

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

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

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

Плата за объявленія по соглашенію.

ВЫХОДИТЬ ЕЖЕНЕДѢЛЬНО

ВЪ

ИРКУТСКѢ.

Редакція открыта ежедневно съ 2 до 4 час. дня.

Статьи и всякую корреспонденцію просить направлять по слѣдующему адресу редакціи:

Иркутскъ. Мяснорядская, 28. Телефонъ редакціи № 817.

Содержаніе: В. В. Гласекъ. Замѣтки и впечатлѣнія изъ клиники проф. Бумма (Берлинъ) (Окончаніе).—Прив.-доц. В. Д. Добромысловъ. Къ леченію гнойныхъ ранъ тепломъ (Продолженіе).—А. Н. Боголюбовъ. О биологической очисткѣ сточныхъ водъ. (Окончаніе).—Рефераты. Заразные болѣзни.—Фельетонъ. *Сурый Сибирякъ*. Отсутствие дѣтской больницы въ Томскѣ.—Изъ русской литературы.—Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.—Врачебная хроника.—Второй всероссійскій съѣздъ фельдшеровъ, фельдшерицъ и акушерокъ.—Объявленія на обложкѣ.

Замѣтки и впечатлѣнія изъ клиники проф. Бумма (Берлинъ) *).

В. В. Гласека.

(Окончаніе).

Что касается акушерскихъ операций, то очень часто приходилось видѣть накладываніе щипцовъ на лекціяхъ. Выжиманію плода по способу Kristeller'a Буммъ мало придаетъ значенія. Показанія для наложенія щипцовъ очень широкія, и щипцы въ ходу только съ осевой тракціей: бывали частые разрывы промежности, часто тоже производятъ и эпизиотомию. Промежность зашивается катгуттомъ, а спайка сिल्кворгуттомъ.

Не дожидаясь выхожденія дѣтскаго мѣста, вырываютъ *secale cornutum*. При разрывахъ шейки она обнажается очень широкими подьемниками и накладываются узловатые катгуттовые швы. Промыванія матки послѣ родовъ Буммъ совѣтуетъ дѣлать только 50% растворомъ спирта и *Liquor aluminii acetici*; онъ противъ промыванія растворами лизола, формалина и карболовой кислоты. При послѣродовыхъ заболѣваніяхъ и инфекціяхъ, по Бумму, бываетъ часто смѣшанная, а именно: *streptococcus*, *bacterium coli* и *aerogenes capsularis*. У каждой послѣродовой больной производятъ бактериологическія изслѣдованія и, если нѣтъ гонококка, совѣтуютъ дѣлать промываніе матки; ибо промываніе даетъ оттокъ и способствуетъ къ выдѣленію тѣхъ бактерий, которыя находятся на слизистой—онѣ, такъ сказать, концентрируются въ одномъ мѣстѣ. Въ стрептококковой сывороткѣ Буммъ видитъ бактериотропное дѣйствіе, совѣтуетъ употреблять ее въ большихъ дозахъ до 10-ти флаконовъ. Въ больномъ ходу антистрептококковая сыворотка Aronson'a.

Выскабливанія при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ Буммъ не дѣлаетъ, ибо говоритъ, что

инфицированной ложкой бактеріи разносятся по свѣжей, ею же нанесенной ранѣ. При тампонированіи полости матки марлей отдѣленія задерживаются и процессъ только ухудшается. При вытираніи полости матки, чѣмъ бы то ни было, процессъ тоже, по его мнѣнію, ухудшается, ибо бактеріи разносятся по полостямъ матки. При ошпариваніи полости матки по Снегиреву не достигается цѣли, ибо скоро послѣ ошпариванія въ выдѣленіяхъ матки находятся опять бактеріи.

Буммъ большой поклонникъ *пубіотоміи*, которую приходилось видѣть нѣсколько разъ. Производитъ онъ ее своей острой иглой на рукояткѣ, которой избѣгаются большія пораненія и остаются только слѣды отъ двухъ уколовъ; кость перепиливается иглой Gigli, которая вводится въ иглу Бума. Техника слѣдующая: больная лежитъ въ положеніи, какъ при камнебъченіи. Сначала оцупываютъ большимъ и указательнымъ пальцемъ лѣвой руки *ramus horizontalis* лонной кости и, оттягивая больше къ срединѣ малую губу и клиторъ, вкалываютъ иглу на краю большой губы сейчасъ подъ костью. Опуская постепенно рукоятку, проводятъ иглу такимъ образомъ по задней поверхности кости все кверху, и когда она достигла верхняго края кости, опускаютъ сильно рукоятку книзу, прокалываютъ ею кожу; введенный указательный палецъ другой руки во влагалище контролируетъ, правильный ли ходъ острія иглы, которое должно идти по ходу кости и выкалывается больше въ сторону середины т. е. лоннаго сращенія. Въ концѣ иглы въ ушко влѣвается пуговка проводочной пилы Gigli; потягивая теперь иглу въ обратную сторону, выводятъ ее вмѣстѣ съ пилкой черезъ нижнее отверстіе вкола, пила захватывается съ обоихъ сторонъ рукоятками и, потягивая отъ 5 до 10 разъ рукоятками въ стороны и напрягая пилу кверху, такъ сказать, приподымая пилкой кость—перепиливаютъ ее подтупнымъ угломъ.

Что кость перепилена, отмѣчается сразу, ибо сопротивленіе прекращается и костные концы расходятся въ стороны съ глухимъ трескомъ. Мѣста уколовъ отъ иглы сильно прижимаются

* Докладъ, читанный въ ноябрѣ м. 1908 г. въ засѣданіи Общества Врачей Южно-Уссурийскаго Края.

во избѣжаніе кровотеченія, а во влагалище вставляется тампонъ для противодавленія. Показаніемъ для пубіотоміи служатъ узкій тазъ при *conjugata vera* между 7—9 см. при живомъ плодѣ. Послѣ пубіотоміи роды представляются при-родѣ; во избѣжаніе разрывовъ передней стѣнки влагалища, уретры и мочевого пузыря не слѣдуетъ спѣшить съ накладываніемъ щипцовъ. Фистулу послѣ пубіотоміи приходилось мнѣ видѣть одинъ разъ, которая черезъ шесть недѣль послѣ родовъ была зашита. Въ одномъ случаѣ послѣ пубіотоміи замѣчалась у больной утиная походка.

Причину *эклампси* Буммъ видитъ въ какихъ то неизвѣстныхъ намъ измѣненіяхъ въ плодѣ, а поэтому при первыхъ появленіяхъ припадковъ *эклампси* совѣтуетъ прерывать беременность и, какъ можно скорѣе, удалить плодъ изъ матки. Удаляя плодъ послѣ перваго приступа, наблюдали смертность 2⁰/₀—3⁰/₀, при выжиданіи же въ 20⁰/₀ до 30⁰/₀. Смотри по періоду родовъ, Буммъ совѣтуетъ или щипцы, или поворотъ; при мало раскрытомъ зѣвѣ примѣняетъ расширитель *Bossi* или же кольперинтеръ *Champetier*. При закрытомъ зѣвѣ дѣлается всегда влагалищное кесарское сѣченіе по *Dürssen*'у. Разрѣзъ проводится по передней стѣнкѣ влагалища, срединный, продольной до *portio vaginalis*, при чемъ обнаженный мочевой пузырь отодвигается тупымъ путемъ кверху, выше внутренняго зѣва, и передняя стѣнка шейки разрѣшается.

Захвативъ верхніе концы разрѣза двузубцами, легко извлекать другіе участки передней стѣнки матки и, когда пузырь отодвинуть впередъ, разрѣшается передняя стѣнка матки еще больше по мѣрѣ надобности. Черезъ сдѣланное такимъ образомъ отверстіе легко извлечь ребенка. Послѣ родовъ зашивается сначала маточная стѣнка, а затѣмъ влагалищная рана узловатыми катгутыми швами.

Наркотическія Буммъ совѣтуетъ только въ началѣ болѣзни, пока еще существуетъ сознание у больной, но никоимъ образомъ не у тѣхъ больныхъ гдѣ потеряно сознание.

Чтобы возбудить сильную дѣятельность почекъ, Буммъ впрыскиваетъ физиологическій растворъ *NaCl* (не менѣе 1500 граммовъ), 2—3 раза въ день, затѣмъ совѣтуетъ класть горячіе компрессы вокругъ почекъ и массажъ почекъ. Въ примѣненіи горячихъ ваннъ, окутываніи, равнымъ образомъ отъ впрыскиванія *Pilocarpin'a*, Буммъ мало видитъ пользы, скорѣе ухудшеніе; общее состояніе скоро поправляется, если сдѣлать обильное кровопусканіе, но только при полномъ и скоромъ пульсѣ.

При глубокой спячкѣ старается постоянно удалять собравшуюся кровь и слизь съ гортани, а при плохомъ дыханіи приступаетъ къ искусственному дыханію, которое въ связи съ массажемъ сердца даетъ хорошіе результаты даже въ безнадежныхъ случаяхъ.

Разъ дѣлали при мнѣ и *decapsulatio* почки, но безрезультатно. Кесарскихъ сѣченій при мнѣ было два и то дѣланныхъ по способу *Trank'a*—т. е. экстраперитонеально; техника слѣдующая: поперечный разрѣзъ по *Pfanenstiel*'у; дойдя до брюшины, брюшину оттягиваютъ кверху и отдѣляютъ отъ мочевого пузыря, стараясь ее не поранить; такимъ образомъ экстраперитонеально доходятъ до шейки матки и дѣлаютъ разрѣзъ по передней стѣнкѣ матки. Фиксируя теперь головку снаружи, стараются ее помощью щипцовъ извлечь наружу. Въ одномъ случаѣ щипцы приходилось накладывать 4 раза—плодъ въ обо-

ихъ случаяхъ былъ живъ, въ одномъ случаѣ было пораненіе мочевого пузыря, которое зашито. Операцию эту по *Trank'u* Буммъ производитъ впервые. Показаніемъ для этого способа служить раннее отхожденіе водъ и возможность предположенія, что вслѣдствіе сообщенія плода съ наружнымъ воздухомъ наступила стрептококковая инфекция или же если больная заранѣе была изслѣдована не чистыми руками. Операция эта даетъ тогда меньшій шансъ, не трогая брюшины роженицы для зараженія.

Въ настоящее время Буммъ уже сдѣлалъ нѣсколько случаевъ кесарского сѣченія по *Trank'u*, и даетъ предпочтеніе этому способу при выше-сказанныхъ показаніяхъ.

При предлеженіи дѣтскаго мѣста, если зѣвъ мало раскрытъ, Буммъ совѣтуетъ тампонировать влагалище; если зѣвъ раскрытъ больше и предлежитъ головка, то для спасенія ребенка Буммъ предпочитаетъ вложить кольперинтеръ *Champetier*, нежели дѣлать поворотъ на ножку и выжидать, ибо при поворотѣ на ножку плодъ сидитъ своими ягодицами на собственной плацентѣ и шансы для жизни его меньше, а самый поворотъ плода неблагоприятенъ для его жизни. Если же вложить кольперинтеръ, то шансы для сохраненія жизни ребенка больше; нужно раньше разорвать пузырь и кольперинтеръ вложить за внутренній зѣвъ шейки матки. Если же кольперинтеръ вставить только въ шейку матки, то кровотеченіе еще больше усиливается, ибо онъ не будетъ тогда тампонировать, а шейка будетъ больше растягиваться.

