

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. Л. (Благовѣщенскъ), проф. Вершинина Н. В. (Томскъ), Деленторскаго Н. И. (Томскъ), проф. Добромыслова В. Д. (Кіевъ), Ельшѣвичъ Б. А. (Иркутскъ), прив.-доц. Зимина А. Н. (Томскъ), Каршина 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. Мыша Вл. М. (Томскъ), Нинольскаго Д. П. (Петербургъ), Пескина Я. А. (Иркутскъ), Пешновскаго Н. Я. (Иркутскъ), проф. Покровскаго 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), Францъ-Жамецкаго З. Г. (Иркутскъ), Фрайфельда А. О. (Иркутскъ), прив.-доц. Чистякова П. И. (Томскъ) и мног. другихъ.

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

Адресъ редакціи: Иркутскъ, Большая, 73.

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

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

Годъ 6-й. Воскресенье 3-го ноября 1913 г. № 44-й.

Открыта подписка на 1914 г.

НА

СИБИРСКУЮ ВРАЧЕВНУЮ ГАЗЕТУ.

Сибирская Врачебная Газета будетъ выходить по прежней программѣ и при прежнемъ составѣ сотрудниковъ.

Объемъ газеты будетъ постепенно увеличиваться.

СОДЕРЖАНІЕ:

—В. А. Аблова. Обзоръ успѣховъ ото-рино-ларингологии за 1912 годъ. (Продолженіе).—А. О. Фрайфельдъ. Къ вопросу о леченіи остраго отравленія сулемою.—Фельетонъ. П. И. Мальковскій. Къ вопросу объ обезпеченіи медицинскаго персонала на случай инвалидности и смерти.—Рефераты. Заразная болѣзнь и бактериологія.—Корреспонденціи. Врачебно-санитарное дѣло въ поселкахъ Забайкальскаго казачьяго войска.—Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.—Врачебная хроника.—Объявленія на обложкѣ.

Обзоръ успѣховъ ото-рино-ларингологии за 1912 годъ.

В. А. Аблова.

(Продолженіе).

Это достигается назначеніемъ для сосанія таблетокъ формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, такъ наз. formamintabletten. Въ этой формѣ формальдегидъ совершенно безвреденъ и не имѣетъ раздражающихъ свойствъ. Авторъ рекомендуетъ эти таблетки при слѣдующихъ болѣзняхъ: 1) при всѣхъ инфекціонныхъ стоматитахъ и ангинахъ, 2) при инфекціяхъ гортани, при пораженіи hypopharynx et oesophagus и 3) какъ профилактическое средство при операціяхъ на слизистой полости рта и желудка.

Dr. Henke рекомендуетъ примѣненіе сальварсана при стенозахъ гортани разнообразнаго происхожденія и не сифилитическаго. Стенозы эти

обязаны своим происхождением различным спирохетам, а сальварсанъ является могучимъ средствомъ противъ спирохетъ вообще, поэтому, напр., сальварсанъ показанъ при с енозахъ вѣдствіе *carcinomae laryngis*.

Проф. O. Chiari на основаніи 15 случаевъ сифилиса верхнихъ дыхательныхъ путей, леченныхъ препаратомъ *Ehrlich, a* «606», изъ коихъ въ 13 случаяхъ реакція *Wasserman, a* дала положительный результатъ, приходитъ къ заключенію, что сальварсанъ при сифилисѣ верхнихъ дыхательныхъ путей—быстро дѣйствующее и безопасное лечебное средство, особенно, если оно впрыскивается внутримышечно въ эмульсіи съ жидкимъ парафиномъ.

Проф. Gerber своими изслѣдованіями убѣдился, что кромѣ ангины *Vincent, a* къ заболѣваніямъ, вызываемымъ спирохетами, относятся еще *gyngevitis, stamatitis simplex et mercurialis*, нѣкоторые перидентические и перибуккальные абсцессы, скорбутъ и, вѣроятно, еще и нома. Благодаря какому либо мѣстному или общему поврежденію—простудѣ, плохому питанію, общимъ заболѣваніямъ, меркуриализму—происходитъ измѣненіе слизистой рта. Находящаяся всегда въ лакунахъ железъ, на языкѣ и, особенно, подъ деснами вокругъ зуба спирохеты и веретенообразныя бациллы находятъ при такихъ условіяхъ удобную почву для развитія и становятся вирулентными, разрушая эпителий и образуя изъязвленія. Авторъ испыталъ при этихъ болѣзняхъ въ двухъ случаяхъ препаратъ *Ehrlich, a* и получилъ полное выздоровленіе, что, по его мнѣнію, только подтверждаетъ происхожденіе ихъ отъ спирохетъ, а потому авторъ горячо рекомендуетъ сальварсанъ при тяжелыхъ формахъ *stomacase*, скорбута и рожи.

A. Zimmerman, на основаніи лично имъ наблюдавшихся трехъ случаевъ *laryngitis subchordalis acuta*, изъ коихъ одинъ, окончившійся смертію, былъ имъ изслѣдованъ гистологически, и на основаніи собранныхъ имъ въ литературѣ 36 случаевъ этой болѣзни высказывается о ней слѣд. образомъ: прежде всего она свойственна дѣтскому возрасту и очень рѣдко встрѣчается у взрослыхъ. Объясняется это сравнительно небольшими размѣрами

дѣтской гортани, большимъ предрасположеніемъ дѣтей къ воспалительнымъ заболѣваніямъ верхнихъ дыхательныхъ путей и, главнымъ образомъ, тѣмъ, что у дѣтей слизистая и подслизистая несвязочнаго пространства не такъ тѣсно, какъ у взрослыхъ, спаяны съ подлежащими тканями. Во всѣхъ случаяхъ болѣзни на лицо триада: лающей кашель, хрипота и затрудненіе дыханія. Ларингоскопически опредѣляется валикообразное выпячиваніе слизистой изъ-подъ связочнаго пространства. Болѣзнь возникаетъ первично подъ влияніемъ различныхъ раздраженій и вторично—при разныхъ заразныхъ заболѣваніяхъ. Сущность болѣзни сводится къ воспалительному пропитыванію подслизистаго слоя, сопровождаемому сильнымъ отекомъ. Характерно, что всякое механическое раздраженіе, особенно бронхоскопія, ведетъ къ рѣзкому ухудшенію болѣзни, такъ что приходится немедленно прибѣгать къ трахеотоміи.

Убѣдившись на основаніи совмѣстныхъ съ *Albrecht, om* экспериментальныхъ изслѣдованій въ благотворномъ дѣйствіи лучей *Röntgen, a* на бурчатку гортани у кроликовъ, *Brünnings* заданъ цѣлью примѣнить этотъ способъ леченія при бурчаткѣ гортани у человѣка, для каковой цѣли устроилъ особый приборъ, дающій возможность дѣйствовать лучами внутригортанно. Результатъ леченія (у 4 больныхъ) получились мало утѣшительные. Это авторъ относитъ не къ отсутствію благотворнаго вліянія самихъ лучей, а къ недостаткамъ техники внутригортанной рентгенизаціи.

Проф. Killian вновь поднималъ вопросъ о леченіи туберкулеза гортани. Напомнивъ, что, по *Romer, y*, большинство людей еще въ дѣтствѣ пріобрѣтаетъ туберкулезъ, остающійся до поры до времени скрытымъ чаще всего въ железахъ, чтобы затѣмъ, подъ вліяніемъ ослабляющихъ моментовъ, перейти въ открытую форму; авторъ говоритъ, что туберкулезъ гортани составляетъ въ общемъ третью ступень туберкулеза (железы—легкія—гортань), почему и прогнозъ при этой болѣзни менѣе благоприятенъ, чѣмъ при туберкулезѣ вообще, и самое леченіе представляетъ большія затрудненія. Нужно помнить, говоритъ авторъ, что охриплость голоса у чахоточныхъ еще не

Къ вопросу объ обезпеченіи медицинскаго персонала на случай инвалидности и смерти.

(Окончаніе).

Эти обстоятельства учитывались многими земствами и городами, которые признавали, что, разъ условія работы медицинскаго персонала не таковы, какъ остальныхъ служащихъ, то и родъ обезпеченія этого персонала долженъ быть основанъ на особыхъ спеціальныхъ правилахъ.

Поэтому вопросъ объ обезпеченіи медицинскаго персонала въ земствахъ и сталъ трактоваться, какъ вопросъ о страхованіи врачей или всего медицинскаго персонала въ существующихъ страховыхъ обществахъ за счетъ земствъ.

Въ такой формѣ обезпеченіе медицинскаго персонала было принято Екатерино-

славскимъ, Самарскимъ, Саратовскимъ и Ярославскимъ земствами, городами Самарой, Саратовымъ и другими.

Такъ, напримѣръ, въ Екатеринославской губерніи, всѣми уѣздными земствами былъ сдѣланъ въ 1906 г., единовременный взносъ въ страховую фондъ (24,000); дальнѣйшіе расходы по выдачѣ страховыхъ вознагражденій должны были пополняться земствами пропорціонально долямъ ихъ участія въ фондѣ. Первоначально страховыя правила были очень широки и заключали нѣкоторыя ограниченія лишь въ правѣ наследованія страхового вознагражденія (родители, жена и дѣти); застрахованный персоналъ обезпечивался страховымъ вознагражденіемъ на случай инвалидности и смерти, отъ какой бы болѣзни онъ не послѣдовалъ, во все время службы въ Екатеринославской губерніи. Врачи обезпечивались суммой въ 5000 рублей; фельдшера 2000 руб; сестры милосердія—1000 руб; сидѣлки—500 руб.

