

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

<p>„Сибирская Врачебная Газета“ выходит по вторникам еженедельно въ размѣрѣ 1—2 печатныхъ листовъ съ обложкою.</p> <p>Подписная цѣна: на годъ 7 р. Допускается расрочка: при подпискѣ 3 р. и къ 1-му сентября 2 р.</p> <p>Цѣна за объявленія по соглашенію.</p>	<p>ВЫХОДИТЪ ЕЖЕНЕДЕЛЬНО</p> <p>ВЪ</p> <p>ИРКУТСКѢ.</p>	<p>Редакція открыта ежедневно съ 2 до 4 час. дня.</p> <p>Статьи и всякую корреспонденцію просить направлять по слѣдующему адресу редакціи:</p> <p>Иркутскъ, Мясницкая, 28. Телефонъ редакціи № 817.</p>
---	---	---

Содержаніе: Н. В. Соколова. Случай консервативнаго леченія свѣжаго поперечнаго перелома праваго наколѣнника.—Прив.-доц. В. Д. Добромыслова. Къ ученію о Marche à ressort въ связи съ анатомофизиологическими данными. (Продолженіе).—Я. А. Калачникова. Септическая анемія. (Окончаніе).—Фельетонъ. А. А. Цыганова. Земская санитарія и нѣкоторыя ея перспективы. (Продолженіе).—Рефераты. Дѣтскія болѣзни.—Изъ русской литературы.—Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.—Изъ жизни университета.—Врачебная хроника.—Объявленія на обложкѣ.

Изъ Томской городской имени Ивана Некрасова больницы.

Случай консервативнаго леченія свѣжаго поперечнаго перелома праваго наколѣнника *).

Н. В. Соколова.

Завѣдующаго больницей.

Почти во всякой наукѣ существуютъ вопросы, для рѣшенія которыхъ въ теченіи столѣтій производятся тѣ или другія изслѣдованія, но большая часть не разрѣшенныхъ вопросовъ, навѣрно, выпадаетъ главнымъ образомъ на долю медицины. Это обстоятельство частью зависитъ отъ неточности методовъ изслѣдованія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ отъ недостатка того матеріала, на основаніи котораго можно-бы было сдѣлать болѣе или менѣе опредѣленные выводы. Къ числу вопросовъ второй категоріи относится и вопросъ о леченіи перелома колѣнной чашки, и только за самое послѣднее время рѣшеніе этого вопроса какъ-будто начало приближаться къ извѣстному и опредѣленному выводу.—Д-ръ Зиминъ, ассистентъ хирургич. клиники проф. Роговича въ Томскѣ, описалъ два случая перелома наколѣнника и два случая разрыва собственной связки наколѣнника (работа напечатана въ журналѣ «Хирургія» № 71 за 1902 г.). Покойнымъ проф. Э. Г. Салищевымъ описанъ патолого-анатомическій препаратъ стараго несросшагося перелома колѣнной чашки («Врачъ» № 36—37 за 1886 г.). Студентомъ Мошковымъ описанъ случай оперативнаго леченія поперечнаго перелома наколѣнной чашки въ Томской госпитальной хирургич. клиникѣ проф. Ш. И. Тихова («Врачебная Газета» № 18 за 1905 г.). Профессора В. М. Мышь оперированы два случая **) съ хорошимъ исходомъ, при чемъ одинъ случай оперированъ два раза (послѣ вторичнаго пере-

лома), а во второмъ случаѣ чашка была перепилена сознательно и затѣмъ сшита. Года четыре назадъ я случайно видѣлъ случай застарѣлаго несросшагося поперечнаго перелома наколѣнника у одного больного, который обратился ко мнѣ за совѣтомъ совершенно по другой причинѣ. На предложеніе подвергнуться операциі больной отвѣтилъ категорическимъ отказомъ и заявилъ, что онъ, какъ ювелиръ, не чувствуетъ особаго неудобства вслѣдствіе разстройства функций ноги. Ходитъ съ трудомъ при помощи ремня, въ нижнюю петлю котораго вставлена стопа больной ноги, а другой конецъ ремня въ видѣ петли-же надѣтъ на шею. И наконецъ тотъ случай, съ которымъ я намѣренъ познакомить васъ сегодня. Вотъ, собственно говоря, всѣ случаи перелома наколѣнной чашки, которые наблюдались въ г. Томскѣ и извѣстны мнѣ отчасти на основаніи литературныхъ данныхъ, отчасти на основаніи личной бесѣды съ проф. В. М. Мышь и на основаніи моего личнаго наблюденія.

Возможно, что нѣкоторые случаи въ силу тѣхъ или иныхъ причинъ ускользнули изъ подъ наблюденія томскихъ медиковъ, но все-таки необходимо отмѣтить, что для города Томска, имѣющаго двѣ хирургическія клиники, хирургическое отдѣленіе больницы вѣдомства Приказа Общественнаго Призрѣнія, хирургическую лечебницу при общинѣ Краснаго Креста и желѣзнодорожную больницу, такое малое количество случаевъ перелома наколѣнника только и можно объяснить тѣмъ, что вообще это поврежденіе разгибательнаго аппарата представляется явленіемъ очень рѣдкимъ. Нельзя забывать, что городъ Томскъ служитъ центромъ, куда стекаются больные почти со всей Сибири. Статистическія-же литературныя данныя переломовъ наколѣнника среди другихъ переломовъ костей слѣдующія: (работа Зимина) Московская факультетская клиника—2.18%; по Тихову—0.7%, по Дуканину—2.14%, среднее—1.62%; (работа Мошкова) по Garltz—1.28%, по Brunsy—1.5% и по Тихову—0.3%. Въ журналѣ «Хирургія» (сентябрь 1903 г.) напечатана обстоятельная работа д-ра Чалусова изъ кабинета оперативной хирургіи Казанскаго университета проф. Н. А. Геркена.

* Докладъ собранію о-ва практическихъ врачей Томской губ. на засѣданіи 8-го IV. 1909 г.

** Оба случая не описаны.

Научная библіотека
при Иркутскомъ
Гос. Университетѣ

Здѣсь собранъ богатый статистическій матеріалъ по данному вопросу—по Rossi, собранному болѣе 14.000 переломовъ костей вообще за послѣдніе 25 лѣтъ, на долю перелома наколѣнника падаетъ—1,3% общаго числа всѣхъ переломовъ. Проф. Н. И. Студенскій въ отчетѣ о 25-лѣтней дѣятельности казанской госпитальной хирургической клиники указываетъ всего лишь шесть переломовъ наколѣнника на 1209 переломовъ костей вообще т. е. около 0,5%. Такую значительную разницу въ высотѣ процентнаго отношенія въ данныхъ двухъ предыдущихъ авторовъ докторъ Чалусовъ ставитъ въ прямую зависимость отъ степени развитія промышленности, поэтому западно-европейскіе авторы опредѣляютъ процентное отношеніе перелома наколѣнника болѣе высшей цифрой, чѣмъ русскіе авторы и наконецъ въ промышленныхъ районахъ вообще процентъ переломовъ выше, чѣмъ для районовъ сельско-хозяйственныхъ. По даннымъ этой-же работы, видно, что на долю мужчинъ случаевъ переломовъ наколѣнника выпадаетъ значительно больше, у женщинъ переломъ наколѣнника наблюдается всего лишь въ 17,9—27,5%.—Къ числу причинъ, вызывающихъ переломъ наколѣнника, авторы прежде всего относятъ удары по колѣну какимъ либо твердымъ предметомъ, паденіе на твердые предметы, особенно тупогранные, какъ, напримѣръ, на ступеньку лѣстницы, на камень, огнестрѣльное раненіе и наконецъ переломъ или разрывъ наколѣнника можетъ произойти вслѣдствіе сильнаго мышечнаго напряженія, какъ, напримѣръ, при паденіи тѣла назадъ, особенно-же при одновременно подогнутой ногѣ, когда колѣнная чашка серединой своей внутренней поверхности ложится на сочленовную поверхность бедренной кости, а точками приложенія двухъ силъ является—съ одной стороны подогнутая голень, а съ другой—навшее назадъ тѣло. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такое положеніе тѣла является только послѣднимъ моментомъ въ дѣлѣ поперечнаго перелома наколѣнника, когда вслѣдствіе удара уже получился хотя бы только надломъ наколѣнника. Слѣдуетъ отмѣтить, что сифилисъ играетъ громадную роль, какъ причина предрасполагающая къ перелому костей вообще, а наколѣнника въ частности. Такъ, напримѣръ, проф. В. М. Мышь въ одномъ случаѣ наблюдалъ переломъ на почвѣ сифилитическаго пораженія наколѣнника. Переломъ былъ сшитъ, больной (иногородній) поѣхалъ домой, но дорогой выпалъ изъ брички и вновь получилъ переломъ того-же наколѣнника. Произведена вторичная операція съ прекраснымъ результатомъ. Въ другомъ случаѣ проф. В. М. Мышь по поводу сифилитическаго пораженія сустава сознательно распилилъ наколѣнникъ и затѣмъ сшилъ его. Результатъ прекрасный.

Относительно способовъ леченіе (оперативный и консервативный) мнѣніе авторовъ раздѣлилось. Мысль примѣненія костнаго шва при переломѣ наколѣнника докторъ Чалусовъ относитъ къ середины XVII столѣтія и связываетъ ее съ именемъ Marco Avrelino Severino. Съ теченіемъ времени одна часть авторовъ, которые сами оперировали или имѣли подъ рукой литературный матеріалъ, собранный въ до-ассептической, если можно такъ выразиться, періодъ хирургіи, являются приверженцами консервативнаго метода леченія. Разныхъ приборовъ для консервативнаго метода леченія было предложено нѣсколько десятковъ. Съ момента введенія антисептики, а особенно-же съ момента изученія и примѣненія

правиль асептики все болѣе накапливается данныхъ за то, чтобы оперативный способъ леченія, наложеніе костнаго шва при строжайшемъ соблюденіи асептики, былъ поставленъ на первое мѣсто. Для примѣра укажу на мнѣніе проф. Э. Г. Салищева, который въ 1886 г. относился довольно скептически къ оперативному способу леченія перелома наколѣнника—въ своей работѣ проф. Салищевъ приводитъ цифры изъ Touper'a и Chouvel'я о леченіи костнымъ швомъ старыхъ несросшихся переломовъ наколѣнника, по которымъ на 51 случай насчитывалось 5,9% смерти, 25,5% анкилоза и 2% ампутацій. Присматривая литературу по интересующему меня вопросу, я нерѣдко встрѣчалъ высокія цифры всевозможнаго рода осложнений послѣ оперативнаго вмѣшательства, включительно до смертельнаго исхода, который обычно вызывался шемей. Проф. Bergmann въ девяностыхъ годахъ прошлаго столѣтія считалъ леченіе переломовъ ахиллесовой пятой хирургической терапіи. Но въ 1905 г. появилась работа Bockenheimer'a, который приводитъ 55 случаевъ перелома наколѣнника изъ клиники Bergmann'a, изъ которыхъ 45 лечено оперативнымъ путемъ, а 10 случаевъ лечено консервативнымъ способомъ, причемъ изъ первыхъ случаевъ костное сращеніе получило въ 10 случаяхъ, фиброзное сращеніе въ трехъ случаяхъ и вторичный переломъ въ двухъ случаяхъ.