Закончивъ такимъ образомъ обзоръ моихъ наблюденій, я далека отъ мысли входить въ какую либо критику, но позволю себѣ сдѣлать нѣкоторые выводы.

1) Къ операциіи приступаютъ лишь тогда, когда леченіе всѣми новѣйшими методами не дало положительныхъ результатовъ.

2) Больше обращаютъ вниманіе на положеніе матки и на придатки, нежели на сопутствующій эндометритъ.

3) Ампутиція шейки матки рѣдкость.

4) *Vaingofixatio* и *Vesicofixatio* Буммъ совершенно не дѣлаетъ.

5) Буммъ отдаетъ предпочтеніе больше брюшному способу операциіи, нежели влагалищному.

6) Буммъ консерваторъ при леченіи *pyosalpinx'овъ*, воспаленій придатковъ и предпочтеніе отдаетъ разсасывающему леченію.

7) Въ противоположность къ общепринятому взгляду это—отсутствіе консерватизма при леченіи выпаденія матки, а при удаленіи міомъ удаляютъ и придатки.

8) Въ клиникѣ Бумма наблюдаются почти исключительно простые случаи—осложненныхъ очень мало.

9) Щипцы накладываютъ слишкомъ часто (безъ особыхъ показаній).

10) Кесарское сѣченіе, по *Trank'u*, дѣлаетъ впечатлѣніе технически трудной операциіи.

11) Относительно пубіотоміи скажу словами *Liermann'a*, что эту операцию въ случаѣ надобности я ни своей женѣ, ни близкимъ знакомымъ не стала-бы дѣлать, а уже лучше замѣнила бы ее классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ.

Изъ Томской желѣз.-дор. больницы.

Къ леченію гнойныхъ ранъ тепломъ.

Прив.-доц. В. Д. Добромыслова.

(Продолженіе).

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ примѣнено нами тепло, сказывается его благотворное дѣйствіе. Боли въ ранѣ стихаютъ, инфильтрація окружающихъ тканей, отекъ и краснота ихъ быстро исчезаютъ, количество отдѣляемаго быстро сокращается и здѣсь, по нашему убѣжденію, сказывалось не дѣйствіе только разрыва и тампонады гнойной полости, такъ какъ мы ранѣ, до примѣненія тепла къ леченію гнойныхъ ранъ никогда не видали столь быстрого исчезновенія указанныхъ явленій. Случайнымъ это обстоятельство нельзя считать, такъ какъ въ нашемъ распоряженіи были случаи именно такихъ гнойныхъ ранъ, которыя обычно не обнаруживаютъ склонности, при указываемой степени инфильтраціи и отека тканей, къ столь быстрому обратному развитію воспалительныхъ явленій. Здѣсь сказалось свойство артеріальной гипереміи къ всасыванію воспалительныхъ продуктовъ изъ тканей. Благодаря указаннымъ обстоятельствамъ, рана быстро становилась неглубокою; этому, конечно, способствовало и расположеніе гнойниковъ большею частью не въ полостяхъ тѣла съ неподатливыми стѣнками, равно и то, что нарывы были недавняго происхожденія безъ рубцовыхъ неподатливыхъ стѣнокъ. Нельзя не отмѣтить еще одного обстоятельства, именно быстрого наростанія грануляцій въ полости подъ вліяніемъ тепла. Объ этомъ кратко упоминается у Bier'a; постоянно, это наблюдалось нами при леченіи ранъ тепломъ, и здѣсь невольно вспоминаются опыты Герасимова, Натансона, Карпова, Усергера и др. о вліяніи тепла, какъ причинѣ болѣе быстрого размноженія ядеръ клѣтокъ. Все вмѣстѣ взятое, ведшее къ уплощенію раны, позволяло скоро прекращать въ большинствѣ случаевъ тампонаду раны и, такимъ образомъ, какъ процессу скорого наростанія грануляцій, такъ и быстрому выполненію ими раны не ставилось преграды въ видѣ долгой тампонады. Мы не считаемъ необходимымъ подробнѣе входить въ выясненіе благотворности скорого прекращенія тампонады раны для ея выполненія, этотъ фактъ общеизвѣстенъ: тампонада служитъ для извѣстныхъ опредѣленныхъ цѣлей и съ минованіемъ надобности должна быть прекращаема, дабы не задерживать выполненіе полости.

Такимъ образомъ, цѣль условій вліяла на скорое выполненіе раны, но первоначальный толчекъ давало исчезновеніе отека, инфильтраціи и красноты съ сокращеніемъ количества отдѣляемаго, что, несомнѣнно, вызывалось артеріальной гипереміей, вызванной вліяніемъ тепла, именно всасывающей ея способностью. Я не думаю, чтобы быстрое исчезаніе отека и инфильтраціи было обязано оттоку воспалительныхъ продуктовъ чрезъ рану, такъ какъ повязка болѣе обычнаго не промокала, между тѣмъ фактъ сильнаго всасывающаго дѣйствія активной гипереміи по отношенію воспалительныхъ продуктовъ твердо установленъ не только литературными общеизвѣстными данными, но и ежедневнымъ опытомъ съ леченіемъ тепломъ воспаленныхъ суставовъ и т. д. Ни въ одномъ случаѣ я не примѣнялъ тампоновъ съ антисептическими веществами, предоставляя дѣйствовать только физическимъ агентамъ. Леченіе тепломъ я прекращалъ послѣ выполненія раны, къ этому времени рана значительно суживалась и мнѣ не представилось случая испытать дѣйствіе тепла на скорость закрытія гранулирующихъ поверхностей разрастаю-

щимся съ краевъ раны эпителиемъ. Почти всѣ случаи гнойниковъ были вызваны стафилококкомъ.

Больная Л. №—ск. л. 177.						Больная К. №—ск. л. 628		
Часы наблюденія	Темп.	Темп. непосред. подъ покр. пузыр.	Темп. подъ повязк.	Пульс.	Дых.	Темп. подъ пов.	Пульс.	Дых.
11 ч.	35	80° С.	39°	80	16	44°	84	20
"	40	78°	40°	"	"	44°	84	"
"	45	77,5°	40,5°	"	"	44°	80	"
"	50	76,5°	40,5°	"	"	43,5°	"	"
"	55	75,5°	40,5°	"	"	43,5°	"	"
12	—	74,5°	40°	"	"	43°	"	"
"	10	72°	39,5°	"	"	42,5°	"	"
"	20	71°	39,5°	"	"	42,5°	"	"
"	30	69°	39,5°	"	"	41°	"	"
1 ч.	—	61°	39°	"	"	39,5°	"	"
2 ч.	—	58°	38°	"	"	38°	"	"

1. Mastitis purul. sin cum phleb. et periphleb. 6/vi 1907 г. произведено расширеніе вскрышагося недѣлю тому назадъ гнойнаго мастита, въ гною стафилококкъ. Больная амбулаторная Е. Лѣвая грудная железа вся рѣзко увеличена, плотна, благодаря значительной инфильтраціи ея, красна, вся съ цианотическимъ оттѣнкомъ; на этомъ общемъ фонѣ рѣзко выступаютъ темно-красныя вены, распространяющіяся далеко за предѣлы железы. Въ нижней половинѣ железы глубокой вскрышей нарывъ съ ходами въ толщю железы. Послѣ расширенія круглой съ 50 к. монету раны въ полость вставленъ тампонъ, а поверхъ повязки назначены мѣшки съ горячимъ пескомъ. Железа чрезъ три дня только немного увеличена, въ остальномъ не отличается отъ здоровой, полость раны стала мелкой, тампонада раны прекращена. Дня еще чрезъ три рана хорошо выполнена у здоровой въ общемъ и молодой (24 л.) женщины; леченіе тепломъ прекращено; прижиганіе грануляцій ляписомъ. Чрезъ двѣ недѣли съ половиной отъ начала леченія рана совершенно зажила.—Всякій, кому приходилось лечить такіе маститы и несложненные перифлебитами и флебитами, знаетъ, что дѣло тянется часто мѣсяцами. Нерѣдко, благодаря существующимъ ходамъ изъ полости нарыва въ толщю железы, въ ближайшемъ сосѣдствѣ возникаютъ новые нарывы.

(Окончаніе слѣдуетъ).

О біологической очисткѣ сточныхъ водъ.

А. Ж. Боголюбова.

Завѣдующаго томскимъ городскимъ санитарнымъ бюро.
(Окончаніе).

Біологическая станція обычно устраивается въ подвальномъ помѣщеніи жилого зданія, но для устраненія возможнаго запаха и появленія во множествѣ мелкихъ мушекъ сточная жидкость заключается въ закрытыхъ резервуарахъ. Однако, крайне необходимо озаботиться объ устройствѣ въ подвалѣ станціи хорошей приточной и вытяжной вентиляціи, которая не должна имѣть какой-либо связи ни съ дымовыми трубами, ни съ вытяжными каналами жилыхъ помѣщеній. Для болѣе солидныхъ и многолюдныхъ учреж-

дений, гдѣ расходъ воды превышаетъ нѣсколько тысячъ ведеръ въ сутки, биологическія станціи могутъ сооружаться въ извѣстномъ разстояніи отъ дома, на прилегающей къ нему усадьбѣ.

Такія домовыя биологическія сооружения въ настоящее время усердно сооружаются въ городахъ—Москвѣ, Кіевѣ, Харьковѣ, Одессѣ и др. мѣстахъ, такъ какъ такой способъ гарантируетъ надлежащую очистку грязныхъ жидкостей, избавляетъ владѣльцевъ отъ докучливыхъ и зловонныхъ выгребныхъ ямъ, отъ постоянной вывозки нечистотъ на отвалы, тѣмъ болѣе, что единственно разумная система вывозки—канализація—для многихъ городовъ представляется идеаломъ, далекимъ отъ осуществленія въ настоящее время. Въ нѣкоторыхъ городахъ нѣсколько домовладѣльцевъ соединяются вмѣстѣ для устройства на соединенныя средства общей биологической станціи. Для примѣра можно привести типъ устройства биологической станціи въ Ново-Бабельсбергѣ въ домѣ для призрѣнія инвалидовъ со 100 обитателями, заимствованный мною у инженера Данилова *).

Въ основу расчета положено 20 метровъ потребления воды на каждого обитателя.**) (см. Рисунокъ 1).

Система, по описанію Данилова, состоитъ изъ 3 камеръ—А септикъ-танговъ, коксовой башни В и второго и окончательнаго окислителя Д. Гнилостный резервуаръ рассчитанъ на 5—суточное гніеніе и равенъ 10 куб. метрамъ полезнаго объема. Камеры почти одинаковы по размѣрамъ. Изъ септиковъ прогнившая жидкость поступаетъ въ нижній сборный резервуаръ Б, изъ котораго, съ помощью вѣтрянаго двигателя (на рисунокъ онъ не показанъ) и насоса перекачивается въ верхній сборный резервуаръ В. Объемъ нижняго, также какъ и верхняго резервуаровъ—6 куб. метрамъ (метр. 1,4 арш.). Изъ верхняго сборнаго резервуара сточная жидкость подъ небольшимъ давлениемъ переходитъ во вращающійся ороситель, помѣщенный надъ фильтрующимъ матеріаломъ коксовой башни. Коксовая башня стоитъ открыто. *Черезъ ея средину проходитъ дырчатая вентиляционная труба; такія же трубы меньшаго діаметра заложены внутри башни горизонтально. Для притока свѣжаго воздуха

*) См. „Биологическія очистки сточныхъ водъ“ Данилова, стр. 177.