означает сама по себе туберкулеза гортани, так как может вызываться другими причинами. Благоприятное влияние, по автору, на процесс оказывает общее лечение в связи с молчанием; что же касается лечения солнечными лучами и рентгеновскими, то автор не придает ему никакого значения. В период изъязвления необходимо местное лечение. В это время наиболее полезны вдвигания йодоформа, молочная кислота и кюреттаж; если изъязвления сидят на инфильтрированном основании, то автор советует гальванокаустические уколы, причем заразь производить не более 2—3 уколов. При запущенных формах туберкулезного ларингита (paralaryngitis) активная местная терапия не показана, нужно довольствоваться вдвиганиями ортоформа, застоем по Bier'y и инъекциями алкоголя по Hoffmann'y при дисфагии. При туберкулезе гортани гематогенного происхождения в начале необходимо воздержаться от местной терапии и только затем, смотря по обстоятельствам, прибегать к тьму или другим мѣропріятіям; при образовании свищей приходится оперировать снаружи. Трахеотомию чахоточные, по автору, переносят плохо, и она показана только при стенозах гортани; кь ларингофиссурѣ и экстирпации гортани авторъ относится скептически, особенно кь послѣдней. Особенно рекомендуется предложенный авторомъ способ ларингоскопирования на подвѣшенной головѣ при лечении туберкулеза гортани. Этотъ способъ даетъ возможность внутригортанно достигать тѣхъ же результатовъ, какъ и расщепленіемъ гортани. Важно обращать вниманіе на правильность и свободу носового дыханія.

Д-ръ Наяек сдѣлалъ критическій обзоръ въ исторической послѣдовательности всѣхъ методовъ лечения туберкулеза гортани. Лечение этому, какъ извѣстно, положилъ начало M. Schmidt въ 1876 г., опровергнувъ своимъ авторитетнымъ голосомъ господствовавшій до того времени принципъ, установленный Störck'омъ, что туберкулезныя пораженія гортани являются *poli me tangere*. Починъ Schmidt'a нашель себя откликъ, и Krause была предложена для лечения туберкулеза гортани молочная кислота, вскорѣ пріобрѣвшая славу. Ав-

торъ скептически относится кь ней и считаетъ ее въ настоящее время вытѣсненной гальванокаутеромъ. Въ 1886 году былъ введенъ Hering'омъ эндоларингеальный хирургическій методъ. Авторъ устанавливаетъ двоякаго рода показанія кь хирургическому лечению: во 1-хъ, со стороны мѣстныхъ измѣненій въ гортани, и во 2-хъ, со стороны общаго состоянія больного. Что касается 1-го, то авторъ считаетъ показаннымъ хирургическое лечение лишь въ такихъ случаяхъ, гдѣ измѣненія строго ограничены; въ отношеніи же второго полагаетъ, что больные съ прогрессивнымъ туберкулезомъ и лихорадкой не должны подвергаться хирургическому лечению, которое вообще, по мнѣнію автора, даже при самыхъ благоприятныхъ условіяхъ, не можетъ принести столько пользы, сколько вреда отъ ослабления организма; при плоскихъ распространенныхъ инфильтратахъ авторъ рекомендуетъ гальванокаустикъ. Трахеотомія влияетъ благотворно на гортанный туберкулезъ; относительно laryngotissura авторъ говоритъ сдержанно; лечение свѣтомъ считаетъ дѣйствительнымъ при подходящей обстановкѣ, что же касается рентгеновскихъ лучей, то этотъ вопросъ оставляетъ открытымъ. Главнымъ терапевтическимъ факторомъ при всѣхъ методахъ лечения, по автору, является исключеніе рѣчи и дыханія.

A. Blumenfeld, относясь скептически кь алкогольнымъ инъекціямъ при туберкулезной дисфагии, предлагаетъ изсѣкать n. laryngeus sup. въ томъ мѣстѣ, гдѣ нервъ лежитъ на lig. hyothyreoideum. Операция производится подъ мѣстной анестезіей 1/2% новокаинъ—супрарениономъ. Повернувъ голову оперируемаго въ противоположную сторону, дѣлають разрѣзъ отъ наружной трети подъязычной кости до наружной трети щитовиднаго хряща, держась при этомъ возможно латеральнѣе. Обнажаютъ и перерѣзають platysma и шейную фасцію, отодвигаютъ въ сторону мышцы и обнажаютъ верхній край щитовиднаго хряща, послѣ чего отпрепаровываютъ гладкую lig. hyothyreoideum, поддерживающую язычныя артеріи, вену и n. laryngeus sup., который берется на зондъ и перерѣзается.

Д-ръ Pfannenstill предлагаетъ лечение волчанки и туберкулеза кожи внутреннимъ употребленіемъ іодистаго

Однако, уже черезъ годъ одинъ изъ уѣздовъ (Павлоградскій) отказался отъ участія въ страховой организаціи, яко-бы, потому, что страхованіе одного только медицинскаго персонала „является несправедливостью въ отношеніи остальныхъ земскихъ служащихъ“, а въ нѣкоторыхъ другихъ уѣздахъ стали раздаваться нареканія на обременительность для земствъ и страховыхъ расходовъ.

Наконецъ, губернское земское собраніе въ 1909 г. измѣнило правила страхованія медицинскаго персонала, внося, въ нихъ „небольшую“ поправку. Кь словамъ „страховое вознагражденіе выдается въ случаѣ смерти или утраты трудоспособности“ оно добавило только три слова—„отъ профессиональныхъ причинъ“. Эта, повидимому, незначительная поправка обезцѣнила всю организацію страхованія, внося въ условія его элементъ неопредѣленности и неясности, дающій просторъ самымъ широкимъ толкованіямъ.

Вѣдь всѣ многочисленныя причины инвалидности и смерти, кромѣ заразныхъ болѣзней, могутъ быть, при желаніи, отнесены кь непрофессиональнымъ. Эти же послѣднія есть ничто иное, какъ разновидность того, веѣмъ извѣстнаго термина „по собственной неосторожности“, который фигурируетъ при вознагражденіи пострадавшихъ на фабрикахъ рабочихъ.

Въ то же время нѣкоторыя земства взяли на себя обязательство выдачи простаго денежнаго вознагражденія тому или иному лицу медицинскаго персонала въ случаѣ его инвалидности, или семьи, въ случаѣ смерти. Такъ, напр., Воронежская губернская земская управа въ 1909 году внесла въ очередное губернское земское собраніе докладъ, въ которомъ высказывалась за необходимость выработать правила о выдачѣ пособій служащему въ земствѣ медицинскому персоналу, при чемъ въ докладѣ этомъ приводило слѣ-

ниемъ йодистаго натрія одновременно съ наружнымъ примѣненіемъ O_3 или перекиси водорода. Йодистый натрій дается отдѣльными приемами (отъ 3 до 6) втеченіе всего дня, перекись же водорода должна примѣняться въ это время непрерывно. Авторъ испыталъ лечение этимъ способомъ туберкулеза гортани слѣдующимъ образомъ: послѣ каждаго приема йодистаго натрія больной вдыхалъ слабо подкисленный O_3 втеченіе двухъ часовъ два раза въ день. Изъ 14 случаевъ, леченныхъ такимъ способомъ, въ 9 получено излеченіе, въ остальныхъ—значительное улучшение.

Jacques оспариваетъ господствующее мнѣніе, что твердые кровотокащія полипы носо-глотки съ широкимъ основаніемъ берутъ начало въ крѣпкихъ связкахъ, соединяющихъ *os occipitis* съ шейными позвонками, и лишь вторично переходятъ на кости лица. Авторъ держится обратнаго мнѣнія, приводя въ доказательство клиническія наблюденія. Такъ, напр., онъ указываетъ на то, что, если принять за исходный пунктъ носо-глоточныхъ фибромъ *epipharynx*, то непонятно, почему опухоль, будучи доброкачественной, распространяется въ носовыя полости, а не прямо внизъ въ силу тяжести. Въ 6 оперированныхъ и излеченныхъ авторомъ случаяхъ мѣсто прикрѣпленія опухолей находилось на передней поверхности тѣла клиновидной кости и простиралось до основанія наружной пластинки малаго крыла. Въ отношеніи происхожденія опухолей *Jacques* присоединяется къ мнѣнію *Bensch'a*, считающаго, что ограниченная часть основанія черепа, въ силу неизвѣстныхъ причинъ, не будучи въ состояніи дать костную ткань, всю свою активность направляетъ на образование фиброзной ткани. Такимъ образомъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что носо-глоточныя фибромы берутъ начало въ наиболѣе отдаленной части носового, а не носо-глоточнаго свода; онѣ прикрѣпляются главнымъ образомъ на передней поверхности тѣла клиновидной кости и прорастаютъ въ соприкасающіяся съ носомъ полости.

Проф. *Denker* на 3-мъ интернаціональномъ конгрессѣ ларингологовъ въ Берлинѣ (авг.—сент. 1911 г.) предостерегалъ отъ обширнаго вмѣша-

тельства при фибромахъ носо-глотки, полагая, что при извѣстной настойчивости и терпѣніи можно достигнуть хорошихъ результатовъ электролизомъ, особенно, если пациентъ приближается къ иммунному возрасту. Если электролизъ не даетъ результатовъ, пользуются способомъ *Hoppmann'a*—идутъ въ носо-глотку черезъ ротъ; способъ этотъ имѣетъ успѣхъ при опухоляхъ интрафарингеальнаго происхожденія, не дающихъ большихъ ростковъ въ носовую и придаточныя полости. При этомъ введенными въ носо-глотку 1 или 2 пальцами стараются отдѣлить опухоль и отростки ея, смѣстивъ въ носо-глотку, т. е., превратить опухоль съ широкимъ основаніемъ въ опухоль на ножкѣ, чтобы удалить потомъ петлей или, какъ рекомендуетъ авторъ, щипцами.

(Продолженіе слѣдуетъ).



Изъ Кузнецовской больницы въ г. Иркутскѣ

Къ вопросу о леченіи остраго отравленія сулемою*).

А. О. Фрайфельда.

Въ настоящемъ докладѣ я имѣю въ виду коснуться вопроса леченія только острыхъ случаевъ отравленія сулемою. Когда-то врачамъ приходилось имѣть дѣло съ такими случаями гораздо чаще, такъ какъ сулему примѣняли при леченіи ранъ, для промыванія полости матки и даже полости плевры. Теперь эти случаи отошли уже въ далекое прошлое и намъ приходится имѣть дѣло съ острымъ отравленіемъ сулемою почти исключительно только въ тѣхъ случаяхъ,

* Доложено въ О-вѣ врачей В. С. 24 октября т. г.

дующія положенія: губернскае земство приходитъ на помощь служащимъ и ихъ семействамъ: 1) въ случаѣ смерти служащаго, 2) въ случаѣ полной потери имъ трудоспособности, 3) въ случаѣ болѣзни служащаго.

