

Сибирская Врачебная Газета.

Оглавление за 1910 годъ.

I.

Оригинальные и переводные статьи.

	Стр.		Стр.
<i>ф. Берманъ Г. А.</i> Endocarditis ulcerosa	53	<i>И. И. С.</i> Обезпеченность Сибири медицинскими силами	251
<i>Боголюбовъ А. Н.</i> О больничномъ налогѣ	8	<i>Каршинъ А.</i> Отчетъ Хирургическаго Отдѣленія Ивано-Матренинской Городской Дѣтской больницы за 1909 г.	505
<i>Онъ же.</i> Объ ассенизаціи больницъ Саратовскаго уѣзда	331	<i>Касторскій Н. С.</i> Озеро Зюзинское Томской губ.	282
<i>Борманъ В. Л.</i> Дубленіе кожи, какъ способъ приготовленія операціоннаго поля	2	<i>Кисель А. А. прив.-доц.</i> Случай столбняка у мальчика 6 л., окончившійся выздоровленіемъ	572
<i>Онъ же.</i> Къ казуистикѣ эхинококковой бол.	137	<i>Онъ же.</i> Случай бронхоэктазіи у мальчика 12 лѣтъ	581
<i>Онъ же.</i> Къ казуистикѣ аппендицита	425	<i>Колби.</i> Тетанія и паразитовидная железа	296
<i>Бутягинъ П. В. прив.-доц.</i> Жизнь и научная дѣятельность Роберта Коха	547	<i>Козьминъ М. О.</i> Къ вопросу о постановкѣ медико-санитарныхъ учреждений Красноярскаго городского управленія и о желательной реорганизаціи санитарнаго совѣта	428
<i>Винцентъ.</i> Предохранительныя прививки противъ брюшнаго тифа у людей	417	<i>Кренинъ проф.</i> Безболѣзненные роды въ полномъ усыпленіи	199
<i>Владыченскій А. П.</i> Глазной отрядъ въ с. Камень	416	<i>Кадниковъ Н. А.</i> Примѣненіе корнцанга при заднеглочочнаго нарывѣ	31
<i>Викеръ.</i> Сальникъ въ брюшной хирургіи	151	<i>Лантеевъ А. Н.</i> Случай хроническаго алкоголизма у ребенка	377
<i>Гуро.</i> Лечение туберкулеза у дѣтей	501	<i>Ласточкинъ студ.-мед.</i> Жизнь и заболѣваемость рабочихъ на III-мъ уч. Переустройства Сиб. ж. д.	333
<i>Делекторскій Н. П.</i> Желательная программа изслѣдованія санитарнаго состоянія школь	5	Матеріалы по вопросу о положеніи городской медицины въ Сибири	261
<i>Онъ же.</i> Объ охраненіи томскихъ школь отъ заразныхъ болѣзней	139	<i>Михайловскій П. П.</i> Къ казуистикѣ рѣзкой сердца и сердечной сумки	438
<i>Добромысловъ В. Д. прив.-доц.</i> Случай разлитаго перитонита, излеченный чрезъвѣченіемъ	43	<i>Онъ же.</i> Объ оперативномъ леченіи воспаленій брюшины	509
<i>Дризинъ Х. А. студ. мед.</i> О поликиникахъ	381	<i>Мухадзе Г. М.</i> Частичная рекція желудка, какъ способъ леченія при ракѣ его	389
<i>Забалуевъ В. Г.</i> Краткій обзоръ переселенч. медиц. за трехлѣтіе 1908—1910 гг.	79		
<i>Зисманъ 2-й Л. С.</i> Современное состояніе вопроса о насильств. родоразрѣшеніи	161		
<i>Жученки Н. С.</i> Caries sicca плечевого сустава	485		

27 12. 1910

	Стр.
<i>Новгородъ В.</i> Кваткій историческій очеркъ томской городской амбулаторной лечебницы	169
<i>Пешковский Н. И.</i> О микробѣ сифилиса—блѣдной спирохетѣ	55
<i>Онгъ же.</i> О новыхъ способахъ леченія сифилиса гектиномъ и средствомъ Эрлихъ—Гага или «606»	358
<i>Онгъ же.</i> Споротрихозъ.	461
<i>Рейланди Стефани.</i> О полезномъ терапевтическомъ примѣненіи шарлахъ-рота въ акушерско-гинекологич. практикѣ	6
<i>Селаври В.</i> Къ вопросу о мѣрахъ борьбы съ распространеніемъ заразныхъ болѣзней	29
<i>Соколовъ Н. В.</i> Къ казуистикѣ заболѣваній корью	72
<i>Онгъ же.</i> Случай отравленія большей дозой сулемы	96
<i>Онгъ же.</i> Случай перелома лѣваго бедра	164
<i>Стеженискій А. О.</i> О леченіи гной-дающихъ полостей висмутъ-вазелиномъ	126
<i>Онгъ же.</i> Еще къ леченію гной-дающихъ полостей висмутъ-вазелиномъ	363
<i>Софротеревъ С.</i> Къ вопросу о пластической рентгенограммѣ	295
<i>Сухановъ С. А. прив.-доц.</i> О смѣшанныхъ состояніяхъ при маниакально-депрессивныхъ психозахъ въ связи съ патогенезомъ послѣднихъ	353
Солнечное и морское лечение дѣтскаго туберкулеза на побережьѣ Средиземнаго моря	523
<i>Сыромятниковъ Н.</i> Итоги 450-ти операций катарактъ, произведенныхъ въ Исетской и Пѣтуховской лечебницахъ Тобольской губ.	20
<i>Тиховъ Н. И. проф.</i> Обзоръ оперативной дѣятельности госпитальныхъ хирургическихъ клиникъ Томскаго университета съ 1-го января 1909 г. по 30 апрѣля 1910 г.	367
<i>Тяжискій А. Д.</i> Нѣсколько замѣчаній о мужественномъ склерозѣ въ связи со случаемъ этого заболѣванія	3
<i>Онгъ же.</i> По поводу послѣднихъ германскихъ эпидемій острого дѣтскаго полиоміелита	142
<i>Фалевичъ Н. студ. мед.</i> Итоги томской студенческой переписки	197
<i>Федоровъ Н. И.</i> По вопросу о профилактикѣ брюшнаго тифа	48
<i>Онгъ же.</i> Нѣсколько замѣчаній о чумѣ эпидемиологическихъ	534

	Стр.
<i>Фрайфельдъ А. О.</i> Къ распознаванію начальной стадии легочной чахотки и специфическому леченію ея	65
<i>Онгъ же.</i> Современное положеніе вопроса о сущности, причинахъ и леченіи подагризма	551
<i>Фурманъ А. Л.</i> Отчетъ по терапевтическому отдѣленію Иркутской гор. Иваново-Матренинской дѣтской больницы за 1909 годъ	192
<i>Шантлемесъ и Горель.</i> Холера въ Европѣ въ 1904—1910 гг.	368

II.

Фельетонъ.

	Стр.
<i>М.</i> Желѣзнодорожные врача и рабочіе	56
<i>Я. И.</i> Просвѣтъ въ области иркутской городской санитаріи	164
<i>Сирый Сибирякъ.</i> Новый составъ томской городской думы и городская врачебно-санитарная организація	187
<i>Онгъ же.</i> Изъ текущей жизни томской врачебно-санитарной организаціи	247
<i>Онгъ же.</i> Томское городское общественное управленіе и нѣкоторые члены профессорской корпораціи томскаго университета	463
<i>Онгъ же.</i> Грустные и печальные факты	259
<i>Я. Пескинъ.</i> Бесплатная помощь на квартирахъ въ гор. Иркутскѣ за 1909 г.	199
<i>Селаври В.</i> Воспоминанія врача о военной службѣ	235
<i>М.</i> Бюрократическіе варианты въ переселенческой медицинѣ	308
<i>И. Ф.</i> Николай Андреевичъ Бѣлоголовый	440
<i>И. Ф.</i> Итоги и перспективы	451
По поводу сформированія медико-санитарнаго бюро въ Иркутскѣ	475
Кто же облагодѣтельствовалъ человѣчество?	523

III.

Вопросы врачебно-общественной жизни.

Поля орошенія и биолог. фильтры—11. Сифились въ Россіи за 1907 г.—12. О городской медицинѣ—22. Врачи въ вопросѣ о своихъ нуждахъ—23. Жилищный вопросъ въ Петербургѣ—35. Ночлежные дома—37. Самубійства среди учащихся—49. Санитарное состояніе нашихъ тюремъ—50. Убѣжища для

безнадзорныхъ школьнико́въ—60. Обь изоляціи и дезинфекціи—61. О заразныхъ больницахъ—73. Врачебный взглядъ на экзамены—81. О борьбѣ съ туберкулезомъ—82. Томская городская санитарная лабораторія—96. О врачебныхъ пенсіяхъ—98. Бюджетъ рабочаго въ связи съ питаніемъ и заболѣваемостью—107. Предохран. прививки противъ скарлатины—119. Туберк. рогатаго скота—120. Эпидемія оспы и дифтерита въ Петербургѣ—121. Школьно-санитарный надзоръ—132. Медицина въ тобольск. переселенческомъ районѣ—143. Борьба со смертностью въ нѣмецкихъ городахъ—144. О лѣтн. дѣтскихъ колоніяхъ—156. Предохран. противъ скарл. прививки—156. О непрофессіонал. проституціи—156. Еще о противоск. прививкахъ—177. Первый всероссійскій съѣздъ по борьбѣ съ торгомъ женщинами и его причинами—178. Бесплатная врачебная помощь на дому въ СПб.—189. Ясли—пріюты—191. Массов. прививки антискарл. вакцины въ закр. учебн. заведеніяхъ—192. Эпидемиологія возвратнаго тифа въ СПб.—209. Призрѣніе покинутыхъ дѣтей—214. Впечатлѣніе врача отъ командировки въ Забайк. обл.—214. Германіи въ борьбѣ съ венерич. болѣзнями—215. Домашняя прислуга, ея санит. положеніе и отношеніе къ проституціи—227. Современные вопросы земской медицины—238. О дезинфекціи—253. Уничтоженіе комаровъ—253. Венер. бол. Петербурга—254. Петербургскіе съѣзды—Пироговскій и для борьбы съ торгомъ женщинами—264. Медико-санит. организація въ Симферополь—276. Аптечный вопросъ въ томск. гор. самоуправленія—276. Противоскарл. прививки Габричевскаго—277. Учебно-воспит. заведенія Германіи—278. Въ борьбѣ съ холерой—285. Еще о Пироговскомъ съѣздѣ—287. Медицинская безпомощность сибирскихъ пересел.—301. Тобольская губ. больн. Приказа Общ. Призр.—314. Еще о санитарн. условіяхъ жизни переселенцевъ—326. Очередныя нужды земск. санит. организаціи—338. Поля ассенизаціи—349. Больн. жизнь и ея реформы—350. Къ борьбѣ съ заразн. болѣзнями—362. Статистика самоубійствъ—363. Врачебно-санитарный строй Москвы—385. Препода. гигиены въ среднихъ и низш. школахъ—396. Харьковск. обл. съѣздъ по борьбѣ съ зар. болѣзнями—408. Холерныя мѣропріятія—421. Врачи и реклама—532. О тюрьмахъ—444. Дератизація—469. Бюджетъ рабочаго—468. Будущее Пирог. съѣздовъ—481. Новые разсадники высш. женск. образованія—482. Врачи въ роли защитниковъ смертной казни—490. Петербургская холера—491. О санитарныхъ врачахъ—492. Народныя гигиенич. чтенія—503. Пріюты для вытрезвленія пьяныхъ—504. Моск. городск. лѣтнія школьн. колоніи—515. Международн. гинекологическій съѣздъ врачей—516. Санитарное состояніе Москвы и Петербурга—538. Проказа въ Якутской обл.—552. Проказа въ Россіи—565. Холера 1910 года—576. Обязат. постановл. по санитарной части земскихъ и городскихъ самоуправленій—576. Необезпеченность врачей—588. О санаторіяхъ для туберкулезныхъ больныхъ—601. Страхуваніе отъ болѣзней въ Германіи—612.

IV.

Хроника сельской медицины въ Сибири.

Медицина въ Приангарскомъ краѣ. Изъ фельдшеровъ въ стражники—24. Наша медицинская безпомощность—134. Медицина въ Приангарскомъ краѣ—

287. Медицинская безпомощность сибирскихъ переселенцевъ—326. Жизненный майскій бальзамъ и кораллиственницы, какъ излюбленныя средства приангарскихъ крестьянъ—456.

V.

Корреспонденціи.

Субсидія городской красноярской больницы—13. Чума рогатаго скота на Татарскомъ побережьѣ—75. Владивостокскій рекламистъ—109. Выборы городского головы въ Томскѣ—170. Изъ Красноярска—434. Изъ Приангарскаго края—445.

VI.

Varia.

Забалуевъ В. И. Маленькая поправка къ большой книгѣ—25. Н. Сол-нинъ. Памяти Лесгафта—62. Постановленія товарищескаго суда—110, 230. Двадцатилѣтній юбилей одного культурнаго начинанія—310. Д-ръ Александръ Давидовичъ Тумповскій (некрологъ)—375. Благовѣщенская городская больница въ 1909 г.—431. Медицинскій факультетъ Томскаго университета въ 1909 году—504. Рецензія на книгу Соболева—389,—на книгу проф. Тихова—612.

VII.

Письма въ редакцію.

Д-ра Миропольскаго—38, 229. Д-ра Альбинскаго—40. Д-ра Делекторскаго—51. Д-ра Крутовскаго—63, 181. Д-ра Козьмина—84. Д-ра Коновалова—122. Д-ровъ Москвитина и Патушинскаго—147. Д-ровъ Черныхъ и Каршина—158. Д-ра Григорьева—303, 567. Д-ра Гинсберга—328. Переселенческой фельдшерницы—410. Д-ра Щербакова—551. Д-ра Никольскаго—590.

VIII.

Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.

