

# СИБИРСКАЯ ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА

Выходитъ еженедѣльно въ г. Иркутскѣ.

Годъ изданія 5-й  
№ 28-й  
Воскресенье 8-го іюля.

1912 г.

Московское общество торговли аптекарскими товарами

== **К. ЗРМАНСЪ и К°** ==

открывъ Отдѣленіе въ г. Иркутскѣ (Большая ул. д. Воллернеръ), предлагаетъ товары своей задѣлки и вѣхъ заграничныхъ фирмъ по оптовой цѣнѣ.

**ОТДѢЛЫ:** медикаментовъ, хирургическихъ инструментовъ, перевязочныхъ матеріаловъ и галеновыхъ препаратовъ

(собственной Кунцевской Лабораторіи).

## **ЗАИКАНИЕ**

какъ и всѣ другіе дефекты рѣчи лечитъ основательно въ короткое время.

**ИНТЕРНАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТЪ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНІЯ РѢЧИ.**

Берлинъ В/57, Бюловштрассе № 58.

Каждый, не заикающійся при пѣніи, излечимъ.

# ИСПЫТАЙТЕ

Доза на приемъ  
отъ 0.5 — 1.0

Надежное, быстроедѣйствующее и совершенно безвредное antipyreticum & antineuralgicum

**= КЕРНАЛДОЛ-СТОНР. =**

Особо рекомендуется при головныхъ боляхъ разнаго происхожденія, невралгіяхъ различной локализаци, инфлуэнцѣ, тифѣ, туберкулезѣ и т. п.

Доза въ сутки  
отъ 3.0 — 5.0.

А ПОТОМЪ

# НАЗНАЧАЙТЕ.

КОМПАНИА КЕФАЛДОЛЪ-СТОНРЪ. СПБ. НИКОЛАЕВСКАЯ 16.

# FIBROLYSIN

легко растворимое въ водѣ

соединение Thiosinamin'a.

РАЗМЯГЧАЕТЪ РУБЦЫ

П Р И

СТЕНОЗАХЪ, СТРИКТУРАХЪ, КОНТРАКТУРАХЪ

и внутреннихъ срашеніяхъ.

Безболѣзненное внутримышечное впрыскивание.

Растворъ Fibrolysin'a.

въ стерильныхъ флакахъ по 2,2 куб. сант.

Для ректального примѣненія. Fibrolysin'овыя свѣчи по 0,3. Пробы и литература къ услугамъ гг. врачей.

E. M E R S C K - D A R M S T A D T.

Отдѣленіе и складъ фабрики въ Москвѣ: Милютинскій переулокъ д. 19.

# JODIPIN

Полная замѣна

ЮДИСТЫХЪ ЩЕЛОЧЕЙ безъ вредныхъ побочныхъ дѣйствій.

Равномѣрное длительное дѣйствие юда при посредствѣ инъекцій Jodipin'a.

Для внутренняго примѣненія ТАБЛЕТКИ JODIPIN'A. Легко принимаются, хорошо переносятся.

Показанія: астма, бронхитъ, эмфизема, артеріосклерозъ, вторичный и третичный сифилисъ.

Пробы и литература къ услугамъ гг. врачей.

E. M E R S C K - D A R M S T A D T.

Отдѣленіе и складъ фабрики въ Москвѣ: Милютинскій переулокъ д. 19.

## Берлинъ.

КУРСЫ ПО ВАССЕРМАНОВСКОЙ РЕАКЦИИ

ИЗСЛѢДОВАНИЕ НА СПИРОХЕТЫ.

ИНЪЕКЦИИ САЛЬВАРСАНА.

Продолжительность курса 2—3 недѣли.

Dr Hermann Mayer

Berlin.

Martin Lutherstrasse, 85.

## ЛЕЧЕБНЫЯ ВАННЫ

Д-ра Б. С. РАФЕЛЬКЕСА.



- 1) Усовершенствованныя искусственныя углекислыя ванны „Наугеймскія“.
- 2) Сѣрно-хвойныя плитки для приготовл. сѣрныхъ ваннъ, которыя могутъ вполне замѣнять натуральныя.
- 3) Желѣзисто-хвойныя плитки для приготовления желѣзисто-хвойныхъ ваннъ.
- 4) Сосновый ароматическій эфиръ въ бутылкахъ.

СКЛАДЫ:

С.-Пб., Невскій центр, депо Б. Шоскальскій.

Москва, Мясницкая Красноворотная аптека.

Саратовъ, Ильинская, ант. маг. «Санитайс».

Казань, аптека Грахе.

Одесса, Ю. Лемме и К<sup>о</sup>.

Вильна, нѣмец. аптека Г. Ширвиндта.

## РУССКІЙ ДІАГНОСТИЧЕСКІЙ КАБИНЕТЪ

Д-ра Я. А. Житомірскаго.

ПАРИЖЪ.

280, Boulevard Vaspail. Телефоны: 729—25 Телегр.: Informed-russe—Paris.

Медицинское содѣйствіе прѣзжающимъ изъ Россіи больнымъ. Консультациіи всѣхъ парижскихъ профессоровъ. Медико-химическая лабораторія (реакція Вассермана). Для нуждающихся въ хирургической и терапевтической помощи санаторія (Maison de Santé). Гг. врачамъ даются безпл. вслѣшкія справки.

# Mitgeitlin

ВЫДАЮЩЕЕСЯ СРЕДСТВО ПРИ

ВСѢХЪ НЕВРАСТЕНИЧЕСКИХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ.

Укрѣпленіе, улучшеніе общаго нервнаго состоянія

ВЫДАЮЩЕЕСЯ ПЕРВОЕ ТОНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО.

ЛИТЕРАТУРА:

Goh M. d. Rat. Prof. Eulenburg, Pavlof St. Petersburg; Weidemann, St. Petersburg; Fürbringer, Berlin; Hirsch, St. Petersburg; Holländer, Berlin; Posner, Berlin; Rebourgeon, Paris; Göll, Zürich; Popper, Iglg bei senator; Hirsch; Kudwa; Steinsberg, Franzensbad; Waitz, Paris; Wright, London; Piliver, Odessa; Fürth, Dorvent Quastler, Wein.

## Moridal

Суппозитории при ГЕМОРРОЪ,

проктогеніяхъ, ригитусъ толезмахъ, катарръ прямой кишки, трещинахъ и при болѣзненностяхъ испражнений

Проп.: Cal. chlorat., Calc. iod., Bals. pecuv.

ЛИТЕРАТУРА:

Prof Boas, Berlin; Kehr, Halberstadt; Pickardt, Berlin; Weise, Berlin; Sandberg, Berlin; Zibell Munchen, Wrigths, London; ilvesri, Rom; Dawson, London.

## B I O S O N

Безусловно не раздражающей, легко переваримый питательный бѣлаково-желѣзисто-лецитиновый препаратъ, можетъ быть принимаемъ жѣлцами безболѣзненныхъ расстройствъ пищеваренія, хорошо переносится и при лихорадочныхъ какъ острыхъ, такъ и хроническихъ заболѣваніяхъ, возбуждаетъ аппетитъ, даетъ замѣтное увеличеніе вѣса тѣла, повышаетъ содержание гемоглобина въ крови и количество гр. кровяныхъ шариковъ, благоприятно дѣйствуетъ при истощеніи организма. Такимъ образомъ, будучи вѣрнымъ питательнымъ средствомъ, обнаруживаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ кроветворныя свойства желѣза и укрѣпляющее дѣйствіе на нервную систему свойственное лецитину.

ЛИТЕРАТУРА: Д-ръ С. Е. Андроновъ, СПб.; Д-ръ А. Ф. Вейдеманъ, СПб.; Проф. фонъ Ноордманъ, Вѣна; Проф. фонъ Лейденъ, Берлинъ; Проф. Динъ, Берлинъ; Проф. Бригенъ, Берлинъ; Проф. Цайльеръ, Уель, Франкфуртъ и М.

ЛИТЕРАТУРА ВСѢХЪ ПЕННАТОРОВЪ ПЕДИАТРИИ И ФРАНС. Контора химическаго провѣра. — СПб., Невск. пр. 28 д. Зингера.

БЕРЛИНЪ Фридрихштрассе 131 А.

Телефонъ Амт Норденъ № 10002

Докторъ медицины **З. І. ТЕМКИНЪ.**

ВРАЧЕБНОЕ СОДѢЙСТВІЕ БОЛЬНЫМЪ.

Консультациіи. Діагностика.

САНАТОРІЯ „Гермесдорфъ“ (1/2 часа ѣзды отъ Берлина).

Dr. S. Temkin

Berlin.

## Русскій діагностическій кабинетъ

Д-ра мед. Я. НЕМИРОВСКАГО

БЕРЛИНЪ, Фридрихштрассе 122

Телефонъ: Амт III, 5368

МЕДИЦИНСКОЕ СОДѢЙСТВІЕ РУССКИМЪ БОЛЬНЫМЪ. КОНСУЛЬТАЦИИ ВСѢХЪ БЕРЛИНСКИХЪ ПРОФЕССОРОВЪ. МЕДИКО-ХИМИЧЕСКАЯ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ. МЕДИЦИНСКІЕ АНАЛИЗЫ МОЧИ, ПОКОТЫ, КРОВИ И Т. Д.

# 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), Делекторскаго Н. И. (Томскъ), проф. Добромыслова В. Д. (Кіевъ), Ельяшевича Б. А. (Иркутскъ), Жученко Н. С. (Иркутскъ), прив.-доц. Зимина А. Н. (Томскъ), Каршина 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. (Кутаисск. г.), проф. Мыша Вл. М. Никольскаго Д. П. (Петербургъ), Пескина Я. А. (Иркутскъ), Пешковскаго Н. Я. (Иркутскъ), проф. Понровскаго М. М. (Томскъ), пр.-доц. Софотерова С. Н. (Томскъ), Спасскаго Н. С. (Томскъ), прив.-доц. Суханова С. А. (Петербургъ), Соколова Н. В. (Томскъ), проф. Тихова П. Я. (Томскъ), Франкъ-Каменецкаго З. Г. (Иркутскъ), Фрайфельда Я. О. (Иркутскъ), прив.-доц. Чистякова П. И. (Томскъ) и мног. другихъ.

Подписная плата 7 руб. въ годъ. Допускается разсрочка: при подпискѣ 4 руб. и къ 1 июля 3 руб.

Адресъ редакціи: Иркутскъ, Благовѣщенская, 22 53.

Единственное представительство по сбору объявлений за границей: Русское Справочное Бюро Э. Муравкина. Берлинъ, Фридрихштрассе. 133а.

Alleinige Geschäftsstelle und Inseraten—Annahme für das Ausland: E. Murawkin, Russisches Reise—Auskunftsbureau, Berlin Friedrichstrasse. 133a.

Годъ 5-й. Воскресенье 8-го іюля 1912 г. № 28-й.

СОДЕРЖАНІЕ: Студ. П. П. Сакара. Случай бронхоэктазиі у мальчика 12 лѣтъ. Вскрытіе. Смерть.— П. Гомзиковъ. Чума въ Японіи. (Продолженіе).—Проф. Landouzy. Историческое развитіе фтизіологіи. (Продолженіе).—Студ.-мед. А. Пономаревъ. О внутренней секреціи въ организмѣ. (Окончаніе).—Рефераты. Глазныя болѣзни.—Вопросы общественно-врачебной жизни.—Письма въ редакцію.—Врачебная хроника.—Протоколы О-ва врачей Восточой Сибири за 19<sup>11/12</sup> годъ.—Объявленія на обложкѣ.

Изъ Терапевтическаго Отдѣленія Дѣтской Больницы св. Ольги въ Москвѣ (завѣдующій отдѣленіемъ д-ръ мед. А. А. Кисель).

## Случай бронхоэктазиі у мальчика 12 лѣтъ. Смерть. Вскрытіе.

Студ. П. П. Сакара.