Нормальная функція ноги получилась въ 25 случаяхъ и неполное сохраненіе функціи ноги въ 20 случаяхъ. Такимъ образомъ даже оперативное вмѣшательство съ послѣдующимъ костнымъ сращеніемъ перелома наколѣнника далеко не всегда обезпечиваетъ полное возстановленіе функціи ноги, по слѣдуетъ запомнить, что смерти, ампутаціи и анкилоза уже не наблюдалось. Изъ десяти случаевъ, леченныхъ консервативнымъ путемъ, полное сохраненіе функціи ноги получило у 7 больныхъ и неполное у 3, причемъ у 5 получило костное сращеніе и у 5 фиброзное. У профессора В. М. Мышь въ двухъ случаяхъ, въ одномъ даже послѣ повторнаго перелома, при оперативномъ леченіи наблюдалось полное сохраненіе функціи ноги. При застарѣлыхъ случаяхъ перелома наколѣнника приходится прибѣгать къ спиливанію или сбивать долотомъ бугры большеберцовой кости или даже къ артротоміи. Въ такихъ случаяхъ по таблицамъ д-ра Чалусова видно, что въ антисептической періодъ (съ 1883 г. по 1890 г.) смерть наблюдалась отъ 2,18 до 2,5%, за асептической періодъ (съ 1890 г. по 1898 г.) смерти уже не наблюдалось.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Изъ Томской желѣз. дор. больницы

Къ ученію о *Hanche à ressort* въ связи съ анатомофизиологическими данными.

Прив.-доц. В. Д. Добромыслова.

(Продолженіе).

Мышцѣ, напрягающей широкую фасцію надо приписать вполне опредѣленную, а не темную, какъ говоритъ Зерновъ, функцію, кратко, но въ общихъ чертахъ вѣрно изложенную частію у Шпальтегольца, частію у Sobotta, такъ какъ ни у того, ни у другого

автора нѣтъ исчерпывающаго описанія ея функции, а подробности дѣйствія ея мнѣ совсѣмъ не удалось отыскать въ литературѣ. Мышца напрягаетъ широкую фасцію бедра, фиксируетъ колѣнный суставъ, участвуетъ въ фиксации голени, способствуетъ удержанію конечности на вѣсу, участвуетъ въ сильной степени въ сгибаніи бедра и наклоненіи туловища въ тазобедренномъ суставѣ, а при недѣятельности или слабой дѣятельности антагонистовъ можетъ способствовать вращенію бедра внутрь, не только благодаря своимъ прикрѣпленіямъ къ колѣнному суставу и большеберцовой кости, но и широкой фасции съ ея наружной межмышечной перегородкой. Эта опора мышцы должна играть роль особенно въ послѣднемъ ея дѣйстви, роль же прикрѣпленій ея на голени обнаруживается въ предыдущихъ ея дѣйствіяхъ по преимуществу. Если же обратимъ вниманіе на то, что напрягающая широкая фасція мышца дѣйствуетъ при сгибаніи бедра одновременно съ портняжной, начинающейся рядомъ и являющейся одной изъ слагаемыхъ равнодѣйствующей, по которой движется бедро при сгибаніи, то игрѣ этихъ мышцъ бедро обязано тѣмъ, что его разгибательная поверхность направляется къ туловищу, не вращаясь кнаружи, какъ оно должно было бы сдѣлать при дѣйстви только портняжной и подвздошно-поясничной мышцы. Расположеніе же прикрѣпленій трехъ указанныхъ мышцъ позволяетъ говорить о томъ, что въ начальныхъ стадіяхъ сгибанія бедра, когда подвздошно-поясничная мышца можетъ только, по Зернову и др., надавливать на тазобедренный суставъ спереди, дѣйствуетъ напрягающая широкая фасція и портняжная мышца; когда же подвздошно-поясничная мышца расположится по прямой, то начинаетъ обнаруживаться и ея дѣйствіе. Такое распределеніе прикрѣпленій названныхъ мышцъ, сгибающихъ бедро, какъ оно существуетъ у человѣка, должно играть въ механизмѣ сгибанія въ тазобедренномъ суставѣ крупную роль. Въ то время какъ напрягающая широкая фасція и портняжная мышца, дѣйствуя на длинное плечо рычага, сообщаютъ по общимъ законамъ механики силу его движеніямъ, подвздошно-поясничная мышца, дѣйствуя на короткое плечо рычага, сообщитъ дистальному концу бедра скорость движенія. Но если напрягающая широкая фасція и портняжная мышца ранѣе подвздошно-поясничной обнаруживаютъ полезное дѣйствіе своихъ сокращеній, то они, какъ бываетъ при лежачемъ положеніи, ранѣе и прекращаютъ свое дѣйствіе, когда въ немъ при прошедшей чрезъ отвѣсную бедра уже нѣтъ нужды, а подвздошно-поясничная мышца дѣйствуетъ и въ это время, какъ можно убѣдиться ощупываніемъ, если въ это время нога не покоится на подставкѣ.

Что касается большой ягодичной мышцы, то она является, по Зернову, единственнымъ разгибателемъ бедра, а при наклонномъ впередъ туловищѣ разгибателемъ его въ тазобедренномъ суставѣ. Новѣйшіе авторы, какъ Sobotta, Борнгауптъ и др., трактуящіе о функции этой мышцы, удерживаютъ за ней то же значеніе. Изученіе функции этой мышцы показало намъ, что только задняя большая половина мышцы, прикрѣпляющаяся своимъ сухожиліемъ къ верхней части шероховатой линіи бедра, исполняетъ эти функции; она растягивается, какъ это видно и на рис. 26 Müller'a, при сгибаніи бедра, слѣдовательно и наклоненіи таза и должна сокращаться при противоположныхъ движеніяхъ. Передняя же часть мышцы не заинтересована въ этой функціи, она участвуетъ въ фиксации колѣннаго сустава и напряженіи широкой фасции, что само собой ясно изъ отношенія ея сухожильной части къ широкой фасции и сумкѣ колѣннаго сустава, наконецъ въ сгибаніи бедра въ тазобедренномъ суставѣ при начавшемся уже сгибаніи. Это отчасти понятно изъ отношенія мускульной

части этой половины мышцы къ подвздошно большеберцовому растяженію, когда начальная часть мышцы, особенно при наклоненіи еще и таза впередъ, и конечная ея точки перемѣщаются впередъ отъ центра сгибанія бедра. Появленіе же волнообразныхъ складокъ на передней части мышцы во время сгибанія бедра у трупа и изглаживаніе ихъ во время разгибанія съ несомнѣнностью говорятъ за участіе мышцы въ сгибаніи бедра. Въ это время, слѣдовательно, сближаются конечныя точки мышцы; если же бы передняя часть мышцы участвовала въ разгибаніи бедра, то появленіе и изглаживаніе складокъ на мышце происходило бы въ обратномъ порядкѣ. Непосредственное ощупываніе мышцы во время различныхъ фазъ движенія только подкрѣпляетъ эти данныя. Описаніе Müller'a, касающееся передней части большой ягодичной мышцы не можетъ поколебать нашего мнѣнія о функціи мышцы. Онъ изучалъ состояніе и топографію мышцъ на трупахъ послѣ наливанія ихъ 10% формалиномъ, при этомъ всѣ части трупа приходили въ сильныя движенія, такъ что приходилось удерживать трупъ для приданія той или другой его части извѣстнаго положенія. Здѣсь химическимъ веществомъ посылалось сразу раздраженіе всѣмъ мышцамъ и оно приводило ихъ всѣ въ сокращеніе. Это, конечно, не одно и то же, что произвольное сокращеніе мышцъ или частей ихъ: здѣсь т. е. у Müller'a ни одинъ мускуль не остается свободнымъ отъ сокращенія и разницы ихъ длины, формы, положенія и топографическихъ отношеній зависитъ только отъ положенія, которое придано изслѣдуемой части трупа. Кромѣ этого общаго соображенія о разницѣ физиологическихъ напряженій мускула и трупныхъ у Müller'a и данныя его измѣреній не говорятъ противъ насъ. Онъ нашель, что, когда нога находится въ выпрямленномъ положеніи (лѣвая нога fig. 27), то задняя часть мускула укорочена (17 ст.); когда же нога находится въ положеніи сгибанія въ тазобедренномъ суставѣ (правая, fig. 26), то задняя большая часть мышцы сильно растянута (25 ст.). Передняя же часть не претерпѣваетъ существенныхъ измѣненій (на лѣв. стор. 21 ст., на правой 22 ст.). Такая малая разница лежитъ въ предѣлахъ ошибки измѣреній, особенно если мы обратимъ вниманіе на то, что переходъ мышцъ въ сухожиліе не обрывается сразу, представляетъ, какъ у Müller'a, неправильно прямую линію; слѣдовательно и основывая на этой разницѣ сужденіе о растянутомъ и сокращенномъ состояніи мышцы нельзя. Кромѣ того нѣтъ тождественныхъ половинъ тѣла, слѣдовательно, и мышцъ; примѣровъ этой ассиметріи мышцъ много и въ фотографіяхъ Müller'a. Если вообще надо производить измѣренія всегда съ одинаковыхъ точекъ, то, принимая во вниманіе возможность ассиметріи, надо быть въ сужденіи относительно результатовъ измѣреній особенно осторожнымъ. Наконецъ, Müller и самъ указываетъ, что лѣвая нога находится въ отведенномъ положеніи, а слѣдовательно, мѣста прикрѣпленій большой ягодичной мышцы сближены, а сама она, благодаря этому, укорочена. Это обстоятельство позволяетъ говорить также объ участіи мышцы въ отведеніи ноги. Непосредственное ощупываніе въ данномъ случаѣ можетъ ввести въ заблужденіе, такъ какъ лежащія подъ большой ягодичной мышцей мускулы участвуютъ тоже въ отведеніи ноги, и ихъ сокращеніи въ богатой жиромъ области трудно отличить отъ сокращеній большой ягодичной мышцы. Участіе всѣхъ описываемыхъ мышцъ въ произведеніи шелкающаго шума будетъ разобрано ниже.