Благовѣщенское мед. Общество—26. Общество томское естествоиспытателей и врачей—98. Общество врачей Енисейской губерніи—109, 121, 147, 181, 457, 482, 492, 530, 578. Общество практическихъ врачей Томской губ.—469. Томское акушерско-гинекологич. Общество—12, 86, 520. Протоколы О-ва врачей Восточной Сибири—16, 28, 52, 64, 100, 112, 124, 160, 172, 187, 388, 400, 412, 424, 436, 460, 471, 495. Протоколы Пирог. Студ. Мед. общества—88, 196, 208, 220, 232, 244, 256, 268, 280, 292, 591.

XI.

Рефераты.

Аденоиды—276. Анафилаксія—382. Анемія врожденная—430. Анорексія—7. Аппендицитъ—284. Арсацетинъ 73. Атрофія глазного нерва—360.

Бленоррея глазъ—251. Ботріомикозъ—384.

Верональ—359. Внутриглазное давленіе—250. Воспаленіе глазъ—21. Воспаленіе ревматическое—236. Воспаленіе симпатическое—480. Выкидышь—299.

Дигиталинь—187. Діатезъ геморратическій—564. Диабетъ—7, 430. Диабетъ дѣтскій—588.

Запоръ—7. Зобная железа—188.

Ишіасъ—204, 479.

Іодъ, дѣйствіе его—168.

Клизмы, показанія къ нимъ—178. Корь—264, 454, 611. Коклюшь—374. Кормленіе грудныхъ дѣтей—482. Крупъ—455.

Малярія—453. Менингитъ серозный—202. Менингитъ цереброспинальный—213. Міома—302. Мозолистое тѣло—202. Мэлена—489.

Недержаніе мочи—283, 489. Нейралгіи—480. Нейритъ ретробульбарный—21. Нефритъ—396.

Ожирѣніе—236, 337. Опущеніе желудка—167. Оксіуры—168. Отитъ—420.

Параличъ дѣтскій—361. Перелой—155. Перекись водорода—275. Перикардитъ—394. Піодермитъ—443. Поврежденія хрусталика—21. Поджелудочная железа—394. Подконъюнкт. инъекціи—251. Полиневритъ—213. Послѣродовыя зараженія—405. Проказа—443, 455.

Радіоскопія—284. Рахитъ—285. Рвота—407. Реакція Вассермана—420. Рентгенизація, вліяніе ея на мѣсячныя—466. Родильная горячка—465.

Сартонъ—337. Серодіагностика—250, 263, 360, 444, 537. Сирингоміэлія—479. Сифились—73, 154, 155, 226, 600. Сифились и бол. глазъ—513. Скарлатина—264, 275, 279, 348, 374, 454, 612. Склеродермія—537. Скорбутъ 490. Скрофулезъ—8. Солитеръ—490. Соски застойныя—419. Сосуды перифер.—237. Стрептобактерія вонючая—456.

Теоброминъ—187. Тетанія—188. Туберкулезъ—213, 263, 264, 273, 383. Туберкулезъ и глазн. болѣзни—513. Тифъ, леченіе пирамидономъ—611.

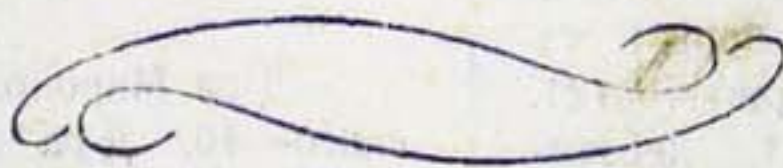
Эклямпсія—467. Экзема—226. Эпилепсія—204, 480.

Холера—213. Холелитіазисъ—336. Herpes corneae menstrualis—420.

Циррозъ—395.

Шанкръ мягкій—226, 600. Шарики ртутныя—226. «606»—394, 600.

Язва двѣнадцатиперстной кишки—563.



СИБИРСКАЯ ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА

Выходитъ еженедѣльно въ г. Иркутскѣ.

Годъ изданія 3-й.

№ 32-й.

Воскресенье 8-го
августа 1910 г.

INJECTIONES

Sterelisatae in ampulis 1 C. C.

Arrhenal (Neo-Arsycodile) 0,025-0,05-0,075-0,10	Bonjeani ergotin dialis 0,10-0,20
Atoxyl 0,05-0,10-0,20	Bombeloni » 0,10-0,20
Arsycodile (Cacodylate de Soude) 0,05-0,075-0,10	Denzel » 0,10-0,20
Natr. kakodylic. 0,01-0,02-0,03-0,05-0,075-0,10	wernichi » 0,10-0,2.
Natr. arsenicicum 0,005-0,01-0,02	Cornutini citric Koberti 0,005
Natr. arsenicodsum 0,01-0,02	Secacornini 1 C. C
Lecithin-ovo 0,05-0,10-0,50	Yohimbini hydrochl 0,01

АПТЕКА Э. ГЕССНЕРА ВЪ ВАРШАВѢ.

и много другихъ. Всегда готовыя предлагаетъ

Подробные преишь-куранты franco.

Высылка наложеннымъ платежомъ по почтѣ или черезъ мѣстныя аптеки.

БЕРЛИНЪ

ФРИДРИХШТРАССЕ 136, ВЪ 3-ХЪ МИН. ХОДЬБЫ ОТЪ ВОКЗАЛА
„ФРИДРИХШТРАССЕ“. ТЕЛЕФОНЪ АМТЪ 3, 1729.

РУССКОЕ СПРАВОЧНОЕ БЮРО

Э. Муравкина.

Выдаются всякаго рода указанія и справки:

о путяхъ сообщенія, квартирахъ, врачахъ, клиникахъ, санаторіяхъ, курортахъ, учебныхъ завед., торговыхъ и промышленныхъ фирмахъ.

ПРИ БЮРО ИМѢЮТСЯ

СТУДЕНТЫ-ПЕРЕВОДЧИКИ И ПРОВОДНИКИ.

Сопровожденіе къ профессорамъ и на курорты.

Желаніе могутъ быть встрѣчаемы на вокзалѣ.

При письменныхъ запросахъ просятъ прилагать марки для отвѣта.

Адресъ: Russisches-Reise-Auskunfts-Bureau, Murawkin, Berlin, Friedrichstr. 136.

Muiracithin

ВЫДАЮЩЕЕСЯ СРЕДСТВО ПРИ
ВСѢХЪ НЕВРАСТЕНИЧЕСКИХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ.
Укрѣпленіе, улучшеніе общаго нервнаго состоянія.
ВЫДАЮЩЕЕСЯ НЕРВНОЕ ТОНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО.

ЛИТЕРАТУРА:

Geh. M. d. Rat. Prof. Eulenburg, Berlin; Pavlovi, St. Petersburg; Weidemann, St. Petersburg; Förbringer, Berlin; Hirsch, St. Petersburg; Holländer, Berlin; Posner, Berlin; Rebourgeon, Paris; Goll, Zürich; Popper, Jgls bei Senator; Hirsch, Kudwa; Steinsberg, Franzensbad; Waitz, Paris; Wright London; Piliver, Obessa; Fürth, Dorvent; Quastler, Wein.

NORIDAL

СУШПОЗИТОРИИ ПРИ
ГЕМОРОУ,

кровотеченіяхъ, pruritus, толезмахъ, катаррѣ прямой кишки, трещинахъ, и при болезненности испраженій
Прон: Cal. chlorat., Calc. iod., Bals. peruv.

ЛИТЕРАТУРА:

Прон Boas, Berlin; Kehr, Halberstadt; Pickardt, Berlin; Weise, Berlin; Sandberg, Berlin; Zibell, München; Wright, London; Silvestri, Rom; Dawson, London.

BIOSON

Безусловно не раздражающій, легко переваримый питательный бѣлаково-железисто-лептитиновый препаратъ, можетъ быть принимаемъ мѣсяцами, безо всякихъ растройства ищеваренія, хорошо переносится и при лихорадочныхъ какъ острыхъ такъ и хроническихъ заболѣваніяхъ, возбуждаетъ аппетитъ даетъ замѣтное увеличеніе веса тела повышаетъ содержаніе гемоглобина въ крови и количество кр. кров. шариковъ благопріятно вліяетъ при истощеніи организма. Такимъ образомъ будучи вѣрнымъ питательнымъ средствомъ обнаруживается вмѣстѣ съ тѣмъ кровеобразныя свойства желѣза и укрѣпляющее дѣйствіе на нервную систему, свойственное лецитину.

ЛИТЕРАТУРА:

Д-ръ С. К. Андроновъ, СПб.; Д-ръ А. Ф. Вейдеманъ, СПб.; Проф. фонъ Ноорденъ, Вѣна; Проф. фонъ Лейденъ, Берлинъ; Проф. Цинъ, Берлинъ; Проф. Бригеръ, Берлинъ; Проф. Цинцель Ренъ, Франкфуртъ н.М.

Литература всѣхъ препаратовъ бонизатно и франко
Контора химическихъ препаратовъ, — СПб., Невскій пр., 28, д. Зингера.

Физиологически и клинически исследованіе желатина. — * Дѣйствіе бѣлаково-железисто-лептитиновыхъ препаратовъ.



**ЛѢТНЯЯ СТАН-
ЦІЯ ДЛЯ ЛЕГОЧ-
НО-БОЛЬНЫХЪ.**

**Санаторія
Веравальдъ**

близъ Тодтмосса, въ южномъ баденскомъ Шварцвальдѣ.
Желѣзнодорожная станція ВЕРЪ, линіи Базель, (бад. вок-
залъ) Шопфхаймъ-Зекингенъ
на высотѣ 881 м. надъ ур. моря.

Самая высокая станція въ **ЛЕГОЧНО-БОЛЬНЫХЪ**,
Германіи для
Солнечное, защищенное отъ вѣтровъ со всѣхъ сторонъ
хвойными лѣсами, мѣстоположеніе.

ОТВѢЧАЕТЪ ВСѢМЪ ТРЕБОВАНИЯМЪ ГИГИЕНЫ.
100 кроватей.

Полнѣйшій комфортъ. Электрическое освѣщеніе. Подъ-
емная машина. Центральное отопленіе.

ОТКРЫТА ВЪ ТЕЧЕНІЕ КРУГЛАГО ГОДА.

Зимой и лѣтомъ одинаково хорошіе результаты леченія.
ОСОБЕННО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ СТРАДАЮЩИХЪ ЛЕГКИМИ ПЕРВОЙ
СТАДИИ.

Директоръ по хозяйств. части: Завѣдующій врачъ:
К. МЕЦГЕРЪ. Д-ръ мед. Фр. ЛИПСЪ.

Проспекты по желанію высылаются *врачебнымъ управленіемъ*
санаторіи или «Русскимъ Справочнымъ бюро» Э. Муравкина,
Берлинъ, Фридрихштрассе 136.

МУЙРАЦИТИНЪ

химико-фармацевтической фабрики.

ЛЕОПОЛЬДЪ СТОЛКИНДЪ и Ко.

наилучшее средство при всѣхъ

неврастическихъ страданіяхъ, при преждевременной мужской слабости и
нервныхъ расстройствахъ всякаго рода, что **БЛЕСТЯЩЕ ДОКАЗАНО И**
ПРИЗНАНО, поэтому мы просимъ обратить особое вниманіе гг.
врачей на фирму «**ЛЕОПОЛЬДЪ СТОЛКИНДЪ и Ко.**»
на баннеролъ, которою обклеена коробка съ надписью Съ
разрѣшенія Главнаго Врачебнаго Инспектора отъ 4 декабря
1908 г. за № 11398» и на цѣну 2 руб. за коробку въ 50
пилюль. Просимъ не смѣшивать нашъ МУЙРАЦИТИНЪ съ
берлинскимъ препаратомъ того же названія, который при
цѣнѣ въ 5 руб. за коробку, значительно ниже по своимъ
качествамъ.

Главный складъ: Москва, Никольская 17—19
Отдѣленіе: Берлинъ, 0,24—4

САНАТОРІЯ NEUDORF

для легочно-больныхъ среднего класса



ЦѢНА въ день: 4—5,50 р.
за полный пансіонъ и
леченіе.

при санаторіи имѣется
собственный врачъ.

ОТКРЫТА КРУГЛЫЙ ГОДЪ.

Особенно рекомендуются
курсы леченія

весной, осенью и зимой.

Проспекты высылаются бесплатно владѣльницей Weickert
или Русскимъ Справочнымъ Бюро Э. МУРАВКИНА.

Берлинъ, Friedrichstrasse 136.

Sanatorium Neudorf, Station Friedland, Bezirk Breslau.

ФЕРРОЛЕЦИТИНЪ

незамѣнимое средство при малокровіи, блѣдной
немочи, нервномъ разстройствѣ, болѣзняхъ ко-
стей, разстройствѣ питанія, слабосилии, диабетѣ,
общемъ параличѣ, рахитѣ, золотухѣ, при бере-
менности и кормленіи грудью и пр.

РЕКОМЕНДОВАНО и УПОТРЕБЛЯЕТСЯ мно-
гими русскими и иностранными врачами.

ФЕРРОЛЕЦИТИНЪ имѣется въ продажѣ въ
порошкѣ, таблеткахъ и посеребренныхъ пилюляхъ.

Литература и пробное количество ферролецити-
на для гг. врачей высылаются по первому требованію
бесплатно. Химико-фармацевтическая фабрика

ЛЕОПОЛЬДЪ СТОЛКИНДЪ и Ко.

Москва, Никольская, 17/19—Берлинъ, 0,27/6.

Электро-водо-грязелечебница

при хирургической и гинеколо-
гической амбулаторіи

Врача **И. П. МИХАЙЛОВСКАГО**

Иркутскъ, 2-я Солдатская, 8.

Пріемъ ежедневно съ 8—9 час. утра
и 4—5 час. вечера.

KNOLL & Co.



Ludwigshafen. a Rh.

Styptol

Маточное Haemostaticum и Sedativum.

Доза: 2—3 раза въ день по 3 таблетки по 0,5 грм.

Оригинальная коробки съ 20 таблетками—50 коп.

Triferrin

Фосфоръ—содержащій препаратъ желѣза.

Доза: 3 раза въ день по 0,3 грм. въ порошокъ или
въ таблеткахъ

Оригинальная коробки съ 30 таблетками по 0,3 грм.
—50 коп.