Въ № 49 «Сибирской Врачебной Газеты» за 1910 годъ А. А. Кисель подробно описалъ случай бронхоэктазиі, наблюдавшійся въ Дѣтской Больницѣ св. Ольги, въ Москвѣ. Въ смыслѣ распознаванія этотъ случай не представлялъ никакихъ затрудненій. До поступленія въ больницу болѣзнь длилась въ теченіе двухъ лѣтъ; налицо было полное притупленіе всей лѣвой половины груди съ областью тимпаническаго звука и полостного дыханія; больной въ сутки выдѣлялъ до 250 куб. сант. зловонной мокроты, раздѣлявшейся при стояніи на два слоя; наконецъ, было рѣзкое утолщеніе послѣднихъ фалангъ пальцевъ рукъ и ногъ. Данный больной представлялъ интересъ въ смыслѣ наблюденія, каково вліяніе больничной обстановки и режима на дѣтей, страдающихъ подобнаго рода заболѣваніями. Съ этой цѣлью больной былъ поставленъ въ возможно лучшія условія гігіены и питанія и внутрь ему были назначены приемы рыбьяго жира—до 4-хъ столовыхъ ложекъ въ день. Отъ фармацевтическаго леченія, рекомендуемаго въ подобныхъ случаяхъ, рѣшено было отказаться. Мальчикъ пробылъ въ больницѣ 4 мѣсяца и 10 дней и состояніе его значительно улучшилось. Несмотря на сравнительно большіе при-

мы рыбьяго жира отравленія желудочно-кишечнаго аппарата нисколько не страдали. Кашель ослабѣлъ, мокрота рѣзко уменьшилась въ своемъ количествѣ и изъ гнойной перешла въ слизистую, полупрозрачную; неприятный запахъ изо-рта при дыханіи также уменьшился; бывшіе раньше хрипы вовсе исчезли. Общее питаніе больного замѣтно улучшилось: онъ увеличился въ вѣсѣ на 4960 граммъ. Слизистыя оболочки оставались все время блѣдными и цианотичными; не шли также на убыль цианозъ и припухлость фалангъ пальцевъ.

Мы думаемъ продолжить описаніе этого случая, прослѣдивъ дальнѣйшее теченіе болѣзни.

Изъ больницы мальчикъ былъ переведенъ въ пріютъ (санаторію) для выздоравливающихъ дѣтей имени А. и А. Беренштамъ, находящейся при ст. Пушкино Моск.-Яросл.-Арханг. ж. д. Здѣсь больной пробылъ 3 мѣсяца, находясь все время въ очень хорошихъ условіяхъ. Согласно свѣдѣніямъ о пребываніи мальчика въ санаторіи, любезно сообщеннымъ намъ д-ромъ И. Н. Никольскимъ, является возможность заключить, что какихъ-либо замѣтныхъ перемѣнъ въ состояніи здоровья больного за три мѣсяца нельзя было отмѣтить. Лишь нѣсколько уменьшился неприятный запахъ изо рта и въ вѣсѣ ребенка наблюдались небольшія колебанія въ ту и другую сторону, общее же состояніе его оставалось вполне удовлетворительнымъ.

Изъ пріюта мальчикъ вторично былъ помѣщенъ въ больницу св. Ольги, причемъ вѣсѣ его, въ сравненіи съ моментомъ выписки въ первый разъ изъ больницы, уменьшился на 630 граммъ.

При осмотрѣ больного можно было отмѣтить тѣ же явленія, которыя были обнаружены 3 мѣсяца тому назадъ. Вся лѣвая половина груди давала полную тупость, къ которой спереди подъ ключицей и сзади сверху до середины лопатки примѣшивался ясный тимпанитъ, съ открытiемъ рта дѣлавшійся болѣе громкимъ. Справа сзади, въ области верхней доли, можно было отмѣтить не обнаруживавшееся прежде притупленіе. При выслушиваніи слѣва—очень много, въ сравненіи съ прежнимъ, различной величины влажныхъ хриповъ, въ области тимпанита—ясное полостное дыханіе. Въ правомъ легкомъ сухіе хрипы. Лѣвая граница сердца не опредѣляется. Толчокъ сердца въ 1-мъ межреберномъ промежуткѣ, на 3 сант. кнаружи отъ соска. Пульсъ 104, слабый. Селезенка и печень не прощупываются. Питаніе плохое. Слизистыя блѣдны. Локтевыя железы не прощупываются; шейныя съ обѣихъ сторонъ значительно увеличены. Послѣднія фаланги пальцевъ рукъ и ногъ рѣзко утолщены. Больной продолжаетъ выдѣлять ежедневно до 20 куб. сант. довольной жидкой, грязновато-мутной, вонючей, зеленовато-бураго цвѣта мокроты. Температура нормальна. Реакція Вассермана (*д-ръ О. И. Бронштейнъ*) дала отрицательный результатъ. Просвѣчиваніе грудной клѣтки лучами Рентгена (*д-ръ М. Б. Вермель*) обнаружило тѣ же измѣненія, что и во время перваго періода пребыванія мальчика въ больницѣ. Лѣвое легкое сплошь затемнено, за исключеніемъ небольшого участка подъ ключицей. Область затемненія сливается съ тѣнью сердца. Движенія діафрагмы слѣва отсутствуют, справа они рѣзко ослаблены. Слабо-выраженное затемненіе праваго легкаго, отсутствовавшее при первомъ просвѣчиваніи.

Въ теченіе первыхъ двухъ недѣль послѣ вторичнаго своего поступленія въ больницу больной повысился въ вѣсѣ на 710 граммъ, но дальше эта цифра непрерывно шла на убыль, не достигнувъ въ своемъ максимумѣ той цифры, которая выражала вѣсъ больного въ концѣ перваго періода его пребыванія въ больницѣ (тогда 29490, теперь 28870).

Наряду съ убылью въ вѣсѣ можно было отмѣтить признаки, свидѣтельствовавшіе о постепенномъ ухудшеніи состоянія больного. Количество мокроты все увеличивалось (50—60 куб. с.), она пріобрѣтала все болѣе зловонный характеръ, такъ что отдѣльную палату, въ которую былъ помещенъ мальчикъ, не было никакой возможности сколько-нибудь хорошо провѣтрить. Черезъ три недѣли появилась головная боль, пульсъ сталъ болѣе частымъ (120 вмѣсто 104). На 36-й день пребыванія въ больницѣ больной одновременно съ сильной головной болью потерялъ способность рѣчи, а часа черезъ два къ этимъ явленіямъ присоединились подергиванія въ правой половинѣ лица, закончившіяся приступомъ общихъ клоническихъ судорогъ (въ теченіе 2—3 минутъ). На слѣдующее утро отмѣченъ приступъ безсознательнаго состоянія и общихъ судорогъ продолжавшійся нѣсколько минутъ; повторная рвота. При изслѣдованіи обнаруженъ рѣзко-выраженный парезъ лѣвой половины лица въ области нижнихъ вѣтвей лицевого нерва и правой половины тѣла. Правая рука гораздо теплѣе лѣвой. Пульсъ слѣва очень слабъ; справа—хорошаго наполненія. Черезъ день парезъ отмѣченъ на правой половинѣ лица. Изслѣдованіемъ мокроты палочекъ Коха не найдено. Въ мочѣ много уратовъ, бѣлка нѣтъ. Больной очень ослабѣлъ, жалуется на сильную голов-

ную боль. Пульсъ 80. Температура нормальна. Изслѣдованіе невропатолога (И. М. Кропъ) дало слѣдующіе результаты. Сознаніе ясное, зрачки нормальной величины, хорошо реагируютъ на свѣтъ, глазныя мышцы въ порядкѣ. Параличъ праваго нижняго лицевого нерва; высунутый языкъ отклоняется вправо. Рѣчь носитъ дизартрический характеръ, сенсорной афазіи нѣтъ. Въ правыхъ конечностяхъ движенія имѣются, но ослаблены. Колѣнные рефлексy повышены, справа сильнѣе, чѣмъ слѣва. Симптомъ Бабинскаго справа. Напряженія затылочныхъ мышцъ нѣтъ. Пульсъ слѣва не прощупывается.

Въ теченіе послѣдующихъ дней больной быстро и рѣзко терялъ силы, ежедневно его мучила сильная головная боль и повторная рвота; параличи оставались, увеличиваясь въ правыхъ конечностяхъ. Мальчикъ лежалъ со страдальческимъ выраженіемъ лица, крайне истощенный, распространяя вокругъ себя сильное зловоніе. Сознаніе все время было ясное. Пульсъ снова участился, достигнувъ 160 ударовъ въ минуту. Температура оставалась все время нормальной. Черезъ двѣ недѣли послѣ максимальной цифры вѣса (28870) больной потерялъ 1150 граммъ, а за четыре дня до смерти эта убыль выразилась въ 5540 граммъ (вѣсъ 23330 гр.), развившись на протяженіи пяти недѣль. На 54-й день своего вторичнаго пребыванія въ больницѣ мальчикъ умеръ.

На вскрытіи (*прозекторъ В. И. Шамшинъ*) обнаружено слѣдующее.

Трупъ ребенка плохого питанія. Полость черепа. Черепная крышка сильно утолщена. Кости черепа гиперемированы. По снятіи твердой мозговой оболочки найдено, что все лѣвое полушаріе сильно выдается. При вѣшнемъ осмотрѣ мозга найденъ выступъ на границѣ между лобной и теменной долями лѣваго полушарія. На мѣстѣ выступа найденъ сильный застой крови какъ въ оболочкахъ, такъ и въ самомъ веществѣ мозга. Лѣвое полушаріе объемистѣе праваго. При горизонтальномъ разрѣзѣ мозга найденъ обширный гнойникъ въ лобной долѣ лѣваго полушарія; гнойникъ—овальной формы, съ рѣзко отграниченными стѣнками. Гной—вонючій, тягучій, зеленовато-сѣраго цвѣта. Другіе болѣе мелкіе гнойники найдены разбросанно по обимъ полушаріямъ мозга. Въ мозжечкѣ и продолговатомъ мозгу—ничего особеннаго. Полость груди: При вѣшнемъ осмотрѣ найдено, что правое легкое сильно увеличено и отодвинуло налѣво сердце. Оба легкихъ прирощены. Правое легкое объемисто, раздуто. Въ нижней долѣ найденъ метастатическій гнойникъ. Въ нижней же долѣ, вокругъ мелкихъ бронховъ, найдены мѣстныя утолщенія. Лѣвое легкое уменьшено въ объемѣ, плотно; плевральный его покровъ утолщенъ. На разрѣзѣ легкое представляется состоящимъ изъ склерозированной соединительной ткани съ полнымъ отсутствіемъ нормальной легочной ткани. Въ этой склерозированной ткани заложена масса разнообразной формы и величины полостей, въ которыхъ найдена сильно гиперемированная слизистая оболочка. Содержимое полостей кровянисто-слизистое. Всѣ полости открываются въ лѣвый бронхъ. Трахея вплоть до бифуркаціи ничего особеннаго не представляетъ. Далѣе слизистая оболочка представляется набухшей и сильно пропитанной кровью. Сердце—правый желудочекъ гипертрофированъ. Клапаны нормальны. Селезенка сильно увеличена, цианотична. По консистенціи селезенка тѣстовата. Почки гиперемированы. Въ печени—ничего особеннаго. Въ

желудкѣ тоже. Въ тонкихъ кишкахъ гиперплазироваанные солитарные фолликулы. Патолого-анатомическій діагнозъ: бронхоэктазія и склерозъ лѣваго легкаго; викарная гипертрофія и эмфизема праваго легкаго. Метастатическіе абсцессы въ мозгу и въ правомъ легкомъ. Слипчивый плевритъ обоихъ легкихъ. Гипертрофія праваго желудочка. Гиперплазія селезенки. Фолликулярный энтеритъ.

Въ общей сложности больной не выходилъ изъ-подъ больничнаго наблюденія въ теченіе 9-ти мѣсяцевъ. Лечение мальчика за все это время сосредоточивалось на стараніи окружить ребенка возможно лучшими гигиено-діететическими условіями; кромѣ того, онъ постоянно получалъ рыбій жиръ (до 4-хъ столовыхъ ложекъ въ день), который не вызывалъ никакихъ дурныхъ послѣдствій. Въ пріютѣ и во второй періодъ своего пребыванія въ больницѣ больной принималъ терпигидратъ: въ пріютѣ (въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ) по 0,2 три раза въ день; въ больницѣ (2 мѣсяца) по 0,1 четыре раза въ день.

Крайне интереснымъ представляется сравнить два періода, изъ которыхъ первый, въ теченіе 4-хъ мѣсяцевъ, былъ проведенъ безъ медикаментознаго леченія (отсутствіе смолистыхъ и противогнилостныхъ веществъ), во второй же, длившійся 5 мѣсяцевъ, больному былъ назначенъ внутрь терпигидратъ. Полезнаго вліянія послѣдняго не удалось подмѣтить. Въ первые 4 мѣсяца мальчикъ значительно поправился, прибавившись въ своемъ вѣсѣ на громадную, для его тяжелаго страданія, величину—4960 граммъ. Въ этотъ, самый благопріятный для больного моментъ, были назначены пріемы терпигидрата. Но не смотря на выписанный медикаментъ, наряду съ очень хорошими условіями, въ которыхъ больной находился въ пріютѣ и въ больницѣ; несмотря на постоянное усиленное питаніе и хорошія гигиеническія условія, такъ способствовавшія значительному улучшенію состоянія больного въ первые 4 мѣсяца, болѣзненный процессъ не останавливался, онъ постепенно и почти незамѣтно прогрессировалъ, подготавливая послѣдовательныя тяжелыя осложненія, появленіе которыхъ быстро привело больного къ крайнему истощенію (потеря въ вѣсѣ на 5540 граммъ) и смерти.

