

32425

С И Б И Р С К А Я

В Р А Ч Е В Ы Й Г А З Е Т А

„Сибирская Врачебная Газета“ выходит по вторникам исключительно в размеръ 1—2 печатных листа съ обложкою.

Подписка: на годъ 7 р., съ апрѣля до конца 1908 г.—5 р. Допускается разсрочка: при подпискѣ 3 р. и къ 1-му сентября 2 р.

Плата за объявленія по соглашенію.

ВЫХОДИТЬ ЕЖЕНЕДЕЛЬНО

ВЪ

ИРКУТСКЪ.

Редакція открыта ежедневно съ 11 до 1 часу дня.

Статьи и всякую корреспонденцію просить направлять по слѣдующему адресу редакціи:

Иркутскъ, Мясорядская, 28. Телефонъ редакціи № 817.

Содержаніе: Иркутскъ, 4 января 1909 г.—Е. Неболюбовъ. Случай Фридриховской атаксии—Л. Викеръ. Къ вопросу о леченіи варикозныхъ язвъ голени.—Фельетонъ. Н. М. Соловьевъ. Къ вопросу о сельской врачебной помощи въ Сибири.—Рефераты. Акушерство и женскія болѣзни. Внутреннія болѣзни.—Изъ русской литературы.—Изъ жизни Сибирскихъ ученыхъ Обществъ. Засѣданіе Томскаго О-ва Естествоиспытателей и врачей 12 дек. 1908 г.—Письмо въ редакцію—Врачебная хроника.—Объявленія на обложкѣ.

Иркутскъ, 4 января 1909 г.

Когда, девять мѣсяцевъ тому назадъ, мы приступали къ изданію нашей газеты, мы отлично понимали, что беремъ за трудное и отвѣтственное дѣло.

Въ сознаніи этой отвѣтственности мы тогда же просили всѣхъ сибирскихъ товарищей поддержать насъ, помочь намъ, кто и какъ можетъ, такъ какъ не надѣялись своими собственными силами выполнить весь намѣчавшійся нами планъ изданія.

Мы не можемъ пожаловаться, чтобы нашъ призывъ остался совершенно безъ отклика: многіе товарищи изъ разныхъ мѣстъ Сибири отозвались тотчасъ же и оказали намъ поддержку въ той или иной формѣ. Тѣмъ не менѣе въ общемъ итогъ поддержка эта оказалась весьма слабой.

Слабой она оказалась, какъ въ смыслѣ количества подписчиковъ, такъ и въ смыслѣ количества постоянныхъ сотрудниковъ. Первое обстоятельство не позволило намъ придать газетѣ тотъ объемъ, который былъ для насъ желателенъ; второе послужило, быть можетъ, отчасти причиною того, что мы не смогли выполнить всѣхъ взятыхъ нами на себя

обязательствъ.

Мы считали и считаемъ до сихъ поръ, что наша газета не можетъ и не должна носить узко-спеціального характера. Ея *raison d'être* заключается по преимуществу въ тѣхъ отдѣлахъ, которые затрагиваютъ *общественно-врачебные и бытовые вопросы*. Мы не скрываемъ отъ себя и можемъ это сказать открыто, что эти отдѣлы за истекшее время стояли у насъ всего менѣе на должной высотѣ.

Конечно, прежде всего и въ значительной степени вина въ этомъ падаетъ на насъ—быть можетъ, мы не достаточно учли наши силы и взяли за дѣло, которое выполнить мы не можемъ—тѣмъ не менѣе намъ не хотѣлось бы всю вину цѣликомъ брать на себя и, думается, мы въ правѣ слыть кое-какіе упреки и товарищамъ, въ особенности тѣмъ изъ нихъ, которые ставятъ намъ на видъ эти недостатки нашей газеты.

Всякому понятно, что общественно-медицинскій органъ, ставящій своей задачей разработку и освѣщеніе всѣхъ вопросовъ врачебнаго дѣла на такой колоссальной территоріи, какъ Сибирь, можетъ выполнить эту задачу при томъ толь-

ко условіи, что къ нему, какъ къ центру, будетъ постоянно притекать весь тотъ матеріалъ, который можетъ быть полученъ на мѣстахъ и соответственнымъ образомъ обработанъ. Живая связь газеты съ разбросанными по разнымъ уголкамъ врачебными силами является въ этомъ отношеніи *conditio sine qua non*. Мы не можемъ похвалиться, чтобы таковая связь у насъ имѣлась, и думаемъ, что это не по нашей винѣ.

Цѣлый рядъ вопросовъ, касающихся врачебнаго дѣла въ Сибири, вопросовъ весьма важныхъ, или совершенно не былъ затронутъ или былъ затронутъ лишь слегка въ нашей газетѣ—мы это отлично знаемъ. Но вѣдь нельзя же, сидя въ Иркутскѣ, писать, скажемъ, о Красноярскѣ, разъ оттуда не получается никакихъ свѣдѣній, никакого матеріала. Нельзя обсуждать компетентно вопросы сельской медицины, всю жизнь проработавъ въ городѣ, разъ сельскіе врачи ни звукомъ не напоминаютъ о своемъ существованіи.

Читатели нашей газеты, по всей вѣроятности, уже примѣтили, что почти весь отдѣлъ врачебной хроники составлялся нами на основаніи тѣхъ свѣдѣній, которыя намъ удавалось добыть изъ общей

сибирской прессы. Но ведь для всякого ясно, что такой источник для врачебной газеты слишком недостаточен. Къ сожалѣнію, всѣ инныя попытки оживить нашу хронику пока оказались тщетными.

Мы не хотѣли бы, чтобы на основаніи только что сказаннаго былъ сдѣланъ выводъ, что мы считаемъ сибирскихъ товарищей сугубо инертными, неспособными даже поддержать единственный въ Сибири медицинскій органъ. Здѣсь, какъ и вездѣ, необходимо считаться съ тѣми общими условіями, тѣмъ фономъ жизни, которымъ характеризуется переживаемое нами время. Мы выступили съ нашей газетой въ то время, когда общественная волна рѣзко ушла на убыль. И только въра въ новый ея подъемъ, который мы считаемъ неизбежнымъ, сознание необходимости именно въ наше время культурно-созидательной работы, которую, смѣемъ думать, выполняетъ отчасти и наша газета, поддерживаютъ насъ въ нашемъ нелегкомъ дѣлѣ и заставляютъ, не взирая на уже встрѣченныя терни, продолжать начатый путь.

Начиная этимъ номеромъ новый годъ нашей жизни, мы имѣемъ нѣкоторыя основанія думать, что предыдущее наше девятимѣсячное существованіе не прошло совершенно безслѣдно. У насъ есть уже объективныя указанія, что вышеуказанные дефекты изданія, именно въ той части, которая всего менѣе зависитъ отъ насъ лично, современемъ должны сгладиться.

Редація

Изъ дѣтской клиники Томскаго Университета.

Случай Фридрейховской атаксіи.

Ординатора Е. Неболюбова.

Въ 1861 году на конгрессѣ въ Spire Фридрейхъ представилъ серію наблюдений больныхъ, которые, по бѣглому взгляду, подходили подъ группу табе-

тиковъ, но съ такими симптомами, которые никакъ не могутъ быть вмѣщены въ симптомокомплексъ обыкновеннаго tabes'a. Тѣмъ болѣе еще, что здѣсь была подмѣчена Фридрейхомъ нѣкоторая особенность этиологіи болѣзни, это—дѣтскій возрастъ и наследственность.

Въ 1882 году Brousse въ своей диссертации первый заявилъ о самостоятельности этого нервнаго страданія и первый же назвалъ его болѣзью Фридрейха.

Вслѣдъ за этимъ цѣлый рядъ авторовъ (Pitt'a, Bütimeug и др.) подвергли вопросъ о характерѣ болѣзни Фридрейха болѣе детальному изученію и также установили ея самостоятельность. Но еще до сихъ поръ нѣкоторые авторы, какъ напр. Leube, считаютъ эту болѣзнь видоизмѣненной формой обыкновеннаго tabes'a.

Имѣя въ виду очень небольшое число опубликованныхъ случаевъ атаксіи Friedreich'a въ русской литературѣ, я нахожу уместнымъ описать 2-й случай этой болѣзни, наблюдавшийся въ дѣтской клиникѣ Томскаго Университета. *)

Дѣвочка Р. S. 12 лѣтъ, дочь извозчика, родилась въ Кам.-Подольской губ., поступила въ клинику 21 марта 1907 года.

Отецъ больной въ теченіи многихъ лѣтъ страдалъ алкоголизмомъ, только послѣдніе два года бросилъ пить совершенно. Мать лѣтъ 13 страдаетъ періодическими головными болями (мигрень). Сифилисъ и туберкулезъ у родителей не обнаружены. Дѣтей въ семействѣ было 6 человекъ, изъ нихъ одинъ умеръ 3-хъ дней жизни отъ неизвѣстной причины и другой 3-хъ лѣтъ—отъ продолжавшейся болѣе мѣсяца желтухи. Выкидышей не было. Остальныя дѣти живы. Старшая дочь 22 лѣтъ, въ настоящее время за мужемъ, чувствуетъ себя здоровой. Вторая дочь, 21 года, въ теченіи послѣднихъ 13 лѣтъ больна неуравновѣшенной шаткой походкой, дрожаніемъ рукъ и головокруженіемъ, при полномъ сохраненіи умственныхъ способностей. Жалобъ на головныя боли съ ея стороны не предъявляется. Сынъ (3-й по счету), 19 лѣтъ, чувствуетъ себя здоровымъ. Третья дочь, наша больная, была рождена матерью совершенно здоровой и чистой. Роды были не изъ тяжелыхъ. Асфиксіи не было. Кормленіе—грудью матери до 2-хъ лѣтъ. Ходить начала дѣвочка на 2 году. Времени прорѣзыванія зубовъ мать не помнитъ. Изъ перенесенныхъ болѣзней въ раннемъ дѣтствѣ указывается только на лѣтніе поносы. Два года назадъ больная перенесла брюшную тифъ, послѣ котораго, приблизительно черезъ мѣсяць, обнаружилась неуверенная, съ каждымъ днемъ нарастающая, шаткая походка.

*) 1-й случай описанъ проф. Тимашевымъ. См. Журналъ Дѣтск. Мед. 1901г. № 1.

Съ годъ назадъ у больной былъ какой-то эпилептиформный припадокъ. Мѣсяца за три до поступленія въ клинику у нея появилось непрекращающееся до сихъ поръ головокруженіе. Больная, по словамъ матери, очень злая и раздражительная.