Подробная литература, формулы рецептовъ и образцы
бесплатно къ услугамъ гг. врачей.

черезъ Р. ОТТО мл., Москва.

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“ выходитъ по вторникамъ еженедѣльно въ размѣрѣ 1—2 печатныхъ листовъ съ обложкою

Подписная цѣна: на годъ 7 р. Допускается разсрочка: при подпискѣ 4 р. и къ 1-му юля 3 рубля.

Плата за объявленія по соглашенію

ВЫХОДИТЬ ЕЖЕНЕДѢЛЬНО

ВЪ

ИРКУТСКЪ.

Редакція открыта ежедневно съ 2 до 4 час. дня.

Статьи и всякую корреспонденцію просить направлять по слѣдующему адресу редакціи:

Иркутскъ, Басинская, 27. Телефонъ редакціи № 817.

Единственное представительство по сбору объявленій за границей—Русское Справочное Бюро Э. Муравкина. Берлинъ, Фридрихштрассе, 136.



Alleinige Geschäftsstelle und Inseraten--Annahme für das Ausland: E. Murawkin, Russisches Reise--Auskunftsbureau, Berlin Friedrichstrasse, 136.

Содержаніе: *Ординаторъ А. Н. Лапшевъ.* Случай хроническаго алкоголизма у ребенка.—*Проф. П. Тиховъ.* Обзоръ операціонной дѣятельности Госпитальной Хирургической Клиники Томскаго университета съ 1 января 1908 г. по 30 апрѣля 1910 г. (Продолж.).—*Ст. мед. X. А. Дризина.* О поликлиникахъ.—Рефераты. Дѣтскія болѣзни.—Вопросы врачебно-общественной жизни.—Врачебная хроника.—Протоколы О-ва врачей Вост. Сиб. въ г. Иркутскѣ за 190⁹/₁₀ г.—Объявленія на обложкѣ.

Случай хроническаго алкоголизма у ребенка *).

Ординатора А. Н. Лапшева.

Изъ факультетской дѣтской клиники Томскаго университета.

Случаи потребленія алкоголя дѣтьми, даже въ самомъ раннемъ возрастѣ, къ сожалѣнію, очень часты и дѣтскіе врачи неоднократно останавливали свое вниманіе на этомъ, имѣющемъ громадное общественное значеніе, вопросѣ.

Время отъ времени различными авторами производились статистическія изслѣдованія въ этомъ направлеініи, ярко иллюстрирующія широкое развитіе этого зла.

Для примѣра укажу на двухъ русскихъ авторовъ, изучавшихъ вопросъ о частотѣ потребленія алкоголя въ дѣтскихъ возрастѣ. Первый изъ нихъ—д-ръ *Г. П. Горячкинъ* (Дѣтск. Мед. 1890 г., № 2, стр. 95) въ амбулаторіи больницы св. Ольги произвелъ поголовный опросъ при приѣмѣ приходившихъ больныхъ и какъ результатъ такого опроса даетъ свѣдѣнія о свыше 1600 дѣтяхъ въ возрастѣ до 12 лѣтъ. Оказалось, что 506-ти изъ нихъ давался алкоголь, при чемъ 273 получали его болѣе или менѣе систематически. Второй—д-ръ *Ф. Д. Румянцева* (Сиб. Врач. Вѣдом., 1903 г., № 11—13), приводя изслѣдованія предыдущаго автора, сообщаетъ результаты и своего опроса, произведеннаго по тому же принципу, т. е. не подбирая матеріала, а опрашивая всѣхъ подрядъ. Свѣдѣнія даны о 350 дѣтяхъ въ возрастѣ отъ 3 мѣсяцевъ до 3 лѣтъ, изъ которыхъ въ 121 случаѣ давался алкоголь.

Не буду обременять свою замѣтку дальнѣйшими литературными справками по данному вопросу, тѣмъ болѣе, что принципиальнаго разногласія между отдѣльными авторами нѣтъ: всѣ они согласно указываютъ, что алкоголизмъ среди дѣтей значительно распространенъ и при томъ не только въ средѣ простаго народа, но и въ интеллигентной средѣ.

Въ самомъ дѣлѣ, по какимъ только поводамъ не дается дѣтямъ алкоголь: такъ называемыя простудныя заболѣванія, малокровіе, желудочно-кишечныя расстройства, отсутствіе аппетита и пр. и пр.—все это служитъ поводомъ дать ребенку алкоголь въ томъ или другомъ видѣ. Удивляться вышеописанному положенію вещей не приходится, если принять во вниманіе слабое распространеніе въ современномъ обществѣ разумныхъ гигиеническихъ свѣдѣній, въ особенности по отношенію къ дѣтямъ.

Такого рода «леченіе» не всегда проходитъ безнаказанно. Сплошь и рядомъ мы видимъ, что ребенокъ привыкаетъ къ алкоголю и въ нѣкоторыхъ случаяхъ пагубная привычка укореняется столь прочно, что родителямъ, имѣвшимъ неосторожность увлечься алкогольнымъ леченіемъ, стоитъ немалыхъ трудовъ отучить отъ нея ребенка.

Если къ такимъ результатамъ приводитъ алкоголь при сравнительно невинныхъ заболѣваніяхъ, гдѣ ребенокъ, въ сущности, и не нуждается въ немъ, то нѣтъ ничего удивительнаго, что въ болѣе серьезныхъ случаяхъ, въ особенности тамъ, гдѣ дитя страдаетъ отъ постоянныхъ болей, гдѣ минута забвенія является для него давно желаннымъ благомъ, алкоголь со своимъ наркотическимъ дѣйствіемъ еще опаснѣе. Разъ испытавъ пріятное состояніе отсутствія или хотя бы ослабленія угнетавшихъ его болей, больной инстинктивно ищетъ повторенія этого состоянія и тогда борьба съ требованіями маленькаго алкоголика непосильна для родителей при

*) Доложено въ общемъ собраніи Общества практическихъ врачей Томской губ. 31 окт. 1908 г.

обыкновенной домашней обстановкѣ: они бывають вынуждены обратиться въ клинику или больницу съ просьбой помочь горю. Тѣмъ серьезнѣе приходится считаться съ возможностью развитія привычки къ алкоголю у дѣтей, по тѣмъ или другимъ причинамъ предрасположенныхъ къ этому.

Ниже я привожу очень поучительный въ этомъ отношеніи случай алкоголизма у ребенка 1 года 10 мѣс.

16 октября 1908 года въ клинику амбулаторію была принесена отцомъ дѣвочка 1 года 10 мѣс. (Екат. Р-ко) съ жалобами на то, что она постоянно проситъ водки и нѣтъ возможности отучить ее отъ этой привычки. Ребенокъ былъ принятъ въ клинику.

Общее изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты. Дѣвочка пуглива, мало общительна, капризна и въ чуждѣнномъ отношеніи производитъ впечатлѣніе отставшей. Лицо съ землистымъ оттѣнкомъ, подъ глазами темные круги. Общие покровы и видимыя слизистыя блѣдны, подкожный жирный слой развитъ слабо. Доступныя ощупыванію лимфатическія железы увеличены, довольно мягки на ощупь. Въ области лѣваго бедра на наружной сторонѣ холодный абсцессъ. Языкъ обложенъ, изо рта запахъ перегорѣлой водки. Рефлексы безъ особыхъ измѣненій. Въ легкихъ перкуторныхъ измѣненій нѣтъ; при выслушиваніи—разсѣянные свисты и хрипы въ небольшомъ количествѣ. Границы сердца въ предѣлахъ нормы, тоны нѣсколько глухи. Животъ вздутъ. Печень выходитъ изъ подреберья пальца на три, довольно плотна на ощупь. Селезенка не прощупывается. Вѣсъ тѣла 7900 грм., длина 78 см., окружность головы 44 см., груди 46,5 см. (соотвѣтствующія для дѣвочки цифры, по Н. П. Гундобину изъ его книги «Особенности дѣскаго возраста», будутъ для 2-хъ лѣтъ таковы: вѣсъ тѣла 12,525 грм., ростъ 84,7 см., окружность головы 47,5 см., груди 48,8 см.)

Мочу удалось собрать только черезъ нѣсколько дней. При изслѣдованіи обнаруженъ индиканъ въ небольшомъ количествѣ. Испражнения жидки, вонючи, раза два-три въ сутки. Изслѣдованія крови дали слѣдующіе результаты: 1-й разъ—18/х.—гемоглобина (по Говерсу) 65 проц., красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 5.800000, бѣлыхъ 6,350; патологическихъ формъ нѣтъ, кромѣ небольшого количества микроцитовъ. 2-й разъ—20/х.—гемоглобина 65 проц. эритроцитовъ 5.700000, бѣлыхъ шариковъ 7.100.

Анамнезъ. Родители ребенка средняго возраста, повидимому, изъ здоровыхъ семей и сами здоровы. Отецъ не пьяница, но въ послѣдніе 4—5 лѣтъ началъ выпивать чаще. Мать тоже иногда выпиваетъ, но понемногу. Во время беременности не пила. Въ періодъ лактаціи раза два въ недѣлю выпивала по рюмкѣ водки. Какихъ-либо нервныхъ или психическихъ больныхъ среди ближайшей родни, повидимому, нѣтъ. Алкоголизма предковъ установить не удалось.

Дѣвочка родилась доношенной, безъ асфиксіи. На груди была до 1 г. 1 мѣс. Съ шести мѣсяцевъ пробовали прикармливать, но очень мало. Послѣ года она стала ѣсть кашку, супъ, мясо, картофель и проч. Прорѣзъ первыхъ зубовъ около 7 мѣс. До февраля 1908 года была очень здоровымъ, крѣпкимъ ребенкомъ. Въ февралѣ, когда ей было около 1 года 2 мѣс., она упала съ кровати, но безъ видимыхъ поврежденій. Недѣли черезъ три начала прихрамывать на лѣвую ногу. Въ концѣ апрѣля появились опухоль въ области тазобедреннаго сустава лѣвой ноги.

Дѣвочка начала худѣть. Развившаяся опухоль была плотна и безъ видимыхъ воспалительныхъ явленій. Послѣ наложенія зеленого пластыря ниже опухоли послѣдняя, по словамъ отца, перемѣстилась къ серединѣ бедра, гдѣ и находится въ настоящее время. вмѣстѣ съ тѣмъ опухоль слѣдалась болѣзненной, дѣвочка стала постоянно жаловаться на боли въ ногѣ и плохо спала. Одновременно съ появленіемъ опухоли развился поносъ, продолжавшійся до поступленія въ клинику.

Переходя теперь къ описанію начала алкоголизма у нашей больной, я долженъ отмѣтить, что еще съ 7-го мѣсяца отецъ довольно часто, какъ онъ говоритъ, давалъ ребенку «церковнаго вина». Вина давалось понемногу, никакого замѣтнаго дѣйствія оно не производило и дѣвочка относилась къ нему безразлично, по крайней мѣрѣ, инициатива всегда принадлежала отцу. Замѣчу, кромѣ того, что отецъ давалъ вино не регулярно, иной разъ проходила недѣля, двѣ мѣсяца, и вино не давалось, а дѣвочка о немъ не вспоминала. Такъ продолжалась до мая с. г. Въ маѣ на свадьбѣ ей кто-то изъ подвыпившей компаніи далъ водки и это произвело рѣдкій эффектъ: ребенокъ преобразился, началъ смѣяться, пѣть, прыгать, не обращая вниманія на больную ногу и, повидимому, не чувствуя никакой боли. За періодомъ возбужденія послѣдовалъ глубокой сонъ. Неумѣстная забава повела къ печальнымъ послѣдствіямъ: истощенный и изстрадавшийся ребенокъ началъ неоступно требовать съ тѣхъ поръ жидкости, дѣйствіе которой ему такъ пришлось кстати. Уступая просьбамъ, родители давали требуемое, причемъ дѣвочка могла заразъ выпить рюмку водки, а за сутки выпивала до двухъ рюмокъ—больше этого количества родители старались не давать. Послѣ пріема алкоголя она переставала жаловаться на боли, приходила въ веселое настроеніе и затѣмъ засыпала: проснувшись—возобновляла свои требованія. Между прочимъ, родители замѣтили у нея измѣненіе вкусовъ, такъ, напр., отецъ передаетъ, что его дочь, стала отказываться отъ сладостей, сахару предпочитала соленые огурцы и холодный вареный картофель. Въ послѣднее время рѣзко измѣнился характеръ ребенка: изъ веселой, общительной и ласковой дѣвочки она постепенно слѣдалась злой и нелюдимою.

Въ первый день пребыванія въ клиникѣ дѣвочка почти ничего не ѣла. На слѣдующій день утромъ ей было дано 10 граммъ 30 проц. алкоголя. Замѣтно эффекта эта доза не произвела. Аппетитъ въ этотъ день былъ такъ же плохъ, какъ наканунѣ. Все время маленькая алкоголичка просила, съ помощью специального звука, вина и была очень безпокойна.

Слабило два раза жидкими, вонючими испражнениями, почему была назначена касторовая эмульсія съ резорциномъ. На третій день алкоголь, не довался. Аппетитъ нѣсколько поднялся испражнения менѣе вонючи—два раза. Въ этотъ же день была произведена пункція абсцесса на ногѣ и инъекція въ полость абсцесса йодоформенной эмульсіи. Въ послѣдующіе дни общее состояніе больной улучшилось и обычная для нея просьбы прекратились. Печень за время пребыванія въ клиникѣ нѣсколько уменьшилась.

Спросимъ теперь себя, имѣется ли достаточно оснований обвинять моментъ, когда ребенку дана была рюмка водки, въ томъ, что влеченіе къ алкоголю приняло столь опредѣленную форму? Не играло ли рѣшающей роли то обстоятельство, что ранѣе ребенокъ сравнительно ча-

сто пилъ вино, а родители все-таки были не чужды алкоголизму: Миѣ кажется болѣе вѣроятнымъ первое предположеніе, т. е., что определенная потребность въ алкогольъ вызвана именно свадебной рюмкой водки и что остальные указанные моменты играли второстепенную роль подготовителей почвы. Позволительно сомнѣваться, чтобы у здороваго, не страдающаго отъ болѣе ребенка,—хотя бы и получавшаго до того времени небольшія количества слабого алкоголя, хотя бы и имѣвшаго склонныхъ къ алкоголю родителей,—одна рюмка водки могла вызвать неопределенную къ ней потребность.