Если мы обратимся къ разсмотрѣнію того, что имѣется несомнѣннаго въ литературѣ по поводу описываемаго страданія, а также и своего случая, то прежде всего надо сказать, что мы не знаемъ точно зависимости сочетанія нѣкоторыхъ измѣненій въ

постановкѣ таза съ хлопающимъ шумомъ въ области тазобедреннаго сустава. Единственное заслуживающее вниманія предположеніе это боли, сопутствующія измѣненіямъ, вызывающимъ шумъ; боли же бывають очень сильны, какъ въ случаяхъ Вауег'а и Ferraton'a; про свой же случай я не говорю, такъ какъ имѣлась кромѣ того гигрома глубокой вертельной сумки, сопровождающаяся иногда, благодаря близости сѣдалищнаго нерва, жестокими болями по его ходу. Естественно, что ради болей, которыя должны усиливаться при растянутомъ состояніи большой ягодичной мышцы и можетъ быть другихъ, расположенныхъ въ этой области, больные опускають тазъ на больной сторонѣ (1-й сл. Кузнецова, нашъ--у Ferraton'a и Вауег'а нѣтъ упоминаній объ этомъ), такъ какъ при этомъ механически сближаются конечныя точки ягодичныхъ мышцъ и уменьшается ихъ напряженіе и давленіе на болящее мѣсто. Поднятіе же таза, какъ было у Галина, сопровождающееся растяженіемъ ягодичныхъ мышцъ, или отведенное положеніе ноги вслѣдствіе сокращенія ихъ сопровождалось бы еще большими болями и больными не было бы использовано. Во всякомъ случаѣ большее число тщательныхъ наблюденій и описаній въ этой области должно пролить свѣтъ на этотъ вопросъ и я никоимъ образомъ не могу согласиться съ тѣмъ упрекомъ Галина пр. Кузнецову, гдѣ онъ говоритъ, что никакія измѣненія въ области большой ягодичной мышцы не могутъ вызвать скашиванія таза. Вѣдь мы знаемъ, что боли при воспаленіи глубокой вертельной сумки, лежащей подъ большой ягодичной мышцей, заставляютъ больныхъ опускать тазъ на больной сторонѣ и иногда придавать ногѣ положеніе перваго стадія коксита. Искривленіе же туловища совершается при этомъ, благодаря статическимъ условіямъ равновѣсія. Исправленіе же положенія таза послѣ операции въ нашемъ случаѣ только подтверждаетъ наше предположеніе относительно причины опущенія половины таза въ описываемомъ страданіи.

Что же касается самаго шума, анатомическихъ измѣненій, лежащихъ въ основѣ страданія и шума и причинъ этихъ измѣненій, то частію литературныя, частію наши данныя освѣщаютъ эти вопросы съ достаточной полнотой.

Шумъ, ощущаемый во время сгибанія ноги, относится къ числу звучныхъ и хотя, какъ говорить

Галинъ, не найдется слова въ лексиконѣ народовъ достаточно точно воспроизводящаго его, но онъ, какъ въ случаѣ Ferraton'a, слышенъ иногда на разстояніи и во всякомъ случаѣ для характеристики его французамъ и англичанамъ понадобилось присоединить къ согласнымъ гласные звуки. А такіе звучные шумы могутъ получаться только отъ туго натянутыхъ предметовъ, неспособныхъ или не могущихъ по какимъ-либо другимъ причинамъ привести въ правильныя и достаточно сильныя колебанія опредѣленнаго числа звучащую среду; въ состояніи же разслабленія они не способны дать этого звучнаго шума. Клиническія наблюденія подтверждаютъ это. Шумъ получался при произвольномъ сокращеніи большой ягодичной мышцы, такъ было въ случаяхъ Ferraton'a и Вауег'а, Кузнецова и нашемъ. У Галина симулянты напрягали среднюю часть подвздошно-большеберцовога растяженія. Далѣе такіе туго натянутые предметы должны для произведенія шума получить или ударъ, или быть спущенными съ предмета, на которомъ натянуты, должно произойти ихъ порывистое внезапное соскальзываніе или перескальзываніе чрезъ предметъ. Клиническія наблюденія говорятъ и объ этомъ: такъ было у Ferraton'a во 2-мъ случаѣ Кузнецова и нашемъ, здѣсь не было плавнаго скольженія вертела подъ мышцами, какъ бываетъ въ нормѣ, въ извѣстное время наблюдается именно порывистое скольженіе мягкихъ частей надъ большимъ вертеломъ. Здѣсь кстати сказать, что правильнѣе называть причину шума перескальзываніемъ натянутыхъ волоконъ большой ягодичной мышцы чрезъ большой вертелъ или соскальзываніемъ, а не перескакиваніемъ или соскакиваніемъ (выраженіе пр. Кузнецова), такъ какъ словомъ перескакиваніе обозначается перемѣщеніе одного предмета чрезъ другой внѣ тѣснаго соприкосновенія между ними, что здѣсь, наоборотъ, является необходимымъ условіемъ происхожденія шума.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Земская санитарія и хѣкторыя ея перспективы.

(Изъ фактовъ и наблюденій въ Новоладожскомъ у. Петерб. губ.).

(Продолженіе).

Не касаясь детально другихъ фактовъ, освѣщающихъ фальшивое положеніе санитарнаго врача въ уѣздѣ (и сказаннаго считаю достаточнымъ), для выясненія своей точки зрѣнія скажу нѣсколько словъ о роли въ жизни уѣзда злободневнаго санитарнаго органа—*санитарныхъ попечительствъ*.

Вѣдь о нихъ ежегодно говорятъ; на нихъ при каждой эпидеміи надѣются,—и ихъ идея мила уму и сердцу русскаго санитарнаго врача.

И дѣйствительно, санитарныя попечительства, по своей идеѣ, готовятъ населеніе къ сознательному отношенію къ мѣропріятіямъ по народному здравоохраненію, къ сознательной борьбѣ со всѣмъ тѣмъ, что влияетъ на заболѣваемость и преждевременную смертность, къ сознательному пониманію культурныхъ, санитарныхъ и лечебныхъ задачъ, намѣчаемыхъ медициной. Это—мѣстныя культурныя общества, гдѣ можетъ культивироваться мѣстная самостоятель-

ность, гдѣ жизненные вопросы могутъ развиваться и углубиться до ясности, вносимой и въ отсталую жизнь пріобрѣтеніями культуры, и въ частности той же общественной медицины. Какъ вопросъ о мелкой земской единицѣ является свѣтлымъ пунктомъ въ исторіи земства, его ближайшимъ лозунгомъ, тамъ и вопросъ о мелкомъ санитарномъ (коллегіальномъ) учрежденіи въ видѣ санитарныхъ попечительствъ служить для медико-санитарной организаци блестящимъ огонькомъ, влекущимъ усталую душу земскаго санитарнаго врача къ своему тихому, но дѣловому пристанищу. Но какъ это все можетъ мириться съ «тенденціями» Новоладожскаго земства?

Какимъ образомъ эти, по идеѣ коллегиальныя, учрежденія съ выборнымъ началомъ будутъ жизненны, когда коллегиальность отклоняется земствомъ изъ-за тенденціи иной, чѣмъ оно само имѣетъ? Какимъ образомъ они будутъ постояннымъ органомъ, если уѣздъ не имѣетъ по существу медико-санитарной организаци и здѣсь царитъ единоличіе? Какимъ образомъ они разовьютъ жизненность, если земство не даетъ матеріальныхъ средствъ и отказываетъ даже въ правѣ на бесплатныя разѣзды попечителямъ? Могутъ-ли они преслѣдовать задачи санитаріи и культурныя цѣли, если дѣятельность

Из лабораторий госпитальной терапевтической
клиники Томского Университета.

Септическая анемия.

Я. А. Калачикова.

(Окончание).

Брюшинная полость. Подкожный жирный слой на животъ—3 сант. толщиной. По вскрытии брюшныхъ покрововъ оказалось, что сальникъ закрывалъ тонкую кишку, нижнимъ же краемъ былъ плотно спаянъ съ паріетальной брюшиной большого таза. По отделии сальника въ тазу открылась полость, наполненная кровью и кровяными сгустками, между которыми найденъ послѣдъ въ видѣ клочковатой оборванной массы до 10—11 сант. въ наиб. діам. Пупочный канатикъ былъ оборванъ и длиной своей не превышалъ 20 сант. Всей кровянистой жидкости было въ вышеуказанной полости болѣе 5000 сс. Подъ микроскопомъ въ ней видны глыбки и кристаллы гематоидина, жирнопереобладающія бѣлая кровяная тѣльца и громадное количество streptococcus'овъ и палочекъ. По удаленіи жидкости оказалось, что полость сверху ограничена сращенными между собой рыхлой тканью петлями кишекъ. Брюшина стѣнокъ живота и малаго, и большого таза покрыта клочковатыми темносѣрыми массами (почти черными) и кровяными свертками и сама по себѣ имѣтъ темноаспидный, мѣстами почти черный цвѣтъ. При введеніи пальца in vaginam и встрѣчнаго ему сверху въ малый тазъ—оба они встрѣтились такъ, что установилось сообщеніе между полостью въ тазу и влагалищемъ. Отверстіе находится въ заднемъ сводѣ; въ него свободно проникаетъ указательный палецъ какъ со стороны таза, такъ и влагалища. Изъ боковыхъ угловъ описанной полости шли съ обѣихъ сторонъ туловища широкіе ходы, справа ходъ былъ ограниченъ съ передней стороны паріетальной брюшиной и слѣпой и восходящей частью ободочной кишки, съ боковъ и сзади—брюшной стѣнкой, а сверху—еще и правой долей печени. Тотъ ходъ проникалъ кверху и достигалъ діафрагмы; въ двухъ мѣстахъ правой половины діафрагма была разрушена и превращена въ вонючую темносѣрую клочковатую массу; разрушенныя мѣста представлялись въ видѣ двухъ рядовъ лежащихъ отверстій до 10 сант. въ наибольшемъ діаметрѣ. На остальномъ протяженіи