При бѣгломъ осмотрѣ больной прежде всего бросается въ глаза ея тупое, безучастное выраженіе лица и неподвижный взглядъ. Сидѣть прямо, безъ поддержки, она не можетъ и старается, изъ за боязни упасть, быстро схватиться за устойчивый предметъ или же постоянно балансировать руками. На первыхъ порахъ больную приходилось кормить изъ чужихъ рукъ, такъ какъ она отказывалась держать въ своихъ рукахъ ложку. Точно такъ же и походка больной представляла много особенностей. Каждый шагъ ея совершался только подъ непосредственнымъ контролемъ глазъ,—все вниманіе ея въ это время всецѣло повлощалось только совершаемымъ актомъ хожденія. Не смотря однако на такое строгое наблюденіе за собой пройти прямо, не качаясь изъ стороны въ сторону, для больной представлялось дѣломъ совершенно невыполнимымъ. Ходила она, по мѣткому выраженію матери, какъ пьяная. И дѣйствительно, ея походка представляла сходство съ походкой пьянаго. Нижняя конечность поднимается неправильнымъ движеніемъ и повидимому съ трудомъ, такъ что носокъ почти волочится по поверхности пола; размѣръ шага ограниченъ и подотпа падаетъ довольно тяжело и всей своей частью. Чтобы избѣжать паденія, больная ищетъ точку опоры, ходитъ съ нѣсколькими раздвинутыми ногами, склонивъ голову, внимательно смотря впередъ себя. Всякій разъ во время прогулокъ больная жаловалась на головокруженіе. При фиксированіи головы въ одномъ положеніи, голова начинаетъ трястись. Головныхъ болей за все время пребыванія больной въ клиникѣ не было.

Симптомъ Romberg'a выраженъ былъ не ясно, потому, можетъ быть, что больная не могла стоять на одномъ мѣстѣ долго со сдвинутыми ногами, даже при открытыхъ глазахъ. Съ другой стороны отмѣчено, что при закрытыхъ глазахъ больная прекрасно опредѣляетъ положеніе конечностей, напр. изображаетъ ногой въ воздухѣ крестъ и касается пяткой одной ноги до опредѣленной точки другой конечности. Мышечная сила больной развитая очень хорошо. Электро-возбудимость во всѣхъ ея видахъ также сохранена: фарадическая получается при разстояніи катушекъ въ 6 снт., гальваническая болѣе сильная при 6 т. на катодъ, на анодъ при 5 т. Симптомъ Westphal'a на лицо. Чувствительность (болевая, тактильная и температурная) неизмѣнена. Зрачковая реакція на свѣтъ вполне сохранена. Глазное дно безъ измѣненій. Косоглазія нѣтъ. При опредѣленіи рефракціи

была отмечена наличие астигматизма (въ горизонт. направленіи—гиперметропія, въ вертикальномъ—эмметропія), небольшой нистагмъ. Симптомъ Argill-Robertson'a отсутствуетъ.

На видъ больная представляется довольно упитанной; деформаций въ ея сложеніи не замѣтно, кромѣ нѣкоторой особенности въ формѣ лѣвой стопы. Стопа эта нѣсколько обезображена тѣмъ, что длинникъ ея укороченъ, подъемъ, сравнительно съ правой стопой, выше, вслѣдствіе чего она кажется болѣе выпуклой съ дорзальной поверхности, гдѣ os. tarsi образуетъ значительный выступъ.

Внутренніе органы отклоненій отъ нормы не представляютъ. Фунції мочевого пузыря и прямой кишки не измѣнены. Умственные способности проверить не удалось, главнымъ образомъ благодаря неумѣнью больной правильно говорить по русски (по происхожденію она эстонка). Изъ разспросовъ матери можно всетаки заключить, что дѣвочка умомъ нисколько не отстала отъ своихъ сверстницъ. Рѣчь ея монотонная и протяжная. За три недѣли пребыванія въ клиникѣ неоднократно высказывались жалобы на головокруженіе. Самочувствіе ея въ общемъ какъ будто улучшилось, ѣсть научилась самостоятельно, прибавила въ вѣсѣ на 1½ кгр. Головокруженіе ко дню выхода изъ клиники совершенно исчезло, ходить по комнаты начала безъ поддержки другихъ. Температура все время была нормальная.

Весь перечисленный симптомокомплексъ позволяетъ намъ безошибочно діагностировать данный случай, какъ болѣзнь Фридрейха. Можно было смѣшивать его по сходству нѣкоторыхъ

симптомовъ съ *tabes dorsalis*, *sclerosis multiplex*, *chorea* и мозжечковой атаксией Marie, но съ другой стороны здѣсь выступаютъ на видъ такіе признаки болѣзни, которые считаются со времени Фридрейха свойственными исключительно только наследственной атаксией. Отсутствие разстройствъ чувствительности, молниеносныхъ болей, разстройства функцій мочеполовыхъ органовъ, нормальное состояніе зрачковъ и характеръ походки даютъ возможность здѣсь исключить *tabes dorsalis*.

Что касается сходства нашего случая со множественнымъ склерозомъ—то оно можетъ быть только поверхностное, потому что то, что считается обязательнымъ для множественнаго склероза (повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, интенціонное дрожжаніе и пр.), совершенно отсутствуютъ здѣсь и, наоборотъ, деформация стопы есть исключительная принадлежность болѣзни Фридрейха.

Не подходитъ также сюда и мозжечковая атаксія Marie. Эта болѣзнь наблюдается въ болѣе позднемъ возрастѣ, послѣ 20 лѣтъ, тогда какъ болѣзнь Фридрейха есть болѣзнь дѣтскаго возраста и случаи поздняго ея начала описаны въ литературѣ только какъ исключеніе. (Paris 1897 диссертация Bonnus.)

Затѣмъ для атаксией Marie является характернымъ сохраненіе сухожильныхъ рефлексовъ и части разстройства зрѣнія, чего въ нашемъ случаѣ нѣтъ.

Такимъ образомъ всѣ данныя говорятъ за то, что разобранный нами случай болѣзни можетъ быть трактуемъ только, какъ атаксія Friedreich'a.

ЛИТЕРАТУРА.

Grancher et Comby. Traite de maladies de l'enfant. t. IV. p. 450. Maladie de Friedreich. D-r. Moussous.

Къ вопросу о леченіи варикозныхъ язвъ голени.

Л. ВИКЕРА.

Варикозныя язвы голени могутъ быть излечены только хирургическимъ путемъ. Это положеніе находитъ полное подтвержденіе и примѣненіе главообразомъ среди слоевъ населенія, зарабатывающихъ свой хлѣбъ физическимъ трудомъ. Конечно, не всегда и не сразу больные соглашаются съ неоспоримостью этого положенія; но время заставляетъ ихъ согласиться. Та или другая мазь, даже сопровождаемая бинтованіемъ конечности, при грязи и тяжелыхъ условіяхъ крестьянской работы, главнымъ образомъ, среди переселенцевъ, не давали почти никакихъ результатовъ. При больничномъ леченіи терапевтическими, такъ сказать, способами всякое улучшеніе язвы или даже затягиваніе ея эпидермисомъ гило, какъ только пациентъ возвращался къ обычному образу жизни.

За послѣднее десятилѣтіе способы оперативнаго вмѣшательства при язвахъ подвергались измѣненіямъ; самый патогенезъ этого страданія сталъ совершенно яснымъ; и самая эта ясность и простота патогенеза варикозной язвы дѣлаютъ очевиднымъ, что при застойной язве, какъ при грыжѣ, радикальное излеченіе внѣ операціоннаго не достижимо.

Въ 1904 году въ мартовскомъ № «Хирургія» помѣщена статья д-ра Бла-

Къ вопросу о сельской врачебной помощи въ Сибири.

Сибирская сельская врачебная организация зародилась въ 1896 году. И лишь въ Тобольской губерніи, да пожалуй, отчасти, въ Томской—она использовала въ первые года все (въ отношеніи построекъ сельскихъ лечебницъ), что возможно было въ предѣлахъ ассигнованныхъ кредитовъ. Мы не будемъ углубляться въ исторію возникновенія и хода врачебной сибирской организации, а лишь постараемся освѣтить тѣ положенія ея, которыя она занимаетъ въ данное время, чему она больше служить и особенно обратимъ вниманіе на тѣ врачебныя постановки дѣла, при которыхъ врачи—пioneры при всемъ желаніи и рвеніи меньше всего тратятъ времени на то, чему должна

служить врачебная организация.

Кому неизвѣстны случаи хроническаго пустованія мѣстъ сельскихъ участковыхъ врачей?—Врачи бѣгутъ, а новыхъ кандидатовъ занять свободныя вакансіи находится слишкомъ мало.

Начнемъ съ того, что радиусы обслуживания сельскими врачами очень громадны, при чемъ очень многія резиденціи врачей расположены эксцентрично въ той округѣ, которую онѣ должны обслуживать; наконецъ отсутствіе въ большинствѣ районовъ сносныхъ дорогъ, а временами (разливъ рѣчекъ, болотистыя топи, снѣжные заносы и проч.) и полная невозможность попасть въ нѣкоторыя села и деревушки—ставятъ сельское населеніе и врача въ отчаянное положеніе.

При каждомъ врачебномъ участкѣ находятся 2—3 фельдшера и 1 акушерка. Установлено, что развѣздная система подачи врачебной

помощи отнимаетъ у сибирскаго сельскаго врача очень много времени и труда,—а польза отъ этого сводится почти къ нулю, и при громадныхъ радиусахъ обслуживания, скверныхъ дорогахъ можетъ получиться въ нѣкоторыхъ случаяхъ только ущербъ общей постановки дѣла.

Большинство сельскихъ лечебницъ помѣщается въ наемныхъ зданіяхъ, очень мало приспособленныхъ и рѣдко ремонтируемыхъ. Лишь Тобольская губернія обзавелась въ большинствѣ случаевъ своими специально построенными сельскими лечебницами, рассчитанными каждая въ среднемъ на 10 человекъ больныхъ. Намъ извѣстно нѣсколько сельскихъ лечебницъ въ Енисейской губерніи. Вотъ, напр., картинка зданія лечебницы въ с. Рыбномъ; домъ старый, 2-хъ этажный, совершенно не приспособленъ для больничной работы; въ нижнемъ этажѣ помѣ-

говѣщенскаго о новомъ способѣ леченія хроническихъ застойныхъ язвъ круговой резекціей венъ in loco abscissionis. Восхищенный этимъ способомъ, принадлежащимъ д-ру Wenzel'ю, г. Благовѣщенскій приводитъ нѣсколько исторій болѣзней съ весьма удачными исходами.

Раньше до появленія Wenzel'евского способа лечили язвы и расширенія венъ резекціей куска *v. saphen. magn.* на протяженіи. Но сравнительная частота неудачъ и ближайшее знакомство съ анатоміей и физиологіей этого страданія заставили искать другіе пути.

Въ 1903 г. въ 30 № «Русскаго Врача» д-ръ Тенчинскій далъ обширную статью о способѣ леченія язвъ по способу Троянова-Тренделенбурга.

