въ воздержанiи, въ психическомъ воздѣйствiи, удаленiи изъ неблагоприятной обстановки. Въ судебно-психиатрическомъ отношенiи случаи дипсоманiи должны оцѣниваться не шаблонно, а индивидуально съ обращенiемъ вниманiя на родъ преступнаго дѣла, наличное состоянiе субъекта и на степень влiянiя алкоголя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

А. Кілюговъ.

Н. Менг. Результаты леченiя алкоголиковъ въ лечебницѣ душевно-больныхъ—Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. и Psych. В. II. Н. 3—4 1912 г.

Материаломъ для изученiя вопроса послужили автору прошедшіе черезъ лечебницу душевно-больныхъ въ Бременѣ за время отъ 1899 по 1909 больные хроническимъ алкоголизмомъ и алкогольными психозами. Исключены всѣ случаи, осложненные другими душевными болѣзнями кромѣ истерiи и психопатiи. Бывшіе въ лечебницѣ больные представляли сравнительно тяжелые случаи, такъ какъ болѣе легкіе алкоголики въ Бременѣ являются предметомъ попеченiя обществъ воздержанiя (особеннаго ордена добрыхъ храмовниковъ, Голубого Креста) и специальныхъ учрежденiй для алкоголиковъ. Всего за указанное время прошло черезъ лечебницу 187 больныхъ этой категорiи. Достаточныя свѣдѣнiя получены о 114 изъ нихъ. Излеченiемъ считалось 3 года полнаго воздержанiя отъ алкоголя. Излеченныхъ оказалось—11%, со значительнымъ улучшенiемъ до 27%, неизлеченныхъ—61%, съ нѣкоторымъ улучшенiемъ до 72%. 48% подвергались различнымъ наказанiямъ за проступки и преступленiя. 114 изслѣдованныхъ принимались въ больницу въ общей сложности 268 разъ. 75% изъ нихъ были наследственно отягчены алкоголизмомъ. Около 75% состояли членами противоалкогольныхъ обществъ. Значенiе указанныхъ обществъ въ дѣлѣ леченiя алкоголизма, за недавностью открытiя ихъ, ближе не изслѣдовано. Авторъ свои цифры излеченiя считаетъ ниже возможныхъ. Кромѣ тяжелаго подбора душевно-больныхъ обращаетъ вниманiе на то, что лечебница не приспособлена для леченiя алкоголиковъ сравнительно съ специальными учрежденiями. Важное значенiе для леченiя алкоголизма имѣетъ сильное движенiе въ самомъ обществѣ въ пользу полнаго воздержанiя отъ алкоголя. Авторъ сравниваетъ со своими выводами данныя другихъ изслѣдователей. Sauermann (Bonn) среди больныхъ, находившихся преимущественно на попеченiи Голубого Креста, опредѣляетъ процентъ исцѣленныхъ въ 52%, считая излеченiемъ два года полнаго воздержанiя. Миноръ въ Москвѣ нашелъ случаи полнаго воздержанiя черезъ 2 года въ 9%, черезъ три—8%.

А. Кілюговъ.



Врачебная хроника.

— Въ послѣднемъ, № 5 „Соврем. Психиатрiи“, въ отдѣлѣ хроники помѣщена замѣтка, озаглавленная „Литературныя новости“, которую воспроизводимъ полностью.

21-го февраля наст. года въ г. Таращѣ Киевской губернiи, скончался на 68-мъ году жизни Кондратъ Алексѣевичъ Малеваннiй, основатель секты „малеванцевъ“. Имя Малеваннаго слѣдуетъ хорошо помнить психиатрамъ потому, что онъ въ теченiе многихъ лѣтъ насильственно содержался въ психиатрическихъ больницахъ, хотя представлялъ опасность только тѣмъ, что своею рели-

гозной проповѣдью привлечь къ себѣ большое число поклонниковъ. На дѣлѣ Малеваннаго особенно ясно выразилось, куда можетъ иногда завести нѣкоторыхъ психиатровъ стремленіе „ограждать“ общество отъ душевно-больныхъ. Это дѣло наглядно показываетъ также, какъ осторожно нужно относиться къ насильственному помѣщенію въ психіатрическія больницы вообще.