Эти предложенія, за исключеніемъ случаевъ пониженія трудоспособности, были еобраніемъ приняты.

Вскорѣ многія изъ тѣхъ земствъ, которыя начали со страхованія медицинскаго персонала въ страховыхъ обществахъ, послѣдовали примѣру Воронежскаго земства и также перешли къ системѣ обязательства уплачивать или самому потерѣвшему, или его семьѣ, определенное вознагражденіе. Выяснилось, что для земствъ выгодыѣ послѣдній родъ обезпеченія, ибо уплата премій страховымъ обществамъ бываетъ достаточно велика, особенно, если эту уплату производить годами, постоянно. Сознвая извѣстную об-

ременительность для земскаго бюджета системы страхованія, большинство земствъ остановилось въ послѣднее время на гарантіи единовременнаго пособія, какъ лучшемъ способѣ обезпеченія. Въ городахъ же по прежнему практикуется способъ страхованія медицинскаго персонала въ страховыхъ обществахъ.

Все вышеприведенное свидѣтельствуеетъ о томъ, что трудъ медицинскаго персонала весьма тяжелъ и отвѣтственъ, а условія работы благоприятствуютъ особенно частой заболѣваемости его, нерѣдко влекущей за собою инвалидность, и повышенной его смертности.

Само собою разумѣется, что суммы уплачиваемыхъ вознагражденій, могутъ иногда, въ нѣкоторые годы, быть весьма высоки, но въ другое время, когда эпидеміи принимаютъ обычное проявленіе и теченіе, уплаты

гдѣ она была принята съ цѣлью отравленія или самоотравленія или по ошибкѣ. Этимъ и объясняется скудость разработки способовъ леченія остраго отравленія сулемою.

Принимая же во вниманіе, что доза въ 0,18 сулемы является для человѣка уже летальною, вполне понятно, что случаи, извѣстные намъ изъ литературы, заканчивались неблагоприятнымъ исходомъ. Тоже могу сказать и о своихъ личныхъ наблюденіяхъ, гдѣ люди, принявшіе растворъ сулемы, погибаютъ обязательно, разъ имъ не была подана немедленно медицинская помощь. Что касается этой послѣдней, то она можетъ заключаться исключительно въ выведеніи яда изъ желудка при помощи зонда, пока ядъ еще тамъ. Что касается назначенія отравившемуся молока и бѣлковой воды въ надеждѣ перевести сулему въ нерастворимую форму, то это не достигаетъ цѣли, потому что образующійся ртутный альбуминатъ все-таки постепенно всасывается. Другими было предложено давать сѣрнистое желѣзо, которое въ желудочно-кишечномъ каналѣ подъ вліяніемъ сулемы переходятъ въ сѣрнистую ртуть, но Kunkel предостерегаетъ отъ этого, такъ какъ изъ сѣрнистаго желѣза въ кишечникѣ образуется въ большомъ количествѣ сѣрководородъ, являющійся очень сильнымъ ядомъ для организма.

Achard и *Saint-Girons* въ Парижскомъ медицинскомъ обществѣ («Société médicale des hôpitaux») въ засѣданіи 28-го іюня 1912 г. доложили свои наблюденія надъ 18-тилѣтней дѣвочкой, выпившей сулемовыя таблетки, послѣ чего появилась рвота, поносъ, анурія и стоматитъ. Ей производились внутреннія вливанія *natr. sulfurici* и глюкозы.

На 6-й день прекратилась анурія. Въ первой мочѣ были обнаружены лейкоциты и цилиндры. Въ концѣ концовъ полное выздоровленіе.

Итальянскій врачъ *Calabrese* рекомендуетъ при остромъ отравленіи сулемою промывать желудокъ, послѣ чего приступить къ удаленію того количества сулемы, которое, пройдя въ 12-типерстную кишку, еще не всосалась въ кровь. Онъ предлагаетъ хирургическое вмѣшательство. Для выясненія возможности этого онъ отравилъ сулемою 10 собакъ. 5 лечилъ промываніемъ желудка бѣлковымъ растворомъ, и всѣ онѣ погибли черезъ 4—7 дней. 5 другихъ подвергъ

лапаротоміи, продѣлалъ отверстіе въ кишечной петлѣ и промывалъ кишечникъ въ направленіи къ 12-перстной кишкѣ и обратно тиосульфатомъ соды. Три собаки остались живы, одна убѣжала, одна погибла при неопределенныхъ симптомахъ.

Что касается промыванія желудка, то этимъ способомъ намъ очень часто не удается воспользоваться, даже если мы получаемъ сравнительно свѣжій случай, тыкъ какъ при достаточной концентраціи раствора—а это бываетъ почти всегда—въ пищеводѣ и желудкѣ вскорѣ могутъ образоваться язвы, а потому разъ въ данномъ случаѣ на лицо кровавая рвота, то, само собою разумѣется, введеніе зонда и основательное промываніе противопоказаны изъ-за могущей получить перфорациі, хотя многіе, правда, не считаютъ съ этимъ, смотря на такого больного, какъ на обреченнаго все равно на смерть, между тѣмъ какъ прободенія, можетъ быть, не случится.

Мнѣ приходилось наблюдать нѣсколько случаевъ отравленія сулемою, изъ которыхъ только одинъ былъ совершенно свѣжій, доставленный въ Кузнецовскую больницу черезъ нѣсколько часовъ послѣ приема имъ раствора сулемы. (не помню какой крѣпости), гдѣ мы, благодаря сильному рефлекторному спазму, не могли ввести зондъ и больной не въ состояніи былъ произвести ни одного глотательнаго движенія. Другіе случаи попадали въ больницу по прошествіи такого времени, что мыть желудокъ уже не имѣло смысла. Всѣ эти случаи кончились смертельно.

Въ сентябрѣ 1911 года *Wilhelm Meyerstein* опубликовалъ въ *Müch. med. Woch.* свою экспериментальную работу надъ кроликами изъ Страсбургской университетской клиники, гдѣ онъ, исходя изъ того, что ртуть обладаетъ большою склонностью давать съ тяжелыми металлами амальгаму, говоритъ, что, если мы введемъ въ организмъ тяжелый металлъ въ крайне мелкомъ видѣ, въ каковомъ онъ не могъ бы повредить организму, то это могло бы служить противодіемъ при отравленіи сулемою. Въ такой формѣ мы имѣемъ серебро въ видѣ *argentum colloidalе*. При провѣркѣ этого положенія химическимъ опытомъ въ пробиркѣ получилось полное подтвержденіе: если къ раствору сулемы прибавить въ избыткѣ растворъ колларгола, то получится обильный осадокъ, содержащій всю ртуть, такъ какъ въ находящейся надъ нимъ

возагражденій опускаются до крайне незначительной суммы.

Что касается собственно размѣровъ вознагражденій, то въ этомъ отношеніи въ земской практикѣ замѣчается нѣкоторое разногласіе: одни опредѣляютъ вознагражденіе не только соотвѣтственно должности, занимаемой потерпѣвшимъ, но и въ зависимости отъ наличія семейства и количества дѣтей у него, другіе придаютъ послѣднему обстоятельству чисто формальное значеніе.

Въ данномъ случаѣ, однако, важенъ фактъ существованія обезпеченія какъ самаго врача, такъ и его семейства, и тѣ земства и города, гдѣ это обезпеченіе имѣется, могутъ, несомнѣнно, всегда разсчитывать на то, что къ нимъ на службу всегда пойдутъ болѣе или менѣе серьезные общественные работники.

Еще на IX Широковскомъ съѣздѣ, проф. *Нижегородцевъ* спрашивалъ: „кто будетъ осо-

бенно стоекъ въ проведеніи врачебныхъ и общественныхъ идеаловъ въ жизнь—тотъ-ли, чья семья хотя мало-мальски обезпечена, или тотъ, чья семья лишена куска насущнаго хлѣба?“ Отвѣтъ, конечно, ясенъ....

И это обстоятельство точно также прекрасно учитывается земствами и городами, и въ настоящее время нерѣдко уже появляются объявленія о приглашеніи лицъ медицинскаго образованія съ указаніемъ на то, что жизнь этихъ лицъ застрахована (см. напр. № 35 Врачебной Газеты отъ 1 сент. 1913 г.) Особенно-же эти указанія имѣютъ мѣсто при приглашеніи медицинскаго персонала на борьбу съ эпидеміями.

Между тѣмъ, нашимъ городскимъ общественнымъ самоуправленіемъ до сихъ поръ не только не взведенъ въ практику какой-либо способъ обезпеченія служащихъ у нихъ медицинскаго персонала въ видѣ-ли страхованія или выдачи единовременно пособія семьѣ

жидкости не удается обнаружить даже слѣдовія ея. При обыкновенной комнатной температурѣ это происходитъ медленно, при температурѣ тѣла быстро, при кипяченіи моментально.

Изложенныя вполне логичныя разсужденія и упомянутый простой химическій опытъ дали поводъ автору произвести цѣлый рядъ экспериментальныхъ наблюдений надъ кроликами. Онъ вводилъ имъ per os количества сулемы, далеко превышавшія летальныя дозы, и вслѣдъ за этимъ колларголь и могъ констатировать, что эти кролики погибали гораздо позже, чѣмъ контрольные безъ послѣдовательнаго введенія колларгола. Во всѣхъ своихъ опытныхъ кроликовъ авторъ подвергалъ вскрытію на ряду съ контрольными и пришелъ къ заключенію, что особенно хорошіе результаты получились у тѣхъ, гдѣ колларголь вливался въ желудокъ не только въ первый день послѣ отравленія сулемой, но и въ послѣдующіе дни.

Благотворное вліяніе оказалъ колларголь на процессъ въ почкахъ при отравленіи сулемой и у тѣхъ кроликовъ, которымъ начинали вливать колларголь черезъ два дня послѣ отравленія сравнительно съ контрольными кроликами.

Свои опыты Meyerstein ставилъ очень тщательно: для каждаго опыта бралъ двухъ одинаковыхъ по вѣсу кроликовъ, держалъ ихъ при совершенно одинаковыхъ условіяхъ, контрольному вмѣсто колларгола вводилъ такое же количество воды.