Когда большая подкожная вена заболѣваетъ эндо или мезофлебитомъ, клапаны этой вены перестаютъ смыкаться. Тогда кровь въ большой подкожной венѣ, раньше разбиваемая клапанами на отдѣльные участки, сливается въ одинъ столбъ, соединяющійся съ массами крови въ венахъ наружной и общей повздошной. Легко себѣ теперь представить, съ какой тяжестью вся эта масса крови при стоячемъ положеніи человѣка давитъ на начальныя части самой *v. saphen. magnae* и на всю венозную сѣть голени. Можно почти съ увѣренностью сказать, что венозная кровь голени стоитъ безъ всякаго движенія, а сами вены, уступая тяжести гнетущей сверху массы, расгнѣваются и расширяются, змѣввидно извиваясь. Степень сопротивляемости кожи голени ничтожна. Всякое нарушеніе цѣлости покрововъ голени при такихъ условіяхъ превращается въ язву съ хроническимъ теченіемъ. Язва вѣчно гранулируетъ и мокнетъ, временами закрывается пиг-

ментированнымъ эпидермисомъ, чтобы снова открыться. Этотъ венозный застой, устроенный природой не совсѣмъ по Bier'у, даетъ много тяжелыхъ минутъ больнымъ.

Описанная анатомо-физиологическая картина подсказываетъ, что одинъ исходъ избавиться отъ страданія—это вызвать запусканіе венъ голени. Это единственная цѣль—такъ какъ о какомъ либо стремленіи къ возстановленію дѣятельности венъ и ихъ клапановъ не можетъ быть и рѣчи.

Когда резецировалась часть *v. saphen. magn.* на протяженіи, часто бывали рецидивы. Нашлось объясненіе этому. Головныя вѣтки большой подкожной вены выше мѣста резекціи продолжали соединять массу крови въ остаточной центральной части большой подкожной вены съ венами конечности. Получалась та же картина. Масса крови въ общей и наружной подвздошной черезъ бедренную и остаточную часть большой подкожной продолжала давить черезъ анастомозы на вены голени.

Одновременно, какъ утверждать д-ръ Тенчинскій, Трояновъ и Тренделенбургъ пришли къ мысли избѣжать рецидивовъ резекціей *v. saphen. magn.* у самого ея впаденія въ *ven. cruralis* и такимъ образомъ не бояться никакихъ боковыхъ вѣтокъ. Д-ръ Тенчинскій занялся топографіей этой области. Но, говорить онъ, ни разу я не нашелъ одинаковаго «взаимо отношенія венъ, железъ и артерій на обоихъ бедрахъ одного и того же трупа». Такимъ образомъ каждое оперированіе по этому способу должно отнять не мало времени и труда.

Д-г. Herr предложилъ къ резекціи большой подкожной вены на протяженіи, какъ это дѣлалось до способа

Троянова, присоединить 1—2 поперечныхъ разрѣза длиной отъ 6 до 10 сантим.

Д-ръ Wenzel не дѣлаетъ резекціи венъ ни на протяженіи, ни у мѣста впаденія въ бедренную вену: онъ предлагаетъ круговымъ сѣченіемъ кожи, фасціи, какъ при первомъ моментѣ ампутаціи по круговому способу, пересѣчь всѣ вены данной конечности. Этотъ то способъ простой и, видимо, вѣрный и описываетъ д-ръ Благовѣщенскій въ мартовской книгѣ «Хирургіи». Способъ этотъ нашелъ подражателей. Д-ра Зарцинъ и Гусевъ сообщали въ печати свои впечатлѣнія объ этомъ способѣ.

Мнѣ лично съ 1904 г. по настоящее время довелось оперировать по способу Wenzel'я 7 разъ. Изъ этихъ семи разъ—4 у мужчинъ и 3 у женщинъ. Во всѣхъ случаяхъ возрастъ больныхъ былъ старше 35 лѣтъ; вены были сильно извиты и расширены, а язвы продолжительнаго существованія. Во всѣхъ случаяхъ язвы помѣщались на передней части голени; окружность язвы плотна, сильно болѣзненна, кожа покраснѣвшая или темно-бурая. Всѣ семь случаевъ я оперировалъ по Венцелю—на границѣ верхней и средней трети голени. Въ трехъ случаяхъ я прибѣгъ къ общему наркозу, въ остальныхъ къ мѣстной анестезіи по Шлейху. Съ вечера накануне операциі больные кромѣ общей ванны подвергались еще особой мойкѣ. На больную конечность накладывались на ночь послѣ мытья щетками и спиртомъ (кромѣ мѣста язвы) два формалиновыхъ компресса: одинъ на область язвы и онъ не снимался до конца операциі, а другой компрессъ на операционное поле, снимавшійся къ моменту операциі. При поднятомъ положеніи конечности дву-

шается отдѣльная пріемная врача и аптека,—комнаты малы, низки и темны; въ верхнемъ этажѣ 2 небольшихъ палаты и операционная,—полы здѣсь ходуномъ ходятъ, со щелями, штукатурка и побѣлка съ печами давно уже требуютъ ремонта. Въ селѣ Ирбейскомъ Енисейской губ. больница на 8—10 кроватей и обслуживающая 4 «сибирскихъ» волости—также въ наемномъ помѣщеніи и также убога и неприспособлена, какъ и въ селѣ Рыбномъ. Перевозинская сельская лечебница Енисейской губ. мало чѣмъ отличается въ лучшую сторону отъ первыхъ двухъ. Собственныя зданія лечебницъ Томской губ. (а такихъ разъ два, да и обчелся) настолько неважно построены, что въ зимнее холодное время мерзнутъ вода и лекарства въ нихъ, а въ некоторыхъ черезъ щели свободно разгуливаютъ сквозняки. Одна изъ старѣйшихъ сельскихъ

лечебницъ и сравнительно болѣе приспособленная въ селѣ Просковскомъ страдаетъ также этими недостатками; а эта лечебница расположена въ большомъ притрактовомъ селѣ и недалеко отъ гор. Томска; сельская лечебница въ арендованномъ помѣщеніи въ г. Ново-Николаевскѣ Томской губ. можетъ указывать лишь на то, какъ не должно ставить сельское медицинское дѣло; а здѣсь вѣдь крупный торговый центръ, куда прѣзжаетъ масса крестьянъ, между прочимъ и за медицинской помощью; къ тому же городъ своей «жалкой» больницей ни въ какомъ случаѣ не можетъ обслуживать нужды своего 50-тысячнаго населенія, не говоря уже объ окрестныхъ крестьянахъ.

Наличность только 8—10 коекъ въ участковой больницѣ на громадномъ районѣ и не на одинъ десятокъ тысячъ населенія заставляеть завѣдующаго врача

класть въ больницу только «счастливецъ», а въ случаѣ появленія какой-либо эпидеміи приходится надѣяться на судьбу и выносливость сибирскаго крестьянина:—врачъ въ такихъ случаяхъ совершенно безпомощенъ.

Въ отношеніи оборудованія сельскихъ лечебницъ инвентаремъ, хирургическимъ инструментаріемъ, перевязочнымъ матеріаломъ и медикаментами—дѣло обстоитъ также крайне недостаточно за небольшими исключеніями. Сплошь и рядомъ бываетъ такъ, что съ половины года нѣтъ самыхъ употребительныхъ медикаментовъ и перевязочнаго матеріала, а годовой кредитъ на это уже весь исчерпанъ,—и вотъ вырабатывается «приспособляемость» медицинскаго персонала къ такимъ дефектамъ: одни медикаменты замѣняются другими, хоть немного похожими по дѣйствию первыхъ; перевязки дѣлаются уже нѣсколько

мя марлевыми кусками бинтовъ перетягивалась конечность под колѣномъ и выше язвы и ампутаціоннымъ ножомъ дѣлался разрѣзъ круговой черезъ кожу съ подкожной клетчаткой до фасцій; кровотеченія почти никакого. На видимые отрѣзки вены накладывались торсионные пинцеты, потомъ они вытягивались, резецировались и перевязывались. Для проверки перевязки всѣхъ венъ передъ зашиваніемъ раны снимались марлевые жгуты. Шовъ на кожу большею частью обвивной. Накладывалась повязка на оперативную рану, снимался формалиновый компрессъ съ области язвы, нога укладывалась въ шину. Больной оставался въ постели двѣнадцать дней. За это время оперативная рана большей частью успѣвала заживать, но язва голени подвигалась къ улучшенію далеко не быстро. Чтобы не возвращаться больше къ теченію самой оперативной раны скажу, что абсолютно первое натяженіе получило въ 3 случаяхъ, въ одномъ края раны значительно разошлись и заживленіе произошло путемъ нагноенія, въ остальныхъ произошло частичное расхождение раны, не задерживавшее заживленіе.

Наиболѣе интереснымъ представляется, конечно, какъ послѣ этой операции повели себя язва и вены. О венахъ долженъ сказать, что въ области голени онѣ значительно ступивались; подвергались уменьшенію въ размѣрахъ и вены выше линіи операціи, что, я полагаю, находится въ зависимости отъ прекращенія подвоза крови съ низовъ конечности. Окружность язвы припухла; болѣзненность возростала; мокнуть язва начинала сильнѣе, грануляціи становились крупнѣе, но цвѣтъ ихъ не подходилъ къ

цвѣту тѣхъ грануляцій, которыя принято называть здоровыми. Язва все время пребыванія больного въ постели не перевязывалась, не присыпалась рѣшительно ничѣмъ, а прикрывались въ нѣсколько разъ сложенной марлевой салфеткой. Ни во одномъ изъ семи случаевъ не наступало заживленія язвы къ 12-му дню. Къ этому сроку можно было установить только уменьшеніе размѣровъ язвы и надвиганіе молодого эпителия съ боковъ. Эпителий этотъ характернаго синевато сѣраго цвѣта. Послѣ 12-го дня больной спускался съ постели, ходилъ на перевязки въ перевязочную, и во избѣжаніе загрязненія язва перевязывалась—перевязка индифферентная. Только въ 3 случаяхъ черезъ 3 недѣли послѣ поступленія больные выписались съ зажившими язвами. Въ остальныхъ ушли съ язвами уменьшенными, но съ перевязочнымъ матеріаломъ для продолженія перевязки дома.

На протяженіи времени прослѣжены 4 случая. Въ одномъ случаѣ больной явился черезъ 4 мѣсяца, въ остальныхъ приблизительно черезъ годъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ объемъ голени уменьшился, язва закрылась эпидермисомъ темно-бураго цвѣта. Мѣсто бывшей язвы и ея окрестность при постукиваніи болѣзненны.

Результатами леченія больные оставались довольны: въ конечности при ходьбѣ и стояніи чувствовалась легкость, язва зажила; но ударъ случайный по мѣсту бывшей язвы всегда былъ очень болѣзненный.