(Окончаніе слѣдуетъ.)



## Чума въ Японіи.

**П. Гомзякова.**

(Продолженіе).

Этотъ способъ примѣненъ и для чумы.

Вакцина готовится слѣдующимъ образомъ:

Съ трехдневной, взращенной въ термостатѣ при 30° С. агаровой культуры снимаютъ всѣ колоніи чумныхъ палочекъ (=5 ѳзамъ), растираютъ въ агатовой ступкѣ и затѣмъ взвѣшиваютъ въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, такъ что 1 куб. сант.

вакцины содержитъ одну ѳзу чумныхъ палочекъ. Эту эмульсію нагреваютъ въ теченіи 30 минутъ при 60° С., прибавляютъ до 0,5% карболовой кислоты и затѣмъ оставляютъ стоять 24 часа.

Прививочная доза этой вакцины слѣдующая:

I прививка:

Вакцины	} $\approx$
Иммунизированной сыворотки	

Черезъ нѣсколько дней, когда реакція прекращается, производится вторая прививка:

Вакцины—0,6,—1,0.

Такія прививки были сдѣланы у 47 здоровыхъ человекъ. Ни одинъ изъ нихъ не захворалъ чумой. Реакція на вприскиваніе была очень легкая и привитые переносили ихъ очень хорошо.

Реакція выражается въ слѣдующемъ:

I. Легкая боль при давленіи или легкое чувство напряженія на мѣстѣ прививки.

II. Мѣстная чувствительность, краснота и повышение температуры (37, 5° С.) или, что бываетъ рѣже,

III. Легкое опуханіе мѣста прививки, умѣренная лихорадка (38° С.), незначительная боль, ознобъ и т. д.

Во время чумныхъ эпидемій, смотря по степени опасности, рекомендуется примѣнять еще большія дозы вакцины или прививать три раза повышающимися дозами.

Теперь противочумная вакцина готовится институтомъ заразныхъ болѣзней въ большихъ количествахъ. Для полученія активной вакцины употребляются агаровыя культуры. Прививкамъ должны подвергаться всѣ тѣ лица, которые имѣютъ дѣло съ чумными больными или чумными трупами [врачи, сидѣлки и т. д.] или обыватели зачумленныхъ домовъ, далѣе тѣ, кто живетъ въ скученныхъ кварталахъ и въ дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ, но, конечно, съ ихъ согласія.

### *Правительственныя мѣропріятія противъ эпидемій.*

Какъ видно изъ закона, изданнаго 30 марта 1897 года за № 36\*) относительно мѣръ защиты противъ эпидемическихъ болѣзней, проведеніе этого закона и соотвѣтственныя издержки на это дѣло ложатся на обязанность общинъ (Ши, чо, сонъ). Наблюденія же за проведеніемъ его и мѣропріятій лежатъ на обязанностяхъ центрального и мѣстныхъ управленій. Санитарное и медицинское дѣло въ Японіи находится въ вѣдѣніи министерства внутреннихъ дѣлъ, причемъ въ министерствѣ имѣется центральная санитарная коммиссія, какъ совѣщательный и освѣдомительный органъ. При каждомъ губернаторствѣ существуетъ мѣстная санитарная коммиссія. Санитарное и медицинское отдѣленіе при министерствѣ внутреннихъ дѣлъ имѣетъ одного директора, одного правительственнаго совѣтника, отъ одного до трехъ совѣтниковъ по технической части и трехъ санитарныхъ инспекторовъ.

Въ февралѣ 1899 г. былъ изданъ законъ за № 19 касательно карантинныхъ мѣръ въ портахъ для судъ въ, приходящихъ изъ заграницы или съ острова Формозы.

Здѣсь мы приведемъ нѣкоторые правительственныя мѣропріятія противъ эпидемій.

\*) Законъ этотъ въ видѣ добавленія приводится въ концѣ статьи.

Такъ какъ первый больной Савода, умершій въ Хирошима, заразился, какъ было видно, на Формозѣ, то правительство постановило усилить строгость карантинныхъ мѣръ.

Чумная зараза, занесенная въ Кобе, проникла туда съ зараженными товарами или съ судовымъ мусоромъ. Поэтому правительство министерскимъ приказомъ за № 54 отъ 18 ноября 1899 г. воспретило ввозить изъ портовъ Индіи, Китая, Гонконга и Формозы слѣдующіе предметы: тряпье, старую вату, старое платье, старую бумагу, старую кожу, шкуры и старья перья. Приказомъ за № 57 воспрещено ввозить старые ковры и старые коноплянные мѣшки.

Циркуляромъ министерства внутреннихъ дѣлъ отъ 18-го ноября 1899 г. было предписано задерживать уже ввезенныя до этого запрещенія вышеназванные предметы на мѣстахъ, гдѣ они въ то время находились. Воспрещено свозить на берегъ мусоръ съ судовъ, прибывшихъ изъ зараженныхъ гаваней. Мусоръ долженъ сожигаться или выбрасываться въ море въ разстояніи 12 километровъ отъ берега.

Срокъ обсерваціи для судовъ увеличенъ съ 7-ми до 10-ти дней. Формозскій генераль-губернаторъ, по собственной инициативѣ, постановилъ, чтобы всѣ путешественники, ѣдущіе съ Формозы въ Японію, подвергались передъ отъѣздомъ врачебному осмотру.

Всѣ эти мѣропріятія имѣли цѣлью воспрепятствовать новому заносу чумы.

Когда эпидемія охватила городъ Кобе и Осака, пришлось подумать о томъ, какъ предупредить распространеніе заразы далѣе.

Циркулярами М-ва Вн. дѣлъ отъ 16-го и 21-го ноября было предписано, чтобы вышеназванные предметы не вывозились изъ Кобе и Осака, а если часть ихъ вывезена, то, чтобы она не транспортировалась дальше, а оставалась на мѣстахъ теперешняго нахождения.

Слѣдующимъ циркуляромъ было предписано подвергать врачебному осмотру всѣхъ пассажировъ, выѣхавшихъ оттуда въ портахъ или на тѣхъ станціяхъ ж. д., куда они прибудутъ. Предписано дезинфицировать пассажирскіе пароходы.

Предписано производить истребленіе крысъ по всей Японіи (циркуляръ М-ва отъ 19 декабря 1898 г.). Мертвыхъ крысъ предложено подвергать бактериологическому изслѣдованію и въ случаѣ нахождения чумныхъ палочекъ предписывается подвергать тщательной дезинфекціи дома, гдѣ онѣ были найдены (циркуляръ М-ва отъ 12 XII 1899 г.). По всей Японіи предпринята основательная чистка городовъ, а тамъ, гдѣ населеніе черезчуръ густо и гдѣ имѣется огромное торговое движеніе, какъ г. г. Токио и Йокогама, учреждается врачебно-санитарная инспекція рабочихъ и бѣднѣйшихъ кварталовъ съ цѣлью быстрого обнаруживанія чумной заразы и ея локализаци.

Въ Кобе и Осака принимались слѣдующія мѣры. Всякій подозрительный случай, доведенный до свѣдѣнія санитарно-полицейскихъ властей врачами, врачебной инспекціей или просто при осмотрѣ трупа, имѣвшаго признаки смерти отъ остро-заразной болѣзни—всякій такой случай подвергался разслѣдованію со стороны специалиста-бактеріолога для постановки точнаго діагноза.

При недостаточности клиническихъ явленій для постановки діагноза требуется изслѣдованіе мокроты и сока изъ бубоновъ, а у трупа кромѣ того—сока

селезенки и крови сердца. Для извлеченія этихъ соковъ и крови рекомендуется обыкновенный Правацевскій шприцъ. Въ случаѣ обнаруженія чумы или подозрительнаго по чумѣ случая больной доставляется въ городскую или ближайшую общественную заразную больницу, а трупъ предается сожженію въ общественныхъ или частныхъ крематоріяхъ. Сожженіе производится добровольно, согласно религіознымъ взглядамъ народа, или можетъ быть предписано на основаніи закона эпидемическаго времени. Заразная больница въ Кобе называется Кигашияма денсенъ-бионъ, а въ Осака Момояма денсенъ-бионъ. Обѣ во всякое время открыты для заразныхъ больныхъ. Туда принимаются со слѣдующими болѣзнями: холерой, дизентеріей, брюшнымъ тифомъ, сыпнымъ тифомъ, оспой, скарлатиной, дифтеритомъ и чумой.

Каждая больница имѣетъ старшаго врача, нѣсколько младшихъ и достаточное количество сидѣлокъ, а также требуемое количество медикаментовъ, инструментовъ, микроскоповъ, термостатовъ, ледяныхъ шкафовъ и т. д.

Здоровые, приходившіе въ соприкосновеніе съ чумными, помѣщаются въ особыя изоляціонныя помѣщенія, гдѣ выдерживаютъ 10-тидневную обсервацію.

Въ этихъ помѣщеніяхъ имѣется свой персоналъ изъ врачей и сидѣлокъ, для подачи немедленной помощи заболѣвающимъ.

Дома, по удаленіи изъ нихъ больныхъ, здоровыхъ и труповъ, подвергаются прежде всего крысоистребленію посредствомъ ловушекъ и яда, оставляемыхъ на ночь, чтобы уничтожить оставшихся въ живыхъ, большею частью зачумленныхъ крысъ.

Тоже производится и въ сосѣднихъ домахъ. Но эта, повидимому, совершенно цѣлесообразная мѣра, оказалась непрактичной, такъ какъ въ пустыхъ домахъ крысы почти не показывались.

На слѣдующій день производилась дезинфекція какъ въ зараженномъ домѣ, такъ и въ сосѣднихъ домахъ.

О ловушкахъ нужно замѣтить, что онѣ не оправдали возлагавшихся на нихъ ожиданій.

Осакское гигиеническое общество „Осака-Ширизу-лейсей-Кай“ назначило премію въ 100 іенъ за конструкцію наиболѣе удачной ловушки. Премію въ 200 іенъ для этой же цѣли назначило Японское О-во гигиены „Дайниппонъ-Ширизу-лейсей-Кай“. Со всѣхъ сторонъ присылались модели, но между ними очень немногія отвѣчали здравому смыслу, да и тѣ оказывались несоотвѣтствующими крысиному вкусу.

Тоже самое можно замѣтить и относительно крысиныхъ ядовъ, которые на практикѣ приносили мало пользы.

По смыслу закона дезинфекція возлагалась на муниципальныя власти.

Но такъ какъ проведеніе всѣхъ предохранительныхъ мѣръ долгое время лежало на обязанности полицейскихъ чиновъ и между ними, именно, и находились наиболѣе опытные и умѣлые люди, то они также участвовали въ проведеніи этихъ мѣръ.

Нужно отдать полную справедливость имъ,—японская полиція никогда не боялась ни труда, ни опасности.

Бѣлье, одежда, постели дезинфицировались посредствомъ переносныхъ паровыхъ аппаратовъ. Посуда, утварь, полы, стѣны, столбы, потолки и промежутки между полами 2-хъ этажей и потолками

первыхъ этажей предложено основательно дезинфицировать 5% карболовымъ растворомъ.

Для дезинфекціи пространствъ подъ полами (землю), земляные полы, кухни, щелевые промежутки и отхожія мѣста (переносныя бадейки) дезинфицировались гашеной известью или известковымъ молокомъ.

Сулемовый растворъ употребляется въ исключительныхъ случаяхъ.

Зараженные малоцѣнные предметы вроде изношеннаго платья, старыхъ матрацовъ, старыхъ деревянныхъ и соломенныхъ башмаковъ и т. д. предавались огню. Все это производилось подъ наблюдениемъ врачей специалистовъ.

Въ случаѣ появленія чумнаго больного или смертнаго случая въ домѣ, этотъ послѣдній изолировался или одинъ, или вмѣстѣ съ нѣсколькими сосѣдними домами. Въ началѣ эпидеміи изолированіе практиковалось въ обширныхъ размѣрахъ, но затѣмъ убѣдились, что въ этомъ нѣтъ особенной необходимости и поэтому эта мѣра проводилась не такъ строго. Снабженіе пищей и другими предметами изолированныхъ жилищъ производилось муниципальными властями.