Движеніе Малеванцевъ возникло, какъ извѣстно, въ 1891 году. Съ необыкновенной быстротой движеніе охватило цѣлый рядъ селъ и деревень Таращанскаго и сосѣднихъ уѣздовъ. Въ Таращу явились высшія власти и съ нимъ проф. Сикорскій, какъ ученый экспертъ. Тутъ же явился начинавшій тогда свою миссіонерскую карьеру Скворцовъ, и Малеваннаго отправили въ Кирилловскую психіатрическую больницу въ Кевѣ, какъ душевно-больного, и затѣмъ, чтобы окончательно скрыть Малеваннаго и уничтожить его влияние, его перевели въ Казанскую окружную лечебницу. Здѣсь онъ провелъ тринадцать лѣтъ (при чемъ много времени находился, будучи совершенно спокойнымъ, подъ особо строгимъ надзоромъ въ изоляторѣ) и лишь въ «дни свободы» въ 1905 г. уже 60-лѣтнимъ старикомъ былъ, наконецъ, освобожденъ изъ заключенія и возвращенъ на родину.

Послѣ Малеваннаго осталось богатое литературное наследіе письма-послания къ его единомышленникамъ, и наконецъ, его автобиографія, носящая заглавіе „Исторія жизни К. А. Малеваннаго“. Изъ этой его автобиографіи, еще нигдѣ не напечатанной, А. Ачкасовъ въ «Кіевской Мысли» (№ 64—80) дѣлаетъ прекрасныя выписки, представляющія несомнѣнный интересъ для психиатровъ.

Отмѣтимъ, между прочимъ, описаніе Малеваннымъ своего пребыванія въ Казанской лечебницѣ. „Это было въ началѣ іюня—пишетъ Малеванный—уже стояла сильная жара. Во всѣхъ номерахъ отворяли двери, окна, форточки, но въ нашемъ ни окна, ни форточки не было, потому что это была кладовка. И стало страшно воспареніе тяжелого воздуха, день со дня воздухъ оплощается, задышка въ грудяхъ умножается, жизнь дѣлается совсемъ погребенная. Поставили двухъ стражниковъ около моей гробницы и тщательно караулятъ день и ночь, чтобы никто не подходилъ. Смотрятъ служители и снаружи, и внутри. Докторъ говорилъ служащимъ: „тщательно берегите этого обманщика, ибо онъ не больной: онъ обманулъ всю Малоросію и пришелъ позорить нашу святую Россію“. Выпускали насъ на дворъ на одинъ часъ, когда всѣ больные ложатся спать послѣ обѣда“.

Интересно, что, когда 16—17 лѣтъ назадъ появилась въ печати работа проф. Сикорскаго о малеванщинѣ, она нашла въ лицѣ нынѣ покойнаго публициста Н. К. Михайловскаго страстнаго оппонента, видѣвшаго въ движеніи, которое было вызвано К. Малеваннымъ, отвѣтвленіе сектантства и всего меньше психозъ. Въ послѣднее время опять же общая печать вспомнила первая про Малеваннаго—много раньше спеціальнаго журнала—въ связи отчасти съ экспертизой проф. Сикорскаго по дѣлу Бейлиса. Какъ извѣстно, нашъ ученый психиатръ допускаетъ ритуальное убійство, теперь едва ли остается мѣсто сомнѣнію, что судьба и Малеваннаго, и Бейлиса до извѣстной степени остаются на совѣсти кіевского профессора. Но замѣчательно, что двѣ эти памятные экспертизы вызвали возраженія, оспаривались писателями неспециалистами, специалисты же сохраняли полную сдержанность, по крайней мѣрѣ—по скольку дѣло касалось Малеваннаго. Мало того, въ очень хорошемъ руководствѣ по психіатріи проф. В. Сербскаго Малеванный, на основаніи авторитетнаго свидѣтельства проф. Сикорскаго, приводится какъ примѣръ первично-помѣшаннаго, широко распространеннаго затѣмъ психическую заразу (См. В. Сербскій «Психіатрія», изд. 2-е 1912 г., стр. 60; изд. 1-е, 1907 г., стр. 44).