разъ стиранными бинтами и т. д.—Однимъ словомъ начинается ущербъ дѣлу, ущербъ леченію больныхъ.

Ко всему этому присоединяются безчисленныя судебно-медицинскія вскрытія труповъ, экспертизы и обязанности присутствія сельскихъ врачей при наборахъ новобранцевъ-солдатъ; всѣ эти обязанности отнимаютъ очень значительное количество времени у сельскихъ врачей: известно, что трупы скоропостижно умершихъ, убитыхъ и пр. по сибирскимъ селамъ и деревнямъ лежатъ недѣли и мѣсяцы въ ожиданіи очереди; а участковому врачу, чтобы произвести судебно-медицинское вскрытіе трупа,—приходится на одну поѣздку тратить 3—4 и больше дней; есть такіе счастливые уголки въ этомъ отношеніи, что врачу по цѣлому мѣсяцу приходится быть въ «трупахъ» разлѣздахъ. Отсюда понятно, что амбулато-

рія и больница передаются на попеченіе фельдшерскаго персонала и окрестное крестьянство ѣдетъ въ свою больницу въ полной неувѣренности—застать или не застать врача.

Переписка съ врачебными отдѣленіями по поводу тѣхъ или другихъ недостатковъ въ большинствѣ случаевъ не даетъ благихъ результатовъ и получается уже заранѣе известный отвѣтъ—кредитовъ нѣтъ, а стало-быть, г.г. сельскіе врачи, какъ хотите, такъ и миритесь со всѣми недостатками.

Форма здѣсь на первомъ планѣ и, если съ этой стороны все обстоитъ благополучно, то сиди сельская лечебница хоть безъ медикаментовъ и перевязочнаго матеріала—горю этому никто не можетъ помочь. Отсюда будетъ понятно бѣгство врачей изъ сельскихъ лечебницъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ гибель на мѣстѣ. Въ ноябрѣ 1907 г. цѣлый красно-

РЕФЕРАТЫ.

Акушерство и женскія болѣзни. Проф. Krönig. *Объ ограниченіи асептическихъ мѣропріятій при родахъ.*—Münch. med. Wochenschr. 1908. № 47.

Авторъ приводитъ слова Fritsch'a, сказанныя имъ на съѣздѣ Германскаго Общества акушерства и гинекологіи въ Дрезденѣ: «мы въ асептикѣ достигли крайнихъ предѣловъ возможнаго. Если бы удалось въ этой сложной асептикѣ сдѣлать кое-какія научно-обоснованныя ограниченія, если бы мы могли всѣ эти мѣропріятія нѣсколько упростить, то это было бы очень полезно.» Затѣмъ Fr. прибавляетъ: «осторожныя указанія, что мы дѣлаемъ слишкомъ много, я считаю зарницей, предвѣщающей прекрасную будущность.»

Слова эти, сказанныя по поводу оперативной гинекологіи, еще въ большей мѣрѣ примѣнимы къ акушерской асептикѣ.

Если слѣдовать всѣмъ указаніямъ учебниковъ относительно антисептики и асептики, то является цѣлый рядъ неудобствъ для роженицъ и потеря времени для акушерскаго персонала.

Разные авторы предъявляютъ различныя ригорическія требованія для дезинфекціи рукъ: мытье ихъ водой и мыломъ въ теченіе 5—15 минутъ, затѣмъ, по крайней мѣрѣ, 5 минутъ сулемой или спиртомъ и, наконецъ, надѣваніе стерильныхъ гуттаперчевыхъ перчатокъ. Половые органы женщины должны быть дезинфицированы такимъ же способомъ. И все это должно повторяться передъ каждымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ. Передъ оперативнымъ вмѣшательствомъ большин-

ярскій уѣздъ сидѣть при одномъ врачѣ; въ 1907 году громадный канскій уѣздъ нѣсколько мѣсяцевъ пользовался лишь 2—3 врачами, да и у тѣхъ наибольшая часть времени уходила на судебно-медицинскія вскрытія и экспертизы. Въ с. Рыбномъ Енисейской губ. за 10 лѣтъ (съ 1897 г.) перемѣнилось до 6 врачей, а въ селѣ Ирбеѣ той-же губ. д-ръ Л-кій, пріѣхавшій на работу прямо съ университетской скамьи—съ горячими надеждами и идеалами, черезъ нѣкоторое время сдѣлался безнадежнымъ алкоголикомъ и умеръ уже не на службѣ врачомъ, а простымъ работникомъ у одного изъ мѣстныхъ состоятельныхъ крестьянъ... Д-ръ Лопатинъ, прослуживши 10 лѣтъ сельскимъ врачомъ въ Барнаульскомъ уѣздѣ Томск. губ., на десятомъ году все-же не выдержалъ и ушелъ въ переселенческую организацію. Примѣровъ, подобныхъ вышеизложеннымъ.

ство акушеровъ требуетъ основательнаго втиранія влагаллища спиртомъ или другимъ дезинфекціоннымъ средствомъ. Hofmeier и Ahlfeld настаиваютъ еще на дезинфекціи влагаллища при физиологическомъ теченіи родовъ передъ каждымъ изслѣдованіемъ.

Для поддержки промежности требуется повтореніе всей процедуры.

Чтобы демонстрировать целесообразность пусканія въ ходъ всего этого сложнаго аппарата, обыкновенно съ гордостью указываютъ на значительно болѣе рѣдкое появленіе родильной горячки въ акушерскихъ клиникахъ въ настоящее время по сравнению со срединою прошлаго столѣтія.

По мнѣнію автора, требуется еще критически изслѣдовать вопросъ, зависятъ ли лучшіе результаты въ современныхъ клиникахъ отъ этого рода мѣропріятій.

Статистика вѣнской клиники, бывшей въ началѣ прошлаго столѣтія подъ руководствомъ Вогга показываеетъ почти на такіе же хорошіе результаты, какъ въ нашихъ клиникахъ, несмотря на отсутствіе тогда всего этого сложнаго асептического аппарата.

Къ этому нужно прибавить, что въ частной практикѣ число родильныхъ горячекъ не особенно сильно уменьшилось, а въ послѣдніе годы въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ смертность отъ нихъ даже нѣсколько увеличилась.

Приходится допустить одно изъ двухъ: или въ частной практикѣ антисептическія мѣропріятія не достигаютъ цѣли, или же, благодаря своей затруднительности, они тамъ недостаточно выполняются. Tertium non datur.

Въ своей Фрейбургской клиникѣ авторъ, стремясь довести асептиче-

скія дѣйствія до возможной простоты, придерживается слѣдующихъ 3 принциповъ:

1) По возможности не дезинфицировать внутреннихъ и наружныхъ половыхъ органовъ.

2) По возможности вести роды такъ, чтобы персоналъ не долженъ былъ дезинфицировать руки.

3) Обращать особенное вниманіе на условія, способствующія организму не воспринимать заразы.

Авторъ рѣшительно высказывается противъ дезинфицированія влагаллища; по его словамъ, въ большинствѣ клиническихъ наблюденій, что внутренняя дезинфекція роженицы имѣетъ послѣдствіемъ даже увеличеніе ихъ заболѣваемости.

Слишкомъ усиленная дезинфекція, удаляющая изъ влагаллища пребывающихъ въ немъ обыкновенно сапрофитовъ не безвредна для роженицы.

Уменьшеніе количества микробовъ или полное ихъ изгнаніе изъ влагаллища, какъ почти единогласно показываютъ всѣ статистики, ведетъ къ замѣтному увеличенію числа инфекцій.

Казалось бы, что не можетъ быть сомнѣній въ необходимости очистить влагаллище отъ всякихъ бактерій, развѣ въ немъ находятся staphylococcus pyogenes, streptococcus pyogenes puerperalis, bacterium coli и др. гнилостныя бактеріи, всѣ тѣ микробы, которые служатъ возбудителями родильной горячки.

Но если принять во вниманіе, что эти самыя микробы находятся во влагаллищѣ во время беременности и родовъ въ большомъ числѣ, то нѣтъ логическаго основанія оттуда ихъ не трогать, а съ наружныхъ частей ихъ тщательно удалять. Конечно, для тѣхъ немногихъ акушеровъ, которые вопре-

ки общераспространенному взгляду, приписываютъ влагаллищному секрету противобактерійныя свойства, дѣло обстоитъ иначе. При такомъ взглядѣ кожа наружныхъ половыхъ органовъ, не обладающая такими защитными, противомикробными качествами, действительно нуждается въ удаленіи микробовъ. Авторъ считаетъ себя приверженцемъ этого взгляда и если онъ все таки въ теченіе послѣднихъ двухъ лѣтъ не прибѣгаетъ при нормальныхъ родахъ къ дезинфицированію наружныхъ половыхъ органовъ, то это потому, что онъ считаетъ практически невыполнимымъ даже значительное уменьшеніе количества микробовъ на этихъ частяхъ, такъ какъ для этого было бы необходимо сбривать волосы съ половыхъ органовъ, а это часто невозможно.

Авторъ полагаетъ, что при цѣлой, нетронутой кожѣ эти микробы скорѣе поведутъ сапрофитную жизнь; при неосторожномъ же дезинфицированіи они легко могутъ попасть внутрь во влагаллище.

Другое дѣло при оперативномъ вмешательствѣ, когда женщина подъ наркозомъ, когда волосы безъ того сбриваются, когда оперирующая рука можетъ вгонять микробовъ внутрь, тогда авторъ считаетъ необходимымъ пока производить основательную дезинфекцію, хотя онъ считаетъ и этотъ вопросъ еще нерѣшеннымъ окончательно и ожидаетъ рѣшенія его отъ будущихъ клиническихъ наблюдений.

Для возможнаго ограниченія необходимости частаго дезинфицированія рукъ, авторъ совѣтуетъ чаще прибѣгать къ изслѣдованію чрезъ прямую кишку. Этотъ способъ не достаточно хорошъ для изученія механизма родовъ, но вполне пригоденъ для практиче-

возможно было бы привести еще не мало, можно привести и еще ярче и еще поучительнѣе.—но дѣла этимъ не поправишь и не улучшишь.

Десять лѣтъ сельской врачебной организации—мертвая, неподвижная точка: что было въ 1896—7 годахъ, тоже остается и къ 1909 году лишь за малыми, крайне ничтожными улучшениями. Объ открытіи новыхъ лечебницъ, улучшеніи и расширеніи старыхъ, увеличеніи врачебнаго персонала—что то не слышно.

