

# СИБИРСКАЯ ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА

Годъ изданія 6-й

№ 13-й

Воскресенье 31-го марта

Выходитъ еженедѣльно въ г. Иркутскѣ.

1913 г.

ИРКУТСКОЕ ОТДѢЛЕНИЕ

МОСКОВСКАГО ОБЩЕСТВА ТОРГОВЛИ АПТЕКАРСКИМИ ТОВАРАМИ  
К. ЭРМАНСЪ И К<sup>о</sup>

Большая ул. д. Воллернеръ, предлагаетъ товары своей задѣлки и всѣхъ заграничныхъ фирмъ по оптовой цѣнѣ.

ОТДѢЛЫ: медикаментовъ, хирургическихъ инструментовъ, перевязочныхъ матеріаловъ и галеновыхъ препаратовъ.

(собственной Кунцевской Лабораторіи).

## Пертуссинъ Тешнера



является безвреднымъ и вѣрно дѣйствующимъ средствомъ противъ коклюша, катаровъ гортани и бронхъ, астмы и другихъ заболѣваній дыхательныхъ органовъ, которое признано первыми авторитетами самымъ лучшимъ. Образцы и литература бесплатно высылаются г.г. врачамъ по первому требованію.

Убѣдительно просить г.г. врачей прописывать *Pertussin Original Taeschner* въ виду того, что особенно въ Россіи продаются много малоцѣнныхъ фальсифи-

*Kommandanten - Apotheke.*



кацій и поддѣлокъ — даже подъ названіемъ «*Pertussin*», каковое обозначеніе охранено для меня въ Россіи.

*E. Taeschner, Berlin C. 19.*



Въ зернышкахъ

# KOLA

Растворенная

# ASTIER

Регулируетъ сердечную дѣятельность. — Возбуждаетъ мышечную систему.

**ПРОТИВОНЕВРАСТЕНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО.**

2 чайныхъ ложки въ день



Продажа во всѣхъ Аптекахъ.

Лабораторія: **ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche. PARIS.**

# КЕРНАЛДОЛ

# STOHR

ДОЗИРОВКА

0,3 — 1,0 pro dosi.  
3,0 — 5,0 pro die.

Назначается лучше  
всего въ облатк. или  
таблеткахъ (12 à 0,3).

Даже при самыхъ большихъ дозахъ не вызываетъ неблагоприятныхъ дѣйствій на сердце, желудокъ и почки. Надежное и быстродействующее antipyreticum, antineuralgicum et antidroticum. Особенно рекомендуется при невралгияхъ, головн. боляхъ разн. происх., ревматизмѣ, туберкулезѣ (ночн. пот.) Specificum противъ инфлуэнцы.



**ФАРБВЕРКЕ бывш. Мейстеръ, Луціусъ и Брюнингъ, въ Гехетъ на Майнъ.**

Представительство для Россіи: Анц. Общ. Фабверке бывш. Мейстеръ, Луціусъ и Брюнингъ въ Москвѣ.

**Мигренинъ**

прекрасное средство противъ тяжелыхъ формъ мигрени, даѣе при отравленіяхъ алкоголемъ, никотиномъ и морфіемъ, невралгическіхъ, инфлюэнцъ и т. д. Доза: 1.1 гр., принимать въ началѣ приступа. Наилучшая дозировка: Мигренинъ-Гехетъ въ таблѣткахъ по 0.37 гр. въ оригинальныхъ флаконахъ по 21 шт.

**Ортоформъ**

трудно растворимое мѣстное анестетическое, обладающее быстрымъ и длительнымъ дѣйствіемъ. Рекомендуется для леченія болѣзненныхъ ранъ и нарывовъ при туберкулезныхъ и сифилитическихъ пораженіяхъ зѣва и гортани, особенно показано для внутреннего употребленія при карциномахъ и язвахъ желудка. Доза: 0.5—1.0 гр. внутрь вѣсколько разъ въ день.

**Эрептонъ**

совершенно расщепленное и переваренное мясо. Особенно пригоденъ для примененія per rectum, безъ раздражающаго дѣйствія на желудокъ и кишечника. Показуется послѣ оперативныхъ вмѣшательствъ при ulcus ventriculi, злокачественныхъ новообразованіяхъ, неуротамой рвоты, и т. д. Эрептонъ въ порошокъ. Оригинальн. стгл. по 100 гр.

**Алюмноль**

легко растворимое, вѣжущее совершенно недовитое antisepticum. Показано при гноящихся ранахъ, абсцессахъ, воспалительныхъ процессахъ кожи, endometritis gonorrhoeica, Puor, otitis etc. Съ большимъ успѣхомъ примѣняется въ рино-ларингологіи, при катарактахъ дыхательныхъ путей, въ качествѣ полосканій, промываній и т. п.

# АМФОТРОПИНЪ

## ХОРОШО УСВОЯЕМОЕ ВНУТРЕННЕЕ АНТИСЕНТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХЪ ПУТЕЙ

обладающее сильными бактерицидными, діуретическими и противовоспалительными качествами, особенно хорошо дѣйствуетъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ другія антисептическія средства для мочевыводящихъ путей оказываются неэффективными. Амфотропинъ дѣйствуетъ на регенерацию эпителия и ускоряетъ процессъ заживленія:

### Спеціальныя показанія:

Хроническій и подострый циститъ, піэлитъ, не туберкулезный піэлонефритъ, нефритъ, бактеріурія и болѣе слабыя формы моче-кислаго діатеза.

**Оригинальная упаковка: стеклянныя трубочки въ 20 табл. по 0,5 гр.**

**Доза: 3 раза въ день по 1 таблеткѣ.**

**Аргонинъ**

испытанное antigonorrhoeicum. Вѣдѣствіе абсолютно не раздражающаго дѣйствія рекомендуется для леченія гонорреи, особенно въ такихъ случаяхъ, гдѣ она сопровождается сильными воспалительными явленіями. Аргонинъ своро излечиваетъ бленнорройные катарры мочевого пузыря и бленноррею новорожденныхъ. Примѣняется въ 1—2—3% растворахъ.

**Оксафоръ**

безвредное и вѣрно дѣйствующее antidysurpicum противъ одышки на циркуляционной, дыхательной и уремической почвѣ, при asthma nervosum, органическихъ порокахъ сердца съ разстройствомъ компенсации. Доза: 2—3 гр. 1—3 раза въ день.

**Гедіозитъ**

питательная замѣна сахара. Легко окисляющееся пищевое вещество для диабетиковъ, приятное на вкусъ и безъ вредныхъ побочныхъ дѣйствій. Гедіозитъ понижаетъ выдѣленіе сахара и является приятнымъ вспомогательнымъ средствомъ при діетическомъ леченіи диабетиковъ. Доза: 10 гр. въ день или каждый 3—4 день 3 раза по 10 гр. Оригинальн. коробки въ 20 кубиковъ по 2,5 гр. Оригинальн. коробки въ 50 гр. 100 "

**Ферросаіодинъ**

никогда не портившійся препаратъ іодистаго желѣза. Вкусная превосходно переносимая замѣна Sir. ferri iodati въ таблѣткахъ съ примѣсью шоколада. Таблѣтки Ферросаіодина показаны при золотухѣ, анэміяхъ, анэмичномъ артеріосклерозѣ, бронхитѣ и наследственномъ сифилисѣ. Оригинальная трубочка въ 20 табл. по 0,5 гр.



# Сибирская Врачебная Газета

ВЫХОДИТЬ ЕЖЕНЕДЕЛЬНО ВЪ ИРКУТСКѢ  
ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ П. И. ФЕДОРОВА

при ближайшемъ участіи:

Багашева И. А. (Москва), ф.-Бергмана Г. А. (Иркутскъ), Блюменфельда М. Л. (Иркутскъ), прив.-доц. Бутигина П. В. (Томскъ), Бормана В. Я. (Благовѣщенскъ), проф. Вершинина Н. В. (Томскъ), Деленторскаго Н. И. (Томскъ), проф. Добромыслова В. Д. (Кіевъ), Ельяшевича Б. А. (Иркутскъ), прив.-доц. Зимина А. Н. (Томскъ), Жаршина А. А. (Иркутскъ), Кирилова Н. В. (Приморская обл.), прив.-доц. Киселя А. А. (Москва), Козьмина М. О. (Омскъ), Норелина В. В. (Томскъ), Крутовскаго В. М. (Красноярскъ), проф. Левашева И. М. (Томскъ), проф. Лобанова С. В. (Томскъ), Михайловскаго И. П. (Иркутскъ), проф. Мыша Вл. М. (Томскъ), Никольскаго Д. П. (Петербургъ), Песнина Я. А. (Иркутскъ), Пешновскаго Н. Я. (Иркутскъ), проф. Покровскаго М. М. (Томскъ), пр.-доц. Софотерова С. К. (Томскъ), Спасскаго Н. С. (Томскъ), прив.-доц. Суханова С. А. (Петербургъ), Соколова Н. В. (Томскъ), проф. Тихова П. Я. (Томскъ), Франкъ-Жаменецкаго З. Г. (Иркутскъ), Фрайфельда Я. О. (Иркутскъ), прив.-доц. Чистянова 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 31-го марта 1913 г. № 13-й.

СОДЕРЖАНИЕ: И. П. Ласточкинъ. Осложненіе аппендицита гнойникомъ печени.—В. А. Билиловскій. Чума и мѣры борьбы съ нею во Внутрен. Киргизск. Ордѣ Астрах. губ. (Продолженіе).—Проф. С. М. Тимашевъ. Впечатлѣнія отъ I-го Всероссийскаго съѣзда дѣтскихъ врачей въ С.-Петербургѣ, состоявшагося 27—31 декабря 1912 г.—Рефераты. Внутреннія болѣзни.—Защита диссертаций на медицинскомъ факультетѣ Томскаго университета въ 1913 г.—Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.—Врачебная хроника.—Объявленія на обложкѣ.

Изъ хирургическаго отдѣленія Вологодской губерн. земск. больницы, Завѣдывающій П. П. Мокровскій.

## Осложненіе аппендицита гнойникомъ печени.

**И. П. Ласточкина.**

Осложненіе аппендицита гнойникомъ печени встрѣчается сравнительно рѣдко, и вотъ почему, мнѣ думается, каждый случай такого осложненія заслуживаетъ вниманія и тщательнаго разбора.

По Ростовцеву, гнойники печени при аппендицитѣ встрѣчаются въ 1%, а по другимъ авторамъ—и того рѣже. Такъ, напр., гнойникъ печени наблюдали:

Borchardt	на 398 аппендицитовъ	5 разъ
Herzog	„ 346	3 „
Либихъ	„ 322	3 „
Ростовцевъ	„ 163	2 „
Moschkowits	„ 2000	7 „
Sonnenburg	„ 3480	3 „

Въ факульт. клин. Моск. унив., по Бардулину, на 417 аппендицитовъ—1 разъ.

Всего до настоящаго времени опубликованныхъ гнойниковъ печени при аппендицитѣ, какъ это видно изъ статьи Бардулина въ февральской книжкѣ „Хирургія“, немногимъ болѣе 60.

Въ Вологодской губерн. земской больницѣ съ 1908 по 1 января 1913 г. было произведено 100 операций по поводу аппендицита. По годамъ нашъ матеріалъ располагается въ слѣдующемъ видѣ:

Года	1908	1909	1910	1911	1912	ВСЕГО.
Кол.	3	19	12	26	40	100

Всѣ операции произведены *д-ромъ П. П. Мокровскимъ*; послѣднія 40 операций при моемъ ассистированіи и непосредственномъ наблюденіи больныхъ какъ до операции, такъ и въ послѣоперационное время. Къ нимъ, между прочимъ, относится и приводимый ниже случай.

9-го сентября 1912 г. къ намъ въ отдѣленіе поступилъ ученикъ мѣстной фельдшерской школы К. 22 лѣтъ.

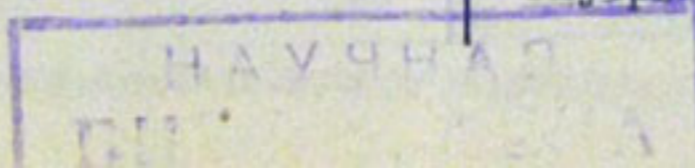
Заболѣлъ въ ночь съ 4 на 5 сентября. Внезапно появилась рвота и боль въ правой подвздошной области. Запоровъ передъ этимъ не было. Годъ тому назадъ перенесъ приступъ аппендицита. Тем. въ первый день болѣзни была 39.

Въ послѣдующіе 3 дня т. держалась на 37,6—38,5, въ области слѣпой кишки появилась припухлость.

При осмотрѣ у насъ въ отдѣленіи найдено:

Больной правильнаго, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Со стороны внутреннихъ органовъ отклоненій отъ нормы нѣтъ. Раньше, за исключеніемъ вышеупомянутаго приступа аппендицита, ничѣмъ не страдалъ. Животъ слегка вздутъ и напряженъ въ области слѣпой кишки. Здѣсь прощупывается инфильтратъ съ яблоко величиною, нѣсколько болѣзненный.

Т. 38,5, пульсъ 96. Назначенъ горячій пузырь на область слѣпой и порошки bismut. съ салоломъ внутрь.





13-го сентября. Пульсъ 100, слабовать. Т° 39,6. Больной осунулся. Жалуется на боль въ области печени.

16-го. Въ ночь на сегодня была икота и рвота. Животъ вздутъ, очень болѣзнененъ въ области печени. Инфильтратъ въ области слѣпой не меньше.

19-го. Т° 38,0—39,2. Склеры желтушно окрашены. Кожа также. Больной слабѣть. Сильная боль въ области печени. По вечерамъ знобъ.

20-го. Пробный проколъ на уровнѣ 8-го ребра по правой передне-аксиллярной линіи гноя не обнаружилъ.