диафрагма, верхней поверхностью своей плотно сращена съ легочной плеврой. Съ лѣвой стороны отъ тазовой полости шель кверху такой же ходъ, какъ и справа; онъ былъ ограниченъ спереди нисходящей частью ободочной кишки, а съ боковъ стѣнкой живота, сверху же достигалъ до уровня flexurae coli hepatis, которая, будучи спаяна съ брюшной паріетальной съ прилежащими къ ней органами, составляла верхнюю стѣнку этого хода. Въ общемъ размеры лѣваго хода были меньше праваго. Оба хода были наполнены такой же кровянистой клочковатой массой, какая была найдена въ полости таза. Между верхней поверхностью правой доли печени и діафрагмой среди кровяныхъ сгустковъ былъ найденъ плодъ мужскаго пола 16 сант. длиной. Онъ былъ мацерированъ, такъ что очертанія его мелкихъ частей какъ, напр., губъ и другихъ были слегка сглажены. Все-таки, насколько позволяетъ измѣненный видъ плода, по нему можно было заключить, что плодъ сформированъ правильно. Матка.—дл. 7 сант.; шир. у дна—около 5 сант., слизистая ея блѣдна, слегка разрыхлена. Placae palmatae шейки выражены хорошо, цвѣтъ ткани тѣла матки бѣлесовато—желтоватый. Изъ придатковъ ея удалось найти только уменьшенный въ размѣрахъ лѣвый яичникъ (около 1½ сант. въ наиболш. діаметрѣ). Остальные-же придатки, кромѣ праваго яичника, не были найдены, потому что они терялись въ окружающихъ ихъ темныхъ бѣлесовато-сѣроватыхъ, клочковатыхъ массахъ. Правый яичникъ обычной величины, окутанъ многочисленными темноаспидными перемычками; на разрѣзѣ ткань его желтоватаго цвѣта, и около одного изъ полюсовъ въ ней видны нѣсколько желтоватыхъ фокусовъ. Vagina около 10 сант. длины; слизистая ея синеватаго цвѣта. Въ заднемъ сводѣ, ближе къ правой сторонѣ найдено вышеуказанное отверстіе около 1½ сант. въ діаметрѣ, круглое, съ сѣровато-желтоватыми краями. Слизистая оболочка около него безъ измѣненій. Отверстіе это ведетъ въ полость задняго Douglas'a, который здѣсь содержитъ уже извѣстную темную клочковатую массу и перемычки, соед. rectum съ задней стѣнкой uteri. Брюшинный покровъ мѣстами сохраненъ, какъ на кишкѣ и на маткѣ; мѣстами же онъ покрытъ перемычками, а на днѣ Douglas'ова пространства брюшина разрушена. Селезенка: 15, 9, 3 сант. Капсула покрыта фибриозными пленками и соединительно-тканными перемычками. На разрѣзѣ ткань вишневаго цвѣта, довольно

земства чужда имъ, если такой органъ, какъ санитарный совѣтъ, принужденъ влечить жалкое существованіе, къ которому прислушиваются лишь для вишней декорации? Какими мотивами оправдывается санитарный врачъ, съ его отчужденностью, если будетъ сотрудничать въ ихъ работѣ? Не долженъ ли онъ будетъ ограничиться сношеніями съ «приказными» попечителями, или, какъ сказалъ С. Н. Игумновъ, съ «приказчиками санитаріи», опозоривъ т. о. самую идею санитарныхъ попечительствъ? На засѣданіи 24 VI 1908 г. санитарный совѣтъ дебатовалъ вопросъ о значеніи для уѣзда санитарныхъ попечителей и попечительствъ. Характерно, что послѣ 8-лѣтняго «существованія» попечительствъ совѣтъ рѣшалъ задачу: санитарные «попечители» и «попечительствъ» работаютъ въ уѣздѣ? По справкѣ оказалось, что учреждены были земскимъ собраніемъ 29 сент. 1900 г. попечительства, но тутъ же было отгнана «полная бездѣтельность и безцѣльность ихъ существованія».

Характерно также, что одинъ изъ видныхъ земцевъ (Исполатовъ) всю вину такого положенія взвалилъ на плечи санитарнаго врача Якубовскаго, не интересующагося имъ, а другой (Ермаковъ) началъ съ заявленій о недоукомплек-

попечителей въ совѣтъ. Врачъ Ротерозенъ видѣлъ причину бездѣтельности въ маломъ количествѣ попечителей. Но на этомъ же засѣданіи была выдвинута и коренная причина бездѣтельности, *плохая организация* (отсутствіе авторъ) санитарнаго дѣла въ уѣздѣ.

Задачи организованныхъ попечительствъ были охарактеризованы словами Уварова (статья «Текуція вопросы общественной медицины»): «до-ставленіе пищи, одежды, крова, лечебной помощи, улучшенія житейской обстановки, защита дѣтей и пр., при участіи въ дѣлѣ и обывателей, и служебныхъ органовъ земскаго управленія, подъ руководствомъ послѣдняго, согласующаго дѣйствія всѣхъ частей, при сборѣ пожертвованій и субсидій отъ города и земства,—вотъ вѣроятная физиономія попечительствъ, могущихъ проникать въ вѣдра земскаго населенія такъ глубоко, какъ это недоступно для должностныхъ лицъ, и вносить въ эти вѣдра ту любовь и милосердіе, которыя, не могутъ быть организованы управленіемъ». Организаторъ (д-ръ Замбржницкій) думалъ, что «желательная организация попечительствъ потребуетъ годъ для своего осуществленія» и желалъ, чтобы ихъ дѣятельность осуществила высокіе и многочисленные примѣры другихъ земствъ, а также прав-

рыхлая. Трабекулы выступают замѣтно. Почка: 11 $\frac{1}{2}$, 6, 4 сант.; капсула снимается легко. Поверхность гладкая. Корковый слой розовато-желтоватаго цвѣта набухъ. Пирамидки сѣроватаго цвѣта, не вполне отграничиваются отъ корковаго. Подъ капсулой на одной изъ почекъ найдено два небольшихъ желтоватыхъ пятнышка. Надпочечники, мочеточники, мочевой пузырь особенныхъ измѣненій не представляютъ (мочевой пузырь покрытъ перемычками, соединяющими его съ маткой.)

Печень: 27, 13, 7 сант. Вся верхняя передняя поверхность правой доли покрыта грязными темновато-сѣроватыми и черными клочковатыми массами. Такими же массами покрыта часть и нижнезадней поверхности лѣвой доли. На разрѣзѣ ткань дряблая, малокровна и имѣетъ мускатный видъ. Желчный пузырь безъ особенныхъ измѣненій. Желудокъ растянутъ, слизистая его кромѣ блѣдности другихъ измѣненій не представляетъ. Расгас и duodenum также безъ особенныхъ измѣненій, слизистая тонкихъ кишекъ набухла и закрашена желчью. На многихъ мѣстахъ серозной оболочки тонкихъ кишекъ имѣются перемычки изъ рыхлой ткани, которыми петли тонкихъ кишекъ были сращены между собой. Слизистая толстыхъ кишекъ, кромѣ блѣдности, измѣненій не представляетъ. Серозный покровъ толстыхъ кишекъ чернаго цвѣта и также покрытъ перемычками болѣе многочисленными, чѣмъ тонкія кишки. Уровень диафрагмы слѣва на 4 ребрѣ, справа диафрагма разрушена. Лѣвое легкое сращено рыхлой тканью съ диафрагмой. Въ остальныхъ оно свободно: ткань его для воздуха проходима, умеренно наполнена кровью, отечна. Правое легкое сращено съ грудной стѣнкой и диафрагмой довольно плотной тканью. Ткань его также для воздуха въ верхней долѣ проходима и отечна, кровью наполнена умеренно; въ нижней же долѣ она сравнительно мало проходима для воздуха, уплотнена и на мѣстѣ вышеописанныхъ отверстій въ диафрагмѣ ткань нижней доли превращена въ клочковатую темную массу. Это измѣненіе касается гл. обр. нижней поверхности легкаго и вглубь его ткани не простирается. Слизистая оболочка полости рта и органовъ шеи безъ особыхъ измѣненій (въ пищеводѣ блѣдна, въ гортани и трахей розоваго цвѣта). Щитовидная железа чуть—чуть увеличена; ткань ея кромѣ анеміи особенныхъ измѣненій не представляетъ. Сердце: дл. 10, шир. 10 сант. Околосердечный жиръ

въ умеренномъ количествѣ. Толщина стѣнокъ праваго желудочка—мѣсто отхожденія а. pulm.—2—3 м. Во многихъ мѣстахъ на протяженіи стѣнки этого желудочка видно прониканіе околосердечнаго жира вглубь компактнаго слоя сердечной мышцы, при чемъ кое-гдѣ этотъ слой совершенно замѣщается жировой тканью. Наощупь мышца сердца дряблая, съ желтоватымъ оттѣнкомъ и въ своихъ волокнахъ подъ микроскопомъ содержитъ: значительное количество матовыхъ и блестящихъ зернышекъ, маскирующихъ поперечную исчерченность. Толщина стѣнки лѣваго желудочка: 10—12 м. Мышца съ вышеуказанными свойствами. Клапанный аппаратъ сердца безъ особенныхъ измѣненій; интима вѣнечныхъ сосудовъ также не измѣнена. Интима аорты надъ клапанами и на дальнѣйшемъ ея протяженіи покрыта очень мелкими поверхностными и довольно рѣдко сидящими бляшечками. Костный мозгъ (праваго бедра) краснаго цвѣта. Р. S. Въ брызжейкѣ и сальникѣ—значительное количество жира, который всюду желтаго цвѣта. Забрюшинная клѣтчатка на мѣстахъ вышеописанныхъ полостей съ грязнымъ кровянистымъ содержимымъ, измѣнена только въ заднемъ Дугласѣ и отчасти слѣпой кишкѣ. *Эпикризисъ:* Внѣматочная беременность (около 4 мѣсяцевъ), обильное кровоизліяніе со смертью и мацерацией плода; септической осумкованной перитонитъ съ мѣстнымъ омертвѣніемъ забрюшинной клѣтчатки и прободеніемъ влагалищной трубки въ заднемъ сводѣ и праваго свода диафрагмы. Общій слипчивый перитонитъ. Адгезивный правосторонній плевритъ и поверхностная гангрена праваго легкаго. Жировое перерожденіе и ожиреніе сердца. Септицемія. Обильное внутреннее кровотеченіе. Анемія.

Гистологическое изслѣдованіе.

Костный мозгъ. При обработкѣ съ Флемминговой жидкостью костный мозгъ подъ микроскопомъ оказывается наполовину жирнымъ, наполовину состоитъ изъ клѣточныхъ элементовъ, которые характеризуютъ красный костный мозгъ—не лимфоидный; среди клѣточныхъ элементовъ мы видимъ группы и островки съ большимъ содержаніемъ ядродержащихъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, какъ нормобластовъ, такъ и мегалобластовъ. *Селезенка.* Соединительно-тканная строма увеличена, мальпигіевы тѣльца уменьшены, стѣнки артерій мальпигіевыхъ тѣлецъ рѣзко утолщены. Въ красной пульпѣ видно большое

ственное сознаніе пользы той гуманной и глубокой идеи, лежащей въ основѣ этой дѣятельности (см. журналъ земскаго собр. за 1900 г.). Земское собраніе приняло предложеніе съ благодарностью.

Уѣздъ былъ разбитъ на 6 попечительствъ по числу медицинскихъ участковъ, подъ предсѣдательствомъ участковаго врача. Членами попечительствъ являлись попечители, утверждаемые земскимъ собраніемъ. Кандидатскій списокъ представилъ санитарный врачъ, который по своей должности входилъ въ число непрѣмѣнныхъ членовъ попечительствъ. Рекомендовано врачамъ, какъ предсѣдателямъ, собирать совѣщанія не менѣе 1 раза въ два мѣсяца.

