

Сибирская Врачебная Газета

ВЫХОДИТЬ ЕЖЕНЕДЕЛЬНО ВЪ ИРКУТСКѢ

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ П. И. ФЕДОРОВА

при ближайшемъ участіи:

Багашева И. А. (Москва), **ф.-Бергмана Г. А.** (Иркутскъ), **Прив.-доц. Бутягина П. В.** (Томскъ), **Бормана В. Л.** (Благовѣщенскъ), **проф. Вершинина Н. В.** (Томскъ), **Деленторскаго Н. И.** (Томскъ), **проф. Добромыслова В. Д.** (Кіевъ), **Ельяшевича Б. А.** (Иркутскъ), **Жученко Н. С.** (Иркутскъ), **прив.-доц. Зимина А. Н.** (Томскъ), **Наршина А. А.** (Иркутскъ), **Кирилова Н. В.** (Приморская обл.), **прив.-доц. Киселя А. А.** (Москва), **Козьмина М. О.** (Красноярскъ), **Норелина В. В.** (Томскъ), **Крутовскаго В. М.** (Красноярскъ) **проф. Левашева И. М.** (Томскъ), **проф. Лобанова С. В.** (Томскъ), **Михайловскаго И. П.** (Иркутскъ), **Мухадзе В. М.** (Томскъ), **Нинольскаго Д. П.** (Петербургъ), **Песнина Я. А.** (Иркутскъ), **Пешновскаго Н. Я.** (Иркутскъ), **проф. Покрозскаго М. М.** (Томскъ), **Софотерова С. Н.** (Томскъ), **Спасскаго Н. С.** (Томскъ), **прив.-доц. Суханова С. А.** (Петербургъ), **Соколова Н. В.** (Томскъ), **проф. Тихова П. И.** (Томскъ), **Франкъ-Наменецкаго З. Г.** (Иркутскъ), **Фрайфельда А. О.** (Иркутскъ), **прив.-доц. Чистякова П. И.** (Томскъ) и мног. другихъ.

Подписная плата **7** руб. въ годъ. Допускается разерочка: при подпискѣ **4** руб. и къ 1 іюля **3** руб.

Адресъ редакціи: Иркутскъ, Басинская, 27.

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.

Годъ 4-й. **Воскресенье 23-е января 1911 г.** № 4-й.

СОДЕРЖАНІЕ: Проф. Лобановъ. Усталость глазъ при занятіяхъ (астенопія) отъ неизвѣстныхъ причинъ.—Е. П. Неболюбовъ. Къ 25-лѣтію предохранительныхъ прививокъ противъ бѣшенства по Пастеру. (Окончаніе).—Мультиановскій. Къ вопросу о парафиноринопластикѣ. (Окончаніе).—Вопросы общественно-врачебной жизни.—Корреспонденціи. Студ. Ласточкинъ. Итоги десятаго съѣзда хирурговъ.—Изъ жизни Сибирскихъ ученыхъ обществъ.—М. Блюмфельдъ. Библиографическая замѣтка о противоскарлатинной сывороткѣ и вакцинѣ.—Рецензіи.—Врачебная хроника.—Объявленія на обложкѣ.

Усталость глазъ при занятіяхъ (астенопія) отъ неизвѣстныхъ причинъ.

Проф. С. В. Лобанова.

Усталость или утомленіе глазъ при занятіяхъ вблизи мелкой работой (чтеніе, письмо, шитье и т. под.) носитъ названіе астеноніи. Различаютъ астеноніи—аккомодативную, мышечную, нервную и конъюнктивальную.

Первый видъ астеноніи развивается въ глазахъ, которымъ необходимо сильно напрягать аккомодацию, и зависитъ, большею частью, отъ дальновзоркости.

Второй видъ обязанъ своимъ происхожденіемъ близорукости и обуславливается слабостью или недостаточностью внутреннихъ прямыхъ мышцъ (недостаточность конвергенціи). Этотъ видъ астеноніи бываетъ тоже у лицъ истощенныхъ, ослабленныхъ какимъ-либо общимъ заболѣваніемъ—анемичныхъ, золотушныхъ.

Нервная астенонія, въ большинствѣ случаевъ, является лишь симптомомъ общаго расстройства нервной системы и наблюдается у нервныхъ или истеричныхъ субъектовъ.

При заболѣваніяхъ слизистой оболочки глаза (хроническій конъюнктивитъ, трахома) развивается иногда астенонія, которая называется конъюнктивальной. Чаще встрѣчаются первые два вида астеноніи, зависящіе отъ рефракціи глаза. Вотъ почему у лицъ, жалующихся на усталость глазъ при занятіяхъ, требуется изслѣдованіе рефракціи, аккомодации и конвергенціи глаза.

Астенонія сопровождается не только утомленіемъ глазъ и неясностью зрѣнія вблизи, но также болями глазъ, окружающихъ глазъ частей и головными болями, иногда очень сильными.

Извѣстно, что головныя боли при астеноніи нерѣдко составляютъ главное безпокойство и жалобу больного и, прежде чѣмъ попасть къ окулисту, такой больной долго и тщетно ищетъ помощи у терапевта или невропатолога. Правда, теперь все чаще и чаще приходится наблюдать въ глазныхъ амбулаторіяхъ больныхъ, направленныхъ сюда изъ за головныхъ болей другими специалистами.

Въ большинствѣ случаевъ причину астеноніи при внимательномъ изслѣдованіи удается открыть легко и назначеніемъ соответствующихъ очковъ помочь больному.

Нужно замѣтить, что астенонія съ головными болями не всегда вызывается большой степенью неправильности преломленія глаза; иногда ничтожная аномалія рефракціи, напр. дальновзоркость въ 0,5 D ($\frac{1}{20}$) или астигматизмъ такой же и даже еще меньшей степени (0,25 D) обуславливаетъ и поддерживаетъ упорную астенонію.

Въ литературѣ описаны случаи, когда исправленіе очками слабыхъ аномалій рефракціи глазъ прекращало астенонію и вмѣстѣ съ ней тяжкія, мучительныя головныя боли (Кацъ, Калашиковъ, Русскій Врачъ, 1908 и 1910 г.г. и друг.).

Такіе случаи приходилось, конечно, наблюдать каждому специалисту. Не могу согласиться съ тѣмъ, что такіе случаи часты. По моимъ наблюденіямъ, лица, имѣющія небольшую аномалію

рефракции (Hm, As.) и страдающія астигматизмом съ головными болями, далеко не всегда получают облегченіе, не говоря уже о полномъ устраненіи ихъ страданія отъ назначенія соответствующихъ очковъ. Эти случаи въ длинномъ рядѣ разнообразныхъ астигматизмовъ, съ которыми такъ часто приходится считаться практическому окулисту, составляютъ, вѣроятно, рѣдкое, счастливое исключеніе, чѣмъ постоянное правило въ отношеніи удачнаго эффекта нашей очковой терапіи.

Такимъ же не болѣе частымъ исключеніемъ представляется мнѣ благопріятное дѣйствіе плоскаго стекла съ дымчатымъ или синеватымъ отблескомъ при нервной астигматизмѣ, на что недавно указывалъ Р. А. Канъ (Рус. Врачъ 1908 г. № 38), такъ много интереснаго напечатавшій въ русской литературѣ объ астигматизмѣ вообще.

Послѣ сообщенія д-ра Кана я назначалъ въ подходящихъ случаяхъ плоскія стекла, слегка окрашенныя (дымчатая, желто-оранжевая), и если въ нѣкоторыхъ случаяхъ получалъ результаты, но не столь блестящія, а главное не столь частыя, чтобы признать назначеніе такихъ стеколъ за надежный приемъ леченія нервной астигматизмѣ. Въ виду трудности леченія этой астигматизмѣ, такіе очки слѣдуетъ прописывать чаще, чѣмъ это дѣлается, и тогда выяснится, насколько они полезны.

Кромѣ установленныхъ видовъ астигматизма, мнѣ думается, существуетъ еще одинъ видъ, о которомъ я хочу сказать нѣсколько словъ. Это—такая астигматизмѣ, которая наблюдается у лицъ съ совершенно здоровыми глазами и общимъ состояніемъ ихъ организма.

Такіе пациенты жалуются на то, что или совершенно не могутъ заниматься (читать, писать, шить и проч.), или могутъ заниматься безъ усталости очень короткое время—15, 20, 30 мин., максимумъ часъ: глаза начинаютъ уставать, зрѣніе становится неяснымъ, появляются боли въ глазахъ, во лбу, разбалливается голова,—словомъ, у нихъ имѣется на лицо весь симптомокомплексъ аккомодативной или мышечной астигматизмѣ. При самомъ тщательномъ и подробномъ изслѣдованіи не удается открыть и обнаружить *причину* ихъ астигматизма: глаза во всѣхъ отношеніяхъ нормальны или представляютъ ничтожную степень близорукости или дальнозоркости; со стороны аккомодации и конвергенции ничего ненормальнаго; наружныя и внутреннія части абсолютно здоровы или имѣютъ небольшую гиперемію или легкій катарръ слизистой оболочки. Со стороны общаго состоянія пожаловаться ни на что не могутъ, и изслѣдованіе различными специалистами не обнаруживаетъ никакихъ заболѣваній. Пациентовъ беспокоятъ только глаза и они обращаются къ намъ за помощью. Какъ и чѣмъ помочь имъ? Когда не знаешь причины ихъ страданія, не знаешь, къ чему придраться чтобы объяснить себѣ его.

За послѣдніе годы, интересуясь различными формами астигматизма, я особенно обращалъ вниманіе на тѣхъ пациентовъ, у которыхъ причину астигматизма не удавалось установить.

Изъ нѣсколькихъ случаевъ, подробно описанныхъ мной въ теченіе 2—3 лѣтъ, опишу для примѣра три, т. к. остальные были очень похожи на приводимые.

1. Молодой человекъ 21 года, конторщикъ, жалуется на усталость глазъ при занятіяхъ, наступившую съ $\frac{1}{2}$ года т. назадъ и не прекраща-

ющуюся, несмотря на леченіе. Въ началѣ могъ заниматься безъ усталости около 2 час., теперь же усталось наступаетъ черезъ 20—25 мин., зрѣніе дѣлается неяснымъ, появляется боль въ глазахъ и во лбу; приходится оставить занятія, отдохнуть нѣсколько минутъ и снова начать заниматься, чтобы черезъ 15—20 мин. опять появились тѣ же ощущенія въ глазахъ, которыя иногда сопровождается головной болью. Вечеромъ при искусственномъ освѣщеніи совсѣмъ не можетъ заниматься.