21-го. Подъ эфиромъ операція. Первоначально разрѣзъ по правому краю реберъ снт. на 8. Брюшина вскрыта продольно. Обнаружено слѣдующее. Поверхность печени слегка шероховата. Ligament. suspensorium hepatis отечна. Съ праваго бока печень спаяна съ паріетальной брюшиной. На поверхности печени, приблизительно на уровнѣ 8-го ребра по передней аксиллярной линіи, прощупывается какъ бы флюктуация; по крайней мѣрѣ, консистенція этого мѣста рѣзко отличается своею мягкостью отъ всей остальной поверхности печени. Связка печени пришта къ брюшинѣ. Сбоку, сверху и снизу печени вставлено по отгораживающему тампону. Кожная рана нѣсколько сужена.

Второй разрѣзъ по краю m. rectus черезъ Макъ-Бурнеевскую точку. Rectus сдвинуть кнутри. Войдя въ полость живота, въ области слѣпой всюду обнаружили спайки. Контуровъ аппендикса не видно. Слѣпая покрыта сальникомъ, конецъ котораго также въ спайкахъ. Пальцемъ по ходу восходящей кишки нащупывается съ яблоко величиною уплотнѣніе, дающее какъ бы флюктуацию. Съ этимъ уплотнѣніемъ интимно спаяна воротная вена. При разъединеніи даже нѣжныхъ спаекъ наблюдалось порядочное кровотеченіе. Рана зашита наглухо.

23-го сентября. На мѣстѣ нащупанной раньше флюктуации на печени прожгли пакленомъ снт. на 5 въ глубину. Гноя не послѣдовало. Вставлена турунда. Повязка.

24-го. Въ 4 ч. дня наблюдался знобъ. Т° 36,6—39,4, пульсъ 108, желтуха увеличивается. Одышка.

25-го. Больной крайне слабъ. Икота. Къ вечеру былъ знобъ. Очень часто слабить. Т° 36,8—39,2, пульсъ 120.

26-го. Поносъ усиливается. Непрестанная икота. Пульсъ 120. Т° 38,8—39.

27-го. Больной безъ сознанія. Пульсъ нитевидный.

28-го. Exitus letalis.

При вскрытіи найдено (брюшная полость):

Поверхность печени сращена съ діафрагмой короткими и нѣжными спайками, которыя легко разрываются. Діафрагма справа на 4 ребрѣ, слѣва—у нижняго края 5-го ребра. Сосуды висцеральной и паріетальной брюшины растянуты кровью. Брюшина влажна. Большой сальникъ сращенъ съ концевой частью слѣпой кишки, область которой зеленовато-сѣраго цвѣта.

Селезенка увеличена: 16×7 снт. синевато-краснаго цвѣта, капсула напряжена, рѣбра размягчена, соскабливается въ большемъ количествѣ. На разрѣзѣ много соединительно-тканыхъ прослоекъ.

Почки увеличены въ объемъ, дряблой консистенціи. Сосуды налиты кровью, капсула снимается легко; поверхность гладкая; на разрѣзѣ

корковый слой тусклаго вида, нѣсколько выбухаетъ надъ плоскостью разрѣза. Вещество пирамидъ блѣдно.

Печень спаяна. Въ лѣвой долѣ ея 2—3 снт. прижатая поверхность зеленовато-чернаго цвѣта.

Подъ серознымъ покровомъ печени просвѣчиваютъ желтоватые островки, выдающіеся надъ поверхностью.

Печень увеличена въ объемъ: 29×11, зеленоватою окраски; на разрѣзѣ ея обнаруживаются множественные гнойники величиною отъ коноплянаго зерна и до большого грѣцкаго орѣха.

Желчный пузырь растянутъ до двойного объема, содержитъ мутную, слабо окрашенную желчью, водянистую жидкость.

Въ воротахъ печени лимфатическая железа увеличена въ объемъ, а желчный протокъ перетянутъ и непроходимъ. Въ воротной венѣ, передъ входомъ ея въ ткань печени, пристѣнный тромбъ въ видѣ пленки толщиной болѣе одного милм. и шириною до 2 снт. желтой окраски съ примѣсью гноя; сама воротная вена съ своимъ развѣтвленіемъ идущимъ къ слѣпой кишкѣ и червеобразному отростку, растянута; стѣнка ея легко разрывается; изъ мѣста разрыва выдѣляется сначала желтый густой гной, а потомъ гной съ примѣсью крови. Лимфатическія железы брыжейки малы, кромѣ той группы ихъ, которая лежитъ возлѣ слѣпой кишки и червеобразнаго отростка. Железы этой области увеличены до размѣра 2—3 снт., красны, плотной консистенціи.

Желудокъ растянутъ до двойного объема, содержитъ болѣе 300 к. с. мутной жидкости, окрашенной желчью въ зеленоватый цвѣтъ.

Сосуды тонкихъ кишекъ налиты кровью, слизистая кишекъ набухла, темнокраснаго цвѣта; въ содержимомъ ихъ большая примѣсь крови.

Изъ слѣпой кишки черезъ просвѣтъ червеобразнаго отростка, который какъ таковой исчезаетъ уже на разстояніи 2—3 милм. отъ слѣпой кишки, зондъ проникаетъ въ полость, величиною съ куриное яйцо, стѣнки которой грязно-сѣраго цвѣта, мѣстами покрыты гнойными пленками желтаго цвѣта и содержатъ клочья омертвѣлой ткани. Полость лежитъ частью подъ слѣпой кишкой, частью въ забрюшинной клѣтчаткѣ и спайкахъ брюшины съ большимъ сальникомъ. Конецъ червеобразнаго отростка не найденъ.

Въ данномъ осложненіи аппендицита три вопроса обращаютъ на себя вниманіе, это: во-первыхъ—вопросъ о той связи, которая существуетъ между аппендицитомъ и гнойниками печени, во вторыхъ—вопросъ о клинической картинѣ и тѣхъ точкахъ опоры, которыя характерны для распознаванія, и, наконецъ, въ третьихъ—вопросъ о самой операціи и ея техникѣ.

Разсмотримъ эти 3 вопроса по порядку.

При аппендицитѣ, какъ это указалъ *Gendron* еще въ 1883 г., часто наблюдается тромбозъ корней воротной вены. Въ нашемъ случаѣ это обнаружилось съ очевидной ясностью. Слѣдовательно, связь между аппендицитомъ и абсцессомъ печени становится понятною: инфекция идетъ по кровеноснымъ сосудамъ. Вышеупомянутые тромбы по воротной, а также по верхней брыжеечной венамъ легко могутъ достигнуть печени и дать гнойники. Послѣдніе чаще встрѣчаются множественными и при томъ въ правой долѣ печени, т. к. сюда идетъ кровь изъ верхней брыжеечной вены. Одиночныхъ гнойниковъ *Queun et Marthieu* собрали до 1911 г. изъ литературы 14 случаевъ, къ которымъ нужно прибавить 2 случая *Munna*.



Выяснить, имѣемъ ли мы дѣло съ одиночными или множественными гнойниками, важно потому, что клиническая картина будетъ неодинакова въ томъ и другомъ случаѣ.

При множественныхъ гнойникахъ, куда нужно отнести и нашъ случай, болѣзнь протекаетъ бурно. Черезъ 7—8 дней послѣ приступа вдругъ поднимается т-ра, появляется знобъ и рѣзкая боль въ области печени, иногда рвота; больной сразу какъ-то слабѣетъ, ему становится трудно дышать, аппетитъ совсѣмъ пропадаетъ, склера и кожа часто принимаютъ желтушную окраску.

Лихорака, какъ это видно изъ представленной таблицы, весьма неправильнаго типа.

У.	В.	У.	В.
9 —	38,6	19—36,0	39,5
10—37,1	38,4	20—38,5	39,0
11—38,2	38,0	21—38,0	37,5
12—38,4	39,8	22—37,5	38,4
13—36,6	38,0	23—37,2	37,2
14—38,0	38,7	24—36,5	39,5
15—36,8	36,8	25—36,6	39,2
16—38,0	39,3	26—38,7	39,0
17—38,8	37,8	27—37,5	37,7
18—37,0	39,0	28—36,2	

Дѣло въ случаѣ множественныхъ гнойниковъ почти всегда кончается смертью.

Совсѣмъ иное дѣло въ случаѣ одиночнаго гнойника. Тогда болѣзнь приобретаетъ затяжной характеръ, и распознать гнойникъ въ раннемъ періодѣ трудновато. Грозныя явленія приступа миновали, какъ будто можно было ожидать улучшенія въ самочувствіи больного, но этого то и нѣтъ.

Т<sup>о</sup> держится повышенная, временами даетъ скачки, больной чувствуетъ нарастающую слабость, держится упорная боль въ области печени. И такъ на нѣсколько недѣль, пока не обнаружатся ясныя признаки гнойника—увеличеніе границъ печени, гнойная лихорадка, желтуха, которая, впрочемъ, не всегда бываетъ, и характерная боль въ области печени.

Если не такъ трудно распознать гнойникъ печени по этимъ признакамъ, то гораздо труднѣе опредѣлить его локализацию.

Пробный проколъ въ этомъ случаѣ ненадеженъ и даже опасенъ—раненіе крупнаго сосуда, инфекция—и вотъ почему многіе авторы не советуютъ совсѣмъ прибѣгать къ нему (*Quenu, Mathieu*), а лучше сразу сдѣлать разрѣзъ, чтобы заодно вскрыть и абсцессъ.

Въ нашемъ случаѣ былъ сдѣланъ сначала проколъ и, несмотря на то, что результатъ его получился отрицательный, на другой же день больному была сдѣлана операція: такъ характерны были признаки гнойника печени. Но такъ какъ мы имѣли дѣло съ мелкими множественными гнойниками печени, какъ это ясно видно изъ вскрытія, то найти гнойникъ даже и на операціи намъ не удалось.

Выше я сказалъ, что при множественныхъ гнойникахъ exitus встрѣчается, какъ правило. Иное дѣло при гнойникахъ одиночныхъ. Въ настоящее время уже опубликовано 16 случаевъ выздоровленія послѣ вскрытія гнойника печени. И это обстоятельство даетъ намъ право въ каждомъ случаѣ приступать къ операціи, тѣмъ болѣе, что „сказать въ настоящее время, какъ говорить *Baradulinz*, что здѣсь мы имѣемъ дѣло со множественными гнойниками, а тамъ съ единственнымъ, мы не можемъ“.

Что касается техники операціи, то ее лучше производить въ два момента, какъ было поступлено и въ нашемъ случаѣ. Сначала, обнаживши печень, мы вставили на 2 сутокъ нѣсколько отгораживающихъ тампоновъ. Это дѣлается съ тою цѣлью, чтобы дать возможность образоваться въ области печени нѣжнымъ спайкамъ и тѣмъ предотвратить возможность занесенія инфекции въ брюшную полость.

Нашъ случай гнойника печени кончился летально, какъ и вообще предсказаніе при этомъ осложненіи плохое (*Dieulafoy*). И по этому поводу нужно сказать, что гораздо проще предупредить гнойникъ, чѣмъ его вылечить. Предупредить же его можно только ранней операціей аппендицита, которая теперь признана почти всеми хирургами.

На аппендицитъ теперь нужно смотрѣть, какъ на ущемленную грыжу, и разъ онъ распознанъ, его нужно тотчасъ же оперировать, т. к. дѣйствительно никогда нельзя быть увѣреннымъ, какъ онъ потечетъ: кончится ли выздоровленіемъ, приметъ ли затяжной характеръ, осложнится ли быстро перитонитомъ, или, еще того хуже, гнойникомъ печени. За послѣдній годъ мы тоже держимся этого взгляда и уже не разъ убѣждались въ его правильности.

Печатные источники.

- 1) *Ростовцевъ*. Ученіе о перитифлитѣ. 1909 г.
- 2) *Sonnenburg*. Pathologie und Therapie der Perityphlitis. 1908.
- 3) *Baradulinz*. Аппендицитъ. 1903 г.
- 4) *Елю-же*. Случай гнойника печени при аппендицитѣ. „Хирургія“ 1913 г.
- 5) *Dieulafoy*. Le foie appendiculaire. Sem. medic. 1898 г.
- 6) *Quenu et Mathieu*. Les abcès du foie consecutifs à l'appendicite et leur traitement chirurgical. Rev. de Chir. 1911 г. № 10.



## ЧУМА

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

**В. А. Бѣлиловскаго.**

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

(Продолженіе).

Смертность велика и равняется 100%. Всѣ заболѣвшіе умерли, за исключеніемъ одной больной Розія Ногайбаевой, болѣвшей чистой формой бубонной чумы. Такую высокую смертность мы можемъ объяснить какъ заболѣваніями и локализацией чумной палочки въ легкихъ, такъ и неблагоприятнымъ для заболѣваемости вообще, а чумнаго въ особенности, зимнимъ временемъ года, когда тяжела борьба съ эпидеміей и когда почти невозможно поставить больныхъ въ болѣе или менѣе сносныя условія и уберечь ихъ отъ простудныхъ заболѣваній, вѣроятно, осложнявшихъ чуму.

ЧЛУЧНАА



Зараза попала въ истощенные организмы, лишенные втеченіе долгой зимы воздуха и свѣта, подвергающіеся разнымъ рѣзкимъ колебаніямъ температуры, живущіе при чрезвычайно дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ скученности, грязи, нечистоплотности, тьмы физической и духовной, которыя явились лучшими помощниками появившейся въ киргизской обстановкѣ заразы. Начавшись вначалѣ въ крайне бѣдныхъ, почти нищихъ семьяхъ, зараза, какъ это бываетъ и въ культурныхъ странахъ и благоустроенныхъ городахъ, перешла затѣмъ, хотя въ менѣе сильномъ темпѣ, и въ богатые, лучше обставленные семьи.

По клиническимъ, патолого-анатомическимъ даннымъ, на данную эпидемію слѣдуетъ смотрѣть какъ на вспышку остро-инфекціонной болѣзни, съ рѣзкимъ пораженіемъ всей нервной системы, особенно симпатическихъ центровъ и центровъ сердца; пораженіемъ всей воздухоносной системы, перерожденіемъ железистыхъ органовъ съ послѣдующей интоксикаціей организма продуктами жизнедѣятельности чумныхъ бактерий.