Что касается умѣренного алкоголизма родителей, то, какъ миѣ кажется, онъ могъ быть причиной развѣ только известной неустойчивости, слабости нервной системы, которая при неблагоприятныхъ жизненныхъ условіяхъ являлась бы почвой для развитія алкоголизма въ будущемъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ алкогольная наследственность играла бы такую же роль, какъ и всякая другая, влияющая на нервную систему и вовсе не предвѣщая бы алкоголизма потомковъ.

Совсѣмъ другое дѣло, если мы сопоставимъ два факта: съ одной стороны постоянныя боли, съ другой замѣтное обезболивающее дѣйствіе алкоголя. Въ этомъ случаѣ и безъ всякой, даже легкой, наследственности не придется удивляться желанію ребенка повторить приятное состояніе. Если такой взглядъ правиленъ, то ясенъ выводъ, что давать значительныя дозы сравнительно крѣпкаго алкоголя дѣтямъ, страдающимъ отъ болѣе, или такимъ, состояніе которыхъ подъ влияніемъ алкоголя можетъ измѣниться въ сторону рѣзкаго повышенія самочувствія, прямо противоположнаго предыдущему, угнетенному и, въ особенноти, при недомоганіяхъ длительного характера, положительно опасно. Что же касается слабыхъ сортовъ алкоголя, то дача ихъ въ указанныхъ случаяхъ по меньшей мѣрѣ рискованна, такъ какъ дѣйствіе ихъ будетъ находиться въ прямой зависимости отъ индивидуальности ребенка и можетъ сыграть такую же печальную роль въ судьбѣ этого послѣдняго, какъ и болѣе крѣпкіе растворы его.

Обзоръ оперативной дѣятельности госпитальной хирургической клиники Томскаго университета съ 1 января 1909 г. по 30 апрѣля 1910 г.

Проф. П. Л. Михова.

(Продолженіе)

Наркозъ въ нашей клиникѣ примѣняется по большей части хлороформный, рѣже сочетанный хлороформно-эфирный и еще рѣже чисто эфирный. Послѣоперационный періодъ проводится по обычнымъ правиламъ, выработаннымъ опытомъ. Обыкновенно тѣ случаи, которые протекаютъ послѣ операции тяжело съ осложненіями, выводятся въ отдѣльныя комнаты, чтобы не смущать сосѣдей по койкѣ: благодаря значительному количеству отдѣльныхъ палатъ (8), эта изоляція не представляетъ какихъ либо затрудненій.

Послѣ этихъ общихъ замѣчаній переходимъ къ болѣе подробному разбору нашего матеріала—1001 сл. операции, произведенныхъ подъ общимъ наркозомъ.

По отдѣльнымъ областямъ этотъ матеріалъ распределяется такъ:

I. Операциі на головѣ 188 сл.

Въ частности:

Мозговая грыжа	1 сл.
Трепанация черепа	3 »
Сшивание нижн. чел. по пов. перел.	2 »
Энуклеация глаза	1 »
Пластическ. операція разн. рода	37 »
Опер. по пов. восп. проц. разн. рода	53 »
Полная резекція верхн. челюсти	3 »
» » нижн. »	4 »
Ампутация языка	4 »
Перевязка язычн. артерій	1 »
Удаленіе инородныхъ тѣлъ	3 »
Удаленіе опухолей разнаго рода	76 »

(изъ нихъ: cancer lab. inf.—40).

II. Операциі на шеѣ 71 сл.

Въ частности:

Трахеотомія	3 сл.
Тиреотомія	2 »
Ларингектомія	2 »
Струмектомія	18 »
Эзофаготомія	2 »
Удаленіе туберк. лимфомъ	28 »
» опухол. разн. рода	15 »
Laminectomy по поводу туб. спонд. съ параличами	1 »

III. Операциі на груди 27 сл.

По поводу воспал. процес.	4 сл.
Ампутация груди по поводу рака	17 »
(Изъ нихъ въ 12 сл. была произведена пересадка здоров. груди).	
Ампут. груди по пов. болѣзни Paget	1 сл.
Удаленіе опухолей разн. рода	4 »
Резекція реберъ при эмпиемѣ	1 »

IV. Операциі на брюшной полости 325 сл.

Гастростомія	4 сл.
Гастро-энтеростомія	5 »
Измѣненіе привратника и неполн. удал. жел.	3 »
Лапаротомія при заворотѣ кишекъ	4 »
Резекція кишекъ по различн. повод.	7 »
Лапаротомія по пов. желчн. камней	2 »
» » травм. повр.	1 »
Удаленіе эхинококка	6 »
Операція Talma	1 »
Аппендицитъ	39 »
Грыжесъченіе	225 »

Изъ нихъ по поводу:

Паховой грыжи (6 ущемленій)	204 сл.
Бедренной	3 »
Пупочн.	10 »
Бѣлой линіи	7 »
Травматич.	1 »
Лапарот. по пов. опух. брюшн. пол.	21 »
Повторн. лапаротомія	1 »
Пробная лапаротомія	5 »
» по поводу поддиафрагман. актиномикоза	1 »

V. Разрѣзы брюшной стѣнки 5 сл.

Операции при гемморой	54	»
Удаление полиповъ прямой кишки	2	»
Разсѣчение стриктуры заднепр. отв.	2	»
Transplantatio recti vestibularis	1	»
Удаление копчиковой кости	1	»
Закрытіе spinae bifidae	2	»
	67	сл.

VI. Операции въ мочеполовой сферѣ 175 сл.

Въ частности:

Нефректомія	3	сл.
Нефротомія	6	
Высокое камнесѣчение	10	
Операции по поводу hydrocele	30	
» » haematocoele	2	
» » varicocele	3	
» » spermatocele	1	
Кастрація	5	
Удаление придатка и яичка по Разумовскому		
Орхидопексія	7	
Циркумцизія	8	
Эмаскулація	1	
Удаление клитора	1	
Резекція пещерист. тѣла члена	1	
Вентрофиксація	3	
Myomectomy	10	
Экстирпація матки чер. влагалище	4	
» » поср. лапаротоміи	26	
Удаление придатковъ	5	
Удаление яичниковъ	11	
Зашивание фистуль	6	
Пересадка мочеточниковъ	16	
Кесарское сѣчение	2	
Лапаротомія при внѣматочн. бер.	5	
Кольпоррафія	1	
Паранефритическій абсцессъ	1	

VII. Операции на верхней конечности 56 сл.

Операции по поводу воспал. проц.	15	сл.
Вправление вывиховъ	6	
Amputatio interscapulo-thorac	1	
Вылушение плечевой кости	1	
» » пальцевъ	4	
Резекція плечевой кости	1	
» локтя	4	
Операция manus parvae	1	
Пластическіе операции разн. рода	4	
Brisement forcé	2	
Сшивание двуглавой мышцы	1	
Удаление инородныхъ тѣлъ	8	
» опухолей разнаго рода	8	

VIII. Операции на нижней конечности 90 сл.

Операции по поводу воспалит. проц.	14	сл.
Впрыскивание въ суставн. сумку іодоформ. эмульсіи	9	
Вправление вывиховъ	3	
Вытяжение сѣдалища нерва при ischias	2	
Ампутація и вылушения	17	
(Изъ нихъ вылушение бедра 2, остеопласт. ампутація бедра по Сабантьеву 3).		
Резекція тазобедр. сустава	1	сл.
» колѣна	3	
» голено-стопн. сустава	1	
Перевязка большихъ суставовъ	4	
(Изъ нихъ перев. бедренной артеріи 3 сл. и наружной подвзд. 1 сл.)		

Вылушение аневризмы съ послѣдующ. наложен. шва на сосуды	2
Сшивание надколѣн. чашечки	1
Ортопед. операции при pes varus	11
Osteotomia subtrachonterica	1
Arthrodesis (при paralis infant)	4
Удаление вросшаго ногтя	4
Пластическ. операции	1
Удаление опухолей	12
Перевязки подь наркозомъ	2

Распредѣляя нашъ матеріалъ по главнымъ областямъ тѣла и сопоставляя съ соотвѣтствующими указаніями, взятыми изъ отчетовъ клиники Дьяконова¹⁾ и Czerny,²⁾ получимъ:

	Наш. кл.	Кл. Дьяк.	Кл. Czerny
Операции на головѣ въ 0/0	19	15	8 0/0
» » шеѣ	7	5	14
» » груди	3	4	4
» » брюшн. пол.	33	37	38
» » прямой кишк.	6	8	—
» » мочепол. сист.	18	11	10
» » верхней кон.	5	3	26
» » нижней »	9	16	26

Всматриваясь въ эту табличку, видимъ, что наша клиника и клиника Дьяконова располагаютъ матеріаломъ, удивительно сходственнымъ, почти тождественнымъ, да оно и понятно: объ эти клиники въ условіяхъ дѣятельности стоятъ совершенно одинаковыхъ. Клиника Czerny представляетъ матеріалъ, нѣсколько отличающійся отъ нашего: оч. высокій 0/0 падаетъ на операции на конечностяхъ, и довольно значительный на операции на шеѣ. Первое объяснить не трудно: эта клиника, будучи въ сущности благоустроенной больницей по характеру своей дѣятельности и располагая значительнымъ (болѣе 200) числомъ кроватей, принимаетъ больныхъ съ туберкулезомъ суставовъ и вообще больныхъ съ костными формами, тогда какъ мы, (также, какъ и клиника Дьяконова) уклоняемся отъ такихъ больныхъ и, слѣд., искусственно понижаемъ проц. операций на конечностяхъ. Операции на шеѣ въ клиникѣ Czerny встрѣчаются чаще, чѣмъ у насъ по той же причинѣ. Нѣсколько чаще въ нашей клиникѣ операции на мочеполовой системѣ. Это объясняется случайнымъ обстоятельствомъ: разрабатывая методы оперирования въ полости малаго таза (пересадку мочеточниковъ, перевязку маточныхъ артерій), мы охотно подбираемъ матеріалъ въ этомъ направленіи.

Но и въ нашей клиникѣ, и въ клиникѣ Дьяконова, и въ клиникѣ Czerny брюшная хирургія рѣшительно превалируетъ (33, 37, 38 пр.): эта область, дѣйствительно, сдѣлалась излюбленною для современнаго хирурга. Это превалирование дѣлается еще замѣтнѣе, если мы отнесемъ сюда еще и тѣ операции, которыя производятся на женскихъ внутреннихъ genitalia, доступъ къ которому всего чаще производится per laparotomiam, а также и нѣкоторыя операции на почкахъ.

Такъ, у насъ, вводя въ рубрику операций на брюшной полости nephrectomiam, myomectomy, ventrofixatio, sect. caesarea, операции по поводу graviditas extrauterina (всего 85 сл.), получимъ для операций на брюшной полости—41 пр., а по Дьяконову—45 пр.

Наиболѣе отсталою являются активная хирургія грудной полости (3, 4, 4 пр.). Но въ общемъ вышеприведенная таблица свидѣтельствуетъ о томъ, что не смотря на различіе въ мѣстныхъ условіяхъ, характеръ оперативной дѣятельности по отдѣльнымъ областямъ тѣла одинаковъ, не смотря на различія въ

¹⁾ Отчеты клиники за 1901, 03, 04—05—за 3/2 лѣтъ.

²⁾ Отчетъ за 1908 г. Beitr. Z. Klin. Chir. Bd. 64.

въ бытовыхъ, мѣстныхъ и т.п. условіяхъ различныхъ хирургическихъ клиникъ.

Общій результатъ оперативной дѣятельности въ нашей клиникѣ выражается въ 46 сл. смерти, что даетъ 4,6 проц., смертности, въ клиникѣ Дьяконова въ 260 сл. смерти на 2624 операции (=10 проц.).

Что касается проц. смертности у насъ, то мы считаемъ ее, откровенно сказать, минимальной: нашъ матеріалъ подбирается искусственно, хотя мы и не отказываемся принимать завѣдомо тяжелые случаи и не боимся оперировать самые рискованные случаи, тѣмъ не менѣе мы совершенно лишены возможности принимать случаи т. наз. неотложной хирургіи, куда относится весь отдѣлъ тяжелыхъ поврежденій (напр. брюшной полости), а онъ то и повышаетъ процентъ смертности. Въ прежнихъ условіяхъ нашей дѣятельности мы располагали таковымъ матеріаломъ и проц. смертности у насъ былъ выше—6—10 проц.

(Продолженіе слѣдуетъ).

О ПОЛИКЛИНИКАХЪ. *)

Ст. мед. X. А. Дризиха.

Настоящей докладной запиской я имѣю честь изложить нѣкоторыя данныя, относящіяся къ вопросу о поликлиникахъ.

Въ силу тѣсной связи съ этимъ вопросомъ,—съ одной стороны, и въ силу необходимости—съ другой, я коснусь вкратцѣ тѣхъ положеній, которыя касаются постановки высшаго медицинскаго образованія.

Въ свое время уже много писалось горячихъ статей на эту тему, много высказывалось различныхъ мнѣній, производились дебаты на съѣздахъ какъ со стороны профессоровъ—учителей, такъ и со стороны студентовъ—учениковъ, но замѣчательно то, что всѣ такія заявленія имѣли и имѣютъ одинъ характеръ: въ нихъ красной нитью проходитъ одна мысль, подтверждающая несовершенство и недостаточность медицинскаго образованія.

Чтобы не быть голословнымъ, позволю себѣ привѣсти нѣкоторыя данныя. Профессоръ Strumpel въ своей статьѣ «Клиническое преподаваніе медицины» пишетъ: «На основаніи собственныхъ наблюденій долженъ безусловно сознаться въ томъ, что только относительно меньшая часть студентовъ—медиковъ удовлетворяетъ на государственныхъ экзаменахъ на врача тѣмъ требованіямъ, которыя должны предъявляться врачу начинающему, при справедливой, ничуть не строгой оцѣнкѣ». О томъ же говорятъ профессоръ Posner въ Германіи, Lutaud, Debove во Франціи; послѣдній, между прочимъ, прямо заявляетъ, что медицинскій факультетъ, есть контора для выдачи дипломовъ, но никогда не является *alma mater* для студентовъ и врачей.