На вскрытіи почки у контрольныхъ кроликовъ давали картину рѣзко выраженной паренхиматозной дегенерации съ образованіемъ цилиндровъ въ прямыхъ мочевыхъ канальцахъ, съ некрозами и начинающимся обызвествленіемъ, съ расширеніемъ Bowman'овой капсулы и эксудаціей въ ней. У леченныхъ колларголомъ эти измѣненія были выражены въ незначительной степени или совсѣмъ отсутствовали.

(Продолженіе слѣдуетъ).



потери въ шаго, но нѣтъ и пенсіонной или эмеритальной кассы для служащихъ.*]

Поэтому я считаю вполне своевременнымъ возбудить передъ городскимъ управленіемъ ходатайство о необходимости обезпеченія городского медицинскаго персонала въ формѣ страхованія его, или въ формѣ обязательства города выдавать определенное вознагражденіе потерѣвшему, въ случаѣ утраты имъ трудоспособности, или семьѣ, въ случаѣ смерти служащаго лица. Что касается до размѣровъ страхового вознагражденія или обязательства, то, на основаніи опыта почти всѣхъ земствъ и городовъ, гдѣ страхованіе введено, таковое обычно выражается цифрой въ 5000 руб. для врача, въ 3000 р. для провизора, 2000 руб. для фельдшеровъ, въ 1000. для аптекарскихъ помощниковъ и въ 500 руб. для низшаго медицинскаго персонала.

*] Существующія ссудо-сберегательныя кассы служащихъ — представляютъ собой начинаніе самихъ служащихъ, результатъ ихъ личной инициативы.

РЕФЕРАТЫ.

Заразныя болѣзни и бактериологія.

L. Martin. *Нѣкоторыя статистическія данныя о смертности отъ дифтеріи*. Bull. et Memoires de la Soc. med. des Hôp. de Paris, 1913, стр. 381 (по реф. въ Rev. d'Hyg. et d. Pol. San. 1913, № 10).

На основаніи цифрового матеріала авторъ устанавливаетъ, что Парижъ и вообще Франція даютъ наилучшую статистику смертности отъ дифтеріи. Раздѣляя статистику, касающуюся Парижа, на два періода — до — сывороточный и послѣ сывороточный — онъ даетъ слѣдующія цифры.

Втеченіе 14-лѣтняго перваго періода, съ 1880 по 1893 г., средняя смертность отъ дифтеріи равнялась 1721 въ годъ, съ минимумомъ въ 1266 и максимумомъ въ 2244.

Въ послѣдующія 15 лѣтъ средняя годовая смертность упала до 348 съ минимумомъ въ 174 и максимумомъ въ 736. Иначе говоря, въ годы со средней смертностью въ настоящее время смертность уменьшилась въ 5 разъ, въ годы съ максимальной смертностью — въ 3 раза и въ годы съ минимальной смертностью въ 7 разъ. Послѣдняя въ переводѣ на количество жителей равняется 6 на 100,000 населенія. Уже въ 1895 г. на Будапештскомъ съѣздѣ Roux заявилъ, что, благодаря сывороткѣ, Парижъ выгодно выдѣлился по смертности отъ дифтеріи: а именно, въ немъ смертность пала до 9,7 на 100,000 въ то время, какъ въ другихъ столицахъ она оставалась высокой — въ Лондонѣ 55,6, въ Берлинѣ 60,1, Петербургѣ 89,9, Вѣнѣ 47,5. Въ слѣдующемъ 1906 г. при уменьшеніи заболѣваемости смертность повысилась: причиною этому послужила нѣкоторая боязнь сывотки вслѣдствіе опубликованнаго Moizard'омъ случая смерти, якобы, отъ сывотки. Въ большую эпидемію 1901 г. заболѣваемость достигла 5081 случаевъ и смертность 713, что даетъ 27,6 на 100,000 населенія.

Было обращено вниманіе на недостаточно широкое примѣненіе сывотки, въ особенности въ случаяхъ подозрительныхъ. Тогда же начали вводить сывотку съ предохранительными цѣлями. И уже въ слѣдующемъ 1902 г. мы видимъ пониженіе смертно-

Обезпеченіе это, конечно, должно распространяться не только на постоянный медицинскій персоналъ, но и на временно приглагошаемый.

Заканчивая изложенныя выше соображенія, я позволю себѣ высказать еще слѣдующее. Во всякомъ случаѣ, не скоро еще настанетъ то время, когда *вся общественныя учрежденія* будутъ обезпечивать медицинскій персоналъ, состоящій у нихъ на службѣ; не скоро настанетъ то время, когда исчезнутъ такіе леденящіе факты, которые приведены мною въ началѣ статьи. Ждать этого времени, и въ то-же время *самимъ намъ ничего не дѣлать* въ этомъ направленіи — нельзя. Здѣсь нужна инициатива самихъ врачей и другихъ лицъ медицинскаго персонала. Я не говорю, что нужно организовать какую нибудь особую кассу взаимопомощи, но поддерживать существующія организаци, вступая въ нихъ членами — необходимо.

сти до 7—10 на 100,000 насел. Если сравнивать статистику смертности отъ дифтеріи во Франціи и другихъ странахъ, то оказывается, что наиболѣе благоприятна она во Франціи. Приведенныя выше цифры относительно Парижа въ нѣкоторые годы уступають цифрамъ смертности въ другихъ городахъ Франціи (Гавръ, Лиль, Бордо).

Въ послѣдніе годы цифра смертности въ Парижѣ поднялась съ 6 до 10. За періодъ времени съ 1906 по 1910 г. смертность отъ дифтеріи во Франціи была 7 на 100 000, въ Италіи 12, въ Англии тоже. Выше 9 на 100,000 во Франціи она не поднималась—въ то время какъ въ Германіи она равняется 25-ти. Впереди Франціи стоятъ въ этомъ отношеніи только двѣ страны—Бельгія и Голландія, что авторъ объясняетъ широкимъ примѣненіемъ сыворотки какъ съ лечебною, такъ и съ предохранительною цѣлью.

П. Федоровъ.

St. Chauvet. Замѣтка о смертности отъ кори, ея причинахъ и способахъ борьбы съ нею.—Red. d'Hyg. et de Pol. sanit. 1913, 10.

Извѣстно, что корь даетъ довольно высокую смертность въ условіяхъ больничнаго леченія, причѣмъ колебанія въ цифрахъ смертности по отдѣльнымъ больницамъ довольно значительныя. Такъ, въ городскихъ больницахъ Парижа она достигаетъ 15—20%, въ больницѣ же Пастера и больницѣ Св. Іосифа она равняется всего 4—5. Главная причина смертности отъ кори лежитъ въ осложненіяхъ этой болѣзни бронхопневмониями. Для болѣе точнаго уясненія тяжести этого осложненія необходимо учитывать его въ самый разгаръ эпидемій, когда, благодаря огромному скопленію больныхъ въ коревыхъ отдѣленіяхъ, трудно проводить необходимыя профилактическія мѣры. Исходя изъ этого соображенія, авторъ разработалъ статистическій матеріалъ изъ клиники проф. Marfan'a за короткий сравнительно періодъ времени съ 13 мая по 12 июня, втеченіе коего прошло черезъ коревое отдѣленіе 120 больныхъ. Изъ этого числа умерло 46 дѣтей: изъ нихъ 16 въ возрастѣ до года, 23—на второмъ году, 2—на третьемъ, 1—на пятомъ и 1 на десятомъ. По ближайшимъ причинамъ смерти умершіе раздѣлялись такъ: трое умерли отъ затяжныхъ поносовъ одинъ отъ флегмоны руки, одинъ отъ дифтеріи и 41 больной отъ бронхопневмоній.

Кромѣ того, изъ всѣхъ 120 больныхъ двѣ трети имѣли подозрительныя ангины, почему всѣмъ имъ были сдѣланы противодифтерійныя впрыскиванія. Одинъ коревой больной, какъ оказалось потомъ, поступилъ со смѣшанной инфекціей, будучи въ инкубационномъ періодѣ скарлатины. Отъ него заразилось 23 человекъ. Наконецъ, по крайней мѣрѣ, у двухъ третей всѣхъ больныхъ получились осложненія со стороны ушей—въ одномъ случаѣ съ послѣдовательнымъ параличомъ лицевого нерва.

И такъ, вотъ каковы крайне печальные итоги изъ небольшой статистики автора. Причина столь высокаго процента осложненій лежитъ въ большой скученности больныхъ и отсутствіи необходимой изоляціи. Больные принимаются иногда съ ошибками въ діагнозѣ и, если бы они прежде, чѣмъ смѣшиваться съ другими, подвергались впрѣчь до выясненія ихъ болѣзни временной изоляціи, то, конечно, не было бы такого огромнаго процента осложненій. Процентъ смертности, равный 39, самъ авторъ признаетъ крайне высокимъ для даннаго времени года.

Большинство осложненій кори (бронхопневмоніи, отиты и др.) заразительны въ свою очередь и передаются отъ одного больного къ другому, что дѣлается еще болѣе возможнымъ при скученности больныхъ въ разгаръ эпидемій. Въ заключеніе авторъ высказывается за наиболѣе дѣйствительную мѣру—за изоляцію больныхъ по системѣ совершенно обособленныхъ боксовъ.

П. Федоровъ.

D-r. Matteo Carpano. Къ характеристикѣ bac. mallei.—Centralbl. f. Bacteriol. 1913. Bd. 71.

Работа носитъ преимущественно морфологическій характеръ и произведена на матеріалѣ, выдѣленномъ изъ легочныхъ узловъ погибшей отъ сапа лошади.

Путемъ многочисленныхъ пассажей чрезъ морскую свинку вирулентность микроба была значительно (въ 4—5 разъ) увеличена.