Такое временное расхожденіе по данному вопросу между „гласомъ народнымъ“ и мнѣніемъ специалистовъ, закончившееся уступкой въ пользу перваго, мы склонны объяснить вполне естественнымъ довѣріемъ психиатровъ къ научной объ-

ективности проф. Сикорскаго, доколѣ послѣдній не заставилъ усумниться въ ней своимъ несчастнымъ заключеніемъ по дѣлу Бейлиса, поступившійся здѣсь, какъ выразился проф. Кіевского политехникума С. А. Ивановъ съ трибуны Государ. Думы „честнымъ именемъ ученаго и врача“ изъ побужденій, ничего общаго съ наукою не имѣющихъ.

— Въ виду предстоящаго въ гор. Омскѣ осуществленія всеобщаго начальнаго обученія мѣстный врачбно-санитарный отдѣлъ находитъ своевременнымъ усилить школьно-санитарный надзоръ. Въ числѣ предстоящихъ мѣръ въ этой области намѣчено, между прочимъ, слѣдующее: во время ежемѣсячнаго посѣщенія школъ санитарные врачи должны наблюдать за посадкой школьниковъ за партами, и въ случаѣ обнаруженія неправильной посадки, особенно во время письма, выяснять причины этого явленія и принимать мѣры къ ихъ устраненію. Кроме того, санитарн. врачи обследуютъ школьные учебники, опредѣляя влияние ихъ на зрѣніе учащихся, и знакомятъ съ своими наблюденіями учительскій персоналъ, а также выясняютъ всѣ отрицательныя стороны школьнаго преподаванія и влияния ихъ на учащихся, какъ, напр., продолжительность уроковъ, короткіе перерывы для отдыха, наличность дисциплинарныхъ мѣръ и проч.

— Мин-ство внутр. дѣлъ, согласно ходатайству главнаго начальника края, выразило принципиально свое согласіе на устройство въ Приамурскомъ край окружной лечебницы для душевно больныхъ по расчету на 750 чел., опредѣливъ приблизительно стоимость устройства лечебницы въ суммѣ 1,700,000 руб. (2,276 руб. на одну кровать). Въ настоящее время министерство озабочено подысканіемъ соответствующаго участка земли, къ которому предъявляются слѣдующія требованія. Размѣръ его долженъ быть около 600 десятинъ, въ видахъ возможности развитія сельскаго и лѣсного хозяйства и приложенія къ нему въ лечебныхъ цѣляхъ труда больныхъ. Избранное для постройки мѣсто должно находиться вблизи города, не ближе одной версты или 1/4 часа ходьбы до его окраины и не далѣе 3—4 верстъ отъ города по грунтовой дорогѣ. При желѣзнодорожномъ сообщеніи необходимо: близость станціи отправления—не далѣе одной версты или 1/4 часа ходьбы и переездъ по желѣзной дорогѣ не болѣе получаса. Въ городѣ должны быть мужскія и женскія среднія учебныя заведенія, въ которыхъ дѣти служащихъ могли бы получать образованіе. Имѣніе должно быть расположено въ возвышенной, сухой мѣстности, защищенной отъ вѣтровъ, съ низкимъ уровнемъ стоянія грунтовыхъ водъ и съ достаточно плодородной почвой, пригодной для сельскохозяйственной и огородной культуры; мѣстность для постройки лечебницы не должна быть слишкомъ волнистой, изрѣзанной оврагами; однако, въ цѣляхъ устройства сплавной канализаціи и полей орошенія необходимъ естественный уклонъ участка земли, прилегающаго къ одному изъ фасадовъ лечебницы. Территорія лечебницы должна быть обезпечена обиліемъ ключевой или артезианской воды, изъ расчета приблизительно 4 ведра въ сутки на больного. Желательна близость пастбищъ и лѣса, хорошей рѣки или озера. Въ сосѣдствѣ съ лечебницей не должно быть фабрикъ, заводовъ, казармъ и т. п., на территоріи ея—проездныхъ дорогъ общаго пользованія.

Въ цѣляхъ всесторонняго освѣщенія этого важнаго вопроса рекомендуется выборъ имѣнія и обследованіе участка для постройки лечебницы

поручить особой комиссией съ непременнымъ участіемъ въ ней специалиста—психіатра, знакомаго съ устройствомъ окружныхъ лечебницъ.