При такихъ условіяхъ возможно говорить лишь о необезпеченности сибирскаго крестьянства врачебной помощью. Народонаселеніе увеличивается, каждый годъ изъ Европейской Россіи вливаются въ Сибирь сотни тысячъ переселенцевъ, а врачебная безпомощность стоитъ на точкѣ замерзанія. Знахарство процвѣтаетъ въ самыхъ широкихъ размѣрахъ и

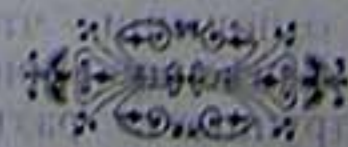
сплошь и рядомъ проявляется въ самыхъ ужасныхъ и дикихъ формахъ. Переселенческая врачебная поселковая организация идетъ на встрѣчу нуждѣ сибирскаго старожила, но она сама по себѣ есть капля въ морѣ нужды, да и кромѣ того стѣснена нѣкоторыми преградами въ отношеніи оказанія помощи старожиламъ.

Другіе виды врачебной организации въ Сибири—приисковая и желѣзнодорожная, преслѣдуютъ исключительно свои цѣли и свои нужды. Пускались и пускаются въ Сибирь летучіе врачебныя отряды—глазные,—но развѣ это улучшеніе дѣла и развѣ съ этого нужно начинать? Въ сибирской сельской медицины все стоитъ на прежнемъ мѣстѣ. Въ общей сибирской прессѣ сплошь и рядомъ помѣщаются корреспонденціи о безпомощномъ, ужасномъ положеніи сибирскаго крестьянства въ отношеніи пользованія медици-

ской помощью и нерѣдко въ этомъ бросаются упреки по адресу участковыхъ врачей. Но, по нашему глубокому убѣжденію, меньше всего тутъ виноваты сельскій участковый врачъ; въль «ведеркомъ воды» не залешь какой-нибудь эпидеміи и съ «голыми руками» не улучшишь положенія роженицы при нѣкоторыхъ патологическихъ состояніяхъ.

Нужна реформа въ широкомъ смыслѣ и, какъ можно, скорѣе. Врачебно-санитарные вопросы среди сибирскаго крестьянства представляютъ непочатый уголь и давно ждутъ обслѣдованія и рѣшенія. А этому, можетъ помочь только Сибирское Земство.

И. М. Соловьевъ.



ских цѣлей, для опредѣленія величины открытія маточнаго отверстія, подлежащей части и наступленія момента необходимости оперативнаго вмѣшательства.

Во избѣжаніе дезинфицированія рукъ при поддержкѣ промежности, авторъ считаетъ вообще эту поддержку излишней у повторнорождающихся, такъ какъ 90% разрываетъ у нихъ отъ поддержки промежности не уменьшается. Что же касается перворождающихся, то онѣ совѣтуетъ употреблять для этой цѣли стерильныя толстыя латекс-перчатки, перчатки, надѣваемая на кисти рукъ, или же поддерживать промежность черезъ прямую кишку. Благодаря этому упрощенію дѣла, въ клиникѣ автора при 800 родахъ въ годъ проходятъ иногда 2—3 недѣли безъ необходимости прибѣгать къ основательной дезинфекціи рукъ или роженицъ.

Съ другой стороны авторъ считаетъ нужнымъ обратить вниманіе на ошибочность мнѣнія многихъ, что будто бы подъ защитой асептики наложеніе шпцовъ, поворотъ и т. д. составляютъ безвредныя операціи.

Несмотря на асептику, съ увеличеніемъ за послѣдніе годы частоты оперативнаго вмѣшательства, увеличилась частота смерти отъ родильной горячки.

Для уменьшенія мѣстнаго и общаго расположенія организма къ зараженію, авторъ въ послѣдніе два года, по примѣру Küstner'a, стремился по возможности спускать родильницъ съ постели въ первый же день послѣ родовъ. Это уменьшаетъ шансы для зараженія тѣмъ, что изъ полости матки легче выдѣляются лохії, матка лучше сокращается, а, благодаря лучшему самочувствію и питанію, защитительныя силы организма функционируютъ лучше.

Для сравненія своихъ результатовъ съ таковыми Hofmeier'a, самого строгаго антисептика, авторъ приводитъ 1368 случаевъ своей клиники, начиная съ мая 1906 г. когда онъ сталъ практиковать свой новый способъ.

Смертность и заболѣваемость: у Hofmeier'a на 10000 родовъ 9 смертныхъ случаевъ отъ родильной горячки—0,09%, въ томъ числѣ зараженій въ клиникѣ—4—0,04%, лихорадившихъ вообще было 9,0%—12,5%; у автора соответствующія числа были 1 случай—0,07; 10%.

Изъ вставшихъ съ кровати въ первый же день послѣ родовъ 821 заболѣло 8%, Изъ 705 неоперированныхъ и вставшихъ въ первый день заболѣваемость была 5,96%; раньше въ клиникѣ автора заболѣваемость колебалась между 17% и 22%.

В. Е. Кашиничъ.

F. Campione. *Взаимное вліяніе тазовыхъ воспаленій пупертальныхъ процессовъ* (Arch. di ost. e gin. 1908 № 1 по рефер. изъ Zentralbl. f. Gynäk. № 47).

Воспаленія женскихъ тазовыхъ органовъ и тканей очень склонны къ нагноеніямъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ самыя тяжелыя формы имѣютъ тенденцію къ излеченію, которое ведетъ къ совершенному анатомическому и функциональному возстановленію заболѣвшихъ органовъ. Хотя даже большія гнойныя массы могутъ исчезать самопроизвольно, всетаки слѣдуетъ въ такихъ случаяхъ предпочитать хирургическое пособіе, но по возможности консервативное.

Авторъ приводитъ 150 собственныхъ наблюденій, которыя по этиологическому моменту онъ подраздѣляетъ на пупертальныя, гонорройныя, туберкулезныя и неизвѣстнаго происхожденія.

Анатомически авторъ различаетъ перитонитъ и заболѣванія придатковъ; къ послѣднимъ онъ причисляетъ pelveoperitonitis, подъ которой онъ подразумѣваетъ три группы: флегмону дна таза, широкой связки и всей тазовой клетчаткѣ.

Изъ 150 больныхъ женщинъ 52 были оперированы; изъ послѣднихъ 26 остались безплодными, 98 были пользованы консервативно, изъ нихъ только 15 остались безплодными.

Изъ 109 беременностей, наступившихъ послѣ леченія, 4 были трубныя, 6 окончились выкидышами, 10 представляли различныя осложненія и только въ двухъ были возвраты воспалительныхъ процессовъ.

Роды осложнялись 3 раза поперечнымъ положеніемъ, 3—атоніей и 1—приращеніемъ послѣда; преждевременные роды на 7 мѣс. были 2 раза.

Въ 6 случаяхъ было повышеніе т° отъ воспалительныхъ процессовъ; въ 1 сл. лихорадочное состояніе было отъ посторонней причины.

Авторъ заканчиваетъ статью заключеніемъ, что беременность или дѣйствуетъ благотворно на бывшія тазовыя воспаленія, или въ большемъ числѣ случаевъ остается почти безъ всякаго вліянія.

Б. Е.

Внутреннія болѣзни.

Taboga. *Леченіе изъ желудка атропиномъ.* (Munch. med. Woch. 1908 № 38. По реф. Thegar. d. Gegenw. 1908 12).

Обыкновенные „доброкачественные“ случаи неосложненныхъ извъ желудка болѣею частью легко излечиваются діететическими мѣропріятіями, къ которымъ присоединяютъ въкоторыя медикаменты. Напротивъ часто приходится сталкиваться съ

другими случаями, сопровождающимися большой гиперсекреціей и двигательной дисуффицианціей, гдѣ никакое внутреннее леченіе не даетъ результата. Эти послѣдніе рано или поздно должны быть подвергнуты хирургическому вмѣшательству; но и операція даетъ удовлетворительные результаты только въ одной части случаевъ, такъ какъ послѣ нея остается гиперсекреція, вызывающая опять изну и прежнія страданія. Для такихъ случаевъ авторъ рекомендуетъ систематическое леченіе атропиномъ. Атропинъ, назначаемый въ достаточнo, большихъ дозахъ, производитъ отдѣленіе соляной кислоты, дѣйствуетъ антиспазматически, устраняетъ судорожное сокращеніе мышечной мускулатуры желудка и нащипецъ и имѣетъ слегка болеутоляющее дѣйствіе. Въ виду того, что это средство уменьшаетъ гиперсекрецію и тѣмъ постояннаго раздраженія, вызываемаго повышенной кислотностью, значитъ, не получается свазма привратника и такимъ образомъ устраняются боли и другія неприятныя ощущенія, что создаетъ болѣе благоприятныя условія для заживленія язвы. Результаты вполне соответствуютъ этимъ теоретическимъ разсужденіямъ. Такого леченія атропиномъ только тяжелые случаи, не поддававшіеся другимъ методамъ, и получалъ всюду хорошіе, а во многихъ случаяхъ даже блестящіе результаты. Онъ вприскиваетъ утромъ и вечеромъ подъ кожу 1 mg. атропина; часто онъ назначалъ 3 mg въ день, и не считаетъ противопоказаннымъ вприскивать даже большія дозы. Это леченіе безъ измененія дозъ проводится въ теченіе 4—8—10 недѣль при абсолютномъ постельномъ покоѣ во все время. Вспрыскиванія во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія переносились хорошо, побочныя же явленія (сухость во рту и въ глоткѣ, параличъ accommodation, дѣлающій невозможнымъ чтеніе) наблюдались крайне рѣдко. Во время всего леченія назначается очень строгая діета. Первые дни полное голоданіе, а жидкость вводится per rectum или подъ кожу. Затѣмъ разрѣшается вводить per os молоко черезъ чашъ по столовой ложкѣ, позже по 50, затѣмъ 100, 200 с. ст. съ одной третью сливокъ. Эта исключительно молочная діета

проводится самое меньшее 4 недели, послѣ чего прибавляютъ кашу, яичъ и т. д. Мясо, по возможности, разрѣшается только спустя 2 мѣсяца и то въ мелко-изрубленномъ видѣ. Авторъ подчеркиваетъ, что онъ долженъ былъ возвратиться къ этой нѣсколько измененной діетѣ Leube, послѣ того какъ имѣлъ нѣсколько неблагоприятныхъ случаевъ съ способомъ Lephartz-a,*) при чемъ всѣ его больные въ концѣ леченія значительно прибавлялись въ вѣсѣ. Такого думать, что такіе результаты должно приписать главнымъ образомъ атропину, такъ какъ онъ имѣлъ дѣло только съ тяжелыми случаями, въ которыхъ другое леченіе оказывалось безуспѣшнымъ, а было показаніе къ операціи. Дѣйствіе атропина тотчасъ бросалось въ глаза: субъективные симптомы, особенно боли, прекращались уже съ первыхъ дней леченія, количество кислоты въ концѣ леченія въ большинствѣ случаевъ значительно падало и оставалось таковымъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, которые можно было впоследствии контролировать; гиперсекреція въ нѣкоторыхъ случаяхъ совершенно исчезала, обыкновенно-же сильно падала; двигательная способность улучшалась даже и тамъ, гдѣ имѣлись рубцовыя измененія въ области pylori.