Въ праздничные дни, когда нѣтъ занятій и лѣтомъ, когда пользовался 2 мѣс. отпускомъ, глаза совершенно не беспокоили и чувствовалъ себя здоровымъ. Все время лечился безрезультатно. При изслѣдованіи найдено: зрѣніе полное, Em; вблизи читаетъ Крюкова № 1 на $2\frac{1}{2}$ дюйм. Недостаточности внутреннихъ прямыхъ мышцъ тѣл. Наружныя и внутреннія части обоихъ глазъ нормальны. Со стороны внутреннихъ органовъ и нервной системы специалистами не обнаружено никакихъ уклоненій. Было обращено вниманіе на половую сферу, гдѣ также не удалось найти чего-либо ненормальнаго. Больной обращался къ нѣсколькимъ специалистамъ Томска, ѣздилъ въ Москву совѣтоваться съ тамошними окулистами и всѣ признали его объективно совершенно здоровымъ. Было рекомендовано ему въ разное время: +0,5 D и +1,0 D; слабо-дымчатая стекла; стрихнинъ въ капляхъ въ глаза; кокаинъ. Внутрь бромъ. Водолеченіе (ванны, холодныя обтиранія). Леченіе особаго результата не оказывало и за время моего наблюденія (около 2 лѣтъ) субъективно состояніе глазъ не улучшалось; лишь временное прекращеніе занятій избавляло больного отъ тягостныхъ ощущеній и впускание капель изъ моржия съ хининомъ уменьшало боль и неприятное чувство въ глазахъ, вызываемое занятіями. Больному пришлось оставить занятіе конторщика и заняться какимъ-то другимъ дѣломъ, гдѣ не требовалось усиленнаго напряженія глазъ: тогда глаза перестали его беспокоить и онъ скрылся изъ-подъ моего наблюденія.

(Окончаніе слѣдуетъ).



Къ 25-лѣтію предохранительныхъ прививокъ противъ бѣшенства по Пастеру. Обзоръ способовъ леченія*).

Е. И. Неболюбова.

(Окончаніе).

Не менѣе удачные результаты предохранительнаго леченія сывороткой бѣшенства получалъ Маріе въ Пастеровскомъ институтѣ въ Парижѣ. Свой методъ смѣшаннаго леченія сывороткой и антирабической вакциной онъ примѣняетъ къ людямъ съ 1904 года и по сіе время. Для добыванія антирабической сыворотки Маріе выбралъ барана, дѣлая ему сначала внутривенныя впрыскиванія эмульсии изъ *virus fixus*, а потомъ подкожныя. Полученную послѣ продолжительной имму-

* Докладъ читанъ въ засѣданіи Общества Практическихъ врачей 2-го декабря 1910 г.

низации, сыворотку онъ смѣшиваетъ въ количествѣ 4 к. с. съ 2 к. с. эмульсии, приготовленной изъ *virus fixus* въ 9 к. с. бульона, и впрыскиваетъ укушенному подъ кожу живота.

Впрыскиванія эти производятся ежедневно въ теченіи первыхъ трехъ дней; а затѣмъ уже переходятъ къ обычной иммунизации по Pasteur'у, начиная леченіе съ мозговъ 6—дн. сушки.

Результатами своего леченія авторъ, повидимому, доволенъ и преимущество своего метода видитъ, главнымъ образомъ, въ сообщеніи леченному болѣе быстрой невосприимчивости, чѣмъ при другихъ способахъ леченія.

Таковыми же рабидными свойствами, какъ показали опыты съ кроликами, обладаетъ и сыворотка человѣка, иммунизированнаго по Pasteur'у.

Попутно коснусь вопроса о реакціи отклоненія комплемента.

Съ того времени, какъ въ медицинѣ, наряду съ обычными способами распознаванія болѣзней, стала примѣняться въ широкихъ размѣрахъ серодиагностика, не оставлено было безъ вниманія и бѣшенство.

Только изслѣдованія въ данномъ направленіи дали нѣсколько разнорѣчивые выводы. Такъ, *д-ръ Каневаловъ* нашель, что сыворотка кроликовъ, зараженныхъ *virus fixus*, лишена какъ рабидныхъ свойствъ, такъ и комплементъ—связывающихъ.

Heller и Tamarkin пришли къ заключенію, что способностью связывать комплементъ обладаетъ не только бѣшенный мозгъ, но и мозгъ нормальныхъ животныхъ. И, наконецъ, недавніе опыты *Недрицкаго* и *Савченко* показали комплементъ связывающія свойства въ крови только бѣшенныхъ животныхъ. Разница въ выводахъ у данныхъ авторовъ объясняется, по всей вѣроятности, разнородностью антигена, съ которымъ они экспериментировали. Первые три автора пользовались въ качествѣ антигена продолговатымъ мозгомъ бѣшенныхъ и, слѣдовательно, вводили сразу два антигена—микробъ водобоязни и мозговую ткань. *Недрицкаго* же съ *Савченко* работали со слюной бѣшенныхъ и ихъ результаты стоятъ ближе къ дѣйствительности, чѣмъ предшествовавшихъ авторовъ.

Въ общемъ серодиагностика бѣшенства пока не имѣетъ подъ собой твердой научной почвы. Этимъ и исчерпывается весь вопросъ о существующихъ способахъ предохранительнаго леченія бѣшенства.

Послѣ обзора всѣхъ методовъ прививокъ естественно спросить, какой же изъ нихъ наиболее соответствуетъ истинѣ и даетъ наиболее прочный и быстрый иммунитетъ? Отвѣтъ на данный вопросъ возможенъ лишь послѣ детальнаго изученія и сравненія какъ всѣхъ перечисленныхъ схемъ, такъ и современныхъ условій постановки Пастеровскихъ прививокъ въ различныхъ институтахъ. Неоднократно этотъ интересующій насъ вопросъ былъ предметомъ обсужденія на Пироговскихъ сѣздахъ, но пока никакого опредѣленнаго рѣшенія онъ не получилъ. На совѣщаніи представителей Пастеровскихъ станцій во время XI Пироговскаго сѣзда въ апрѣлѣ 1910 года обсуждались вопросы, между прочимъ, о методикѣ и статистикѣ Пастеровскихъ прививокъ и съ цѣлью выясненія условій постановки Пастеровскихъ прививокъ на различныхъ станціяхъ и желательности введенія однообразной формы статистическихъ отчетовъ было признано необходимымъ или, по крайней мѣрѣ, желательнымъ примѣненіе на всѣхъ станціяхъ одного *virus fixus*, однообразнаго способа его ослабленія, а также урегулированія статистики Пастеровскихъ станцій. На томъ же совѣщаніи было рѣшено созвать

въ декабрѣ 1911 г. сѣздъ представителей всѣхъ Пастеровскихъ станцій, разославъ предварительно всѣмъ программу изученія *virus fixus*, примѣняемаго съ лечебной цѣлью. Полученные результаты повѣрочныхъ работъ и послужатъ предметомъ обсужденія предстоящаго сѣзда. (Подробная программа напечатана въ «Русскомъ Врачѣ» № 22 за прошлый годъ)

Остается еще сказать нѣсколько словъ о вліяніи Пастеровскихъ прививокъ на организмъ человѣка и о значеніи ихъ въ дѣлѣ борьбы съ бѣшенствомъ. Повседневныя наблюденія показываютъ, что привитая подъ кожу эмульсія мозгового вещества кролика у человѣка рассасывается довольно быстро, за небольшими сравнительно исключеніями, гдѣ на мѣстѣ укола, гл. обр. у субъективъ невропатическаго сложения, появляются иногда припухлость, краснота, боль или зудъ. Но подобныя явленія обыкновенно исчезаютъ или къ концу леченія или же дня черезъ 2—3 послѣ окончанія. Рѣже приходится слышать жалобы на нарушеніе равновѣсія общаго состоянія въ видѣ, напр., бессонницы, потери аппетита, головокруженія, головныхъ болей, появленія уртикарной или эритематозной сыпи и проч. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ антирабическія прививки являются какъ бы пробудителями заглушенныхъ болѣзней. *Remlinger и Pampukis*, напр., описываютъ случай, гдѣ послѣ прекратившейся малярии, антирабическія прививки какъ бы снова возобновили пароксизмы. Къ числу рѣдкихъ, но за то и болѣе опасныхъ осложненій отъ прививокъ въ литературѣ упоминается еще о параличахъ, кончающихся иногда летально. *Remlinger* собралъ статистическія данныя о параличахъ послѣ леченія и нашель, что на 107,712 прививокъ на всѣхъ Пастеровскихъ станціяхъ параличи наблюдались 40 разъ; изъ нихъ 30 случаевъ были подъ наблюденіемъ врачей. Начало болѣзни чаще всего относится ко 2-й недѣлѣ послѣ леченія и къ 3-й недѣлѣ послѣ укуса. По локализаци параличи распредѣляются такъ: параличъ нижнихъ конечностей въ 23 случаяхъ, сфинктера—въ 20 сл., рукъ—въ 5 сл. и мышцъ лица тоже въ 5 сл.; чаще, слѣдовательно, поражались нижнія конечности и сфинктеръ. Продолжительность—отъ 8 дней до нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Смерть отмѣчена въ 2-хъ

Д-ръ Пальмирскій, интересовавшійся вопросомъ объ этихъ параличахъ, описываетъ подробно картину, предшествующую параличу: вначалѣ наблюдается обыкновенно общее недомоганіе, головная боль, боли въ спинѣ, нижнихъ конечностяхъ, прямой кишкѣ и пр.; затѣмъ парезъ, постепенно переходящій въ полный параличъ ногъ, мочевого пузыря, прямой кишки; спустя нѣкоторое время парализуются верхнія конечности и наконецъ мышцы лица. Словомъ, картина напоминаетъ восходящій параличъ Landry. Помимо указанныхъ симптомовъ у нѣкоторыхъ леченныхъ появляется еще одеревенѣлость языка, затрудненіе глотанія, одышка, сердцебиеніе и пр.

Рѣшить безапелляціонно, отчего зависятъ данныя параличи—пока не представляется никакой возможности. Одни, какъ, напр., *Высоковичъ, Хмельевскій, Скутиванъ, Нови* и др. полагаютъ, что здѣсь—доброкачественное проявленіе бѣшенства, ослабленное антирабическими прививками. Но повѣрочные опыты со слюной и мозгомъ умершаго отъ паралича дали отрицательный результатъ. Другіе, напр., *Даркшевичъ, Ковалевскій, Недрицкаго и Остриинъ* болѣе склонны видѣть причину параличей въ самихъ прививкахъ и въ подтвержденіе своего мнѣнія ссылаются на отдѣльные факты, когда укусившія животныя совсѣмъ не были бѣшенными, а между тѣмъ у лечившихся наступили параличи. Вообще вопросъ о причинахъ параличей является до сего времени открытымъ.