**) Въ литрѣ 1000 куб. с., не много болѣе $1\frac{1}{2}$ в.; 20 литровъ—30 бут. или приблизительно $1\frac{1}{2}$ в. съ небольшою прибавкой.

Отсутствіе дѣтской больницы въ Томскѣ.

Лѣтъ десять—двѣнадцать назадъ у мѣстнаго отдѣленія Общества Краснаго Креста возникла мысль устроить при общинѣ сестеръ милосердія дѣтскую больницу. Нашлись энергичные работники и идея быстро была воплощена въ плоть и кровь. Городъ Томскъ обогатился первой дѣтской и, нужно отмѣтить, бесплатной больницей. Пожертвованія на это святое дѣло потекли со всѣхъ сторонъ. Дало субвенцію и городское общественное самоуправленіе. Но волею судебъ или вѣрнѣе, по мановенію руки главнаго врача мѣстнаго отдѣленія Общества Краснаго Креста, эта дѣтская больничка превратилась въ платную хирургическую лечебницу, гдѣ леченіе стоитъ очень дорого (1 р. 50 к. въ сутки), а за производство операций нѣрѣдко берутъ довольно крупныя суммы, что уже неоднократно отмѣчалось на страницахъ мѣстныхъ

въ стѣнкахъ башни имѣются отверстія. Коксовая башня имѣетъ въ діаметрѣ и высоту 2 метра. Фильтрующій матеріалъ внизу имѣетъ въ діаметрѣ большій, а сверху 3—5 миллиметровъ. Надъ башней имѣется желѣзная крыша съ вытяжной трубой. Второю окислителемъ Д имѣетъ 1,8 метра длины, 1,4 метра ширины и 0,80 метровъ глубины, онъ вмѣщаетъ суточный объемъ очищаемой жидкости; въ немъ вода съ помощью задвижки задерживается на 2 часа и затѣмъ спускается. Фильтрующимъ матеріаломъ служитъ кирпичный щебень величиною 10—20 миллиметровъ. Передъ окончательнымъ спускомъ очищенной сточной жидкости устраивается контрольный колодезь, въ которомъ, если потребуется, производится дезинфекція.

Интересующимся представляемъ проектъ очистки сточныхъ водъ съ подземнымъ биологическимъ фильтромъ и автоматическимъ распредѣлителемъ Фуддіана. Проектъ заимствованъ у Аверкіева (см. Очистка сточныхъ и клоачныхъ водъ биологич. методомъ Аверкіева). См. Рисунокъ II.

Сущность биологическаго процесса выяснена въ настоящее время такими учеными изслѣдователями, какъ проф. Дунбаръ, Держговскій и др. Впрочемъ слѣдуетъ сказать, что полнаго согласія въ этомъ вопросѣ до сихъ поръ нѣтъ среди ученыхъ. Больше значенія въ дѣлѣ биологической очистки Дунбаръ приписываетъ, помимо аэробныхъ бактерий, способности пористыхъ тѣлъ каждого фильтра-окислителя, каковы, напр.: шлакъ гравій, коксъ и др.—притягивать на свою поверхность изъ раствора или поглощать органическія вещества, что и называется адсорбціей *).

Работа этихъ фильтровъ бываетъ особенно продуктивна, потому что задерживаются какъ нерастворимыя вещества вслѣдствіе прилипанія, такъ и растворимыя органическія вещества вслѣдствіе адсорбціи **) Такимъ образомъ создается особенно благоприятное распредѣленіе разнаго рода органическихъ веществъ. На большихъ поглощающихъ поверхностяхъ фильтрующаго матеріала аэробные микроорганизмы получаютъ полную возможность развить максимумъ своей дѣятельности, приходя въ самое тѣсное соприкосновеніе со всѣми частями органическаго вещества и способ-

*) Явленіе адсорбціи изслѣдованы въ послѣднее время Дунбаромъ, Либертомъ, Катейна, а ранѣе Грагамомъ, Вальперомъ.

**) Въ отличіе отъ способности сгущенія газовъ на поверхности губчатыхъ тѣлъ, что назыв. адсорбціей

газетъ. Странно, по меньшей мѣрѣ странно, какимъ образомъ могло случиться такъ, что на средства, пожертвованныя исключительно для устройства дѣтской больницы, въ концѣ концовъ была оборудована платная хирургическая лечебница. Священная воля жертвователя была нарушена самымъ безперемоннымъ образомъ, больныя-же дѣтишки безжалостно были вышвырнуты изъ ихъ *собственнаго* угла, а вмѣсто дѣтей помѣстили болѣе или менѣе состоятельныхъ больныхъ, которые всегда бы могли найти хирургическую помощь въ клиникахъ или въ частныхъ лечебницахъ. Во всякомъ случаѣ уничтоженіе дѣтской больницы должно лежать тяжелымъ камнемъ на совѣсти виновниковъ гибели этого полезнѣйшаго и *единственнаго* въ г. Томскѣ учрежденія.

Нѣсколько лѣтъ назадъ томская городская дума, заслушавъ докладъ и объясненіе одного изъ врачей городского самоуправления, единогласно постановила—поручить городской управѣ, какъ можно ско-

ствуя быстрому разложению послѣдняго. Величина поглощенія стоитъ въ обратной пропорціи къ концентрации употребленнаго раствора, величинѣ зеренъ фильтрующаго матеріала; при чемъ установлено опытными данными, что въ первыя минуты особенно энергично совершается поглощеніе. Однако при разложеніи органическаго матеріала, нужно имѣть въ виду возможность и чисто химическихъ процессовъ, наряду съ біологическими, напр., хотя бы почернѣніе уже очищеннаго продукта вслѣдствіе образованія сѣрнистаго желѣза.

Разложеніе сложнаго органическаго вещества на простѣйшія соединенія, по Дунбару, происходитъ тогда, когда съ «періодическаго» фильтра *) сточная вода спущена, и воздухъ, занявши мѣсто жидкости, со всѣхъ сторонъ охватываетъ пленку изъ органическаго матеріала; микробы пользуются даннымъ моментомъ и, извлекая кислородъ, употребляютъ послѣдній на окисленіе органическихъ веществъ. Этотъ періодъ Дунбаръ называетъ періодомъ регенераціи фильтра или періодомъ возстановленія его «очистительной» способности.

Слѣдуетъ также обратить вниманіе на то обстоятельство, что прежде, чѣмъ біологическій фильтръ разовьетъ свою очистительную способность, онъ долженъ пройти стадію такъ называемаго созрѣванія, а эта стадія займетъ 2 или 3 недѣли, при чемъ все время нужно повторять напуски сточной воды на фильтры, послѣ періодовъ отдыха въ 2—3 дня. Мало по малу на фильтрѣ образуется грязноватый осадокъ, имѣющій видъ сѣтчатой оболочки; осадокъ состоитъ изъ органическихъ веществъ и массы аэробныхъ бактерій. Оболочка является показателемъ нужнаго «созрѣванія» фильтра. Очищеніе безъ микроорганизмовъ невозможно, и стоитъ только къ грязной водѣ прибавить дезинфицирующаго вещества, прекращающаго работу бактерій, азотной кислоты *) въ фильтрахъ не появляется.

Однако д-ръ Держговскій, обращая вниманіе на то, что нѣкоторыя вещества дѣйствительно обладаютъ свойствомъ адсорбціи, но другія этой способностью не отличаются (напр. углеводы), не раздѣляютъ всецѣло адсорбціонной теоріи Дунбара, а главный центръ тя-

жести въ дѣлѣ очистки видятъ въ оживленной дѣятельности микробовъ на фильтрѣ, во время стоянія на немъ сточной воды, равно какъ въ неменѣе энергичной работѣ дождевыхъ червей и различныхъ водяныхъ насѣкомыхъ, развивающихся съ теченіемъ времени въ біологическихъ фильтрахъ.

Самую потребность отдыха фильтровъ Держговскій объясняетъ такимъ образомъ «необходимостью дать возможность размножиться бактеріямъ» на поверхности фильтрующаго матеріала, во время пребыванія фильтра пустымъ.

Намъ остается теперь выяснитъ, что сточныя воды, очищенныя біологически, дѣйствительно удовлетворяютъ вышеприведеннымъ условіямъ спуска въ рѣки и общественныя водоемы и даже въ городскіе водостоки.

Для наглядности и убѣдительности приведу анализы химическаго состава сточной воды, послѣ ея біологической очистки, произведенныя въ различныхъ лабораторіяхъ и собранныя г. Аверкіевымъ въ нижеслѣдующей таблицѣ:

Сухой остатокъ отъ выпариванія при 110° С.	Азотная кислота N 20.	Амміакъ N Н.	Органич. вещества.	Азотист. кислота N 20.	Вывѣшенія вещества.	Сѣродородъ.	Число бактерій въ 1 куб. см. воды.
1. Анализъ лаборатор. Департамента Сены (Франція)							
460	31	32	280	4	0	0	4700
2. Отъ очистителей (Италія и Франція):							
а)							
416	42	40	250	стѣкл.	0	0	5390
б)							
305	18	38	170	н	0	0	—
в)							
518	250	25	171	22	0	0	—
3. Правительственный химикъ (Англія)							
4. Берлинъ							
560	25	33	292	—	0	0	0
710	39	44	189	0	0	0	1500
5. Анализъ Calmette'a (Франція)							
910	40	7,2	136	0	0	0	—
6. Анализъ д-ра Нанпре (Берлинъ)							
963	—	32	71	0	0	0	—
Губернскій Земской больницы въ Екатеринбургѣ:							
а)							
801	15	50	84	0	0	0	1750
б)							
390	12,1	53,1	56	0	0	0	Тифозная палочка не найдена.

Въ одномъ литрѣ воды содерж. миллиграммовъ:

*) Дунбаръ говоритъ про контактный біологическ. фильтръ.
*) Азотная кислота является конечнымъ продуктомъ разложенія сложныхъ органическихъ веществъ.

рѣе, составить смѣту на постройку и оборудованіе дѣтской городской больницы!» Но событія 1905 г. уничтожили почти всѣ предначертанія интеллигентнаго состава думы періода 1902—1905 г.г. Новый думскій составъ, а особенно новая городская управа всѣми правдами или неправдами постарались замять и забыть это постановленіе своихъ предшественниковъ. Въ концѣ концовъ получилось, что городъ Томскъ съ 100000 населенія до настоящаго времени не имѣетъ дѣтской больницы. Такой возмутительный фактъ для культурнаго центра Сибири, для столицы Сибири, какъ любятъ называть свой городъ томичи, является постыднымъ и позорнымъ фактомъ.

И дѣйствительно, для всего городско-го населенія, а также и для приѣзжихъ имѣется всего лишь десятокъ коекъ дѣтской факультетской клиники, которая функционируетъ всего лишь 7—8 мѣсяцевъ въ году. Нельзя забывать, что эти кровати служатъ исключительно для цѣлей клиниче-

скаго преподаванія, для чего, конечно, количество существующихъ коекъ слишкомъ мало, а о широкой стационарной помощи населенію не можетъ быть и рѣчи. Въ лѣтнее-же (4—5 мѣсяцевъ) время и эти койки не функционируютъ. Неудивительно, что при такихъ условіяхъ дѣтская смертность въ г. Томскѣ достигаетъ громаднѣйшихъ цифръ. Такъ, на примѣръ, за 1907 г. на общее число умершихъ (2987) приходится— умершихъ на первомъ году 1341, умершихъ въ возрастѣ отъ 1 г. до 5 л.—324, а всего въ дѣтскомъ (до 10 лѣтъ) возрастѣ умерло 1739. *) Родившихся за отчетный годъ было 3929.