И вотъ началось осуществленіе «этой глубокой идеи, къ которой примѣняли гуманность, милосердіе», и которую выразили въ видѣ списковъ попечителей, рекомендованныхъ кѣмъ-либо (но не выбранныхъ населеніемъ), подъ предсѣдательствомъ назначеннаго участковаго врача (по должности). Гласный Исполатовъ указывалъ въ засѣданіи 24 в. 1900 г. на «глубокое вліяніе попечительствъ» въ періодъ работы Замбржицкаго. И дѣйствительно Шумское попечительство, гдѣ Исполатовъ служитъ земскимъ начальникомъ, фигурируетъ 2 в. 1901 на санитарномъ

совѣтѣ (оно желало: а. регистраціи умершихъ отъ заразныхъ болѣзней и б., выполненія священниками инструкціи для погребенія такихъ больныхъ) и 23 в. того же 1901 г. (оно желало выразить порицаніе фельдшеру за посѣщеніе училища при условіи скарлатина въ его домѣ). Но уже 29 апрѣля 1903 г. секретарь Вегеръ доложилъ совѣту, что изъ всѣхъ санитарныхъ попечительствъ, на обсужденіе коихъ уѣздная управа разослала предложеніе объ учрежденіи лѣтнихъ дѣтскихъ пріютовъ, засѣданіе состоялось только въ одномъ Солецкомъ; въ трехъ—засѣданія не состоялись за неприбытіемъ членовъ, въ одномъ—за вакантностью мѣста врача, одно участковое попечительство (Шумское) распалось вовсе, всѣ члены его заявили врачу объ отказѣ отъ званія попечителей и теперь врачъ вербуетъ новый составъ членовъ попечителей».

Характерно отношеніе совѣта къ постановленію единственно собравшагося Солецкаго попечительства. Оно постановило «отклонить мысль управы о помѣщеніи яслей въ школьныхъ зданіяхъ». Совѣтъ декретировалъ: «устройство ихъ въ школьныхъ помѣщеніяхъ, какъ то предложила управа, признать допустимымъ, представляя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вопросъ рѣшать врачу». Въ томъ же засѣданіи констатировано (че-

количество ядросодержащихъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, преимущественно мегалобластовъ; кромѣ мозговья одноядерная клѣтки (міэлоциты) съ нейтрофильной и эозинофильной протоплазмой, а изрѣдка и гигантскія костномозговья клѣтки, много желтаго пигмента (гемосидерина).

Печень. Кровеносные капилляры печеночныхъ долекъ расширены и наполнены кровью. Печеночныя клѣтки периферическихъ частей долекъ жирно перерождены (жировая инфильтрація). Печеночныя клѣтки содержатъ значительное количество желтаго пигмента.

Почки представляютъ картину геморрагическаго нефрита съ расширеніемъ и переполненіемъ кровью капилляровъ, преимущественно корковаго вещества. Въ надпочечникахъ мы нашли рѣзкую гиперемію въ корковомъ слоѣ, такъ что расширенные и наполненные кровью капилляры шире цуговъ клѣтокъ железы. Въ этомъ же слоѣ видны островки клѣтокъ одноядерныхъ, характера міэлоиднаго; а также значительное содержаніе кровянаго пигмента.

При острыхъ инфекціяхъ *надпочечники* изслѣдованы Federini, онъ нашель гиперемію, геморрагіи и болѣе или менѣе распространенное мутное набуханіе и гялиновое перерожденіе клѣтокъ железы. Признаки новообразованія клѣтокъ всегда отсутствовали.

Сердце. Мышца сердца жирно перерождена (osmium).

Аорта грудная, какъ уже упомянуто въ протоколѣ, несетъ на внутренней поверхности мелкія бляшки, которыя представляютъ пролиферацію клѣтокъ intima'y и послѣдующее жировое перерожденіе ихъ (обработка Флемминговой жидкостью). Кромѣ того заслуживаетъ быть отмѣченнымъ еще и слѣдующее: какъ въ наружной части, такъ и въ срединѣ mediae по ходу расширенныхъ vasa vasorumъ наблюдается воспалительная круглоклѣточковая инфильтрація.

Взаключеніе скажемъ словами Lenhartz'a: «наблюденія убѣдительнымъ образомъ учать, что подъ влияніемъ бактеріальной инфекціи и интоксикаціи можетъ наступить быстрое разрушеніе крови, которое проявляется въ быстро прогрессирующемъ уменьшеніи числа кр. кр. тѣлецъ и гемоглобина и анатомически характеризуется всѣми классическими признаками прогрессивной пернициозной анеміи.»

Въ частности, разбирая нашъ случай и приведенныя изслѣдованія и наблюденія, мы можемъ ука-

зать на слѣдующія измѣненія крови при септическихъ процессахъ:

1) Пониженіе концентраціи крови и уменьшеніе сухого остатка крови и сыворотки.

2) Количество эритроцитовъ обычно падаетъ, среди нихъ появляются нормобласты или мегалобласты, наблюдается анизоцитозъ, иногда пойкилоцитозъ, полихроматофильная дегенерація и базофильная зернистость.

3) Количество Нб падаетъ и абсолютно, и относительно, т. е. Farbeindex можетъ быть или менѣе единицы, или около единицы.

4) Значительный лейкоцитозъ съ преимущественнымъ содержаніемъ полиморфноядерныхъ нейтрофиловъ, уменьшеніемъ лимфоцитовъ и эозинофиловъ.

5) Регенерація крови совершается, кромѣ костнаго мозга, въ селезенкѣ и печени.

Анализъ выводовъ объ измѣненіяхъ крови при септическихъ процессахъ требуетъ указать и отличія септической анеміи отъ тиичной пернициозной анеміи, при которой во первыхъ—Farbeindex обычно выше единицы, во вторыхъ $\frac{9}{10}$ отношеніе нейтрофиловъ и лимфоцитовъ почти равное.

Выражаю свою благодарность глубокоуважаемому профессору И. И. Дочевскому за доставленную мнѣ возможность заняться изученіемъ этой формы анеміи.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. и 2. Ueber einen Fall von Doppelsepsis. Carl Staubli. Munch. med. Wochenschrift. № 45, 1905 г.—3, 4, 5, 6 и 7. Цитировано по E. Grawitz'y. Клиническая патологія крови. Изд. С. Мед. и Гиг. 1904 г.—8, Deutsches Arch f. klin. Med. 1887 г.—9, 10 и 11 Цитир. по E. Grawitz'y.—12 и 13 Цитир. по Naegeli. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Leipzig. 1907 г.—14. Specielle Pathologie und Therapie Nothnagel. Band III. Theil IV. 1903 г. Die septischen Erkrankungen.—15 см. 1. и 2.—16 Ueber Blutbildung bei schweren Anamien und Leukaemien. E. Meyer und A. Heineke. Deutsches Archiv fur klinische Medizin. 1907 г.

Матеріалы къ вопросу объ anaemia pernicioosa progressiva. А. Высоцкій. Диссертація 1906 г.

Измѣненія крови при септическихъ заболѣваніяхъ. А. Высоцкій. Медицинское Обозрѣніе. Томъ 67, 1907 г.

резъ 2 года «влятельной» дѣятельности): «санитарныя попечительства оказались мертворожденными, не собираются по году и больше (вовсе не собирались?)».

Попечительства (?) умерли, и о нихъ стали говорить лишь въ моменты народныхъ бѣдствій.

Идея ихъ, урѣзанная Замбржицкимъ въ самомъ ея основномъ началѣ развитія мѣстной самодѣятельности, при условіи отнятія у нея широкаго выборнаго принципа, вылилась при вышеописанной «тенденціи» уѣднаго земства въ иелѣпную форму «приказныхъ попечителей, къ которымъ бюрократія благосклонна, которыхъ она творитъ и которыхъ опекаетъ. Навязанныя населенію такъ называемыя попечительства нашли при этихъ условіяхъ самихъ себя, а именно: не существовать, но быть ширмой и скрывать за собой глубину санитарной и культурной немощи».

IX санитарный съѣздъ земскихъ врачей СПб. губ. стремился внести оживленіе въ этотъ институтъ. Д-ръ Рубель назвалъ ихъ «безжизненнымъ, мертвымъ учрежденіемъ» почти (?) для всей губерніи, объясняя это «ихъ безправнымъ положеніемъ, отсутствіемъ средствъ, слабой заинтересованностью въ чисто санитарныхъ вопросахъ, составомъ попечительствъ» и др. Въ

основѣ его проектируемаго устава вошла чистая идея санитарныхъ попечительствъ, но избранная съѣздомъ комиссія дала проектъ правилъ компромисснаго характера, (Труды т. II.) который не замедлилъ, при всеобщемъ введеніи, дать въ такихъ уѣздахъ, какъ Новоладожскій, старыхъ «приказчиковъ» санитаріи (по Игумнову).

Не входитъ въ мою задачу дать критику проекта, тѣмъ болѣе что изъ сказаннаго уже ясно, въ какомъ направленіи я поведу ее; теперь дамъ коротенькую справку изъ дѣятельности нѣкоторыхъ земствъ, сумѣвшихъ дать лучшую постановку институту санитарныхъ попечительствъ, не смотря на вопліи понятныя административныя противодѣйствія.

Еще въ 1879 земс. Екатеринбургскій врачъ А. Л. Каравановъ боролся съ костеожигательными заводами при помощи организованныхъ имъ «волостныхъ» попечительствъ. Мѣстная самодѣятельность была возбуждена, что и доказываютъ 4 волостныхъ приговора въ защиту приговореннаго къ увольненію товарища. Богомолецъ на 8 Пироговскомъ съѣздѣ далъ картину дѣятельной санитарной работы Одесскихъ попечительствъ, достигшихъ maximum'a развитія передъ послѣдними годами реакціи, когда въ ихъ засѣданія бы-

Ueber Regeneration des Blutes unter normalen und krankhaften Verhältnissen. H. Schridde. Centralblatt für Allgemeine Pathologie u. Pathologische Anatomie. Band XIX 1908 г.

РЕФЕРАТЫ.

ДѢТСКІЯ БОЛѢЗНИ.

A. Baginsky. *По поводу дѣтской смертности въ большихъ городахъ.*—Hygien. Rundschau 1908 (По реф. въ Arch. de Médec des' Enf. 1909. № 5).

Въ своей работѣ Baginsky касается трехъ вопросовъ.

Первый вопросъ—частота дѣтскихъ поносовъ въ лѣтніе мѣсяца. Но въ 1907 году наиболее высокая температура была отмѣчена въ сентябрѣ и октябрѣ и какъ разъ въ это время зарегистрировано было наибольшее количество дѣтскихъ смертей отъ поноса. Этотъ фактъ подтверждаетъ еще разъ уже признанное положеніе, что на развитіе дѣтской холеры влияетъ внѣшняя температура.