Терапія была безсильна и самая ничтожная. Попытки примѣнить сыворотку даже въ усиленной дозѣ не предотвращали рокового неизбежнаго исхода, а какъ бы даже скорѣе способствовали ослабленію сердечной дѣятельности. Только въ одномъ случаѣ бубонной чумы (Розія Ногайбаева) больная поправилась при леченіи сывороткою.

По возрасту больные распредѣляются такъ:

	М.	Ж.	Всего.	%
Отъ 0 до 1 г . . .	—	—	—	—
„ 1 „ 5 л . . .	2	6	8	6,87
„ 5 „ 10 л . . .	4	5	9	4,7
„ 10 „ 15 „ . . .	3	2	5	4,3
„ 15 „ 20 „ . . .	2	5	7	6,3
„ 20 „ 30 „ . . .	17	6	23	19,8
„ 30 „ 40 „ . . .	19	3	22	18,9
„ 40 „ 50 „ . . .	15	2	17	14,6
„ 50 „ 60 „ . . .	8	6	14	12,7
„ 60 „ 70 „ . . .	3	5	8	6,27
„ 70 и стар. . .	—	3	3	2,5
Всего . . .	73	43	116	100%

Такимъ образомъ, изъ этой таблицы можно заключить, что главнымъ образомъ заболѣваютъ мужчины—62,9%, женщины—37,1%. Дѣти болѣютъ мало—18,87%.

Далѣе, болѣетъ средней возрастъ отъ 20 до 50 лѣтъ—62 чел. или 53,3%.

Дѣти до года совсѣмъ не заболѣваютъ, между тѣмъ какъ во многихъ семьяхъ грудные младенцы находились въ продолжительномъ и самомъ близкомъ общеніи съ больными до самой ихъ смерти.

По локализаци чумной палочки:

Въ легкихъ . . . . .	113
„ шейныхъ железахъ . . . . .	2
„ паховыхъ и подмышечныхъ железахъ . . . . .	1

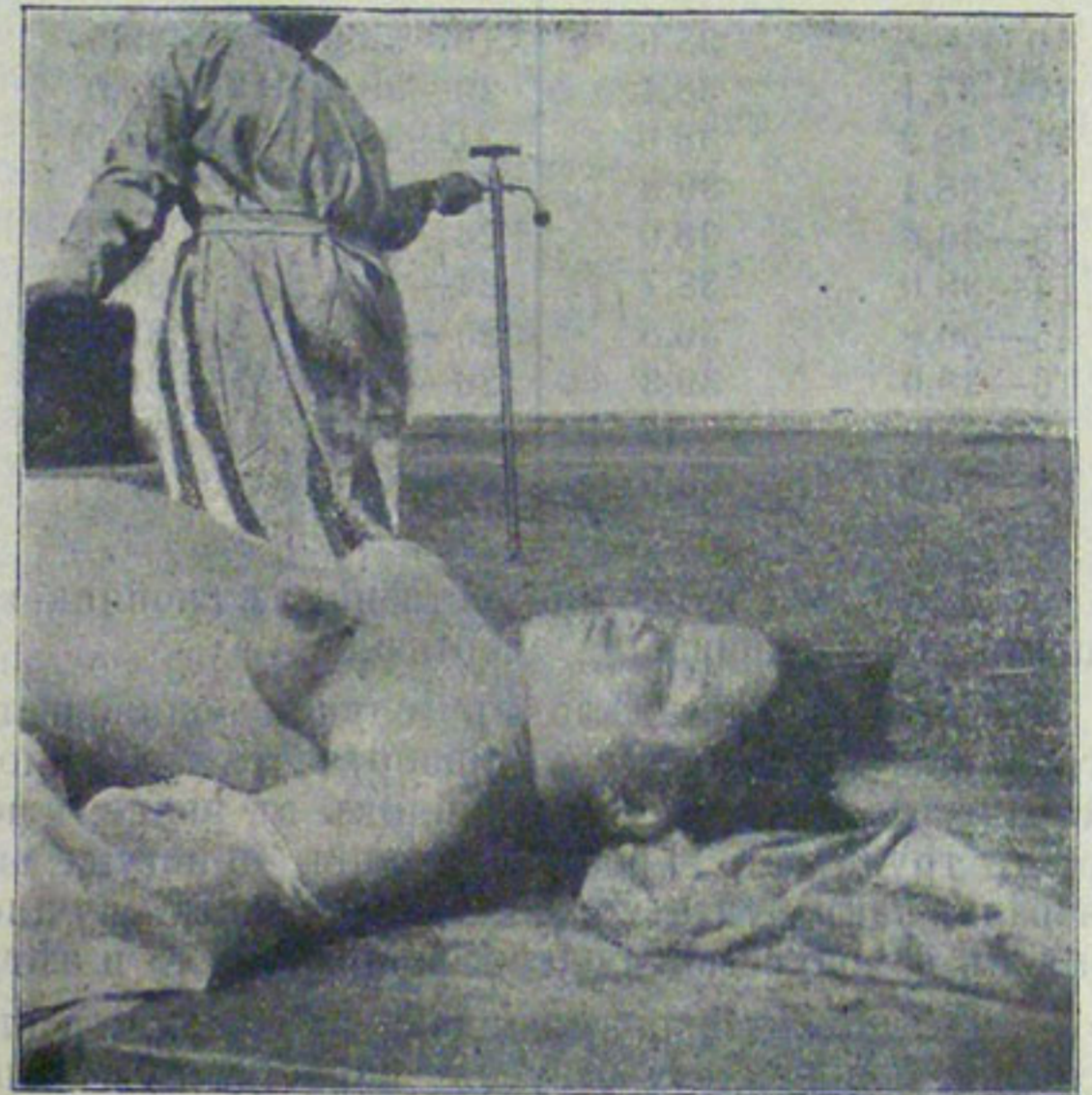
## IV.

## Эпидемиологическія данныя.

А. Происхожденіе чумы въ зараженныхъ урочищахъ: заносъ извнѣ или мѣстные эндемичные очаги?

Только точное знаніе условій возникновенія болѣзни даетъ намъ возможность успѣшно бороться съ ними, и съ этой точки зрѣнія эпидемиологическія изслѣдованія пріобрѣтаютъ громадное практическое значеніе (Гамалія).

Какимъ образомъ началась чума на Бейскъ-Кулакѣ? Занесена ли она извнѣ? Или зараза, конденсируясь въ данномъ мѣстѣ втеченіе извѣстнаго долгаго періода, дала вспышку?



Чума на ур. Саралжыкъ 1908 г. Трупъ Уталіевой.  
(См. №№ 5—6).

Разслѣдованіемъ, произведеннымъ какъ медицинскимъ, такъ и административнымъ персоналомъ, установлено, что первый заболѣвшій Тубалды Бурамбаевъ незадолго до своей болѣзни вернулся изъ предѣловъ Лбищенскаго уѣзда Уральской области, гдѣ лѣтомъ 1909 г. наблюдались заболѣванія чумою, и принесъ оттуда ношеное платье и др. вещи. Самъ Бурамбаевъ, по профессіи нищій, всюду ходившій и, главнымъ образомъ, не имѣя дома заработка, все время проживалъ въ предѣлахъ Уральской области, возвращаясь домой только тогда, когда онъ могъ принести что-либо существенное.

Вернулся онъ въ концѣ октября, точно число не установлено, жаловался на головную боль, стѣсненіе въ груди, кашель; проболѣвъ около недѣли, онъ умеръ.

Родственникъ его, Измухамедъ Туякбаевъ также былъ въ Уральской области, въ предѣлахъ Чижинской станицы, жилъ онъ тамъ около 6—7 мѣсяцевъ; вернулся въ началѣ ноября, тоже принесъ съ собою вещи. Пріѣхавъ домой, жаловался на головную боль и боль въ груди. Вотъ что говоритъ родственникъ ихъ Мусагали Бекетовъ: „въ первыхъ числахъ апрѣля 1909 г. родственникъ мой, умершій отъ чумы на Бейскъ-Кулакѣ, Измухамедъ Туякбаевъ выѣхалъ изъ своего жительства въ районъ Чижинской станицы Уральской области, гдѣ жили его братья, Шомрадъ и Утесмуратъ пастухами, откуда онъ вернулся по истеченіи 6—7 мѣсяцевъ, т. е. въ первыхъ числахъ ноября того же года. По его пріѣздѣ въ ауль я съ нимъ встрѣтился; онъ жаловался на головную



боль и стѣсненіе въ груди. Привезъ онъ, Туякбаевъ, съ собою старый русскій кафтанъ. По прїѣздѣ Туякбаева заболѣлъ живущій въ сосѣдствѣ съ нимъ киргизъ Таболды Бурамбаевъ, который умеръ 5-го ноября; онъ также съ первыхъ чиселъ іюля по октябрь 1909 г. находился на заработкахъ въ районѣ Лбищенскаго уѣзда, на хуторѣ Жланды, Ботикъ и Жетичуланъ; на Жланды жила его род-



Чума на ур. Саралджынъ 1908 г. Коширка для изоляціи здоровыхъ. (См. №№ 5—6).

ная замужняя сестра. Привезъ ли онъ какія либвещи, не знаю. По прїѣздѣ изъ своего жительства Туякбаевъ и Бурамбаевъ никогда не отлучались“.

мужъ, то онъ никуда не отлучался. Первый умершій, мой дядя, Таболды Бурамбаевъ находился все лѣто въ районѣ Лбищенской станицы, откуда вернулся въ октябрѣ. Привезъ онъ съ собою старое русское пальто, старую коричневую шаль и сапоги. По прїѣздѣ домой онъ никуда не отлучался. Въ какой именно мѣстности жилъ мой дядя, я точно указать не могу“.

Агиба Тамтыкова, племянница Бурамбаева: „въ октябрѣ мѣсяцѣ 1909 г., какого именно числа — не помню, возвратился изъ поѣздки родной дядя моего мужа, Нургалия, Таболды Бурамбаевъ; по его словамъ, онъ работалъ въ районѣ Лбищенскаго уѣзда, гдѣ жила родная его сестра, Тайгонъ; онъ привезъ съ собою старое русское пальто, старую шаль и сапоги. Черезъ нѣкоторое время послѣ его прїѣзда прїѣхалъ зять моего мужа, Исмухамедъ Туякбаевъ; онъ привезъ съ собою старый русскій кафтанъ. По его словамъ онъ, находился все время въ районѣ Чижинской станицы, гдѣ занимался вмѣстѣ со своими братьями, живущими тамъ постоянно, черною работою. Когда возвратился Туякбаевъ, жена его Хатира жила съ нимъ вмѣстѣ. По прїѣздѣ онъ жаловался на боль въ груди и головы. На первый или второй день его прїѣзда, заболѣлъ сосѣдній киргизъ Таболды Бурамбаевъ, который и умеръ черезъ три или четыре дня послѣ заболѣванія. Такимъ образомъ, вымерла вся семья Бурамбаевыхъ“.

Изъ этихъ данныхъ съ несомнѣнностью выясняется, что: 1) Бурамбаевъ и Туякбаевъ проживали очень долгое время въ предѣлахъ Уральской области, въ тѣхъ именно мѣстахъ (Лбищенскій уѣздъ), гдѣ были чумныя заболѣванія; 2) принесли оттуда ношеное старое платье; 3) отъ нихъ началось заболѣваніе, распространившееся между родственными семьями.



Чума на урочищѣ Саралджынъ 1908 г. Лагерь для персонала и лабораторія. (См. №№ 5—6).

Жена Туякбаева, Хатира, урожденная Тамтыкова, говоритъ: „мужъ мой Исмухамедъ Туякбаевъ, умершій отъ чумы на Бейсъ-Кулакѣ, вернулся изъ своей поѣздки въ первыхъ числахъ ноября 1909 г.; по его словамъ онъ, все время находился въ районѣ Чижинской станицы, гдѣ занимался, вмѣстѣ со своими братьями, черной работою. Онъ привезъ съ собою только одинъ старый русскій кафтанъ и денегъ, сколько — не помню. Когда онъ прїѣхалъ, то жаловался на боль въ груди и головѣ. По прїѣздѣ, его посѣщали сосѣди. Не помню, черезъ день, или два послѣ его прїѣзда заболѣлъ сосѣдній киргизъ Таболды Бурамбаевъ, который и умеръ черезъ трое или четверо сутокъ послѣ заболѣванія. Затѣмъ продолжались смертные случаи. Когда прїѣхалъ мой

нѣтъ только точныхъ данныхъ о Бурамбаевѣ, въ какихъ именно мѣстахъ Лбищенскаго уѣзда онъ былъ, но это существеннаго значенія не имѣетъ, если принять во вниманіе то обстоятельство, что для киргизъ разстояній нѣтъ, они всюду — дома.

Какимъ образомъ начались заболѣванія и каковъ послѣдовательный ихъ ходъ?

Первой пораженной землявкой была — Таболды Бурамбаева. Побывавъ у Туякбаева послѣ его прїѣзда, онъ заболѣваетъ и 5 ноября умираетъ. За нимъ заболѣваетъ его братъ, Губашъ и умираетъ 13 ноября. Затѣмъ почти одновременно 20 и 21 ноября умираютъ двѣ женщины въ этой землянкѣ, Тайгира и Даран и до 27 ноября вымираютъ остальные 4 члена этой семьи; Болыкъ,



Жаудуръ, Нарзиз и Гумаргали Бурамбаевы, такъ что въ землянкѣ никого не осталось въ живыхъ. Почти одновременно въ сосѣдней землянкѣ родственника Бурамбаева, Тамтыкова, гдѣ живетъ Туякбаевъ, тоже начинаются заболѣванія: первую 23 ноября заболѣла старуха Айслу; 24 ноября—Туякбаевъ и Нургали Тамтыковъ и всѣ трое 26 ноября умираютъ. Затѣмъ, заболѣваніе перешло къ имѣвшимъ сношеніе съ ними: въ землянку Ромазана Бекетова, который до того былъ у Бурамбаева и взялъ у него скотъ для продажи въ Новой Казанкѣ, и къ Унгалову, посѣщавшему ихъ. Первый заболѣлъ 24 ноября и 27 умеръ; второй заболѣлъ 23 ноября и умеръ 4 декабря.