Несмотря однако на эти неприятныя осложненія, предохранительныя прививки все-же имѣютъ за собой право считаться, по крайней мѣрѣ въ настоящее время, одной изъ самыхъ радикальныхъ мѣръ въ борьбѣ съ бѣшенствомъ. И отрицательныя ихъ стороны легко умалются, если ихъ поставить на одну ступень со всевозможными лекарственными прививками. Нѣтъ ни одного въ медицинѣ средства, которое не было бы обоюдостороннимъ и безнаказанно проходило для организма; вѣдь до сего времени еще раздаются голоса противъ серотерапіи, обвиняя ее въ нанесеніи организму человѣка непоправимаго зла и все-таки она не останавливается предъ ропотомъ, но продолжаетъ развиваться и приносить ошутительные плоды въ дѣлѣ леченія инфекціонныхъ болѣзней. Тоже самое нужно сказать и о предохран. леченіи бѣшенства. Статистика за 25 лѣтъ является прекрасной иллюстраціей несомнѣнной пользы прививокъ.

Институтъ.	Годъ наблюденія.	Общее число лечивш.	‰ смертность.
Парижъ -	1886—1903	127,099	0,90 ^{0/0}
Будапешть	1890—1895	4,914	1,2 ^{0/0}
Ясса - -	1891—1894	361	0,2 ^{0/0}
Нью-Йоркъ	1891—1901	1,608	0,6 ^{0/0}
Москва -	1898—1906	27,740	1,0 ^{0/0}
Самара -	1892—1907	10,689	0,8 ^{0/0}
Томскъ -	1906—1909	3,915	0,1 ^{0/0}
Варшава -	1896—1908	8,117	0,05 ^{0/0} (во время леченія) и 0,39 ^{0/0} вообще.

Какъ видите, смертность въ сравненіи съ эпохой до прививокъ, можно сказать, ничтожна; въ среднемъ она равняется 0,3^{0/0} вмѣсто бывшихъ 72^{0/0}. Конечно, та статистика, о которой только что упоминалось, страдаетъ большими неточностями, благодаря неправильной ея организаціи, въ особенности въ Россіи. Но тѣмъ не менѣе, за неимѣніемъ лучшей, и ею пренебрегать не приходится.

Во Франціи нѣсколько лѣтъ назадъ съ цѣлью провѣрки значенія предохран. прививки противъ бѣшенства были собраны самымъ тщательнымъ образомъ всѣ случаи смерти среди укушенныхъ лечившихся и не лечившихся и въ результатѣ—смертность у не лечившихся почти въ 11 разъ больше, чѣмъ у лечившихся. Такимъ образомъ, и эти цифры лишній разъ закрѣпляютъ за прививками право считаться однимъ изъ надежныхъ средствъ въ борьбѣ съ бѣшенствомъ.

Заканчивая свое сообщеніе, я не могу не выразить надежды, что всѣ работы по вопросу о бѣшенствѣ вообще и въ частности о предохранительныхъ антирабическихъ прививкахъ въ недалекомъ будущемъ приведутъ къ единогласному рѣшенію всѣхъ до сего времени недостаточно ясныхъ пунктовъ въ методѣ леченія, что знаменитое открытіе Pasteur'a встанетъ на непоколебимую научную почву и сдѣлается вполне безопаснымъ и вѣрнымъ орудіемъ въ рукахъ каждаго врача.

Литература:

Крулевскій. О прививкѣ людямъ яда собачьяго бѣшенства по способу Пастера Военно-Медиц. Журналъ 1887 г.—*Roger G. H.* Заразныя болѣзни, свойственныя какъ людямъ, такъ и животнымъ (перев. съ франц. изд. 1887 г.)—*Беллингъ Э. Ф.* Пастеръ и новѣйшее открытіе его—предупрежденіе водобоязни послѣ укушенія прививками яда бѣшенства. Харьковъ

1886 г.—*Гвоздевъ А. А.* Работы Пастера о бѣшенствѣ. Москва 1886 г.—*Гамалья П.* О методѣ Пастера предохраненія укушенныхъ отъ бѣшенства. Одесса 1886 г.—*Коцеваловъ.* Харьковскій Медицинскій Журналъ 1910 г.—*Недригайловъ и Савченко.* Харьк. Медиц. Журналъ 1910 г.—*Пальмирскій и Карловскій.* Къ вопросу о предохран. прививкахъ по методу Pasteur'a. Харьков. Медиц. Журналъ 1909 г.—*Мари Н. Н.* Основы ученія о зоонозахъ. Бѣшенство. Изд 1909 г.—*Kraus и Fukuhara.* Centralblatt für Bacteriol. 1909 г. реф.—*Remlinger.* Accidents paraitiques en cours du traitement antirabique. Annal d' Instit Pasteur v. 19 p. 625.—*Geddoelst.* Микробиологія.—*Fermi.* Иммунизир. свойства норм. вещества мозга. Вѣстникъ Общ. Гигіены и Судебной медицины 1909 г. Рефер.



Къ вопросу о парафиноринопластикѣ.

Н. М. Мультиановскаго (i. Камышловъ).

(Окончаніе).

Мѣсто укола предъ введеніемъ иглы смазывается іодной настойкой, руки хирурга и помощника готовятся обычнымъ тщательнымъ способомъ, какъ и вообще предъ операціями. Роль помощника сводится къ возможному отграниченію поля операціи отъ общаго потока крови лимфы, для чего онъ пальцами нажимаетъ на боковыя поверхности носа и внутренней уголъ орбиты. Хирургъ медленно нажимаетъ (навинчиваетъ) поршень одной рукой, а другой, время отъ времени массируетъ соответствующую часть носа въ цѣляхъ равномернаго распредѣленія въ тканяхъ вводимой массы.

Чтобы ввести 0,3 смѣси, приходится употребить минутъ 5—10. Въ заключеніе мѣсто укола заливается коллодіемъ и къ спинкѣ носа прикрѣпляется особый компрессоръ (модель доктора Бурака), дающій возможность предохранить приданную при операціи форму носа отъ различныхъ случайностей въ первое время и отъ сползанія парафина на боковыя поверхности носа. Съ такимъ компрессоромъ больной остается въ постели до вечера.

Чтобы достигъ приличныхъ результатовъ, приходится въ зависимости отъ характера обезображиванія и величины западенія носовыхъ костей повторить инъекцію до 3-6 разъ и болѣе. Между отдѣльными сеансами дѣлается промежутокъ въ 6-7 дней.

Процедура впрыскиванія въ общемъ почти безболѣзненна и мысль о предварительномъ обезбоиваніи, тѣмъ болѣе—объ общемъ наркозѣ, не приходитъ и въ голову.

Теперь позволю себѣ коснуться исторій болѣзни наблюдавшихся у насъ случаевъ *).

1) Евторній П., швейцаръ, 25 лѣтъ. Носъ сѣдловидный, по словамъ больного, отъ рожденія. Симпто-

*) Къ сожалѣнію, по техническимъ условіямъ, редакция не могла помѣстить фотографическихъ снимковъ съ больныхъ многуважаемаго автора. Снимки эти въ высокой степени демонстративны въ смыслѣ весьма удачныхъ результатовъ, полученныхъ имъ при леченія его больныхъ.

мовъ Luas'a ни наследственнаго, ни приобретеннаго не было и нѣтъ. Никакой травмы не запомнить. Въ остальномъ хорошо сложенный субъектъ. Только что вернулся съ военной службы.

Рубцовъ на кожѣ носа нѣтъ, послѣдняя достаточно подвижна и легко захватывается въ складку. Носовыя кости очень вдавлены, уплощены и соединяются межъ собой подъ угломъ, близкимъ къ прямому. Наиболее рѣзкое вдавленіе въ той части спинки носа, которая нормально наиболее выстоитъ (на границѣ съ хрящевой частью). Крылья носа довольно симметричны, кончикъ носа торчитъ кверху.

Повторно въ 3 сеанса (5/v, 11/v и 17/v) введено 0,9 смѣси парафина и вазелина съ точкой плавленія въ 45° (по 0,3 за каждый сеансъ). Получился очень приличный носъ.

2) Федосья Б., крестьянка пригороднаго села 33 лѣтъ. По словамъ больной, носъ болѣлъ въ дѣтствѣ. Никакихъ другихъ симптомовъ сифилиса не помнитъ. Типичный очковидный носъ. костная часть спинки носа нормальна, хрящевая часть представляется значительно осѣвшей въ грушевидное отверстіе. Перфорация septi nasi на границѣ хрящевой и костной части. Кончикъ носа сильно торчитъ кверху. Рубцовъ на кожѣ носа нѣтъ. Унылый измученный видъ, подавленное настроеніе.

Введено въ 4 сеанса (22/v, 28/v, 31/v, 7/vi) 1,1 смѣси съ точкой плавленія въ 45° (первые 3 сеанса по 0,3, въ послѣдній—0,2). Получился довольно хорошій носъ и физиономія, къ общему удивленію, приобрѣла очень симпатичный видъ.

Женищина осталась въ высшей степени довольна происшедшей переменой.

3) Кирилль Р., крестьянинъ 44 лѣтъ. Lues отрицаетъ. 3 года назадъ при колкѣ дровъ ушибъ полъномъ носъ (?). Съ годъ назадъ сталъ замѣчать, что носъ погружается. Какостіа objectiva. Мѣсяць назадъ продѣлалъ курсъ ртутныхъ инъекцій. Костный остовъ носа безъ видимыхъ измѣненій. Дефектъ въ хрящевой части носовой перегородки. Кончикъ носа и крылья сильно спущены въ грушевидное отверстіе. Очковидный носъ.

Введено въ 4 сеанса (7/ix, 13/ix, 20/ix, 26/ix) 1,1 смѣси съ точкой плавленія въ 45° (въ первые 3 сеанса по 0,3, послѣдній—0,2).

Получился сносный носъ, спинка хорошо выправилась, только крылья носа представляются нѣсколько осѣвшими. Въ общемъ видъ больного измѣнился значительно къ лучшему.

4) Василій Ш., крестьянинъ, 46 лѣтъ. Въ февралѣ 1910 года получилъ ударъ по носу палкой. Боль и носовыя кровотеченія, наблюдавшіяся въ первые дни, скоро исчезли. Остался изуродованный носъ. Хорошо сложенный субъектъ, въ смыслѣ Lues ничего подозрительнаго. Женатъ, имѣетъ 5 здоровыхъ дѣтей. Рѣзко бросающееся въ глаза вдавленіе спинки носа, расположенное на самомъ высокомъ участкѣ костной части. Носовыя косточки сильно вдавлены въ этомъ мѣстѣ и замѣтно отошли одна отъ другой. Кожа спинки достаточно подвижна, безъ рубца. Носовая перегородка не повреждена замѣтно. Крылья носа и кончикъ нормальны.