Эти печальныя цифры наконецъ обратили на себя вниманіе—на-дняхъ въ Томскѣ учреждено и открыло свои дѣйствія Общество борьбы съ дѣтской смертностью. Пока, такъ сказать, еще только намѣчаютъ первые шагѣ дѣятельности этого симпатичнѣйшаго Общества—рѣшено открыть днев-

*) См. Санитарн. хроника г. Томска за Октябрь 1908 г.

8. Лабораторія Феррей- ма въ Москвѣ	1002	37	17	148	14	0	0	16300
9) Лабораторія гигие- нической и бактериоло- гическая (Швейцарія)	412	стак.	стак.	33	стак.	0	0	7560
2. Тоже (Швейцарія)	432	"	"	63	стак.	0	0	6700
10. Установка въ г. Харьковѣ дома Стра- ховаго О-ва Россія . . .	1350	150	50	36	30	0	0	—
11. Установка въ г. Екатеринославѣ въ з- дѣ Думѣ	630	62	10	22,7	16	0	0	—

Такимъ образомъ видно, что очищенная такимъ образомъ клоачная вода удовлетворяетъ тѣмъ условіямъ спуска въ общественные водоемы, которая нами приведены раньше. И хотя послѣдній Пироговскій съѣздъ (1907 г.) не вынесъ окончательнаго рѣшенія по вопросу о биологической очисткѣ, однако работы въ теченіе уже нѣсколькихъ лѣтъ опытныхъ станцій у насъ въ Россіи заставляютъ насъ признать за биологическимъ методомъ право на широкое распространеніе въ будущемъ.

Кромѣ просвѣтленія и очистки клоазетныхъ, банныхъ, прачечныхъ, хозяйственныхъ водъ, биологическій методъ примѣнимъ и для фабричныхъ сточныхъ водъ. Тѣ воды, которая по своему составу близко стоятъ къ городскимъ канализационнымъ водамъ и богаты содержаніемъ азотистыхъ органическихъ веществъ, вполне годны для фильтраціи искусственнымъ биологическимъ путемъ. Сюда можно отнести сточныя воды сахарныхъ, пивоваренныхъ, крахмальныхъ, кожевенныхъ, писчебумажныхъ, и пожалуй, шерсто-моенъ и суконныхъ фабрикъ.

Фабричныя воды съ преобладающимъ содержаніемъ минеральныхъ веществъ, каковы сточныя воды красильныхъ и отбѣльныхъ заведеній, а также всевозможныхъ химическихъ заводовъ подлежатъ предварительной обработкѣ, съ цѣлью обезвреживанія. Изъ множества способовъ очистки для красильныхъ фабрикъ самымъ подходящимъ является способъ отстаиванія и послѣдующаго осажденія путемъ воздѣйствія на воду химическимъ реактивомъ, напр.: при помощи того же общеизвѣстнаго известковаго молока или сѣрнокислаго глинозема, иногда и того и другого вмѣстѣ. Послѣ того, какъ въ отстойномъ колодезѣ осаждаются крупныя части растительныхъ красокъ, обрывки тканей и остатки тяжелыхъ веществъ, сточныя воды обрабатываются или известью въ пропорціи

ной приютъ «ясли» съ консультанціей при немъ, давать молоко на ночь дѣтямъ, приносимымъ въ приютъ, издать листовки съ изложеніемъ требованій дѣтской гигиены для раздачи въ амбулаторіяхъ, выписать плакаты для нагляднаго ознакомленія съ правилами кормленія дѣтей и ухода за ними, но объ устройствѣ дѣтской больницы не было и рѣчи, такъ какъ у Общества для этого нѣтъ средствъ. Одновременно съ этимъ Общество практическихъ врачей Томской губ. приступило къ разработкѣ плана изученія причинъ дѣтской смертности въ Томской губерніи. Все это такъ! Искренне желаемъ успѣха тому и другому Обществу, но въ то же время просимъ ихъ не забывать, что дѣтской больницы въ Томскѣ нѣтъ т. е. нѣтъ одного изъ самыхъ могучихъ средствъ борьбы съ народнымъ бѣдствіемъ.

Сърый Сибирякъ.

1 грамма на 1000 воды и $\frac{1}{2}$ грамма алюминія на литръ сточной жидкости, при чемъ для болѣе совершеннаго взаимодѣйствія химическіе реактивы тщательно размѣшиваются въ общемъ вмѣстелищѣ. Жидкость какъ въ томъ, такъ и другомъ бассейнѣ отстаивается до 12 часовъ. Такимъ образомъ загрязненная вода освобождается отъ взвѣшенныхъ частицъ, но въ растворѣ находится еще много органическихъ веществъ, почему такая просвѣтленная жидкость обнаруживаетъ способность загниванія. И здѣсь вполне примѣнимой и гарантирующей надлежащую очистку воды является описанная нами биологическая система очистки, которая можетъ перевести органическія вещества, способныя къ гніенію, въ простыя минеральныя соединенія и тѣмъ лишить первыя вредныя свойства. Необходимымъ условіемъ биологической очистки водъ красильныхъ фабрикъ слѣдуетъ лишь поставить предварительное отстаиваніе и химическое осажденіе въ особыхъ бассейнахъ.

Въ заключеніе нѣсколько словъ относительно финансовой стороны дѣла. Аверкіевъ утверждаетъ, что полное оборудованіе биологическихъ фильтровъ и расходъ по содержанію уже готовой системы будетъ выгоднѣе даже самой примитивной системы удаленія нечистотъ при помощи вывоза бочками и таратайками. Приблизительная стоимость на 50 человекъ можетъ колебаться въ предѣлахъ между 800—2000 р. Конечно, указанная цифра можетъ быть больше или меньше, въ зависимости отъ чисто мѣстныхъ условій—отъ цѣнъ за земляныя работы, строительные матеріалы и т. п. Но важно отмѣтить, что затраченный на это дѣло капиталъ можетъ скоро оправдать себя, такъ какъ дальнѣйшія затраты на эксплоатацию и ремонтъ будутъ самая минимальныя.

Работа составлена главнымъ образомъ на основаніи русскихъ источниковъ, изъ которыхъ считаю нужнымъ обратить вниманіе интересующихся затронутымъ въ статьѣ вопросамъ на слѣдующіе:

- 1) В. П. Кашкадамовъ. Основы и будущее биологической очистки стоковъ. 1904 г.—2) Н. Д. Аверкіевъ. Очистка сточныхъ клоачныхъ водъ биологическимъ методомъ и о примѣненіи этого метода въ Екатеринославѣ 1907 г.—3) Н. Д. Аверкіевъ. Современный биологическій способъ очистки сточныхъ водъ и опыты искусственныхъ культуръ аэробныхъ бактерий. 1908 г.—4) В. А. Дроздовъ. Пластинчатый окислитель Дибдина въ дѣлѣ биологической обработки сточной жидкости. 1907 г.—5) Е. Б. Контковскій. По вопросу о наилучшемъ обезвреживаніи грязныхъ водъ изъ больницъ.—6) Ф. А. Даниловъ. Объ очисткѣ сточныхъ водъ биологическимъ способомъ. 1907 г.—7) М. Биманъ. Современные способы обезвреживанія сточныхъ жидкостей. 1903 г.—8) Ф. А. Даниловъ. Биологическая очистка городскихъ, домовыхъ и фабричныхъ сточныхъ водъ. 1908 г.—9) Отчетъ комиссіи по производству опытовъ биологической очистки сточныхъ водъ на поляхъ орошенія г. Москвы 1907 г. (Изд. Моск. Гор. Управы)—10) Ф. Ф. Эрнманъ. Учебникъ по гигиенѣ, Москва. 1903 г.—11) Краткій отчетъ о занятіяхъ шестого и седьмого русскаго водопроводнаго съѣзда и т. д.

РЕФЕРАТЫ.

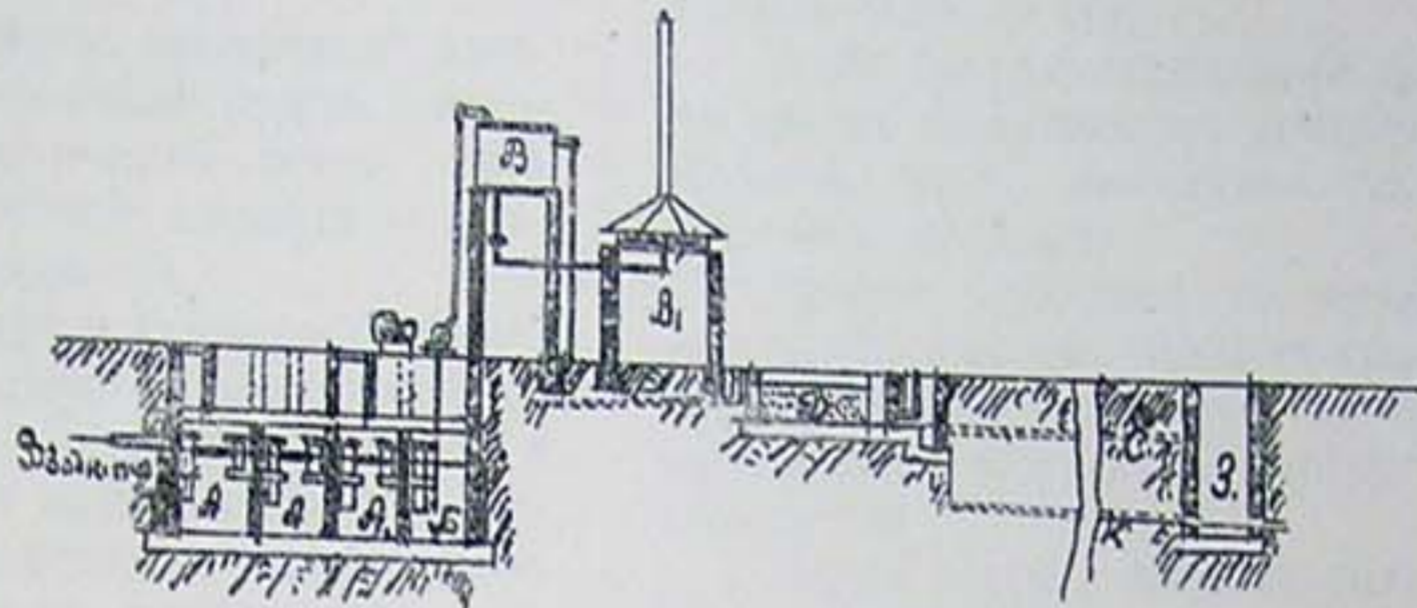
Заразныя болѣзни.

Проф. Dr. Fr. Kolly. *Вассермановская сверточная реакція при сифилисѣ и другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ.* Münch Med Wochenschr.—1909, № 2.

Авторъ испробовалъ въ Лейпцигской мед. клиникѣ Вассермановскую реакцію у 25 сифилитиковъ, 17 табетиковъ, 2 паралитиковъ, 1 съ наследствен-

Къ статья Доктора Боголюбова.