— *Передвижные музеи П. противотуберкул. Лиги*— какъ сообщаетъ московскій „Туберкулезъ“— втеченіе 1913 г. успѣли побывать въ Костромѣ, Иваново-Вознесенскѣ, Владимірѣ, Тулѣ, Кузнецкѣ, Самарѣ, Казани, Сызрани. Предстоятъ выставки въ Екатеринбургѣ и сосѣднихъ заводахъ, Тамбовѣ, Балашовѣ. Въ настоящее время подъ наблюдениемъ просвѣтительной комиссией Лиги идутъ работы по изготовленію 4 хъ новыхъ комплектовъ музеевъ. Къ срединѣ августа эта работа, надо полагать, будетъ закончена и тогда удастся развить еще болѣе энергичную дѣятельность музеевъ.

— При правленіи Противотуб. Лиги идутъ подготовительныя работы по организациіи *курсовъ по туберкулезу*. Быть можетъ, уже удастся начать эти курсы съ осенняго семестра 1913 г. Пока еще не выработанъ полный планъ этого предпріятія. Въ виду возможности препятствій къ организациіи курсовъ отъ имени Лиги, предполагается сдѣлать попытку устроить ихъ на первое время при университетѣ Шанявскаго. Намѣчена слѣдующая ихъ программа:

Теорет. курсы. 1. Общая патологія туберкулезной инфекции. Иммуитетъ. Анафилаксія. 2. Биологич. реакціи при туберкулезѣ. 3. Специфическая діагностика и терапия туберкулеза. 4. Современное лекарств. лечение туберкулеза. 5. Климатотерапія и физіотерапія. 6. Санаторный методъ. 7. Кумысолечение. 8) Борьба съ туберкулезомъ, какъ народною болѣзью.

Практич. лабораторные курсы. 1. Бактеріологія туберкулеза. 2. Клиническіе методы изслѣдованія выдѣлений, жидкостей и тканей при туберкулезѣ.

Клинич. курсы. 1. Общая часть. Клиническіе методы изслѣдованія. Рентгенодіагностика. Специфическая діагностика, терапия. Санаторный методъ. Хирургическое лечение. 2. Специальные курсы. Пораженіе дыхат. органовъ. Пораженіе моче-половыхъ органовъ. Пораженіе кистей и суставовъ.

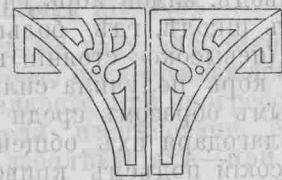
— С.-Американская національная ассоціация для изученія и предупрежденія туберкулеза приводитъ въ своемъ послѣднемъ отчетѣ заслуживающія вниманія цифры, указывающія на быстрый ростъ *школъ на открытомъ воздухѣ* въ Сѣв. Америкѣ. Въ настоящее время ихъ тамъ насчитывается свыше 200. Школы эти предназначены преимущественно для туберкулезныхъ и анемичныхъ дѣтей подобно «лѣбнымъ школамъ» Германіи. Первая такая школа была открыта въ 1907 г. Въ 1910 г. ихъ было 13, въ 1911—29. Всѣ остальные открыты въ послѣдніе два года. Считается очередною задачею организациіи такихъ школъ по одной на 25,000 населенія.

— Въ Иркутской Кузнецовской гражданской больницѣ (бывшей Приказа общ. призрѣнія) возникъ конфликтъ между старшимъ врачомъ и губернской врачебной инспекціей, въ результатъ котораго

старшій врачъ *д-ръ К. И. Русановъ* подалъ въ отставку, не дослуживъ 2—3 лѣтъ до пенсіи, а на его мѣсто назначенъ *д-ръ Б. И. Кауфманъ*, служившій до послѣдняго времени городскимъ амбулаторнымъ врачомъ. Уходъ одного, назначеніе другого врача произошли подъ сурдинкой, какъ полагается въ официальныхъ мѣркахъ, куда нѣтъ доступа публичности, такъ какъ на то существуетъ официальная ревизія, когда таковая оказывается почему либо благовременной. Мы и не будемъ касаться существа инцидента, его причинъ и обстановки. Но въ немъ есть нѣкоторыя черточки неофициальнаго свойства, которыя отмѣтить мы считаемъ своею обязанностью.