Введено въ 2 сеанса съ недѣльнымъ промежуткомъ 0,6 смѣси съ точкой плавленія въ 45°. Получился почти идеальной формы носъ. Больной въ высшей степени доволенъ получившимся эффектомъ.

5) Зиновій Ч., крестьянинъ, 35 лѣтъ. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ получилъ въ чракѣ ударъ по носу.

Кожная рана расположенная на правой боковой поверхности носа, черезъ 3 недѣли поджила, но носъ оказался очень обезображеннымъ.

Сильно выгнутая спинка носа. Рубецъ звѣздчатой формы на мѣстѣ бывшей раны. Кожа здѣсь неподвижно припаяна къ подлежащей кости, послѣдняя представляется сильно вдавленной въ полость носа. Крылья безъ измѣненій, кончикъ носа сильно торчитъ кверху.

Прежде всего пришлось подкожно разсѣчь рубцовую спайку, припаявшую неподвижно кожу къ кости. Послѣ этого черезъ 4 дня введено обычнымъ способомъ 0,2 смѣси съ точкой плавленія въ 40°.

Къ сожалѣнію, леченіе неожиданно на этомъ прекратилось, такъ какъ больной, по семейнымъ обстоятельствамъ, экстренно выѣхалъ домой.

6) Марфа С., сидѣлка больницы, 38 л. Сифилисъ отрицаетъ. Годовъ 10 назадъ ударили по носу валкомъ. Въ области хрящевой части спинки носа имѣется бросающееся, въ глаза вдавленіе, переходящее отчасти и на костную часть спинки. Перегородка изогнута и выпячивается влѣво. Крылья носа не измѣнены. Рубцовъ нѣтъ.

Введено въ 2 сеанса 0,5 смѣси съ точкой плавленія въ 42,5° (въ первый разъ 0,3 во второй—0,2). Получился очень хорошій носъ.

Изъ осложнений, наблюдавшихся у насъ послѣ впрыскиваній парафина, могу упомянуть только припуханіи боковыхъ поверхностей носа и нижнихъ вѣкъ. Единственное осложненіе отмѣчено въ листкѣ больного № 1-й и № 4-й, но какихъ-либо неприятностей въ связи съ нимъ не приходилось переживать, такъ какъ безъ леченія, если впрочемъ не имѣть въ виду прикладыванія свинцовыхъ примочекъ, исчезло въ теченіи первыхъ же дней.

«Даже мастера хирургической пластики, по словамъ проф. Симановскаго, обладаютъ недостаткомъ слабыхъ родигелей, которые видятъ обыкновенно въ своихъ некрасивыхъ дѣтяхъ чуть ли не полуангеловъ». Въ виду этого, оцѣнивая результаты ринопластики въ каждомъ конкретномъ случаѣ, будетъ значительно цѣлесообразнѣе въ цѣляхъ наибольшей объективности основываться не на своихъ врачебныхъ впечатлѣніяхъ, а на отзывахъ самихъ больныхъ.

Считаю поэтому необходимымъ особенно подчеркнуть чувства удовлетворенности и искренней благодарности, кои были написаны на физиономіи больныхъ послѣ исправленія носа неизмѣнно во всѣхъ наблюдавшихся у насъ случаяхъ. Особенно памятна въ этомъ отношеніи больная № 2-й, какъ бы совсѣмъ переродившаяся послѣ ринопластики,—и № 4-й, несмотря на солидный уже возрастъ, часто останавливавшійся передъ зеркаломъ и искренне любовавшійся своимъ отремонтированнымъ носомъ.

Чувство полной удовлетворенности достигнутыми косметическими результатами усугубляются въ сознаніи больныхъ тѣмъ, что результаты эти достались имъ очень недорогой цѣной. Нѣтъ необходимости въ больничномъ содержаніи, нѣтъ кровавой операціи, хлороформа, нѣтъ наконецъ послѣдующихъ рубцовъ, получающихся послѣ всякаго кроваваго способа и сильно понижающихъ цѣнность добытыхъ такимъ путемъ результатовъ.

Все это въ связи съ подчасъ безупречными косметическими результатами и служитъ достаточнымъ основаніемъ того энтузіазма, коимъ увѣнчивается нерѣдко закончившееся леченіе.

Другая хорошая сторона парафинопластики, также въ высшей степени выгодно стличающая послѣднюю отъ прежнихъ кровавыхъ методовъ, заключается въ томъ, что она не требуетъ отъ врача почти никакой техники. Достаточно имѣть специально приспособленный шприцъ, приготовить обезпложенный парафинъ, чтобы, при соблюденіи выработанныхъ въ послѣднее время техническихъ предосторожностей, безъ риска и съ несомнѣнными шансами на успѣхъ работать съ парафиномъ тамъ, гдѣ ранѣе не достигала результатовъ опытная рука выдающихся хирурговъ.

Само собой разумѣется, какъ бы увлекательны ни были результаты парафиноринопластики, послѣдняя вытѣснить совершенное прежніе методы кровавой ринопластики не можетъ. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется дефектъ кожныхъ покрововъ носа, или гдѣ недостають цѣлыхъ частей носа, напр., его кончика, крыльевъ или носовой перегородки, тамъ по прежнему придется прибѣгать къ оперативному вмѣшательству, выкраивая соответствующія части изъ сосѣднихъ или болѣе или менѣе отдаленныхъ тканей.

Но при такъ наз. сѣдлообразномъ носѣ, отъ какихъ бы причинъ послѣдній ни зависѣлъ, методъ парафинопластики не имѣетъ конкурентовъ, и всѣ прежніе способы (Israel'я и König'a) должны уступить ему мѣсто.

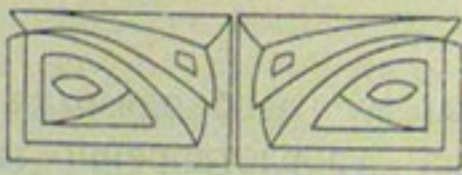
Резюмируя сказанное, считаю возможнымъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Употребленіе въ качествѣ пластическаго матеріала при ринопластикѣ парафина въ подходящихъ случаяхъ даетъ прекрасные результаты.

2) При выработанной въ настоящее время техники способъ представляется безопаснымъ.

2) Методъ можетъ быть рекомендованъ во врачебномъ мірѣ для самаго широкаго распространенія.

Источники: 1) Дьяконовъ. Возстановленіе разрушеннаго носа. Изд. 1901 г. 2) Альбертъ Штейнъ. Впрыскиванія парафина. Практ. Медицина 1905 г. 3) Д-ръ Буракъ. О парафинопластикѣ вообще и объ исправленіи западеній носа парафиномъ въ частности. 1907 г. 4) Онъ же. Исправленіе западеній носа. Харьковъ 1909 г. 5) Геллатъ. Къ вопросу о ринопластикѣ. Новое въ Медицинѣ № 10 и 11-й 1910 г.



Вопросы общественно-врачебной жизни.

Санитарное состояніе русской арміи за 1908 г.

Появился отчетъ о санитарномъ состояніи русской арміи за 1908 г., изданный главнымъ Военно-Санитарнымъ Управленіемъ по обычному шаблону официальныхъ изданій.

Отчетъ констатируетъ ростъ заболѣваемости среди нижнихъ чиновъ арміи за послѣдніе годы, давая этому объясненіе въ комплектованіи арміи все болѣе слабыми и физически менѣ развитыми новобранцами, принужденными жить при не совѣмъ благоприятной санитарной обстановкѣ, какъ постояннаго, такъ и временнаго характера.

Сокращеніе срока службы вызывало болѣе интенсивныя занятія, тяжесть караульной службы въ нѣкоторыхъ частяхъ достигала до 10--15 безсонныхъ ночей въ мѣсяцъ. Расквартированіе войскъ, по стратегическимъ соображеніямъ, приходилось иногда дѣлать въ малярійныхъ мѣстностяхъ или въ частныхъ, наемныхъ помѣщеніяхъ съ цѣлымъ рядомъ санитарныхъ недочетовъ и неудобствъ.

Въ довольствіи войскъ большинствомъ врачей отмѣчался недостатокъ жировыхъ веществъ, вызванный рѣзкимъ повышеніемъ рыночныхъ цѣнъ на пищевые продукты и недостаточнымъ, вѣдствие этого, приварочнымъ окладомъ

Заболѣваемость, и смертность офицерскихъ чиновъ выразилось слѣдующимъ образомъ:

Заболѣло 25.204 чел. и умерло отъ болѣзней 346 чел., что на 1.000 чел. средняго состава даетъ заболѣваемость 480,4, а смертность отъ болѣзней 6,87. Кромѣ того, умерло офицерскихъ чиновъ отъ несчастныхъ случ. 37 чел. и отъ самоубійства 105 чел.

Заболѣваемость смертность и убыль нижнихъ чиновъ отчетъ опредѣляетъ въ слѣдующихъ цифрахъ.

Заболѣло нижнихъ чиновъ 564.837 чел., изъ нихъ 45.606 чел. пользовалось въ околоткахъ, а остальные 519.231 чел.—въ госпиталяхъ, лазаретахъ и больничныхъ учрежденіяхъ. Убыло:

а) за смертью	4,942
въ томъ числѣ отъ болѣзней	4,226
несчастныхъ случаевъ	474
самоубійствъ	242
б) по неспособности къ службѣ	51,846

Такимъ образомъ общая убыль умершихъ чиновъ за смертью и неспособностью къ службѣ въ 1908 г. выразилась числомъ 56,788 или 441,6 на 1 т. среди списочнаго состава противъ 436,5 прошлаго 1907 года.

Повышеніе заболѣваемости въ отчетномъ году наблюдалось въ отношеніи общихъ различныхъ болѣзней, гриппа, эпидемической заушницы, болѣзней кожи и подкожной клетчатки, органовъ пищеваренія, дыханія, перемежающейся лихорадки и паразитическихъ.

Наибольшій процентъ заболѣваемости около 44 т. случаевъ или 8,1% всѣхъ заболѣваній арміи падаетъ на перемежную лихорадку. Смертность выдѣлялась при общихъ заразныхъ болѣзняхъ (62,5% къ общему числу умершихъ), болѣзняхъ органовъ дыханія, пищеваренія, слуха, также и мозговыхъ оболочекъ. Особенно выдѣлялись по смертности брюшной тифъ, бугорчатка легкихъ и крупозная пневмонія. Увольненіе въ неспособные въ 22% общаго числа уволенныхъ тоже падало на заболѣванія дыхательныхъ органовъ, за которыми по частотѣ непосредственно слѣдовали болѣзни средняго уха.