Одновременно съ повышеніемъ вирулентности въ агаровыхъ культурахъ микроба появились на ряду съ типичными короткими палочками иныя, рѣзко отличающіяся отъ типичной формы въ видѣ длинныхъ палочекъ, нитей, веретено—и колбовидныхъ образований. Этотъ полиморфизмъ обращалъ на себя вниманіе уже многихъ изслѣдователей, но обычно нетипич-

Я приведу здѣсь слова д-ра Клевезали изъ его статьи въ июльской книжкѣ Рязанской „Хроники“ „Врачебная взаимопомощь“. „Недавно, пишетъ д-ръ Клевезаль, разосланы 2 отчета, снова и снова обращающіе вниманіе насъ, врачей, на тѣ вопросы нашей внутренней, семейной жизни, которые при современномъ ихъ разрѣшеніи являются нашимъ слабымъ мѣстомъ, въ томъ или въ иномъ разрѣшеніи которыхъ кроются въ то же время важное значеніе и мощь всей нашей врачебной семьи“. Это—отчетъ общества попеченія о сиротахъ—дѣтяхъ врачей и отчетъ кассы Чистовича. „Правственный долгъ каждаго врача, говоритъ авторъ, быть не только членомъ Общества попеченія о дѣтяхъ врачей и кассы Чистовича, но и всячески стараться объ ихъ развитіи и процвѣтаніи.

Единеніе во имя такихъ благихъ цѣлей, какъ попеченіе о сиротахъ и товарищеская помощь въ случаяхъ крайней нужды, можетъ

лишь укрѣпить столь желанную для каждаго изъ насъ независимость и дать намъ возможность служить не лицамъ, а единственно и всецѣло нашему великому и святому дѣлу.“

П. И. Мальковскій.



ныя формы разсматривались, какъ инволюціонныя, возникающія при нарушеніи условій питанія и роста. Между тѣмъ, автору удалось показать, что количество этихъ нетипичныхъ, особенно нитевидныхъ формъ, растеть вмѣстѣ съ повышеніемъ вирулентности культуръ, что новыя формы съ удивительнымъ постоянствомъ повторяются въ дальнѣйшихъ пассажахъ и сохраняютъ свои особенности при пассажахъ черезъ животное. На этомъ основаніи авторъ считаетъ новыя формы выраженіемъ истиннаго полиморфизма сапнаго бацилла. Но наряду съ этими формами, путемъ рѣзкихъ нарушеній жизненныхъ условій (температуры, питательной среды) авторъ получилъ и настоящія дегенеративныя или инволюціонныя формы самаго разнообразнаго вида.

Изъ tunica vaginalis морскихъ свинокъ, зараженныхъ сапомъ, авторъ получалъ клѣтки, въ различной степени наполненныя палочками сапа. Эти внутриклеточныя формы сохраняли все какъ морфологическія, такъ и біологическія свойства свободныхъ микробовъ; онѣ размножались внутри клѣтки, часто разрушая послѣднюю. Поэтому авторъ считаетъ эти элементы за выраженіе клеточнаго паразитизма, а не фагоцитоза, какъ можно было бы думать сначала.

Путемъ особаго метода фиксации и окраски автору удалось показать наличность капсулы и ядра, принимающаго участіе въ размноженіи бацилла по типу амитотическаго дѣленія.

Но наиболѣе интереснымъ въ теоретическомъ и важнымъ въ практическомъ отношеніяхъ является открытіе споръ.

Послѣднія, обыкновенно въ единственномъ числѣ, образуются исключительно въ нитевидныхъ формахъ, занимая ихъ середину. Присутствіе этихъ споръ объясняетъ, по мнѣнію автора, тотъ фактъ, что весьма часто никакими мѣрами дезинфекціи не удается вполне устранить изъ зараженнаго помещенія возбудителя сапа. Въ морфологическомъ отношеніи споры имѣютъ характеръ экдоспоръ, плѣсневыхъ грибовъ или такъ называемыхъ хламидоспоръ.

Все эти признаки и біологическія особенности сапнаго бацилла заставляютъ автора отнести его не къ дробянкамъ а къ гифомицетамъ; именно, онъ причисляетъ его къ виду leptotrix семейства Trichomycetes.

А. К.

Bertarelli и Melli. Экспериментальныя изслѣдованія относительно псевдолииссы.—Centralblatt f. Bacteriologie. 1913 г. Bd. 71.

Подъ именемъ псевдолииссы съ 1902 года известна болѣзнь коровъ, собакъ и кошекъ, встречающаяся преимущественно въ Южной Америкѣ и по своимъ симптомамъ напоминающая бѣшенство. Экспериментальное изслѣдованіе этой болѣзни, которая легко прививается кроликамъ и морскимъ свинкамъ, обнаружало рѣзкія отличія въ свойствахъ вируса этого заболѣванія отъ настоящаго бѣшенства.

Послѣ короткаго инкубационнаго періода въ 28—36 часовъ наступаютъ характерныя симптомы бѣшенства: слюнотеченіе, сильный зудъ заднихъ ногъ, и быстро распространяющійся на все тѣло параличъ. Животное погибаетъ обыкновенно на 3-й день послѣ инокуляціи яда.

Зараженіе одинаково легко происходитъ какъ подкожнымъ, такъ и субдуральнымъ путемъ. Периферическая нервная система не представляетъ преимущественнаго пути для распространенія яда. Попытки фильтрованія яда приводятъ къ отрицательному результату; тѣмъ не менѣе возбудитель не выдѣленъ, и въ пораженныхъ элементахъ центральной нервной системы никакихъ патологическихъ образований не было открыто.

А. К.

Корреспонденціи.

Врачебно-санитарное дѣло въ поселкахъ забайкальскаго казачьяго войска.

До 1910 г. официально существовало, но въ дѣйствительности настолько отсутствовало, что въ официальныхъ сферахъ объ этомъ существованіи едва-ли кто-либо и что-либо зналъ. Врачей огромное большинство казачьяго населенія не видѣло у себя совершенно, фельдшеровъ видѣло только изрѣдка, а о бесплатныхъ лекарствахъ и больничномъ леченіи могло только мечтать. До 1910 г. у забайкальскаго казачества даже официально, на бумагахъ, было слишкомъ недостаточно и врачей, и фельдшеровъ, и приемныхъ покоевъ, и лекарствъ; да и то, что въ этомъ отношеніи имѣлось, обслуживало не столько немочи населенія, сколько различныя официальныя казачьи учрежденія (свидѣтельствowanія новобранцевъ въ станичныхъ правлен., освидѣтельствowanія съ различными цѣлями въ управленіяхъ отдѣловъ и т. п.).

Съ 1910 г. положеніе это на бумагахъ круто измѣнилось: въ войскахъ открылось около 15 новыхъ приемныхъ покоевъ съ койками для больныхъ, до 12 новыхъ врачебныхъ пунктовъ, а также увеличено число фельдшеровъ и акушерокъ: такимъ образомъ, на бумагахъ „врачебная помощь была приближена къ населенію“.

Однако, со времени этого приближенія прошло уже 3 года, а поселки забайкальскаго казачьяго войска остаются во врачебно-санитарномъ отношеніи столь же безпомощны, какъ были и прежде. *Нѣтъ врачей, а безъ врачей нѣтъ никакой планомѣрной врачебно-санитарной работы.*

Почему нѣтъ врачей? Основная—въ томъ, что участковымъ врачамъ забайкальскаго казачьяго войска привоеено содержаніе младшихъ врачей строевыхъ частей—всего около 120 руб. въ мѣсяцъ. Тутъ и жалованье, и квартирныя, и столовыя, и на освѣщеніе, и на прислугу, и на разѣзды,—словомъ все.

Насколько намъ извѣстно, *меньше этой содержанія врачи не получаютъ нигдѣ даже въ центральной Россіи, исключая мѣсть „совѣстимыхъ“.*

Это содержаніе меньше, чѣмъ получаютъ младшіе врачи въ полкахъ. Полковые врачи, помимо жалованья, имѣютъ натурой прислугу (деньщики), часто квартиры и т. под.; участковымъ же врачамъ забайкальскаго казачьяго войска натурой ничего не дается; но вмѣсто деньщика ему даютъ около 5 руб. въ мѣсяцъ, тоже вмѣсто квартиры и т. д. Понятно, ни прислуги, ни квартиры за 5 руб. въ мѣсяцъ имѣть въ Забайкальѣ невозможно,—и участковому врачу забайкальскаго казачьяго войска надо оплачивать ихъ изъ жалованья, изъ тѣхъ денегъ, которыя у полковыхъ врачей остаются полностью.

Содержаніе врачей забайкальскаго казачьяго войска на 50% ниже, чѣмъ получаютъ сельскіе, земскіе врачи въ Забайкальѣ же.

Оно на 60% ниже, чѣмъ получаютъ переселенческіе врачи въ Забайкальѣ же.

Оно на 100% ниже, чѣмъ получаютъ желѣзно-дорожныя и кабинетскіе врачи въ томъ же Забайкальѣ.

Оно на 150% ниже содержанія мировыхъ судей въ Забайкальѣ же—чиновниковъ такого же университетскаго, какъ и врачи, ценза.

Оно на 150% ниже содержанія крестьянскихъ начальниковъ въ Забайкальѣ же—чиновниковъ часто съ очень скромнымъ цензомъ.

Оно ниже содержания чиновниковъ винной монополіи въ Забайкальѣ же, общественное значеніе службы которыхъ, по меньшей мѣрѣ, сомнительно.

Оно ниже даже содержания, получаемого въ Забайкальѣ полицейскими приставами.

Оно поэтому можетъ показаться для врача даже обиднымъ: неужели врачебно-санитарная работа въ поселкахъ забайкальскаго казачества настолько малоцѣнна и, пожалуй, ненужна, что ее оплачиваютъ ниже всякой другой работы въ Забайкальѣ же, ниже монопольской, ниже даже полицейской?!

Но не въ этомъ дѣло. Главное въ томъ, что на это содержаніе въ условіяхъ дороговизны жизни въ Забайкальѣ врачъ не только не можетъ жить прилично своему званію, но и просто не можетъ быть сытымъ и одѣтымъ.