Трудно сказать съ достаточною увѣренностью, кто кого заразилъ: Бурамбаевъ—Туякбаева, или обратно? Тѣсное родственное общеніе, сосѣдство ихъ домовъ, постоянныя встрѣчи давали, конечно, полную возможность взаимной передачи заразы, а начало ея положили, надо думать, оба,—пришедшіе съ инфицированными вещами.

Изъ всего этого можно прийти къ заключенію, что зараза была занесена изъ Уральской области—вещами или людьми (Туякбаевъ), а въ дальнѣйшемъ она распространилась уже людьми вслѣдствіе долгаго совмѣстнаго пребыванія здоровыхъ съ больными.

Можно-ли это доказать? Что вещи являются переносчиками заразы, на это имѣется цѣлый рядъ научныхъ и эпидемиологическихъ доказательствъ; такъ, Dieudonné, разбирая вопросъ о стойкости чумной палочки, говоритъ, что какъ при холодѣ вообще, такъ и въ платьѣ и постельныхъ принадлежностяхъ бактерія остается жизнеспособной въ теченіе многихъ мѣсяцевъ. Въ исторіи прежнихъ чумъ мы усматриваемъ путь зараженія чрезъ платье. Такъ, Страховичъ говоритъ, что „опытъ Колобовской, Владимірской и другихъ эпидемій указываетъ, что простое прикосновеніе къ предметамъ, находившимся въ чумныхъ очагахъ, не вызываетъ зараженія чумою, а передача заразы чрезъ вещи происходитъ только при особыхъ условіяхъ и почти исключительно чрезъ одежду. Первыми жертвами во Владиміровской эпидеміи явились лица, принимавшія наиболѣе дѣятельное участіе въ дѣлежѣ имущества умершей Екатерины Тетерятниковой“.

(Продолженіе слѣдуетъ).



Впечатлѣнія отъ I-го Всероссийскаго съѣзда дѣтскихъ врачей въ С.-Петербурѣ, состоявшагося 27—31 декабря 1912 г.)

**Проф. С. М. Тимашева.**

(Продолженіе).

Пренія по докладамъ показали, что цѣлый рядъ врачей проверили и уже сравнительно давно примѣняютъ этотъ способъ леченія при хроническомъ малокровіи, экземахъ, упадкѣ питанія, туберкулезныхъ страданіяхъ и друг. болѣзняхъ у дѣтей и очень до-

вольны результатами. Для упроченія положительнаго эффекта, солнечно-воздушное леченіе слѣдуетъ продолжать 2—3 лѣта.

Слѣдующими докладчиками, д-рами И. В. Сажинымъ (СПб.) и С. А. Бобринскимъ (Москва), было говорено о все возрастающемъ алкоголизмѣ среди дѣтей до—и школьнаго возраста, указывались причины этого зла и мѣры борьбы съ нимъ. По мнѣнію докладчиковъ, главной причиной является алкогольная наследственность и въ дѣлѣ борьбы съ алкоголизмомъ долженъ быть примѣненъ, какъ наиболѣе цѣлесообразный, рациональный и плодотворный,—принципъ профилактики. Въ школахъ обязательно должно быть введено преподаваніе о вредѣ алкоголя на организмъ и какъ педагоги, такъ и врачи и духовенство, должны всячески проповѣдывать народу идеи трезвости, вселяя въ народъ убѣжденіе, что алкоголь есть страшный ядъ, разрушающій какъ физическую, такъ и нравственную природу человѣка. Въ дѣтскомъ, отроческомъ, юношескомъ возрастахъ, у беременныхъ и кормящихъ грудью употребленіе алкоголя не должно имѣть мѣста. При врачебномъ же назначеніи алкоголя нужно соблюдать особую осторожность, обращаться съ нимъ также, какъ и съ другими сильнодѣйствующими ядами и умѣть во время отменить его. Въ борьбѣ съ алкоголизмомъ врачу—педиатру какъ въ семьѣ, такъ и въ школѣ, должна принадлежать руководящая роль.

Изъ докладовъ 30-го декабря наибольшій интересъ представляетъ докладъ д-ра Л. В. Аксенова: «къ десятилѣтнюю сыворотку Moser'a». На основаніи 1,200 хорошо обследованныхъ случаевъ леченія скарлатины сывороткой Moser'a въ городской дѣтской больницѣ въ С. Петерб. докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: сыворотка является цѣлебнымъ противъ скарлатины средствомъ, если она: 1) вводится въ дозѣ не менѣе 150 к. с. заразъ, 2) вводится не позднѣе 4 дня отъ начала болѣзни, 3) вводится сыворотка одной серіи, 4) только въ подогрѣтомъ видѣ и 5) тяжелымъ больнымъ. Положительные результаты сказываются сильнымъ, почти критическимъ паденіемъ t-ры и рѣзкимъ улучшеніемъ самочувствія. Отъ осложненій не предохраняетъ и на нихъ не вліяетъ, развѣ только иногда предохраняетъ отъ нефрита. Въ минусъ сывороткѣ нужно поставить осложненія отъ нея, но они непродолжительны и не серьезны. Попадаютъ такія серіи сыворотки, которыя не приносятъ рѣшительно никакой пользы, что зависитъ или отъ лошади, либо отъ недостатковъ въ техникѣ приготовленія сыворотки. Докладчикъ считаетъ, что стрептококкъ, если и не является прямымъ возбудителемъ скарлатины, то во всякомъ случаѣ онъ играетъ очень большую роль и находится въ 70% всѣхъ случаевъ скарлатины. Докладчикъ является горячимъ сторонникомъ леченія скарлатины сывороткой, считая ее единственнымъ средствомъ, которое спасаетъ отъ смерти тяжело больныхъ.

Послѣ доклада возникли очень жаркія пренія между сторонниками и противниками леченія скарлатины сывороткой. Сторонниками докладчика явились: 1) д-ръ Молчановъ (Москва), который на основаніи нѣсколькихъ сотъ своихъ наблюденій заключаетъ, что сыворотку слѣдуетъ примѣнять во время и только въ тяжелыхъ случаяхъ, гдѣ ясно выражены явленія интоксикаціи; 2) д-ра Федынский, Лановой, Златогоровъ, Архангельскій также подтверждаютъ почти всѣ положенія и заключенія докладчика.

Сторонникамъ сывороточнаго леченія особенно горячо, основательно и убѣдительно возражали докторъ В. Н. Клименко (СПб) и Вишукуровъ (Одесса). Первый, на основаніи многочисленныхъ своихъ наблюденій и опытовъ, безусловно отрицаетъ этиологическое значеніе стрептококка и смотритъ на него



# FILMARON

Безвредное

## Глистогонное средство

постоянного состава, действует надежно, удобно для приема

10%-ный растворъ Filmaron'a въ  
ol. Ricini, "Филмароновое масло" или  
Примен.: 8,5—10—15 гр.

0,85 Filmaron'a раствореннаго  
въ 1,7 миндальнаго масла  
въ **ЖЕНАТНЫХЪ КАПСУЛАХЪ**

**C. F. Boehringer & Soehne,**  
Mannheim (Deutschland).

**BOEHRINGER**  
(глистогонное начало  
корневища папоротника)

научное представительство для России: Магистръ  
**Б. И. КРЕСЛИНГЪ**  
С.-ПЕТЕРБУРГЪ  
Большая Конюшенная 14.

## Бактеріологическій Институтъ имени Ивана и Зинаиды Чуриныхъ

при Императорскомъ Томскомъ университетѣ.

Противодифтерійная сыворотка (флаконъ въ 1000 един. ант. для общественныхъ организаций 45 коп., для частныхъ лицъ 50 коп.).

Противоскарлатинная сыворотка (флак. 20 куб. с. 1 руб. 25 коп.)

Противодизентерійная сыворотка (флаконъ 1 руб.).

Противострептококковая поливалентная сыворотка (флаконъ 4 руб. 75 коп.).

Противотетаническая сыворотка (флаконъ 3 руб.).

Скарлатинная вакцина (флаконъ въ 5 куб. с. — 25 коп.).

Оспенный детритъ (трубочка на 10 прививокъ — 10 коп.).

**ПРОИЗВОДСТВО РЕАКЦИИ ВАССЕРМАНА** (цѣна за анализъ 10 руб., съ лицъ меньше состоятельныхъ — 5 рублей).

При пересылкѣ сыворотки или цереброспинальной жидкости (не меньше 2—3 куб. с.) слѣдуетъ прибавлять 1—2 капли хлороформа.

## Miracilin

**ВЫДАЮЩЕЕСЯ СРЕДСТВО ПРИ  
ВСѢХЪ НЕВРАСТЕНИЧЕСКИХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ.**

Укрѣпленіе, улучшеніе общаго нервнаго состоянія  
**ВЫДАЮЩЕЕСЯ НЕРВНОЕ ТОНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО.**

ЛИТЕРАТУРА:

Geb. M. d. Bal. Prof. Eulenburg, Pavlov St. Petersburg;  
Weidemann, St. Petersburg; Fürbringer, Berlin; Hirsch, St.  
Petersburg; Holländer, Berlin; Posner, Berlin; Rebougeon,  
Paris; Goll, Zürich; Popper, Iglg bei senator; Hirsch;  
Kudwig, Steinsberg, Franzensbad; Waitz, Paris; Wright,  
London; Piliver, Odessa; Fürth, Dorvent Quastler, Wein.

## Moridal

**Суппозитории при ГЕМОРРОЪ,**  
кровотеченіяхъ, ригидитисахъ, катаррѣ прямой киш-  
ки, трещинахъ и при болѣзненностяхъ испражнений  
Проп.: Cal. chlorat., Calc. iod., Bals. peruv.

ЛИТЕРАТУРА:

Prof. Boas, Berlin; Kehr, Halberstadt; Pickardt, Berlin;  
Weise, Berlin; Sandberg, Berlin; Zibell Munchen, Wright,  
London; ilvesri, Rom; Dawson, London.

## B I O S O N

Безусловно не раздражающей, легко переваримый пита-  
тельный: бѣлково-железисто-лецитиновый препаратъ, можетъ  
быть принимаемъ мѣсяцами безъ какихъ разстройствъ пи-  
щеваренія, хорошо переносится и при лихорадочныхъ какъ  
острыхъ, такъ и хроническихъ заболѣваніяхъ, возбуждаетъ  
аппетитъ, даетъ замѣтное увеличеніе вѣса тѣла, повышаетъ  
содержаніе гемоглобина въ крови и количество кр. кров.  
шариковъ, благоприятно вліяетъ при истощеніи организма.  
Такимъ образомъ, будучи вѣрнымъ питательнымъ сред-  
ствомъ, обнаруживаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ кровеотворныя свой-  
ства железа и укрѣпляющее дѣйствіе на нервную систему  
своей лецитиновой.

ЛИТЕРАТУРА: Д-ръ С. К. Андроновъ, СПБ.; Д-ръ А. Ф.  
Вейдеманъ, СПБ.; Проф. фонъ Ноорденъ, Вѣна; Проф. фонъ  
Лейденъ, Берлинъ; Проф. Цинъ, Берлинъ; Проф. Бри-  
геръ, Берлинъ; Проф. Цинцель Рейкъ, Франкфуртъ н. М.  
ЛИТЕРАТУРА ВСѢХЪ ПРЕПАРАТОВЪ БЕЗПЛАТНО И ФРАНКО. —  
Контора химич. препарат. — СПБ., Невск. пр. 28, д. Зингера.

О подпискѣ въ 1913 году на ежемѣсячный жур-  
наль гигиены, діететики и заболѣваній дѣтскаго  
возраста.

## ПЕДІАТРІЯ

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ проф. Д. А. СОКОЛОВА.

При участіи: М. Л. Абелямина (Сиб.), прив.-доц. Н. Л. Алек-  
сандрова (Москва), прив.-доц. И. Н. Варанникова (Харьковъ),  
М. С. Брейтмана (Сиб.), Н. К. Вяжневскаго (Сиб.), Ф. Ф. Газе  
(Сиб.), прив.-доц. Д. Е. Горьхова (Москва), прив.-доц. Э. А.  
Гартъ (Сиб.), Э. А. Гейкина (Сиб.), проф. В. П. Жуковскаго  
(Юрьевъ), проф. А. О. Каринскаго (Варшава), прив.-доц. А. А.  
Киселя (Москва), прив.-доц. П. А. Климова (Сиб.), проф. Н. С.  
Корсакова (Москва), Н. В. Левича (Сиб.), Н. П. Лунина (Сиб.),  
П. С. Медовникова (Сиб.), В. Э. Михаловича (Сиб.), В. О. Мо-  
чана (Сиб.), С. А. Острогорскаго (Сиб.), В. П. Ниволарова  
(Сиб.), проф. Л. М. Пуссева (Сиб.), прив.-доц. Ф. Д. Румян-  
цева (Сиб.), проф. Д. А. Соколова (Сиб.), проф. С. Тимашева  
(Томскъ), проф. И. В. Троицкаго (Харьковъ), проф. Г. Н. Тур-  
нера (Сиб.), прив.-доц. А. И. Устинова (Москва), прив.-доц.  
А. И. Филиппова (Москва), П. А. Шабада (Сиб.), проф. А. Н.  
Шварича (Сиб.), прив.-доц. Г. В. Шора (Сиб.), проф. В. Ф.  
Якубовича (Сиб.).

Съ сентября мѣсяца 1911 года, начала выхода журна-  
ла, до сентября 1912 г. редакціей выпущено 12 номеровъ, со-  
ставляющихъ 2 тома, которые содержатъ въ себѣ 46 ориги-  
нальныхъ работъ, 406 рефератовъ, 25 рецензій, 2 научныхъ  
обзора и много др. статей, относящихся къ педиатріи.