Въ отношеніи бугорчатки легкихъ, заболѣваемость которой по пяти-лѣтіямъ обнаруживаетъ склонность къ паденію. 1908 годъ отмѣчаетъ подъемъ на 0,1% въ одномъ Одесскомъ округѣ. По смертности же и убыли въ неспособные на первомъ мѣстѣ стоитъ Приамурскій округъ, а за нимъ Московскій. Причину сравнительно высокой заболѣваемости бугорчаткой отчетъ видитъ въ недостаточной осмотрительности при приѣмѣ новобранцевъ, когда вслѣдствіе снѣжности приѣма или непризнанія за врачами полной компетенціи въ дѣлѣ опредѣленія годности къ службѣ новобранцевъ, въ армию попадаютъ или уже заболѣвшіе, или явно предрасположенные въ бугорчатку. Съ другой стороны суровый климатъ нѣкоторыхъ округовъ и переселеніе туда непривычныхъ уроженцевъ южныхъ мѣстностей облегчаютъ заболѣваніе простудными формами органовъ дыханія въ связи съ тяжелой караульной службой и не всегда просторными и гигиеничными казарменными помѣщеніями.

Сифилисъ и венерическія болѣзни проявляютъ склонность къ постоянному возрастанію. Въ среднемъ на 1 т. человекъ снисочнаго состава отчетный годъ далъ 54,3 заболѣваній, изъ коихъ на сифилисъ падаетъ 17,7, мягкій шанкръ 9,0 и перелой 27,5. Особенно правильно и систематически возрастаетъ заболѣваніе сифилисомъ, усиленно развивающемся въ Варшавскомъ и Виленскомъ округахъ. Отмѣчено, что третій годъ службы даетъ наибольшую заболѣваемость, а по роду оружія высота заболѣваемости наблюдается въ такой постепенности: пѣхота, кавалерія, артиллерія и инженерныя войска. Интересно отмѣтить, что среди частей съ наибольшимъ заболѣваніемъ венерическими болѣзнями (это и болѣе заболѣвшихъ на 1 т. средняго снисочнаго состава) значатся 5-й пѣхотный Сиб. рез. Иркутскій полкъ и 2-й пѣх. Сиб. рез. Читинскій полкъ.



Корреспонденціи.

Итоги десятаго съѣзда хирурговъ.

(Продолженіе).

По второму програмному вопросу—*хирургическое леченіе Базедовой болѣзни*—назначено было соединенное засѣданіе хирурговъ и терапевтовъ. Со стороны послѣднихъ выступилъ *пр. доц. Троицкій*. На основаніи подробнаго изученія литературы онъ приходитъ къ выводу, что современное состояніе знаній въ цен-

трѣ Базедовой болѣзни ставить усиленную функцію щитовидной железы. Отъ нея идетъ токсическое состояніе органовъ съ преимущественнымъ пораженіемъ нервной системы. Картина Б. б. во многихъ симптомахъ есть картина бульбарнаго невроза, передающагося въ видѣ возбужденія по симпатической, отчасти автономной нервной системѣ. Неврозъ этотъ обусловленъ сложной интоксикаціей. Но усиленіе функціи железы есть само по себѣ явленіе вторичное, обусловленное различными патологическими состояніями въ организмѣ. Не послѣднее мѣсто среди этихъ причинъ занимаютъ центральныя вліянія. Большая или меньшая часть истинныхъ формъ Б. б., вѣроятно, имѣютъ такое происхожденіе. Изъ всѣхъ методовъ леченія (діетическое, климатическое, электротерапія) наибольшимъ значеніемъ пользуется органотерапія (анти tiroидинъ Mebius'a).

Со стороны хирурговъ выступилъ *проф. Вельяминовъ*. Онъ указалъ, что внутреннее леченіе показано только въ начальныхъ степеняхъ Б. б., но такъ какъ въ большинствѣ случаевъ больные обращаются къ врачу въ далеко запущенныхъ случаяхъ, то леченіе Б. б. возможно только хирургическое, при чемъ перевязка сосудовъ, поддерживаемая нѣкоторыми хирургами, напр., *проф. Разумовскимъ*, не ведетъ къ цѣли, какъ операція палліативная и дѣйствующая только на симптомы. Нужно примѣнять радикальную операцію *strumectomy* и предпочтительнѣе экзакансулярную. Въ настоящее время эта операція сдѣлана больше, чѣмъ въ 1000 случаяхъ и въ 86% получается выздоровленіе (по Kocher'у въ 76% по Вельяминову, въ 68% полное, и 20% улучшение).

Правда, эта операція по Kocher'у, Mayer'у и Вельяминову даетъ 4% смертности, но это обстоятельство не должно удерживать хирурговъ отъ этой операціи. Смерть наступаетъ въ такихъ случаяхъ отъ трехъ причинъ: во 1-хъ отъ пневмоніи, въ 2-хъ отъ перерожденія сердца (сердце расширенное въ поперечникѣ и слабое должно служить противопоказаніемъ къ операціи) и въ 3-хъ отъ т. н. остраго базедовизма, подъ которымъ разумѣется обостреніе процесса отъ всасыванія токсиновъ послѣ операціи. Но такой же приступъ, какъ извѣстно, можетъ наступить и при простыхъ зобахъ. Французская школа объясняетъ дѣло слѣдующимъ образомъ: щитовидная железа вызываетъ два вида базедовизма—симпатикотомію и ваготомію,—и вопросъ сводится къ тому, которая изъ «томій» возьметъ перевѣсъ. Это явленіе, по указанію авторовъ, наблюдается и при простыхъ зобахъ; по его мнѣнію, большое значеніе имѣетъ фактъ нахождения въ крови большого количества адреналина и лейкоцитоза. Это обстоятельство также служитъ противопоказаніемъ къ операціи.

Въ дополненіе къ этому докладу *д-ръ Розе* сдѣлалъ свое сообщеніе. Ему пришлось оперировать 9 типичныхъ базедовиковъ и два случая (мужчину и женщину) съ явленіями кататоніи (*dementia praecox*) и отдѣльными чертами Баз. б. Въ 5 случаяхъ была предпринята половинная струмектомія съ удаленіемъ перешейки и перевязкой *art. thyreoid. super.* на противоположной сторонѣ. Всѣ 5 случаевъ дали блестящій результатъ, за исключеніемъ одного симптома (границы сердца не уменьшились). Въ 3-хъ случаяхъ была предпринята одна *hemistrumectomy* и въ этихъ случаяхъ получилось значительное ослабленіе симптомовъ Б. б. Въ 1 случаѣ была сдѣлана энуклеація. Случай интересенъ по этиологическому моменту. Рядовой подъ Ляояномъ почувствовалъ боль въ области передней части шеи и упалъ въ безсознательномъ состояніи. Вскорѣ замѣтилъ опухоль въ передней части шеи. Доставленный въ лазаретъ, онъ пред-

ставляя типичнаго базедовика. Здѣсь ясно сказывается вліяніе психической травмы, подѣйствовавшей на центральную нервную систему.

Интересны наблюденія надъ кататониками. Женщина проявляла значительную психомоторную заторможенность, стояла въ стереотипной позѣ: манерность, явленія мышечнаго безпокойства на лицѣ, а равно и рядъ незаконченныхъ движеній. Легкій exophthalmus. Послѣ операціи (энуклеаціи зоба) exophthalmus исчезъ, психомоторныя, кататоническія явленія быстро регрессировали; ступоръ исчезъ. Тоже произошло и со вторымъ больнымъ. У больного наблюдались ступоръ, напряженное лицо, каталепсія, масса манерныхъ движеній, macrothyria, пульсъ 96, треморъ рукъ; послѣ hemistrumectomii появилась живость, исчезли симптома Б. б. и улучшилась психика.

Наблюдая такіе результаты послѣ операціи, авторъ приходитъ къ выводу, что операція strumectomii не только цѣлесообразна, но ее нужно производить тотчасъ же, какъ только установленъ діагнозъ Б. б.

Этотъ докладъ съ крайними выводами не встрѣтилъ сочувствія какъ со стороны хирурговъ, такъ тѣмъ болѣе и со стороны терапевтовъ, которые, вообще говоря, къ результатамъ операціи при Б. б. относились скептически. Они указывали, что эффектъ операціи не такъ блестящъ, какъ объ этомъ говоритъ статистика; что Б. б. переходитъ часто въ микседему, что она болѣзнь общаго характера. Въ концѣ концовъ большинство хирурговъ высказалось въ томъ смыслѣ, что въ начальныхъ стадіяхъ Б. б. должна лечиться терапевтически (но только не въ острыхъ начальныхъ случаяхъ!) и если въ теченіе извѣстнаго времени это леченіе не принесетъ пользы, то въ дальнѣйшемъ Б. б. должна лечиться оперативнымъ путемъ, и показанія къ операціи въ запущенныхъ случаяхъ должны быть расширены: разстройство сердечной дѣятельности и кахексія не всегда должны служить противопоказаніемъ, т. к. и въ этихъ случаяхъ произведенная операція ведетъ къ улучшенію.

Изъ непрограммныхъ вопросовъ нѣкоторые вызвали особенно живой обмѣнъ мнѣній и поэтому тоже явились какъ бы программными. Это: 1) о внутривенномъ гедоналовомъ наркозѣ (д-ръ Сидоренко и Поляновъ изъ Кронштадта) и во 2-хъ—обеззараживаніе операціоннаго поля и рукъ (д-ръ Зильбербергъ, Заблудовскій и Поповичъ). На этихъ вопросахъ я остановлюсь нѣсколько подробнѣе, какъ наиболѣе имѣющихъ жизненное значеніе.

Какъ извѣстно, гедональ для цѣлей общаго наркоза былъ предложенъ впервые проф. Кравковымъ, и первый испыталъ это средство на человѣкѣ проф. Федоровъ. Сразу же способъ этотъ обратилъ на себя вниманіе по своей простотѣ и безвредности и, главнымъ образомъ, потому, что промежутокъ между токсической и снотворной дозой очень великъ. Д-ръ Сидоренко предложилъ свой приборъ, наиболѣе простой изъ всѣхъ (проф. Федорова, д-ра Лычовскаго).

Гедоналовый растворъ готовится слѣдующимъ образомъ. Въ подогрѣтомъ до 75° физіологическомъ (0.75%) растворѣ поваренной соли растворяется гедональ (0.75%) и тотчасъ же растворъ процеживается черезъ бумажный фильтръ и разливается въ колбы, горла которыхъ съ обернутыми вокругъ нихъ шлангами обвязываются пергаментной бумагой. Въ такомъ видѣ колба съ растворомъ обезпложивается предъ операціей въ теченіи 10—15 мин въ Косч'овскомъ аппаратѣ (текучій паръ 100°).