И при этомъ у участковыхъ врачей Забайкальскаго казачьяго войска: а) участки—огромнѣйшіе; б) резиденціи—глухіе углы безъ элементарнѣйшихъ удобствъ жизни, в) командировки за отсутствіемъ врачей безбрежны (и не оплачиваемыя); д) на наемъ квартиръ подъ больницы (въ нихъ же и амбулаторіи) съ доставкой воды, отопленіемъ и освѣщеніемъ казною отпускается въ годъ всего по 325 руб., т. е. такія деньги, за которыя—сразу видно—невозможно сдѣлать дѣла хотя бы съ примитивной удовлетворительностью; е) аптеки снабжаются медикаментами по каталогамъ, выработаннымъ для нуждъ армии, и совершенно не удовлетворяютъ деревню, въ которой есть и старики, и женщины, и дѣти и которая вообще живетъ не такъ, какъ армія; ф) пополнить тѣ или другіе пробѣлы во врачебно-санитарномъ дѣлѣ участковый врачъ не можетъ, потому что по характеру военной службы это—не его дѣло, а военная дисциплина строга.

Что же можетъ привлечь врачей на службу въ поселки Забайкальскаго казачьяго войска?

Отвѣтъ одинъ—ничего.

Только случайно, по невѣдѣнію, по особымъ обстоятельствамъ, врачъ можетъ попасть на службу въ участковые врачи забайкальскаго казачьяго войска,—и, понятно, съ первыхъ же дней этой службы уже ищетъ, куда бы поскорѣе уйти съ нея.

Посему врачебно-санитарное дѣло въ поселкахъ Забайкальскаго казачьяго войска выглядитъ слишкомъ печально. И печально не только то, что населеніе забайкальскаго казачьяго войска настолько беспомощно во врачебно-санитарномъ отношеніи теперь, но и то, что нѣтъ никакой надежды на измѣненіе этого положенія въ будущемъ: военный строй слишкомъ неподатливъ на перемѣны, и если врачебно-сан. дѣло въ забайк. казачьемъ войскѣ переустроили въ духѣ современныхъ требованій 3 года назадъ, то къ новому переустройству едва ли приступятъ раньше лѣтъ пятидесяти. А „современныя требованія“ и чрезъ 50 лѣтъ будутъ понимать также, какъ и три года назадъ, т. е., не понимать ихъ совершенно. Да и странно было бы ожидать, чтобы потребности деревни понимали люди, живущіе интересами арміи.

Можно надѣяться развѣ только на то, что на плачевное положеніе врачебно-санитарнаго дѣла въ поселкахъ забайкальскаго казачьяго войска обратятъ вниманіе другія врачебно-санитарныя организациі Забайкалья: общая губернская, переселенческая, желѣзнодорожная и кабинетская, такъ какъ казаки поселка разбросаны между населеніемъ, обслуживаемымъ этими организациями, и могутъ всегда угрожать этому населенію различными врачебно-санитарными «сюрпризами»: безнадежными очагами заразы, безпомощными эпидеміями и т. п.

Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.

Общество практическихъ врачей Томска и Томской губ.

Засѣданіе 16 октября.

Дръ Делекторскій „О санитарномъ состояніи сибирскихъ сельскихъ школъ“ (предварительное сообщеніе).

Докладъ явился результатомъ обработки программъ, разосланныхъ О-вомъ практическихъ врачей по школамъ Сибири, съ цѣлью выяснить санитарное состояніе ихъ. Матеріалъ охватываетъ 28% всѣхъ школъ Сибири, охватываетъ онъ по равному количеству министерскія и церковныя школы, а съ другой стороны школы Восточной и Западной Сибири.

Въ то время какъ въ земскихъ губерніяхъ врачебный надзоръ за школами все болѣе и болѣе усиливается, въ Сибири въ 88% школы совершенно не посѣщались врачами, въ остальныхъ случаяхъ—только въ эпидеміи. Докладчикъ отмѣчаетъ недостаточность школъ въ Сибири: такъ, въ Томской губ. изъ 290 тыс. дѣтей школьнаго возраста обучается только 25,6%. Чтобы удовлетворить эту потребность, для названной губерніи потребовалось бы 4,891 школа, считая по 50 учащихся на школу. По сравненію съ Европ. Россіей сибирскія школы занимаютъ большое количество наемныхъ помѣщеній: въ Россіи такихъ школъ 19%, въ Сибири 28%. Недостаточная емкость классовъ, переполненіе школъ, плохая вентиляція и другія недостатки наблюдаются больше въ церковныхъ школахъ, по сравненію съ министерскими и въ школахъ З. Сибири по сравненію съ Восточной. Благодаря переполненности школъ, на каждого ученика недостаетъ 1/3 нормальнаго класснаго куба воздуха. Единственное преимущество церковныхъ школъ—лучшее освѣщеніе, впрочемъ тоже недостаточное. Лучшей системой вентиляціи для сибирскихъ школъ докладчикъ считаетъ форточную систему, но, благодаря отсутствію добавочныхъ помѣщеній, гдѣ бы дѣти могли находиться во время вентиляціи классовъ, оно мало помогаетъ дѣлу. Наибольше рельефнымъ показателемъ порчи воздуха считается выдѣляемое человекомъ тепло. По изслѣдованію автора, поднятію температуры на 1°C. соответствуетъ увеличеніе содержанія CO² 1,09%; цифры другихъ авторовъ близко подходят къ этимъ. Удобство физическаго измѣренія порчи воздуха заставляетъ желать распространенія среди сельскихъ школъ термометровъ; въ настоящее время термометры имѣютъ только 28% школъ.

Насколько бѣдно обставлены сибирскія школы, можно судить потому, что половина школъ холодны, въ 45% недостаточно чисто содержатся; вода при школѣ, если и есть, то сырая (88%), въ 5% воду приносятъ съ собою сами ученики, въ 9% совсѣмъ не имѣется ретиратовъ и т. д.

Бесѣды по гигиенѣ ведутся въ 25% школъ, да и то случайно. По содержанію онѣ носятъ неопредѣленный характеръ: по однимъ указаніямъ, бесѣды ведутся „о сохраненіи здоровія“, по другимъ—все дѣло сводится къ „запрещенію сидѣть въ классѣ въ шарфахъ и платкахъ“. Изъ 1,028 обследованныхъ школъ общегитіе имѣютъ только 23.

Въ заключеніе докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ главнымъ положеніямъ: 1) устройство сельскихъ школъ не соответствуетъ гигиеническимъ нормамъ, ихъ санитарный режимъ плохъ; 2) для регулированія школьно-санитарнаго дѣла въ Сибири необходима соответствующая организациія; 3) количество школъ должно быть увеличено; 4) должна быть поднята гигиеническая осведомленность учебнаго персонала.

Д-ръ Сироткинъ отмѣчаетъ участіе врача при постройкѣ школьныхъ зданій Томской переселенческой организаци. Въ послѣдніе 3 года построено 5 школъ по плану земскихъ школъ.

Председатель О-ва, д-ръ А. И. Мокущинъ недоумѣваетъ, почему въ В. Сибири школа поставлена лучше, чѣмъ въ Западной—казалось бы, должно быть наоборотъ. Сравнивая керосиновое освѣщеніе въ школахъ съ электрическимъ, указываетъ, что первое перегрѣваетъ воздухъ и вмѣстѣ съ гемотоксинами убійственно отзывается на учащихся. Если въ порчѣ воздуха большое значеніе имѣетъ повышеніе температуры его, то не нужно ли пересмотрѣть вопросъ о центральной системѣ вентиляции, съ ея подачей нагрѣтаго воздуха; это тѣмъ болѣе важно, что такая вентиляция требуетъ много топлива. Принимая во вниманіе, что только 25% дѣтей школьнаго возраста посѣщаетъ школу, нужно не только увеличивать количество школъ, но нужно при постройкахъ ихъ разсчитывать на увеличенія числа учащихся.

Д-ръ Делекторскій лучшія условія школъ В. Сибири объясняетъ рѣдкостью населенія и меньшей стоимостью постройки; судя по такимъ даннымъ анкеты, какъ орфографія, стилистика, можно думать, что и учебный персоналъ В. Сибири стоитъ выше, чѣмъ Западной. Относительно достовѣрности матеріала, говорить, что онъ не безупреченъ, нѣкоторые отвѣты приходилось игнорировать.

Одинъ изъ присутствующихъ сомнѣвается въ примѣнимости форточекъ въ Сибири: учительницы городскихъ школъ находятъ невозможнымъ открывать ихъ во время уроковъ; наоборотъ, онѣ съ похвалой отзываются о центральной вентиляции, не наблюдая при ней повышеніе температуры.

На вопросъ одного изъ присутствующихъ д-ръ Делекторскій отвѣчаетъ, что при форточной системѣ относительная влажность понижается въ достаточной мѣрѣ вмѣстѣ съ пониженіемъ температуры, хотя вообще вопросъ о влажности не изученъ.

Ж. врачъ Щукина-Черневская рассказываетъ, что въ одной изъ мѣстныхъ гимназій вентиляция классныхъ комнатъ производится такъ. Въ каждой комнатѣ на зиму оставляютъ незаклееннымъ одно окно, которое въ перемѣну раскрываютъ на 5 минутъ; въ остальные 5 минутъ воздухъ согрѣвается. Наблюденія за дѣтьми и личное самочувствіе даетъ право съ похвалой отозваться объ этомъ способѣ вентиляции.

Председатель вноситъ предложеніе объ организаци при О-вѣ практическихъ врачей постоянной комисси для изученія вопросовъ по школьной гигиенѣ. Общество всегда интересовалось школьной гигиеной, цѣль Общества не только изучить, но и практически осуществить гигиеническія мѣропріятія. Школьные врачи въ своей работѣ будутъ находить авторитетную поддержку въ лицѣ Общества практическихъ врачей. Насколько въ школьную жизнь не проникли еще самыя основныя требованія гигиены, можно судить потому, что администрація лучшаго мѣстнаго учебнаго заведенія считаетъ нормальнымъ оставлять учениковъ послѣ пятого урока на урокъ гимнастики.

Въ административномъ засѣданіи О-во рѣшило принять участіе въ изданіи газеты „Сибирскій Врачъ“, ассигновавъ 250 рублей на приобретеніе 5 паевъ.

В. С.

О-во естествоиспытателей и врачей г. Барнаула.

Засѣданіе 22 октября, по случаю 25-лѣтняго юбилея Томскаго университета.

Засѣданіе открылось въ Народномъ домѣ около половины второго часа дня, въ присутствіи весьма немнога численной публики (человѣкъ 60—70).