Съ сентября 1912 года по 1-е января 1913 г. выпущены  
еще 4 номера, которые составляютъ 3-й томъ.

Съ 1-го января 1913 года по 1-е января 1914 года (т. е.  
за предстоящій подписной годъ) будутъ выпущены 4-й и 5-й  
томы (по 6 номеровъ каждый).

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА: За годъ 6 руб., за 1/2 года — 3 руб., за  
4 мѣс. — 2 руб.

4-й, 1-й и 2-й т. т. е. №№ 1—16 ПЕДІАТРІЯ (за  
исключеніемъ № 5 и 12, которые разошлись) можно выписать  
по цѣнѣ 3 руб. за томъ.

Подписка принимается во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.  
КОНТОРА ЖУРНАЛА: Издательство "ШИПОВНИКЪ".  
СПБ. Никольская, 31, гдѣ и принимается подписка.



# ЛИОЯТАМЦІЯ

## LIENIN-ROEHL

органопрепаратъ, содержащій синергетическую группу селезенки; свободенъ отъ токсиновъ и не имѣетъ побочныхъ дѣйствій.

**Дѣйствіе Lienin-Roehl'я** выражается въ рѣзкомъ впливѣ на составъ крови, онъ активируетъ и регулируетъ процессы кроветворенія, увеличивая количество гемоглобина и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Дѣйствуетъ энергичнѣе мышьяка и желѣза, не давая мѣстныхъ побочныхъ явленій со стороны желудка и кишекъ.

**ПОКАЗАНІЯ:** малокровіе, блѣдная немочь, лейкемія, злокачественное малокровіе, истощеніе и болотная лихорадка.

**ДОЗА:** Таблетки по 0,3—0,5 три-четыре раза въ день во время ѣды. Подкожн. впрыскиванія по 1 ампуллѣ въ день.

### ОРИГИНАЛЬНАЯ УПАКОВКА

Lienin-Roehl à 0,3  
1 флак. = 50 таблетокъ.

Lienin-Roehl à 0,5  
1 флаконъ = 50 таблетокъ.

Lienin-Roehl pro injectione  
1 коробка = 4 ампуллы.

По требованію высылаютъ органотерапевтический сборникъ съ краткими свѣдѣніями обо всѣхъ органопрепаратахъ. Университетскимъ Клиникамъ для опытовъ высылаются безвозмездно и въ некоторое колич. Lienin'a.

Органотерапевтический Институтъ Проф. Д-РА ПЕЛЯ И С-ВЕЙ  
Поставщики Двора Его Император. Величества  
С-ПЕТЕРБУРГЪ, Вас. Остр., 7 линия, 18.

Всемирно извѣстный

## SIROLIN "ROCHE"

самый пріятный и дѣйствительный  
препаратъ гваякола,  
изготовленный изъ  
Thiocol'a "Roche"

Ф. Гофманъ-Ла Рошъ и Ко.,  
С-Петербургъ, в.о.  
Николаевск. наб.  
№ 19.



## Secacornin "Roche"

Препаратъ маточныхъ рожковъ испытанной  
надежности.

*Хорошо переносится, можетъ  
быть впрыскиваемъ.  
Годенъ для продолжительнаго  
употребленія.*

Послѣродовыя кровотеченія, кровотеченія пред-  
климактерическаго и климактерическаго періодовъ.

Растворъ 10 и 20 грм. - Ампуллы - Таблетки.  
Ф. Гофманъ-Ла Рошъ и Ко., С-Петербургъ, Вас. Остр.,  
Николаевская наб. 19.

## JODOSTARIN "Roche"

двуйодидъ таририновой кислоты съ 47,5% іода.

Дешевый, органический препаратъ іода въ формѣ таблетокъ  
для длительнаго и періодическаго **леченія іодомъ.**

Обычная доза:

1-3 раза въ день 1-2 таблетки - лучше всего послѣ ѣды.

Упаковка: оригинальныя трубочки, содержащія 20 табл.

Ф. Гофманъ-Ла Рошъ и Ко., С-Петербургъ, в.о.  
Николаевск. наб. № 19.





какъ на моментъ, осложняющій скарлатину (а не вызывающій таковую). а готому и не видитъ никакого основанія примѣнять сыворотку какъ лечебное средство. *Клименко* и другіе утверждаютъ, что рѣзкое критическое паденіе t-ры у скарлатинныхъ вовсе нельзя всецѣло отнести на дѣйствіе сыворотки, ибо теперь уже хорошо извѣстно, что t-ра и у не леченныхъ сывороткой больныхъ довольно нерѣдко падаетъ не литически, и критически, а вмѣстѣ съ паденіемъ t-ры и самочувствіе больныхъ рѣзко улучшается.

*Винокуровъ* въ горячей рѣчи отмѣтилъ, что самъ виновникъ 10-лѣтн. юбилея леченія скарлатины сывороткой, *д-ръ Moser* молчитъ и ничѣмъ не реагируетъ на доводы и заявленія своихъ противниковъ и не защищается. Это и понятно: Западная Европа, въ лицѣ лучшихъ своихъ и авторитетныхъ педиатровъ, давно уже не имѣетъ никакого дѣла съ сывороткой *Moser'a*. Французскіе врачи особенно недовѣрчиво отнеслись къ сывороткѣ и раньше другихъ разочаровались въ цѣлебности ея. За ними такіе корифеи науки, какъ проф. *Heubner, Baginsky, Czerny* и многіе другіе рѣшительно и безповоротно забраковали сыворотку, которая, по ихъ словамъ, только отягощаетъ и дурно вліяетъ на теченіе скарлатины въ тѣхъ случаяхъ, когда появляются такъ называемыя сывороточныя осложненія. Указанія сторонниковъ сыворотки, что за границей встрѣчается меньше скарлатины и она тамъ не проявляется въ столь тяжелыхъ формахъ, какъ у насъ въ Россіи, а отсюда и потребность въ сывороткѣ такъ не ощущается, такъ остро, какъ у насъ, не имѣютъ особой цѣны ибо извѣстно, что въ Австріи скарлатины много и съ тяжелыми теченіями, а однако сыворотку тамъ примѣняютъ теперь сравнительно рѣдко.

*Винокуровъ* тоже согласенъ, что леченіе сывороткой утратило всякое значеніе, ибо не имѣетъ никакого этиологическаго основанія, такъ какъ возбудителя скарлатины мы досихъ поръ не знаемъ.

*Прив. доц. Баранниковъ* (Харьковъ) оказался непримиримымъ врагомъ не только леченія скарлатины сывороткой, но даже и скарлатинной вакцинаціи по *Габричевскому*. Въ своемъ докладѣ „къ тематологій заразныхъ болѣзней у дѣтей“ онъ выставилъ даже такое положеніе, что въ настоящее время обязанностью научной медицины является борьба противъ оригинальнаго врачебнаго предразсудка—противъ такъ называемой „антискарлатинной вакцины“.

*Баранниковъ* ссылается на Норвегію, гдѣ скарлатину почти совсѣмъ вывели не сывороткой и вакциной, а санитарными мѣрами.

Въ общемъ докладъ *д-ра Аксенова* вызвалъ едва ли не самыя горячія пренія во время сѣзда. На основаніи преній у многихъ слушателей создалось впечатлѣніе, что сыворотка, какъ будто, уже кончаетъ свою роль, что у ней теперь значительно больше противниковъ, нежели сторонниковъ, что во многихъ пунктахъ на Западѣ о сывороткѣ *Moser'a* успѣли уже забыть и что объ ней пишутъ и примѣняютъ ее почти одни только русскіе врачи.

При осмотрѣ С.П.Б. городской дѣтской больницы я имѣлъ возможность, (правда, кратко,) ознакомиться съ положеніемъ дѣла леченія скарлатинныхъ больныхъ сывороткой и для меня не было достаточно убѣдительнымъ, чтобы сыворотка являлась какимъ то единственнымъ въ своемъ родѣ цѣлебнымъ средствомъ. По температурнымъ листкамъ видно было, что и у не леченныхъ сывороткой тяжелыхъ скарлатинныхъ больныхъ t-ра нерѣдко падала критически, а также были кривыя, гдѣ и послѣ сыворотки t-ра падала или литически, или послѣ паденія она снова поднималась. Осложненія же скарлатинозныя наблюдались почти въ одинаковой частотѣ и силѣ, независимо отъ того, была примѣнена сыворотка или нѣтъ. Вопросы о

вакцинаціи касались во время преній только вскользь и какихъ либо опредѣленныхъ и обоснованныхъ мнѣній по нему не высказывалось. Этотъ вопросъ будетъ всесторонне обсуждаться и освѣщаться на предстоящемъ весной этого года Пироговскомъ сѣздѣ врачей.

(Окончаніе слѣдуетъ).



## РЕФЕРАТЫ.

### Внутреннія болѣзни.

*Dr. Jacques Lewinski* Къ вопросу объ *endocarditis lenta* на основаніи трехъ случаевъ.—*Berliner Klin. Woch.* 1913. № 10.

*Endocarditis lenta* представляетъ изъ себя хроническій сепсисъ съ локализацией на сердечныхъ заслонкахъ. Онъ вызывается особымъ возбудителемъ—*streptococcus viridans seu mitior*, открытый и хорошо охарактеризованный *Schottmüller'омъ*, а иногда, по утверженію *Steinert'a*, и *streptococcus adhaemolyticus*, родственнымъ *strept. viridans*. Входными воротами являются полость рта и глотки, кишечный трактъ и женскій половой аппаратъ. Существеннымъ для локализации процесса на клапанахъ является наличность ихъ старыхъ пороковъ, и большинство больныхъ указываетъ въ прошломъ на ревматизмъ и различныя сердечныя явленія. Въ трехъ случаяхъ автора діагнозъ былъ устансвленъ исключительно на основаніи посѣвовъ крови, давшихъ черезъ 24 часа характерныя колоніи *streptococcus viridans*. Изъ объективныхъ симптомовъ у всѣхъ больныхъ были констатированы: недостаточность v. v. mitralis, перкуторно увеличенная, но не поддающаяся пальпации селезенка, по временамъ многочисленныя петехіи и появленіе легкаго опуханія суставовъ негнойнаго происхожденія и легко поддающагося дѣйствию аспирина. Въ одномъ случаѣ, прослѣженномъ до конца, передъ смертью появились явленія нефрита, обусловленныя, какъ оказалось послѣ аутопсіи, многочисленными эмболиями капилляровъ въ клубочкахъ. Такой эмболическій гнѣздный нефритъ негнойнаго характера не былъ пока, по *Löhlein'у*, констатированъ ни при какой другой болѣзни. Что касается температуры, то наблюдались главнымъ образомъ небольшія лихорадочныя подъемы, не было ни зноба, ни характерныхъ для сепсиса температуръ. Всѣ три случая окончились летально при явленіяхъ недостаточности сердечной дѣятельности. Въ отношеніи терапіи авторъ высказывается противъ химическихъ средствъ, какъ *Collargol*, *Chinin* etc., больше надеждъ возлагаетъ онъ на бактериологическую терапію и именно леченіе вакциной *streptoc. viridans*, примѣненное по возможности раньше, пока силы организма еще не совершенно истрачены.

*Як. Фалевичъ.*

*Dr. Carl Hertzell.* Реакція застоя при артериосклерозѣ.—*Berliner Klin. Woch.* 1913. № 12.

Авторъ задался цѣлью изслѣдовать, поскольку можно измѣнить кровяное давленіе, уменьшая кровяное русло путемъ временнаго перетягиванія конечностей. Оказалось, что существуетъ большая разница въ этомъ отношеніи у субъектовъ со здоровыми со-



судистыми стѣнками и у артеріосклеротиковъ, имѣющая большое значеніе, какъ для діаноза артеріосклероза, такъ и вообще для функціональнаго изслѣдованія артеріальныхъ стѣнокъ. Методика изслѣдованій очень проста: въ то время, какъ рука и обѣ ноги перетягиваются тремя Recklinghausen'овскими маншетами, до полной остановки кровообращенія, на другой рукѣ изслѣдуется кровяное давленіе путемъ выслушиванія тоновъ art. cubitalis (по Короткову и Fellner'у). Во всѣхъ случаяхъ автора наблюдалось повышеніе кровяного давленія, но въ то время, какъ у нормальныхъ субъектовъ оно достигало при трехминутномъ застоѣ, maximum 10 mm. въ среднемъ только 5 mm., у артеріосклеротиковъ maximum 60 mm, въ среднемъ же 27 mm., т. е. кровяное давленіе у артеріосклеротиковъ въ среднемъ подымалось въ 5 разъ больше, чѣмъ у нормальныхъ людей, но не во всѣхъ случаяхъ артеріосклероза одинаково, а въ зависимости отъ распространенности и тяжести процесса. Объясненіе констатируемому факту заключается въ томъ, что склеротически измѣненная сосудистая система потеряла способность выравнивать разницу давленія путемъ компенсаторнаго расширенія не сдавливаемыхъ участковъ. Поэтому авторъ предлагаетъ остерегаться примѣнять у лицъ съ положительной реакціей застоя всѣ тѣ лечебныя манипуляціи, гидротерапевтическія etc., которыя предъявляютъ требованія къ хорошей регуляторной дѣятельности кровеносной системы. Для изслѣдованія реакціи въ обычной практикѣ авторъ считаетъ достаточнымъ перетягиванія одной или въ крайности двухъ конечностей, чтобы у больныхъ съ уже повышеннымъ кровянымъ давленіемъ не вызвать чрезмѣрнаго повышенія его.

Як. Фалевичъ.