А. Фрайфельдъ.

Liebermeister. Леченіе строфантиномъ.

Therapie d. gegenw. 1908, № 12.

Авторъ считаетъ строфантинъ очень энергичнымъ сердечнымъ средствомъ, которое дѣйствуетъ подобно наперстянкѣ. При внутривенномъ впррыскиваніи получается эффектъ черезъ двѣ минуты. Встрѣчаются однако случаи, гдѣ обыкновенныя дозы въ 0,5 до 1,0 mg. не изменяютъ частоту пульса, хотя и увеличиваютъ амплитуду его и даютъ временное повышение систематическаго кровяного давления. При болѣе высокихъ дозахъ и въ этихъ случаяхъ можно получить замедленіе пульса, чего однако авторъ

*) Lephartz, исходя изъ точки зрѣнія, что у больного съ язвой желудка послѣ кровотеченія развивается сильная анемія, препятствующая заживленію язвы, рекомендуетъ вводить больному на слѣдующій день послѣ кровотеченія большія количества молока и яйца.

Прим. А. Ф.

не совѣтуетъ дѣлать. Въ большинствѣ-же случаевъ впррыснутый строфантинъ въ теченіе 2—30 минутъ даетъ полное возстановленіе компенсаціи при некомпенсированныхъ порокахъ сердца и обыкновенно достаточно только одного впррыскиванія.

Желая исключить дѣйствіе психическаго вліянія инъекціи, авторъ впррыскилъ одному очень нервному больному вмѣсто строфантина физиологическій растворъ поваренной соли. Въ результатѣ появилось пониженіе кровяного давления.

Дѣйствіе впррыснутаго строфантина выражается въ слѣдующемъ: пульсъ быстро дѣлается полнымъ, аритмія уменьшается, разница между астотой пульса на сердцѣ и на лучевой артеріи исчезаетъ, кровяное давление повышается и амплитуда пульса увеличивается, холодныя цианотическія конечности дѣлаются теплѣе, пульсъ медленнѣе, дыханіе спокойнѣе, моча свѣтлѣе, менѣе концентрированной, отеки исчезаютъ. Въ другихъ случаяхъ строфантинъ одинъ не повышаетъ діуреза, но вмѣстѣ съ нимъ хорошо дѣйствуютъ почечныя мочегонныя, которыя безъ него не давали эффекта.

Дѣйствіе продолжается болѣе 24 час. болѣею частью нѣсколько дней, и возстановленная, благодаря впррыскиванію, компенсація остается долгое время. Если же появляются опять разстройства, то повторяютъ впррыскиваніе, которое часто дѣйствуетъ болѣе энергично и даетъ болѣе стойкіе результаты, чѣмъ первое.

Впррыскиваніе строфантина можно комбинировать съ леченіемъ наперстянкой, но при этомъ нужно зорко слѣдить за кумулятивнымъ дѣйствіемъ строфантина.

Въ одномъ случаѣ хроническаго интерстиціального нефрита съ сильными отеками и уремическими явленіями былъ впррыснутъ 1 mg. строфантина, а черезъ 23 часа еще 1 mg. Черезъ три минуты послѣ впррыскиванія систолическое кровяное давление пало, пульсъ замедлился на половину и черезъ 11 часовъ послѣдовала смерть, причиной которой, безъ сомнѣнія, было слишкомъ быстрое второе впррыскиваніе послѣ перваго. Токсическое resp. кумулятивное дѣйствіе строфантина сказывается то въ замедленіи пульса, то въ ускореніи его.

Для объясненія смерти послѣ впррыскиванія строфантина приводятъ слѣдующія основанія: 1) сердце уже отказывающееся работать, можетъ быть повреждено столь сильно стимулирующимъ средствомъ, 2) при примѣненіи строфантина терапевтическія и токсическія дозы очень близко соприкасаются другъ съ другомъ. Большинство смертныхъ случаевъ основываются

на кумулятивномъ дѣйствіи, поэтому можно ихъ избѣгать, если повторныя впррыскиванія производить черезъ болѣе продолжительныя промежутки. Изъ неприятныхъ осложненій наблюдались тромбозы, но они быстро проходили, и разъ появилось повышение температуры, зависившее отъ плохой стерилизаціи строфантина.

При нефритѣ строфантинъ, повышая-и безъ того повышенное систолическое кровяное давление, ухудшаетъ субъективныя жалобы. Если-же здѣсь имѣются разстройства, возникшія вслѣдствіе одновременности слабости сердца, то строфантинъ примѣняется съ большимъ успѣхомъ даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наперстянка не давала никакого результата. При нефритѣ особенно легко наступаетъ токсическое и кумулятивное дѣйствіе.

Съ большимъ успѣхомъ примѣняется строфантинъ при чистыхъ миокардитахъ и при острой слабости сердца, присоединившейся къ инфекционнымъ заболѣваніямъ. При этихъ послѣднихъ строфантинъ переносится въ гораздо большихъ дозахъ, чѣмъ не лихорадящими больными. Часто его хорошо примѣняютъ передъ большими операціями для избѣжанія появленія коляпса во время наркоза или операціи. Съ такою-же цѣлью онъ примѣняется и послѣ операцій. Что касается дозъ, то при угрожающихъ явленіяхъ со стороны сердца даютъ 0,7—1,0 mg. въ другихъ случаяхъ меньше. Въ теченіе 24 часовъ не слѣдуетъ назначать болѣе 1 mg., въ теченіе 48 часовъ не болѣе 1,5 mg. Со времени послѣдняго прѣма наперстянки должно пройти не меньше 4 дней. Часто хорошо комбинировать внутреннее впррыскиваніе строфантина съ подкожнымъ кофеиномъ и приемомъ внутрь мочегонныхъ. Противопоказуется строфантинъ при брадикардіи, особенно при симптомокомплексѣ Adams-Stokes-a. При подкожномъ впррыскиваніи строфантина получаютъ некрозы и стерильныя абсцессы.

А. Фрайфельдъ.

Изъ русской литературы.

Допустима ли нормировка врачебнаго труда? Въ теченіе истекшаго года на страницахъ Пироговскаго Журнала велся весьма интересный споръ о нормировкѣ врачебнаго труда. Споръ этотъ былъ начатъ д-ромъ Бердичевскимъ, указавшимъ, что современная земская медицина переживаетъ тяжелый кри-

зисъ и нуждается въ серьезномъ леченіи; что помощь, оказываемая ею, есть до известной степени суррогатъ врачебной помощи, такъ какъ при сложившихся условіяхъ дѣятельности земскаго врача, ведущаго огромную амбулаторію, завѣдующаго больницей и вынужденнаго дѣлать выѣзды, онъ физически не въ силахъ выполнить все это добросовѣстно. Въ интересахъ обѣихъ сторонъ (и врачей, и населенія) необходима известная нормировка — приблизительно не болѣе 30 человекъ на приемъ. Противъ этого взгляда горячо возсталъ одинъ изъ ветерановъ земской медицины, д-ръ Игумновъ, увидѣвшій въ словахъ д-ра Бердичевского „новозавѣтную“ проповѣдь „умѣренности и аккуратности“.

Къ ранѣе сказанному, писалъ онъ, прибавлю, что прежніе врачи брались за земское дѣло по влеченію къ нему и отдавались ему не въ предѣлахъ умѣренности и аккуратности, а всею душою; интересы этого дѣла въ то же время были ихъ интересами; они не только жили около него, онъ дышали имъ. Рѣчи о сверхдоговорной работѣ были бы для нихъ пѣсню изъ какой-то другой оперы, показались бы какой-то непонятной тарабарщиной; да ихъ и не было, они и не могли возникнуть. Теперь времена мѣняются. На дѣло, за которое берутся новозавѣтные врачи, они уже смотрятъ не какъ на дѣло, которое они творятъ и вырабатываютъ, а какъ на работу, которую отправляютъ; интересы дѣла они отдѣляютъ отъ интересовъ своихъ, если не противопоставляютъ имъ.

Въ 8-ой книжкѣ Журнала, д-ръ Бердичевскій отвѣчаетъ д-ру Игумнову. Онъ указываетъ, что многое изъ того, что защищаетъ д-ръ Игумновъ, является фикціей. Нельзя, говоритъ онъ, утверждать, что амбулаторія является школой, а принимающій въ ней врачъ наставникомъ гигиены, разъ эта амбулаторія ломится отъ больныхъ и врачъ каждому больному можетъ удѣлить двѣ-три минуты. Можно ли при такихъ условіяхъ говорить о какихъ-либо наблюденіяхъ и даже о рациональности оказанной помощи.

Но я спрошу, пишетъ онъ дальше, товарищей работающих въ многочисленныхъ амбулаторіяхъ, представляется ли имъ самимъ ихъ роль въ томъ ореолѣ высокаго общественнаго служенія, какимъ окружается по привычному шаблону дѣятельность земскаго врача? И далѣе:

Не шевелится ли, наоборотъ, у каждаго изъ насъ послѣ такого приема нѣкій укоръ совѣсти, что мы являемся участниками большой общественной несправедливости, которая подъ народною медициною согласна разумѣть всевозможный суррогатъ, скудный количественно и нерѣдко очень убогий качественно.

Предложеніе д-ра Бердичевского ограничить известною нормою приема врача д-ръ Игумновъ считаетъ недемократичнымъ, подрывающимъ принципы того строя земской медицины, который созданъ былъ лучшими идейными ея представителями. Д-ръ Бердичевскій въ свою очередь возражаетъ. Вѣдь надо же считаться съ силами средняго человека, нельзя взывать только къ его подвижничеству и требовать отъ него безконечныхъ жертвъ. Если у тебя на приемѣ 100—200 человекъ, то ложишься въ лоскѣ, прими всѣхъ самодично, но никоимъ образомъ не сдавай часть своей амбулаторіи фельдшерамъ, видя въ послѣднемъ обстоятельстве злую необходимость. А между тѣмъ, чѣмъ же, какъ не замаскированнымъ фельдшеризмомъ, является такой приемъ врача, прогоняющаго черезъ свою амбулаторію 100—200 больныхъ въ день? Нельзя, гоняясь за общедоступностью медицинской помощи, обращать вниманіе только на ея количественную сторону. Какъ вамъ ни дорогъ принципъ общедоступности образованія, тѣмъ не менѣе мы признаемъ же известную норму количества учениковъ на одного учителя. Почему же не признать таковую же норму въ количествѣ больныхъ на одного врача? Въ концѣ своей статьи онъ пишетъ:

Если я въ своей статьѣ остановился на нормировкѣ врачебной работы, то не идеи профессиональнаго эгоизма, не клиническіе вкусы мною руководили. Въ полномъ убѣжденіи, что земская медицина, какъ институтъ высокаго общественнаго значенія, не можетъ держаться на личномъ подвижничествѣ, я думаю, что базировать развитіе дѣла теперь можно лишь на ясномъ и твердомъ представленіи о мѣрѣ труда, доступнаго среднему исполнителю участковой работы при условіи профессиональной добросовѣстности. (Къ фельдшерскому персоналу я отношу сказанное, конечно, въ одинаковой степени). Вѣдь ясно, что развитіе общественной медицины должно пойти, да уже въ сущности и теперь идетъ, хотя и не спѣшно, примѣняясь именно къ этимъ нормамъ, а не къ

личной готовности медицинскаго персонала нести тѣ или иныя жертвы на алтарь народолюбія. И, не строя на этой готовности никакихъ организационныхъ плановъ, предоставьте каждому по своему вносить ее въ дѣло, ибо живое альтруистическое чувствованіе нивѣ директивахъ никакихъ не нуждается, ни нормъ никакихъ также не боится.