Второй вопросъ касается устройства въ дѣтскихъ больницахъ специальныхъ павильоновъ для сомнительныхъ больныхъ и для смѣшанныхъ инфекцій. Эти послѣднія встрѣчаются чаще, чѣмъ это предполагаютъ. Такъ, въ отдѣленіи автора въ теченіе 3-хъ лѣтъ въ павильонѣ для дифтеритныхъ, черезъ которыхъ прошло 1221 больной, отмѣчены были: рожа одинъ разъ, скарлатина—78, корь—2, а всего 81 случай смѣшанной инфекцій. Въ павильонѣ для скарлатинныхъ на 789 больныхъ было 44 случая дифтерита, 18 кори, 6 вѣтряной оспы, 13 краснухи, т. е. опять таки 81 случай смѣшанныхъ инфекцій. Въ павильонѣ для коревыхъ на 756 больныхъ было отмѣчено 34 случая коклюша, 31 дифтерита, 5 скарлатины, 14 вѣтряной оспы, 8 краснухи, 4 свинки. Вотъ почему Baginsky полагаетъ, что больница на 300 кроватей должна имѣть въ своемъ распоряженіи, по крайней мѣрѣ, 25 мѣстъ для изоляціи сомнительныхъ больныхъ или со смѣшанною инфекціею.

ба введена полиція. Костромское губернское земство въ своихъ «Правилахъ объ учрежденіи и дѣятельности попечительствъ (1903 г.) признало попечительства постоянными мелкими учрежденіями, имѣющими цѣлью выполнять медико-санитарныя и обще-культурныя задачи. Изъ отчетовъ засѣданій, печатающихся въ врач.-санитарномъ «Обзорѣ», видно, что это жизнедѣятельныя мѣстныя общества съ выборнымъ распорядительнымъ комитетомъ во главѣ, спаянныя уже съ др. земскими учрежденіями въ связную организацію. Санитарный врачъ *Малыгинъ* оцѣниваетъ въ своемъ отчетѣ (1908 г.) попечительства въ ихъ неискаженномъ видѣ.

«Въ Ветлужскомъ уѣздѣ, говоритъ онъ, благодаря дружной поддержкѣ этихъ вспомогательныхъ учреждений со стороны земства и врачей, удалось сдѣлать, повидимому, больше, чѣмъ сдѣлано въ другихъ уѣздахъ... Дѣятельность санитарнаго врача шла въ направленіи согласнаго сотрудничества въ этомъ дѣлѣ съ участковыми врачами... Земское очередное собраніе постановило: 1) признать существующую организацію санитарныхъ попечительствъ съ выборнымъ исполнительнымъ органомъ на мѣстахъ въ видѣ распорядительныхъ комитетовъ, законченной и цѣлесообразной; 2) признать, что са-

Третій вопросъ, котораго онъ касается, это устройство въ дачной обстановкѣ, среди лѣса, пріютовъ для выздоравливающихъ больныхъ и школьниковъ, не отличающихся достаточнымъ здоровьемъ. Для переноса необходимо устраивать постоянное жилье, гдѣ они могли бы проводить и ночи, для вторыхъ можно ограничиваться лишь дневными пріютами. Авторъ указываетъ также, какой типъ построекъ является подходящимъ для этихъ цѣлей.

И. Федоровъ.

Wilcox. *Диабетъ у взрослыхъ и у дѣтей большаго старшаго возраста*—Arch. of pediatr., 1908 г. (По реф. въ Rev. d'hygiene et de Médec. Inf. 1909 г., № 2).

Авторъ останавливается прежде всего на частотѣ и развитіи, почти роковомъ, диабета у дѣтей. За 17 лѣтъ цѣлымъ рядомъ авторовъ собрано 526 случаевъ дѣтскаго диабета. Что касается относительной его частоты, то Pavy, Prout и Meyer отмѣчаютъ на 2240 наблюдений 11 случаевъ ($1/200$), Reden и Saunby на 3014 наблюдений 334 случая т. е. $13/100$. По возрасту раздѣленіе даетъ Wegeli: 29 случаевъ въ возрастѣ отъ 1 года до 5 лѣтъ, 81 случай въ возрастѣ 5—10 лѣтъ и 42 случая въ возрастѣ 10—16 лѣтъ. Чаще болѣютъ дѣвочки. Наслѣдственность играетъ огромную роль—она прямая или боковая. Вызывающею причиною являются: нервное состояніе, травма, инфекціонныя болѣзни. Вторичными этиологическими моментами служатъ охлажденіе, плохая обстановка, быстрый ростъ, прорѣзываніе зубовъ. Одинъ разъ отмѣчено было, что диабетъ исчезъ у ребенка, страдавшаго Поттовой болѣзью, послѣ выпрямленія позвоночника. Количество мочи можетъ быть различнымъ отъ 700 до 7000 куб. с. съ удѣльнымъ вѣсомъ отъ 1,020 до 1,040 и съ содержаніемъ сахара отъ 1 до 6%. Бѣлокъ встрѣчается въ различныхъ пропорціяхъ, появленіе галиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ предвѣщаетъ кому. Ацетонъ бываетъ почти во всѣхъ случаяхъ. Кровь содержитъ сахаръ нѣсколько больше нормы. Анемія рѣдко бываетъ въ началѣ болѣзни.

Продолжительность болѣзни у ребенка короче, чѣмъ у взрослога. Дѣло кончается обычно смертью, иногда бываютъ временныя улучшенія и даже какъ

нитарныя попечительства д. б. органами, связанными съ дѣятельностью уѣзднаго земства и не должны уклоняться въ сторону организаціи исключительно благотворительнаго типа; 3) для проведенія черезъ санитарныя попечительства земскихъ мѣропріятій, такъ или иначе связанныхъ съ задачами культурнаго, санитарнаго и лечебнаго характера, ассигновать въ формѣ кредита 2000 р., каковую сумму внести въ смѣту 1908 г. Кроме того, организацію горячаго приварка въ школахъ собраніе поручило имъ же.

Одаевское попечительство постановило «просить земское собраніе печатать въ доступной для крестьянскаго пониманія формѣ отчеты ежегодныхъ приходовъ и расходовъ и распространять ихъ среди населенія черезъ попечительства».

Въ Екатеринославской губерніи Гуляйпольское санитарное попечительство открыло у себя артезианскій колодезь, ввело въ кругъ своихъ задачъ обслуживаніе нуждъ просвѣщенія, ходатайствовало объ открытіи реальнаго училища, возбудило ходатайство о разрѣшеніи утилизировать на свои нужды «попудный» сборъ и т. п.

Въ с. Мытицахъ Моск. губ. попечительство, возникшее въ 90-хъ годахъ, соединило задачи

буато выздоровленія, но наступаютъ возвраты и дальнѣйшее ухудшеніе. Въ качествѣ осложненія: туберкулезъ, гангрена, зудъ. Анатомическія измѣнія характеризуются, какъ и у взрослыхъ, уже вторичными явлениями упадка питанія, нѣкоторыми уклоненіями нормы въ почкахъ и поджелудочной железнѣ. Лечение заключается въ соответствующемъ режимѣ, въ стремленіи уменьшить гликозурию и ацидозъ.

И. Федоровъ.

СІ. Ferreira. *Постоянные крики, какъ симптомъ наследственной сифилиса.*—Arch. de Mèdec. des Enf. 1909 г. № 5.

Диагностика врожденнаго сифилиса не всегда легка. Очень часто видимыя проявленія его на слизистыхъ оболочкахъ и кожѣ, со стороны носовой полости, лимфитич. системы и проч., могутъ отсутствовать. На непрерывные крики, какъ на признакъ скрытаго сифилиса, обратили впервые вниманіе аргентинскіе врачи Genaro Sisto и Ernest Gaing. Этому же вопросу была посвящена статья Comby, которую въ свое время мы уже реферировали. Авторъ описываетъ новое наблюденіе, подтверждающее семіологическое значеніе криковъ при диагностикѣ сифилиса. Какъ въ наблюденіяхъ вышеуказанныхъ авторовъ, въ этомъ наблюденіи отмѣчено было довольно быстрое прекращеніе казавшихся безпричинными криковъ послѣ назначенія специфической терапіи: жидкости van Swieten'a и ртутныхъ втираній. Къ сожалѣнію, ребенокъ черезъ нѣкоторое время былъ простуженъ, заболѣлъ воспаленіемъ легкихъ и погибъ.

И. Федоровъ.

F. Gofferje. *Дневныя колебанія температуры у грудныхъ дѣтей въ здоровомъ и больномъ состояніи.*—Jahrb. f. Kinderh. 1908 г. Bd. XVIII Hft. 2. (По рефер. въ Arch. de Medec. des Enf. 1908 г. № 5.

Эта работа проведена авторомъ подъ наблюденіемъ проф. Salge въ Дрезденскомъ пріютѣ. У взрослыхъ, какъ извѣстно, вечерняя температура на полградуса выше утренней У грудного ребенка, кормящаго грудью, въ здоровомъ состояніи имѣются какъ разъ обратныя отношенія. На кривой, составленной

на основаніи цѣлаго ряда измѣреній, высшая точка совпадаетъ съ 10 ч. утра и низшая съ 10 ч. вечера. Паденіе вечерней t° -ры совершается быстрее, чѣмъ поднятіе утренней. Разница въ колебаніяхъ измѣняется съ возрастомъ, а именно, въ возрастѣ отъ 3 до 4 недѣль она равняется $0,29^{\circ}$, въ возрастѣ отъ 2 до 3 мѣсяцевъ— $0,6^{\circ}$. Weil находилъ, что у дѣтей, кормящихся грудью, температурная кривая имѣетъ почти горизонтальную форму, у дѣтей же рожковыхъ неправильную и изломанную. Gofferje не согласенъ съ этимъ. Послѣдовательными наблюденіями надъ одними и тѣми же дѣтьми при переводѣ ихъ съ груди на искусственное вскармливаніе онъ установилъ, что температурная кривая не претерпѣваетъ никакихъ измѣненій, разъ только здоровье ребенка остается попрежнему нормальнымъ. Измѣненія эти получаютъ лишь иногда, когда въ состояніи ребенка наступаютъ извѣстныя уклоненія отъ нормы.

На вышеуказанныя колебанія t° -ры оказываетъ преимущественное вліяніе дѣятельность мышцъ. Питаніе, повидимому, въ этомъ смыслѣ стоитъ на второмъ планѣ.

Что касается измѣненій t° -ры при патологическихъ состояніяхъ, то измѣненія эти бывають различныхъ типовъ. Во-первыхъ температурная кривая можетъ дать два повышенія—ночное и дневное, при чемъ первое наступаетъ позже, не отличается правильнымъ характеромъ и даетъ колебанія свѣше, чѣмъ въ полградуса.

При второмъ типѣ между дневнымъ и ночнымъ повышеніями не получается разницы.