*Dr. C. S. Engel. Демонстрація дѣйствія застоя всѣхъ на кривыхъ пульса и сердечныхъ больныхъ.*—Berliner Klin. Woch. 1913 № 9.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда сердце не въ состояніи вслѣдствіе заболѣванія эндокарда, міокарда или перикарда продвинуть необходимое количество крови въ сосудистую систему, происходитъ задержка крови по направленію къ венамъ, уменьшается разница кровяного давленія въ артеріальной и венозной системахъ, втягивается въ страданіе правое предсердіе, а какъ разъ въ его стѣнкѣ находятся столь необходимые для равномерной сердечной дѣятельности синоаурикулярный и Тавага'вскій атриоventрикулярные узлы. Для противодѣйствія такому застою былъ предложенъ цѣлый рядъ мѣропріятій, такъ v. Taboga выпускалъ у больного посредствомъ венесекціи 300—500 к. с. крови, Kuhn и Bruns предложили различныя способы, но съ одною цѣлью: вызвать усиленный притокъ крови къ легкимъ и тѣмъ облегчить переполненное венозною кровью сердце. Наиболѣе простое и, по мнѣнію автора, очень дѣйствительное средство было предложено Tornai и Lilienstein'омъ: застой крови въ венахъ конечностей. Tornai перетягивалъ посредствомъ обыкновенной резиновой трубки въ продолженіи 20—30 минутъ настолько сильно, чтобы еще чувствовать пульсъ art. radialis, Lilienstein-же употреблялъ для этого 2—3 Recklinghausen'овскія маншеты, соединенныя посредствомъ трубокъ съ резиновымъ баллономъ и съ v. Basch'овскимъ сфигмоманометромъ. При помощи этого аппарата, названнаго имъ флебостатомъ, онъ сдавливалъ конечности до исчезанія пульса, 120—180 mm. Hg, черезъ 2—3 минуты выпускалъ изъ маншеты воздухъ, затѣмъ снова сдавливалъ и такъ продѣлывалъ 4—5 разъ. Самъ авторъ употреблялъ также флебостатъ съ тремя маншетами, оставляя одну руку свободной для сниманія пульсовыхъ кривыхъ, но доводилъ давленіе на рукѣ только до 60—80, на ногахъ до 100 mm. Hg, чтобы кровь

могла притекать, но не оттекать, и такимъ путемъ образовывался въ ногахъ и рукахъ резервуаръ для крови, облегчавшій сердце при каждомъ ударѣ. На основаніи анализа пульсовыхъ кривыхъ, снятыхъ у сердечныхъ больныхъ на art. radialis, а, гдѣ возможно было, и на jugularis до, во время и послѣ перетягиванія, авторъ приходитъ къ заключенію, что искусственный застой въ венахъ конечностей дѣйствуетъ не только благопріятно въ субъективномъ отношеніи, въ отношеніи къ одышкѣ, сердцебиенію, ціанозу, застою въ печени, чувству полноты въ животѣ, но несомнѣнно вызываетъ успокоеніе сердечной дѣятельности и улучшеніе циркуляціи крови.

Як. Фалевичъ.

*Dr. Albrecht Wagner. Къ вопросу о кровопусканіи при полицитэміи.* Münchener med. Woch. 1913 № 8.

Вопросомъ о полицитэміи за послѣднее время очень интересуются. Уже давно было извѣстно, что существуетъ такое болѣзненное состояніе, при которомъ число красныхъ кровяныхъ шариковъ увеличивается до 7—10 миллионныхъ, но являлось спорнымъ, есть ли это настоящая плетора или нѣтъ. Въ настоящее время, по мнѣнію автора, въ этомъ сомнѣваться не приходится. На основаніи леченія своихъ трехъ случаевъ, а именно: Polyzythaemia, вызванная хроническимъ бронхитомъ и эмфиземой и двухъ случаевъ Polyzythaemia megalosplenica, авторъ приходитъ къ заключенію, что кровопусканіе, систематически проводимое, даетъ хорошіе результаты, уменьшая тяжелыя субъективныя страданія больного, уже послѣ сравнительно небольшихъ количествъ онъ чувствуетъ значительное облегченіе. Оно показано при вторичныхъ полицитэміяхъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда мы не можемъ воздѣйствовать на первичное страданіе, и благопріятное дѣйствіе его объясняется увеличеніемъ восприимчивости крови къ кислороду, вслѣдствіе чего является излишней та часть красныхъ кровяныхъ шариковъ, которая служила для компенсаціи малой кислородной восприимчивости крови. При первичной же полицитэміи повторное кровопусканіе противопоказано, такъ какъ восприимчивость крови къ кислороду при ней и такъ уже очень высока. Поэтому для правильнаго примѣненія кровопусканій при полицитэміи необходимо умѣть выдѣлять различныя ея формы.

Як. Фалевичъ.

*Dr. Wilhelm Danielsen. Общій гнойный перитонитъ, вызванный ленточною глистою.*—Münchener med. Woch. 1913 № 8.

Что такіе паразиты, какъ Oxyuris vermicularis, Trichocephalus dispar, Ascaris lumbricoides, могутъ вызвать воспаленіе червеобразнаго отростка, перфорациі кишечной стѣнки, перитонитъ, уже описано. Въ отношеніи же ленточныхъ глисть такихъ наблюденій пока сдѣлано не было. Въ случаѣ автора у больной, имѣвшей въ анамнезѣ Helmenthiasis, Pyosalpinx et Oophoritis, былъ диагностированъ общій перитонитъ, и она была предоставлена хирургамъ. Во время операціи было найдено мѣсто перфорациі въ тонкой кишкѣ  $\frac{1}{2}$  метра выше Бугиніевой заслонки, а свободно въ брюшной полости находилась ленточная глиста, головной конецъ которой проникъ между фимбріями правой трубы. Такъ какъ, согласно современнымъ свѣдѣніямъ, невозможно представить, чтобы ленточная глиста могла пробурить или тѣмъ болѣе проѣсть кишечную стѣнку, авторъ предполагаетъ слѣдующій механизмъ попаданія глисты въ брюшную полость: вслѣдствіе бывшаго у больной два года тому назадъ гнойнаго воспаленія яичника и трубы, произошло склеиваніе между фимбріями и кишкой съ прободеніемъ гноя



въ полость кишки и черезъ перфорированную стѣнку глиста проникла въ трубу; когда послѣ излеченія салпингита вслѣдствіе хорошаго оттока гноя спайки между трубой и кишкой разрыхлились, а подѣ влияніемъ движеній глисты и совсѣмъ разошлись, остальной конецъ глисты выпалъ въ брюшную полость и вмѣстѣ съ вышедшимъ кишечнымъ содержимымъ обусловилъ гнойный перитонитъ.

Як. Ф.



## Защита диссертаций на медицинскомъ факультетѣ Томскаго университета въ 1913 г.

3-го марта состоялась защита диссертации на степень доктора медицины врачомъ С. П. Мочаловымъ на тему: «Къ вопросу о hydrocele bilocularis abdominalis».

Д-ръ С. П. Мочаловъ окончилъ медицинскій факультетъ Томскаго университета въ 1908 г. и въ настоящее время состоитъ штатнымъ ординаторомъ госпитальной хирургической клиники.

Въ своемъ вступительномъ словѣ докторантъ выяснилъ предметъ и задачу работы. Недостатокъ изслѣдованій въ русской литературѣ по данному вопросу, съ одной стороны, и наличность клиническаго матеріала въ видѣ четырехъ случаевъ hydrocele bilocularis, съ другой—дали ему поводъ изложить вопросъ въ видѣ отдѣльной монографіи. На основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ собственныхъ наблюденій авторъ пришелъ къ ряду выводовъ по затронутому вопросу, изъ которыхъ приведемъ здѣсь лишь слѣдующіе: «Наиболѣе вѣроятной теоріей происхожденія hydrocele bilocularis abdominalis является теорія Trendelenburg'a, сводящая происхожденіе этой формы hydrocele къ неправильностямъ развитія паховой области».

«Эктопія и вообще разстройство въ спусканіи яичка у больныхъ съ hydrocele bilocul. abdom.—нрѣдкое явленіе».

«Наиболѣе цѣннымъ признакомъ для распознаванія билочулярной формы hydrocele является наличность второго внутрибрюшного мѣшка, сообщающагося съ мошоночнымъ».

Это заболѣваніе представляетъ «практическій интересъ въ виду возможности злокачественнаго перерожденія эктопированнаго яичка».

Изъ официальныхъ оппонентовъ проф. П. П. Тиховъ указываетъ недочеты въ работѣ, раздѣляя ихъ на существенные и несущественные, изъ которыхъ одни явились по винѣ автора, другіе не по винѣ его. Прежде всего оппонентъ ставитъ въ упрекъ автору, что онъ не воспользовался для опроверженія механической теоріи Kocher'a по этому вопросу данными самого же Kocher'a, который долженъ былъ допустить врожденное происхожденіе hydroc. bilocul. abdom. для дѣтскаго возраста. Наболѣе слабой частью труда проф. Тиховъ считаетъ главу II-ю «о развитіи и спусканіи яичка и брюшиннаго отростка», но это потому, что по эмбриологіи автору не пришлось работать самому лично. Оппонентъ спрашиваетъ, какія теоріи по этому предмету раздѣляетъ самъ авторъ. Докторантъ указываетъ, что имъ дана схема по вопросу о спусканіи яичка, объединяющая различныя взгляды другихъ авторовъ, которые работали годами и трудно было прибавить что-нибудь новое къ ихъ выводамъ.

Проблѣмъ въ анатомической части труда оппонентъ считаетъ отсутствіе разработки вопроса о фасціяхъ въ затронутой области. Къ недостаткамъ работы относитъ онъ также отодвиганіе на задній планъ собственнаго матеріала автора и замалчиваніе имъ нѣкоторыхъ своихъ опытовъ и изслѣдованій.

Указавъ на другіе мелкіе недочеты, проф. Тиховъ останавливается на положительной сторонѣ труда. Это прежде всего,—умѣстность темы изслѣдованія по весьма интересному, мало изученному предмету. Hydrocele bilocul. abdom. интересная форма, въ діагностикѣ которой легко сбиться. Авторъ далъ сводку работъ; здѣсь можетъ быть дано иное освѣщеніе съ анатомической и эмбриологической точки зрѣнія, но клиническая часть представлена правильно; критика различныхъ теорій тонка и корректна; собрана казуистика, для чего автору пришлось многія книги выписывать самому лично, за отсутствіемъ ихъ въ университетской библиотекѣ. Схема и таблицы, приложенныя къ работѣ, заслуживаютъ большаго вниманія; фотографическіе снимки даютъ отчетливое представленіе о клинической формѣ hydrocele bilocularis.

Проф. В. Н. Савингъ высказываетъ предварительно нѣсколько соображеній общаго характера по поводу работъ, представляемыхъ въ качествѣ диссертаций на степень доктора медицины. Это—различнаго рода работы: или чисто лабораторныя, и статистическія съ опредѣленными заключеніями; иногда это—монографіи, освѣщенныя оригинально авторомъ или не освѣщенныя. Къ послѣдней категоріи оппонентъ относитъ разбираемый трудъ, въ которомъ нѣтъ ничего новаго, представлено лишь четыре случая. Но подобныя работы имѣются и за границей, и въ Россіи, не только въ В.—Медиц. Академіи, гдѣ у военныхъ врачей въ силу бытовыхъ условій имѣются особые стимулы для соисканія докторской степени, но также и въ университетахъ. Съ этой точки зрѣнія оппонентъ ничего не имѣетъ противъ работы.

Про такія работы обыкновенно говорятъ, что, хотя работа имѣетъ такіе то и такіе недостатки, но въ то же время она является вкладомъ въ скудную отечественную литературу. Конечно, русская научная литература бѣдна еще, но и она замѣтно сливается съ заграничной. Русскія медицинскіе журналы реферируются за границей, русскіе авторы тамъ цитируются, нѣкоторыя русскія руководства переводятся на иностранныя языки; возникаетъ вопросъ о томъ, что бы на международныхъ съѣздахъ ввести для докладовъ и русской языкъ. Медицинская наука одна и на учная работа должна имѣть значеніе для всемірной литературы, а не только русской. Иначе, подобныя работы, пополняющія русскую литературу, пишутся какъ будто бы для тѣхъ, кто не знаетъ иностранныхъ языковъ; правильнѣе было бы просто переводить иностранныя монографіи на русскій языкъ.

Послѣ этихъ „попутныхъ размышленій“ оппонентъ переходитъ къ отзыву о работѣ докторанта. Докторантъ своей работой долженъ дать явное доказательство, что можетъ быть признанъ научнымъ работникомъ, долженъ доказать, что умѣетъ обращаться съ научнымъ матеріаломъ, можетъ пользоваться первоисточниками общепринятымъ способомъ, умѣетъ располагать матеріалъ и можетъ критически къ нему относиться.

Оппонентъ начинаетъ съ литературнаго указателя работы. Авторъ имѣлъ въ распоряженіи 82 работы,—количество работъ небольшое. Это, конечно, не можетъ быть поставлено ему въ вину, потому что вопросъ имъ затронутый свѣжій, но изъ этихъ работъ—27 приведены не по оригиналу и изъ 27-ми—10 авторовъ цитированы по одному источнику.

Распредѣленіе указателя хаотично, иногда не указывается заглавіе, томъ. Еслибы кто захотѣлъ проверить, напр., 53-й источникъ, то тамъ не указанъ



томъ; мѣстами не указано названіе. Не всѣ источники приведены въ оригиналь,—авторъ пользовался ими изъ вторыхъ рукъ, потому что трудно, можетъ быть, было ихъ достать, но иногда и по своей винѣ. Такъ, источники за № 18, 48-мъ, изъ которыхъ одинъ характеризуется авторомъ, какъ „прекрасная работа“, использованы имъ по рефератамъ, между тѣмъ источники эти имѣются въ университетской библиотекѣ и оппонентъ предъявляетъ ихъ докторанту.

Нѣкоторые источники, въ особенности одинъ, представляющій случай со вскрытіемъ (№ 52 на румынск. яз.), необходимо было имѣть въ подлинникѣ.

Оппонентъ удивляется далѣе, что авторъ, имѣя подъ руками оригинальный источникъ (№ 40), цитируетъ его въ текстѣ по рефератамъ, или по другимъ авторамъ.