Изъ постановленій сходки студентовъ Юрьевского университета отъ 8 марта 1908 года мы читаемъ: «Въ виду того, что студенты при настоящемъ положеніи дѣла получаютъ слишкомъ слабую подготовку, какъ по ряду отдѣльныхъ предметовъ, такъ и по цѣлымъ крупнымъ дисциплинамъ медицинской науки, что ведетъ къ недостаточно высокому, какъ теоретическому, такъ и практическому образованію медиковъ, факультетская сходка выставляетъ положенія». Въ 1902³/₄ учебномъ году студенты-медики 5 кур-

са Московскаго университета передъ выпускнымъ экзаменомъ устроили анкету, которая показала, что изъ 145 человекъ 141 считаютъ себя недостаточно подготовленными къ врачебной практической дѣятельности.

Какъ наиболее яркое доказательство высказаннаго здѣсь положенію, укажу еще на различные повторительные курсы, открытіе которыхъ вызвано исключительно чувствомъ глубокой потребности. Медицинское образованіе призвано выполнять двѣ одинаково высокія цѣли: это съ одной стороны дать врачу образованіе, а съ другой дать обществу врача, способнаго къ практической дѣятельности.

Выполненіе этихъ задачъ должно достигаться въ выработкѣ теоретическихъ и практическихъ знаній.

Выполняются-ли однако эти цѣли вполне или хотя только приблизительно? Получаетъ-ли общество врача, способнаго вначалѣ самостоятельно ориентироваться въ томъ матеріалѣ, который встрѣчается на начальномъ пути его практической самостоятельной дѣятельности? Чувствуетъ-ли врачъ начинающій, что его образованіе теоретическое, а въ особенности практическое, стоитъ хотя на среднемъ уровнѣ? Если эти вопросы рѣшаются въ положительномъ смыслѣ, то являются абсурдными всѣ заявленія профессоровъ, проникнутыхъ глубокимъ педагогическимъ опытомъ и наоборотъ, если такія заявленія имѣются на лицо, а тѣмъ болѣе, что они подтверждаются горькими фактами реальной жизни, то отвѣтъ на всѣ эти вопросы отрицательный.

Учитывая всѣ эти данныя, невольно напрашиваются вопросы: какъ-же быть? Гдѣ пути къ разрѣшенію этого столь сложнаго и труднаго положенія? Разными педагогами было въ свое время указано много путей къ разрѣшенію дефектовъ медицинскаго образованія. Такъ, была предложена индукціонная система вмѣсто существующей дедукціонной; предложены также нѣкоторыя другія измѣненія, допускающія вновь поступающихъ студентовъ въ клиники съ перваго-же года, былъ предложенъ, такъ называемый, стажъ и еще много другихъ мѣръ, разбирать которыя отдѣльно здѣсь не мѣсто, ибо это не служитъ цѣлью даннаго сообщенія. Скажу только, что всѣ предложенныя мѣры не нашли такого сочувствія и отклика со стороны педагоговъ и общества, какъ введенія системы поликлиникъ, на изложеніи которой я и остановлюсь, такъ какъ послѣдняя является одной изъ самыхъ удобныхъ и выгодныхъ мѣръ, способныхъ заполнить существенный пробѣлъ медицинскаго образованія и ту душевную драму, которую испытываетъ каждый молодой врачъ, очутившись на полѣ самостоятельной работы и которую такъ хорошо и ярко изображаетъ Вересаевъ въ «Запискахъ врача».

Система поликлиникъ теперь уже давно хорошо развита почти при всѣхъ медицинскихъ факультетахъ за границей, особенно въ Германіи, которая является родиной поликлиникъ; цѣлесообразность этой системы, а также ея громадная польза признается большинствомъ выдающихся педагоговъ.

Поликлиника—учрежденіе, имѣющее двоякую цѣль учебно-воспитательную и филантропическую. Слово поликлиника означаетъ преподаваніе у постели больного въ городѣ, въ противоположность преподаванію у постели больного въ госпиталѣ, что составляло понятіе просто клиникъ. Подъ поликлиникой, говорить профессоръ Dusch, разумѣется институтъ, изъ котораго студентами-медиками старшихъ семестровъ, подъ контролемъ преподавателя, посѣщаются и лечатся больные, принадлежащіе къ бѣднѣйшимъ классамъ населенія, на ихъ квартирахъ т. е. въ городѣ, въ цѣляхъ преподаванія. Докторъ Chantre послѣ изученія поликлиникъ въ Мюнхенѣ, Вѣнѣ, Будапештѣ,

*) Докладъ, читанный 3 марта 1910 года въ Томскомъ студенческомъ Медицинскомъ Широковскомъ Обществѣ.

Прагъ, Дрезденъ, Лейпцигъ и Берлинъ, заявляетъ, что поликлиники приносятъ много пользы учащимся, благодаря той самостоятельности, которую поликлиники представляютъ студенту-медику. Профессоръ Rumpf говоритъ, что въ поликлиникахъ будущій врачъ знакомится съ жизнью, встрѣчается съ условіями, при которыхъ ему придется работать въ послѣдующей дѣятельности. Онъ учится пользоваться свѣдѣніями, приобретенными имъ въ клиникахъ при сравнительно хорошихъ тамошнихъ условіяхъ, прилагая ихъ при иной, болѣе неблагоприятной антиклинической обстановкѣ и всевозможныхъ, обусловленныхъ жизнью обстоятельствахъ. У профессора Ziemssen'a мы читаемъ, что поликлиники представляютъ учащимся медикамъ больныхъ среди различной социальной обстановки и притомъ безъ всякаго искусственнаго подбора она даетъ удобный случай познакомить слушателей съ разнообразіемъ этиологическихъ фактовъ и картинъ болѣзней, а также раскрыть трудности терапевтическихъ мѣропріятій, каковыя порождаетъ реальная жизнь, особенно въ бѣдныхъ классахъ населенія.

Изъ мнѣній русскихъ авторовъ, указывающихъ на пользу поликлиникъ, а также ихъ характеризующія, укажу на Дени, бывшаго дирекгора Юрьевскихъ поликлиникъ, доктора Боткина и профессора Савельева, настоящаго директора поликлиникъ Юрьева. Дени называетъ поликлинику однимъ изъ самыхъ важныхъ учрежденій въ дѣлѣ преподаванія медицины, ввиду того, что она оказываетъ на развитіе моральной личности врача больше, чѣмъ какое либо другое учрежденіе медицинскаго факультета. Принявшій поликлиническаго больного на свое полное попеченіе, молодой медикъ впервые знакомится со всѣми подробностями личной отвѣтственности врача за благосостояніе больного. «Поликлиника вводитъ студентовъ въ частную практику и тѣмъ самымъ вырабатываетъ умѣніе приспособляться, какъ къ матеріальной такъ и къ нравственной обстановкѣ больного»—такъ говоритъ докторъ Боткинъ. Значеніе поликлиники, по Савельеву, настоящему директору поликлиникъ Юрьева, сводится къ выработкѣ практическихъ знаній, необходимыхъ особенно для земской практики, куда большинство изъ окончивающихъ медицинскій факультетъ и направляются и гдѣ врачу приходится встрѣтиться съ больными, что называется одинъ на одинъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

РЕФЕРАТЫ.

Дѣтскія болѣзни.

Barbier Анафилаксія по отношенію къ коровьему молоку у грудныхъ дѣтей. Arch. de Médec. des Enf. 1910 № 7.

Когда ребенокъ кормится грудью матери, то онъ вводитъ въ свой организмъ бѣлки человеческого происхожденія или, по Вассерману, бѣлки гомологичныя. При кормленіи же коровьимъ молокомъ, бѣлки этого послѣдняго, какъ чуждые человеческому организму, прежде чѣмъ войти въ его составъ, должны подвергнуться опредѣленному превращенію. Если же этого не случится и они поступятъ въ кровь въ своемъ первоначальномъ видѣ, то, теоретически рассуждая, нужно ожидать такихъ же явленій, какія получаютъ при впрыскиваніяхъ инородныхъ сыро-

твѣсьма нерѣдко приходится отмѣчать у дѣтей, кормящихся коровьимъ молокомъ, особенную къ нему невыносимость; всѣ обычно принимаемая въ такихъ случаяхъ мѣры остаются безрезультатными. Въ особенности это удается подмѣтить у выздоравливающихъ отъ диспепсіи и энтеритовъ дѣтей. Здѣсь мы наблюдаемъ весьма тяжелые симптомы общаго характера, явленія токсическаго свойства. Стоитъ только замѣнить у такихъ дѣтей коровье молоко молокомъ какого нибудь другого животнаго, и все быстро приходитъ къ нормѣ. Обыкновенно уже съ самаго своего рожденія такія дѣти отличаются абсолютной невыносимостью къ коровьему молоку, будутъ ли къ нему прибѣгать непосредственно для искусственнаго вскармливанія или лишь только для прикармливанія. При этомъ дѣти быстро начинаютъ худѣть и впадаютъ въ атрофію. Такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло съ врожденною невыносимостью къ молоку или съ врожденною анафилаксіей къ нему. Чаще всего это бываетъ у недоносковъ, слаборожденныхъ, наследственныхъ сифилитиковъ или туберкулезныхъ, а также у дѣтей, унаслѣдовавшихъ слабость тѣхъ или иныхъ отдѣловъ пищеварительнаго аппарата.

Второй видъ составляетъ анафилаксія приобретенная, какъ слѣдствіе перекармливанія коровьимъ молокомъ. Она можетъ появиться сразу безъ какихъ либо кишечныхъ расстройствъ или же послѣ легонькой диспепсіи. Въ такихъ случаяхъ очень характерна кривая вѣса: сначала мы имѣемъ періодъ *пищеварительнаго перестроенія*, когда вѣсъ ребенка необычно сильно нарастаетъ (40,0—50,0 въ день); далѣе слѣдуетъ *періодъ пищевой невыносимости*, въ это время нарастаніе въ вѣсѣ останавливается; наконецъ, наступаетъ третій періодъ,—*періодъ анафилаксии*, когда начинается быстрое паденіе вѣса и невыносимость къ молоку проявляется съ большою силой. Къ сожалѣнію, эта послѣдняя еще болѣе искусственно усиливается, такъ какъ, по невѣдѣнію, начинаютъ усиленно кормить ребенка молокомъ вмѣсто того, чтобы уменьшать это кормленіе. Само собой понятно, что для леченія такихъ патологическихъ состояній самымъ вѣрнымъ средствомъ является прекращеніе кормленія молокомъ и переводъ ребенка, если только есть малѣйшая возможность, на естественное вскармливаніе, или, по крайнѣй мѣрѣ, на молоко другого какого-нибудь животнаго—особенно хорошо молоко ослицъ, а иногда и козъ. У дѣтей болѣе старшаго возраста—пяти или шести мѣсячныхъ—можно, кромѣ того, пользоваться также мучнистой пищей или отварами.

П. Федоровъ.

Em. Filliozat. По вопросу о недостаточномъ кормленіи у грудныхъ дѣтей—Парижская диссертация. (По реф. въ Arch. de Medec. des Enf. 1910 № 7).

Выводы автора основаны на 11 наблюденіяхъ. Обычно считаютъ, что рвоты и ненормальный характеръ испраженій являются слѣдствіемъ перекармливанія. Авторъ думаетъ, что и въ нѣкоторыхъ случаяхъ недостаточнаго кормленія могутъ получаться тѣ же самые симптомы. Такая недостаточность въ кормленіи бываетъ результатомъ: 1) слишкомъ строгаго ограниченія въ раціонѣ ребенка; 2) слишкомъ сильнаго разведенія молока водой; 3) незамѣченнаго недостатка молока въ грудяхъ матери; 4) неправильнаго удлинненія діеты и прекращенія въ назначеніи молока послѣ желудочно-кишечныхъ страданій.

Не смотря на значительную потерю въ вѣсѣ и упадокъ питанія, недостаточное кормленіе обыкновенно не оставляетъ въ организмѣ замѣтныхъ слѣдовъ. Эти послѣдніе появляются лишь тогда, когда дѣло уже слишкомъ затягивается. Профилактика и

терапия послѣдствій недостаточнаго питанія заключается въ урегулированіи кормленія согласно физиологическимъ нормамъ, а именно: молоко дается въ количествѣ одной шестой вѣса ребенка втеченіе двухъ первыхъ мѣсяцевъ, въ количествѣ одной седьмой втеченіе слѣдующихъ четырехъ мѣсяцевъ, въ количествѣ одной восьмой втеченіе второй половины года.

П. Федоровъ.

Dr Engel. *Діагностика (специфическая) и терапия дѣтскаго туберкулеза* — *Medizin. Klinik.* 1910, №№ 10, 11.

Туберкулезъ у дѣтей отличается гораздо большимъ разнообразіемъ своей клинической картины, чѣмъ у взрослыхъ.

Черезъ какой бы путь туберкулезная инфекция не попала въ дѣтскій организмъ, анатомическія измѣненія раньше всего наступаютъ въ лимфатическихъ железахъ.

Въ этомъ нужно усматривать стремленіе организма къ самозащитѣ, такъ какъ самъ по себѣ дѣтскій организмъ чрезвычайно малоспособенъ противустоять туберкулезу и только лимфатическія железы обладаютъ еще нѣкоторой способностью въ этомъ отношеніи. Пока зараза содержится только въ железахъ, организмъ еще держится, но стоитъ только инфекции перейти за линію лимфатической системы, организмъ погибъ. Помѣръ роста ребенка сопротивляемость организма къ туберкулезу увеличивается, вмѣстѣ съ тѣмъ укрѣпляются и лимфатическія железы, увеличивается ихъ способность ограничивать распространеніе заразы за свою линію, вмѣстѣ съ тѣмъ и заболѣваемость железъ становится рѣже и легче, а къ періоду половой зрѣлости ихъ роль какъ перваго этапа въ дѣтскомъ туберкулезѣ, исчерпывается.