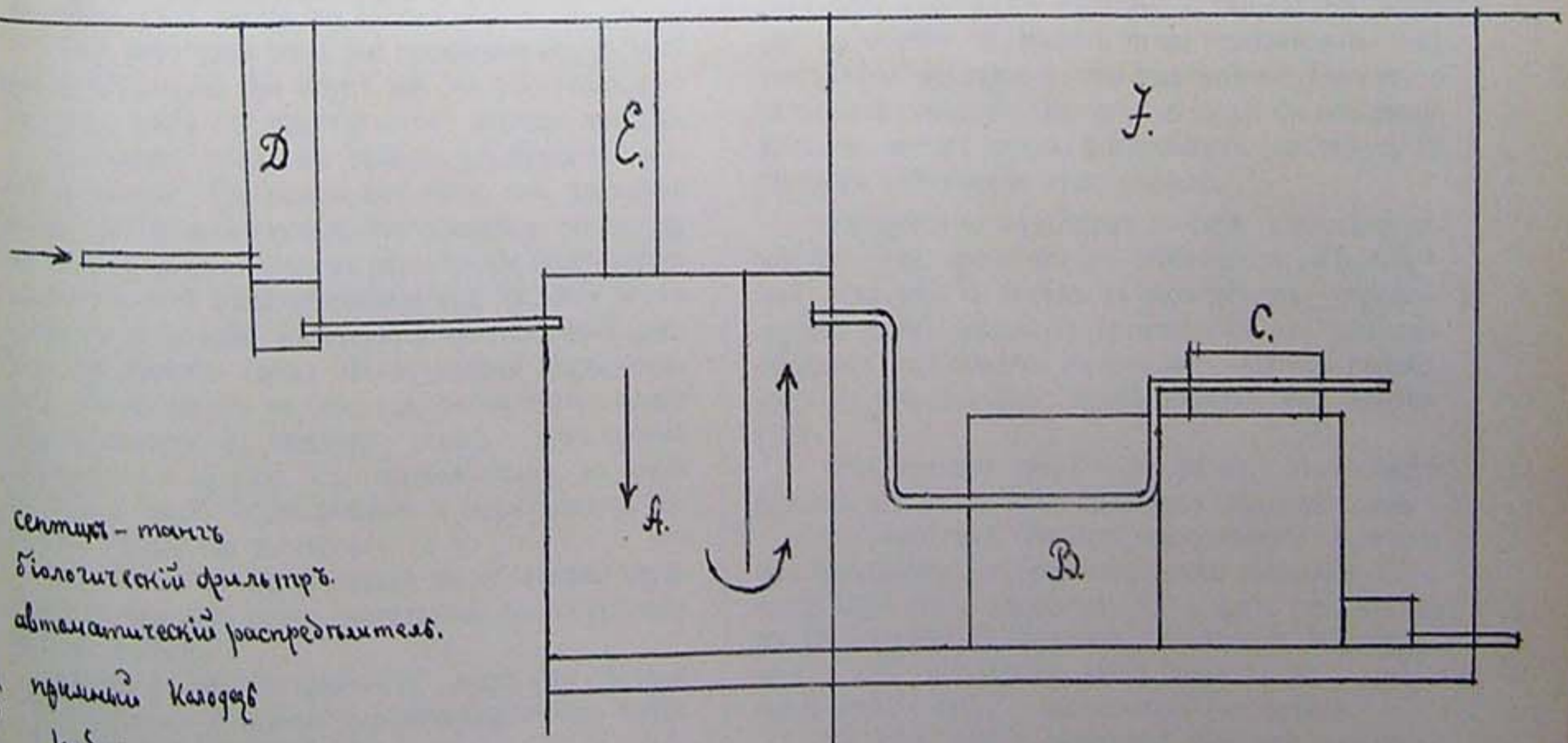
Рисун. I^и



- А сетка - танка
- В₁ коксовая башня
- Д контактный окислитель
- Б сборный зналостный резервуар нижний
- В. Сборный зналостный резервуар верхний

Проектъ отсадки сточныхъ водъ съ автоматическимъ распределителемъ „Иввина“

Рисун. II^и



- А. сетка - танка
- В. биологический фильтр.
- С. автоматический распределитель.
- Д. приемный колодезь
- Колодезь - люкъ
- Коммуникация для фильтра

нымъ сифилисомъ и у многочисленныхъ больныхъ, страдавшихъ тифомъ, пнеймоніей, ракомъ и т. д., но у которыхъ въ анамнезѣ не было сифиса, и пришелъ къ слѣд. выводамъ:

1) Нормальные (т. е. абсолютно не—сифилитическіе) больные, если они даже одержимы другими болѣзнями (тифомъ, бугорчаткой и т. д.), не даютъ специфической Вассерманновской реакціи.

2) При сифилисѣ, наслѣдственномъ lues, параличѣ и tabes получается положительная Вассерманновская реакція въ 95,5%.

3) При опытахъ слѣдуетъ предпочитать алко-гольный экстрактъ сифилитической печени спирто-вому экстракту несифилитической печени, такъ какъ первый даетъ болѣе высокой процентъ положи-тельныхъ реакцій, чѣмъ второй.

4) При брюшномъ тифѣ и туберкулезѣ изслѣ-дованія съ діагностической цѣлью на комплементы съ примѣненіемъ въ качествѣ антигена тифозныхъ и туберкулезныхъ бациллъ, не имѣютъ особеннаго значенія, такъ какъ съ одной стороны положительные результаты получаются только въ части всѣхъ слу-чаевъ, или результаты сомнительные, а съ другой стороны для діагностики этихъ болѣзней мы обладаемъ гораздо лучшими и болѣе простыми способами.

В. Е.

Dr. J. Grösz и H. Bän. *Объ употребленіи Рyo-zyanas'ы при дифтеріи.* Münch Med. Wochenschr. 1909 г. № 4.

Авторъ въ дѣтской больницѣ въ Офенѣ-Пещтѣ ввели новый способъ примѣненія піоціаназы при крупѣ. Способъ этотъ состоитъ въ непосредствен-номъ введеніи средства въ гортань.

Они употребляли піоціаназу въ самыхъ тяже-лыхъ случаяхъ—въ 20 изъ 56 поступившихъ къ нимъ за періодъ съ 1 января по 15 мая.

При дифтеритѣ зѣва они примѣняли его въ видѣ spray (распыленія); при крупѣ же они употребляли не ингаляцію, какъ это практикуется другими врачами, а слѣдующимъ образомъ: ребенка усаживаютъ какъ при интубаціи. Раскрывши ему ротъ, они пальцемъ лѣвой руки отыскивають надгортанникъ и по пальцу же вводятъ ротовой конецъ распылителя особо устро-еннаго для этой цѣли пульверизатора (конецъ этотъ изогнуть на подобіе катетера) а правой рукой разъ 5—6 нажимають слегка на каучуковый шаръ аппа-рата. Много заразъ не слѣдуетъ распыливать; лучше чаще понемногу. Въ каждомъ сеансѣ этотъ приѣмъ повторяется 2—3 раза съ промежутками, во время которыхъ дѣти откашливають и выплевываютъ из-лишнее количество раствора.

Чтобы не подвергать дѣтей риску, авторы впы-скивали имъ сыворотку немедленно по поступленіи ихъ въ больницу.

Имѣя въ виду возможность закупорки гортани отдѣляющимися ложными перепонками, нужно всегда быть готовымъ къ интубаціи.

Въ болѣе легкихъ случаяхъ дѣлають 2—3 се-анса шпрея въ день, въ тяжелыхъ 5—6.

Кромѣ того старшихъ дѣтей заставляютъ по-лоскать зѣвъ борной кислотой или слабымъ раство-ромъ марганцово-кислаго калия; у младшихъ дѣтей, неумѣющихъ полоскать, вытирають ватой.

У авторовъ было 4 случая дифтерита зѣва и 16 дифтерита зѣва и крупа гортани, у нѣкоторыхъ изъ нихъ былъ дифтеритъ носа, зѣва и гортани.

3 случая кончились летально (1 поступилъ атро-фическимъ ребенкомъ въ безнадежномъ состояніи, въ 1 случаѣ къ рецидиву крупа присоединилась пнеймонія, а третій поступилъ въ безнадежномъ со-стояніи и не былъ польованъ піоціаназой за исто-щеніемъ запаса ея).

Ложная перепонка при употребленіи піоціаназы исчезала на 2—3 день, наипозже на 5 день. Бы-строе отдѣленіе перепонкъ было значительно чаще, чѣмъ при леченіи одной сывороткой. Перепонки истончались съ периферіи и исчезали, а на ихъ мѣстѣ появлялась чистая, здоровая слизистая оболочка.

Температура быстро доходила до нормы, хотя не такъ быстро какъ утверждаютъ Zucker и Smme-gich. Благоприятное вліяніе піоціаназы на общее состо-яніе было поразительное. Между прочимъ быстро исчезалъ foetor ex ore.

Болѣе быстрое отхаркиваніе перепонками, чѣмъ при одномъ сывороточномъ леченіи, обуславливается, вѣроятно, какъ химическимъ, такъ механическимъ дѣйствіемъ піоціаназы.

Противъ примѣненія его можно было бы воз-ражать, что излишне вдыхаемое количество жидкости можетъ вызвать пнеймонію, но при осторожномъ употребленіи небольшихъ количествъ излишекъ от-харкивается.

Случаи крупа у авторовъ были въ большинствѣ такіе запущенные, что нельзя было не прибѣгать немедленно къ интубаціи, но за то экстубацію мож-но было производить уже на второй, рѣдко на чет-вертый день. Въ одномъ случаѣ авторамъ пришлось сдѣлать трахеотомию, тогда они піоціаназу примѣ-няли чрезъ канюлю и на 5 день они уже могли уда-лить ее.

В. Ельшиевичъ.

Arnold Netter. *Эпидемія церебро-спинальнаго ме-нингита въ Парижѣ. Дѣйствительность противоме-нинококковой сыворотки.*—Bull. de l'Acad. de Médec. 1909 № 10.

Отдѣльные случаи церебро-спинальнаго менин-гита регистрировались ежегодно и раньше. Но, начи-ная съ ноября истекшаго года, заболѣванія имъ участились настолько, что уже можно говорить о небольшой эпидеміи. Въ теченіе двухъ съ половиной мѣсяцевъ авторъ имѣлъ возможность наблюдать 12 случаевъ заболѣванія этою формою.

Указавши на нѣкоторые способы діагносцирова-нія цер.-спин. менингита (въ особенности, на пояснич-ный проколъ), а затѣмъ на возможность передачи заразы черезъ здоровыхъ носителей ея, что главнымъ образомъ наблюдается въ школахъ,—авторъ переходить къ результатамъ примѣнявшейся имъ сероте-рапіи

Относительно вліянія сыворотки, отмѣченнаго другими авторами, Netter приводимъ слѣдующія данныя. Въ госпиталѣ Ratibor, въ отдѣленіи Krömer'a при сывороточномъ леченіи смертность равнялась 25%; тогда какъ безъ сыворотки—53%. Levy (въ Эссенѣ) въ 1907 лечилъ 17 больныхъ сывороткою Wasserma-nn'a и Kolle и получилъ всего лишь 11,76% смерт-ности вмѣсто 60% у нелеченныхъ сывороткой.