Чума поражала чаще всего бѣднѣйшую и невѣжественную часть населенія. Больные зачастую лежали въ своихъ жилищахъ, не обращаясь къ врачебной помощи.

Больныхъ иногда скрывали до самой смерти изъ боязни матеріальнаго ущерба во время изоляціи, дезинфекціи или содержанія въ больницѣ.

Нужно замѣтить, что со стороны практикующихъ врачей ни разу не было замѣчено уклоненія отъ обязанности сообщать о случаяхъ заболѣваній, какъ это наблюдалось, къ сожалѣнію, раньше во время эпидемій холеры и дизентеріи. Для отыскиванія скрывающихся больныхъ явилась необходимость установить врачебный надзоръ.

Для этой цѣли приглашено было въ Кобе 229, а въ Осака 374 врача.

Каждому врачу въ помощь было дано по одному полицейскому и они ежедневно обходили свои участки, руководствуясь при этомъ именными списками обывателей, чтобы въ случаѣ необходимости принять соотвѣтствующія мѣры.

До этого времени врачи въ свидѣтельствахъ о смерти, выдаваемыхъ ими, довольствовались отмѣткой времени смерти. Поэтому, чтобы знать, какъ началась болѣзнь, остро или хронически, было вмѣнено врачамъ въ обязанность отмѣчать въ свидѣтельствахъ, когда больной былъ изслѣдованъ въ первый разъ и когда онъ скончался.

Было также постановлено, чтобы всѣ умершіе отъ остро-заразныхъ болѣзней, а также отъ менингита, пневмоніи, плеврита и т. д. подвергались осмотру эпидемическими врачами.

Такимъ образомъ, санитарныя власти могли быть увѣрены, что всѣ случаи чумы, если не при жизни, то хотя-бы послѣ смерти не прошли незамѣченными.

Чума прекратилась въ Кобе 22-го декабря 1899 г. а въ Осака 11-го января 1900 г. Въ виду неувѣренности въ томъ, что зародыши болѣзни уничтожены въ своихъ тайникахъ, мѣры предосторожности не были отмѣнены. Оба города охраняются зорко.

Большая часть эпидемическихъ врачей остались на своихъ мѣстахъ.

Все это позволяетъ надѣяться, что въ случаѣ возобновленія эпидеміи, она не будетъ въ состояніи широко распространиться.

Мѣры, необходимыя въ случаѣ возникновенія подобной эпидеміи:

Чума болѣзнь заносная, а не мѣстная, проникающая изъ странъ тропическихъ. Поэтому необходимо строгое проведеніе карантинныхъ мѣръ въ портахъ, тѣмъ болѣе, что изолированное положеніе Японіи, окруженной со всѣхъ сторонъ морями, вполне благоприятствуетъ этому.

Воспрещеніе ввозить вышеназванные старые предметы должно оставаться въ силѣ разъ и навсегда.

На судахъ, приходящихъ въ японскіе порты, должны быть устроены приспособленія, чтобы воспрепятствовать крысамъ свободный переходъ на берегъ.

Судовой мусоръ должно сжигать или выбрасывать въ море на разстояніи 12 ки ометровъ отъ берега.

Такъ какъ старая вата и тряпье необходимы для индустриальныхъ цѣлей, то для дезинфекціи ихъ слѣдуетъ устроить въ большихъ портовыхъ городахъ обширные паровые стерилизаціонные аппараты и только тогда послѣ очистки этихъ предметовъ разрѣшать свободный провозъ ихъ внутрь страны.

Въ большихъ и оживленныхъ центрахъ дома и улицы должны подвергаться очисткѣ черезъ правильные промежутки времени.

Необходимы: нивелировка улицъ, исправленіе водопроводовъ, сточныхъ каналовъ и снесеніе жилищъ, признанныхъ негодными по своимъ гигиеническимъ условіямъ.

На все это требуется время. Пока же въ первую очередь нужно очистить стоки, удалить мусоръ изъ домовъ и обязательно завести во всѣхъ городахъ паровыя дезинфекціонныя камеры.

Во время чумной эпидеміи нужно заботиться прежде всего о томъ, чтобы возможно раньше діагностировать болѣзнь, удалять больныхъ въ госпиталы, изолировать окружавшихъ ихъ, а затѣмъ производить тщательную дезинфекцію зараженныхъ жилищъ.

При дезинфекціи нужно обращать особенное вниманіе на потолки и межпотолочныя пространства, такъ какъ именно тамъ крысы свиваютъ свои гнѣзда и устраиваютъ свои шумныя ристалища.

Упуская это изъ виду, можно свести всю дезинфекцію къ нулю.

Команды дезинфекторовъ должны быть основательно ознакомлены какъ съ принципами дезинфекціи такъ и съ методами ея и дѣйствіемъ разныхъ дезинфекціонныхъ средствъ.

А для этого города должны озаботиться о правильной подготовкѣ дезинфекціонныхъ командъ.

Вопросъ о томъ, насколько приходится ограничивать движеніе вокругъ зараженнаго дома, довольно труденъ. Рѣшеніе его зависитъ отъ особенностей этого послѣдняго. Вообще нужно сказать, что изоляцію нужно проводить, не преувеличивая ея. Такъ напр., если домъ лежитъ посрединѣ сада, то отгораживается только жилое помѣщеніе. Дома же, нѣсколько соприкасающіеся другъ съ другомъ и представляющіе конструктивно какъ бы цѣлый комплексъ, должны отгораживаться всѣ полностью.

Въ бѣдныхъ рабочихъ кварталахъ иногда приходится перегораживать цѣлыя улицы.

Затѣмъ необходимо неусыпное наблюдение за здоровьемъ этихъ кварталовъ, гдѣ, какъ было выше упомянуто, нерѣдки случаи скрыванія больныхъ. Для этой цѣли необходимо разбить кварталы на болѣе мелкіе участки и въ каждый такой участокъ назначить врача и дать ему въ помощь полицейскаго чиновника для ежедневныхъ обходовъ.

Затѣмъ слѣдуетъ приучать населеніе всѣхъ этихъ участковъ наблюдать другъ за другомъ, въ видахъ собственной безопасности, чтобы подобныхъ случаевъ скрыванія больныхъ не происходило. Необходимо подробные свидѣтельства о смерти. Крысостреленіе должно вестись непрерывно и внѣ эпидемическаго времени. Дома, гдѣ будутъ найдены мертвые крысы, должны подвергаться дезинфекціи. Мѣры изоляціи и отгораживанія этихъ домовъ, а также опубликовываніе номеровъ этихъ квартиръ въ газетахъ, является мѣрою спорной, т. к. это ведетъ къ сокрытію мертвыхъ крысъ.

Между чумными больными бываетъ много такихъ, у которыхъ симптомы не ясны. Бактеріологическое изслѣдованіе необходимо, а поэтому желательно при санитарно-полицейскихъ учрежденіяхъ повсемѣстно завести бактеріологическія лабораторіи, какъ это заведено въ Кобе и Осака. Лабораторіями должны завѣдывать свѣдующіе врачи, т. к. въ неопытныхъ рукахъ иногда ускользаютъ отъ вниманія весьма серьезныя данныя. Стѣснительныя мѣры для пассажировъ на жел. дорогахъ и пароходахъ не желательны, въ виду того, что они возбуждаютъ населеніе и приносятъ мало результатовъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).



## Историческое развитіе фтизіологій.

Современное состояніе вопроса о *бацилло-туберкулезѣ, бациллоносителяхъ, туберкулезныхъ, чахоточныхъ.*

Проф. Landouzy.

(Перев. съ французскаго).

(Продолженіе).

Почти одновременно съ открытіемъ туберкулезной бациллы, клиника, основываясь на фактахъ, признала туберкулезными нѣкоторыя заболѣванія, которыя, съ перваго взгляда, не имѣли ничего общаго съ симптоматологіей и патологической анатоміей туберкулезныхъ страданій.

Я могъ бы указать здѣсь на серозно-фибринозный плевритъ *a frigore*,—это именно то заболѣваніе, которое старые авторы описывали какъ острое воспаленіе, *идіопатическое и первичное* „единственною, въ нѣкоторомъ родѣ, причиною коего является охлажденіе“.

Представить острой плевритъ какъ проявленіе туберкулеза,—было революціонной идеей. Это значило сказать, что туберкулезъ есть страданіе, которое можетъ зарождаться, развиваться и исчезать безъ видимыхъ признаковъ туберкулеза. И тѣмъ не менѣе, эксудаты такихъ *идіопатическихъ*

плевритовъ при впрыскиваніи ихъ морскимъ свинокъ могли давать положительный результатъ.

Выискивая такимъ образомъ неясныя и скрытыя формы туберкулеза, клиника открыла фтизіологій новыя горизонты. Въ самомъ дѣлѣ, развѣ она, путемъ тщательнаго анамнеза простудныхъ плевритовъ не побудила насъ принимать въ расчетъ токсико-инфекцію туберкулезную такихъ заболѣваний, при которыхъ не имѣлось характернаго, съ точки зрѣнія прежнихъ авторовъ, признака—именно микроскопическихъ бугорковъ?

Съ другой стороны, развѣ открытіе Koch'омъ туберкулезной бациллы не дало окончательнаго аргумента для сужденія объ идиопатическомъ плевритѣ (т. е. о такомъ, гдѣ нельзя найти бугорковъ), какъ о проявленіе туберкулеза?

Развѣ открытіе Koch'a не облекло во плоть ученіе о неясныхъ и скрытыхъ формахъ туберкулеза, точно также какъ оно отняло у туберкулезнаго фолликула и гранулемы ихъ исключительное и специфическое значеніе, которое имъ приписывалось авторитетами фтизіологій?

Съ тѣхъ поръ нозографы начали считаться со скрытымъ бациллозомъ, названнымъ L. Verpaud'омъ и Salomon'омъ нефолликулярнымъ. Съ тѣхъ поръ они начали строить классификацію цѣлой серіи бациллярныхъ заболѣваній острыхъ, подострыхъ или хроническихъ, сужденіе о которыхъ дѣлалось по присутствію бациллы въ нашихъ тканяхъ или сокахъ.

Такимъ образомъ ясно, что, имѣя возможность примѣнять методы опредѣленія бациллы (непосредственное отыскиваніе, инокуляціи) мы значительно облегчили себѣ толкованіе органическихъ и функціональных симптомовъ у нашихъ больныхъ. Мы знаемъ, почему извѣстныя противорѣчія и несогласованность, возникавшія между клиникой и секціоннымъ заломъ, должны были исчезнуть.

Владѣя техникой отыскиванія и методами опредѣленія бациллы, вы понимаете, господа, насколько должна была проясниться патологическая физиологія бацилло-туберкулеза. Воспалительныя реакціи, реакціи съ образованіемъ фолликуловъ, реакціи безъ такового образованія, грануляціи, туберкулы, инфильтраты въ состояніи или на пути къ казеозному перерожденію—все это теперь представляется намъ процессами, вызываемыми въ тканяхъ одною и тою же бациллою.

\* \* \*

Съ этого времени стало понятнымъ, насколько, въ силу различнаго дѣйствія бациллъ, измѣняется и развитіе, и формы бацилло-туберкулеза. Развѣ токсико-инфекція не можетъ съ точки зрѣнія вызыванія тѣхъ или иныхъ симптомовъ, достигать крайнихъ полюсовъ? Бациллозъ можетъ проявляться отъ простыхъ явленій астмы, мимолетныхъ, поверхностныхъ измѣненій крови, дыханія и кожи у хлоротичныхъ, отъ эритематознаго люпуса до изъязвленій и казеознаго перерожденія при *lupus vulgaris*, легочной чахотки и бѣлыхъ опухолей.

Теченіе точно также, какъ и видъ болѣзни, зависятъ заразы и отъ числа и отъ вирулентности бациллъ (т. е. отъ сѣмени—это съ одной стороны), отъ предрасположенія или сопротивленія организма (т. е. отъ почвы—это съ другой стороны).

Заразившись, данный субъектъ дѣлается или не дѣлается туберкулезнымъ смотря потому, что выступитъ на первый планъ—результаты вѣдѣйствія микробныхъ продуктовъ, или же результаты реагированія его клѣтокъ: относительно первыхъ современная бактеріологія пытается установить самый механизмъ ихъ дѣйствія; что же ка-



сается вторыхъ, то о сущности ихъ намъ позволяетъ судить виталистическое учение. Современный витализмъ, будучи совершенно инымъ, чѣмъ витализмъ Stahl'я, основываясь на данныхъ гисто-физиологии, уже не стремится подчинять совершающіеся въ клѣткахъ акты и реакціи въ экономіи организма какой-то независимой отъ него силѣ, но самому динамизму живой матеріи.