При третьемъ типѣ кривая также сохраняетъ два повышенія, но дневное даетъ колебанія наиболѣе высокія днемъ и наиболѣе низкія ночью.

И Федоровъ.

J. C. *Опасность отъ дѣтскихъ свивальниковъ*—Arch. de Medec. des Enf. 1909 г. №. 4.

Авторъ подробно останавливается на недавно прочитанномъ въ Ноттингамѣ докладѣ Waring'a—о той опасности, которая грозитъ отъ употребленія дѣтскихъ свивальниковъ. Обычай крѣпко спеленывать дѣтей посредствомъ нѣсколькихъ свивальниковъ, къ сожалѣнію, далеко еще не исчезъ въ цивилизованныя страны, а между тѣмъ вредъ отъ этого, на-

санитаріи съ задачами сельскаго хозяйства и др.

Въ заключеніе этого вставнаго наброска о санитарныхъ попечительствахъ скажу, что ихъ въ Новоладожскомъ уѣздѣ нѣтъ и не было, что организаторъ ихъ д-ръ Замбржицкій далъ имъ широкія задачи, но ничего не далъ, чтобы сдѣлать ихъ практически-полезными для населенія, что и возвратило ихъ къ типу «приказныхъ попечителей». Они должны представлять изъ себя мѣстныя общества, основанныя на выборномъ началѣ, преслѣдовать задачи санитарныя и общекультурныя, для чего со стороны губернскихъ и уѣздныхъ земствъ необходимо имѣть денежная помощь; д. б. постоянными учрежденіями, тѣсно связанными въ своей жизнедѣятельности съ земскими учрежденіями и врачами для проведенія въ деревнѣ дѣлъ культурно-санитарнаго характера (см. Ветлужское з. собр.). Тогда организацію ихъ я считаю первымъ своимъ дѣломъ, буду звать туда товарищей и буду помнить, что освободительное движеніе создавалось людьми по русски культурными и они помогутъ разъяснить населенію ихъ значеніе, заинтересовать, и будетъ вдохнута живая душа въ сейчасъ мертвое дѣло. Тенденцію же санитарнаго совѣта, при настоящимъ status quo, да-

вать кандидатскія списки для утвержденія, считаю вреднымъ недоразумѣніемъ и профанацией идеи попечительства.

(Продолженіе слѣдуетъ).



носимый ребенку, не подлежит сомнѣнію. Отрицательныя стороны отъ спеленыванія могутъ сказываться различно.

Прежде всего ребенокъ испытываютъ въ такихъ случаяхъ боль, даже если стягиваніе не очень сильное, безпокойство, бессонницы; такія дѣти много кричатъ. Если ребенокъ стянуть туго, то лицо его дѣлается синимъ, височныя вены расширяются, вслѣдствіе стѣсненнаго кровообращенія.

При стягиваніи свивальниками живота, у ребенка довольно легко вызываются *рвоты*. Не разобравшись, въ чемъ дѣло, въ такихъ случаяхъ начинаютъ лечить дѣтей отъ заболѣваній желудка и этимъ ненужнымъ леченіемъ еще болѣе ухудшаютъ его состояніе.

Отъ стягиванія груди и живота повышается внутрибрюшное давленіе и, какъ слѣдствіе этого, получаютъ *грыжи пупочныя и въ особенности паховыя*. Конечно, для образованія грыжъ имѣются и другія причины, но роль свивальниковъ отрицать нельзя. Пупочная грыжа, несомнѣнно, улучшается или даже предупреждается при хорошо наложенномъ бинтѣ, но разъ только бинтъ накладывается плохо, то результатъ можетъ получиться обратный.

Иногда тугое бинтованіе вызываетъ *выпаденіе прямой кишки*.

На образованіе *обезображиваній* грудной клѣтки свивальники оказываютъ вліяніе въ томъ смыслѣ, что они задерживаютъ ея ростъ. Конечно, въ этомъ отношеніи болѣе важное значеніе играетъ рахитизмъ, въ особенности распространенный среди бѣднаго класса, гдѣ въ тоже время всего чаще прибѣгаютъ къ свивальникамъ.

Въ особенности вредно вліяетъ стягиваніе груди при *заболѣваніяхъ грудныхъ органовъ*, ограничивая дыхательныя экскурсіи и благопріятствуя такимъ образомъ одышкѣ. Вліяніе бинтованія на нервныя центры сказывается явленіями кровяного застоя, могущаго вести къ конвульсіямъ и другимъ болѣе тяжелымъ припадкамъ.

Несчастныя случайности въ родѣ *задушеній въ постели*—могутъ быть объясняемы также употребленіемъ свивальниковъ.

На основаніи всего вышеуказаннаго Wanging, а за нимъ и J. Comby высказываются безусловно отрицательно къ обычаю пеленать дѣтей. Они указываютъ, что американскій и англійскій способъ ухода за груднымъ ребенкомъ, предоставляющей этому послѣднему полную свободу движеній, безо всякихъ бинтовъ и свивальниковъ, наиболѣе рационаленъ и даетъ наилучшіе результаты.

П. Федоровъ.

Изъ русской литературы.

Дѣтоубійство. Среди гнетущихъ фактовъ современной намъ дѣйствительности дѣтоубійство становится все болѣе и болѣе частымъ явленіемъ. Интересный анализъ относящейся сюда официальной статистики даетъ *д-ръ Д. Н. Жбанковъ* („Практ. Врачъ“ № 17). Дѣтоубійство относится почти исключительно къ женской преступности, которая носитъ преимущественно семейно-половой характеръ (любовѣніе, прелюбовѣніе, сводничество, кровосмѣшеніе, убійство мужей и близкихъ родственниковъ и пр.). Насколько быстро растетъ цифра дѣтоубійствъ—можно судить по слѣдующему. Въ семидесятихъ годахъ среднее годовое количество осужденныхъ за это преступленіе равнялось 209, къ концу восьмидесятихъ годовъ оно

достигло 369, а къ началу девяностыхъ—500. Въ 1900 году изъ 1027 подсудимыхъ было осуждено 847, въ 1901 изъ 1320 осуждено было 1084, въ 1902 г. изъ 1258 было осуждено 1035. Значительное повиженіе далъ лишь 1904 г. Однако, по даннымъ „Отчетовъ о состояніи народнаго здоровья“, въ этомъ году произведено медицинскихъ вскрытій и осмотровъ мертвыхъ тѣлъ по поводу убійствъ—1559, въ слѣдующемъ году—1600, а въ 1907 г.—1705.

Изъ кого же набирается составъ дѣтоубійцъ?—спрашиваетъ далѣе авторъ. Кто тѣ несчастныя матери, которыя, вопреки всѣмъ законамъ своей природы, губятъ своихъ новорожденныхъ, и въ то же время разбиваютъ зачастую и всю свою жизнь?

На эти вопросы мы находимъ отвѣты въ тѣхъ выводахъ, къ которымъ приводятъ голыя цифры. Это прежде всего всѣмъ еще юныя матери, не достигшія и двадцати лѣтъ и едва перевалившія этотъ возрастъ—въ общей сложности онѣ занимаютъ 60% среди дѣтоубійцъ. Далѣе, по семейному положенію это или дѣвицы (73%) или вдовы (10%). По образованію громадное большинство (87%) безграмотныя. По сословію преимущественно крестьянки, а за ними мѣщанки. По національности преобладаютъ русскія.

На первый взглядъ довольно парадоксальный выводъ получается при распределеніи дѣтоубійцъ по мѣсту совершенія преступленія. Оказывается, на столицы и другіе города приходится всего лишь 6,7%, всѣ остальные—на села и деревни. Такимъ образомъ крестьянка какъ будто бы въ 15 разъ преступнѣе горожанки. Но, само собою разумѣется, это не такъ. Прежде всего необходимо принимать во вниманіе общую цифру городского и деревенскаго населенія и къ ней подводить цифры зарегистрированныхъ дѣтоубійствъ въ той и другой средѣ. Затѣмъ весьма важнымъ соображеніемъ является то, что въ деревнѣ гораздо труднѣе скрывается всякое преступное дѣяніе, чѣмъ въ городѣ, гдѣ къ тому же для желающихъ отдѣлаться отъ своего ребенка матерей представляются и другіе способы (подкидываніе, отдача въ воспитательныя дома и т. п.), нерѣдко равносильные дѣтоубійству.

Причины дѣтоубійства разнообразны и сложны, но всѣ онѣ могутъ быть сведены въ двѣ большія группы—нравственныя и матеріальныя.

Нравственныя или, вѣрнѣе, причины *внутренняго* порядка вытекаютъ главн. образомъ изъ признанія настоящимъ обществомъ противостественнаго и потому противонравственнаго ученія, что существуютъ двѣ морали—мужская и женская; что позволительно одному, то недопустимо для другой. Отсюда: ложный дѣвичій стыдъ имѣть ребенка не по шаблонному порядку—опасенія родителей и родственниковъ, боязнь остаться незамужней и другія пораженія и страданія, вызываемыя угнетеннымъ состояніемъ «нелегальной» матери. Матеріальныя причины сводятся къ тому, что при настоящихъ условіяхъ для одинокой матери съ груднымъ ребенкомъ до невозможности трудно имѣть или зарабатывать кусокъ хлѣба. Отецъ «нелегальнаго» ребенка избавленъ отъ всякихъ заботъ о немъ и для несчастной матери нѣтъ подходящаго убѣжища, при посредствѣ котораго она могла бы воспитывать своего ребенка и одновременно зарабатывать кусокъ хлѣба.

Къ такому же рѣшенію вопроса подходитъ и другой авторъ, *д-ръ Моджушинскій* въ статьѣ

своей о криминальномъ абортѣ („Медицинское обозрѣніе“ № 7). Указавши на то, что абортъ съ древнѣйшихъ временъ считался однимъ изъ тяжкихъ преступленій, караемыхъ даже смертною казнью и что тѣмъ не менѣе количество преступленій этого рода нисколько не уменьшается, а, наоборотъ, растетъ—онъ пишетъ далѣе:

Значить, не въ законѣ и не въ наказаніи сила. Нужда, страхъ вотъ тѣ наибѣе встрѣчающіеся источники, которые становятся болѣе сильными, чѣмъ нравственное отвращеніе къ убійству собственнаго плода и страхъ предъ законною ответственностью. И если не помогаютъ даже Драконовскіе законы, то нужно искать другихъ путей—и лично мнѣ кажется, что огромнымъ шагомъ впередъ въ смыслѣ предупрежденія преступленій явилось бы, во—первыхъ устройство пріютовъ для беременных послѣднихъ мѣсяцевъ, гдѣ женщины, пользуясь защитой и помощью, имѣли бы полную гарантію въ смыслѣ охраненія ихъ тайны и во—вторыхъ, большее количество воспитательныхъ домовъ, доступъ въ которые не былъ бы прегражденъ исполненіемъ цѣлаго ряда формальностей и непомѣрно высокой платой, а главное не лишалъ бы мать возможности взять въ любой моментъ своего ребенка

Осуществленіе такой идеи, правда, еще въ зачаточной формѣ можно уже видѣть кое-гдѣ на Западѣ. Въ прошломъ году на страницахъ нашей газеты мы не разъ касались различныхъ формъ борьбы съ дѣтскою смертною, въ томъ числѣ и дѣятельности различныхъ обществъ материнской взаимопомощи и аналогичныхъ имъ, задающихся главнымъ образомъ цѣлью приходить на помощь тѣмъ женщинамъ, для которыхъ ихъ будущій или уже родившійся ребенокъ является тяжелою обузою, нерѣдко толкающею ихъ на путь преступленія. То, на что указываетъ только что цитированный нами авторъ, является лишь частью сложной и разнообразной борьбы съ насильственнымъ прекращеніемъ дѣтской жизни. Защита дѣтства въ извѣстный періодъ есть въ то же время защита материнства—та и другая совершенно слизаются. Вотъ почему этотъ періодъ борьбы съ дѣтскою смертною французы окрестили общимъ именемъ «la puériculture intrauterine».