Въ іюль 1908 г. сыворотка Flexner'a была при-мѣнена у 442 больныхъ въ различныхъ мѣстахъ Ирландіи, Соединенныхъ Штатовъ, Канады. Среди леченныхъ сывороткой смертность была всего 33% и даже 25%, если исключить отсюда тѣхъ больныхъ, которымъ она впыскивалась уже in extremis. Среди не подвергавшихся серотерапіи процентъ смертности достигъ 73. Таковы валовыя цифры изъ американ-ской статистики. Нѣкоторые частные примѣры въ смыслѣ демонстративности весьма поучительны. Такъ у Dunn'a въ Бостонѣ до леченія сывороткой, умирало въ среднемъ 70%, послѣ введенія сыворотки процентъ смертности палъ до 18. У Корлік'a до сыворотки (при леченіи горячими ваннами и поясничнымъ проколомъ) было 51,3% смертности, при сывороточномъ леченіи 18,18%.

Самъ Netter применялъ сыворотку въ 15 случаяхъ, изъ нихъ 4 еще не были закончены въ моментъ сообщенія. Изъ 11 законченныхъ случаевъ погибли три—одинъ въ первый же день, впрыскиванія сыворотка, два же другихъ при осложненіи другими заболѣваніями.

Надо замѣтить, что сыворотка вводилась въ позвоночный каналъ. Авторъ отмѣчаетъ нѣкоторыя частности при сывороточной терапіи.

Прежде всего заслуживаютъ интереса тѣ измѣненія, какія наблюдаются въ cerebro-спинальной жидкости. Жидкость эта становится все болѣе и болѣе свѣтлой, выпадающій въ такихъ случаяхъ осадокъ постепенно уменьшается и вскорѣ замѣняется лишь небольшими плавающими хлопьями. При микроскопическомъ изслѣдованіи отмѣчается уменьшеніе количества менингококковъ, постепенное ихъ перерожденіе; въ тоже время клѣточные элементы измѣняются въ томъ смыслѣ, что вмѣсто лимфоцитовъ появляются слегка измѣненные полинуклеары, макрофаги и микрофаги. При постѣвахъ такой жидкости въ концѣ концовъ не получается культуръ.

Чтобы добиться хорошихъ результатовъ, необходимо соблюдать точную технику впрыскиваній. Сыворотка должна впрыскиваться въ позвоночный каналъ и при томъ въ достаточно высокихъ дозахъ; необходимо впрыскиваніе повторять нѣсколько дней подъ рядъ. Доза для ребенка—отъ 20 до 30 куб. с., для взрослыхъ—отъ 35 до 45. До введенія сыворотки необходимо, насколько возможно, больше извлечь cerebro-спинальной жидкости.

И. Федоровъ.

Lange и Nitsche. *Новый способъ нахожденія туберкулезныхъ бациллъ*—Deutsch. med. Woch. 1909 г. № 10.

Авторъ предлагаетъ новый способъ для отысканія туберкулезныхъ бациллъ въ мокротѣ, благодаря которому имъ много разъ удавалось обнаружить присутствіе бациллъ тамъ, гдѣ при обыкновенномъ способѣ ихъ нельзя было найти, и мокрота считалась свободной отъ Koch-овскихъ палочекъ. Съ другой стороны, въ мокротахъ, въ которыхъ при обыкновенномъ способѣ изслѣдованія можно было отыскать единичныя палочки и то только въ нѣкоторыхъ поляхъ зрѣнія, при ихъ способѣ они получали нѣсколько сотенъ бациллъ. Этотъ способъ состоитъ въ слѣдующемъ:

1. Къ 5 к. с. мокроты прибавить 50 к. с. $\frac{1}{1}$ нормального ѣдкаго калия (5,6⁰/₁₀₀-го раствора КОН.) Оставить при комнатной температурѣ или въ термостатѣ до полного гомогенизированія, при чемъ рекомендуется часто взбалтывать. При комнатной температурѣ на это требуется около трехъ часовъ, при 37° соответственно меньше. Ёдкій калий при этомъ растворяетъ фибринъ и слизь, и мокрота дѣлается равномерно жидкой.

2. Прибавить 50 к. с. простой воды и хорошенько взболтать.

3. Прибавить 2 к. с. лигроина, сильно взбалтывать, пока получится эмульсія.

4. Оставить стоять, пока изъ этой эмульсіи лигроинъ подымется вверхъ, на что потребуются нѣсколько часовъ. Это можно значительно ускорить, нагревая эмульсію на водяной банѣ до 60—65° (сосудъ не закрывать!). Туберкулезныя бациллы собираются тотчасъ подъ слоемъ лигроина.

5. Взять пипеткой слой, лежащій тотчасъ подъ лигроиномъ, перенести на предварительно подогрѣтое предметное стекло.

6. Фиксировать и красить, какъ при обыкновенномъ способѣ.

Преимущество этого способа заключается еще въ томъ, что на получаемыхъ препаратахъ, кромѣ

туберкулезныхъ бациллъ, не получается почти никакихъ другихъ бактерий, такъ какъ онѣ все остаются внизу.

Подобнымъ же образомъ можно почти количественно опредѣлить дифтерійныя и псевдодифтерійныя бациллы изъ раствора съ хлористымъ натромъ, но по поводу этого авторы дѣлаютъ только наблюденія.

А. Фрайфельдъ

Изъ русской литературы.

Къ международной статистикѣ туберкулеза и рака. Въ послѣдней книжкѣ „Журнала Русскаго Общества охраненія народнаго здравія“ за истекшій годъ окончена печатаніемъ обширная статья на эту тему, принадлежащая д-рамъ С. А. Новосельскому и В. Н. Мамонову.

Предпославши нѣкоторыя указанія, препятствующія полному отождествленію статистическаго матеріала, получающагося въ различныхъ странахъ, авторы тѣмъ не менѣе полагаютъ, что выводы изъ этого матеріала доступны для общаго сравненія, и затѣмъ переходятъ къ самому разбору обширныхъ цифровыхъ данныхъ, касающихся смертности отъ туберкулеза и рака въ европейскихъ и частью во внѣевропейскихъ странахъ.

По вопросу о *туберкулезѣ* авторы приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ. Навысшая смертность отъ туберкулеза наблюдается на юго-востокѣ Европы—въ Австріи, Венгрии, Румыніи, Болгаріи и Сербіи. Къ центру, сѣверу, югу и юго-западу отъ означеннаго района смертность отъ туберкулеза понижается, достигая минимума къ югу въ Италіи и къ сѣверу въ Даніи, Голландіи, Бельгіи и Англии. Далѣе къ сѣверу, въ Швеціи и Норвегіи она вновь повышается. Изъ внѣевропейскихъ странъ, повидимому, минимальная на всемъ земномъ шарѣ смертность отъ легочной бугорчатки наблюдается въ Австральскихъ колоніяхъ вообще и, въ частности, въ Новой Зеландіи и Тасманіи. Въ Россіи, насколько можно судить по даннымъ тѣхъ городовъ, гдѣ установлена правильная регистрація причинъ смерти, смертность отъ туберкулеза хотя и высока, но не чрезмерна. Добавимъ къ этому, что авторы смертность считаютъ весьма высокою, разъ она достигаетъ выше 300 на 100000 жителей, высокою при 250—300 на 100000 жителей, умеренно высокою при 200—250, умеренною при 150—200 и низкою при цифрахъ ниже 150 на 100000 жителей.

Изученіе кривой смертности отъ туберкулеза за извѣстный промежутокъ времени въ различныхъ странахъ показываетъ, что смертность эта въ преобладающемъ большинствѣ государствъ (Англія, Шотландія, Германія, Бельгія, Голландія, Данія, Австрія, Швейцарія, Норвегія, Швеція и Италія) въ болѣе или менѣе рѣзкой степени понижалась и продолжаетъ понижаться. Для отдѣльныхъ странъ это пониженіе сказалось въ слѣдующемъ видѣ.

Въ Англии средняя цифра смертности отъ туберкулеза въ періодъ 1866—1870 г. г. равнялась 245 на 100000. Къ 1906 г. она пала до 115.

Въ Шотландіи тѣ же цифры были: 211 въ 1881—1885 г.г. и 145 въ 1901—1905 г.г. Въ Ирландіи наоборотъ, за послѣдніе пять лѣтъ получило нѣкоторое повышеніе, съ 208 до 215.

Увеличеніе это невелико, замѣчаютъ авторы, но, въ виду повсемѣстнаго почти пониженія смертности отъ бугорчатки, заслуживаетъ вниманія. Считаемо нужнымъ тутъ же напомнить, что вообще смертность отъ бугорчатки въ Ирландіи значительно выше, чѣмъ въ Англии. Само собой напрашивается объясненіе этого явленія; это то, что Ирландія—страна съ громадной эмиграціей, и такъ какъ эмигрируютъ, конечно, наиболѣе крѣпкіе и выносливые элементы, то въ странѣ остаются элементы въ значительной мѣрѣ слабые съ пониженной сопротивляемостью къ туберкулезной инфекціи.

Особенное быстрое понижениe смертности отъ туберкулеза замѣчается въ Германіи, а именно: съ 232 на 100000 жителей въ 1902—1896 г.г. она понизилась до 182 въ 1902—1905 г.г.

Въ Австріи за двадцатилѣтній періодъ (1881—1885 г.г. до 1901—1904 г.г.) пониженіе выразилось съ 335 съ 390.

Въ Сербіи мы встрѣчаемся снова съ повышеніемъ смертности отъ туберкулеза: дѣлая довольно большія колебанія по отдѣльнымъ годамъ, она тѣмъ не менѣе въ среднемъ за послѣдніе десять лѣтъ возросла съ 244 до 288.

Въ Голландіи за двадцатилѣтній періодъ произошло значительное пониженіе съ 200 до 133. То же самое въ Бельгіи: съ 181 до 118.

Въ Швеціи, Норвегіи и Франціи смертность отъ туберкулеза остается почти безъ измѣненія съ небольшою склонностью къ пониженію. Слабо понижается она также и въ Швейцаріи (за 10 лѣтъ съ 209 лишь до 189).

Въ Италиі, гдѣ она въ общемъ и безъ того низка, пониженіе ея выразилось за 15 лѣтъ въ 122 вмѣсто 136.

Причины пониженія смертности отъ туберкулеза, по мнѣнію авторовъ, зависятъ какъ отъ повышенія процента выздоравливающихъ, такъ и, главнымъ образомъ, отъ ограниченія распространенія бугорчатки, зависящаго въ свою очередь отъ улучшенія жизненной обстановки трудящихся классовъ, спеціальныхъ антитуберкулезныхъ мѣропріятій и, вѣроятно, отъ еще неизвѣстныхъ причинъ, лежащихъ въ самомъ свойствѣ туберкулезной инфекціи.

Относительно Россіи нѣтъ исчерпывающихъ статистическихъ данныхъ, но въ тѣхъ городахъ, гдѣ имѣются свѣдѣнія за болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ времени, смертность отъ туберкулеза понизилась. Это можно сказать по отношенію къ Петербургу, Москвѣ, Варшавѣ. Она осталась безъ измѣненія въ Одессѣ. Въ Москвѣ по пятилѣтіямъ съ 1878 г. пониженіе ея шло въ слѣдующемъ порядкѣ: 436—395—409—351—298—260 (послѣдняя цифра для пятилѣтія съ 1903 по 1907 г.).

Въ Петербургѣ, начиная съ 1881 г., такое распределеніе по пятилѣтіямъ представляется въ слѣдующемъ видѣ: 548—474—398—330—312 (послѣдняя цифра для 1901—1905 гг.).