Проф. Саввинъ утверждаетъ затѣмъ, что авторъ слишкомъ свободно воспользовался имѣвшимися у него источниками и указываетъ различныя мѣста диссертации, гдѣ безъ общепринятыхъ ковычекъ приведены цѣликомъ дословныя выписки изъ работъ Крымова, Венловскаго, Saks'a и Vollbrecht'a. Дословныя выдержки изъ другихъ авторовъ, безъ указанія источника, оппонентъ находитъ въ отдѣлѣ критической оцѣнки теорій, касающихся происхожденія hydrocele bilocul., — („тонкая критика“ въ нѣкоторой части дословно, безъ ссылки на автора, взята у Cohn'a), а также и въ анатомической части труда (Венловскій, Зерновъ). Оппонентъ заканчиваетъ указаніями на фактическія неточности и неправильныя выраженія въ описаніи анатоміи паховой области.

Докторантъ объясняетъ, что въ своей работѣ онъ не скрываетъ, гдѣ пользовался другими авторами.

Проф. Н. И. Березнеговскій, не желая затягивать диспута, ограничивается указаніями на недостатки работы, касающіяся внѣшности, стилистическихъ погрѣшностей,—неудачныхъ выраженій и под. Къ достоинствамъ работы онъ относитъ слѣдующее:

Эта первая работа по данному вопросу,—работа на тему скромную, узкую, на которую не каждый рискнулъ бы написать монографію. Авторъ располагалъ четырьмя случаями hydrocele biloc.,—это матеріалъ большой, другіе авторы обладали лишь одиночными наблюденіями и строили теоріи о происхожденіи заболѣванія. По мнѣнію оппонента, авторъ хорошо ознакомился съ литературой вопроса и далъ работу, которая не ниже другихъ подобныхъ, ежегодно выпускаемыхъ изъ В. Медиц. Академіи, не претендующихъ на широкія научныя открытія, но вводящихъ читателя въ курсъ вопроса.

Неофициальный оппонентъ прив.—доц. д-ръ Н. А. Богоразъ ставитъ докторанту въ вину узость темы; въ работѣ нѣтъ экспериментальнаго изслѣдованія,—ничего, что обогатило бы науку, взять одинъ изъ рѣдкихъ видовъ hydrocele. Но за то, авторъ является полнымъ хозяиномъ въ клинической картинѣ болѣзни. старается связать узкую тему съ hydrocele вообще. За описаніе клинической картины практическіе врачи скажутъ автору „спасибо“. Языкъ работы точный и ясный, подборъ литературы тщательный.

Д-ръ Богоразъ считаетъ автора достойнымъ степени доктора медицины.

Медицинскій факультетъ послѣ совѣщанія, большинствомъ голосовъ, призналъ докторанта заслуживающимъ степени доктора медицины.

П. Ч.



## Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.

*Общество естествоиспытателей и врачей при Томскомъ университетѣ.*

Засѣданіе 6-го марта.

Проф. В. В. Сапожниковъ произнесъ краткую рѣчь, посвященную памяти безвременно скончавшагося отъ туберкулеза легкихъ студ. медика А. Молодилова. Покойный заявилъ себя, какъ весьма дѣятельный и трудоспособный работникъ; при матеріальной поддержкѣ Общества онъ принималъ участіе въ обслѣдованіи нѣкоторыхъ мѣстностей Барабинской степи въ энтографическомъ и ботаническомъ отношеніи и оставилъ послѣ себя печатные труды научнаго характера.

Симпатичный обликъ покойнаго въ засѣданіи Общества весьма живо возстановилъ также студентъ медикъ Л. Л. Гинстонъ, близко познакомившійся съ нимъ при совмѣстной работѣ въ теченіе университетскаго курса.

Проф. П. Н. Лащенковъ сообщил о „культурѣ злаковъ въ Верхоянскѣ“, подробно изложивъ опыты г. Каныгина съ посѣвомъ хлѣбовъ въ этой мѣстности. Докладчикъ полагаетъ, что: 1) огородничество въ Верхоянскѣ можетъ идти и служить для пропитанія жителей; 2) ячмень можетъ культивироваться съ хорошимъ результатомъ. 3) Опыты съ культивированіемъ пшеницы, ржи и ярицы представляютъ интересъ научный, но въ практическомъ отношеніи—культура этихъ злаковъ едва ли найдетъ тамъ распространеніе. 4) Созрѣваніе пшеницы въ Верхоянскѣ (67° с. ш.)—единственный извѣстный до сихъ поръ случай: до настоящаго времени дальше 64° с. ш. пшеница еще не культивировалась. Докладчикъ демонстрировалъ различныя виды злаковъ, полученные въ Верхоянскѣ.

В. В. Ревердатто слѣлалъ докладъ на тему „Очерки флоры и мѣстности Енисея отъ Енисейска до С. Ледовитаго океана.“

П. Ч.

*Общество практическихъ врачей Томской губерніи.*

Засѣданіе 9-го марта.

Д-ръ В. М. Образцовъ демонстрировалъ больного съ повторнымъ зараженіемъ сифилисомъ (случай reinfecti'i).

Д-ру Н. И. Плоскиреву демонстрируемый случай въ смыслѣ реинфекціи представляется сомнительнымъ, такъ какъ ясныхъ указаній на сифилисъ въ прошломъ у больного нѣтъ; запавшій носъ могъ быть послѣдствіемъ травмы; жалобы на боли въ ногахъ, въ костяхъ—неопредѣленнаго характера; улучшеніе съ этой стороны при леченіи іодистымъ калиемъ нельзя разсматривать, какъ безусловный признакъ сифилиса.

Д-ръ К. В. Куртессовъ, упомянувъ, что за послѣднее время описываются малопровѣренныя случаи реинфекціи послѣ предшествовавшаго леченія салварсаномъ, считаетъ настоящій случай также сомнительнымъ и недостаточно обслѣдованнымъ, такъ какъ не была продѣлана реакція Wassermann'a

По мнѣнію д-ра А. А. Боголюбова, демонстрируемый случай не слѣдуетъ описывать, какъ реинфекцію, такъ какъ описанные доселѣ классическіе случаи реинфекціи (Поспѣловъ, Тарновскій, Образцовъ и др.) прослѣжены съ періода первичнаго склероза и до новаго зараженія, здѣсь же этого нѣтъ.



Д-ръ Н. М. Святловъ „О распространении сифилиса въ сибирской деревнѣ.“ Сифилисъ среди сельскаго населенія въ Россіи сдѣлался бытовой болѣзью и является причиной вырожденія населенія. Сельскій сифилисъ въ Европ. Россіи изученъ достаточно; распространяется онъ тамъ бытовымъ—внѣполовымъ способомъ (78—91%); вопросъ же о сифилисѣ въ сибирской деревнѣ до сихъ поръ еще не затронутъ. Докладчикъ располагалъ собственными наблюденіями и цифровымъ матеріаломъ по этому вопросу, какъ врачъ одного изъ переселенческихъ участковъ Томскаго уѣзда (с. Молчаново) и кромѣ того имѣлъ возможность воспользоваться данными, собранными д-ромъ А. Г. Азбукинымъ о распространении сифилиса среди населенія Монастырскаго участка Томскаго уѣзда

Въ этомъ послѣднемъ районѣ считается 8077 чел. жителей,—большею частью переселенцевъ. Здѣсь плохіе пути сообщенія, отсутствіе медицинской помощи (70—90 верстъ до врачебнаго пункта, 50 в. до фельдшерскаго); населеніе въ культурномъ и экономическомъ отношеніи стоитъ очень низко. Сифилисъ занесенъ сюда недавно одной больной дѣвицей, вышедшей здѣсь въ замужество.

Въ январѣ 1912 г. д-ръ Святловъ при осмотрѣ 46 крестьянъ обнаружилъ на Которжинскомъ участкѣ сифилисъ уже у 11-ти человекъ во вторичномъ разномъ періодѣ, на другомъ участкѣ у 5-ти изъ 14-ти; при поголовномъ осмотрѣ на Лапушинскомъ участкѣ изъ 47 семей въ 4-хъ семьяхъ (11 чел.) и т. д.

Д-ръ А. П. Азбукинъ въ с. Монастырскомъ при осмотрѣ въ амбулаторіи 1,104 чел. ( $\frac{1}{8}$  часть населенія) нашелъ сифилисъ у 150 чел. (13,56%), при чемъ распредѣленіе больныхъ по полу было таково: мужчинъ—44, женщинъ—72 и дѣтей—34. Первичный склерозъ найденъ у 1-го, вторичныя явленія у 104, третичный сифилисъ у 45-ти. Преобладаніе сифилиса у женщинъ объясняется тѣмъ, что женщина заражается, какъ мать, какъ нянька, при уходѣ за больными и еще потому, что не имѣетъ возможности лечиться аккуратно.

Распространяется сифилисъ и въ сибирской деревнѣ больше бытовымъ способомъ, благодаря невѣжеству и нечистоплотности населенія (пользованіе одною ложкой, рюмкой на поминкахъ, одной соской для многихъ дѣтей и под.). Зараженіе половымъ способомъ и склерозъ на половыхъ органахъ—рѣдкость. Проституція въ деревнѣ не изучена.

Докладчикъ въ своемъ участкѣ зналъ за 5 лѣтъ 3-хъ женщинъ, которыя занимались проституціей, какъ подсобнымъ промысломъ.

Число больныхъ сифилисомъ, по официальнымъ даннымъ, по отчетамъ медиц. департамента, 32 чел. на 10,000 (за 1911 г.); по мнѣнію докладчика, это число ниже дѣйствительнаго, такъ какъ въ лечебные пункты обращаются не всѣ больные и съ небольшого ближайшаго района, главнымъ образомъ—отъ 1—20 верстъ въ окружности.

Борьба съ сифилисомъ въ деревнѣ является дѣломъ неотложнымъ, такъ какъ сифилисъ съ каждымъ годомъ увеличивается и угрожаетъ въ будущемъ вырожденіемъ населенія, стоящаго на низкомъ уровнѣ развитія. Борьба съ этой болѣзью, заботы о народномъ образованіи составятъ одну изъ задачъ сибирскаго земства. Теперь необходимо готовить матеріалы для будущаго земства. Обществомъ практическихъ врачей еще въ 1909 г. была выработана программа для собиранія свѣдѣній о состояніи медиц. дѣла въ селахъ, переселенческихъ участкахъ и пр.,—необходимо это дѣло вновь двинуть впередъ.

Д-ръ В. М. Образцовъ интересуется вопросомъ, не отражаются ли условія передвиженія переселенцевъ

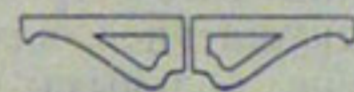
изъ Россіи въ Сибирь на частотѣ зараженія кондилломатознымъ сифилисомъ.

Д-ръ Святловъ считаетъ этотъ вопросъ заслуживающимъ изученія и сообщаетъ, что въ его участкѣ имѣются больные, прибывшіе въ кондилломатозномъ періодѣ болѣзни изъ Смоленской губерніи.

Д-ръ Н. П. Плоскиревъ считаетъ вопросъ, затронутый въ докладѣ, весьма серьезнымъ. Переселенческая волна несетъ въ Сибирь различныя болѣзни и сифилисъ. Дорога, переселенч. пункты—даютъ благоприятныя условія для распространенія болѣзни; между тѣмъ, на мѣстахъ, въ Сибири, переселенцы мало встрѣчаютъ медицинской помощи. Подробный и поголовный осмотръ дастъ гораздо большія цифры сифилиса, чѣмъ даютъ официальные отчеты. Несомнѣнно, процентъ сифилитиковъ въ сибирской деревнѣ высокъ и мѣры борьбы съ нимъ неотложны. Введеніе земства въ Сибирь все еще откладывается; въ ожиданіи земства необходимо работать и теперь и готовить матеріалъ, который будетъ полезенъ для будущихъ земскихъ и санитарныхъ дѣятелей.

Предсѣдатель Общества, д-ръ А. И. Макушинъ отмѣчаетъ особый интересъ доклада, цѣннаго въ качествѣ матеріала съ мѣстъ для депутатовъ Государственной Думы при обсужденіи вопроса о земствѣ въ Сибири.

П. Ч.



## Врачебная хроника.

— Санитарная организація г. Владивостока продолжаетъ безъ страха и сомнѣнія держаться разѣ принятаго курса («Сиб. Вр. Газ.» 1911 г. № 28, 1912 г. № 37), который характеризуется очень поверхностнымъ знакомствомъ съ теоріей и практикой общественной медицины, съ ея основами, задачами и методами. Мы сейчасъ случайно\*) познакомились съ №№ 6—9 Вр.-Сан. Хр. г. Владивостока за 1912 г. Эти тонкія брошюрки казеннаго образца переводятъ первыя впечатлѣнія отъ новой организаціи въ полную увѣренность. Проекты обязательныхъ постановленій быстро слѣдуютъ одинъ за другимъ (въ одномъ № 6—четыре проекта), не сопровождаемые никакимъ матеріаломъ по предварительному изученію ихъ объектовъ. Каждый проектъ загроможденъ множествомъ параграфовъ, кстати сказать, довольно плохо редактированныхъ, иногда—не совѣмъ грамотно, иногда—невнятно: «долженъ быть устроенъ колодезь, бочка или кадка, наполненная водою и ведро», «колодцы должны быть устроены изъ камня, кирпича съ цементовкой емкостью не менѣе  $\frac{1}{2}$  куб. саж.» (?)—(№ 6, стр. 15).

Въ такомъ наивномъ пристрастіи къ законодательствованію сказывается въ лучшемъ случаѣ простодушная вѣра (если не суевѣріе) въ магическое вліяніе обязат. постановленій quand même или же какъ въ полицейскій талисманъ, позволяющая въ дальнѣйшемъ успокоиться на лаврахъ. При благоприятныхъ условіяхъ эта почва взращиваетъ мелочную, растрепанную полицейскую санитарію, насаждаемую городскими врачами во многихъ нашихъ сонныхъ городскихъ палести-

\*) Посылкою въ редакцію своей „Хроники“ Владивостокская организація нѣтъ не удостоивается, считая очевидно, что это не такъ важно и что единственный для всей Сибири врачебный органъ можетъ и обойтись безъ таковой любезности со стороны мѣстныхъ врачебныхъ организацій.