Изъ жизни сибирскихъ ученыхъ обществъ.

Засѣданіе Общества врачей Енисейской губ.
4 мая 1909 г.

На засѣданіе прибыло около 30 действительныхъ членовъ Общества и присутствовало нѣсколько человекъ гостей. Предсѣдательствовалъ П. П. Рачковскій.

Д-ръ В. М. Крутовскій кратко сообщилъ объ оперированномъ имъ случаѣ *опухоли радужной оболочки льваго глаза*.

Онъ же доложилъ случай *полнаго паралича аккомодации у дѣвочки 5 лѣтъ съ полнымъ амаврозомъ*. При офтальмоскопированіи рѣзкая картина застойнаго соска на обоихъ глазахъ. Въ октябрѣ легкой дифтеритъ зѣва. За 4 дня до обнаруженія родителями слѣпоты—травма головы.

Больная была демонстрирована собранію и многими членами подвергнута изслѣдованію. Основная часть засѣданія была посвящена хозяйственнымъ дѣламъ: ассигновано 800 руб. на ремонтъ хирургическаго барака и добавлено 150 р.

къ ассигнованнымъ ранѣе 150 р. на ремонтъ лечебницы

Довольно оживленные пренія вызвали докладъ директора фельдшерской школы о поступившемъ отъ генераль-губернатора предложеніи къ исполненію предписанія хозяйственнаго департамента общихъ дѣлъ Министер. Внутр. Дѣлъ о примѣненіи съ начала слѣдующаго учебнаго года 5⁰ о нормы лицъ іудейскаго вѣроисповѣданія, поступающихъ въ школу. Общество было крайне поражено этимъ распоряженіемъ, идущимъ въ полный разрѣзъ съ уставомъ школы, утвержденнымъ еще старымъ порядкомъ Минист. Внутр. Дѣлъ и имѣющимъ отдѣльный параграфъ, котор. поступленіе лицъ какихъ бы то ни было вѣръ не чѣмъ не ограничено.

Является вопросъ, можетъ ли подобное распоряженіе касаться частной школы, руководствующейся утвержденнымъ уставомъ.

Постановлено принять къ свѣдѣнію предложеніе генераль-губернатора и вмѣстѣ съ тѣмъ поручить директору школы выяснить этотъ вопросъ въ Петербургѣ.

Въ концѣ засѣданія д-ръ П. Н. Коноваловымъ поднятъ вопросъ о какомъ то систематическомъ игнорированіи мѣстными врачами *касси Чистовича*. Онъ полагаетъ, что этотъ индифферентизмъ объясняется лишь недоразумѣніемъ и обѣщаетъ сдѣлать докладъ о кассѣ въ одномъ изъ ближайшихъ засѣданій и надѣется это недоразумѣніе разъяснить.

Изъ жизни университета.

Защита диссертации.

26 апрѣля въ Томскомъ университетѣ врачъ Н. А. Боюразъ защитилъ диссертацию на степень доктора медицины, подъ заглавіемъ „*О частичныхъ ампутаціяхъ стопы въ функциональномъ отношеніи*“. Авторъ задался цѣлью сопоставить между собою различные способы частичныхъ ампутацій стопы и сравнить ихъ съ точки зрѣнія функциональныхъ результатовъ. Онъ пользовался для этого матеріаломъ Томской Госпитальной Хирургической клиники, гдѣ за послѣдніе 5 лѣтъ произведено было 47 частичныхъ ампутацій стопы и 28 изъ нихъ авторъ наблюдалъ лично; кромѣ того онъ воспользовался имѣющимися въ литературѣ по этому вопросу сообщеніями. Въ работѣ изложенъ подробный историческій очеркъ развитія методики операций Lisfranc'a, Chopart'a, Malgaigne'a Syme'a, Пирогова и ихъ модификацій, представлено анатомическое устройство и функція стопы. Самъ авторъ для изученія функциональныхъ отравленій здоровой стопы и культы пользовался снимками по Рентгену, вычисляя путемъ измѣреній величину слѣда или площади опоры.

Въ литературѣ описано всего, если принять въ расчетъ и наблюдавшіеся въ Томской Госпитальной Хирургической клиникѣ,—582 случая частичныхъ ампутацій стопы, гдѣ извѣстенъ функ-

ціональний исходъ. На основаніи этого матеріала авторъ сдѣлалъ сравнительную оцѣнку различныхъ способовъ ампутаціи стопы съ точки зрѣнія работоспособности культы и для каждаго изъ нихъ отмѣтилъ соотвѣтствующія показанія, ихъ недостатки и преимущества. — Оффиціальныя оппоненты *Г. М. Юсифовъ* и *П. И. Тиховъ*, отмѣтивъ нѣкоторые недочеты, главнымъ образомъ редакціоннаго характера, дали о работѣ хорошей отзывъ и факультетъ призналъ автора заслуживающимъ степени доктора медицины. *П. Ч.*

Врачебная хроника.

Противохолерныя мѣропріятія въ Красноярскѣ. Красноярская дума въ засѣданіи 29 апрѣля заслушала докладъ санитарнаго совѣта по вопросу о мѣрахъ на случай могущей появиться холеры. Пока проектировано лишь пригласить помощника къ городскому санитарному врачу на жалованье по 100 р. въ мѣсяць, съ тѣмъ, чтобы въ случаѣ появленія холеры этотъ врачъ завѣдывалъ холернымъ бараккомъ и тогда жалованье ему будетъ увеличено до 200 р. въ мѣсяць. Пока другихъ мѣръ никакихъ не проектировалось. Дума сумму въ 900 р. на жалованье добавочному врачу ассигновала.

Владивостокская городская больница. Интервьюеръ „Далекой Окраины“ сообщаетъ свою бесѣду съ однимъ изъ гласныхъ городской думы, имѣвшимъ случай познакомиться съ состояніемъ городской больницы. Больница прежде всего сильно переполнена. Особенно тяжелое впечатлѣніе производятъ отдѣленія для венериковъ и туберкулезныхъ, помѣщающіяся въ зданіи работнаго дома. Кухня тѣсна, еще хуже прачешная. Амбулаторія представляетъ небольшую комнату, въ которой набивается ежедневно до 120 человекъ со всевозможными заболѣваніями, въ томъ и числѣ и заразными.

Рядомъ воздвигнутъ новый хирургическій павильонъ, устроенный и оборудованный по послѣднему слову науки, однако всѣ остальные вспомогательныя зданія — кухня, прачешная — въ прежнемъ примитивномъ состояніи.

„Такова наша больница, заключаетъ авторъ. — Печать некультурности, плохой нищенской оборудованности лежитъ на ней и никто не можетъ гордиться ею и не гордится, какъ своимъ любимымъ дѣтищемъ“.

Закладка зданія лазарета Краснаго Креста въ Верхнеудинскѣ. *Товарищъ Леговъ* пишетъ намъ, что 23-го апрѣля въ Верхнеудинскѣ происходило выдающееся въ жизни города событіе — совершена закладка новаго зданія лазарета Краснаго Креста.

Зданіе будетъ расположено въ дивной мѣстности съ роскошнымъ видомъ на горы и р. Селенгу. Огромную площадь вокругъ лазарета предположено засадить въ мѣстахъ, гдѣ попорченъ лѣсъ, деревьями. Самое зданіе, въ виду того, что строить взялся одинъ изъ выдающихся читинскихъ подрядчиковъ, значительно противъ смѣты расширено и кромѣ того, также сверхъ смѣты, будутъ въ немъ устроены паровое отопленіе, водопроводъ и усовершенствована операционная комната.

Само зданіе лазарета строится въ два этажа. Причемъ, благодаря уклону, на которомъ строится зданіе, всѣ подвальные помѣщенія оказываются теперь стоящими надъ уровнемъ земли и такимъ образомъ исключается самъ собою одинъ изъ выдающихся недостатковъ въ системѣ крупныхъ лечебныхъ заведеній. Далѣе, въблизи зданія лазарета, на той же усадьбѣ предполагается поставить домъ для общины сестеръ милосердія и, можетъ быть, домъ для одного изъ врачей.

Въ настоящее время работы по постройкѣ быстро подвигаются впередъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ приближается моментъ осуществленія завѣтной мечты Верхнеудинскаго мѣстнаго Управленія Краснаго Креста.

Неужели все это правда? Намъ сообщаютъ, что въ засѣданіи красноярскаго санитарнаго совѣта одинъ молодой врачъ весьма грубо отозвался по адресу женщинъ-врачей, когда, по поводу предложенія одной, зашелъ вопросъ о врачахъ.

Тотъ же врачъ, выставяющій въ своихъ объявленіяхъ приманку для больныхъ — отдѣльный пріемный кабинетъ по венерическимъ болѣзнями для женщинъ, на обарщенное *товарищемъ Кузьминымъ* предложеніе дозволить на время его отъѣзда замѣниться въ амбулаторіи женщиной-врачемъ иностраннаго университета, категорически воспротивился этому.

— Но вѣдь въ лечебницѣ о-ва врачей работаютъ такіе врачи, возразили ему.

— Мало-ли что въ лечебницѣ о-ва врачей, а у насъ нельзя! отвѣтилъ коллега.

Въ томъ же санитарномъ совѣтѣ другой врачъ внесъ предложеніе въ видахъ экономіи замѣнить въ городской амбулаторіи фельдшерницъ-акушеровъ сестрами Кр. Креста.

Благодаря этому предложенію, чтобы не остаться безъ мѣста, фельдшерницамъ пришлось согласиться работать за уменьшенный окладъ жалованія.

Неужели все это правда?



Редакторъ-Издатель П. И. Федоровъ.

Национальн. библ. при Иркутскомъ университетѣ