Открывая засѣданіе, председатель об-ва врачъ Смирновъ указываетъ въ краткихъ словахъ что Томскій университетъ, 25-лѣтіе существованія котораго чествуетъ О-во, за эти 25 лѣтъ далъ Сибири около 1000 врачей и 500 юристовъ; рабо-

талъ университетъ и въ области науки вообще и изученія Сибири въ частности; но эти труды не поддаются такому простому учету. Пожелавъ университету и впредь успешно работать, не смотря ни на какія преграды на пути его дѣятельности, г. Смирновъ предложилъ собранію почтить вставаніемъ память всѣхъ почившихъ дѣятелей, такъ или иначе поработавшихъ на пользу университета, какъ въ его, такъ и въ его стѣнахъ.

Присутствующіе встаютъ. Врачъ Велижанинъ оглашаетъ текстъ адреса университету отъ Барнаульскаго о-ва естествоиспытателей и врачей. Затѣмъ слѣдуетъ сообщеніе врача Петрова «о постановкѣ естественно-историческихъ наукъ на медицинскомъ факультетѣ Томскаго университета, и значеніе его въ дѣлѣ изученія Сибири».

Прежде всего г. Петровъ предупреждаетъ, что будетъ говорить не юбилейныя похвалы, а истину.

Указавъ, что естественно-историческія знанія составляютъ фундаментъ медицины, давая возможность научно разбираться во всѣхъ процессахъ, протекающихъ въ здоровомъ и больномъ человѣкѣ и въ дѣйствіи на него внѣшнихъ факторовъ, г. Петровъ констатировалъ, что преподаваніе естественныхъ наукъ на медицинскомъ факультетѣ—дѣло нелегкое. Благодаря тому, что имъ отведено здѣсь всего 1—2 года; благодаря неподготовленности студентовъ, не выносящихъ изъ средне-учебныхъ заведеній сколько-нибудь значительныхъ познаній по естественнымъ наукамъ; благодаря отсутствію свободнаго времени и достаточнаго желанія у профессорско-естественниковъ, занятыхъ обычно на своемъ факультетѣ въ Россіи и за границей сложился въ университетахъ взглядъ на преподаваніе естественныхъ наукъ на медицинскомъ факультетѣ, какъ на «естественно-историческую повинность», которую приходится отбыть и... забыть. Только въ Америкѣ начинаютъ сознавать ненормальность такого порядка вещей и обращать вниманіе на постановку естественно-историческаго образованія медиковъ. Въ дѣлѣ существующихъ условий, принято, къ естественно-историческимъ познаніямъ врачей относиться весьма скептически.

Изъ этого общаго положенія Томскій университетъ, по словамъ г. Петрова, представляетъ счастливое исключеніе. Отъ своихъ питомцевъ Томскій университетъ всегда требовалъ серьезной, сознательной работы въ области естественно-историческихъ знаній. Зато хорошая естественно-историческая подготовка томскихъ студентовъ отмѣчена представителями многихъ испытательныхъ медицинскихъ комиссій, въ томъ числѣ такимъ авторитетомъ, какъ проф. Данилевскій.

Такое счастливое положеніе обуславливается, по словамъ г. Петрова, тѣмъ, что, во-первыхъ, составъ лекторовъ по естественнымъ наукамъ въ Томскомъ университетѣ, въ общемъ, былъ не только не хуже, чѣмъ на медицинскихъ факультетахъ другихъ университетовъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже лучше; во-вторыхъ, преподаваніе естественныхъ наукъ на медицинскомъ факультетѣ Томскаго университета велось вполнѣ серьезно, и къ студентамъ предъявлялись совершенно серьезныя требованія; въ третьихъ, желающимъ заниматься всегда были доступны какъ преподаватели, такъ и всѣ учебныя пособія.

Что касается другой стороны дѣятельности профессорско-естественниковъ Томскаго университета—изслѣдованія Сибири, то г. Петровъ считаетъ, что и тутъ университетъ далъ все, что могъ. Если перелѣ намъ нѣтъ длиннаго списка научныхъ трудовъ изъ этой области, то этому помѣшали, во-первыхъ, профессора-гастрономы, прїѣзжавшіе въ Томскъ лишь для того, чтобы дожидаться перевода въ другой университетъ; во-вторыхъ-же, помѣшала «молодость» самого университета. По словамъ докладчика, въ первые десятилѣтія существованія всякаго университета учяія силы его тратятся на будничную работу. Но не смотря на эти препятствія, Томскій университетъ успѣлъ и въ дѣлѣ изученія Сибири слѣзять многое. Г. Петровъ указываетъ, что, въ частности, флора Алтая изучена съ почти исчерпывающей полнотой.

Мы, сибиряки, говорить г. Петровъ, очень любимъ Сибирь на словахъ и тратимъ для нея очень много отъ другихъ; но сами дѣлаемъ для нея очень мало. Онѣ знавалъ, напр., студентовъ-сибиряковъ, которые были очень недовольны тѣмъ, что имъ пришлось учиться въ Сибирскомъ университетѣ и рвались учиться въ Сибирь, не смотря на то даже, говорить г. Петровъ, что Томскій университетъ, по преподаванію естественныхъ наукъ на медицинскомъ факультетѣ, могу сказать, положила руку на сердце, занимаетъ первое мѣсто! (неизвѣстно гдѣ—въ Россіи или въ мірѣ?)

Въ заключеніе г. Петровъ выражаетъ надежду, что со временемъ, благодаря университету, настолько подниметъ а духовная жизнь Сибири, что всякій сибирякъ сможетъ съ пользой служить родному краю.

Послѣ врача Петрова выступилъ врачъ Завадовскій съ «личными воспоминаніями о первыхъ годахъ существованія Томскаго университета».

По словамъ г. Завадовскаго, Томскій университетъ сразу захватилъ научную жизнь, благодаря чрезвычайно удачному подбору профессоровъ, главнымому почетелемъ Зап.-Сиб. учеб. округа Флоринскимъ. Оставовившись болѣе подробно на проф. ботаники Коржинскомъ, послѣ 5 лѣтъ работы въ Том-

скъ избранномъ членомъ академіи наукъ, и на проф. хирургіи Салищевъ, европейски извѣстномъ хирургѣ, умершемъ на своемъ посту отъ зараженія крови, благодаря порѣзу во время операци, г. Завадовскій неожиданно замѣчаетъ, что оба эти профессора такъ рѣзко выдѣлялись изъ уровня тогдашней томоксой профессуры, что студенты говорили: «они попали сюда по недоразумѣнію». Но г. Завадовскій смѣетъ оговориться, что и остальные набранные г. Флоринскимъ профессора пользовались симпатіями студентовъ, и добавляетъ, что многие изъ нихъ теперь «украшаютъ столичные университеты».

Упомянувши о томъ, что въ первые годы существованія Томскаго университета въ немъ было не мало «старыхъ студентовъ» — людей, много лѣтъ ждавшихъ возможности учиться въ университетѣ, не убожая за тридцать земель, г. Завадовскій, къ сожалѣнію, сходитъ съ почвы воспоминаній ради выраженія своихъ взглядовъ на современное положеніе вещей и дѣлаетъ ничѣмъ необоснованное заявленіе, что въ его счастливое время студенты больше знали, такъ какъ не занимались политикой и не устраивали забастовокъ.

Совершивъ эту неожиданную вылазку противъ современнаго студенчества, г. Завадовскій, видимо, считаетъ свою задачу выполненной и заканчиваетъ свою рѣчь благодарностью Томскому университету за то, что онъ далъ, сожалѣніемъ о его неполнотѣ и пожеланіемъ открытія двухъ недостающихъ факультетовъ и обилія научныхъ средствъ для достиженія стоящихъ передъ университетомъ задачъ.

Послѣ закрытій собранія, предѣлитель О-ва благодаритъ публику за посѣщеніе.

П. К.
(Ж. Алтай № 235).

Врачебная хроника.

«Школа и Жизнь» въ передовой статьѣ отъ 14 октября подробно останавливается на проектѣ образованія особаго «гласнаго управленія физическаго развитія и спорта». Газета относится безусловно отрицательно къ этому новому эксперименту надъ школой, высказывая вполнѣ основательныя опасенія, что усиленное культивированіе спорта можетъ повести лишь къ развитію среди учащихся азарта и показного акробатства. Мимоходомъ газета останавливается на послѣднемъ министерскомъ распоряженіи объ увеличеніи въ школахъ большихъ перемѣнъ, не видя, при современномъ неблагоустройствѣ нашихъ школьныхъ помѣщеній, никакого смысла въ этой мѣрѣ, оцѣниваемой съ гигиенической точки зрѣнія: учащіеся за отсутствіемъ хорошихъ и обширныхъ рекреационныхъ залъ, вынуждены будутъ толпиться въ корридорахъ, вдыхать пыль и испорченный воздухъ. Наконецъ, пишетъ далѣе газета, обособлять другъ отъ друга воспитаніе духа и тѣла: то и другое должны идти рука объ руку и находиться подъ однимъ общимъ руководствомъ. Дѣло физическаго воспитанія должно быть передано специально подготовленнымъ лицамъ — при соблюденіи этого условія не страшны будутъ и увлеченія спортомъ.

Образованіе особыхъ вѣдомствъ вѣдѣтства просвѣщенія, особыхъ генераловъ отъ физическаго воспитанія создастъ только благодарную почву для между вѣдомственныхъ конфликтовъ, дѣлу же воспитанія принесетъ большой вредъ. Тайна успѣха школы заключается въ ея цѣлостности, выдержанности извѣстнаго направленія. Эта особенность составляла хоть преимущество нашей прежней школы, суровой и невѣжественной, передъ нынѣшними учебными заведеніями. Въ послѣднихъ нѣтъ ансамбля, нѣтъ стилистичности замысловъ и осуществленій. Напротивъ, вѣчная смѣна противрѣчивыхъ распоряженій и мѣропріятій, не проведенныхъ притомъ черезъ сознаніе педагоговъ, расшатала нашу школу до основанія. Нужно, чтобы цѣль школы очистилась отъ чуждыхъ ей элементовъ и чтобы задачи школы осуществлялись въ сотрудничествѣ съ педагогическими силами страны.