На конецъ шланга одѣвается соответствующая толщинѣ вены канюля, которая опускается въ укрѣпленную пробирку съ эфиромъ. Послѣ приготовленія операціоннаго поля и впрыскиванія въ кожу надъ веной (v. mediana bas. или cephal.) $\frac{1}{2}$ к. с. 1% кокаина обнажается вена, накладывается на ее периферическій конецъ лигатура, выше ея дѣлается скальпелемъ въ венѣ отверстіе и чрезъ него вводится канюля. Вливаніе начинается обычно съ высоты столба жидкости въ 60—70 см. у дѣтей и стариковъ нѣсколько ниже. До прекращенія рефлексовъ приходится вливать отъ 350 до 500 к. с.; во время операціи по мѣрѣ надобности дѣлаютъ повторныя вливанія, всякій разъ выводя канюлю изъ вены. Въ послѣднемъ случаѣ поглаживаютъ вену отъ центра къ периферіи, пока изъ отверстія вены не покажется нѣсколько капель крови и тогда уже вводятъ въ отверстіе канюлю. По окончаніи операціи на вену выше отверстія накладывается вторая лигатура и кожная рана закрывается 2-3 швами.

По описаному способу д-ръ Сидоренко примѣнялъ гедоналовое усыпленіе въ 265 случаяхъ и во всѣхъ случаяхъ получалъ очень хорошіе результаты. Рвота наблюдалась всего только два раза уже послѣ операціи. Синюха, западеніе языка (въ 30 случаяхъ) и кратковременная остановка дыханія изрѣдка наблюдаются, что объясняется дѣйствіемъ гедонала на дыхательный центръ. Явленія эти не наблюдаются, если вливать гедональ со скоростью 50—60 к. с. въ минуту. Пульсъ во время вливанія ускоряется, давленіе въ сосудахъ сначала падаетъ, а потомъ поднимается. Въ двадцати случаяхъ послѣ операціи наблюдался ознобъ и иногда довольно рѣзкое возбужденіе, умѣряемое морфіемъ. Количество мочи въ первые сутки увеличивается, бѣлка въ мочѣ не наблюдалось. Въ 2-хъ случаяхъ нѣкоторое время послѣ операціи было обнаружено по ходу вены у мѣста вливанія затвердѣніе; образованіе тромба констатировано въ 4-хъ случаяхъ. Пневмоніи не наблюдалось. Изъ оперируемыхъ подъ гедоналовымъ наркозомъ 265 чел. 29 умерли. Въ 28-ми случаяхъ причина не зависѣла отъ гедоналоваго наркоза и имѣла опредѣленныя патологическія анатомическія субстраты; въ одномъ случаѣ причина смерти не найдена и авторъ склоненъ ее приписать гедоналу, но это была слабая больная женщина.

Д-ръ Поляновъ представилъ клинической матеріалъ изъ 100 случаевъ на брюшной полости, т. к. такія операціи лучше всего являются показателями преимущества гедонала предъ другими способами (эти 100 случаевъ входятъ въ статистику д-ра Сидоренко).

Авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

- 1) Изъ 100 случаевъ не было ни одной пневмоніи,
- 2) ни во одномъ случаѣ не было упадка пульса,
- 3) глубина наркоза достаточна для подобныхъ операцій,
- 4) ни въ одномъ случаѣ не было рвоты,
- 5) ее не было и послѣ операціи,
- 6) ни разу не пришлось прибѣгать къ другому наркозу.

Проф. Опель подробно остановился на осложненіяхъ гедоналоваго наркоза, хотя и онъ въ своей клиникѣ часто прибѣгаетъ къ нему (работаетъ съ аппаратомъ д-ра Лычовскаго.) Вмѣстѣ съ нѣкоторыми изъ членовъ съѣзда я присутствовалъ у него на операціи и воочию убѣдился въ сложности прибора д-ра Лычовскаго, требующаго многихъ помощниковъ.

На 42 случая проф. Опель наблюдалъ 2 смерти, которая, если не всецѣло, то всеже въ нѣкото-

рой степени зависели отъ гедонала. Гедональ особенно показанъ, по мнѣнію профессора, у людей старыхъ, кахектичныхъ, у артеріосклеротиковъ. Отъ операциі въ полости рта при гедонал. наркозѣ проф. отказался, т. к. послѣ операциі рака языка послѣдовала одна смерть. Она зависѣла, по его мнѣнію, отъ асфиксіи, т. к. гедональ, дѣйствуя угнетающе на продолговатый мозгъ, понижаетъ всѣ рефлексы и, между прочимъ, глоточные. Не могу не сказать, что вопросъ объ осложненіяхъ требуетъ очень подробной разработки, т. к., видимо, рѣшается различнымъ образомъ; напр. въ нашей Томской госпитальной хирургической клиникѣ проф. П. П. Тихова какъ разъ эти случаи, т. е. операциі въ полости рта охотно дѣлаются при гедоналовомъ наркозѣ. Кромѣ асфиксіи гедональ, по мнѣнію проф. Оптеля, способствуетъ пневмоніи, по крайнѣй мѣрѣ въ подобныхъ случаяхъ: какъ бы мы тщательно не останавливали кровотеченіе, все же капли крови могутъ попасть въ дыхат. пути.

Гедональ дальше, по его мнѣнію, не показанъ у дѣтей, хотя бы потому только, что для гедоналоваго наркоза требуется предварительно впрыскивать кокаинъ. Въ 1 случаѣ у него наблюдался цианозъ и въ 3-хъ случаяхъ рвота.

Какъ общій итогъ преній и сообщеній по этому вопросу нужно сказать, что наркозъ этотъ у всѣхъ оставилъ хорошее впечатлѣніе, на него возлагаютъ большія надежды, онъ незамѣнимъ у больныхъ со слабымъ сердцемъ и кахетичныхъ, однако этотъ наркозъ, вѣрнѣе его осложненія требуютъ самой тщательной дальнѣйшей разработки.

Студ. И. Ласточкинъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).



Изъ жизни Сибирскихъ ученыхъ обществъ.

Общество врачей Енисейской губ.

14 января состоялось очередное засѣданіе Общества врачей Енисейской губ.

Открывая засѣданіе, президентъ сообщилъ о смерти бывшаго членомъ Общества д-ра Суханова и предложилъ почтить память его вставаніемъ.

Затѣмъ президентъ передалъ собранію привѣтъ отъ товарища д-ра Петрова, которому, благодаря его болѣзни, пришлось покинуть Красноярскъ. Д-ръ Петровъ былъ врачомъ по постройкѣ 2-ой колеи Сибирской желѣзной дороги. Не смотря на свое временное пребываніе въ г. Красноярскѣ, онъ очень близко сошелся съ Обществомъ врачей, принималъ участіе въ засѣданіяхъ, работахъ Общества, насколько позволяло ему время, былъ аккуратнымъ лекторомъ въ фельдшерской школѣ, и отъѣздъ такого товарища большая потеря для Общества врачей.

Послѣ обычнаго прочтенія и утвержденія протокола предыдущаго засѣданія состоялись доклады.

Сдѣлали доклады. Д-ръ В. М. Крутовскій. *Лечение ulcus serpens rostris пиоцианазой.* Авторъ доклада обратилъ вниманіе на появившуюся рекомендацію пиоцианазы при различныхъ заболѣваніяхъ глаза д-ромъ Горбуновымъ изъ Шуи. На вѣсколькихъ случаяхъ тяжелаго заболѣванія глазъ, ulcus serpens с. puriorum д-ръ Крутовскій испробовалъ пиоцианазу въ формѣ подконъюнктивальныхъ инъекцій и получилъ крайне ободряющіе результаты. Въ безнадежныхъ случаяхъ дѣло обошлось безъ прокола, безъ прижиганій и пр.

Докладъ вызвалъ интересные дебаты и добавленія. Напр., д-ръ Жуковъ сообщилъ объ одномъ случаѣ тяжелой рожи съ омертвѣніемъ верхнихъ вѣкъ, гдѣ инъекциі пиоцианазы понижали температуру и рѣзко ослабляли мѣстный процессъ.

Второй докладъ сдѣлалъ д-ръ Л. И. Либманъ: „Новѣйшіе методы обогащенія въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ“.

Докладчикъ сообщилъ исторію этихъ методовъ, остановился на антиформинѣ и легроинѣ и демонстрировалъ препараты изъ одной и той же мокроты, показывающіе огромную разницу въ количествѣ находимыхъ палочекъ при обычныхъ способахъ и при способахъ обогащенія и извлеченія палочекъ легроиномъ.

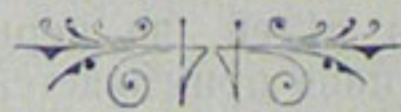
Затѣмъ докладчикъ демонстрировалъ дѣйствіе антиформина на различныя ткани и цѣлый рядъ реакцій по Вассерману.

Остальные вопросы не были разсмотрѣны за позднимъ временемъ.

Засѣданіе посѣтило 17 членовъ изъ 48 и это отмѣчается постоянно. Едва можно составить кворумъ. 17—18 членовъ, посѣщающихъ засѣданіе Общества, это все одни и тѣже лица. Остальные только числятся, неизвѣстно для чего. Очевидно, эти члены не интересуются ни дѣлами Общества, ни докладами и на засѣданіяхъ почти никогда не бываютъ. Впрочемъ, есть члены, которые обязательно являются на засѣданіе, если предстоитъ какой нибудь пикантный вопросъ и когда можно ожидать скандала.

Удивительный индифферентизмъ!

В. К.



Библиографическая замѣтка о противоскарлатинной сывороткѣ и вакцинѣ.

Въ № 22—23 журнала „Гигіена и Санитарія“ помѣщена весьма интересная статья д-ра А. Н. Меркова „Практическая цѣлесообразность противоскарлатинныхъ прививокъ лечебной сыворотки и вакцины“

Авторъ является сторонникомъ и горячимъ пропагаторомъ вакцины Габричевскаго и сыворотки Moser'a. Такое отношеніе къ темъ оживило изложеніе и сдѣлало работу д-ра М. вообще интересной, не лишая ее объективности. По существу же названная работа представляетъ сборный рефератъ

съ положительной критикой матеріала. Въ ней важно отмѣтить одну мысль, это—выдвигаемую авторомъ крайнюю необходимость единообразія въ собираніи и обработкѣ статистическаго матеріала по вакцинаціи и серотерапіи скарлатины. Доселѣ накопленный значительный матеріалъ (главнымъ образомъ земскими врачами), обнимающій уже нѣсколько десятковъ тысячъ случаевъ, вѣрнѣе могъ бы рѣшить споръ между приверженцами и скептиками скарлатинной вакцины, если бы матеріалъ этотъ не былъ въ такой степени разнороденъ и разноцѣненъ. На областномъ съѣздѣ въ Харьковѣ (26 мая—5 июня 1910 г.) гдѣ работа д-ра М. фигурировала въ качествѣ доклада, приняты съ нѣкоторыми дополненіями и поправками приложенныя къ докладу программы для собиранія свѣдѣній о примѣненіи вакцины Габричевскаго (выработанныя земской врачебной организаціей Воронежской губ.), а самыя прививки съѣздъ „находитъ возможнымъ признать съ научной точки зрѣнія допустимыми и съ практической желательными“ (Врачеб. хр. Хар-ской губ. 1910 г. № 5—6 стр. 296).