Совершенно независимо отъ истинъ, введенныхъ въ физиологію Laënnec'омъ и Villemin'омъ, открытіе бациллы наложило на клинику, нозографію и въ особенности на профилактику туберкулеза совершенно особую печать.

Биологія бациллы, ея отношеніе къ человѣку и къ животнымъ, методы діагноза, методы леченія, основанныя на ней, распространеніе по земному шару, находящее себѣ теперь объясненіе, методы борьбы, попытки вакцинаціи и серотерапіи и т. д. и т. д.—все это вопросы, которые сразу же выступили на очередь, какъ только было установлено, что причиною туберкулеза является живое существо.

(Продолженіе слѣдуетъ).



## О внутренней секреціи въ организмѣ.

Студ.-мед. А. Пономарева.

(Окончаніе).

Изъ приведенныхъ мною данныхъ, далеко не полныхъ, видно, какъ много накопилось наблюденій относительно процессовъ внутренней секреціи. Конечно, ихъ недостаточно для составленія полной картины внутренняго взаимоотношенія органовъ.

Многія изъ этихъ наблюденій недостаточно проверены или невѣрно оцѣнены, но фактъ существованія гармоновъ и вліянія ихъ на физиологическіе процессы въ организмѣ—несомнѣнъ. Самыя разнообразныя заболѣванія, выражающіяся ненормальнымъ обмѣномъ веществъ и разстройствомъ кровообращенія, относятся къ патологіи внутренней секреціи органовъ. Мало того, сюда же относитъ проф. Бехтеревъ большую часть нервныхъ и душевныхъ разстройствъ, которые, по его взгляду, въ сущности суммарное нарушеніе дѣятельности железъ внутренней секреціи.

Въ самомъ дѣлѣ всѣ духовные процессы являются выраженіемъ дѣятельности мозга, которая въ свою очередь стоитъ въ тѣснѣйшей связи съ общимъ обмѣномъ веществъ въ организмѣ. При нарушеніи обмѣна, что, какъ мы уже ранѣе сказали, зависятъ отъ разстройства внутренней секреціи, клѣтки тѣхъ или иныхъ центровъ мозга подвергаются измѣненіямъ обратнаго превращенія, выражающимися въ нарушеніи психическихъ отправленій. Такъ что становится несомнѣннымъ, что внутренняя секреція есть та могучая сила, которая частью очищаетъ организмъ отъ отравляющихъ его продуктовъ обмѣна, частью своими гармонами регулируетъ жизненныя функціи организма, дѣлая возможнымъ его существованіе, частью вліяетъ на общее состояніе организма, вызывая то или иное настроеніе нервной системы, измѣняя духъ, характеръ и вызывая подчасъ даже психическія разстройства.

Однако у насъ есть возможность также и воздѣйствовать на соотношеніе внутренней секреціи путемъ введенія въ организмъ болѣе или менѣе неизмѣненныхъ гармоновъ въ вытяжкахъ, полученныхъ изъ различныхъ органовъ животныхъ и такимъ образомъ устранять въ организмѣ данный комплексъ болѣзненныхъ симптомовъ. Мы еще не имѣемъ яснаго представленія о тѣхъ сложныхъ физиологическихъ процессахъ, которые совершаются въ организмѣ при введеніи въ него тѣхъ или иныхъ вытяжекъ, но цѣлебное ихъ значеніе не подлежитъ сомнѣнію и примѣненіе ихъ при правильномъ діагнозѣ ведетъ къ удивительнымъ терапевтическимъ результатамъ. Повидимому, уже недалеко то время когда новой области терапіи—органотерапіи, будетъ придано надлежащее значеніе въ дѣлѣ леченія страждущаго человѣчества.

Заканчивая работу, приношу свою глубокую благодарность уважаемому проф. М. М. Покровскому за полезныя указанія въ нахожденіи и выборѣ литературы по данному вопросу.

### Литература:

- Блювъ Н. А.—Краткій очеркъ о внутренней секреціи сѣмянныхъ железъ (Новое въ Мед. 1912 № 2). *Оль-же*.—Къ вопросу о физиологическомъ значеніи желтыхъ тѣлъ яичниковъ (Рус. Врачъ 1910 № 12). *Оль-же*.—Ученіе о внутренней секреціи органовъ и тканей и его значеніе въ современной биологіи (Новое въ мед. 1911 № 22). *Блювъ В. А.*—Къ вопросу объ измѣненіи крови при Basedow'ой болѣзни и зобѣ (Русск. Врачъ 1911 № 7). *Бехтеревъ В. М.*—Основные задачи психіатріи какъ объективной науки (Р. Врачъ 1912 г. № 6). *Borchardt*.—Значеніе гармоновъ для внутренней медицины (Нов. въ Мед. 1911 г. № 11 и 12). *Вишубскій А. М.*—Къ распознаванію и леченію опухолей мозгового придатка (Практ. Врачъ 1912 № 1 и 2). *Гертовъ О.*—Элементы эмбриологіи человѣка (С.-ПБ. 1908 г.) *Гундобинъ*—Особенности дѣтскаго возраста (С.-ПБ. 1905 г.) *Dewitzki*—*Weitäge zur Pat. Anatomie und z. Allgemein. Pathologie* 1911 В. 52. *Дювчикъ В. С.*—Органы внутренней секреціи въ отношеніи ближайшихъ вопросовъ патолого-анатомическаго изученія (Москва 1911 г.) *Ewald C.*—*Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und. Kretinismus.* [1909 г.] *Зеленскій*.—Къ вопросу о спорадическомъ кретинизмѣ [Мед. Обзорніе № 21 1911 г.] *Коровицкій*—Объ внутренней секреціи [Рус. Врачъ 1911 г. № 49]. *Кушталовъ Н. Н.*—Предварительное замѣчаніе по вопросу объ отравленіяхъ яичниковъ и молочной железы. [Русскій Врачъ 1911 г. № 6]. *Линъ Л. К.*—Внутреннее отдѣленіе яичниковъ и отношеніе ихъ къ другимъ органамъ [Р. Врачъ 1910 № 18 и 19]. *Meyer F.*—О ферментативномъ дѣйствіи щитовидной железы [Нов. въ мед. 1909 № 14]. *Мельникова*—Роль эпителиальныхъ тѣлецъ [Рус. Врачъ 1909 № 45]. *Neu*—О дѣйствіи супраренина на сосуды и мышцы (Новое въ мед. № 22 1911 рефератъ). *Ольга И. Ф.*—Курсъ норм. гистологіи (Москва 1908 г.). *Поповъ Н. М.*—Болѣзнь Marie [Врачебн. Газета 1905 № 45 и 46]. *Смирновъ А. В.*—Къ вопросу о функціональномъ значеніи надпочечниковъ [Практическій Врачъ 1911 № 42 и 43]. *Соколова Д.*—Тшущис у человѣка [С.-ПБ. 1910 г.]. *Студзинскій И. Б.*—О физиолог. дѣйствіи вытяжекъ изъ мозгового придатка [Р. Врачъ 1911 г. № 17, 18, 19]. *Студзинскій И. Б.*—Объ азотистомъ обмѣнѣ въ двухъ случаяхъ М. Adissoni [Рус. Врачъ 1910 г. № 7]. *Суховъ А. А.*—Къ вопросу объ акромегалии [Мед. Обзорніе 1911 № 21]. *Tigerstedt R.*—Физиологія человѣка (С.-ПБ. 1909 г.). *Успенскій Д. М.*—Органотерапія (С.-ПБ. 1910). *Федоровъ И. М.*—О биологическомъ значеніи матшагити въ женскомъ организмѣ (Врач. Газета 1905 г. № 22, 23, 24). *Федосеевъ И. Е.*—Гипертрофія надпочечниковъ послѣ удаленія яичниковъ (Рус. Врачъ 1906 № 5 [реф.]). *Шервинскій*—О внутренней секреціи [Мед. Обзорніе 1910 № 11]. *Шполянскій Е. Г.*—О значеніи надпочечниковъ въ патологіи [Врачебн. Вѣстникъ 1911 № 5 и 6]. *Штеръ Ф.*—Гистологія [С.-ПБ. 1908]. *Ющенко*—Щитовидная железа и ферментативные процессы [Рус. Врачъ 1911 г. № 36 и 37].



## РЕФЕРАТЫ.

## Глазныя болѣзни.

*Dr. Stöiling. Глаукома послѣ экстракціи и дисцизии катаракты.*—Graefe's Archiv für Ophthalmol. Bd. 81 N. 3.

Авторъ сообщаетъ о больной, у которой черезъ мѣсяць послѣ произведенной имъ экстракціи старческой катаракты развилась въ оперированномъ глазу глаукома. Несмотря на предпринятое лечение, сначала медикаментозное, а затѣмъ и оперативное (сдѣлана была иридэктомія книзу), приступы глаукомы не прекратились, и глазъ пришлось энуклеировать. По поводу этого случая авторъ дѣлаетъ обзоръ имѣющихся въ литературѣ данныхъ о глаукомѣ послѣ экстракціи и дисцизии катаракты и дѣлитъ всѣ случаи глаукомы такого рода на три группы по ихъ этиологіи: 1) глаукома вслѣдствіе ущемленія въ ранѣ капсулы хрусталика, 2) глаукома вслѣдствіе проростанія эпителия черезъ рану въ роговицу въ переднюю камеру, 3) глаукома послѣ дисцизии. Въ то время какъ глаукома развившаяся послѣ дисцизии послѣдовательной катаракты обыкновенно легко поддается лечению и быстро проходитъ, случаи глаукомы послѣ экстракціи катаракты часто принимаютъ неблагоприятное теченіе и кончаются полной слѣпотой оперированнаго глаза. Въ случаѣ автора, какъ показало гистологическое изслѣдованіе удаленнаго глаза, имѣлось большое ущемленіе капсулы хрусталика въ ранѣ роговицы. Способъ происхожденія глаукомы въ этомъ случаѣ авторъ представляетъ себѣ такимъ образомъ, что ущемленная въ ранѣ капсула хрусталика прижимала къ задней стѣнкѣ роговицы основаніе радужной оболочки въ области колобомы и тѣмъ закрывала часть отводящихъ путей изъ передней камеры. Въ стѣнѣ съ тѣмъ, вслѣдствіе постоянного натяженія цинновой связки, вызываемаго ущемленіемъ капсулы, происходило усиленное выдѣленіе водянистой влаги. Въ первое время послѣ операции излишекъ водянистой влаги выдѣлялся постепенно черезъ рану, пропускавшую жидкость, но когда она вполне закрылась черезъ 30 дней и перестала пропускать, наступило повышеніе внутриглазного давленія.

Для предупрежденія опасности развитія глаукомы, угрожающей глазу вслѣдствіе ущемленія капсулы, авторъ совѣтуетъ отказаться отъ производства иридэктоміи передъ экстракціей катаракты, такъ какъ ущемленіе капсулы почти невозможно при цѣлости радужной оболочки. Очень цѣлесообразнымъ методомъ экстракціи авторъ считаетъ въ особенности способъ Pflüger—Hess'a, при которомъ послѣ удаленія изъ глаза хрусталика дѣлается небольшая периферическая иридэктомія. Возможность ущемленія капсулы при этомъ способѣ минимальная и вмѣстѣ съ тѣмъ почти устранена опасность послѣдовательнаго выпаденія радужной оболочки.

*З. Франкъ-Каменецкій.*

*Dr. H. Oloff. Случай длительного паралича аккомодации послѣ дифтеріи.*—Klinisch. Monatsbl. für Augenheilk. 1912, май.

Сравнительно часто развивающійся послѣ дифтерита параличъ аккомодации обыкновенно въ короткое время проходитъ безъ всякаго леченія. Исключенія изъ этого правила почти не наблюдаются и продолжительность такого паралича рѣдко достигаетъ шести мѣсяцевъ. Къ единичнымъ имѣющимся въ литературѣ наблюденіямъ болѣе продолжительнаго существованія паралича аккомодации послѣ дифтерита авторъ присоединяетъ слѣдующій случай. У больного

20-ти лѣтъ имѣ констатированъ былъ полный изолированный (безъ пораженія зрачковъ) параличъ аккомодации обоихъ глазъ. На основаніи анамнеза и тщательнаго общаго изслѣдованія организма причиной паралича необходимо было признать перенесенное больнымъ около 4-хъ лѣтъ тому назадъ воспаленіе зѣва, сопровождавшееся бѣлыми налетами и высокой температурой и продолжавшееся 11 дней.