Все сказанное, конечно, въ одинаковой степени относится не только къ земской, но и къ городской медицинѣ. Если присмотрѣться къ цифрамъ городскихъ амбулаторій, то надо признать, что и тутъ врачебные приемы въ большей своей части превращаются въ замаскированный фельдшеризмъ и что помощь, получаемая въ нихъ населеніемъ, является до известной степени суррогатомъ врачебной помощи. А потому, вопросъ о максимальномъ количествѣ больныхъ, приходящемся на каждаго принимающаго врача, долженъ быть поставленъ ребромъ и при рѣшеніи его слѣдуетъ отказаться отъ всякихъ сантиментальностей и смотрѣть на вещи здраво и трезво.

ИЗЪ ЖИЗНИ СИБИРСКИХЪ УЧЕНЫХЪ ОБЩЕСТВЪ.

*Общество естествоиспытателей
и врачей при Томскомъ Университетѣ.*

Засѣданіе 12 Декабря 1908 г.

Предѣдатель Общества, проф. А. А. Кулябко доложилъ краткій отчетъ о дѣятельности Общества за 1908 годъ.

Содержаніе этого отчета см. въ отдѣлѣ хроники.

Д-ръ Н. С. Касторскій сдѣлалъ сообщеніе объ условіяхъ санитарнаго состоянія и водоснабженія переселенческихъ поселковъ Каинскаго подрайона Томской губерніи. Докладчикъ далъ общее представленіе о рельефѣ мѣстности и ея водныхъ источникахъ, описалъ различныя типы переселенческихъ жилищъ — землянки, „пластишки“ (изъ пластовъ дерна), плетневые (изъ плетня, набитаго глиною) и демонстрировалъ все это свѣтовыми картинками.

Изученная имъ мѣстность отличается отсутствіемъ проточной воды. Переселенческіе поселки устраиваются у озеръ и болотъ болѣею частью по склону небольшихъ бугровъ или „гривъ“. Благодаря такому расположенію поселковъ, уличная грязь стекаетъ въ водовмѣтница, изъ которыхъ жители пользуются водой для питья, гдѣ они, кромѣ того, моютъ грязное бѣлье и посуду; сюда же заходитъ деревенскій скотъ. Въ лѣтнее время застойная вода покрывается плѣсенью; она желтая, мутная отъ взвѣшенныхъ въ ней веществъ, отъ множества инфузорій; отличается запахомъ сероводорода и характеризуется присутствіемъ большого количества азотной, азотистой кислотъ и органическихъ веществъ. Въ жаркое время нѣкоторые источники высыхаютъ, загниваютъ, а зимой промерзаютъ до дна. Даже неприхотливые переселенцы недовольны такой водой и прибѣгаютъ къ устройству колодезь, въ чемъ имъ содѣйствуетъ переселенческое Управление. Но и колодезная вода въ 1/4 изслѣдованныхъ колодезь (изъ 90) оказывается неудовлетворительною по качеству; устройство колодезь плохое, перѣдки они обваливаются и загрязняются. Если ко всему этому прибавить грязь домовую, отсутствие потребности въ банѣ, то создаются условія, весьма благоприятствующія различнаго рода заболѣваніямъ.

Д-ръ В. В. Корелинъ демонстрировалъ больную, страдающую *myositis ossificans progressiva* и сдѣлалъ предварительное сообщеніе объ *обмѣннъ веществъ*, при этой болѣзни. Болѣзнь поражаетъ болѣею частью лицъ молодого возраста, чаще мужчинъ; развивается остро, съ повышеніемъ температуры, или хронически, по отдѣльными приступами. Обыкновенно, сперва въ заднихъ мышцахъ шеи, появляются плотные, иногда болѣзненные бугры; болѣзнь постепенно прогрессируетъ и подобныя же узлы развиваются въ мышцахъ конечностей и спины. Мышцы становятся твердыми, мало подвижными и больной постепенно превращается въ окаменѣлаго чело-вѣка: лицо его дѣлается маскообразнымъ, движения ограничены или невозможны, жеваніе затруднено; иной разъ является необходимость

въ удаленіи зубовъ, чтобы можно было вводить хотя жидкую пищу. Въ концѣ концовъ больной не можетъ обходиться безъ посторонней помощи. Патолого-анатомически болѣзнь выражается разрастаніемъ соединительной ткани въ межмышечныхъ промежуткахъ; затѣмъ мышцы атрофируются, фиброзная ткань развивается въ большомъ количествѣ; въ конечномъ періодѣ мышечныя волокна почти совершенно отсутствуютъ, соединительная ткань замѣняется костною. Этиология болѣзни темна; одни считаютъ ее врожденною, другіе придаютъ значеніе травмъ; третьи рассматриваютъ болѣзнь, какъ трофическую, и наконецъ нѣкоторые авторы смотрятъ на болѣзненные очаги, какъ на мѣстный воспалительный процессъ.

Больная уже была демонстрирована въ засѣданіи Общества практ. врачей гор. Томска въ 1906 г.; ей 23 года отъ роду. Болѣзнь ея началась въ 3-хъ—лѣтнемъ возрастѣ съ пораженія затылочныхъ мышцъ, постепенно прогрессировала и въ настоящее время больная совершенно лишена возможности самостоятельныхъ движеній; она еще можетъ жевать твердую пищу, но чрезвычайно медленно и для ѣды ей требуется каждый разъ не менѣе 1 1/2 часовъ. Въ отношеніи умственного развитія больная поражаетъ отсталостью, психика ея—дѣтская; у нея имѣются и физическіе пороки развитія: микродактилія, добавочный сосокъ на правой груди, сращенія и отсутствіе нѣкоторыхъ фалангъ на пальцахъ ногъ. Многочисленными Рентгеновскими снимками докладчикъ демонстрировалъ костныя образованія въ различныхъ мышцахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей. Этиология болѣзни и въ этомъ случаѣ остается темною. Изучая обмѣннъ веществъ у своей больной, д-ръ Корелинъ отмѣтилъ выдѣленіе солей кальція каломъ, а солей фосфора и магнія кромѣ того и мочою въ избыточномъ количествѣ сравнительно съ содержаніемъ ихъ въ принимаемой пищѣ. Это обстоятельство докладчикъ рассматриваетъ, какъ актъ самозащиты организма въ борьбѣ съ болѣзнию. Имѣя въ виду расщепляющія свойства *fibrolysin'a* по отношенію къ соединительной

ткани при хроническихъ воспалительныхъ процессахъ, д-ръ Корелинъ производилъ инъекціи этого средства подъ кожу больной и убѣдился, что количество выдѣляемыхъ мочою солей кальція, фосфора и магнія послѣ этого повышается.

Оба доклада являются пока предварительными сообщеніями продолжаемыхъ авторами изслѣдованій.

Доклады не встрѣтили возраженій и не вызвали особаго обмѣна мнѣній среди присутствующихъ членовъ Общества.

П. Ч.

Письмо въ редакцію.

Милостивый Государь
Господинъ Редакторъ!

По причинѣ поздней доставки рукописи моего письма, помещеннаго въ № 40 Вашей уважаемой газеты, редакція лишена была возможности прислать мнѣ письмо для корректуры; вследствие этого въ моемъ письмѣ имѣются опечатки, затемняющія смыслъ нѣкоторыхъ фразъ, а именно:

427	10 см.	какъ видъ экзотичн-ти-элементы.	каждый разъ
428	18 см.	необходимости (2)	необходимо
1	1	(един.) ступой.	необходимо
1	30	дисты.	необходимо
2	30	необходимо	необходимо
3	30	необходимо	необходимо

Необходимо (2)
Необходимо (2)
Необходимо при переломкѣ она въ при-сутствіи атмосфернаго воздуха.

Съ совершеннымъ почтеніемъ
Маг. фармаціи Я. Аренсонъ.

Врачебная хроника.

Томское О-во естествоиспытателей и врачей. 12 декабря состоялось годовое заседание этого О-ва. Был прочитан между прочим отчет о деятельности О-ва за истекший год. Заимствуем из «Сиб. Жизни» извлечение из этого отчета.

Какъ видно изъ отчета, въ началѣ года о-во имѣло въ своемъ составѣ 78 членовъ, изъ нихъ 2 почетныхъ, 1 членъ-сотрудникъ и 75 действительныхъ. Въ теченіе года вновь вступили въ о-во 3 профессора и по баллотировкѣ—2 чл.—сотрудн. и 12 действительныхъ. Выбыло 5 действ. членовъ и осталось къ концу года 2 почетныхъ, 3 чл.-сотруд. и 85 действительныхъ.

Правленіе о-ва состояло изъ председателя проф. А. А. Кулябко, тов. пред. проф. В. М. Мышь, казначея проф. О. Я. Капустина, секретаря д-ра Вершинина и пом. секр. студ. Сычинскаго.

За отчетный періодъ общество имѣло 9 заседаній, изъ нихъ одно торжественное, посвященное памяти Д. И. Менделѣева (20 января). На этихъ заседаніяхъ членами о-ва были сообщены 21 докладъ—1 некрологъ, 4 по химіи, 1 по агрономіи, 1 по метеорологіи, 2 по географіи 2 по зоологіи, 1 по физиологіи, и 9 изъ области медицины. Большая часть изъ этихъ докладовъ носитъ общенаучный характеръ, но были и касавшіеся специально жизни Сибири. Таковы: «Вторая поѣздка въ Монголію въ 1906 г.»—проф. В. В. Сапожникова, «О почвахъ Барабинской и Кудинской степей»—агронома Отрыганьева, «Жизнь и природа на Обь-Енисейскомъ каналѣ»—д-ра Чугунова, «Ядовитыя змѣи въ Зап. Сибири и Туркестанѣ»—проф. Н. Ф. Кашенко, «О ядовитыхъ росахъ въ Бухтарминскомъ краѣ»—д-ра Мессарошъ, «Отчетъ о поѣздкѣ къ верховьямъ Томи для сбора этномологической колекціи»—студ. Хворова. Общество въ теченіи года выдало изъ своихъ средствъ пособія на производство лѣтнихъ экскурсій 350 р.—В. Ф. Сетеневу 200 р. на собраніе колекцій по флорѣ Амурскаго бассейна, студ. Хворову 50 р.