Сила роста организма въ отношеніи къ туберкулезу состоитъ въ томъ, что ткани все лучше справляются съ бактеріями, которыя не вездѣ могутъ селиться и стремленіе ихъ къ разсѣванію исчезаетъ.

Въ теченіи всякаго дѣтскаго туберкулеза нужно различать двѣ стадіи: заболѣванія однѣхъ железъ и распространеніе заболѣванія на другія ткани. Большое число дѣтей заболѣваетъ туберкулезомъ безъ того, чтобы можно было открыть его мѣстонахожденіе. Железы находятся такъ скрыто—большею частью рѣчь идетъ о бронхіальныхъ,—что приходится говорить о скрытомъ туберкулезѣ и смотря по тому, мало или много отдѣльныхъ железъ или цѣлыхъ группъ ихъ, быстро или медленно инфекция попадаетъ изъ нихъ въ другія ткани, получаютъ различныя анатомическія и клиническія картины.

Въ *грудномъ возрастѣ* начальнаго періода изолированнаго пораженія туберкулезомъ однѣхъ только лимфатическихъ железъ большею частью не бываетъ; изъ первоначально захваченныхъ железъ зараза быстро проникаетъ въ другія системы: шейную, грудную и брюшную и одновременно зародыши попадаютъ въ ткани и получается диффузный туберкулезъ.

Клиническая картина и симптомы вслѣдствіе этого въ высшей степени неясны. Болѣе разсѣянныя фокусы въ легкихъ представляются въ видѣ бронхита, маскирующаго туберкулезъ грудныхъ дѣтей. Общія явленія весьма незначительны.

Питаніе страдаетъ мало, если нѣтъ явленій со стороны желудочно—кишечнаго канала.

Въ случаяхъ атрофіи нужно искать другихъ, помимо туберкулеза, причинъ. Температура не характерна, продолжительная, ровномѣрно субфебрильная еще болѣе останавливаетъ на себѣ вниманіе, но и она можетъ имѣть другіе не туберкулезные источники, въ особенности страданія носоглоточнаго пространства.

Только подъ конецъ, послѣ многихъ недѣль и мѣсяцевъ неяснаго страданія наступаютъ паденіе вѣса, высокая температура, часто мозговья явленія часто же только патолого-анатомъ разъясняетъ сущность страданія. Съ переходомъ изъ грудного возраста начинается періодъ *скрытаго* туберкулеза, когда стадій чистаго железистаго періода держится дольше. Спустя нѣкоторое время безъ-или послѣ какого нибудь видимаго повода скрытый періодъ переходитъ въ открытое заболѣваніе-легочную чахотку или менингитъ и т. д., чему часто предшествуетъ какой либо вызывающій моментъ.

Авторъ не останавливается на открытыхъ формахъ туберкулеза, а говоритъ только о скрытомъ туберкулезѣ, обнаруживаемомъ на вскрытію, при этомъ констатируются слѣдующіе пункты:

1) Въ основѣ скрытаго туберкулеза лежитъ почти исключительно лимфатическо—железистый туберкулезъ.

2) Въ большинствѣ случаевъ рѣчь идетъ о бронхіальныхъ узлахъ. При весьма тщательныхъ поискахъ удается еще иногда находить трахеальныя железы.

3) Съ увеличеніемъ возраста уменьшается количество пораженныхъ железъ.

4) Тогда уже очень часто къ пораженіямъ железъ присоединяются очаги въ легкихъ.

5) Скрытый туберкулезъ почти всегда активный т. е. бываютъ свѣжіе казеозныя перерожденія и безъ всякой склонности или съ очень незначительной склонностью къ инкапсулированію.

6) Съ возрастомъ абсолютное и относительное число туберкулезомъ увеличивается.

7) Въ такой же мѣрѣ прибавляются признаки отсутствія активности и начинающагося излеченія.

8) Отъ конца перваго года до начала школьнаго возраста миллиарный туберкулезъ и туберк. менингитъ самыя частыя формы смертельнаго туберкулеза, причѣмъ первичный ихъ источникъ—пораженіе железъ.

9) Равнымъ образомъ внезапное распространеніе туберкулеза съ железъ на легочную ткань (напр. послѣ кори) или на бронхіальное дерево ведетъ къ быстрому смертельному легочному заболѣваніямъ.

10) Подъ конецъ дѣтскаго возраста уже попадаютъ формы скрытаго туберкулеза, какъ у взрослыхъ. Именно маленькіе верхушечные очаги съ небольшимъ участіемъ соответственныхъ железъ.

Изъ всего сказаннаго можно сдѣлать слѣдующій выводъ: скрытый туберкулезъ дѣтей *латентенъ* только весьма въ ограниченномъ смыслѣ. Чѣмъ ребенокъ моложе, тѣмъ больше шансовъ, что рано или поздно послѣ какого нибудь случайнаго травматическаго или инфекціоннаго раздраженія болѣзнь распространится. Носители скрытаго туберкулеза должны считаться угрожаемыми и тѣмъ сильнѣе, чѣмъ они моложе.

По внѣшнему виду такихъ дѣтей узнавать нельзя.

Только когда у туберкулезнаго ребенка одновременно бываетъ золотуха или экссудативный діатезъ (Czerny), тогда дѣти имѣютъ особое золотушное выраженіе. Однако туберкулезъ можетъ не сопровождаться золотухой, но послѣдняя безъ туберкулеза не бываетъ.

Въ случаяхъ, когда физическими способами изслѣдованія нельзя опредѣлить туберкулеза, то можно подозрѣвать его существованіе въ организмѣ, можно обнаружить его при помощи нѣкоторыхъ специфическихъ способовъ изслѣдованій: 1) подкожнымъ впрыскиваніемъ туберкулина Koch'a, при чемъ если гдѣ либо въ организмѣ имѣется туберкулезъ, то получается повышеніе температуры. 2) офтальморѣаціей Calmett'a и Wolff-Eisner'a—и 3) прививкой въ кожу туберкулина по v. Pirquet'у (при существованіи тубер-

кулеза образуется на мѣстѣ прививки возвышенная, красная папула).

Впрыскиваніе туберкулина сопряжено съ многократными измѣненіями, t^0 , а иногда оно и небезопасно; офтальморекція при расположеніи туберкулезныхъ больныхъ къ глазнымъ заболѣваніямъ тоже небезопасна; поэтому самымъ подходящимъ способомъ для дѣтей, въ особенности въ частной практикѣ, нужно признать способъ v. Pirquet'a.

По очисткѣ кожи плеча эфиромъ, наливаютъ въ двухъ мѣстахъ, на разстояніи приблизительно 10 сантиметровъ другъ отъ друга по 1 капль не разбавленнаго туберкулина; въ срединѣ между мѣстами прививки дѣлаютъ царапину для контроля безъ туберкулина, затѣмъ уже дѣлаютъ царапины на мѣстахъ капель туберкулина. Черезъ 1—2 минуты излишекъ туберкулина снимаетъ ваткой, а плечо оставляютъ безъ перевязки.

Если черезъ 24—48 часовъ на контрольномъ мѣстѣ имѣется голько сухой слушившійся эпидермисъ, между тѣмъ на мѣстахъ прививки туберкулина есть свѣтло-красная, слегка возвышенная папулы 10—20 сс. въ діаметрѣ, то это означаетъ, что въ организмѣ есть туберкулезъ.

Положительной реакціей нужно признать только вполне типичныя папулы; при атипичныхъ же требуется повтореніе прививки.

Но бываетъ, что первая прививка не удается, хотя въ организмѣ есть туберкулезъ, поэтому для полной увѣренности въ отсутствіи туберкулеза нужно черезъ нѣсколько дней повторить прививку. Существуетъ еще видоизмѣненіе способа Fiquet'a—способъ Мого—втираніе въ кожу 50% туберкулиновой мази.

Разъ констатировано существованіе въ организмѣ туберкулеза, остается еще опредѣлять *мѣсто* его пребыванія, *обширность* и *прогрессивность* его.

Относительно *скрытаго* туберкулеза установлено, что мѣстомъ его нахождения нужно считать лимфатическія железы. Если у ребенка ясно опредѣляется туберкулезъ легкихъ, то онъ несомнѣнно злокачественный.

Но здѣсь нужно обратить вниманіе на одно обстоятельство, которое часто вводитъ въ заблужденіе, а именно у дѣтей можно находить перкуторно притупленіе и аускультативно усиленный выдохъ въ области правой, а иногда лѣвой верхушки безъ какихъ либо болѣзненныхъ измѣненій въ легкихъ. Чѣмъ это объяснить, трудно сказать, почему въ сомнительныхъ случаяхъ нужно прибѣгать къ туберкулиновой пробѣ.

Чѣмъ больше ткани поражены туберкулезомъ, тѣмъ сильнѣе туберкулиновая чувствительность, что выражается: 1) въ высотѣ начальной дозы туберкулина, вызывающей повышеніе t^0 (при инъекціи); 2) въ скорости, съ которой реакція прекращается при той же дозѣ, повторяемой чрезъ день и 3) скоростью, съ которой наступаетъ толерантность къ высшимъ дозамъ.

Часто попадаются дѣти именно золотушныя, которыя вначалѣ сильно реагируютъ, но затѣмъ вскорѣ дѣлаются толерантными. Здѣсь только многочисленныя реакціи при маленькихъ дозахъ указываютъ на обширность заболѣванія.

Малораспространенные и хорошо локализованные процессы (железъ или костей) даютъ быстрое и равномерное исчезновеніе реакціи при высокой начальной дозѣ (не менѣе 0,001) послѣ 2, максимумъ 3 инъекцій.

При болѣе распространенныхъ процессахъ, но все же еще локализованныхъ, или медленно прогрессирующихъ, реакціи медленно утихаютъ и не такъ скоро исчезаютъ. Совершенно не получаютъ реакціи только послѣ 4,5,6 инъекцій, начальная до-

за здѣсь—0,0005—0,001, (мѣстные процессы железъ, костей, суставовъ, или мало прогрессирующие процессы легкихъ).

Ясно прогрессивныя формы, почти всегда легочныя процессы даютъ наивысшую чувствительность. При постоянныхъ инъекціяхъ исчезновеній реакцій не бываетъ, температура дѣлается то менѣе, то болѣе повышенной. Начальная доза бываетъ минимальная—0,0001—0,00001 и даже еще меньше.

Такъ же относятся эти три группы къ увеличенію количества туберкулина.

Въ первой группѣ можно часто доходить въ 4—5 недѣль до 1,0. Во второй группѣ достигаютъ толерантности до 1,0 въ 6—10 недѣль.

Въ третьей же группѣ дѣло подвигается трудно. Доза или не увеличивается, или увеличивается медленно. Если туберкулезная чувствительность зависитъ отъ силы и распространенности процесса, то, наоборотъ по степени этой чувствительности можно судить о свойствѣ процесса. Такъ, напримѣръ, если у ребенка существуетъ скрытый туберкулезъ железъ и одновременно находимъ у него хроническую пневмонію, то первыя кожныя пробы дадутъ положительную реакцію; дальнѣйшія же пробы дадутъ положительныя или отрицательныя реакціи въ зависимости отъ того, будетъ ли хроническая пневмонія туберкулезнаго происхожденія или нѣтъ.

Если туберкулезные очаги находятся въ мѣстахъ доступныхъ осмотру или ощупыванію, то уже небольшія туберкулезныя инъекціи, не болѣе 0,0001, даже не дающія повышенія t^0 , вызываютъ въ этихъ очагахъ такія характерныя раздраженія—красноту, опухоль, боль,—что легко обнаруживается специфическій ихъ характеръ.

Соотвѣтствіе или несоотвѣтствіе между физическими явленіями въ легкихъ и туберкулиновой толерантностью можетъ рѣшить вопросъ о характерѣ болѣзни. Если въ легкихъ мало физическихъ явленій, а туберкулиновая чувствительность высокая, то можно думать объ обширномъ туберкулезѣ легкихъ.

Если же болѣзненные явленія со стороны легкихъ ясныя, а туберкулиновая чувствительность ничтожная, то нужно считать, что туберкулезъ существуетъ гдѣ нибудь въ другомъ мѣстѣ, а легочныя явленія относятся къ неспецифическимъ.

Во многихъ случаяхъ, при распространенныхъ легочныхъ процессахъ, необходимо раньше туберкулиновой пробы изслѣдовать на бациллы, но за отсутствіемъ у дѣтей мокроты, нужно доставать слизь изъ зѣва или изъ желудка. При менингитѣ изслѣдуютъ жидкость, добываемую при поясничномъ проколѣ.

Что касается *терапии* дѣтскаго туберкулеза, то она направляется по общимъ правиламъ съ обращеніемъ вниманія на особенности свойствъ дѣтскаго туберкулеза.

Самое важное *профилактика*. Дѣти не должны находиться вмѣстѣ съ чахоточными родителями, кормилицами, прислугой. Въ школьномъ періодѣ туберкулезные учителя и товарищи представляютъ большую опасность.

Чѣмъ ребенокъ моложе, тѣмъ тщательнѣе нужно лечить даже кажущихся здоровыми дѣтей, если только туберкулиномъ констатированъ у нихъ скрытый туберкулезъ.

Лекарственныя средства при туберкулезѣ играютъ, конечно, второстепенную роль; изъ нихъ на первомъ планѣ должны быть средства—влияющія благоприятно на общее состояніе—мышьякъ, желѣзо.

Но главное значеніе имѣютъ діета и климатъ. Въ отношеніи къ діетѣ не надо налегать на мясо, яйца и молоко; нужно отдавать предпочтеніе смѣшанной пищи и углеводамъ. Особенное значеніе имѣетъ *климатъ*.

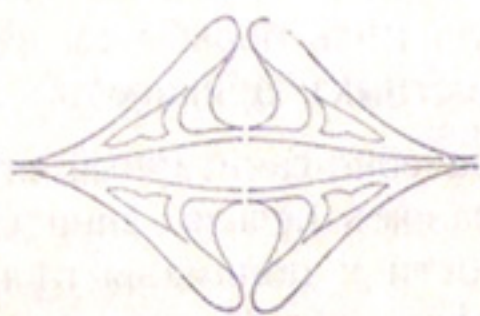
Извѣстно благотворное вліяніе морского климата на мѣстный туберкулезъ железъ, костей и суставовъ.