нахъ. Отъ всѣхъ проектовъ владивостокской марки явственно отдаетъ канцелярскимъ творчествомъ.

Однимъ росчеркомъ пера всѣ постоянные дворы, подворья, содержатели извозчицкихъ биржъ выдворяются на окраины города. Въ то же время этимъ учрежденіямъ предписывается строить конюшни не иначе какъ приблизительно по образцу конюшенъ дворцоваго вѣдомства: съ минеральнымъ поломъ и приѣмниками, съ отдѣльными просторными зенниками, широкими проходами, свѣтлыя и пр. Въ пивныхъ и трактирахъ обязательно имѣть «теплые, хорошіе клозеты (! sic). Имѣть выносные клозеты, равно и холодные воспрещается». Есть, далѣе, полное смѣшеніе требованій санитарныхъ съ требованіями полицейскаго благочинія.

Но всего примѣчательнѣе «проектъ обязат. постановл. о мѣрахъ предупрежденія и прекращенія заразныхъ болѣзней».

«Врачи, содержатели всѣхъ торгово-промышл. заведеній г. Влад.—ка, домовладѣльцы и квартиронаниматели \*\*») обязаны немедленно извѣщать санитарнаго врача г. Владивостока—первые присылкой въ бюро санитарнаго отдѣла заполненныхъ статист. карточекъ, вторые присылкой простыхъ извѣщеній» о всѣхъ извѣстныхъ имъ случаяхъ чумы, холеры, свинки, коклюша и прочихъ болѣзней, коихъ перечень приведенъ въ предыдущемъ §. Предусматривается вынужденное властью санитарнаго врача помѣщеніе больныхъ заразною (остро-заразною?) болѣзью въ больницы, и привлеченіе всѣхъ законопослушныхъ въ отношеніи изложенныхъ и остальныхъ пунктовъ проекта по 102 ст. Уст. о нак., налаг. миров. судьями.—Не ловко далѣе выписывать (не говоря ужъ—комментировать) всю эту невѣроятную легковѣсность знанія и опыта, притязающую опеку, руководить и вообще дѣлать что-то благодѣтельное для гор. Владивостока.

— «Сиб. Жизни» пишутъ изъ Бійска, что городской голова Доброхотовъ уволилъ неожиданно городскихъ врачей Прибыткова и Чехову вопреки заявленію двадцати гласныхъ, составляющихъ большинство думы. Больницу гор. голова предложилъ принять городскому врачу Карелину, который, вслѣдствіе отсутствія свободнаго времени, принять больницу отказался. Не состоя больше на службѣ городу, Прибытковъ въ силу необходимости продолжаетъ работать въ больницѣ. Причины увольненія—расхождение врачей съ управой по вопросу о выдѣленіи изъ больницы амбулаторій и перенесенія глазной лечебницы въ больницу. Гласные, находя врачей правыми, настаиваютъ на обратномъ приѣмѣ Прибыткова, работающаго въ Бійскѣ 30 лѣтъ, и окулиста Чехову, пользующихся въ городѣ большою популярностью.

— По сообщенію „Пр. Врача“, окончательно выяснилось, что XII Пироговскій съѣздъ состоится съ 29 мая по 6-е іюня. Отъ министерства народнаго просвѣщенія получено разрѣшеніе на предоставленіе для занятій съѣзда помѣщеній женскаго медич. института.

— Тамъ же читаемъ мы, что министерствомъ внутр. дѣлъ разрѣшенъ созывъ 20, 21 и 22 октября с. г. въ С.-Петербургѣ 1-ю всероссійскаго съѣзда послѣдователей гомеопатій.

Мы нисколько не удивимся послѣ этого, если прочтемъ въ газетахъ извѣстіе о разрѣшеніи всероссійскаго съѣзда знахарей, въ особенности тѣхъ привилегированныхъ столичныхъ знаменитостей,

вродѣ Бадмаева, которые всегда находили себѣ покровителей среди высокопоставленныхъ особъ.

— Петербургскіе газеты сообщаютъ, что, если проф. И. И. Мечниковъ откажется принять предлагаемый ему постъ директора Института экспериментальной медицины, то на эту должность будетъ назначенъ бывший оберъ-прокуроръ Синода проф. С. М. Лукьяновъ.

И такъ, отъ общей паталогіи черезъ министерство народнаго просвѣщенія въ вѣдомство православія и обратно къ общей паталогіи—карьера довольно рѣдкая и любопытная..

— Корреспондентъ «Р. С.» пишетъ, что въ Красноярскѣ заключены въ тюрьму врачъ Заидовскій и фельдшерница Шангина, обвиняемые въ устройствѣ «фабрики ангеловъ». При обыскѣ въ квартирѣ Шангиной въ печи обнаружены кости только-что сожженныхъ младенцевъ.

— Вопросъ о закрытіи домовъ терпимости въ г. Томскѣ (о чемъ сообщалось въ № 2 нашей газеты), получилъ новое направленіе. Вопросъ этотъ возникъ по поводу просьбы жителей Бочановской ул. о перенесеніи домовъ терпимости въ другой районъ и былъ рѣшенъ томской думой въ духѣ полного закрытія ихъ. Теперь общее присутствіе томскаго губ. правленія отмѣнило это постановленіе думы, какъ незаконное. Мотивировка его такова:

1) Составленіе думами обязательныхъ постановленій по отношенію къ домамъ терпимости, хотя бы въ цѣляхъ охраненія народнаго здравія, не оправдывается дѣйствующими узаконеніями, такъ какъ обязательныя постановленія думы могутъ касаться только предметовъ, указанныхъ въ законѣ, надзоръ же за домами терпимости опредѣляется не закономъ, а особыми административными правилами, изданными министромъ внутр. дѣлъ (опред. сената 17 февраля 1898 г. № 1519); 2) развѣ власть открытія домовъ терпимости принадлежитъ администраціи (опред. сената 28 апрѣля 1898 г. № 3628), то и власть закрытія таковыхъ принадлежитъ ей же, и 3) начальникъ губерніи, преисполняя прошеніе жителей Бочановской улицы на разсмотрѣніе думы, вовсе не имѣлъ въ виду предлагать ей составить обязательное постановленіе о закрытіи домовъ терпимости, а желательно было лишь узнать мнѣніе представителей города по этому вопросу.

Послѣ оживленныхъ преній по поводу этой отмѣны думскаго постановленія, дума рѣшила, прежде чѣмъ предпринимать какіе либо дальнѣйшіе шаги въ томъ же направленіи, передать этотъ вопросъ для детальной его разработки въ комиссію съ приглашеніемъ свѣдующихъ лицъ и юрис-консульта.

— „Сиб. Жизни“ телеграфируютъ изъ Петербурга, что мин. нар. просвѣщенія Кассо поручилъ Харьковскому попечителю Соколовскому обрѣзывать Томскій университетъ. По распространившимся въ С.П.Б. слухамъ, ревизія связана съ намѣреніемъ министерства народнаго просвѣщенія открыть осенью въ составѣ Томскаго университета физико-математическій факультетъ. Достоверно извѣстно, что главное управленіе землед. и землеустр. рѣшительно на этомъ настаиваетъ.



\*\*) Курсивъ нашъ.



# Пиперазинъ

## Миди

Зернистый, шипучій



ВЫДЪЛЯЕТЪ

МОЧЕВУЮ КИСЛОТУ

1—3 мѣрокъ или ложечекъ въ сутки



## Рецептныя формулы „Пиперазина Миди“.

Гранулезная  
ангина  
артритиковъ

- 1° Пульверизаціи сѣрными водами;
- 2° Ежедневныя смазыванія горла растворомъ Мандля;

*Rp.* Glycerini . . . . . 100,0  
Kali jodati . . . . . 4,0  
Acid carbol . . . . .  
Jodi puri ana. . . . . 1,0

- 3° Принимать утромъ натошакъ, предъ обѣдомъ и ужиномъ  
*Пиперазинъ Миди* (1—3 ложечекъ въ день).

Леченіе  
мигрени  
артритиче-  
скаго про-  
исхожденія

Профилактически слѣдуетъ убавить количество пищевыхъ веществъ: немного мяса къ обѣду, вечеромъ запретить.

Не пить вина и спиртныхъ напитковъ.

Повлять на функціи печени при помощи проносныхъ и алкалическихъ средствъ.

Принимать натошакъ ложечку соли въ водѣ:

*Rp.* Sails Seignetti . . . . . 80,0  
Natrii bicarbonici . . . . . 20,0

или:

*Rp.* Natrii sulfurici . . . . . 80,0  
Natrii bicarbonici . . . . . 20,0

Въ теченіи 15 — 20 дней.

Принимать ежедневно *Пиперазинъ Миди* (2 мѣрки раствор. въ водѣ).

Зудъ  
артритиковъ

- 1° Крахмальные ванны.
- 2° Натиранія тѣла 2—3 раза въ день;

*Rp.* Plumbi acetici . . . . . 2,5  
T-rae Opii . . . . . 10,0  
Aq. rosarum . . . . . 250,0

- 3° Утромъ, въ полдень и вечеромъ принять 3 — 6 мѣрокъ Пиперазина.

Упорная  
экцема  
суставовъ

Послѣ тщательной очистки кожи наложить слой коальтара (Brosq) и оставить на 48 часовъ или сдѣлать повязку изъ мази:

*Rp.* Ichtyoli . . . . . 2,0  
Zinci oxydati . . . . .  
Amyli ana . . . . . 12,0  
Vaselini . . . . . 25,0

Повязку эту наложить 2—3 раза.

Принимать *Пиперазинъ Миди* (1—3 мѣрокъ въ сутки).



Профилактическое  
лечение  
артериосклероза

- 1<sup>o</sup> Дѣйствовать на давленіе въ сосудахъ соответственнымъ діетомъ, вліяющимъ на уменьшеніе количества токсинъ (Юшаръ). Много молочныхъ и растительныхъ пищевыхъ веществъ. Мало мяса и никогда не принимать его вечеромъ.
- 2<sup>o</sup> Тринитритъ (4 — 10 капель въ алкогольномъ растворѣ) или нитритъ натра (10—20 сант. гр. въ день).
- 3<sup>o</sup> Вліять на выдѣленіе токсинъ мочегонными средствами и безвредными для почекъ: *Пиперазинъ Миди* (1—3 мѣрокъ въ день въ теченіи 15 дней каждаго мѣсяца).

Профилактическое  
лечение  
артрита

- 1<sup>o</sup> **Питаніе.** Для избѣганія появленія артрита слѣдуетъ по Паско (*Tribune méd.* 1908 № 1) питаться такъ, чтобъ получить 29 калорій на 1 килограмъ вѣса тѣла. Взрослый человѣкъ вѣсомъ въ 65 к. долженъ питаться такъ чтобъ максимально доставить организму 1900 калорій.
- 2<sup>o</sup> **Гигіена.** Тѣлесныя упражненія, пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, натиранія, массажъ, электризація и т. д.
- 3<sup>o</sup> **Леченіе.** Ускореніе перемѣны веществъ, улучшеніе неправильнаго состава крови и удаленіе излишка мочевой кислоты, принимая *Пиперазинъ Миди* (1—3 мѣрокъ въ теченіи 15 дней ежемѣсячно).

Леченіе  
атонической  
формы моче-  
кислаго  
діатеза

Юшаръ въ атоническихъ формахъ мочекислаго діатеза не совѣтуетъ предписывать обычныхъ противоартритическихъ средствъ какъ то: *colchicum*, *chininum*, *natr. salicyl*, ибо такіе больные не въ состояніи ассимилировать этихъ средствъ. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ:

- 1<sup>o</sup> исправить анемическое состояніе больного (какъ главной причины продолжительности болѣзни) при помощи тонизирующихъ средствъ (жельза) и чрезъ усиленное питаніе больного.
- 2<sup>o</sup> растворять мочекислыя соли при посредствѣ зернистаго шипучаго *Пиперазина Миди* (1—3 мѣрокъ въ сутки.)

Леченіе  
невральгіи  
сѣдалищнаго  
нерва

Смазавъ болѣзненные мѣста глицериномъ, покрыть такую ватой смоченной въ хлористомъ метилѣ.

Изета совѣтуетъ втираніе изъ:

<i>Rp.</i> Ol. olivarum . . . . .	250,0
Ol. terebinthinae . . . . .	75,0
Ammonii caust. . . . .	40,0
T-rae Cantharid . . . . .	15,0

M.D.S. Взболтать предъ употребленіемъ. Втирать 2—3 раза въ день

Внутри принимать *Пиперазинъ Миди* (зернистый, шипучій (3—6 мѣрокъ въ сутки).



Пилюли

# Cascara Midy

Самое нѣжное  
и самое надеж-  
ное дѣйствию-  
щее проносное  
средство

не вызываетъ  
ни рвоты,  
ни колики.  
ни поноса



**Натуральный, очищенный и неизмѣняющ. продуктъ**

Пилюли Каскара Миди дозированы по 0,12 ctgr. нашей водно-алкогольной настойки *Rhamnus purshianus*, которая благодаря нашей обработкѣ не содержитъ жгучаго масла и раздражающаго сока, но сохраняютъ въ цѣлости антраценовыя вещества: эмодинъ, хризофановую кислоту и прочіе оксимеилантрахиноны и 20 ctgr. чистѣйшаго порошка *Rhamnus pursh.*

**ДОЗИРОВКА:** 1—2 пилюль Каскара Миди вечеромъ во время ужина или до сна, чтобъ получить проносное дѣйствіе слѣдующаго утра. Смотря по полученному эффекту слѣдуетъ видоизмѣнять дозу.

**НАГРАДЫ:** Миланъ 1906, Лондонъ 1908, Кви́ро 1909, Брюссель 1910, Буэносъ Айресъ 1910.

Pharmacie Midy 140, Faubourg Saint-Honoré, Paris.

Образцы высылаетъ складъ Миди Варшава, ул. Фоксаль 13.