на собраніе этномологической колекціи по сист. р. Балысь-су, студ. Титову 50 р. на собраніе колекціи по флорѣ Алтая и студ. Солдатову на изслѣдованіе воды оз. Чумь. Кроме того 200 р. было ассигновано въ распоряженіе проф. О. Я. Капустина на приобретение приборовъ и принадлежностей, необходимыхъ для производства экскурсій. За вычетомъ этихъ расходовъ въ о-вѣ должно было остаться 2461 р. 56³/₄ к., но въ теченіе года поступило пособіе отъ министерства 500 р. и членскихъ взносов 51 р. и такимъ образомъ капиталъ о-ва составилъ 3012 руб. 56³/₄ коп.

Новый приватъ-доцентъ въ Томскомъ университетѣ. Старшій ассистентъ клиники проф. Роговича, д-ръ Зиминъ удостоенъ факультетомъ званія приватъ-доцента по кафедрѣ хирургіи. Д-ръ Зиминъ воспитанникъ Томскаго университета, докторскую диссертацию защитилъ въ прошломъ году.

О санитарномъ состояніи Минусинска газетъ «Сибирь» пишутъ:

Въ городѣ съ лѣта не прекращается тифъ (м. пр., брюшной), инфлюенца и др. болѣзни. Преобладаютъ желудочныя заболѣванія, носящія обостренный эпидемическій характеръ. Значительную роль, кромѣ плохого общаго санитарнаго состоянія, играетъ пресловутая протока, изъ которой пользуется питьевой водой весь городъ и въ которую стекаютъ все нечистоты. Вода въ ней еле движется. Эта положительно очагъ заразы. Является вопросомъ первостепенной важности урегулированіе теченія протоки. Смертные исходы болѣзней начинаютъ учащаться. До послѣдняго времени былъ одинъ врачъ, не смѣя на стоянку батальона солдатъ въ городъ...

Повивальная школа въ Читѣ. 16 декабря состоялось открытіе частной повивальной школы въ Читѣ. Учредителями ея состоятъ д-ръ А. Д. Давыдовъ и А. Л. Цейтлинъ. Помѣщеніе

школы разсчитано приблизительно на 15 кроватей.

Оспа въ Туруханскомъ краѣ. Въ прошломъ году намъ уже нѣсколько разъ приходилось касаться этого вопроса. Въ № 287 газеты «Сибирь» г. Ив. Таракановъ сообщаетъ нѣкоторыя новыя подробности бывшей въ прошломъ году эпидеміи и тѣхъ мѣръ, которыя принимались въ борьбѣ съ нею. Очевидно, что эпидемія не прекратится такъ скоро, нужно ждать ея новыхъ вспышекъ. Болѣе своевременная, чѣмъ въ прошломъ году, помощь, а главное, болѣе рациональная является безусловно необходимой.

Тифъ въ Европейской Россіи. На смѣну затихающей холеры во многихъ городахъ Европейской Россіи быстро развиваются тифозныя эпидеміи. Въ «Практич. Врачѣ» (№ 49) мы видимъ цѣлый рядъ сообщений этого характера. Въ Кіевѣ «въ виду принявшей грандіозные размѣры эпидеміи сыпного тифа, губернаторъ созываетъ специальное совѣщаніе для выработки мѣръ съ нею». Появилось заболѣванія на юго-западныхъ жел. дорогахъ. Въ Тамбовѣ заразное отдѣленіе больницы переполнено тифозными. Вновь открытый городомъ баракъ также наполненъ и начинаются отказы въ пріемѣ. Въ Самарской земской больницѣ лежитъ свыше 100 тифозныхъ больныхъ. Въ Саратовѣ число тифозныхъ возросло до 500, изъ нихъ до 80%—безработные. Въ Н. Новгородѣ сильная эпидемія возвратнаго тифа. Предполагается открытіе новаго барака.

Бактеріологическая станція въ Благовѣщенскѣ. Станція эта основана главнымъ образомъ для изготовленія и примѣненія сибиреязвенныхъ прививокъ. Постепенно она начала выпол-

нять и другія работы. Въ особенности дѣятельность ея начала оживляться съ 1904 г. За послѣдніе пять лѣтъ изготовлено сибиреязвенной вакцины 278900 дозъ, произведено до 600 бактериологическихъ и иныхъ изслѣдованій, велись занятія съ 8 ветеринарными врачами.

Въ виду такого расширенія запросовъ къ бактериологической станціи, предполагается измѣнить соответствующимъ образомъ ея уставъ. При этомъ имѣется въ виду намѣтить слѣдующія задачи: 1) изготовленіе сибиреязвенныхъ и другихъ вакцинъ и сыворотокъ (противо-чумной); 2) изученіе распространенія въ краѣ заразныхъ болѣзней на домашнихъ животныхъ и опредѣленіе ихъ путемъ бактериологическихъ и друг. изслѣдованій; 3) ознакомленіе врачей съ методами бактериологическихъ изслѣдованій и способами приготовленія вакцинъ и сыворотокъ; 4) приготовленіе культуры въ цѣляхъ истребленія вредныхъ въ сельскомъ хозяйствѣ грызуновъ. Станція находится въ непосредственномъ подчиненіи областного ветеринарнаго надзора.

Вліяніе закона Русселя на дѣтскую смертность во Франціи. Докладывающая Парижской Академіи отъ имени постоянной комиссіи Гигіены дѣтства (Commiss. permanente de l'Hyg. de l'Enf.) д-ръ Blache приводитъ слѣдующія назидательныя цифры. Въ періодъ съ 1864 по 1874 общая смертность дѣтей въ возрастѣ до года равнялась 39%. Въ 1874 г. былъ внесенъ проектъ закона Русселя. Въ слѣдующее десятилітіе (1874 по 1883) смертность пала на 27%. Далѣе, съ 1884 по 1893 она понизилась до 13%. Съ каждымъ годомъ можно отмѣтить постепенное ея пониженіе; въ нѣкоторыхъ департаментахъ, гдѣ особенно строго проводится законъ Русселя, она въ настоящее время доходитъ уже до 6%.

Законъ Русселя, какъ извѣстно, регламентируетъ кор-

мичный промыселъ, столь широко распространенный во Франціи (Bull. de l'Acad. de Medec. Засѣданіе 8 декабря 1908).

По поводу проекта принудительнаго оздоровленія городовъ. Въ печать проникли слухи о проектѣ принудительнаго оздоровленія городовъ. Указываютъ, между прочимъ, что до утвержденія этого проекта въ законодательномъ порядкѣ признано необходимымъ примѣнить его въ административномъ порядкѣ къ городамъ нижняго Поволжья. Сообщая обо всѣхъ этихъ толкахъ и слухахъ, Пироговскій Журналъ добавляетъ:

Если все это вѣрно, если и въ правду въ медицинскихъ канцеляріяхъ С. Петербурга родился планъ принудительнаго оздоровленія городовъ административнымъ порядкомъ, то ничего добраго отъ этой новой бюрократической затѣи ожидать нельзя. Никакое оздоровленіе—не на бумагѣ, а въ дѣйствительности—невозможно безъ сознательнаго и дѣятельнаго участія самого населенія. И если хотять повысить санитарное состояніе городовъ, то вѣрнымъ путемъ для этого являются не направленные на подавленія самостоятельности административная мѣры принудительнаго характера, а, наоборотъ, снятіе всѣхъ тѣхъ оковъ, которыя стѣсняють развитіе самостоятельности городского населенія, и прежде всего такая реформа городского самоуправления которая, распространила бы право активнаго участія въ немъ на самыя широкіе слои городского населенія.

XI Пироговскій съѣздъ. Газ. «Рѣчь» пишетъ, что послѣ совѣщанія въ Петербургѣ, куда выѣзжали члены правленія Пироговскаго О-ва, рѣшено созвать XI съѣздъ въ Одессѣ въ 1910 году.

Какъ извѣстно, Одесса была намѣчена предыдущимъ съѣздомъ, на которомъ и былъ избранъ организационный комитетъ. Но послѣ нѣкоторыхъ попытокъ къ подготовительнымъ работамъ, пришлось отказаться отъ мысли созвать съѣздъ въ Одессѣ.

Повидимому, обстоятельства вновь измѣнились и теперь созывъ съѣзда въ Одессѣ счи-

тается возможнымъ. Интересно, въ какое отношеніе къ съѣзду станутъ теперешніе заправилы въ университетѣ—проф. Левашовъ и Ко.

Къ постановкѣ врачебной помощи въ Якутской области. «Якутская Жизнь» сообщаетъ, что, по предложенію якутскаго губернатора Крафта, спѣшно составляются планы и сметы постройки лечебницъ упрощеннаго типа въ въ селеніяхъ: Нюрбинскомъ Вилюйскаго округа и Чурапчинскомъ Якутскаго округа, а также глазной лечебницы въ г. Якутскѣ. Общая стоимость этихъ трехъ лечебницъ не должна превысить 35000 руб. При чемъ, по мнѣнію губернатора, квартиру для врачей и службы можно, не включая въ упрощенный планъ, построить впоследствии на особые средства. Вопросъ объ упрощенномъ типѣ лечебницъ уже разсматривался на съѣздѣ врачей Якутской обл. и планъ такой лечебницы былъ выработанъ, по просьбѣ съѣзда.

Объявленіе

Вѣстникъ Офтальмологіи (XXVI годъ).

издаваемый проф. Л. Г. Беляриновымъ, С. С. Головинымъ, О. С. Евецкимъ и прив.-доц. А. Г. Люткивичъ, будетъ выходить въ 1909 году ежесмѣнно книжками въ 4—5 и болѣе листовъ.

По слѣдующей программѣ:

1. Самостоятельныя статьи.
2. Систематическіе рефераты.
3. Отчеты Офтальмологическихъ Обществъ.
4. Русская Офтальмологическая библиографія.
5. Офтальмологическая хроника.

Подписная цѣна *десять* руб. съ пересылкой и доставкой.

Подписка принимается въ редакціи (Москва, Кудринская площ., д. № 1, кв. 12) и книжномъ магазинѣ А. Ланга (Москва, Кузнецкій Мостъ, 13).

Редакторъ, прив.-доц. А. Г. Люткивичъ.



Редакторъ-Издатель П. И. Федоровъ.