Самонадѣянные проекты, игнорирующіе эти два незыблемыхъ положенія, могутъ, конечно, ломать школу, но не способны обновить ее.

Среди школьныхъ врачей г. Томска возникла мысль организовать въ общество школьныхъ врачей, хотя бы въ видѣ особой секціи при О-вѣ практическихъ врачей Томской губ. Нѣтъ сомнѣнія,

что въ дѣятельности школьныхъ врачей на каждомъ шагу встрѣчается не мало такихъ вопросовъ, разрѣшеніе которыхъ, съ практической точки зрѣнія, требуетъ коллективнаго обсужденія, и собранія школьныхъ врачей — такое, на примѣръ, какъ происходившее въ Томскѣ 1 окт. — являются весьма желательными и необходимыми*).

— Въ память недавно скончавшагося д-ра В. И. Щербакова его почитателями и товарищами собирается особый капиталъ, на проценты съ котораго будутъ учреждены стипендіи его имени въ частной гимназій Шелкунова въ с. Черемхово. Собрана уже порядочная сумма, свыше 1000 р. Покойный послѣ себя не оставилъ никакихъ средствъ семьѣ. Предполагается, что первыми стипендіатками его имени будутъ двѣ его дочери.

— На годичномъ засѣданіи О-ва врачей В. Сиб. 24-го октября происходили выборы президиума на предстоящій годъ. Избранными оказались прежние члены президиума, но все они, по разнымъ мотивамъ, просили освободить ихъ отъ исполненія должностныхъ функций. Постановлено на слѣдующемъ собраніи произвести новые выборы.

— Гласными-обновленцами Петербургской думы, по сообщенію «Рѣчи», открыта «фабрика ангеловъ», носящая официальное названіе *пріюта для недопосковъ*, созданнаго, съ большой шумихой въ свое время, д-ромъ В. О. Губертъ, этимъ двуличимъ Янусомъ, умѣвшимъ совмѣщать въ себѣ несомнѣнные таланты ученаго и самыя нечистоплотныя приемы темнаго дѣльца изъ породы «сврюжниковъ», какъ остроумно окрещена была глазуновская компанія, ставленникомъ которой являлся д-ръ Губертъ.

Картина, которую вскрыли посѣтившіе пріютъ гласныя, дѣйствительно, ужасная. «Образцовое» учрежденіе, о которомъ въ свое время пышно оповѣщалось *urbi et orbi*, оказалось самою невозможною морильнею, гдѣ дѣти въ грязи и въ страшной запущенности мрутъ, какъ мухи. Мы отсылаемъ читателей за подробностями къ самой замѣткѣ въ № 289 газ. «Рѣчь», ограничиваясь занесеніемъ этого факта, какъ печальной страницы въ исторію одной карьеры, втеченіе долгаго времени протекавшей на виду у всѣхъ и лишь только, благодаря случайности, потерпѣвшей такое головокружительное крушеніе.

— Дал. Окр. — приводитъ нѣкоторые данныя о дѣятельности Владивостокскаго отдѣла Лиги борьбы съ туберкулезомъ за 1912 г.

Съ начала открытія амбулаторіи лиги (4 марта 1912 г.) по 1-е января 1913 г. число посѣщеній послѣдней выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ: мартъ—110, апрѣль—232, май—275, іюнь—279, іюль—329, августъ—413, сентябрь—381, октябрь—346, ноябрь—374, декабрь—384, а всего—3.123.

Изъ этого числа туберкулезныхъ больныхъ оказалось 166 чел., или 25 процентъ.

Распредѣлялись туберкулезные такъ: мужчинъ—119, женщинъ—31, дѣтей—16 чел.

Расходы лиги въ отчетномъ году выразились въ цифрахъ:

Содержаніе амбулаторіи—3.882 р. 61 к., содержаніе лечебницы—2.632 р. 42 к. и другіе мелкіе расходы, а всего—8.352 р. 83 к.

Остатокъ на 1-е янв. 1912 г.—11.746 р. 89 к. Всѣхъ засѣданій правленія въ отчетномъ году было 46.

* Отчетъ объ этомъ совѣщаніи помѣщенъ въ № 1 «Сиб. Врачъ».

Протоколы Общества Врачей Восточной Сибири за 1913 г.

Протоколъ № 6.

(Продолженіе).

3) Д-ръ Берманъ прочиталъ докладъ «Къ казуистикѣ антракоидныхъ заболѣваній».

23-го ноября 1912 г. въ лечебницу врача фонъ-Берманъ поступила больная Марія Хайнская, 24 г. отъ роду, по совѣту врача Л. С. Зисмана, который больную нѣсколько дней наблюдалъ и консультировалъ съ врачомъ Аришкинымъ.

Изъ анамнеза выяснилось, что общее здоровье всегда было хорошее, больная страдала только малокровіемъ, регулы всегда правильны и только что прошли, беременности не бывало. Заболѣла нѣсколько дней тому назадъ; было что то въ горлѣ, а затѣмъ стала сильно припухать шея съ лѣвой стороны; появилась лихорадка и боли при глотаніи. Д-ръ Аришкинъ нашелъ у больной слѣва за миндалиной красноту и гнойный пузырекъ.

Больная среднего роста, хорошаго питанія, зрачки слегка расширены, но равномерны, лицо блѣдное. Пульсъ полный, около 100 въ минуту. Слѣва, начиная отъ угла нижней челюсти и отъ конца сосцевиднаго отростка, замѣчается рѣзкая выпуклость, которая по направленію внизъ по сосудамъ постепенно уменьшается, а около ключицы и частью надъ грудной костью замѣчается отекъ кожи. Мѣсто припухлости болѣзненное, красноты кожи нѣтъ, въ глубинѣ какъ бы флюктуация. Голова держится вправо, отклонена, но движенія ея довольно свободны. Входъ въ зѣвъ суженъ, такъ какъ вся область лѣвой миндалины выпячивается впередъ, миндалина сама не увеличена, красная; на ней ничего особеннаго не замѣтно, но сейчасъ же за миндалиной и немного кверху имѣется краснаго цвѣта изъязвленіе слизистой. Тоны сердца чисты, дыханіе свободно, животъ мягокъ и неболезненъ. Въ мочѣ бѣлка не найдено, температура 38,7. Предлагается операція, на которую больная соглашается. Въ тотъ же день, 23 ноября дѣлается подъ хлороформомъ разрѣзъ, начиная отъ конца сосцевиднаго отростка внизъ по краю мышцы; подъ кожей значительный отекъ, подъ мышцей лежатъ нѣсколько рѣзко увеличенныхъ железъ темнокраснаго цвѣта: двѣ изъ нихъ разрѣзываются, вытекаетъ кровянистая жидкость, гноя нѣтъ; надкостница и кость въ нормальномъ состояніи. Кожа разрѣзается по всему отеку, затѣмъ вскрывается задній листокъ фасціи, надъ сосудами гноя нѣтъ, но и здѣсь отекъ. Вставляются тампонъ изъ марли съ салициловой кислотой; повязка.

Было немного рвоты, особыхъ болей нѣтъ, т° 39,0.

24-го ночь темного сна, самочувствіе довольно хорошее, пульсъ 104.

Перевязка: припухлость немного уменьшилась, очевидно, за счетъ отека, марля пропитана серозно-кровянистой жидкостью, рана имѣетъ сухой видъ по мѣстамъ коросты отъ салициловой кислоты, въ глубинѣ видны увеличенныя железы; тампонъ, повязка.

Больная втеченіи дня безпокойная, при глотаніи боли, послѣ клизмы прослабило, мочи меньше, т° 37,9, вечеромъ 38,6.

25-го ночь провела очень безпокойно, пульсъ около 120, наполненіе его значительно хуже, мочи почти совсѣмъ нѣтъ, катетромъ изъ пузыря достается очень немного мочи съ явной примѣсью крови.

Перевязка. Рана еще болѣе сухая, ни капли гноя, удаляется для изслѣдованія одна железка, тампонъ, повязка. Втеченіи дня пульсъ все ухудшается, больная получаетъ нѣсколько разъ камфарное масло подъ кожу. Полное сознаніе. Дѣлается подкожное вливаніе поваренной соли, т° 38,3, вечеромъ 38,0.

26-го опять ночь не спала, жалуется на одышку, слѣва сзади притупленіе, кашля нѣтъ, опять показались регулы и боли въ животѣ.

Перевязка. Рана безъ измѣненія. Сердечная дѣятельность рѣзко падаетъ, не смотря на всѣ принятые мѣры, одышка увеличивается, т° 36,5—35,6.

27-го. Ночь совсѣмъ не спала, языкъ сухой, по временамъ бредила.

Около 10 часовъ утра наступаетъ смерть.

При вскрытіе найдено: на слизистой зѣва позади миндалины имѣется небольшое углубленіе, очевидно съ нарушеніемъ цѣлости верхнихъ слоевъ слизистой. Всѣ железы по лѣвой сторонѣ шеи значительно увеличены, темно-красныя, на разрѣзѣ содержатъ кровь, никакого размягченія не замѣчается, эти железы проходятъ до грудной клѣтки по большой венѣ.

Справа встрѣчается только одна увеличенная железа. Шейные сосуды ни содержатъ ни крови, ни сгустковъ. Въ лѣвой плеврѣ довольно много густой кровянистой жидкости, въ правой меньше, нижнія доли легкихъ отечны, темны и налиты кровью. Въ сердечной сумкѣ нѣсколько ложекъ кровянистой жидкости, въ сердцѣ все нормально. Въ полости живота довольно много жидкой крови, по мѣстамъ на желудкѣ и на петляхъ тонкой кишки кровоизлиянія подъ серозой. Печень дряблая, наполненная кровью, селезенка увеличена, темнокраснаго цвѣта, легко рвется. Железки брызжейки увеличены. Матка небольшая, плотная, на правомъ яичникѣ лопнулъ одинъ фолликулъ, въ немъ торчитъ сгустокъ крови, лѣвый яичникъ лопнулъ на двѣ половины, изъ него виситъ сгустокъ крови въ дѣтскій кулакъ; матка пустая. Почки увеличены, капсула легко отдѣляется, ткань на разрѣзѣ замѣтно наполнена кровью.

(Продолженіе слѣдуетъ).