Нельзя, конечно не согласиться съ 12-мъ и самымъ существеннымъ тезисомъ доклада д-ра М.: „Для окончательной оцѣнки метода вакцинаціи необходимо въ дальнѣйшемъ собираніе матеріала по единообразной и опредѣленной программѣ“ Это безспорное положеніе должно бы быть дополнено, на нашъ взглядъ, не менѣе важнымъ положеніемъ, которое нашимъ авторомъ оставлено въ тѣни, но зато выдвинуто на первое мѣсто московской городской санитарно-врачебной организаціей, именно требованіе единообразія извѣстныхъ условій при вакцинаціи скарлатины. Приведемъ нѣсколько пунктовъ изъ московскаго плана организаціи предохранительныхъ прививокъ противъ скарлатины: вакцину каждой серіи испытывать предварительно на 10—12 дѣтяхъ, не болѣвшихъ скарлатиной („Полное отсутствіе реакціи у большинства привитыхъ и незначительная реакція у остальныхъ укажутъ на недѣйствительность данной серіи“). Такъ какъ вакцины разныхъ серій имѣютъ различную силу, то всѣ три впрыскиванія слѣдуетъ дѣлать вакциной одной и той же серіи. Вакцинація дѣлается обязательно три раза, такъ какъ однократная недѣйствительна. Такъ какъ различныя серіи вакцины неодинаковы по силѣ, то дозировка можетъ быть только схематическая (дана схема). Бурная реакція послѣ 1-ой инъекціи не даетъ невосприимчивости и требуетъ дальнѣйшей осторожной вакцинаціи по данной схемѣ. Въ мѣстахъ скопленія дѣтей до перваго случая заболѣванія скарлатиной примѣняется одна вакцинація, послѣ перваго заболѣванія и, если послѣдовала немедленная изоляція заболѣвшаго, серовакцинація и т. д. и т. п. Особый интересъ представляетъ слѣдующее требованіе, которое приводимъ полностью: „Для наблюденія вакцинальной картины и выясненія дальнѣйшей дозировки вакцины (во 2-й и 3-й разъ) врачъ долженъ каждый разъ осматривать дѣтей черезъ сутки послѣ инъекціи вакцины“. Какъ ни относиться къ этимъ требованіямъ по отдѣльности, нельзя отказать имъ въ общемъ въ строгой научной осторожности и предусмотрительности.

М. Блюменфельдъ.

РЕЦЕНЗИИ.

Труды перваго всероссійскаго съѣзда по борьбѣ съ пьянствомъ. С.-Петербургъ 28 декабря 1909 г. 6 января 1910 года въ 3 томахъ 1910 г.

Алкоголизмъ, пустившій глубокіе корни во всѣхъ слояхъ населенія во всѣхъ странахъ и особенно въ Россіи, является однимъ изъ самыхъ серьезныхъ бѣдствій настоящихъ социальныхъ условій и борьба съ нимъ одна изъ наиболее трудныхъ и тяжелыхъ задачъ. Въ разрѣшеніи этого вопроса требуется не только усиленная работа ученыхъ обществъ, врачей, юристовъ, экономистовъ, психіатровъ, не только широкая популяризація свѣдѣній среди населенія и въ школахъ, но и ряда государственныхъ мѣропріятій и рациональныхъ социальныхъ реформъ. Для всесторонняго обсужденія этого сложнаго явленія и былъ созванъ первый всероссійскій съѣздъ изъ различныхъ общественныхъ дѣятелей, ученыхъ, врачей и т. д. Съѣздъ далъ богатый матеріалъ, всесторонне освѣщающій вопросъ объ алкоголизмѣ и мѣрахъ борьбы съ нимъ. Вышедшіе труды подтверждаютъ сказанное. Въ занятіяхъ съѣзда приняли участіе 453 чел., изъ нихъ врачей 163 чел. (36%), лицъ духовнаго званія—26 (5,7%); было доставлено докладовъ 163, часть изъ нихъ, за недостаткомъ времени, не была заслушана. Нѣтъ возможности въ краткой замѣткѣ перечислить всѣ доклады, помѣщенные въ вышеуказанныхъ трудахъ—можемъ одно только сказать, что всякому, интересующемуся и занимающемуся настоящимъ вопросомъ, съ какой бы стороны его не разсматривать—физиологической, гигиенической, экономической, моральной, социальной (особенно интересны доклады представителей профессиональныхъ просвѣтительныхъ обществъ объ употребленіи спиртныхъ напитковъ среди рабочихъ, среди учащихся и т. д.)—обязательно должно ознакомиться съ названными работами съѣзда, такъ какъ въ нихъ имѣется много докладовъ, освѣщающихъ вопросъ съ новыхъ точекъ зрѣнія. На эту сторону мы обращаемъ особенное вниманіе. Протоколы засѣданій, къ сожалѣнію, въ нѣкоторыхъ случаяхъ не даютъ полного представленія о ходѣ преній, но здѣсь виноваты «независяція обстоятельства». Вообще же должно сказать, что Труды съѣзда заслуживаютъ серьезнаго вниманія и являются крупнѣйшимъ вкладомъ въ литературу объ алкоголизмѣ. На нѣкоторыхъ изъ докладовъ (алкоголизмъ среди учащихся, среди рабочихъ и т. п.) мы остановимся отдѣльно.

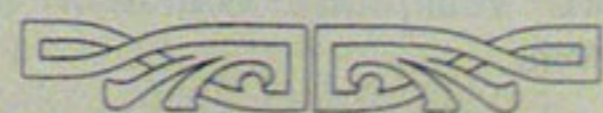
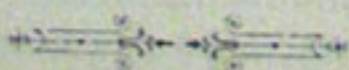
По цѣнѣ (2 руб. за три тома 1585 стр.). Труды вполне доступны.

Д. Никольскій.

Новый журналъ „ЗДОРОВАЯ ЖИЗНЬ“. Двухнедѣльный иллюстрированный популярно-медицинскій журналъ. Цѣна 1 р. 25 к. Подъ ред. д-ра мед. М. Я. Брейтмана.

Здоровье—высшее благо человѣка, но, къ сожалѣнію, мы его не хранимъ и большею частью, по незванію, по невѣдѣнію, не знаемъ, что нужно дѣлать и какъ, чтобы не разстраивать здоровье, отчего мы болѣемъ и преждевременно умираемъ, а главное—какія нужно принимать мѣры къ сохраненію здоровья. Говоря короче, требуется широкая популяризація свѣдѣній о сохраненіи здоровья въ связи съ устройствомъ человѣческаго тѣла. Настоящій журналъ и стремится поправить этотъ недостатокъ. Судя по первому номеру, журналъ обѣщаетъ быть популярнымъ и полезнымъ для читателя и вполне доступнымъ. Въ первомъ номерѣ помѣщены статьи: о Н. И. Пироговѣ (д-ра А. И. Шингарева) „Вопросы пола въ жизни современнаго общества и половое воспитаніе“ (проф. В. И. Бажтерева), „Какъ бороться съ чахоткой“, „Значеніе гигиены въ дѣтскомъ возрастѣ“ (проф. Н. В. Троицкаго), «О задачахъ физическаго воспитанія» (д-ра М. Я. Брейтмана), «О популяризаціи медицинск. и гигиенич. свѣдѣній» (д-ра Д. П. Никольскаго), «Головная боль въ связи съ неправильнымъ преломленіемъ глазъ» (д-ра В. П. Балашикова), «О ненормальныхъ характерахъ» (прив.-доц. С. А. Сужанова). Кромѣ того медкія извѣстія. Въ текстѣ находится много рисунковъ. Можно пожелать новому органу широкаго распространенія, котораго онъ вполне заслуживаетъ.

И.



Врачебная хроника.

— Красноярское городское самоуправление, подъ сильнымъ давленіемъ администраціи, угрожавшей даже закрыть больницу бывшаго приказа для больныхъ жителей города, наконецъ, открыло собственное отделение для венериковъ и сифилитиковъ на 15 коекъ. Къ сожалѣнію, вѣроятно, эти койки будутъ всегда заняты проститутками. Проституція въ городѣ очень процвѣтаетъ. При этомъ врачомъ этой больницы приглашенъ городской врачъ *И. И. Кусковъ*, въ вѣдѣніи котораго находится и осмотръ проститутокъ. Приходится и въ дѣйствіяхъ красноярскаго общ. самоуправления отмѣтить обычныя въ такихъ случаяхъ полумѣры. вмѣсто того, чтобы, дѣйствительно, создать больницу и амбулаторію для венериковъ со специалистомъ во главѣ этого учрежденія, оно отдѣляется болѣе дешевыми способами организациі больницы помощи населенію.

— Съ новаго года иркутское медико-санитарное бюро приступило къ регистраціи заболѣваемости въ городѣ. Всѣ городскія амбулаторіи и больницы уже съ первыхъ чиселъ января снабжены специальными карточками, выработанными санитарнымъ бюро и одобренными мѣстнымъ обществомъ врачей. На дняхъ такія же карточки разосланы и всѣмъ практикующимъ въ городѣ врачамъ, а для разъѣздной практики особыя книжки (въ которыхъ кромѣ карточекъ имѣются еще бланки для прописки рецептовъ). Къ сожалѣнію, книжки вышли недостаточно удачными, такъ какъ по своему объему онѣ неполны портативны и кромѣ того въ ихъ карточкахъ пропущена важная рубрика—указаніе на возрастъ больного. Этотъ пропускъ придется, конечно, заполнять, проставляя возрастъ больного сейчасъ послѣ фамиліи. Во всякомъ случаѣ было бы желательнымъ, чтобы не только городскія амбулаторіи и больницы, но и вообще всѣ врачебныя учрежденія въ городѣ, а также и практикующіе врачи отнеслись съ должнымъ вниманіемъ къ этому начинанію нашего городского бюро и приступили къ регистраціи заболѣваемости въ городѣ.

— Врачебный инспекторъ Енисейской губерніи *д-ръ Миропольскій* переводится на ту же должность въ Читту, а на его мѣсто назначается старшій врачъ киргизскихъ степей *д-ръ Блудовскій*.

— Директоръ Красноярской фельдшерской школы *д-ръ М. О. Козьминъ* въ настоящее время находится въ Москвѣ на съѣздѣ по реформированію фельдшерскихъ школъ.