Ушелъ старшій врачъ, будучи еще въ полной работоспособности, привязавшійся къ больницѣ, не смотря на ея обрешенность и классическую скудость ея обстановки, отглавшій ей не менѣе 20 лучшихъ лѣтъ своей врачебной дѣятельности. Такая скоропостижность его ухода вызвана, конечно, основательными мотивами, характеръ которыхъ однако остается совершенно не освѣщеннымъ передъ общественнымъ мнѣніемъ. И вотъ тутъ-то невольно останавливаетъ вниманіе совершенно вялое отношеніе къ факту и мотивамъ ухода *д-ра Русанова* со стороны его товарищей, изъ коихъ большинство проработало съ нимъ не менѣе 10 лѣтъ. Были какія-то попытки реагировать на его уходъ, но все дѣло ограничилось длинными разговорами—на сцену выступили обычная у насъ разрозненность и отсутствіе коллегіальной солидарности. Намъ думается, что при всей строгости официальныхъ нравовъ, у коллегіи больничныхъ врачей не были отрѣзаны пути, по крайней мѣрѣ, къ выясненію истиннаго положенія вещей, повлекшихъ за собою уходъ *д-ра Русанова*.

Съ такою пассивностью вполне гармонируетъ завершеніе инцидента—назначеніемъ *д-ра Кауфмана*, свершившимся, какъ сказано, съ эффектною неожиданностью для врачей Кузнец. б-цы, которыхъ претендентъ на мѣсто старшаго врача не считалъ даже нужнымъ предварительно объ этомъ освѣдомить. Конечно, здѣсь не общественная служба, гдѣ принципъ коллегіальности является обязательнымъ, но все же хотѣлось бы думать, что для врачебной корпораціи онъ одинаково неотъемлемымъ при всѣхъ положеніяхъ.



БЕРЛИНЪ

Д-ръ К. Айзинманъ

Консультаціи со всѣми берлинскими профессорами.

Лабораторія. Санаторія. Фридрихштрассе № 127. Dr. I. Aisinmann, Berlin, Friedrichstr. 127.

Протоколы Общества Врачей Восточной Сибири за 1913 г.

Протокол № 1.

(Продолжение).

8. М. Л. Блюменфельд прочитал доклад: „Последняя эпидемия кори в Иркутскъ въ связи съ вопросом о борьбѣ съ коревыми эпидеміями въ городахъ“.

Съ декабря 1911 г. въ Иркутскѣ вспыхнула эпидемія кори. Докладчикъ подробно останавливается на трехъ характерныхъ особенностяхъ данной эпидеміи: на ея безпримѣрномъ въ нашемъ городѣ распространеніи (въ 2—3 раза больше, чѣмъ въ предыдущіе годы), такой же длительности (9 мѣсяцевъ вмѣсто обычныхъ 3—4 мѣсяцевъ) и на ея значительной тяжести (10% смертности сверхъ 20% осложненій кори, кончившихся выздоровленіемъ). Всего больныхъ корью за 7 мѣсяцевъ зарегистрировано въ участкѣ докладчика около 500; послѣднюю цифру, какъ явно не соответствующую дѣйствительности, докладчикъ при помощи несложныхъ теоретическихъ расчетовъ почти утраиваетъ и, распространяя на весь городъ, принимаетъ, что всего въ Иркутскѣ переболѣло корью приблизительно 2½ тысячи дѣтей, изъ коихъ погибло около 250 (10%). Процентъ смертности отъ кори докладчикъ устанавливаетъ на основаніи данныхъ опроса 221 семьи спустя 1—2½ мѣсяца послѣ бывшей въ нихъ кори. Смертность за послѣднюю коревую эпидемію въ нѣсколько разъ превышаетъ максимальную годовую потерю въ дѣтскомъ населеніи отъ всѣхъ остальныхъ эпидемій вмѣстѣ (скарлатины, дифтеріи, оспы и пр.). Далѣе, докладчикъ въ объясненіе небывалыхъ размѣровъ коревой эпидеміи ссылается на мнѣніе западно-европейскихъ эпидемиологовъ о цикличности коревыхъ эпидемій, а въ затянномъ характерѣ эпидеміи склоненъ до нѣкоторой степени винить начальную школу. Въ пользу послѣдняго мнѣнія приводятся статистическія данныя. Въ первые три мѣсяца года болѣвшіе корью распределяются почти равномерно между возрастомъ школьнымъ и дошкольнымъ (до 5 лѣтъ). Наоборотъ, лѣтомъ въ каникулярное время преобладаютъ заболѣванія среди дѣтей дошкольнаго возраста (74%). Параллельно съ этимъ лѣтомъ относительное количество заболѣваній вдвое больше, чѣмъ въ первые три мѣсяца года. Отсюда выводъ: зимой корь гнѣздилась преимущественно въ школѣ, гдѣ большинство уже перенесло корь (невысокое стояніи кривой эпидеміи), лѣтомъ же корь получила сильное распространеніе главнымъ образомъ среди дѣтей младшаго возраста благодаря ихъ общенію на дворѣ и на улицѣ (высокій подъемъ кривой эпидеміи). Неоднократно докладчикомъ подчеркивается то положеніе, что коревыя эпидеміи въ большихъ городахъ имѣютъ тенденцію съ годами усиливаться вслѣдствіе возрастающей скученности населенія. Онъ показываетъ это и на цифрахъ коревыхъ эпидемій Петербурга за періодъ 1871—1902 г. и настаиваетъ на необходимости сойти съ инертной позиціи по отношенію къ коревымъ эпидеміямъ, на неотложности выработать хотя бы пробныя мѣры борьбы съ ними. Въ частности докладчикъ оспариваетъ мнѣніе д-ра Владимірова, который категорически высказывается противъ изоляціи коревыхъ въ больницахъ на томъ основаніи, что во Владимірской дѣтской больницѣ въ Москвѣ смер-