По мнѣнію автора, въ данномъ случаѣ имѣется параличъ аккомодации послѣ дифтерита, продолжающійся 4 года безъ склонности къ улучшенію. Такимъ образомъ, прогнозъ при этомъ заболѣваніи нельзя считать всегда безусловно благоприятнымъ. Въ виду этого обстоятельство авторъ обращаетъ вниманіе на появившееся недавно сообщеніе Krohm'a, что свѣжіе послѣдифтеритическіе параличи быстро проходятъ отъ повторнаго примѣненія противодифтерійной сыворотки.

*З. Франкъ-Каменецкій.*

*Dr. Jnonyl. Къ вопросу о патологіи воспаленія теноновой капсулы.*—Graefe's Archiv für Ophthalmol. Bd. 81 1912.

Авторъ сообщаетъ о двухъ патолого-анатомически изслѣдованныхъ случаяхъ воспаленія теноновой капсулы. Въ первомъ случаѣ у старика 72 лѣтъ появился сначала абсцессъ подъ соединительной оболочкой глазного яблока, сопровождавшійся сильной болью, причемъ въ это время острота зрѣнія и дно глаза были нормальны. Черезъ двѣ недѣли въ этомъ же глазу констатированъ былъ иритъ съ значительнымъ пониженіемъ остроты зрѣнія. Воспалительныя явленія со стороны радужной оболочки быстро прогрессировали и не поддавались лечению и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ глазъ пришлось энуклеировать изъ за сильныхъ болей.

Произведенное гистологическое изслѣдованіе энуклеированнаго глаза дало картину хроническаго воспаленія теноновой капсулы и сосудистаго тракта, преимущественно его передняго отдѣла. Тенонова капсула найдена утолщенной, на ея внутренней поверхности имѣется новообразованная соединительно-тканная волокнистая масса, образовавшаяся вслѣдствіе организациі воспалительнаго экссудата и вызвавшая облитерацию всего тенонова пространства, какъ это наблюдается въ перикардіи и плеврѣ. По даннымъ гистологическаго изслѣдованія, можно заключить, что воспалительный процессъ въ теноновой капсулѣ возникъ раньше, чѣмъ въ сосудистомъ трактѣ.

По мнѣнію автора, воспаленіе въ данномъ случаѣ перешло съ теноновой капсулы на сосудистый трактъ, причемъ возможны два пути для распространенія такого воспаленія. Съ одной стороны процессъ могъ направиться въ глазное яблоко по тканевымъ промежуткамъ вокругъ воутикозныхъ венъ, существованіе которыхъ, впрочемъ, не всеми изслѣдователями признается. Съ другой стороны возможно и проникновеніе токсиновъ изъ теноновой капсулы въ глазное яблоко путемъ диффузіи черезъ склеру.

Во второмъ случаѣ у старика 62-хъ лѣтъ появилась припухлость вѣкъ, сильное выпячиваніе глазного яблока и хемозъ весьма значительной степени, сопровождавшіеся сильной болью ознобомъ и жаромъ. Глазъ найденъ былъ совершенно слѣпымъ, тонусъ сильно повышенъ.

Изъ анамнеза выяснилось, что зрѣніе заболѣващаго глаза за послѣдніе два года постепенно ухудшалось и что годъ назадъ онъ былъ сильно воспаленъ и нѣсколько выпячивался.

Микроскопическое изслѣдованіе энуклеированнаго глаза обнаружило присутствіе въ немъ саркомы сосудистаго тракта, подвергшейся почти полному некрозу; кромѣ того, найдено было хроническое воспа-

ние сосудистого тракта и теноновой капсулы. Последняя, какъ и въ первомъ случаѣ, была сильно утолщена, на ея внутренней поверхности найденъ новообразованный соединительно-тканый слой, обязанный своимъ происхожденіемъ организациі воспалительнаго экссудата и вызвавшей облитерацию тенонова пространства.

По мнѣнію автора, основной причиной всѣхъ этихъ воспалительныхъ явленій надо считать некрозъ саркомы, который часто развивается въ такихъ опухоляхъ и вызывается, по всей вѣроятности, недостаткомъ питанія вслѣдствіе неблагоприятныхъ условій кровообращенія. Обширный некрозъ опухоли повлекъ за собой развитіе воспаления сосудистой и радужной оболочекъ подъ вліяніемъ токсиновъ, образующихся, по видимому, въ значительномъ количествѣ при такомъ некрозѣ. Эти же токсины проникли изъ глаза или путемъ диффузіи или же по тканевымъ щелямъ вокругъ вортикозныхъ венъ въ тенонову капсулу и вызвали тамъ воспаленіе.

Такимъ образомъ, въ обоихъ случаяхъ возбудители воспаления нашли путь, по которому они могли перейти одинъ разъ изъ теноновой капсулы въ глазное яблоко, другой разъ—обратно, что подтверждаетъ мнѣніе о существованіи постоянного сообщенія между теноновымъ пространствомъ и полостью склеры.

З. Франкъ-Каменецкій.



## Вопросы общественно-врачебной жизни.

### Городская медицина и городскіе финансы.

Присматриваясь къ дѣятельности нашихъ городскіхъ самоуправленій, нельзя не отмѣтить, что за послѣдніе годы вопросы городской медицины и санитаріи начинаютъ занимать надлежащее имъ мѣсто среди другихъ отраслей городского хозяйства. Россія пережила, да и до сихъ поръ переживаетъ тяжелые уроки ея санитарнаго неблагополучія и потому нѣтъ ничего удивительнаго, что городскія думы, въ силу необходимости, все чаще и чаще сталкиваются съ вопросами этого рода и дѣлаютъ тѣ или иныя попытки ихъ разрѣшенія.

Городская медицина и въ особенности городская санитарія во многихъ отношеніяхъ находятся еще и до сихъ поръ въ стадіи организациі. Не мало, надо полагать, пройдетъ времени, пока имъ удастся вылиться въ нѣчто болѣе или менѣе законченное изъ того хаотическаго состоянія, каковое является на слѣдѣмъ прошлаго. На этомъ пути необходимо имъ будетъ преодолѣть цѣлый рядъ препятствій, мѣшающихъ съ одной стороны ликвидировать окончательно крѣпко укоренившіяся архаическія формы и учрежденія,

а съ другой—осуществить намѣчаемый планъ въ полной его послѣдовательности и объемѣ.

Среди такихъ препятствій видное мѣсто занимаютъ, конечно, финансовыя затрудненія. Недостатокъ средствъ, сдѣлавшійся хроническою болѣзью нашихъ городскіхъ самоуправленій, уже издавна служитъ поводомъ для всеческихъ оттяжекъ и отказовъ, разъ только поднимается рѣчь о болѣе или менѣе крупныхъ тратахъ на врачебную и санитарную часть въ городахъ. Сюда, по линіи наименьшаго сопротивленія направляется дѣятельность разныхъ финансовыхъ комиссій, стремящихся въ поискахъ необходимыхъ сокращеній найти наиболѣе безобидный объектъ для урѣзокъ. И въ результатѣ городская медицина и санитарія годами остаются обшипанными и кущими. Ихъ нужды никогда не получаютъ полнаго удовлетворенія. Ихъ моральный вѣсъ поднимается лишь въ години тяжелыхъ испытаній—при развитіи сильныхъ эпидемій. Наиболѣе крупныя завоеванія имъ удается дѣлать именно въ эти періоды.

Само собою разумѣется, такой базисъ для правильнаго развитія городской медицины и санитаріи слишкомъ шатокъ: на немъ далеко не уѣдешь, не говоря уже о томъ, что при такомъ положеніи вещей получается далеко не пропорціональное и равномерное развитіе отдѣльныхъ частей. Какъ правило, мы видимъ при этомъ усиленный ростъ чисто лечебной медицины передъ предупредительной т. е. какъ разъ наоборотъ тому, что выдвигается раціональнымъ здравоохраненіемъ.

Трудно сказать, во что бы вылилась городское врачебно-санитарное дѣло въ такихъ городахъ, какъ, напримѣръ, Иркутскъ, гдѣ наиболѣе крупныя медицинскія учрежденія созданы и поддерживаются частною благотворительностью. Можно сказать, что въ этомъ отношеніи многіе русскіе города слишкомъ избалованы. Частная благотворительность, уже издавна приходящая имъ на помощь большими пожертвованіями, не дала возможности работать ихъ самостоятельности въ определенномъ направленіи. Десятками лѣтъ городскія управленія питались тою мыслью, что иначе и быть не можетъ, какъ обезпечивать неимущее населеніе медицинскою помощью за счетъ щедрыхъ даяній различныхъ именитыхъ гражданъ. И, когда силою вещей мало-по-малу стала выдвигаться необходимость и самимъ городамъ принимать въ этой отрасли болѣе дѣятельное участіе, то многіе городскіе дѣятели никакъ не могли съ этимъ примириться и до сихъ поръ еще стараются такъ или иначе противодействовать.

Преимущественное развитіе городской медицины въ сторону лечебныхъ мѣропріятій объясняется отчасти именно только что отмѣченнымъ нами фактомъ ея роста за счетъ

частной благотворительности, для которой въ большинствѣ случаевъ недоступно болѣе научное пониманіе истинныхъ задачъ народнаго здравоохраненія. Среди массы всевозможныхъ пожертвованій на врачебныя нужды городовъ, пожертвованій, достигающихъ иногда огромныхъ суммъ, мы совершенно почти не видимъ пожертвованій на чисто санитарныя нужды. Больницы, амбулаторіи, приюты, богадѣльни—вотъ та область, гдѣ находятъ себѣ наибольшее приложеніе частная благотворительность. Мѣропріятія же, ставящія себѣ задачи предупрежденія развитія болѣзненности и смертности, такіа мѣропріятія, какъ водопроводъ, канализація, совершенно не привлекаютъ къ себѣ, за крайне рѣдкими исключеніями, вниманія частныхъ благотворителей. Повторяемъ, имъ не доступна та мысль, что гораздо выгоднѣе пожертвовать милліонъ рублей на канализацію и тѣмъ значительно понизить заболѣваемость въ городѣ, чѣмъ на тотъ же милліонъ создать и обезпечить больницу, которая никогда не покроетъ избытка заболѣвающихъ, приходящагося на антисанитарныя условія неблагоустроеннаго города.

Впрочемъ, мы и не можемъ претендовать въ этомъ смыслѣ на отдѣльныхъ случайныхъ лицъ. Мы знаемъ, что и цѣлыя думы въ этомъ отношеніи едва ли далеко ушли впередъ. Искренніе и послѣдовательные защитники широкихъ санитарныхъ реформъ насчитываются единицами среди современныхъ городскихъ дѣятелей. И, наоборотъ, явныхъ и еще болѣе тайныхъ враговъ ихъ—хоть отбавляй.

Отсюда понятно, что приходится ежеминутно дрожать за то небольшое, что создалось въ послѣдніе годы въ строѣ городской медицины. Такъ и кажется: явится какой-нибудь настойчивый человекъ, который, прикрываясь мотивами необходимой экономіи или какими-либо иными приличными по виѣщности соображеніями, начнетъ вести походъ противъ неокрѣпшихъ еще ростковъ врачебно-санитарной организаціи—и вся судьба этой организаціи будетъ поставлена на карту. Искренніе ея сторонники должны это всегда помнить. Въ особенности же должны это помнить активные участники проведенія санитарныхъ реформъ, чтобы своими неосторожными выступленіями не подрывать престижъ того дѣла, которому они служатъ и которое они могутъ легко погубить, самі же давая въ руки противникамъ вѣрное оружіе. Не будемъ возвращаться къ старой темѣ и приводить кое-какіе факты изъ новѣйшей хроники городской медицины—укажемъ лишь, что для высказыванія только что приведенныхъ нами опасеній у насъ имѣется не мало вѣскихъ основаній...

Мы не имѣемъ въ виду въ настоящемъ очеркѣ исчерпать весь вопросъ о современномъ положеніи городской медицины, причинахъ ея запоздалаго и медленнаго развитія и способахъ устраненія столь ненормальнаго явленія. Въ данный моментъ мы хотѣли бы выдвинуть одинъ фактъ, заслуживающій, какъ намъ думается, весьма серьезнаго вниманія.