Изъ другихъ большихъ европейскихъ городовъ можно указать на Лондонъ, гдѣ смертность отъ туберкулеза съ 286 въ среднѣ семидесятыхъ го-

довъ упала въ настоящее время до 145, Парижъ—съ 455 до 382, Вѣну—съ 770 до 329, Берлинъ—съ 397 до 220.

Переходя затѣмъ къ выводамъ относительно смертности отъ рака, авторы замѣчаютъ прежде всего замѣтное возрастаніе ея во всѣхъ европейскихъ странахъ. Это возрастаніе не прекращается и въ настоящее время. Наивысшая смертность отъ рака наблюдается въ центрѣ Европы—въ Швейцаріи, южной Германіи и прилегающихъ частяхъ Австріи, и на сѣверѣ—въ Швеціи, Норвегіи и Даніи. Наименьшая смертность отъ рака наблюдается на юго-востокѣ Европы—въ Италиі, Греціи и особенно въ Сербіи и Болгаріи. Весьма высокой смертностью для рака авторы считаютъ 110 на сто тысячъ жителей, просто высокой 90—110 на то же количество жителей, умѣренно-высокой 70—90, умѣренной 50—70 и низкой меньше 50.

Только что отмѣченное возрастаніе смертности отъ рака для нѣкоторыхъ отдѣльныхъ странъ выразилось такимъ образомъ. Въ Англии съ 40 на 100000 жителей въ семидесятыхъ годахъ она достигла 92 къ половинѣ девятидесятыхъ годовъ. Въ Шотландіи съ 54 до 84. Въ Германіи съ 64 до 78 въ послѣднее десятилѣтіе. Въ Австріи за двадцатилѣтній періодъ съ 14 до 30. Въ Голландіи съ 60 до 97. Въ Норвегіи съ 56 до 76. Во Франціи съ 86 до 95 за пятнадцатилѣтній періодъ. Очень низка вообще смертность отъ рака въ Болгаріи и Сербіи, но и тамъ она прогрессивно увеличивается.

Что касается смертности отъ рака въ Россіи, то по сравненію ея съ вышеприведенными нормами ее необходимо признать умѣренно высокой. (Такъ же, какъ и для туберкулеза, рѣчь идетъ лишь о нѣкоторыхъ большихъ городахъ). Наивысшая смертность отъ рака изъ русскихъ городовъ падаетъ на Петербургъ и Одессу.

По мнѣнію авторовъ, возрастаніе смертности отъ рака, наблюдаемое во всѣхъ странахъ, можно объяснять съ точки зрѣнія паразитарной теоріи этого заболѣванія. Конечно, послѣднее положеніе не является выводомъ изъ ихъ статистическаго матеріала и должно разсматриваться лишь, какъ гипотеза, имѣющая, по нашему мнѣнію, подъ собою еще слишкомъ мало положительныхъ научныхъ данныхъ.

Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.

Общество естествоиспытателей и врачей при Императорскомъ Томскомъ университетѣ.

Засѣданіе Общества, 4 марта, происходило подъ предсѣдательствомъ проф. В. М. Мыша.

Залъ засѣданія былъ переполненъ собравшейся въ большомъ количествѣ публикой.

Проф. Г. М. Иосифовъ прочиталъ докладъ „Къ вопросу о размноженіи и половомъ влеченіи“, содержаніе котораго уже приведено было на страницахъ „Сиб. Вр. Газеты“ (№№ 7 8).

Д-ръ *Софотеровъ* сообщилъ „*О вліяніи Рентгеновскихъ лучей на половую сферу*“. Впервые А. Шенбергъ подмѣтилъ, что работа съ этими лучами можетъ вызывать безплодіе (1893 г.) Наблюденіе это совпало съ тѣмъ періодомъ, когда вниманіе изслѣдователей было занято вопросомъ о вредномъ вліяніи лучей на организмъ (эритема, выпаденіе волосъ, гангрена, конъюнктивиты, рядъ трагическихъ смертей и пр.). Рядомъ экспериментальныхъ работъ на животныхъ было потомъ доказано вредное дѣйствіе x—лучей на половые органы и ихъ дѣятельность. Здѣсь постоянно обнаруживается законъ начальнаго возбужденія и послѣдующаго угнетенія; въ конечномъ исходѣ получается перерожденіе железистыхъ клѣтокъ и атрофія органовъ. Клиническія наблюденія согласуются съ данными экспериментальныхъ работъ; при дѣйствіи x—лучей получали аменоррею и уменьшеніе матки; ежедневныя работы съ лучами ведутъ къ безплодію, почему и предложены различныя предохранители (передники и пр.) при работахъ. Рентгенотерапія можетъ въ будущемъ конкурировать съ хирургическими способами въ гинекологіи и акушерствѣ (прекращеніе беременности при узкомъ тазѣ, злокачеств. опухоляхъ, при остомалиціи и т. под.). Пользованіе Рентгеновскими лучами должно быть регулировано закономъ и практикой въ виду возможнаго вреда ихъ для объекта и исковъ за безплодіе.

Въ преніяхъ по поводу докладовъ принимали участіе проф. *Новомберскій*, д-ръ *Мессароузъ* и нѣкоторые лица изъ публики. Ч.

Томское акушерско—гинекологическое Общество.

Въ засѣданіи Общества, 10 марта, подъ предсѣдательствомъ проф. *И. Н. Грамматикати*, сдѣлано было нѣсколько сообщеній.

Д-ръ *Л. Ф. Маціевскій* „*Два случая родовъ тройнями*“. Отмѣтивъ сравнительную рѣдкость родовъ тройнями (по одной статистикѣ для Россіи 1:4500, для Франціи 1:800), докладчикъ перешелъ къ описанію своихъ случаевъ, которые наблюдались въ одинъ и тотъ же день, въ концѣ января въ томской акушерской клиникѣ.

Докладчикъ изложилъ подробныя свѣдѣнія относительно плодныхъ оболочекъ, продолжительности теченія родовъ и другія особенности своихъ случаевъ. Обѣ роженицы были многородящія; у одной уже и прежде были двойни. Авторъ сообщилъ кромѣ того нѣкоторыя общія свѣдѣнія изъ литературы относительно беременности и родовъ тройнями. Такъ, что касается этиологіи тройней, то ихъ рассматриваютъ, какъ одинъ изъ видовъ многоплодной беременности, указываютъ на значеніе мѣстности, плодовитыхъ годовъ, на значеніе наследственности; нѣкоторые смотрятъ на нихъ, какъ на явленіе атавизма, подобно многогрудію у женщинъ. Оба случая нужно рассматривать, какъ результатъ оплодотворенія двухъ яицъ одного и того же овуляціоннаго періода, при чемъ одно яйцо имѣло два зародышевыхъ пузырька, поэтому изъ него и произошли однойцевыя двойни,

а другое имѣло одинъ зародышевый и, поэтому, изъ него произошелъ одинъ плодъ; эти тройни, слѣдовательно, нужно рассматривать, какъ комбинацію родовъ двойнями съ обыкновенными нормальными родами. По нѣкоторымъ статистическимъ даннымъ при родахъ тройнями остается въ живыхъ лишь $\frac{1}{3}$ часть. Диагнозъ съ увѣренностію не можетъ быть поставленъ; изъ 70 случаевъ *Мирабо*, діагностика правильно была поставлена лишь два раза, такъ какъ обычно при изслѣдованіи прежде всего является мысль о двойняхъ. Точную діагностику могла бы дать рентгенографія.

Профес. *И. Н. Грамматикати* заявилъ, что объяснять роды тройней, какъ возвращеніе къ первобытному состоянію рискованно; естественнѣе рассматривать ихъ, какъ случайность, какъ особенность строенія яйца—оплодотвореніе одного яйца съ нѣсколькими зародышевыми пузырьками, или какъ результатъ усиленія питательныхъ процессовъ въ области яичниковъ, при чемъ одновременно развиваются и созрѣваютъ нѣсколько яйцевыхъ мѣшковъ. Точной статистикѣ многоплодной беременности для Сибири не существуетъ. Для томскаго раіона тройни являются сравнительно рѣдкою,—за послѣдніе два десятилѣтія они наблюдались здѣсь только 3—4 раза, какъ въ клинической, такъ и частной практикѣ.

Ст. *Зотовъ* сдѣлалъ сообщеніе: „*Къ патологіи беременности*“, основаніемъ для котораго послужилъ случай, наблюдавшійся также въ томской акушерско-гинекологической клиникѣ осенью минувшаго года. Анамнестическія данныя (прекращеніе менструацій, постепенный ростъ опухоли, исходившей изъ полости малаго таза) и нѣкоторыя объективныя измѣненія (со стороны сосковъ, размѣровъ матки, наличность опухоли и др.) устанавливали наличность беременности, а съ другой стороны бурныя картины болевыхъ припадковъ (приступами) напоминали вѣматочную беременность.

Явленія со стороны общаго состоянія больной побуждали съ другой стороны къ оперативному вмѣшательству. Чревосѣченіе обнаружило опухоль матки изъ типа фиброміомъ. Произведена экстирпація опухоли съ благопріятнымъ исходомъ. Микроскопически установлена беременность въ міоматозной маткѣ съ послѣдующимъ адгезивнымъ перитонитомъ, обусловленнымъ наступившей дегенерацией (центральное распределеніе опухоли) фиброміомы. Припадки, появившіеся въ результатъ этого измѣненія въ опухоли и на ея серозномъ покровѣ обусловили картину, схожую съ вѣматочной беременностью.

По поводу приведеннаго сообщенія д-ръ *В. Г. Валдовскій* замѣтилъ, что заглавіе сообщенія не соотвѣтствуетъ его сущности, такъ какъ дѣло идетъ объ опухоли матки, а беременность (въ данномъ случаѣ нормальная)—явленіе побочное, вся клиническая картина обуславливалась опухолью.

Профес. *И. Н. Грамматикати*, напротивъ, согласился въ этомъ отношеніи съ доклад-

иную, указавъ на то, что въ данномъ случаѣ беременность протекала аномально, а сверхъ сего уже наличность фибромы заставляла отнести данный случай въ отдѣлъ патологической беременности.

Д-ръ А. Н. Луиновъ въ своемъ сообщеніи «Изъ казуистикъ сложныхъ опухолей матки и ея придатковъ» изложилъ наблюдавшій въ тибской клиникѣ случай, гдѣ удалена была множественная фиброма матки, комбинируемая съ меркантильной, чистой раково-перерожденной кистой и рюозагрупою. Сообщение сопровождается демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ. Ч.

Врачебная хроника.

Примѣръ достойный подраженія. Въ № 60 «Сиб. Жизни» помѣщено слѣдующее письмо въ редакцію

Милостивый Госудавь,
Г.г. Редакторы!

По поводу помѣщенной въ № 56 «Сибирской Жизни» благодарности отъ бывшей пациентки персоналу больницы Кр. Креста въ Томскѣ мы, нижеподписавшіеся врачи больницы, просимъ Васъ не отказать довести настоящимъ до всеобщаго свѣдѣнія, что подобное заявленіе признаемъ неумѣстнымъ. Проф. Мышгъ, д-ръ Прейсманъ, д-ръ Софотеровъ.

Приводимъ это письмо, какъ примѣръ достойный подраженія для любителей получать благодарности отъ своихъ пациентовъ черезъ отдѣлъ объявленій въ газетахъ.