Такіе больные должны помѣщаться въ дѣтскихъ санаторіяхъ въ Norderneу, Wesberland и другихъ пунктахъ на многіе мѣсяцы. На лѣто рекомендуются гористыя мѣстности средней Германіи, а на зиму Engadin или южный Тироль. Нельзя совѣтовать слишкомъ теплаго климата. Солёныя ванны не имѣютъ специфическаго значенія.

Изъ специфическаго леченія на первомъ планѣ долженъ быть старый туберкулинъ Koch'a. Это средство, хотя не специфическое въ томъ смыслѣ, какъ серотерапія при дифтеритѣ, но въ санаторіяхъ при климатическомъ и діететическомъ леченіи оно имѣетъ громадное значеніе при локализованныхъ, золотушныхъ медленно протекающихъ легочныхъ процессахъ.

При остромъ легочномъ туберкулезѣ туберкулинное леченіе не годится.

Б. Ельнисвичъ.



Вопросы врачебно-общественной жизни.

Врачебно-санитарный строй г. Москвы. Врачебно-санитарный строй большинство нашихъ городовъ отличается случайностью своего состава и отсутствіемъ планообразной организаціи. Даже наши столицы допускаютъ въ этомъ отношеніи цѣлый рядъ отступленій отъ той стройной системы организаціи врачебнаго-санитарнаго дѣла въ городахъ, которая была выработана VIII Пироговскимъ съѣздомъ. Такой распадъ нашихъ столицъ зависитъ отчасти отъ того, что разсматривавшій эти вопросы VIII Пироговскій съѣздъ засталъ цѣлый рядъ наслоеній случайнаго характера въ организаціи врачебно-санитарнаго дѣла, наслоеній, ломка которыхъ всегда сопряжена съ извѣстными трудностями и препятствіями къ ихъ устраненію.

Д-ръ Ивановъ въ 3-й книжкѣ „Журнала Русскаго Общества охраненія народнаго здоровья“ даетъ описаніе врачебно-санитарнаго строя г. Москвы, проводя нѣкоторую параллель съ Петербургомъ. Санитарнаго бюро при Московской городской управѣ не существуетъ и это является самымъ крупнымъ недостаткомъ всей московской врачебно-санитарной организаціи. Это влечетъ прежде всего недостаточную разработку того обширнаго матеріала, который доставляется санитарными врачами, и затѣмъ и недостаточную планообразность въ дѣятельности санитарныхъ органовъ. Но вопросъ объ организаціи такого бюро въ Москвѣ уже поставленъ, а пока его роль до нѣкоторой степени выполняетъ IX отдѣленіе Московской городской управы, гдѣ сосредоточено все дѣлопроизводство по

врачебно-санитарной части и которое официально числится въ завѣдываніи члена городской управы, а фактически находится въ рукахъ врача, завѣдующаго врачебно-санитарнымъ отдѣломъ городского управленія.

Одинъ изъ помощниковъ врачей этого завѣдующаго вѣдаетъ статистику врачебно-санитарной части, заболѣваемость населенія, другой—больничное дѣло; общее же руководство и наблюденіе за санитарнымъ отдѣломъ всецѣло принадлежатъ завѣдующему врачебно-санитарной частью.

Все директивы по вопросамъ врачебно-санитарнаго дѣла города исходятъ отъ комиссіи санитарныхъ врачей состоящей изъ всѣхъ наличныхъ врачебныхъ силъ города подъ предсѣдательствомъ завѣдующаго врачебно-санитарнымъ отдѣломъ городского управленія.

Обстоятельство это выгодно отличаетъ московскую организацію, гдѣ все спеціальныя вопросы, какъ малые, такъ и большіе проходятъ черезъ коллегіальный органъ. Въ составъ такой комиссіи входятъ 19 участковыхъ санитарныхъ врачей, 10 базарныхъ, представители амбулаторныхъ, больничныхъ, училищныхъ учреждений, врачи санитарной станціи, лабораторіи полей орошенія, водопроводной станціи, рабочихъ домовъ, городского трамвая—столичный врачебный инспекторъ, дезинфекторъ и три его помощника. Къ числу недочетовъ въ составѣ такихъ комиссій необходимо отнести отсутствіе представителей городского общаго управленія, губернскаго и уѣзнаго земства, а также специалистовъ инженернаго технического искусства.

Полноленіе такими лицами было предусмотрено VIII Пироговскимъ съѣздомъ при разработкѣ детальнаго плана такихъ санитарныхъ организацій.

Комиссія собирается еженедѣльно по понедѣльникамъ, не считая бывающихъ экстренныхъ засѣданій и постановленій ея, требующихъ исполненія врачами, немедленно принимаются къ свѣдѣнію безъ всякой канцелярской переписки. Только болѣе сложныя и важныя вопросы, требующіе разрѣшенія городской думы, переносятся на обсужденіе высшаго учрежденія—*врачебнаго совѣта*. Здѣсь, главнымъ образомъ, разрѣшаются больничныя вопросы, въ виду чего и составъ его пополненъ большимъ числомъ больничныхъ врачей, гласными городской думы, представителями земскихъ санитарныхъ организацій и предсѣдателемъ думской комиссіи общественнаго здоровья. Но и эти вопросы предварительно обсуждаются комиссіей санитарныхъ врачей.

Санитарныхъ попечительствъ въ Москвѣ нѣтъ и это зависитъ отъ отсутствія санитарнаго бюро, всегда вызывающаго къ жизни такую организацію общественныхъ силъ.

Больничная помощь оказывается 14 больницами, съ 6022 койками; изъ нихъ 2 психіатрическихъ (988 кр.), 2 дѣтскихъ (623 кр.), глазная

(68 кр.) и одна венерическая (409 кр.). Сифилитики, кроме специальной Мясницкой больницы, принимаются еще в 1-й городской. Родильные приюты в общем на 100 кроватей устроены при 2-х городских больницах — Бахрушинской и Старо-Екатерининской. Кроме того имеются 12 родильных приютов в разных частях города, помещающихся пока в наемных помещениях.

Амбулаторная помощь организована в 14 самостоятельных амбулаторий, принявших, по отчету 1906 года, 460 тысяч больных при миллион посещений.

Школьно-санитарных врачей нет, есть 10 школьных врачей, выполняющих, главным образом, лечебные функции в школах. Кроме 19 участковых санитарных и 10 базарных врачей имеются особый врач, наблюдающий за санитарным состоянием ночлежных домов и другой — за работными домами.

Городскую химико-бактериологическую станцию замещает отчасти бюро для исследования подозрительных по отношению к дифтерии продуктов, отчасти же городская санитарная станция в завѣдывании *проф. Буонова*.

Свое описание *д-ръ Ивановъ* заканчивает следующими выводами, проводящими параллель Москвы и Петербурга:

«1) Врачебно-санитарный строй гор. Москвы, как и г. Петербурга, не имеет в себе активного участия местных элементов городского населения.

2) Искусственного деления врачебно-санитарной части города Москвы между двумя исполнительными органами, как это имеет место в Петербурге, не существует.

3) Хотя завѣдывание всею врачебно-санитарною частью г. Москвы и находится в IX отделении гор. управы, но руководство и направление всего врачебно-санитарного дела отнюдь не зависит ни от того члена управы, который стоит во главе IX отделения, ни от самой управы, ибо все дела проходят через коллегияльный орган — комиссию санитарных врачей, который далеко не лишен возможности самостоятельно вести все врачебно-санитарное дело.

4) Участковых санитарных попечителей в Москве нет ни на бумаге, ни на деле.

5) Совет врачей при санитарной комиссии каковой имеется в Петербурге, в Москве нет, да и недостатка в нем не встречается, ибо комиссия санитарных врачей прежде всего имеет представителей от всех санитарных и врачебных учреждений, а затем никакого иерархического подчинения в своих обсуждениях врачебно-санитарных нужд к члену городской управы не имеет.

6) Самостоятельного бюро в Москве пока нет, но оно само собой налаживается и в той желательной форме, которая намечена VIII Пироговским съездом.

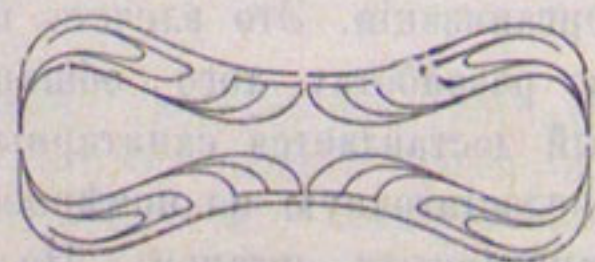
7) Санитарные врачи Москвы также, как и Петербурга, ограничены в своей деятельности задачами, ставящими на первый план обя-

занности эпидемиологического и врачебно-полицейского характера, но тем не менее имеют несколько большую возможность применять культурные приемы воздействия на население и преследовать научно-санитарные и обще-культурные цели, так как в Москве не существует той подчиненности и той зависимости санитарного врача от центрального органа, как это наблюдается в Петербурге; это первое, а во вторых, комиссия санитарных врачей надѣлена гораздо большими правами и полномочиями, чем совещание санитарных врачей Петербурга и даже совет врачей при Петербургской комиссии.

8) Торгово-санитарный надзор в Москве еще в худших условиях, чем в Петербурге. В Москве базарные врачи даже не находятся в вѣдѣнии IX отделения городской управы, где сосредоточена деятельность всей врачебно-санитарной части, а причислены к тому отделению, которое вѣдает торговую полицию, что уже само по себе говорит, что в основе это дело имеет исключительно карательную полицейскую цель борьбы с недоброкачественностью съестных припасов.

9) Врачебно-санитарный строй Москвы никоим образом нельзя винить в отсутствии плановности и понимания цели и смысла своих задач, ибо Москва имеет уже и хорошую воду и правильно налаженную канализацию и не только не способствует искусственному разъединению сил служащих в ней интеллигентных работников, а, напротив, собирает их в одном коллегияльном органе, комиссии санитарных врачей, на обсуждение которого поступают вопросы врачебно-санитарного устройства гор. Москвы, будь то по борьбе с заразными болезнями, по поводу канализации, водопровода, скотобойнях, больницах и т. д.

Иркутску, намѣчающему основы правильной врачебно-санитарной организации города, важно знать все эти недочеты столичных образцов, чтобы, не увлекаясь таким примѣром, своевременно избѣжать нежелательных ошибок. И это не трудно сделать потому, что, создавая из ничего, не приходится ломать старое и считаться с укоренившимися привычками. Къ сожалѣнію, мы должны констатировать досадную медленность и вялость в организации такого живого и настоятельно необходимого дела, каким является устройство санитарного бюро при нашей городской управѣ. Даже близость холеры не пробуждает в нас интереса къ этому, давно рѣшенному вопросу, требующему теперь лишь умѣлаго и правильного его осуществления.



Врачебная хроника.

Въ университетѣ. По сообщенію «Сибирской Жизни», количество желающихъ поступить въ число студентовъ томскаго университета въ настоящемъ учебномъ году очень незначительно. Всего до настоящаго времени подано прошеній на оба факультета 72; изъ нихъ на медицинскій факультетъ 45 и на юридическій 27. Большинство подавшихъ прошенія гимназисты.

Въ російскихъ университетахъ, судя по газетныхъ сообщеніямъ, число поступающихъ въ текущемъ году также незначительно.

Холера въ Сибири. Въ той же газетѣ по поводу сообщенія о третьемъ случаѣ холеры старшій врачъ сиб. ж. дороги письмомъ въ редакцію пишетъ:

Въ № 161 газеты «Сибирская Жизнь», въ замѣткѣ подъ заглавіемъ «Третій случай заболѣванія холерой на Сиб. жел. дорогѣ», сказано, что 19 июля на ст. «Калонія» съ поѣзда № 4 была снята пассажирка 3 класса со всѣми признаками заболѣванія азиатской холерой.

Спѣшу разъяснить, что бактериологическимъ изслѣдованіемъ содержимаго внутренностей умершей пассажирки, произведеннымъ въ Омскѣ, точно установлено, что смерть послѣдовала не отъ холеры. Умершая въ поѣздѣ на ст. Мариановка. (а не на ст. Калонія, какъ ошибочно указано въ замѣткѣ) пассажирка была 70-ти лѣтъ отъ роду.

До настоящаго времени на Сибирской дорогѣ были только два холерныхъ заболѣванія: на ст. Челябинскѣ и Мариинскѣ. Послѣдній случай установленъ бактериологически.

Въ № 179 той же „Сиб. Жизни“ сообщается о новомъ случаѣ подозр. заболѣванія на ст. „Челябинскъ“. На этотъ разъ больной прибылъ съ востока, заболѣвъ между Омскомъ и Петропавловскомъ.

Кромѣ того, въ агентскихъ телеграммахъ 5 августа сообщалось о 12 заболѣваніяхъ въ Омскѣ.

Повидимому, холера понемногу прокладываетъ себѣ путь въ Сибирь и не будетъ ничего удивительнаго, если мы въ самомъ непродолжительномъ времени услышимъ уже не о привозныхъ, а о мѣстныхъ случаяхъ заболѣванія ею.

Голодь и эпидемія. Мы уже не разъ сообщали о бѣдственномъ положеніи пересе-

ленцевъ среди которыхъ въ разныхъ мѣстахъ свили себѣ прочное гнѣздо голодь и развивающіяся на его почвѣ эпидеміи. Вотъ новые факты, которые мы заимствуемъ изъ корреспонденціи въ «Сиб. Жизни». Рѣчь идетъ о переселенцахъ—новоселахъ Ново-Казанскаго поселка Томской губ.

Трудно представить себѣ то бѣдственное положеніе, въ которомъ находятся новоселы-поселенцы мѣстнаго поселка (участокъ Средне-Ангинскій).

Поселившись 2 года тому назадъ, они на выданныя переселенческимъ вѣдомствомъ ссуды кое-какъ стогожили себѣ незамысловатая хаты и запасли хлѣба только на обсѣменение полей. При покункѣ сѣмянъ они подверглись грубому обману со стороны старожиловъ сосѣднихъ поселковъ, которые продали имъ сѣмена съ плохой всхожестью.