Мы уже говорили выше, что наиболѣе замѣтнымъ тормазомъ для правильнаго развитія городской медицины является полная ея необезпеченность въ матеріальномъ отношеніи: ей еще болѣе, пожалуй, чѣмъ народному образованію, приходится пользоваться крохами, остающимися отъ городского бюджета по выполненію всѣхъ другихъ смѣтныхъ предначертаній въ городскомъ хозяйствѣ. Попытки выйти изъ такого положенія дѣлались до сихъ поръ лишь путемъ установленія больничнаго сбора, несостыятельность котораго во всѣхъ смыслахъ была доказана практикою тѣхъ городскихъ самоуправленій, гдѣ таковой сборъ былъ введенъ и до сихъ поръ функционируетъ. И, какъ это ни странно, не смотря на полную очевидность крайней несправедливости, бесполезности и обременительности больничнаго сбора какъ для облагаемыхъ имъ слоевъ населенія такъ и для самихъ городскихъ самоуправленій, правительство долго и упорно отказывалось идти хотя бы на небольшія уступки по пути частичныхъ исправленій этого налога. Но вотъ въ послѣднее время стали появляться извѣстія, что въ данный моментъ правительство не прочь измѣнить свою прежнюю линію. А, по сообщенію „Изв. Моск. Гор. Думы“, городу Одессѣ уже разрѣшено установленіе особаго санитарнаго сбора взамѣнъ стараго больничнаго налога.

Если это такъ, то и другимъ городамъ придется подумать, въ виду скудости ихъ финансовъ, объ обложеніи населенія особымъ налогомъ, предназначеннымъ специально на нужды охраненія народнаго здравія. Спѣшимъ оговориться, что мы не считаемъ эту мѣру наиболѣе соответствующей для рѣшенія даннаго вопроса. Но при теперешнемъ положеніи городскихъ финансовъ и при крайней запущенности большинства городовъ въ санитарномъ отношеніи—пожалуй, ничего иного и не придумаешь.

Медлить нельзя! Города растутъ очень быстро. Запросы въ области ихъ благоустройства дѣлаются все сложнѣе и сложнѣе, а способы ихъ удовлетворенія остаются старыми. Создается тяжелый тупикъ, изъ котораго скоро не будетъ никакого выхода...

Въ заключеніе позволимъ себѣ привести основныя положенія проектируемаго въ Одессѣ санитарнаго сбора.

Размѣръ сбора отъ 40 к. до 1 р. 50 к. въ зависимости отъ района. Сбору подле-

жать все городские жители в возрастъ отъ 18-ти до 65-ти лѣтъ. Исключеніе составляютъ воинскіе чины и приѣзжающіе въ городъ, если они остаются не болѣе 3 дней. Все плательщики санитарнаго сбора имѣютъ право на бесплатное больничное леченіе. Таковыми леченіемъ не пользуются лица, приѣзжающіе въ Одессу специально для леченія.



## Письма въ редакцію.

*Открытое письмо врачамъ хирургамъ.*

Многоуважаемый  
Товарищъ!

Предполагая въ недалекомъ будущемъ издать монографію «О брюшныхъ грыжахъ» и желая въ ней отвести возможно больше мѣста матеріалу русскихъ хирурговъ, обращаюсь къ Вамъ съ покорнѣйшей просьбою подѣлиться Вашимъ опытомъ: мнѣ желательно было бы имѣть русскія монографіи, диссертациі, казуистическія сообщенія, а также обзоры и отчеты хирургическихъ клиникъ, отдѣленій и вообще все, откуда можно почерпнуть что либо, относящееся къ вопросу о брюшныхъ грыжахъ. Не менѣе интересна для меня и рукописный матеріалъ, хотя бы въ сыромъ видѣ: количество (абсолютное и относительное) грыжевыхъ больныхъ въ Вашей практикѣ, способы оперированія, результаты и т. п.

По желанію, все, присланное мнѣ, будетъ съ благодарностью возвращено.

Остаюсь Вамъ преданный *Пл. Тиховъ*,  
орд. профессоръ Томскаго Университета.

P. S. Особенный интересъ представляетъ для меня опытъ хирурговъ, работающихъ въ Сибири.

Адресъ: Г. Томскъ. Госпитальная клиника.  
1912 г.



## Врачебная хроника.

— «День бѣлаго цвѣтка» 8-го іюня въ *Благовѣщенскій* далъ сборъ въ суммѣ 4812 р. 48 к. *Благовѣщенскій* отдѣлъ Лиги борьбы съ туберкулезомъ располагаетъ теперь капиталомъ въ 11531 р. 95 коп.

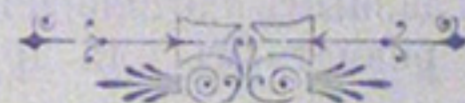
— Томская городская дума, уже стажавшая, благодаря ей «знаменитому» предсѣдателю И. М.

Некрасову, неувыдаемую славу, на этихъ дняхъ, можно сказать, снова отличилась. Недавно ею была провалена субсидія высшимъ женскимъ курсамъ, очутившимся, вслѣдствіе этого, въ крайне критическомъ положеніи. Теперь та же дума исключила изъ сметы текущаго года нѣкоторый кредитъ по оборудованію пожертвованнаго городу П. И. Макушинымъ Дома Науки. Домъ уже готовъ и съ осени могъ бы быть открытымъ. Какой же приѣмъ этому учрежденію готовятъ представители нашего самоуправления, какое пониманіе своихъ общественныхъ обязанностей они проявляютъ—спрашиваетъ въ «Сиб. Жизни» г. А. Адриановъ и отвѣчаетъ:

Безъ крайняго смущенія, безъ краски стыда нельзя отвѣтить на этотъ вопросъ,— настолько ярко городомъ уже сдѣлана подготовка къ этому приѣму, полная оскорбительныхъ подробностей. Вотъ факты. П. И. Макушинъ далъ сто тысячъ рублей и взялся построить зданіе, оборудованное центральнымъ отопленіемъ и воз-проводомъ. И въ уже выполнялъ принятое на себя обязательство, продолжая тратить деньги на сверхсметныя улучшенія въ устройствѣ этого зданія. Мѣсто, отведенное по ъ народный университетъ, необходимо было городу обнести оградой—городъ отъ этого отказался. Городу необходимо было провести къ зданію воду отъ водоразборной будки—и городъ отъ этого отказался, потребовавъ уплаты 800 руб. за прокладку трубъ по улицѣ. Городскому управленію, официально праздновавшему торжество закладки зданія въ маѣ прошлаго года, нужно бы было, хотя бы изъ приличія, принять расходы по организациі этого торжества на городскія средства, но онъ и отъ этого отказался. Дошло дѣло до того, что, когда пришлось убирать съ мѣста постройки стоявшее тамъ зданіе старой харчевни, городъ потребовалъ съ строительнаго комитета уплаты денегъ за кирпичъ отъ подлежащей разборкѣ харчевенной печи. (Комитетъ предпочелъ отказаться отъ покупки стараго кирпича, который надо было къ тому же очищать) Но это все мелочи, о которыхъ можно бы и не говорить, если бы онѣ не были столь характерны для отношеній города къ жертвователю, уже пожертвовавшему нѣсколько тысячъ сверхъ ассигнованной имъ суммы.

Далѣе, указывая на настоятельную необходимость теперь же приступить къ подготовкѣ учрежденія къ его функционированію, г. Адриановъ отвѣчаетъ.

Принятую думой, по предложенію П. И. Макушина, ассигновку въ 3000 рублей на оборудованіе помѣщенной мебелию, городская управа предложила чуть ли не въ слѣдующемъ же засѣданіи исключить изъ сметы 1912 г. для того, чтобы свести ее безъ дефицита. И дума университетскаго города, профессорская дума, пошла на это—исключила необходимое ассигнованіе по въ предлогахъ, что въ городской кассѣ нѣтъ денегъ. Конечно, это только предлогъ, а не доводъ. Доводомъ это можетъ оставаться для тѣхъ гласныхъ-статистовъ городского головы которые «учились на мѣдные гроши», но не для профессоровъ, каковы бы они ни были, все же понимающихъ, что для города съ полтора-милліоннымъ бюджетомъ не можетъ быть недолимыхъ препятствій къ единовременной затратѣ въ 3000 руб.



## Протоколы О-ва Врачей В. С. за 1911—12 гг.

*Протоколъ № 2.*

(Окончаніе).

Пренія:

*Д-ръ Пешковскій* полагаемъ, что послѣдствіямъ воздѣйствія сальварсана можно считать лишь тѣ пораженія нервной системы, которыя развиваются

черезъ нѣсколько дней послѣ его примѣненія. Пораженія эти зависятъ отъ отека нервной ткани, вызываемаго гибелью спирохэтъ и съ уходомъ отека исчезаютъ. Все же явленія со стороны нервной системы, которыя развиваются черезъ 6 недѣль и болѣе послѣ примѣненія сальварсана, представляютъ собою рецидивы сифилиса и зависятъ отъ недостаточнаго уничтоженія спирохэтъ.

*Д-ръ Виноградовъ* отрицаетъ зависимость между, такъ называемыми, нейрорецидивами и саль-

варганомъ на томъ основаніи, что послѣдній при внутреннемъ вливаніи очень быстро выдѣляется изъ организма. По его мнѣнію, сальварсанъ не представляетъ собой специфическаго средства противъ сифилиса, а дѣйствіе его заключается главнымъ образомъ въ повышенномъ обменѣ веществъ подъ вліяніемъ мышьяка.

*Д-ръ Пешковскій:* Сальварсанъ безусловно обнаруживаетъ специфическое дѣйствіе на спирохеты, что доказывается результатами примѣненія его при возвратномъ тифѣ и *Framboesia*. При сифилисѣ и снѣжной болѣзни дѣйствіе его не такъ надежно, такъ какъ спирохеты содержатся не въ крови, и сальварсанъ, повидимому, не попадаетъ въ достаточномъ количествѣ въ очаги, содержащія спирохеты.

б) Случай болѣзни Штрюмпеля-Мари.

Больной Ивановъ 28 лѣтъ, чернорабочій, явился въ больницу съ жалобой на боли въ спинѣ и затрудненіе при передвиженіи. Больнымъ считаетъ себя 1½ года, съ какового времени не работаетъ. Началось заболѣваніе съ болей въ поясницѣ. Постепенно стала уменьшаться подвижность въ позвоночникѣ, распространяясь снизу вверхъ. Больной съ 12-ти лѣтъ до 21 года пилъ очень много, перенесъ какія-то инфекціонныя заболѣванія; *lues* отрицаетъ. Отецъ и мать умерли стариками, братья и сестры здоровы.

*Status praesens:* больной средняго роста, анэмиченъ, передвигается при помощи палокъ, при ходьбѣ, стояніи и сидѣніи принимаетъ положеніе характерное для неподвижности позвоночника въ поясничной и грудной части, и, дѣйствительно, въ этихъ отдѣлахъ нѣтъ ни малѣйшей подвижности при сгибаніи и разгибаніи туловища; кромѣ того въ настоящее время отсутствуетъ подвижность въ правомъ тазобедренномъ суставѣ и сильно ограничена въ лѣвомъ, что образовалось однако уже въ больницѣ.

Видимыя слизистыя блѣдны, десны съ наклонностью къ кровоточивости, межреберные промежутки узки, при дыханіи грудная клѣтка расширяется на 1—1½ сант. Дыханіе имѣетъ брюшной характеръ, 24 въ минуту. Очень характерно заявленіе больного, что дышать ему не больно, но когда хочетъ поднять грудь, ее какъ-бы что-то держать, почему ему приходится дышать животомъ. Границы сердца нормальны, у верхушки систолическій шумъ анэмического происхожденія.

Здѣсь мы имѣемъ дѣло съ болѣзью Marie—Strümpell'я, которая аналогична съ описанной впервые въ 1893-мъ году Бехтеревымъ, но отличается отъ послѣдней тѣмъ, что распространяется снизу вверхъ, почти всегда затрагиваются и большіе суставы, симптомы нервныхъ корешковъ встрѣчаются рѣдко и главнымъ этиологическимъ моментомъ является ревматизмъ или другія инфекціи.

Бехтеревъ высказалъ мнѣніе, что при этомъ страданіи первичнымъ является заболѣваніе нервной системы и неподвижность позвоночника есть слѣдствіе вызванной этимъ заболѣваніемъ нервовъ атрофіи мышцъ, но теперь Senator, Kirschgässer и др., а съ ними самъ Бехтеревъ приходятъ къ заключенію, что это специальное заболѣваніе позвоночника.

Что касается леченія, то до сихъ поръ все безсильно; послѣднее время Stern предлагаетъ резецировать съ обѣихъ сторонъ всѣ ребра на границѣ реберныхъ хрящей съ ребрами.

с) Случай аневризмы выходящей части аорты.

Особенности случая: большая величина аневризмы и отсутствіе обычныхъ клиническихъ симптомовъ ея за исключеніемъ пульсаціи.