ность отъ „госпитальной“ кори на протяжении 18 лѣтъ неизмѣнно и значительно превышала смертность среди болѣвшихъ корью на дому, въ самой неблагоприятной даже обстановкѣ. Заключительные тезисы доклада таковы: 1) необходимо тщательное статистическое наблюденіе и учетъ коревыхъ заболѣваній, осложненій и смертности; 2) крайне желательно выработать практическія показанія для изоляціи заболѣвшихъ корью въ больницы; 3) коревыя изоляціонныя отдѣленія цѣлесообразнѣе строить не при дѣтскихъ больницахъ, а при общихъ заразныхъ и 4) во время эпидеміи кори и при первыхъ случаяхъ заболѣванія корью школьника слѣдовало бы принять за правило временно изъять изъ данной школы, resp., класса, всѣхъ не болѣвшихъ корью школьниковъ на срскъ, определяемый каждый разъ санитарнымъ врачомъ по совокупности всѣхъ обстоятельствъ случая. (Ауторефератъ).

Докладъ д-ра Блюменфельда вызвалъ оживленную пренія.

Левенсонъ и Зисманъ 1-й полагаютъ, что установленный докладчикомъ процентъ смертности (10%) значительно выше дѣйствительнаго. Въ легкихъ случаяхъ кори часто не прибѣгаютъ къ помощи врача, и такіе случаи поэтому не подвергаются регистраціи. Надо полагать, что число незарегистрированныхъ заболѣваній въ 3—4 раза больше зарегистрированныхъ. Соответственно этому и % смертности отъ кори будетъ значительно ниже.

Докладчикъ возразилъ, что процентъ смертности выведенъ имъ на основаніи обследованія 221 случая кори, не отличавшихся въ общемъ особенно тяжелымъ теченіемъ. Найденную имъ цифру смертности онъ тѣмъ болѣе считаетъ вѣрной, что она почти совпадаетъ съ процентомъ смертности отъ кори въ Петербургѣ за послѣдніе годы.

Каршинъ отмѣчаетъ, что въ русской литературѣ очень мало матеріала относительно теченія кори на дому; такой матеріалъ очень трудно собрать, и въ этомъ отношеніи предпринятый докладчикомъ обходъ квартиръ коревыхъ больныхъ можетъ дать наиболѣе цѣнные результаты. Къ сожалѣнію, такой обходъ очень затруднителенъ и едва ли выполнимъ въ большихъ размѣрахъ.

Френкель и Михайловскій указываютъ, что такой обходъ былъ бы излишнимъ при правильной регистраціи заболѣваній и смертности, т. к. процентъ смертности легко было бы тогда определить по даннымъ санитарнаго бюро относительно количества заболѣвшихъ корью и умершихъ отъ нея.

Юргенсонъ считаетъ необходимымъ существованіе коревыхъ отдѣленій при дѣтскихъ больницахъ. Для того, чтобы процентъ смертности въ нихъ не былъ такъ высокъ, отдѣленія должны быть лучше устроены, имѣть больше воздуха и свѣта.

(Окончаніе слѣдуетъ).



Редакторъ-Издатель П. Федоровъ.