Въ результатъ хлѣба уродились никуда не годные.

Въ іюлѣ питались хлѣбомъ, испеченнымъ изъ ржаной муки, смѣшанной на половину съ какими-то травами. Эту черную, грязную, тяжеловѣсную мастику въ добрую пору не будетъ ѣсть ни одно домашнее животное.

Вполнѣ понятно, что при такомъ питаніи наступила эпидемія брюшного тифа. Медицинской помощью населеніе обслуживается слабо, и болѣзнь свирѣпствуетъ въ неимоверныхъ размѣрахъ.

Развитію ея способствуетъ также питьевая вода, которую употребляютъ новоселы. Рѣки нѣтъ; поселокъ стоитъ въ низкомъ мѣстѣ; кругомъ болота съ небольшими мочжинами, изъ которыхъ и приходитея брать застоявшуюся тухлую воду.

Расширеніе дѣтской больницы. На послѣднемъ засѣданіи городской думы поставлено съ перваго января на расширеніе заразныхъ отдѣленій больницы увеличить кредитъ до 5000 р. въ годъ сверхъ смѣты. Благодаря такому ассигнованію, больница будетъ въ состояніи принимать заразныхъ больныхъ значительно болѣе, чѣмъ это было до сихъ поръ. Если заразные больные будутъ распределены равномерно по всѣмъ отдѣленіямъ, то одновременно больница сможетъ принимать до 70 человекъ такого рода больныхъ.



Протоколы Общества врачей Вост. Сиб. въ г. Иркутскѣ
за 190⁹/₁₀ г.

ПРОТОКОЛЬ № 5-й

Очередного засѣданія Общества врачей Восточной Сибири 11 марта 1910 года.

Присутствовали: Предсѣдатель д-ръ Бергманъ, секретарь Патушинскій, дѣйствительные члены общества: Автократовъ, Безсоновъ, Зисманъ П, Красиковъ, Григорьевъ, Кауфманъ, Франкъ-Каменецкій, Федоровъ, Болотовъ, Пешковскій, Заорскій, Гильдебрантъ, Фрайфельдъ, Трусовъ, Шнейдерманъ, Каршинъ, Вильшинскій, Михайловскій, Русановъ, А. Ф. Поповъ, Шастинъ, Брянцевъ; гости врачв: Свистунъ, Гольденбергъ, Балоновъ, Жбановъ, Пескинъ и нѣсколько человекъ посторонней публики.

Открывъ засѣданіе, предсѣдатель извѣстилъ собраніе, что казначей общества д-ръ *Брегель* по семейнымъ обстоятельствамъ не можетъ присутствовать на засѣданіи.

Былъ заслушанъ и принятъ безъ поправокъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

Предсѣдатель доложилъ отъ лица комиссіи по борьбѣ съ сифилисомъ и венерическими заболѣваніями тѣ положенія, которыя легли въ основу этого вопроса. Сущность ихъ сводится къ слѣдующему.

I. Рациональный методъ успѣшной борьбы съ сифилисомъ и венерич. заболѣв. заключается въ возможно широкой и бесплатной амбулаторной помощи; но такъ какъ всегда встрѣчаются случаи названныхъ заболѣваній, требующіе стационарнаго леченія, то должно быть организовано и послѣднее на ряду съ амбулаторнымъ леченіемъ.

II. Такъ какъ по городскому положенію (§ 108) Дума вмѣняется въ обязанность принимать мѣры по предупрежденію и прекращенію заразныхъ болезней, то комиссія предлагаетъ санитарному совѣту войти въ Городскую Думу съ ходатайствомъ принять участіе въ намѣченной борьбѣ съ сифилисомъ и венерическими заболѣваніями.

III. Для этой цѣли городъ долженъ открыть больницу на 50 коекъ, въ которую будутъ приниматься больныя женщины, одержимыя вышеупомянутыми болѣзнями.

IV. При этой больницѣ долженъ быть устроенъ амбулаторный пріемъ больныхъ женщинъ съ кожными болѣзнями.

V. Что же касается стационарнаго леченія мужчинъ, то и для нихъ потребуется 50 коекъ, которыми городъ могъ бы воспользоваться въ Кузнецовской больницѣ за обусловленную плату.

VI. Амбулаторная помощь для мужчинъ съ кожными болѣзнями должна быть устроена въ одной изъ центральныхъ амбулаторій, какъ, напримѣръ, въ Михѣевской лечебницѣ, а затѣмъ вторая

амбулаторія въ Глазковскомъ предмѣстьѣ, ввиду его отдаленнаго мѣстонахожденія и особыхъ условій, вліяющихъ на самое распространеніе венерическихъ заболѣваній среди населенія. Пріемъ такихъ больныхъ ведется параллельно съ другими общими больными, но подъ руководствомъ приглашенныхъ специалистовъ.

VII. Въ амбулаторіи для женщинъ желательнo имѣть специалиста женщину врача.

По этому вопросу предсѣдатель проситъ высказаться.

Д-ръ Федоровъ. Положенія, приведенныя комиссіей въ своей сущности, нисколько не противорѣчатъ положенію нашей комиссіи—мы расходимся лишь въ количественномъ смыслѣ. У насъ для больныхъ съ венерическими заболѣваніями предположена Солдатовская больница. Вашей комиссіей предположена постройка специальной новой больницы. Конечно, противъ этого не приходится возражать; но мы, такъ сказать, щадимъ городъ, чтобы всѣ эти затраты не были ужь слишкомъ тяжелы—и въ особенности не сразу. Обратитъ эту больницу въ женскую нельзя, такъ какъ приходится согласоваться съ волей завѣщателя; поэтому нами намѣчена лишь постройка при этой больницѣ барака на 50 человекъ, что, несомнѣнно, будетъ стоить дешевле, чѣмъ постройка отдѣльной больницы.

Д-ръ Пескинъ. Я, собственно говоря, являюсь авторомъ предложенія устроить больницу на 50 человекъ; исходилъ я изъ слѣдующихъ соображеній: борьбу съ проституціей долженъ взять городъ (онъ можетъ и не взять), и только тогда ее можно назвать рациональной, а для этого необходимо, чтобы городъ имѣлъ собственную больницу, а не зависѣлъ отъ Кузнецовской и Солдатовской больницъ. Вотъ поэтому комиссія и высказалась за устройство особой больницы. Правда, въ комиссіи мы не достигли единства взглядовъ по этому вопросу—тѣмъ болѣе что возможно, что городъ откажетъ,—и мы это предположеніе высказали въ предположительномъ смыслѣ.

Д-ръ Пешковскій. Борьба съ проституціей—это одно звено въ борьбѣ съ венерическими заболѣваніями и если городъ желаетъ вести эту борьбу, онъ долженъ имѣть собственную больницу. Если женщины будутъ помѣщаться въ Кузнецовской больницѣ, то придется строить амбулаторію для больныхъ мужчинъ.

Д-ръ Федоровъ. Два предыдущихъ оратора доказывали необходимость создать амбулаторію со стационарной больницей; въ отдѣлѣ же объ амбулаторной помощи въ нашемъ докладѣ мы высказываемся по этому поводу въ отрицательномъ смыслѣ. Если же общество врачей находитъ, что этимъ стѣсняться не приходится, то, быть можетъ, для города выгоднѣе устроить амбулаторію.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Вмѣсто РЫБЬЯГО ЖИРА для дѣтей и взрослых РЕКОМЕНДУЕТСЯ общеизвѣстный

“JECOROL”

Сиропъ очень пріятнаго вкуса, содержащій ЮДЪ въ органическомъ соединеніи, фосфоръ и известь въ растворимомъ видѣ. Примѣняется въ разныхъ формахъ сиропулеза, страданіяхъ лимфатическихъ железъ, размягченія костей, рахитъ и т. п. Способъ употребленія при каждомъ флаконѣ. Названіе и фабричный знакъ въ видѣ треугольника со стативомъ обезпечены въ Россіи, Австріи и въ Германіи.— На этикетѣ каждаго флакона требовать красной написи «А. Bukowski». Продается во всѣхъ аптекахъ и аптечныхъ магазинахъ.

Sirupus TUSSOL

содержитъ тоже самое дѣйствующее начало (Thiosol) что и Sirofin, но отличается отъ послѣдняго своимъ очень пріятнымъ вкусомъ, вслѣдствіе чего охотно принимается больными. Рекомендуются какъ средство отхаркивающее для дѣтей и взрослыхъ при всякаго родѣ кашлѣ, коклюшѣ и т. п., употребляется 2—3 чайныя ложки въ день. На этикетѣ требовать красной подписи «А. Bukowski».

Продажа въ аптекахъ и аптекарскихъ складахъ.

МѢСТО ПРОИЗВОДСТВА: **ХИМИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРІЯ** МАГИСТРА **А. БУКОВСКАГО**
ВАРШАВА. Маршалковская ул., № 54 собств. домъ.

ПИПЕРАЗИНЪ МИДИ

ШЕРИ ПУЧІЯ КРУПИНКИ

Самое сильное изъ всѣхъ средствъ при явленіяхъ АРТРИТИЗМА и УРИНЕМИИ

**ЕДИНСТВЕННОЕ СРЕДСТВО КОТОРОЕ
РАСТВОРЯЕТЪ 92% СОЕДИНЕНІЙ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ**

**И ОСЛАБЛЯЕТЪ ОСТАТКИ МОЧЕКИСЛОТЫ
СТИМУЛИРУЯ ДѢЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕЧЕНИ**
(Вліяніемъ лимоннокислаго натрія въ возрождающемся видѣ)

ОБРАЗЦЫ: Pharmacie MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré, PARIS

Требуйте
марку
“MIDY”

Премъ:
Каждый день
2 или 3 мѣроч-
ки въ день
въ продолженіи
10 дней въ
мѣсяцъ.

ПРИ
ОСТРЫХЪ
СЛУЧАЯХЪ:

4 или 6 мѣрочекъ
въ день въ стака-
нѣ воды въ
промежут-
кахъ между
ѣдой.

Каждая мѣро-
чка содержитъ
0,30 гр. чистаго
Пиперазина.
Вся же мѣрочка
чайной ложечкѣ.

Аптекарьскій и парфюмерный
МАГАЗИНЪ

А. В. ВОЛДЕРНЕРА

Пркутекъ, Большая ул., соб. д. Тел. № 108

Вновь получены:

Arsenferratoze, Iodferratoze,

Bromural, Santyl,

Triferrin tabl, Somatose,

Sajodin tabl, Sabromin tabl.

Sanatogen Bauer, Iecorol,

Трифероль, Гематогенъ.

Formamint Bauer, Extr. chinae Nanning.

IODGLIDIN противъ ожирѣнія.

Sirolin, Pertussin,

Препараты Лецитинъ Клинъа

Trigemin, Baume Banguo,

Fibrolysin.

МИНЕРАЛЬНЫЯ ВОДЫ свѣжаго (1910 г.) разлива.

ХИРУРГИЧЕСКІЕ ИНСТРУМЕНТЫ.

Препараты первой Россійской волосолечебницы
врачей специалистовъ „Д Е В Е С Ъ“.



(Бактеріологическій институтъ.)

И М Е Н И

ИВАНА и ЗИНАИДЫ

Чуриныхъ

при Императорскомъ Томскомъ Уни-
верситетѣ.

ЛЕЧЕНІЕ

укушенныхъ бѣшенными животны-
ми. Противодифтерійная, противо-
скарлатинная и противодизентерій-
ная сыворотки.

Холерная вакцина. Оспен-
ный детритъ, мышинный
и крысиный тифъ.



Киссингенъ

Bad Kissingen

ВИЛЛА ЗОММЕРЪ

Амъ Альтенбергъ № 6.



ДИЭТИЧЕСКІЙ ИНСТИТУТЪ

для страдающихъ желудочными, кишечными и сахарной болѣзнями.

Леченіе отъ ожирѣнія и переупитываніемъ.

Спеціально рекомендуется киссингенскими врачами.

Geschw. Sommer.

Bad Kissingen

Адресъ для телеграммъ
Иркутскъ Жинжерову.

Представительство и главный складъ для Сибири

Лечебныхъ сыворотокъ и предохранительныхъ прививокъ.

Московского Химико-Бактеріологическаго Института

Д-ра Ф. М. БЛЮМЕНТАЛЯ.

При общественной МИХѢВСКОЙ АПТЕКѢ
арендуемой А. И. ЖИНЖЕРОВЫМЪ.

На складѣ имѣются всегда свѣже-приготовленныя слѣдующія сыворотки и вакцины:

Противо-дифтерійная предохранительная № 1.
» дифтерійная лечебная № 2.
» дифтерійная лечебная № 3.
» стрептококковая поливалентная.
» ревматическая.

Скарлатинная вакцина Габричевскаго
Холерная вакцина

Противо-пуэрпериальная
» скарлатинная
» дизентерійная
» стафилококковая,
» базедовая

Брюшно-тифозная вакцина.

на означенныя сыворотки и вакцины по
московскому прейскуранту. Для врачей и
больницы со скидкой въ 30%.

Цѣны:

Glycérophosphate de Chaux granulé

Зернистый глицерофосфатъ извести, примѣняемый съ большимъ успѣхомъ для укрѣпленія нервной системы, при нейрастеніи, нервномъ истощеніи, и во всѣхъ вообще болѣзняхъ дѣтей, имѣющихъ связь съ неправильнымъ развитіемъ костной системы.

Цѣна банки 1 рубль.

Продажа въ аптекахъ и аптекарскихъ складахъ.

МѢСТО ПРОИЗВОДСТВА: Химическая Лабораторія Магистра А. Буковского.

Варшава, Маршалковская ул. № 54.

Glycérophosphate de Chaux et de Fer granulé.

Зернистый глицерофосфатъ извести, содержащій въ своемъ составѣ органическое соединеніе желѣза, лишенное вполнѣ непріятнаго металлическаго вкуса. Примѣняется при упадкѣ общаго питанія, а преимущественно при разныхъ формахъ малокровія.

Цѣна банки 1 р. 20 коп.