6) Закрытой баллотировкой единогласно избранъ въ члены Общества *Ефимъ Ивановичъ Фридманъ* (19 записокъ).

7) По поводу доложеннаго въ предыдущемъ засѣданіи отношенія Совѣта Общества помощниковъ врачей въ гор. Иркутскѣ (см. пунктъ 9-ый протокола № 1) послѣ преній въ которыхъ принять участіе *Безсоновъ, Зисманъ I, Кудринцевъ и Абловъ* единогласно постановлено увѣдомить Совѣтъ, что Общество врачей не находитъ возлагаемая на фельдшеровъ приказомъ начальникомъ Забайкальской желѣзной дороги обязанности противорѣчащими задачамъ и этикѣ лечебной медицины.

8) Доложено заявленіе членовъ Общества *Аблова, Арикина, Болотова, Нечасва, Пешковскаго, Струтинскаго и Флоренцова* о разрѣшеніи имъ образовывать при Обществѣ секцію по ушнымъ, горловымъ и носовымъ болѣзнямъ.

Обсудивъ это заявленіе, Общество врачей не встрѣтило препятствій къ тому, чтобы вышеупомянутые члены собирались отдѣльно для сообщеній, имѣющихъ узкоспеціальныи характеръ, съ тѣмъ, чтобы протоколы этихъ засѣданій печатались вмѣстѣ съ протоколами Общества.

9. Доложено и принято къ свѣдѣнію письмомъ Правленія Общества русскихъ врачей въ память Пирогова съ предложеніемъ принять участіе въ подпискѣ на устройство въ Москвѣ дома имени Пирогова.

10) Доложено извѣщеніе о созывѣ въ Петербургѣ въ декабрѣ мѣсяцѣ Акушерско-гинекологическаго съѣзда.

11) *Предсѣдатель* довелъ до свѣдѣнія о полученномъ имъ отъ Управленія Усольскаго Солевареннаго завода отчетъ по Усольскому курорту за 1911-й годъ. Постановлено передать отчетъ въ редакцію Сибирской Врачебной Газеты.

11. *П. И. Федоровъ* заявилъ, что за предыдущій годъ многими докладчиками не представлены авторефераты докладовъ, каковые, согласно постановленію Общества, предполагалось напечатать для приложенія ихъ къ протоколамъ.

Имѣя въ виду въ ближайшемъ времени сдать Обществу сброшюрованными отдѣльные отиски печатавшихся въ Сибирской Врачебной Газетѣ протоколовъ засѣданій Общества, онъ предупреждаетъ, что авторефераты недоставленные въ ближайшее время не будутъ уже потомъ напечатаны.

По поводу заявленія *д-ра Федорова, д-ра Зисманъ I* возбудилъ вопросъ о желательности печатать не только протоколы, но и труды Общества.

13) Предложенъ въ члены Общества врачъ *Иванъ Александровичъ Шумицкій*, предлагаютъ *Федоровъ и Черныль*.

Предсѣдатель *Берманъ*.

Секретарь *Франкъ-Каменицкій*.



Редакторъ-Издатель *П. И. Федоровъ*.

Вмѣсто РЫБЬЯГО ЖИРА  
для дѣтей и взрослыхъ  
РЕКОМЕНДУЕТЪ ОБЩЕИЗВѢСТНЫЙ „JECOROL“.

Сиропъ очень пріятнаго вкуса, содержащій іодъ въ срганическомъ соединеніи, — фосфоръ и известь въ растворимомъ видѣ. Примѣняется въ разныхъ формахъ скрофулёза страданіяхъ лимфатическихъ железъ, размягченій костей рахитъ и т. п. Способъ употребленія при каждомъ флаконѣ. Названіе и фабричный знакъ въ видѣ треугольника со статуромъ обезпечены въ Россіи, Германіи, Австріи и Турціи.—На этикетѣ каждаго флакона требуютъ красной подписи „A. Bukowski“.

Продается во всѣхъ аптекахъ и аптечныхъ магазинахъ.

Место производства: Химическая Лабораторія Магистра А. Буковскаго, Варшава, Мириалковская улица № 54, собств. домъ.

Гг. врачамъ высылаются по требов. образцы бесплатно.

САНАТОРІЯ БИНКЕНВЕРДЕРЪ

близъ Берлина, 3—4 часа ѣзды жел.-дор. или автомобилемъ.

Діететически-физическое леченіе. Сердечныя, нервныя и обмѣна веществъ болѣзни.

Разстройства пищеваренія. Спеціальность: массажъ желудка и кишекъ. ■ Подробности въ иллюстриров. проспектахъ Sanatorium Birkenwerder G. m. b. H. San.—Rat Dr. Sperling.

ДЛЯ ПИТАНІЯ **МЕЛЛИНСЪ ФУДЪ** ДѢТЕЙ И БОЛЬНЫХЪ.

Лѣтніе поносы у дѣтей быстро проходятъ, если въ это время ихъ кормить смѣсями, приготовленными съ МЕЛЛИНСЪ ФУДЪ.

Руководство для приготовленія смѣсей и образцы высылаются гг. врачамъ представителями для Россіи Т-ва Меллинеъ Фудъ Шанкеъ и К<sup>о</sup>, Москва Кузнецкій Мостъ, 3.

LIENIN—ROEHL

органопрепаратъ, изготовляемый по способу Проф. Пеля; содержитъ синергетическую группу селезенки, свободенъ отъ токсиновъ и не имѣетъ никакихъ побочныхъ дѣйствій.

Дѣйствіе Lienin—Roehl'я выражается въ рѣзкомъ вліяніи на составъ крови; онъ активизируетъ и регулируетъ процессы кроветворенія, увеличивая количество гемоглобина и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Lienin—Roehl'я дѣйствуетъ энергичнѣе мышьяка и желѣза, не давая мѣстныхъ побочныхъ явленій со стороны желудка и кишекъ, обычныхъ при примѣненіи этихъ препаратовъ.

**ПОКАЗАНІЯ:** малокровіе, блѣдная немочь, лейкемія, злокачественное малокровіе, истощеніе и болотная кахексія.

**ДОЗА.** При внутреннемъ употребленіи: въ таблеткахъ по 0,3—0,5 три—четыре раза въ день во время ѣды. При желаніи достигнуть болѣе скорого дѣйствія—въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ по 1 ампуллѣ въ день.

**Оригинальная упаковка.**

Lienin Roehl'я à 0,3

1 флаконъ=50 таблетокъ.

Lienin Roehl'я à 0,5

1 флаконъ=50 таблетокъ.

Lienin—Roehl pro injectione

1 коробка=4 ампуллы.

По требованію высылаются органотерапевтической сборникъ съ краткими свѣдѣніями обо всѣхъ органопрепаратахъ. Университетскимъ клиникамъ для опытовъ высылаются безвозмездно нѣкоторое количество Lienin'а.

**Органотерапевтической Институтъ Проф. Д-ра Пеля и С-вей.**

Поставщики Двора Его Императорскаго Величества. С.-Петербургъ, Вас. О. 7 линія № 18.

**НОВОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОТКРЫТИЕ**

медицина сдѣлала крупный шагъ впередъ въ дѣлѣ леч. запора его пагубныхъ послѣдствій.

Новый терапевти- **AGARASE**, уже известнй во  
 ческй агентъ. **AGARASE**, **AGARASE**, уже известнй во  
 всемъ мѣрѣ и

разрѣшенный Русскимъ Медич. Совѣтомъ, вполне заслуживаетъ этого названія.

AGARASE не есть ни слабят., ни про. осп., но регуляторъ кишечн. функций. AGARASE употребляется съ успѣх. при всѣхъ пораженіяхъ пищеварительнаго канала, обычныхъ хроническихъ запорахъ, колитахъ, энтероколитахъ, энтеритахъ, болезняхъ печени и всѣхъ пораженіяхъ кишокъ.

Приготовленны изъ агаръ-агара и болгарскаго молочнокислаго фермента, таблетки agarase абсолютно безвредны.

Чтобы огранич. дѣйствіе лекарства необходимымъ мѣстомъ таблетки agarase покрыты особымъ безвр. веществ., верастъ въ желудкѣ, но растъ въ кишечникѣ, и подъ влияніемъ кишечнаго сока это покрывающее вещество начинаетъ растворяться и когда таблетки доходятъ до толстыхъ кишокъ, онѣ уже ничѣмъ не покрыты. Дѣйствующее вещество гидратизируется, разбухаетъ, разбиваетъ фекальныя массы, дѣлаетъ ихъ скопк., и придаетъ имъ консистенц., обезпечивающую ихъ нормальное изверженіе.

AGARASE продается только въ **AGARASE 113, rue du Temple, Paris**  
 видѣ таблетокъ.

Пробные флак. высыл. гг. врачамъ предетвит. для Росс. Импер.—г. В. Гоффманъ  
 Варшава, Гортензия № 3.



**GEORG WOLF** г. м. Берлинъ  
 В. Н. Карлсштрассе, 18.  
 Berlin.

**Спеціальная фабрика**

медицинскихъ электро-оптическихъ инстру-  
 ментовъ для изслѣдованія полостей тѣла



- Кистоскопы
- Эндоскопы
- Уретроскопы
- Ректоскопы
- Гастроскопы
- Ларингоскопы

Зарегистр. марка.

**НОВЫЯ МОДЕЛИ.**

ПО УКАЗАНІЯМЪ ПЕРВЫХЪ АВТОРОВЪ.

Спеціальныя каталоги, а также оттиски от-  
 дѣльныхъ статей

**ВЫСЫЛАЮТСЯ БЕЗПЛАТНО**

по первому требованію.

**Иркутское О-во борьбы съ туберкулезомъ**

приглашаетъ врача для завѣдыванія специаль-  
 ной амбулаторіей. Желателенъ врачъ, имѣ-  
 ющій достаточную специальную подготовку и  
 опытъ, а также знакомый съ формами обще-  
 ственной борьбы съ бугорчаткой. Жалованье  
 1800 рублей въ годъ.

Заявленія съ краткимъ жизнеописаніемъ про-  
 сятъ адресовать секретарю О-ва, д-ру мед.  
 Б. И. Кауфману, Басинская ул., Михѣв-  
 ская лечебница, до 20 августа 1912 года.

Медицинскія изданія

**П. К. ГАЛЛЕРА.**

Саратовъ.

Вышелъ и разосланъ подписчикамъ 1 вып. Krause  
 Руководство клинической діагностики внутреннихъ  
 болѣзней.

Цѣна по подпискѣ 5 руб. Послѣ выхода всей  
 книги цѣна будетъ повышена до 6 руб.

Приемъ подписки какъ на это изданіе, такъ и  
 на слѣдующія два продолжается.

Krause и Gaggé, Руководство общей и частной те-  
 рапій внутреннихъ бол., въ 2 томахъ.

Всего будетъ 8—9 вып. Цѣна по подпискѣ 10 р.  
 по выходѣ книги 12 руб.

Grober, Руководство по сооруженію, оборудованію  
 и управ. бол.; всего 4—5 вып. Цѣна по подп. 7 р., по  
 выходѣ всей книги 9 р.

Подписка открытымъ письмомъ безъ уплаты впередъ де-  
 ногъ принимается у издателя **П. К. Галлера, Саратовъ**

**ПИПЕРАЗИНЪ МИДИИ**

ШИПУЧИЯ КРУПИНКИ

Самое сильное изъ всѣхъ средствъ при недокіяхъ АРТРИЗМА И УРИНЕМИИ

**ЕДИНСТВЕННОЕ СРЕДСТВО КОТОРОЕ**

**РАСТВОРЯЕТЪ 92% СОЕДИНЕНІЙ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ**

**И ОСЛАБЛЯЕТЪ ОСТАТКИ МОЧЕКИСЛОТЫ**

**СТИМУЛИРУЯ ДѢЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕЧЕНИ**

(Вліяніемъ лимоннокислаго натрія въ возрождающемся видѣ)

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

Требовать  
 марку  
 "MIDY"  
 Врѣмя  
 Какъ предохра-  
 няющее  
 2 или 3 мѣро-  
 чинъ въ день  
 въ продолже-  
 нія 10 дней въ  
 мѣсяцъ.

ПРИ  
 ОСТРЫХЪ  
 СЛУЧАЯХЪ:  
 4 или 6 таблетокъ  
 въ день въ слѣд-  
 ющій часъ съ  
 прохладител-  
 ьной жидкостью  
 — 2 или 3.  
 Каждые 4 мѣро-  
 чинныя таблетки  
 въ день въ продол-  
 женіе 10 дней въ  
 мѣсяцъ.