Съ особеннымъ поэтому удовольствіемъ перепечатаемъ изъ той же газеты (№ 61) слѣдующую резолюцію уважаемаго томскаго О-ва практическихъ врачей.

Въ печати нерѣдки случаи выраженія благодарности пациентовъ врачамъ въ видѣ писемъ въ редакцію или, еще проще, на мѣстѣ газетныхъ объявленій. По желанію одного изъ получившихъ такую благодарность, д-ра Гинзберга, съ которымъ оказались солидарными члены о-ва проф. Мышгъ и д-ра Прейсманъ и Софотеровъ (также получившіе въ последнее время благодарность въ видѣ газетнаго объявленія). Общество практическихъ врачей въ засѣданіи 16 марта обсуждало этотъ фактъ. И всѣ бывшіе на засѣданіи члены О-ва единогласно и единодушно постановили поручить совѣту довести до свѣдѣнія публики, что печатаніе благодарностей тому или другому врачу дѣлаетъ ему большую неурядицу и ставитъ его въ тяжелое положеніе. Основаніе для такого мнѣнія врачей слѣдующія.

Въ числѣ правилъ врачебной этики можно считать общепринятымъ правило не прибѣгать къ рекламированію своей дѣятельности.

Допускаются только краткія, лаконическія извѣщенія о приемныхъ часахъ и специальности.—Рекламирование считается несовѣстимымъ ни съ личнымъ достоинствомъ врача, ни съ общимъ пониманіемъ высокихъ задачъ помощи болѣющимъ. Къ служенію болѣющимъ принципиально непозволительно примѣшивать торговые приемы зазыванія. Они претятъ.

Поэтому все, что можетъ дать публикѣ поводъ къ заподозриванію того или другого врача въ рекламѣ, безъ отклика со стороны врачей остаться не можетъ.—Печатаніе же благодарностей относится къ фактамъ, могущимъ дать основаніе заподозрить лицо, которое благодарятъ, въ попустительствѣ, въ потворствѣ или даже сдѣлкѣ съ печатающимъ благодарностью.

Печатаніе благодарностей неумѣстно еще и въ томъ отношеніи, что благодарить публично за добросовѣстное исполненіе тѣмъ или другимъ лицомъ своего служебнаго или профессиональнаго долга вообще странно. Неужели добросовѣстные работники у насъ такъ рѣдки?

По крайней мѣрѣ, исторія русской медицины и русскіе врачи (въ своей массѣ) едва ли дали основаніе къ такому предположенію.

Предсѣдатель Общ. Ал. Макушинъ.
Секретарь, Г. Сибирцевъ.

Въ Томскомъ университетѣ. Въ предстоящемъ строительномъ сезонѣ университета между прочимъ предстоитъ соорудить при бактериологическомъ институтѣ имени Чуриныхъ каменное зданіе для лабораторныхъ животныхъ. Стоимость постройки зданія съ устройствомъ водопровода, канализации, электрическаго освѣщенія, а также съ выдачей вознагражденія за техническій надзоръ исчислена университетомъ и утверждена строительнымъ отдѣленіемъ въ 13.250 руб.

—Въ теченіе 1908 года университетомъ удостоены степени доктора медицины 2 лица, уѣзднаго врача 6 лицъ, зубного врача 19 лицъ (въ томъ числѣ 14 женщинъ), степени провизора 3 лица и званія аптекарскаго помощника 31 лицо (въ томъ числѣ 7 женщинъ). Всего удостоено различными степенями и званіями 61 лицо.

Главнымъ врачомъ Кр. Креста въ Читѣ избранъ д-ръ Свиридовъ вмѣсто отказавшагося отъ этой должности д-ра Давыдова.

ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКІЙ СЪѢЗДЪ ФЕЛЬДШЕРОВЪ, ФЕЛЬШЕРИЦЪ И АКУШЕРОКЪ.

Насъ просятъ сообщить слѣдующее:

Мин. Вн. Дѣлъ разрѣшено Правленію Союза обществъ помощниковъ врачей созвать въ Кіевѣ, съ 10 по 17 іюня текущаго года, Второй Всероссийскій Съездъ фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушерокъ по программѣ, представленной Правленіемъ Союза, за исключеніемъ 1-го отдѣла ея. Такимъ образомъ вопросы о поста-

новкъ медицинской помощи въ различныхъ учрежденияхъ и частіи въ ней помощниковъ врачей изъ программы вычеркнуты. Довода объ этомъ доклады именлицъ, желающихъ представить Създу доклады именно по этимъ вопросамъ, Правленіе Союза обращаетъ ихъ вниманіе на разрѣшенный отдѣлъ программы «условія труда и быта помощниковъ врачей въ различныхъ учрежденіяхъ».

Правленіе Союза проситъ всѣхъ лицъ, желающихъ представить доклады, прислать таковыя въ Правленіе Союза (Москва, Арбатъ, д. Стромилова, кв. 25) не позже 10 мая, а о темахъ докладовъ сообщить теперь-же. Запись въ члены Създа принимается въ Правленіи Союза, членскій взносъ 3 рубля.

За всякими свѣдѣніями хозяйственнаго характера (помѣщенія для създа, устройство выставокъ, осмотровъ, квартиръ для пріѣзжающихъ и т. п. слѣдуетъ обращаться въ Совѣтъ Кіевского Общества помощниковъ врачей (г. Кіевъ, Александровская больница).

Всѣ дальнѣйшія свѣдѣнія, касающіяся Създа, будутъ своевременно печататься въ «Фельдшерскомъ Вѣстникѣ», — органѣ Союза обществъ.

Программа създа

I. Уловія труда и быта помощниковъ врачей въ различныхъ учрежденіяхъ.

1. Служба въ земскихъ и городскихъ учрежденіяхъ, служба сельскихъ ф-ровъ, на переселенческихъ пунктахъ, среди инородцевъ и т. п.

Правила и обязанности вспомогательнаго персонала по мѣстнымъ инструкціямъ. Нормировка рабочего времени въ больницахъ и на самостоятельныхъ пунктахъ. Дежурства. Свободный день въ недѣлю. Ежегодный отпускъ. Отпуски во время болѣзни. Губернскіе, уѣздные и порайонные създы фельдшерско-акушерскаго персонала; предметы занятій такихъ създовъ. Представительство вспомогательнаго персонала въ санитарныхъ совѣтахъ; значеніе такого представительства. Больничные совѣты и роль въ нихъ фельдшерско-акушерскаго персонала. Взаимныя отношенія между врачами и фельдшерами и между послѣдними и служительскимъ персоналомъ. Система служебныхъ разъѣздовъ. Оплата труда помощниковъ врачей; жалованье, квартиры, періодическія прибавки. Обеспеченіе на случай инвалидности; страхование, эмеритура. Желательныя улучшенія въ правовомъ и экономическомъ положеніи фельдшерско-акушерскаго персонала.

2. Служба въ промышленныхъ заведеніяхъ.

3. Служба на желѣзныхъ дорогахъ и на судахъ.

4. Служба въ учебныхъ заведеніяхъ.

5. Служба съ тюремномъ ведомствѣ.

Программа обследованія примѣнительно п. 1, съ обращеніемъ вниманія на особенности, свойственныя службѣ въ томъ или другомъ учрежденіи.

6. Служба въ армии и флотѣ. Классные фельдшера; кандидаты на классную должность; школьные ф-ра; фельдшера гражданскихъ школъ, отбывающіе воинскую повинность. Правовое и экономическое положеніе ф-ровъ. Жалованье, столовое, вещевое и квартирное довольствіе. Пенсіи. Характеръ работы: госпитальная, аптечная, канцелярская. Нормировка рабочего времени. Желательныя улучшенія въ правовомъ и экономическомъ положеніи ф-ровъ военного ведомства.

7) *Вольнопрактикующіе врачи, фельдшера и акушерки.* Причины развитія частной практики у врачей и фельдшеровъ. Характеръ работы въ частной практикѣ. Взаимныя отношенія между практикующими врачами и фельдшерами и между собою среди послѣднихъ. Взаимныя отношенія между медиками и пациентами. Уловія работы вольнопрактикующихъ фельдшеровъ. Значеніе ограничительныхъ законовъ въ дѣя-

тельности вольнопрактикующихъ ф-ровъ. Частная практика акушерокъ. Размѣры гонорара въ частной практикѣ.

II. Система образованія помощниковъ врачей.

Существующія фельдшерскія и акушерскія школы: правительственныя, земскія, общественныя, военныя и частныя. Вступительный образовательный цензъ; срокъ обученія; программа школъ. Постановка учебно-воспитательной части въ школахъ. Недостатки существующихъ школъ. Желательныя реформы въ дѣлѣ подготовки фельдшерско-акушерскаго персонала. Полученіе званій фельдшера, фельдшерицы и акушерки внѣшкольнымъ путемъ (экстерны).

III. Изъ профессиональной практики и наблюдений помощниковъ врачей.

Сообщенія по народной медицинѣ. Наблюденія изъ практики противозидемической дѣятельности и оспопрививанія. Мѣры борьбы съ эпидеміями. Значеніе карантинныхъ и дезинфекціи въ деревнѣ. Разныя сообщенія изъ практики.

IV. Организационные вопросы.

Цѣли и задачи профессиональныхъ организаций. Организациі центральныя и мѣстныя. Губернскія и уѣздныя общества. Филиальныя отдѣленія мѣстныхъ обществъ.

Взаимопомощь; ея задачи и средства осуществленія. Различныя виды взаимопомощи. Кассы для безработныхъ, инвалидовъ, похоронная и проч.

Пенсіонная касса.

Страхование.

Уловія създа.

1) Членами създа могутъ быть фельдшера, фельдшерицы и акушерки.

2) Желающіе быть членами създа должны внести 3 рубля членскаго взноса, въ чемъ имъ выдается установленный билетъ.

Примѣчанія: 1. Каждый членъ създа получаетъ бесплатно «Труды», если таковыя будутъ изданы.

II. Участниками създа могутъ быть врачи, ветеринары, фармацевты и зубные врачи. Лицамъ этимъ предоставляется право внесенія докладовъ, участіе въ преніяхъ и получать изданія създа.

3) Засѣданія създа публичны.

4) Смотря по количеству представленныхъ на създѣ докладовъ, они могутъ быть распределены по секціямъ.

5) Предсѣдатель Правленія Союза открываетъ первое засѣданіе създа и предлагаетъ избрать изъ участниковъ създа президіумъ изъ 8 лицъ и представляющаго на первое засѣданіе.

6) Послѣдующія засѣданія открываются предводителемъ президіума.

7) Предсѣдательствующій избирается създомъ на каждое засѣданіе отдѣльно.

8) Желающіе сдать доклады на създѣ должны представить ихъ въ Правленіе Союза не позже 10-го мая с. г.

Примѣчанія: I. Если прочтеніе доклада занимаетъ болѣе $\frac{1}{2}$ часа времени, то продолженіе чтенія допускается съ согласія създа.

II. Оппоненты, желающіе, чтобъ ихъ возраженія были занесены въ протоколъ засѣданія и помѣщены въ «Трудахъ» създа, должны въ томъ же засѣданіи представить ихъ въ президіумъ письменно.

9) Въ послѣднее засѣданіе създа предсѣдательствующій предлагаетъ назначить мѣсто и время будущаго създа и объявляетъ създѣ закрытымъ.