— Врачъ Красноярскаго военнаго лазарета *Н. А. Щенетовъ* заразился сыпнымъ тифомъ, который, къ счастью, не принялъ тяжелаго теченія и въ настоящее время товарищъ находится на пути къ выздоровленію.

— 18 января въ Иркутскомъ Окружномъ Судѣ разбиралось весьма интересное дѣло, въ которомъ въ качествѣ обвиняемыхъ фигурировали товарищи *Г. И. Патушинскій* и *Н. Н. Шастинъ*. Дѣло это возбуждено по иску нѣкаго Тебурскаго (бывшаго околоточнаго надзирателя) въ размѣрѣ 7200 р. къ упомянутымъ врачамъ за неправильно, якобы, сдѣланную ему операцію, слѣдствіемъ коей явилась потеря его трудоспособности Судебнымъ разбирательствомъ и показаніями экспертовъ (*д-ра Берманъ, Абловъ, Струшинскій*) было установлено, что операція производилась Тебурскому четыре раза и каждый разъ въ силу показаній жизненнаго свойства, такъ какъ въ противномъ случаѣ

ему угрожала неминуемая смерть. Само собою разумѣется, что при такихъ условіяхъ не приходилось считаться съ возможностью нежелательныхъ послѣдствій отъ самой операціи. Таковымъ послѣдствіемъ и явилась перерѣзка обоихъ лицевыхъ нервовъ (у больного былъ вначалѣ періоститъ нижней челюсти съ послѣдующимъ остеомиэлитомъ ея и образованіемъ гнойныхъ затековъ въ височныхъ областяхъ; для удаленія гноя, а также образовавшагося съ одной стороны секвестра, постоянно угрожавшаго раненіемъ височной артеріи, пришлось сдѣлать цѣлый рядъ нетипичныхъ разрѣзовъ, захватившихъ, между прочимъ, и лицевые нервы).

Опредѣленіемъ Окружнаго Суда въ искѣ Тебурскому отказано.

— Противочумный съѣздъ, какъ теперь уже выяснилось, назначенъ у насъ въ Иркутскъ на 7 февраля. Пока о составѣ его точныхъ свѣдѣній не имѣется. Точно также мы не знаемъ, какова его программа. Поэтому, не предсказывая возможныхъ результатовъ этого съѣзда, мы позволимъ себѣ отмѣтить лишь краткость срока для его созыва. Остается всего какихъ нибудь двѣ недѣли, втеченіе которыхъ довольно мудрено организовать и подготовить все необходимое для съѣзда, что могло бы обезпечить его солидность и продуктивность.

— По бюллетеню управленія К. В. ж. д. всего съ начала эпидеміи по 18 января заболѣло чумой въ полосѣ отчужденія 1124 китайца и 36 европейцевъ, умерло 1110 китайцевъ и 31 европеецъ. Изъ медицинскаго персонала, кромѣ уже умершихъ студента *Бяльева* и женщ.-врача *Лебедевой*, заболѣли фельдшеръ *Васильевъ* (уже умеръ) и санитаръ *Веселовъ*. По послѣднимъ извѣстіямъ, заимствуемымъ нами изъ харбинскихъ газетъ, количество смертей въ Фудзядянѣ нѣсколько понизилось, но все еще держится около 150 въ день. Надо имѣть въ виду, что населеніе Фудзядяня въ настоящее время вмѣсто бывшихъ ранѣе 40 т. насчитываетъ теперь всего лишь 15 т.

— Распространеніе чумы въ Южную Маньчжурію и появленіе чумныхъ заболѣваній въ Дайренѣ (бывш. Дальнемъ) вызвали со стороны японцевъ цѣлый рядъ энергичныхъ мѣропріятій. Вотъ нѣкоторыя изъ нихъ. Назначены преміи отъ 10 до 200 іенъ всякому, сообщившему мѣстонахожденіе больного чумой или умершаго отъ чумы китайца. Постановлено закрыть всѣ китайскія парикмахерскія, опіекурильни и пр. Закрыть всѣ китайскія бани и не пускать китайцевъ въ японскія бани. Выселить немедленно китайцевъ низшаго класса изъ West Circle. Запретить извозчикамъ возить болѣе двухъ китайцевъ одновременно. Прекратить продажу китайскихъ гробовъ кому бы то ни было безъ предьявленія свидѣтельства о правѣ погребенія. Не разрѣшать празднованія китайцами Новаго Года въ большой толпѣ. Организована усиленная ловля крысъ съ назначеніемъ опредѣленныхъ премій за доставленныхъ животныхъ. Ю.-Маньчжурская жел. дор. обратилась къ квантунскому губернатору съ просьбой позволить устроить карантинъ у входа въ Дайренскую верфь, дабы никто не могъ проникнуть туда. Во многихъ публичныхъ мѣстахъ Дайрена полицейскіе не пропускаютъ китайскихъ посѣтителей. Нѣсколько театровъ совершенно закрыто. Въ административную часть Портъ-Артура допускаются лишь подвергшіеся 10-дневному карантину. На ст. Чань-Чунь китайцы совершенно не допускаются, бла-

годаря чему на этой станции было до сих поръ всего лишь 3 случая чумы, тогда такъ въ городѣ Чань-Чунѣ, находящемся вблизи станции, смертность превышаетъ ежедневно 100 и общая картина напоминаетъ то, что творится въ Фудзядянь. Управленіемъ Ю.-М. жел. дор. здѣсь сибирно сооружаются бараки, рассчитанные на 6000 челов. Здѣсь будетъ чумный, обсервационный и изоляціонный пункты. Во многихъ пунктахъ Ю.М. жел. дор. военное, почтовое и ж.-д. вѣдомство обязало своихъ подчиненныхъ носить респираторы. На борьбу съ чумой Ю.-М. жел. дор. ассигновала 600,000 іевъ. Приглашены и уже работаютъ 20 врачей, ожидается еще 13 врачей и 23 сидѣлки.

— По предложенію *д-ра Бондаренко*, въ Харбинѣ предполагаютъ въ видѣ опыта примѣнить для леченія чумы препаратъ „606“.

— Въ только что вышедшей (октябрьской) книжкѣ „Врачебно-Санитарной Хроники г. Томска“ помѣщенъ *краткій отчетъ о дѣятельности глазнаго отдѣленія при городской Некрасовской больницы за время съ 1-го іюня по 1-е октября 1910 г.* Отчетъ составленъ завѣдовавшимъ отдѣленіемъ *д-ромъ Н. Л. Троицкимъ*. Всего было принято 817 больныхъ, сдѣлавшихъ 2993 посѣщенія. Для стационарнаго леченія принимались лишь слѣпые, которымъ требовалось производство операціи. Всего такихъ больныхъ было принято 27 чело-

вѣкъ, изъ нихъ 20 человекъ платныхъ. Операціи произведено стационарнымъ и амбулаторнымъ больнымъ 92 (изъ нихъ въ 21 случая извлеченіе старческихъ катарактъ, въ 27 случаяхъ извлеченіе инородныхъ тѣлъ). Этотъ опытъ показалъ, что и во время функционированія клиникъ въ городѣ ощущается нужда въ окулистической помощи, такъ какъ количество больныхъ, посѣщавшихъ амбулаторію при городской больницѣ, не уменьшилось съ момента открытія клиникъ. Поэтому составитель отчета высказывается за организаціи такой помощи не въ видѣ временной только мѣры, но постоянно.



Редакторъ-Издатель *П. Федоровъ*.

Открыта подписка на 1911 годъ.

НА ЖУРНАЛЪ

„ОБЩЕСТВЕННЫЙ ВРАЧЪ“

издаваемый Правленіемъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

Журналъ будетъ выходить книжками въ 6—7 листовъ каждая, ежемѣсячно, кромѣ 2-хъ лѣтнихъ мѣсяцевъ.

Журналъ имѣетъ слѣдующіе отдѣлы:

- I. Біологія, Общая Гигіена и Эпидемиологія. Редакторъ *Л. А. Тарасевичъ*.
 - II. Соціальная гигиена и борьба съ социальными болѣзнями.—Редакторъ *Л. Б. Грановскій*.
 - III. Санитарная статистика.—Редакторъ *П. И. Куркинъ*.
 - IV. Земская медицина |
 - V. Врачебный бытъ. | Редакторъ *К. И. Шидловскій*.
 - VI. Городская медицина.—Редакторъ *М. М. Гранъ*.
 - VII. Школьная гигиена.
 - VIII. Вопросы распространенія |
 - гигіеническихъ знаній. | Редакторъ *А. В. Мольковъ*.
 - IX. Общественно-санитарное обозрѣніе и хроника.—Редакторъ *Д. Я. Дорфъ*.
- Кромѣ того въ журн. будутъ помѣщ. свѣдѣнія о дѣятельности О-ва врачей въ память Н. И. Пирогова. Подписная цѣна на журналъ 5 рублей въ годъ; разсрочка не допускается. Членскій взносъ въ Общество на 1911 годъ 8 руб., причемъ допускается разсрочка, а именно: 1) при подпискѣ 3 руб.; 2) къ 1-му апрѣля—3 руб.; 3) къ 1-му сентября 2 руб. Члены общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова получаютъ журналъ бесплатно. Кромѣ того, члены пользуются скидкой на полный комплектъ изданій Пироговскаго Общества—25 р. вмѣсто 27 р. и на изданіе Комиссіи по распространенію гигиеническихъ знаній при Пироговскомъ О-вѣ: *П. И. Куркинъ* «Санитарно-статистическія таблицы (сборникъ диаграммъ съ объяснителн. текстомъ—пособіе для нагляднаго обученія и препода.)—6 руб. вмѣсто 7 руб. За перемѣну адреса уплачивается 50 коп. почтовыми марками, безъ чего редація за правильность доставки журнала не отвѣчаетъ. Гонораръ 40 руб. съ листа. Рукописи должны быть написаны четко, на одной сторонѣ листа. Авторы статей размѣромъ не менѣе 1/2 листа имѣютъ право на 25 оттисковъ, причемъ о желаніи получить таковыя они должны заявить редакціи при присылкѣ статей. Редація сохраняетъ за собой право сокращать и исправлять рукописи. Непринятая къ печати рукопись, не затребованная авторомъ въ теченіе 6 мѣсяцевъ, уничтожаются.

Объявленія принимаются по слѣдующей цѣнѣ:

Впереди текста и на обложкѣ за 1 страницу 30 руб.; за 1/2 стран.—15 руб.; за 1/4 стран.—8 руб.

Остальныя за 1 стран. 20 р.; за 1/2 стран.—10 р.; за 1/4 стран.—5 р.

За объявленія о мѣстахъ врачей и медицинскаго персонала 40 коп. за строку петита за 1 разъ.

Адресъ редакціи: Москва, М. Бронная. д. № 15, кв. 99. Телефонъ. 64—97.